

GAZETA LEKARSKA.

I. PRZYPADEK

NIEZWYKŁYCH WAHAŃ W WYDZIELANIU SOKU ŻOŁĄDKOWEGO

I W MECHANIZMIE ŻOŁĄDKA.

Podał

Józef Goldbaum.

—§—§—

Przypadek, który poniżej opisuję, zasługuje na uwagę ze względu na zmienność w czynności wydzielniczej, zarówno jak w położeniu *resp.* mechanizmie żołądka.

Do ambulatoryum D-ra REJCHMANA zgłosił się d. 29 października 1893 r. N. S., lat 42, żonaty i dietny, dotknięty od roku cierpieniem żołądka. Chory skarżył się na brak łaknienia, gniesienie w dołku po jedzeniu i bóle w lewej połowie brzucha; stolce miewa codziennie, lecz skąpe i twarde.

Badanie za pomocą zgłębnika dało następujące wyniki: naczeczno wydobyto 5 ctm. sześć. płynu mętnego, barwy zielonkawo-żółtej, odczynu kwaśnego; odczyn na wolny kwas solny wypadł ujemnie; drobnowidz wykrywał ciątka i jądra wypocinowe, śluz w postaci nitek i nieco komórek nabłonkowych płaskich. W godzinę po śniadaniu [60 grm. bułki + 250 ctm. sześć. herbaty lekkiej, słabo ocukrzonej] wydobyto 50 ctm. sześć. gęstej zawartości pokarmowej. Całkowita kwasność niefiltrowanej zawartości wynosiła 0,2%; kwasność, zależna od wolnego kwasu solnego 0,064% [MINTZ]; zależna od całej ilości kwasu solnego [związanego + wolnego] wraz ze solami kwaśnymi 0,176% [SEEMAN], pozostałe zaś 0,024% oznaczają kwasy organiczne. Odczyn biuretowy bardzo wyraźny, odczyn zaś UFFELMAN'a wypadł ujemnie.

Następnie chorego badano nie w taki sposób, w jaki zwykle badamy chorych w pracowni naszej, lecz w sposób następujący: ośm razy z rzędu, co drugi dzień, dawałem choremu zrana naczeczno do wypicia 200 ctm. sześć. wody przekroplonej i po kwadransie wydobywałem zgłębnikiem zawartość z żołądka. W otrzymanej zawartości określałem ogólną kwasność i ilość wolnego kwasu solnego. Wynik badań był następujący:

(Patrz tabliczkę na następnej stronie).

Przy porównaniu powyższych cyfr widzimy, że wahania w ogólnej kwasności, zarówno jak w ilości wolnego kwasu, solnego są bardzo znaczne. Największa

różnica dochodzi w ogólnej kwaśności do 0,136
 $0,160 - 0,024 = 0,136$
 w ilości zaś wolnego kwasu solnego — do 0,124
 $0,128 - 0,004 = 0,124$.

Ilość wydobytej zawartości.	Całkowita kwaśność, obliczona na ług sodowy.	Ilość wolnego kwasu solnego, obliczona na ług sodowy.
50	0,112%	0,076%
75	0,024%	0,004%
13	0,044%	0,032%
110	0,076%	0,056%
60	0,036%	0,020%
25	0,104%	0,084%
10	0,064%	0,048%
3	0,160%	0,128%

Ilość otrzymywanej zawartości, jak widzimy, jest również zmienną: raz sięga 110 ctm. sześć, innym razem wynosi zaledwie 3 ctm. sześć.. W pół godziny po wypiciu przez chorego 200 ctm. sześć. wody, nigdy zawartości nie znajdowałem w żołądku.

Wreszcie 4 razy z rzędu, co drugi dzień, wypijał chory naczeczko 200 ctm. sześć. wody przekroplonej, w kwadrans później dostawał śniadanie próbne, a w godzinę po spożyciu śniadania zgłębnikiem wydobywałem zawartość z żołądka. W otrzymywanej zawartości określałem ogólną kwaśność i ilość wolnego kwasu solnego. Wynik podaję w poniższej tabelce.

Ilość wydobytej zawartości.	Ogólna kwaśność, obliczona na ług sodowy.	Ilość wolnego kwasu solnego.
30	0,280%	0,188%
25	0,296%	0,232%
90	0,252%	0,180%
110	0,212%	0,116%

I tutaj wahania są znaczne. Największa różnica sięga w ogólnej kwaśności 0,084

$$0,296 - 0,212 = 0,084$$

w ilości zaś wolnego kwasu solnego 0,116
 $0,232 - 0,116 = 0,116$.

Co się tyczy ilości wydobytego płynu z żołądka, to, jak widzimy, raz sięga ona 110 ctm. sześć., innym razem wynosi zaledwie 30 ctm. sześciennych.

Podobnych wahań nie zdarzało mi się spotykać dotąd, pomimo że miałem sposobność wielokrotnego badania znacznej ilości osób. Każdy, kto chemicznie badał zawartość żołądka u wielu osób i badania te kilkakrotnie u jednych i tych samych osób powtarzał, bez wątpienia często napotykał różnice zarówno w ogólnej kwaśności, jak i w ilości wolnego kwasu solnego, lecz różnice te bywają stosunkowo bardzo małe.

Pewnego dnia, gdy w kwadrans po wypiciu przez chorego naczecz 200 ctm. sześć. wody przekroplonej wydobyłem zgłębnikiem z żołądka zawartość, otrzymałem około 100 ctm. sześć. gęstej miazgi pokarmowej, pozostałej w żołądku z poprzedniego dnia, silnie cuchnącej, kwaśnej, zawierającej gołem okiem dostrzegalne kawałki bułki i ziarna grochu, a dronowidz wykrywał mnóstwo czworniaków i drożdży.

Powyższy przypadek zasługuje na uwagę i ze względu na wahania w kształcie *resp.* położeniu żołądka. Kiedy chorego pierwszy raz opukiwano naczecz, dolna granica żołądka znajdowała się w odległości 9 ctm. od dolnego końca trzonu mostka, po wprowadzeniu zaś do żołądka wody w ilości 400 ctm. sz. — w odległości 18 ctm., przyczem uderzał ten szczegół, że granice żołądka można było oznaczyć tylko z lewej strony linii środkowej ciała. Fakt ten nasuwał przypuszczenie, że mamy do czynienia z pionowym położeniem żołądka. Chcąc się przekonać, czy obniżenie wielkiej krzywizny nie zależy od rozszerzenia, wykonałem dla kontroli próbę z salolem. Chory przyjął 1 grm. salolu w opłatku; po 24-ch godzinach mocz zawierał jeszcze kwas salicylurowy, po 30-stu zaś godzinach próba wypadła ujemnie, co, według badań HUBER'a, przemawia przeciw istnieniu rozszerzenia.

We dwa tygodnie potem powtórne określenie granic żołądka dało wynik następujący: dolną granicę czczego żołądka wypukuje się po obu stronach linii środkowej ciała w odległości od dolnego końca trzonu mostka na 14 ctm., umiarkowanie zaś napełnionego [400 ctm. sześć. wody] na $17\frac{1}{2}$ ctm., największa szerokość żołądka wynosi 22 ctm.. Wynik ten, jak widzimy, znacznie różni się od poprzednio otrzymanego.

Przeglądając literaturę, spotkałem przypadek podobny do mojego, opisany przez francuskich autorów LINOSSIER'a i LÉMOINE'a ¹⁾.

Przypadek ten dotyczy chorego z przeżuwaniami (*ruminatio*) i podany został przez autorów ze względu na szególną rozmaitość wyników badania chemicznego pokarmu zwracanego.

Chory spożywał śniadanie próbne EWALD'a, poczem co pół godziny brano do badania chemicznego porcyę miazgi pokarmowej, powracające z żołądka do jamy ustnej i wydalone przez chorego do naczynia. Cyfry, oznaczające ogólną

¹⁾ Sur un cas de dyspepsie avec chimisme variable. Revue de médecine. 1893. Mai.

kwaśność i ilość wolnego kwasu solnego, otrzymane przy badaniu w godzinę, dwie i trzy po śniadaniu, przytaczam w poniższej tabelce:

Po godzinie.		Po 2-ch godzinach.		Po 3-ch godzinach.	
Ogólna kwaśność.	Wolny kwas solny.	Ogólna kwaśność.	Wolny kwas solny.	Ogólna kwaśność.	Wolny kwas solny.
0,224%	—	0,266%	—	0,303%	—
0,223%	—	0,237%	—	0,219%	—
0,161%	—	0,058%	—	0,051%	—
0,150%	—	0,073%	—	0,084%	—
0,183%	—	0,035%	—	0,108%	—
0,2%	0	0,187%	0,045%	0,088%	0,020%
0,172%	0	0,209%	0,051%	0,162%	0,044%
0,201%	0	0,2%	0	0,060%	0
0,212%	0	0,186%	0,070%	0,066%	0,030%
0,197%	0	0,146%	0	0,066%	0,015%
0,135%	0	0,208%	0	0,215%	0,029%

Obserwację powyższą robiono w przeciągu kilku miesięcy. Określania ilości wolnego kwasu solnego nie zawsze wykonywano ze względu na zbyt małe porcje otrzymywanej w wielu razach miazgi pokarmowej. Przy porównaniu cyfr, oznaczających ogólną kwaśność po godzinie przebywania pokarmu w żołądku, znajdujemy największą różnicę pomiędzy krańcowemi:

$$0,224 - 0,135 = 0,089$$

i widzimy, że nie jest ona wyższą od otrzymanej w moim przypadku.

Po 2-ch godzinach największa różnica dochodzi w ogólnej kwaśności do 0,208

$$0,266 - 0,058 = 0,208$$

w ilości wolnego kwasu solnego — do 0,070

$$0,070 - 0 = 0,070$$

Po 3-ch wreszcie godzinach największa różnica wynosi 0,252 w ogólnej kwaśności i 0,044 w ilości wolnego kwasu solnego:

$$0,303 - 0,051 = 0,252,$$

$$0,044 - 0 = 0,044.$$

Wahania po 2-ch i 3-ch godzinach w ogólnej kwaśności są znaczne, co się zaś tyczy wolnego kwasu solnego, są one o wiele słabsze. Uwzględnić jednak trzeba, że badania te wykonywano po 2-ch i 3-ch godzinach, w którym to czasie w zwykłych warunkach żołądek po śniadaniu EWALD'a bywa już pró-

znym, że następnie porceje miazgi pokarmowej brano z jamy ustnej, a zatem domieszka śliny wpływała na wyniki badania. Dlatego sądzę, że mój przypadek zasługuje na większą uwagę; warunki bowiem badania były jednakowe, mniej zawiłe, a miazgę pokarmową bezpośrednio z żołądka wydobywano.

Co się tyczy zmiennego meehanizmu żołądka, to napotkałem w literaturze ciekawy przypadek, który poniżej przytaczam.

Jest to przypadek, opisany przez BIRCHER'a ¹⁾. Przy opukiwaniu żołądka znajdował BIRCHER raz dolną granicę na wysokości prawidłowej, innym razem na dwa palce poprzeczne poniżej pępka; jednego dnia żołądek naczczo był pusty, drugiego dnia zawierał niestrawione pokarmy. Przy operacji znaleziono pasmo ścięgniście, idące od przedniej ścianki brzucha ku małej krzywiźnie żołądka w oddaleniu 4 ctm. od odźwiernika. Według BIRCHER'a, nieprawidłowość ta w zupełności tłómaczy zmienny wynik badania. Małe ilości pokarmów przechodziły swobodnie przez odźwiernik, przy znaczniejszem zaś napełnieniu pokarmami żołądek się opuszczał, pasmo ścięgniście zamykało światło odźwiernika, następstwem czego było czasowe rozszerzenie żołądka.

Gdy zważymy, jak zmiennymi często bywają objawy u chorych z niestrawnością, jak kapryśnym bywa żołądek u niektórych chorych w znoszeniu jednych i tych samych pokarmów, to możemy przypuścić, że, obok wielu innych okoliczności, niekiedy odgrywa rolę w tych przypadkach znaczna zmienność w wydzielaniu soku żołądkowego, podobna do tej, jaką widzimy w opisanym przezemnie przypadku.

Przypadek ten pozwala przypuszczać, że, obok stałych zboczeń w wydzielaniu soku żołądkowego, trwających zwykle dłuższy czas [nadmierne wydzielanie, upośledzone wydzielanie], istnieją także formy niestrawności, przebiegające ze znacznemi czasowemi wahaniem i czynności wydzielniczej żołądka.

Rzecz ta wymaga dalszych obserwacji.

II. O PATOLOGII I LECZENIU NIEŻYTU PRZEWLEKŁEGO UCHA ŚREDNIEGO

Podał

D-r S p i r a.



E t y o l o g i a. Ze wszystkich części narządu słuchowego najwięcej ulega chorobom ucho średnie, czyli jama bębenkowa. Między rozmaitemi chorobami tej części ucha najczęstszym i najbardziej rozpowszechnionym jest nieżyt przewlekły. Cierpienie to stanowi jedną z głównych przyczyn niedosłyszenia; nie oszczędza ono płci, ani żadnego wieku i doprowadza często do zupełnej głuchoty w wieku późniejszym. Każdy lekarz [otyatra] musi się zgodzić

¹⁾ Eine operative Behandlung der Mageuerweiterung. Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte. 1891. 23.

z TROELTSCH'em (1), który mówi, że z trzech mężczyzn w wieku 20—50, co najmniej, jeden na jedno ucho niedobrze słyszy [33%]. Ze wszystkich wykazów statystycznych widać, że nieżyt przewlekły jest najczęstszą z chorób usznych. Choroby ucha średniego stanowią (2) 66,7% wszystkich chorób usznych. GRADENIGO (3) znalazł na 670 przypadków chorób usznych 506 razy [t. j. 81%] choroby ucha średniego, a z tych 45% nieżyty przewlekłego. MARIAN (4) wykazuje na 1405 chorób usznych 305 razy katar przewlekły ucha średniego, BEZOLD (5) na 4867 chorób usznych 65,7% chorób ucha średniego, a z tych 11,8% nieżyty przewlekłego bez współudziału trąbki EUSTACHIUSZA. HESSE (6) porównywa dane statystyczne najpoważniejszych autorów i przychodzi do wniosku, że 66,8% wszystkich chorób usznych dotyczy ucha średniego.

Częstość tego cierpienia zależy może od dwóch głównych przyczyn. Po pierwsze sprawy nieżytowe dróg oddechowych, a szczególnie nosa i gardła są, jak wiadomo, dość częste; związek zaś anatomiczny i fizyologiczny tych narządów z jamą bębenkową jest tak wydatny i ścisły, że nic łatwiejszego, jak przedostawanie się spraw chorobowych z narządu oddechowego do ucha. Powtórne objawy tak podmiotowe jak i przedmiotowe, są bardzo często przy tem cierpieniu tak nieznaczne, że poważna część chorych wcale o swej chorobie nie wie i przeważnie udaje się o pomoc z chorobą daleko już posuniętą i zastarzałą, a tem samem do wyleczenia trudną.

Najważniejszy wpływ na powstawanie następnych zmian chorobowych w uchu mają te sprawy chorobowe jamy noso-gardzielowej, które wywołują zwiększenie trąbki EUSTACHIUSZA; powietrze bowiem w jamie bębenkowej w normalnych warunkach przy nienaruszonej błonie bębenkowej odnawia się tylko drogą kanału trąbkowego; w razie zatkania tego przewodu wentylacyjnego świeże powietrze do jamy bębenkowej przystępu nie ma. Ponieważ zaś tlen z powietrza, zawartego w uchu, zostaje następnie dalej pochłonięty przez naczynia krwionośne i następuje rozrzedzenie powietrza w jamie bębenkowej, w braku więc ponownego dopływu powietrza błona bębenkowa, dzięki uciskowi od zewnątrz, zostaje wciągnięta ku wewnątrz, powstaje przekrwienie, pęcznienie części miękkich, niekiedy *hydrops ex vacuo* lub nawet krwawienie w jamie bębenkowej, słowem: występują zaburzenia, które powodują w następstwie dalsze zmiany przewlekłe. Otóż, niektóre choroby gardła, jak: przerost migdałków, zgrubienie łuków podniebiennych i samego podniebienia i t. p., działając mechanicznie na ujście gardzielowe trąbki, wywołują zbliżenie się przedniej jej wargi do tylnej i zamknięcie otworu trąbki.

Prócz tego wiemy z najnowszych badań bakteryologicznych, że wydzielina, szczególnie w ostrem zapaleniu błony śluzowej nosa, zawiera drobnoustroje (*diplococcus coryzae*, a w późniejszych okresach *pneumobacillus* FRIEDLAENDER'a), które mogą wywołać podobne cierpienie błony śluzowej jamy bębenkowej, przez pośrednictwo trąbki EUSTACHIUSZA.

Z drugiej jednak strony badania bakteryologiczne GRADENIGO nad zawartością jamy bębenkowej i trąbki EUSTACHIUSZA w nieżycie przewlekłym dały wyniki całkiem ujemne.

Zdarza się jednak często, że chorzy, dotknięci nieżytem jamy nosogardzielowej, wolni są mimo to od nieżyty ucha; przemawia to za tem, że to ostatnie cierpienie zależy przeważnie od usposobienia bądź wrodzonego, bądź odziedziczego lub nabytego, choroby zaś jamy noso-gardzielowej odgrywają tylko rolę przyczyny (?) okazyjonalnej. Przemawia za tem również fakt, że choroba ta często występuje u kilku członków jednej i tej samej rodziny, a jeszcze częściej u dzieci, których rodzice jej podlegają. Zależy to najprawdopodobniej od odziedziczego usposobienia do chorób dróg oddechowych lub do zoiżów i grużlicy. TROELTSCH przypuszcza, że taka wrodzona skłonność może polegać na nieprawidłowej budowie jamy bębenkowej, na wązkości jej lub wązkości otworów okienek błędnikowych, trąbki i t. p.. Podobnie wyrażają się WENDT (7) i ZAUFAL (7-a).

Według TRIQUET'a (8), usposobienie dziedziczne wynosi 1 i 4, według MOOS'a (9) nawet przeszło 1:3. BUERKNER (10) odnosi 14% tej choroby do usposobienia dziedzicznego, 26% do sapki, 7,5% do zoiżów, 5% do odry, 2% do błonicy i 1% do wielu innych przyczyn.

Warunki higieniczne, przemoknienie, zaziębienie, wilgotne powietrze, które wogóle stanowią częstą przyczynę spraw nieżytowych, muszą wywierać wpływ niepośledni i na powstanie choroby, w mowie będącej. GRADENIGO (11), który przeprowadził obszerne i ściśle poszukiwania nad stosunkami chorób usznych u przestępców, znalazł u nich niezaprzeczenie częstsze wystąpienie tych cierpień niż u innych, co tłumaczy niekorzystnymi warunkami higienicznymi, wśród których przestępcy w więzieniu i poza niem żyją, ich trybem życia, nałogami i nawyknięciami.

Co do wieku, to nieżyt ucha może występować w najwcześniejszem dzieciństwie, napotyka się go jednak coraz częściej, im wiek jest późniejszy. HESSE (12) na podstawie bardzo obszernego zestawienia statystycznego dochodzi do wyniku, że usposobienie do chorób usznych postępuje od urodzenia do 30-go roku życia i jest największe u dzieci między 6-ym 10-ym rokiem, u dorosłych między 21—30 rokiem życia, że 32,3% wszystkich chorób usznych dotyczy dzieci i stosunek dzieci do dorosłych w chorobach ucha środkowego wynosi 1:17. BUERKNER (13) znalazł 33% chorób ucha środkowego u dzieci. Statystyka MOURE'a, ogłoszona w *Revue sanitaire de Bordeaux*, obejmuje 4788 badanych uczniów, u których znaleziono wadliwy słuch w 17%.

Nadmienić jeszcze należy, że szkodliwego wpływu częstego używania telefonu na powstanie, a szczególnie na pogorszenie już istniejącego nieżyty ucha, dowodził pierwszy GELLE (14) na podstawie kilku spostrzeżeń klinicznych. Tego samego zdania jest BLAKE (15). LANNOIS (16) na podstawie własnych obserwacji dochodzi do wniosku, że dłuższe używanie telefonu jest nieszkodliwe dla ucha zdrowego, może jednak zgubnie działać na ucho już poprzednio niezdrowe. Według POZZOLINO (17), kąpiele morskie mogą wywoływać rozmaite choroby ucha i trąbki EUSTACHIUSZA. Z powyższego widać, jak różnorodne mogą być przyczyny nieżyty ucha u osób do tego skłonnych.

Szczegóły anatomiczne i fizyologiczne, dotyczące narządu słuchowego wogóle, a jamy bębenkowej w szczególności, pomijam; znajdują je

bowiem czytelnicy w każdym podręczniku otyatrii; przechodzę do działu anatomii patologicznej.

W omawianem cierpieniu jamy bębenkowej, jak już sama nazwa „nieżyt“ wskazuje, sprawie chorobowej podlega głównie błona śluzowa. Badania anatomiczno-patologiczne w zakresie otologii są jeszcze dotychczas tak skąpe i niedostateczne, że jesteśmy zmuszeni klinicznie objawy i znalezione zmiany chorobowe oceniać według ogólnych zasad patologicznych i tłumaczyć znanymi nam z innych części ciała sprawami chorobowymi. W samym początku sprawy kataralnej występuje przekrwienie błony śluzowej, obrzmienie komórek nabłonkowych i wzmożona wydzielina, która w następstwie staje się ze śluzowej surowiczą, tak, że nie rzadko nawet w przewlekłym przebiegu nieżyty napotyka się wydzielinę śluzowo-surowiczą lub surowiczą w jamie bębenkowej. W późniejszym okresie występują zmiany chorobowe w głębszych warstwach: w tkance łącznej podśluzowej i na okostnej. Różnorodność tych zmian zależy od przyczyny, jaka je wywołuje, od choroby pierwotnej, od czasu trwania choroby, od tego, jaka część ucha średniego jest zajęta, od nasilenia sprawy chorobowej i t. d.. Przeważnie jednak dochodzi do znacznego przerostu błony śluzowej, albo też tkanki łącznej podśluzowej, w całej jamie bębenkowej, albo tylko na pewnej ograniczonej przestrzeni. W innych przypadkach sprawa prowadzi do zaniku błony śluzowej, do częściowego jej zwapnienia lub skostnienia do wytworzenia błon wrzekomych i zrostów pomiędzy błoną i wewnętrzną ścianą jamy bębenkowej lub kostkami usznymi, których ruchomość zostaje w mniejszym lub większym stopniu ograniczoną. Najważniejszymi co do następstw są zmiany na okienkach, których za życia nie jesteśmy w stanie rozpoznać; tu należą: tworzenie się na błonach złogów stężalej wydzieliny, zgrubienia i zwapnienia błony okrągłej [bębenkowej wtórnej] lub więzu obrączkowego (*ligamentum annulare*), okalającego podstawę strzemiączka, przez co ruchomość tych części zostaje upośledzoną albo całkiem zniesioną. Podobnie jak ścięgna innych mięśni w rozmaitych stanach chorobowych, tak i tutaj ścięgno naprężacza błony bębenkowej kurczy się i skraca, wskutek czego błona bębenkowa wraz z kostkami słuchowymi zostaje wciągnięta ku wewnątrz; strzemiączko wypycha się głębiej w okienko owalne i wywiera ucisk na przedsionek błędnika, *resp.* na całe ucho wewnętrzne. Wszystkie te zmiany wywierają wpływ w wysokim stopniu ujemny na przewodnictwo fal głosowych do błędnika. [Szereg bardzo zajmujących zmian tego rodzaju przedstawił POLITZER na X-ym zjeździe lekarskim międzynarodowym w Berlinie r. 1890].

W t. zw. stwardnieniu (*sclerosis*) jamy bębenkowej ma miejsce częściowy zanik naczyń krwionośnych, dzięki czemu błona śluzowa przybiera kolor ścięgnisto-biały. Inne zmiany, zwłaszcza występujące u syfilityków i polegające na rozroście okostnej i części kostnych ucha średniego, opisują KIRCHNER (18), GRUBER (19), VOLTOLINI (20), SZWARTZE (21) i inni.

Objawy. Na podstawie tych zmian łatwo zrozumieć i wytłumaczyć rozmaite objawy, towarzyszące nieżytowi ucha średniego. Wskutek tego, że jama bębenkowa jest niedostępna dla wzroku, za pomocą wzornika usznego jesteśmy w stanie zmiany w samej tylko błonie bębenkowej,

skonstatować i zmuszeni jesteśmy uciec się do innych metod, mianowicie do badania za pomocą otoskopu i do mierzenia siły słuchu.

Zmiany w nieżycie jamy bębenkowej dotyczą sklepienia, barwy i przezroczystości błony w różnych jej miejscach i w rozmaitym stopniu, zależnie od umiejscowienia i natężenia sprawy chorobowej. Po części błona jest zgrubiała, mniej przeświecająca; barwa jej, normalnie perłowo-szarawa, przybiera różne inne odcienia biało-żółty, biało-szary aż do barwy szkła mlecznego i bywa albo tylko nieco przyćmioną lub zupełnie zmętniałą, nieprzejrzystą. W innych przypadkach następuje zanik lub zwapnienie tkanki błony, a nierzadko można spostrzegać na błonie bębenkowej jednocześnie objawy zanikowe i przerostowe.

Stożek świetlny ulega licznym zmianom. Zwykle jest mniej wyraźny, o konturach nieostro odgraniczonych, nie sięga aż do obwodu błony, albo bywa przerywany, albo są tylko jego resztki w postaci paska lub kropki, a częstokroć nie widać go zupełnie. Rękojeść bywa często odciągnięta ku wewnątrz lub ku tyłowi, wtedy krótki wyrostek wystaje na zewnątrz.

Stopień wciągnięcia błony bębenkowej nie zależy wyłącznie od nasilenia sprawy nieżytowej, lecz również od podatności błony bębenkowej i młotka, oraz od kurczliwości mięśnia naprężacza błony. Wskutek wciągnięcia błony występują często nieprawidłowe odbłaski i fałdy, mianowicie przednia ciągnąca się od wyrostka krótkiego młotka do przednio-górnego obwodu i tylna do tylnogórnego obwodu błony. Przez wciągniętą ku wewnątrz, a zwłaszcza przez jednocześnie ścięcałą lub w stanie zaniku będącą błonę, można niekiedy widzieć rozmaite części jamy bębenkowej, przeświecające przez błonę. Tak np. pionowe ramię kowadelka przebija się przez błonę bębenkową jako prążek biało-żółtawy, przebiegający równolegle do rękojeści młotka z góry i przodu na dół i ku tyłowi; niekiedy widać tylko dolny jego koniec, jako małą, brudno-białą plamkę w górnym tylnym odcinku błony bębenkowej za rękojeścią młotka.

Struna bębenkowa (*chorda tympani*), która, odchodząc od nerwu twarzowego, przebiega z tylnej ściany jamy bębenkowej ku przodowi, występuje czasem na wewnętrznej powierzchni błony bębenkowej jako zmętnienie prążkowate, z tylnego górnego obwodu błony bębenkowej skośnie ku przodowi biegnące i znikające za rękojeścią. Czasem obwód okienka okrągłego prześwieca na tylnym dolnym brzegu błony bębenkowej w postaci ciemnej półkuli z wypukłością ku przodowi i ku górze. Przy zwiechnięciu stawu kowadłostrzemiączkowego widać czasem główkę strzemiączka, jako żółty punkt lub jako zmętnienie kropkowate lub tarczycowate na tylnym górnym odcinku błony bębenkowej, niekiedy można nawet dojrzeć tylne ramię strzemiączka, idące od główki łukowato ku tyłowi i wewnątrz. Częściej jeszcze widać ścięgno mięśnia strzemiączkowego, w postaci prążka białego, ciągnącego się od główki prawie poziomo ku tyłowi. Wklęsłość błony bębenkowej może dochodzić do takiego stopnia, że błona ta styka się z wewnętrzną ścianą jamy bębenkowej, dzięki czemu występują różne zboczenia w sklepieniu błony, z których najważniejsze jest wypuklenie środkowej części tej błony, odpowiadające wzgórkowi.

Należy jednak pamiętać, że jakkolwiek znacznie zmienione obrazy na błonie bębenkowej pozwalają przypuszczać sprawy chorobowe w uchu środkowym, to przeciwnie prawidłowa lub mało zmieniona błona nie dowodzi bynajmniej nieznacznego tylko zajęcia jamy bębenkowej. Z jednej strony bowiem wciągnięcie błony bębenkowej nie zależy wyłącznie od sprawy chorobowej, ale też od innych czynników, z drugiej sprawa chorobowa może być umiejscowiona w głębszych i ważniejszych częściach [jak na okienkach błędnikowych, na kostkach usznych] i powodować znaczny uszczerbek słuchu, podczas gdy błona bębenkowa ma wygląd prawie niezmieniony. W innych przypadkach wybitne zmiany na błonie bębenkowej mogą być połączone z nieznacznymi tylko objawami podmiotowymi i przedmiotowymi nieżyty usznego, jeżeli głębsze i ważniejsze części ucha środkowego nieżytem nie zostały zajęte. Szczególnie uwzględniać należy, iż dopóki zdolność drgania (*Schwingungsfähigkeit*) podstawy strzemiączka i błony bębenkowej wtórnej jest zachowana, słuch, mimo znacznych zmian w innych częściach ucha środkowego, może być stosunkowo bardzo dobry. Jak doświadczenie uczy, zdarzają się znaczne zwapnienia, blizny i t. d. na błonie bębenkowej, przy prawie zupełnie prawidłowym słuchu.

Z tego wynika, że ze zmian na błonie bębenkowej nie można jeszcze sądzić o stanie innych części jamy bębenkowej i że, jakkolwiek zmiany te nie są zupełnie bez znaczenia rozpoznawczego, wszakże w wielu przypadkach na nich polegać nie można. Należy tedy szukać innych środków rozpoznawczych, któreby były w stanie uzupełnić wyniki badania błony bębenkowej i pozwoliły wnioskować o innych niedostrzegalnych zmianach w uchu środkowym.

Jednocześnie z nieżytem jamy bębenkowej spotykamy często nieżytowe zmiany i następne zwężenie trąbki EUSTACHIUSZA. Skonstatowanie ich ma wielką doniosłość, zarówno pod względem rozpoznawczym, jak i leczniczym. Z tego powodu należy w rozmaitych chorobach usznych poddać trąbkę dokładnemu badaniu, za pomocą wziernikowania, przedmuchiwania i sondowania, gdyż z ich pomocą przekonywamy się o stanie trąbki i jamy bębenkowej. Dowiadujemy się, czy trąbka przyjmuje udział w cierpieniu, czy jej błona śluzowa jest obrzęknięta, czy jej otwory są prawidłowe lub zwężone, czy istnieje chorobowa wydzielina w trąbce lub w jamie bębenkowej. Badając lusterkiem jamę nosogardzielową, możemy się przekonać o stanie ujścia gardłowego trąbki. O stanie pozostałej części trąbki pouczają nas objawy przysłuchowe, występujące przy wciskaniu powietrza do trąbki i do jamy bębenkowej. Powietrze wciskać można w trojaki sposób:

1) Z a p o m o c ą p r ó b y WALSALVY, która polega na nasilonem wydechaniu przy zamkniętych ustach i nozdrzach, przyczem powietrze ściśnięte wciska się do jam sąsiednich, a więc i do trąbki. Postępowanie to poleca się w celu ocenienia odporności błony bębenkowej, jest jednak połączone z pewnymi niedogodnościami, a przeto ma bardzo ograniczone zastosowanie.

2) P r z e z k a t e t e r y z o w a n i e. Za pomocą odpowiedniego cewnika kauczukowego lub metalowego, balonu kauczukowego i otoskopu, t. j. rurki gumowej, za pomocą której lekarz, dla kontroli, czy powietrze do trąbki wchodzi, łączy ucho chorego z własnem.

3) Z a p o m o c ą r ę k o c z y n u POLITZER'a, który opiera się na tem że podczas połykania podniebienie miękkie przylega do tylnej ściany gardzieli, zamyka jamę noso-gardzielową od dołu, a mięsień rozszerzacz, trąbki roztwiera jej ujście gardzielowe. Jeżeli się równocześnie zgęszcza powietrze w jamie noso-gardzielowej i zatyka nozdrza palcami, powietrze dostaje się do trąbki EUSTACHIUSZA, a stąd do jamy bębnekowej. Do wdmuchiwania powietrza używa się takiego samego balonu, jak przy kateteryzowaniu.

SCHWARTZE zwraca uwagę, że u dzieci udaje się to samo także bez połykania, podczas krzyczenia, które również sprowadza zbliżenie się podniebienia miękkiego do tylnej ściany gardzieli. Sposób ten łatwy do wykonania nadaje się szczególnie w leczeniu dzieci.

W celu zamykania jamy noso-gardzielowej przez zasłonę podniebienną posługuje się GRUBER fonacją, każąc chorym wymawiać zgłoskę „huk“ podczas wpychania powietrza z balonu. Według spostrzeżenia GRUBER'a, (22) pochYLENIE głowy ku jednej stronie ułatwia wnikanie powietrza do trąbki z drugiej strony, co URBANTSCHITSCH (23), na podstawie odnośnych doświadczeń, tłómaczy zwiększeniem napięcia narządu ruchowego trąbki z jednej strony podczas pochylenia głowy ku drugiej.

Za pomocą otoskopu można podczas natrysku powietrza konstatować różne objawy wysłuchowe, zależne od szerokości kanału trąbki, od napięcia błony i od ewentualnego jej przedziurawienia. W prawidłowych stosunkach, jeżeli trąbka EUSTACHIUSZA jest drożną, niezatkaną, natenczas słychać przy wciskaniu powietrza za pomocą balonu szelest dmuchający, bez rżężeń. W zwężeniu trąbki szmer ma wysoki, ostry ton i przechodzi niekiedy w świst. Przy silnie napiętej błonie bębnekowej szmer otrzymuje ton ostry, szorstki, przy błonie bębnekowej podatnej szmer jest znacznie większy. Przy istniejącem małym przedziurawieniu w błonie bębnekowej słyszy się często nawet bez otoskopu wyraźne gwizdanie. Jeżeli jest wydzielina w trąbce lub w jamie bębnekowej, słyszy się rżężenia wielko- względnie drobno-pęcherzykowe. Zupełny brak szmeru wysłuchowego, wykluczwszy nieodpowiednie położenie cewnika, może pochodzić od zarośnięcia światła trąbki, lub od zatkania ciałem obcym albo wydzieliną. Należy jednak odróżniać szmery wysłuchowe, z trąbki i jamy bębnekowej pochodzące, od takich, które powstają wówczas, jeżeli cewnik nie znajduje się w ujściu trąbkowym, lecz poza nim, w dołku ROSENMUELLER'a. Rozróżnienie przy jakiej takiej wprawie nie przedstawia żadnej trudności.

Jeżeli natrysk wykazał zwężenie lub całkowite zatkanie trąbki, to należy dokładnie oznaczyć stopień i miejsce zwężenia. W tym celu posługujemy się sondowaniem trąbki za pomocą zgłębników trąbkowych, sporządzanych dawniej z fiszbinu, dzisiaj ze strun sprężystych lub celluloidnyu. Ale nawet wtedy, gdy powietrze bez trudności wchodzi przy natrysku do jamy bębnekowej, może istnieć zwężenie trąbki, szczególnie jej przesmyku, tak, że, zdaniem URBANTSCHITSCH'a, sondowanie trąbki wykonać należy w celach rozpoznawczych w każdym przypadku choroby ucha środkowego, bez względu na wyniki natrysku. To zapatrywanie URBANTSCHITSCH'a potwierdził EITELBERG, który w swoich odnośnych doświadczeniach zauważył w znacznej części przypadków nieżyty usz-

nego [38 na 64] zwężenie w przesmyku trąbki (*Isthmus tubae*). Po wprowadzeniu cewnika i stwierdzeniu jego odpowiedniego położenia w ujściu trąbki za pomocą wysłuchu, wsuwa się przezeń zgłębnik do trąbki. Po za przesmykiem bardzo rzadko tylko istnieją zwężenia, dlatego wystarczy posunąć zgłębnik po za przesmyk. Cewniki są rozmaitej grubości, nie grubsze jednak nad $1\frac{1}{2}$ mm., tyle bowiem wynosi przeciętnie prawidłowe światło przesmyku; odległość zaś przesmyku od ujścia gardzielowego wynosi 2—3 ctm.. Aby więc dokładnie oznaczyć, jak głęboko stoczek wdążył w trąbkę, trzeba go zaopatrzyć w podziałkę, oznaczającą długość kateteru i kilka centymetrów [4] dalej. W taki sposób można stwierdzić, w którym miejscu trąbki zgłębnik w danym razie się znajduje i gdzie należy szukać miejsca względnego zwężenia, oraz oznaczyć jego stopień. Jeżeli np. zgłębnik napotyka na zawadę w oddaleniu niżej 24 mm. od ujścia, zwężenie musi być w części chrząstkowo-błoniastej; jeżeli wyżej 30 mm., w kostnej części trąbki.

Pod żadnym pozorem nie wolno zgłębnika wsuwać w trąbkę dalej nad 35 mm.. W takim bowiem razie mógłby się koniec jego stykać z kostkami słuchowymi lub z błoną bębenkową i uszkodzić je. Możliwość uszkodzenia błony bębenkowej zgłębnikiem stanowi wprawdzie kwestyę sporną; dla mnie nie ulega jednak żadnej wątpliwości, odkąd sam miałem sposobność stwierdzenia w jednym przypadku takiego uszkodzenia przez za głęboko wsunięty zgłębnik. Chory uczuł w chwili stykania się zgłębnika z błoną bębenkową dotkliwy ból w uchu. Po cofnięciu zgłębnika stwierdziłem znaczne przekrwienie błony i wypuklenie kropkowane na przednim górnym jej odcinku, tuż przed wyrostkiem krótkim młotka. Chory od tego czasu gorzej słyszał. Wszystkie jednak następstwa: pogorszenie słuchu, ból, jakoteż podrażnienie błony bębenkowej, przeszły już po kilku dniach. Oznaki przedmiotowe, dowodzące odpowiedniego położenia zgłębnika w trąbce, są: 1) Brak zmiany lub nieznaczna zmiana w kierunku cewnika podczas wprowadzenia zgłębnika. Jeżeli zaś cewnik przytem kręci się znacznie na górę lub na dół, dowodzi to fałszywego kierunku zgłębnika. 2) Ustalenie cewnika w swoim położeniu przez zgłębnik. 3) Brak wpływu ruchów połykania na kierunek zgłębnika, który wsunięty do przesmyku trąbki nie podlega wpływowi mięśni trąbko-gardzielowych. 4) Zagięcie zgłębnika po wycofaniu go z trąbki w postaci S.

Podmiotowo należyte wprowadzenie zgłębnika daje się poznać: 1) Przez uczucie drapania i klucia w okolicy krtani i bocznej części szyi, które postępuje coraz wyżej i bliżej ucha, im bardziej zgłębnik zbliża się do przesmyku; gdy tenże przekracza przesmyk, chory uskarża się na ból w uchu, a niekiedy także na ból zębów, szczęki górnej i dolnej. 2) Podczas przejścia zgłębnika przez miejsce zwężone występują prawie stale szmery trzeszczące w uchu, które za pomocą rurki wysłuchowej i przedmiotowo stwierdzić się dają. 3) Zgłębnik, tkwiąc w przesmyku, sprawia uczucie silnego napięcia [URBANTSCHITSCH]. Wszystkie te zabiegi mają również wybitne znaczenie lecznicze, co mnie właśnie skłoniło do bliższego zastanowienia się nad nimi.

Badanie przedmiotowe należy uzupełniać badaniem błony śluzowej okolic sąsiednich, która, jak wyżej podano, często przyjmuje udział w cierpieniu. Dla-

tego też badanie mianowicie błony śluzowej gardła i nosa za pomocą łopatki, [rynoskopii i faryngoskopii] nigdy nie powinno być zaniechane. Zmiany chorobowe, znajdujące się w tych narządach, mogą nie tylko wikać choroby uszne, ale też wywoływać je, podtrzymywać i mają nie tylko znaczenie przyczynowe, ale także znaczenie objawowe i rozpoznawcze.

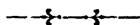
Wszystkie jednak przytoczone objawy przedmiotowe mogą nie wystarczyć do pewnego rozpoznania choroby. Większe znaczenie rozpoznawcze mają objawy podmiotowe, z których najważniejszymi są stopień słuchu i wrażenia słuchowe podmiotowe. Wszak nie ulega wątpliwości, że np. przypadek ze znacznym stopniem słuchu przy prawie prawidłowej błonie bębenkowej ma większe znaczenie patologiczne, aniżeli przypadek z wielce chorobowo zmienioną błoną bębenkową przy zupełnie prawidłowym słuchu. Objawy podmiotowe mogą w początku być tak nieznaczne, że chorzy często nie mogą oznaczyć, kiedy był początek choroby. W wielu jednak razach chorzy w początku skarżą się na szmery podmiotowe, na szum i dzwonięcie w uszach. Co do upośledzenia słuchu, to ono postępuje bardzo zwolna, ale stale, a jeżeli występuje w jednym tylko uchu, to może dojść do znacznego stopnia, a chory spostrzeże je wówczas dopiero, gdy mu zacznie sprawiać różnicę w stosunkach towarzyskich lub w jego zawodzie. Stopień słuchu, zależne od nieżyty usznego, jest tak częste, że, zdaniem TROELTSCH'a, w wieku 20—50 lat co trzeci człowiek co najmniej, na jedno ucho gorzej słyszy. Stanowi ono jeden z najstańszych objawów tego cierpienia i zależy po części od zwiększonego ciśnienia w błędniku, po części od zmniejszonej siły drgania błony bębenkowej i kostek usznych lub wreszcie, według poszukiwań URBANTSCHITSCH'a, od powstałych odruchowo zaburzeń czynnościowych ośrodków słuchowych, co ma miejsce również przy bólu zębów, nerwobólu nerwu trójdzielnego i t. p.. [D. n.].

III. W SPRAWIE DOSZCZĘTNEGO OPEROWANIA PRZEPUKLIN PACHWINOWYCH

SPOSOBEM BASSINI'EGO.

Podał

Edward Gliksman.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 24].

Przypadek IV. Stanisław Ł., wyrobnik, lat 42. *Hernia inguinalis dextra incarcerata*. Przepuklina, wielkości głowy noworodka, uległa uwieżnieniu przed 12 godzinami. Stan ogólny chorego bliski stanu zapaści. Tętno słabe, częste [130], kończyny chłodne, częste wymioty i odbijanie. Wyraźny szmer skurczowy serca. Operacji przeto byłem zmuszony dokonać bez narkozy. Cięcie skóry od razu poprowadziłem, jak do operacji radykalnej. Chciałem w ten sposób udostępnić sobie cały kanał pachwinowy, zdobyć możność lepszego oryentowania się w stosunkach worka, w razie gdyby się

te okazały skomplikowanymi i jednocześnie mieć warunki do zakończenia herniotomii właściwej, t. j. do operacji radykalnej przepukliny.

Właściwego rozcięcia pierścienia zaciskającego dokonałem od zewnątrz, nie zaś od strony worka, mianowicie po przecięciu jednego z ramion pierścienia pachwinowego zewnętrznego uwięźnięcie było już usuniętem. Po otwarciu worka wypłynęło nie wiele cieczy różowej; kiszka mocno nastrzyknięta, ciemno wiśniowego koloru, błyszcząca, szybko wracała do stanu właściwego. Wrota przepuklinowe przepuszczają 4 palce. Pętlica kiszki w kilku miejscach jest przyrośniętą w okolicy szyi worka. Worek po oddzieleniu go od sznurka nasiennego wyłuszczyłem w szyi poniżej wspomnianych zrostów kiszki, których nie oddzieliłem ze względu na ogólny stan chorego, bez narkozy operowanego, chcąc w ten sposób szybciej operację skończyć. Tak więc w danym przypadku została pominięta jedna z zasad operacji BASSINIE'go, mianowicie podwiązanie worka po za wrotami przepuklinowymi, gdzie szyja worka w otrzewną ściany brzusznej przechodzi. Zeszywszy odcięty worek niżej wrót przepuklinowych, tem samem nie otrzymałem normalnych stosunków okolicy pachwinowej, do czego ściśle dąży BASSINI. Ponieważ w pozostałej części operacji radykalnej w niczem nie odstępiałem od nakreślonego typu, przebieg zaś pooperacyjny był wolnym od zaburzeń [15-go dnia doszczętne zagojenie], temu więc tylko uchybieniu przypisać mogę nawrót cierpienia, który w 5-ym miesiącu po operacji spostrzegłem. Nowa przepuklina była wielkości jabłuszka, niebolesna i tymczasem żadnych dolegliwości choremu nie sprawia.

Przypadek V. Stanisław A..., lat 20, budowy wątłej, cierpi od dzieciństwa na przepuklinę pachwinową prawą, wielkości pięści, zstępującą do moshny. Skarży się z powodu dolegliwości przy chodzeniu, głównie zaś na ból w prawem jądrze, które przy badaniu okazuje się 2 razy mniejszem niż lewe, przytem miękkim, wątłym i przy dotyku bolesnem. Wrota przepuklinowe przepuszczają 2 palce. Podczas operacji [dnia 1. XI.1893 r.] okazało się, że mamy do czynienia z przepukliną pachwinową wrodzoną (*hernia inguin. congenita testicularis*), że kiszki i sieć zupełnie wolno mieściły się w niezarośniętej i rozszerzonej *tunica vaginalis testis propria*. Ponieważ miałem przed sobą jądro zanikłe, rozważyłem, że lepiej będzie poświęcić wątpliwej wartości jądro dla pewniejszego zamknięcia worka. To też worek wraz z mocno z nim spojenym sznurkiem nasiennym podwizałem *en masse* po za wrotami przepuklinowymi, a odciawszy poniżej podwiązki, wraz z jądrem wyłuszczyłem (*semicastratio*). Tak więc uchyliłem się w tym przypadku od sposobu postępowania przy przepuklinie wrodzonej, a to dzięki okoliczności, że jądro było w takim stanie, że mogliśmy na nie wcale uwagi nie zwracać. Przy jądrze prawidłowem bezwarunkowo należy postąpić podług opisanej już poprzednio modyfikacji ogólnego sposobu operacji BASSINIE'go. Doszczętne zagojenie rany stwierdziłem w 4-ym tygodniu po operacji po odejściu kilku podwiązek. Przy oględzinach chorego w 3 miesiące przeszło okolica pachwinowa prawa o wiele oporniejszą się okazuje na ciśnienie jelit przy kaszlu lub nadymaniu się, aniżeli odpowiednia okolica lewa, dotąd zawsze prawidłowa.

Przypadek VI. R... Moszek, handlarz, lat 36, dobrze zbudowany, od lat 5-ciu cierpi na przepuklinę pachwinową lewą, zupełnie wolną, wielkości dużej pięści. Guz zstępuje do moszny, z trudnością daje się utrzymać za pomocą paska; uwięznięcia dotychczas nie było. Dnia 5. XI. 1893 operacja radykalna. Przypadek ten był najbardziej typowym ze wszystkich, operacja też najzupełniej odpowiadała opisowi BASSINIE'go. Tym razem obszedłem się bez otwarcia worka, gdyż skręcając go na około osi, zawartość jego całkowicie odprowadziłem do brzucha. Dnia 9-go po operacji doszczętna *prima intentio*. W trzy miesiące po operacji jest jeszcze lekki nacisk jądra i sznurka nasiennego, niczego jednak, coby ślad jakikolwiek nawrotu wskazywało, nie stwierdziłem.

Zaznaczając przy opisie moich przypadków pewne szczegóły, miałem na celu przedstawić niektóre techniczne trudności, jakich w opisie typu operacji BASSINIE'go nie znajdujemy. Tak więc we wszystkich przypadkach cięcie skóry musiało być długie, mianowicie od spina *ilei ant. sup.*, a nieraz na 2—3 ctm. wyżej, wzdłuż całego kanału pachwinowego. Inaczej trudno oryentować się w stosunkach anatomicznych, które przy operacji BASSINIE'go należy mieć na względzie.

Część najkłopotliwszą i najzmutniejszą operacji stanowi oddzielenie worka; szczególnie zdarza się to przy workach przepuklin starych, które niejednokrotnie podlegały uwięzieniu lub zapaleniu [przyp. 3-ci]; w przepuklinach zaś świeżych worków daje się oddzielić niezwykle łatwo [przyp. 2-gi]. Jeżeli tylko zdołaliśmy oddzielić szyję worka i to wysoko, sądzę, że skuteczność operacji BASSINIE'go nie będzie przez to mniejszą, jeśli, podwiązawszy szyję po za wrotami przepuklinowymi, pozostałą część worka po przecięciu go poniżej podwiązki pozostawimy na miejscu. Chodzi o to, ażeby, wyciąwszy pewien, choćby wąski pas z szyi worka, ciągłość jego przerwać. W przypadku 3-cim podstawa worka wskutek silnych zrostów z otaczającymi tkankami nie została wyłuszczoną, mimo to po roku i 2 miesiącach stan okolicy pachwinowej przedstawia się zupełnie tak samo, jak w pozostałych przypadkach wyleczenia. O wiele ważniejszy moment naszej operacji stanowi wysokie podwiązanie worka. W przypadku 4-ym pominąłem, dla powodów w swoim miejscu podanych, tę okoliczność i temu tylko przypisać mogę wcześniej powstały nawrot przepukliny. Podwiązawszy szyję worka poniżej wrót przepuklinowych, nie otrzymałem od strony jamy brzusznej tej równej powierzchni otrzewnej, jaka normalnym warunkom okolicy pachwinowej odpowiada, lecz przeciwnie lejkowate wgłębienie, mniej już na nacisk jelita odporne w razie silniejszego ciśnienia.

Co do sposobu podwiązania szyi worka, to stosowałem się zawsze do jej szerokości. Jednej podwiązki *en masse*, jak radzi BASSINI, nie zakładałem w obawie ześlizgnięcia się jej nawet przy wąskich wrotach przepuklinowych [przyp. 5-ty]. Przeciwnie starałem się szyję worka kilkakrotnie przeszywać, a co najmniej przeprowadzałem podwójną kłutą podwiązkę. Sądzę, że przez kilka-

krotne, stosownie do szerokości, przeszywanie szyi, unikamy lejkowatego wgłębienia otrzewnej na miejscu dawnej przepukliny, co warunki jej powrotu znacznie może osłabiać.

Pozostała część operacji, mianowicie zamknięcie, a raczej zwężenie wrot przepuklinowych, utworzenie nowych ścian z nowym kanałem pachwinowym, jednym słowem, to, co właściwie oryginalny pomysł operacji BASSINIE'go stanowi, jest dla wszystkich przypadków stałą, typową, jak typowo stałymi są stosunki anatomiczne danej okolicy, które dla celów naszej operacji wyzyskujemy.

Na przebieg pooperacyjny, nie mówiąc już o ścisłej aseptyce, duży ma wpływ okoliczność, o ile łatwem lub trudnem było oddzielenie worka. Oddzielając worek, powiększej części na tępo lub pincetą anatomiczną, pomagając sobie nieraz drobnymi cięciami przez powłoki dodatkowe, otrzymujemy dużo strzępów tkanek, lub całe warstwy powłok, na które, jak wiadomo, składają się: powięź powierzchowna, powięź poprzeczna i tkanka podsurowicza. Strzępy te, ulegając obumarciu, mogą poważnie zakłócić przebieg gojenia się rany, szczególnie przy najłżejszem uchybieniu wobec aseptyki. Tylko w przypadkach 3-cim i 6-tym miałem przebieg idealnie aseptyczny [*prima intentio* 3-go dnia po operacji]. Przebieg taki w znacznej części zawdzięczam tej okoliczności, że w pierwszym z tych przypadków większą część worka, mianowicie jego podstawę, mocno do jądra przyrośniętą, pozostawiłem niewyłączoną, w drugim zaś worek udało się oddzielić łatwo bez pozostawienia strzępów z tkanek otaczających. Prócz więc ścisłej aseptyki, dokładnego zatamowania krwotoku, dobroczynny wpływ na przebieg pooperacyjny ma również oczyszczenie otrzymanej przez nas rany od wszelkich pozostałości błon, otaczających worek, jądro i sznurek nasienny. W dwóch przypadkach wypadło mi wyciąć znaczną część powięzi poprzecznej, od powierzchni worka oddzielonej. Wreszcie ów nacisk jądra i sznurka nasiennego, jaki w kilku przypadkach przez długi czas po operacji znajdowałem, również w ścisłym pozostaje związku z trudnem oddzielaniem worka, *resp.* z urazem, z jakim rękoczyn ten jest związany. Zamiast na tępo worek oddzielać, lepiejby było odcinać go ostrożnie od jądra i sznurka, pozostawiając z konieczności części worka, które mocno są przyrośnięte.

Jeżeli dotychczas metody CZERNY'ego i MAC-EVEN'a były stosowane przy wszelkich przepuklinach, to sądzę, że dla przepuklin pachwinowych metoda BASSINIE'go o wiele odpowiedniejszą i skuteczniejszą się wydaje. Zamiana stosunków patologicznych przez możliwie idealne odbudowanie warunków fizjologicznych—oto, co głównie metodę tę zaleca. Musimy przedewszystkiem podwiązać wysoko worek i jeżeli nie usunąć go całkowicie, to w każdym razie poniżej podwiązki odciąć. Robimy więc to, co w metodzie CZERNY'ego najważniejszą część operacji stanowi. Sposób zaś zamknięcia wrót przepuklinowych podług CZERNY'ego, żadną miarą nie dorównywa sposobowi BASSINIE'go.

Co do sposobu MAC-EVEN'a, to z prac KRAJEWSKIEGO i OBALIŃSKIEGO widzimy, że wobec najlepszych chęci ścisłego trzymania się wskazówek autora, byli oni zmuszeni znaczne poczynić modyfikacje. Praktycznie nie zawsze

daje się sposób MAC-EVEN'a ściśle zastosować. Żywa zatyczka worka przepuklinowego nie zawsze odpowiada swoją obojętności szerokości wrót przepuklinowych, które od strony jamy brzusznej całkowicie ma zamykać. Po swoim zespoleniu wrót przepuklinowych przez szew, który powieź poprzeczną do powięzi mięśni brzusznych przybliży, powstają po obu stronach nitki fałdującej lejkowate wgłębienia otrzewnej, zwrócone ku stronie największego nacisku jelit, co duży wpływ na usposobienie do nawrotu wywiera [KRAJEWSKI]. Wreszcie owa żywa zatyczka worka często ulega obumarciu, a tem samem upada główny punkt operacji MAC EVEN'a. Jak często zdarza się ta komplikacja, widzimy to z historii chorób, podanych przez D-ra KRAJEWSKIEGO, prof. OBAŁIŃSKIEGO, a także z pracy statystycznej HAIDENTHALER'a z kliniki BILLROTH'a.

Sposób BASSINI'ego zaleca się więc, prócz zalet pomienionych, prostotą i większą teczniczną łatwością wykonania w porównaniu ze sposobem MAC-EVEN'a. Wiemy, jak kłopotliwem i trudnem jest nieraz oddzielenie worka, cóż dopiero jeśli worek należy tak dokładnie odpreparować i oszczędzać, ażeby mógł służyć za materiał do utworzenia owej żywej zatyczki. To też sposób MAC-EVEN'a zbyt jest skomplikowanym, a z powodu trudnego oddzielenia worka bez możności usunięcia go daje powód do zaburzeń w okresie gojenia. Prócz tego MAC-EVEN wymaga, ażeby chorzy po jego operacji w każdym razie do sześciu tygodni pozostawali w łóżku. Po operacji BASSINI'ego, w przypadkach doraźnego zagojenia się rany, można pozwolić choremu wstawać już w końcu drugiego tygodnia. Nie ma to wpływu na usposobienie do nawrotu.

Jakież więc zaufanie powziąć możemy dla opisanej przez nas metody, jaką rękojmię trwałości wyleczenia daje nam sposób BASSINI'ego? W odpowiedzi na te pytania 6 moich osobistych obserwacji, obejmujących okres czasu od 16 do 3 miesięcy po operacji, stanowić może tylko szczupłą część materiału, jaki dla wyjaśnienia tej kwestyi jest potrzebnym, a którego od prac przyszłych w tym kierunku oczekiwać należy. Pozwolę więc sobie przytoczyć kilka zaczerpniętych z pracy BASSINI'ego cyfr, które wymownie wartość jego operacji stwierdzają.

Ogółem wykonał BASSINI radykalnych operacji na przepuklinie wolnej 251.

Wyleczeń stwierdzonych w przeciągu czasu od 4½ lat do 1 roku .	108
Wyleczeń stwierdzonych w przeciągu czasu od roku do 6 miesięcy.	33
Wynik nieznaný w przypadkach	4
Nawrotów stwierdzono	7
Jeden przypadek śmierci z zapalenia płuc, od operacji niezależny .	1

Razem . 251

Prócz tego na przepuklinie uwięzionej dokonano radykalnych operacji 11, z których 2 zakończyły się śmiercią.

Z ogólnej cyfry 7 nawrotów na 262 przypadki 2 nawroty przypadają na przepukliny HESSELBACH'a (*hernia directa*), których ogólnie było 19. Jeżeli więc ilość nawrotów przy przepuklinach skośnych, zewnętrznych (*hernia*

externa), obserwowanych znacznie dłużej, bo od $4\frac{1}{2}$ lat do 6 miesięcy, stanowi 2%, to dla przepuklin HESSELBACH'a przypadnie znacznie większa odsetka nawrotów, bo 11%. Dlatego też radzi BASSINI sposób swój przy tych ostatnich przepuklinach odpowiednio modyfikować, jak to przy opisie typu operacji podałem.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

—§—§—§—

58. Bouchard. Rola osłabienia nerwowego w powstawaniu gorączki.

Mowa na 11 kongresie lekarskim międzynarodowym w Rzymie.

Zjawiskiem często spostrzeganem, lecz mało uwzględnianiem, jest fakt, że chorzy gorączkujący w dniu przybycia do szpitala, w $\frac{1}{5}$ przypadków, mają gorączkę o jeden stopień wyższą, aniżeli w dni następne. Wiadomem również jest, że odwiedziny chorego gorączkującego sprawiają podniesienie ciepłoty, że w okresie zdrowienia, po spadku gorączki, także odwiedziny mogą na krótko ją wznowić.

Pokarm, spożyty zbyt wcześnie podczas gorączki stałej, tę potęguje, a w okresie spadku ciepłoty pierwszy pokarm jest często sprawcą nasilenia. Toż samo sprawia zmęczenie fizyczne, pierwsze wstanie podczas zdrowienia; chory na gruźlicę często przypląca przechadzkę kilku stopniami gorączki.

Wreszcie, na co B. szczególny nacisk kładzie, wstrząśnienia moralne, wzruszenia, wystarczają, by wywołać gorączkę u chorych, osłabionych, zdrowieńców.

Przyczyny te nie wywołują podniesienia ciepłoty u zdrowych; nie im przypisujemy wogóle powstawanie gorączki w chorobach. Ponieważ jednak fakty te codziennie spostrzegane bywają, tłómaczyć je należało, a tego w ten sposób dokonywano: niestrawność, zmęczenie fizyczne, lub wzruszenie moralne pogarszają chorobę, utrudniają wyzdrowienie, czyli—zaburzenia nerwowe, mięśniowe, żołądkowe, pogarszając chorobę, potęgują pośrednio gorączkę.

Mówca sądzi inaczej: wpływy wyliczone bezpośrednio wywołują [*re*sp. potęgują] gorączkę, znajdując w ustroju osłabionym układ nerwowy łatwo uległy, mało oporny na wpływy burzące harmonię produkcji i utraty ciepła.

Jakkolwiek ustrój nasz nie ma ciepłoty stałej, waha się ona w granicach 1° , opadając, lub podnosząc się w różnych porach dnia. Ustrój nasz jest do pewnego stopnia termostatem. Podniesienie się ciepłoty wewnętrznej zmniejsza wytwarzanie ciepła; spadek znów ciepłoty—podsycia ognisko. Ale, czego nie czyni termostat—ustrój nasz, rozgrzewając się, jeżeli nie zmniejsza źródła ciepła, w zamian za to potęguje stratę ciepła; a kiedy się ostudzi—ogranicza stratę, podsycając jednocześnie spalanie. Środków tych używa nie tylko wówczas, kiedy jest już przegrzany lub oziębiony, lecz zanim nastąpi tego rodzaju zboczenie, kiedy mu ono grozi.

Regulacja ciepłoty bywa zapobiegawczą i leczniczą. Bronimy się przeciw zimnu i ciepłu zewnętrznemu, zanim zdołały one wpłynąć na nasze własne

ciało. Walczymy też przeciw wzniesieniu się lub spadkowi istniejącego wewnątrz ciała ciepła.

Drogą odruchu podrażnienia ciepłne zakończeń nerwów obwodowych [skóry] zmniejszają lub potęgują sprawy chemiczne produkujące ciepło. Drogą odruchu zostają w grę wprowadzone przyrządy, sprzyjające stracie ciepła, lub też z gry wycofywane.

Wiemy wreszcie, że zimno zewnętrzne, umiarkowane nawet, zwiększa produkcję kwasu węglanego i tworzenie się mocznika, że zimno żywsze wywołuje dreszcze, drżenie mięśni [spotęgowanie się rozkładu materii i ruch mięśni powiększają produkcję ciepła]. Z drugiej strony, zimno wywołuje skurcz naczyń skóry, czyli zmniejsza dużą ilość krwi na powierzchni skóry, czyli zimno zewnętrzne powiększa wytwarzanie się ciepła i zmniejsza jego utratę.

Czy ciepło zewnętrzne zmniejsza produkcję ciepła w ustroju?

Wiadomo, że naczynia powierzchowne rozszerzają się, obieg krwi i oddechanie wzmagają się, następują poty, krew styka się i oziębia w większej ilości w zetknięciu z powietrzem zewnętrznym, ale nadewszystko tracimy ciepło przez przeziw skóry i płuc; jedynie kiedy powietrze otaczające nas jest gorące i nasycone wilgocią — przeziwu nie bywa, walka z przegrzaniem staje się obosieczną, ponieważ rozszerzenie naczyń, przyspieszenie działalności serca i płuc potęguje ogrzewanie się krwi. Odruchy lepiej nas bronią od zimna, aniżeli od ciepła z e w n ę t r z n e g o.

Od ciepła lub zimna w e w n ę t r z n e g o nie bronią już nas odruchy. Działanie nerwów jest wtedy bezpośredniem, działa tu bezpośrednio ogrzanie lub oziębienie ośrodków nerwowych.

Jak to wykazał Ch. RICHET, oziębienie wewnętrzne ciała do 34° wywołuje dreszcze i drżenie mięśni. Przecięcie rdzenia znosi dreszcze tułowia i kończyn, pozostawia — twarzą. Te dreszcze, wywołane przez oziębienie wewnętrzne, odróżnić należy od tych, jakie wywoływane są przez oziębienie obwodowe.

Ciepło wewnętrzne powołuje do czynu przyrządy powodujące utratę ciepła. Kąpiel ciepła, para wodna, gorące powietrze parą nasycone — wywołują natychmiastowe podniesienie ciepłoty wewnętrznej, przyspieszenie działalności serca i oddechu, co jest sprawą przegrzania ośrodków, a nie podrażnienia nerwów obwodowych. Poty powstają z dwóch przyczyn, z których jedna leży w przegrzaniu ośrodków [LUCHSINGER sądzi, że poty wywoływane są przez podrażnienie nerwów swoistych].

W doświadczeniach mówcy umiarkowane ćwiczenie fizyczne wywoływało poty wtedy, kiedy ciepłota w odbytnicy wynosiła 37,6°, zarówno przy ciepłocie powietrza zewnętrznego 15°, jak i przy 26°; jedynie przy 15° pot występował po 19 minutach, a przy 26° po 8 minutach.

Wpływ przegrzanego ośrodka na powstawanie potów nie wyklucza istnienia potów wywołanych przez odruch z nerwów obwodowych. U człowieka, którego górna połowa ciała transpirowała łatwiej niż dolna, wywoływał mówca poty ściśle miejscowe, zakrywając pojedyncze ustępy ciała.

Spadek ciepłoty wewnętrznej o 3° powoduje dreszcze; podniesienie o 0,4° wystarcza do wywołania potów, czyli: jeżeli odruchy nas lepiej bronią od

zimna zewnętrznego, aniżeli od ciepła, wahania ciepłoty ośrodków nerwowych bronią nas szybciej od ciepła wewnętrznego, aniżeli od zimna.

Inaczej się dzieje w stanach chorobowych. Wtedy np., pomimo wysokiej ciepłoty, poty nie występują. Osobnik, który w stanie zdrowia pocił się w miejscach skóry, mających ciepłotę $35,9^{\circ}$, mając wewnętrzną ciepłotę $36,8^{\circ}$, podczas influenzy miał skórę suchą przy cieplocie skóry $37,5^{\circ}$ — $38,2^{\circ}$, a w odbytnicy $38,1^{\circ}$ — $38,8^{\circ}$. Działanie antypiryny sprowadzało poty, pomimo że ciepłota spadła do 37° .

Wszystko, co wiemy o automatycznej regulacji ciepłoty, uczy nas, że ustrój daleko silniej jest zdolny do utrzymania ciepłoty ciała na stopie pewnej, normalnej, aniżeli do powrócenia czasowo zniszczonej normy. Rzecz to pierwszorzędnej wagi.

Okres czasu, kiedy układ nerwowy zdolnym jest walczyć skutecznie z przyczynami nadmiernej ciepłoty, bywa różny. Albowiem u osobników słabych lub osłabionych, wątłych, wyczerpanych, cierpiących na choroby przewlekłe, lub ostre długotrwałe, u zdrowieńców, widzimy powstanie lub nasilenie gorączki z powodu przyczyn, które u człowieka zdrowego potęgować, co prawda, mogą wytwarzanie ciepła, ale nie podnoszą ciepłoty ciała.

Jeżeli zauważymy w szpitalu, że gorączka chorego spada po przybyciu do sali, przypisujemy to zabiegom naszym, spokojowi, ciszy i t. p. warunkom pobytu w szpitalu. Ale czyż to nie znaczy zarazem, że podniesienie ciepłoty podtrzymywanem było przez podrażnienie ze strony otoczenia, że usunięcie tych przyczyn obniżyło gorączkę. Takim momentem potęgującym gorączkę bywa i samo przeniesienie do szpitala. A przyczyn tego rodzaju istnieje wiele, szczególnie kiedy chory gorączkujący leży wśród warunków zwykłego otoczenia, reagując na tysiączne dolegliwości tego życia. Taką przyczynę stanowią wizyty obcych w szpitalu, męczące chorych lub dostarczające im zbyt wczesnego pożywienia. Znane są też przypadki, że mała praca [tualeta chorego] powoduje nasilenie gorączki.

Już LIEBERMEISTER wykazał, że istnieje różnica w cieplocie [pod pachą mierzonej], na dziesiąte stopnia licząca się, stosownie do tego, czy człowiek leży, siedzi, lub stoi. Mówca toż samo skonstatował, mierząc ciepłotę w odbytnicy. Fakty te jednak nie są powszechnie uznawane.

Co się tyczy wpływu pracy mięśniowej na ciepłotę, to OBERNIER znalazł po godzinnym biegu $39,6^{\circ}$, BOUCHARD po wysiłku trwającym 45 minut — $39,2^{\circ}$, FOREL widział podniesienie ciepłoty o $1,34^{\circ}$, a BERGMANN [u psa] z $39,3^{\circ}$ na $40,5^{\circ}$, nawet 41° po zmęczeniu fizycznym. Mówca doświadczał na człowieku zdrowym, który, przez wiele dni, rozpoczynał ćwiczenia fizyczne zaraz po wstaniu, kiedy ciepłota w odbytnicy wynosiła 37° lub $37,1^{\circ}$.

Przeciętne podniesienie po $\frac{1}{2}$ godzinie wynosiło 1° ; tętno początkowo szybkie stawało się wolniejszym, począwszy od zjawienia się potów, pozostając stałym w dalszym ciągu trwania pracy. Zmieniając warunki doświadczenia, poznał mówca, że podnoszenie się ciepłoty jest raczej w związku z natężeniem wysiłków fizycznych, aniżeli z czasem ich trwania. Krótkotrwałe lecz energiczne wysiłki wywoływały podnoszenie się ciepłoty jeszcze w ciągu 10—15 minut po ustaniu ćwiczenia.

W zwykłych doświadczeniach spadek ciepłoty zaczyna się 16 do 22 minut po ukończeniu pracy. Przy poziomie ułożeniu ciała po 1--2 godzinach spada ona do poziomu, jaki miała po przebudzeniu raunem nawet niżej nieco, by potem po kilku wahanich wrócić do pierwotnej normy; wahania te ciepłoty manifestują się w równoległych wahanich częstości tętna i oddechu.

A więc: praca mięśniowa sprawia podnoszenie się ciepłoty, ograniczane przez utratę ciepła poprzez skórę. To ochładzanie się skóry jest przyczyną, dlaczego inni badacze nie spostrzegli faktu powyższego, wykazać się dającego głównie przy mierzeniu ciepłoty w odbytncy. Podczas odpoczynku różnica między ciepłotą skóry i odbytncy wynosi 0,6; po pracy z potami różnica ta wynosiła, u tejże osoby, 1,2° C.. U gorączkującego, pałającego, różnica ta wynosiła 0,6°, u pocącego się—1,1°.

Jakkolwiek chesanie się chorej w łózk jest pracą stokroć lżejszą niż wykonywanie ćwiczeń, jakie wykonywały osoby badane przez mówcę, mała ta praca wystarczała jednak do wywołania lub nasilenia gorączki o stopień; dzieje się to bądź z powodu, że osłabiony układ nerwowy nie jest zdolny zmienić spraw chemicznych produkujących podczas ruchów mięśniowych ciepło, bądź dlatego, że nie umie ustosunkować harmonii między wyprodukowaniem ciepłem a utratą tegoż.

Rzeczą trudną jest określić u człowieka zdrowego znaczenie pokarmów dla produkcji ciepła. Wiadomo, że pokarmy dostarczają materyału palnego tlenowi; wiadomo, że czynność gruczołów trawiennych, ślinianek, wątroby, jest źródłem ciepła. Ale produkcya ciepła, a podniesienie ciepłoty--różne to sprawy. W zdrowiu, po umiarkowanym pokarmie, nie można spostrzedz podniesienia ciepłoty wewnętrznej. Ciepłotę podtrzymuje stały rozkład materyi i pokarmów, zapasów ustroju, wreszcie — tkanek [komórek]. Ale dostarczanie pokarmu — paliwa — nie jest stałem, nie pali się ono zaraz po wprowadzeniu do ustroju; część odnawia komórki, inna odnawia zapasy, inna pali się z chwilą, gdy na to pozwoli wchłanianie. Zapasy są szczędzone, komórki bronione. Ale przy zbyt obfitym pokarmie, lub przy osłabieniu zdolności trawiennych — po spożyciu pokarmu następuje podniesienie ciepłoty, być może, dzięki energii działalności gruczołów trawiennych, lub też dzięki podrażnieniu układu nerwowego przez wytworj. niezupełnego strawienia: gorączka z niestrawności [najczęstsza u dzieci].

Oslabione narządy trawienia reagują gorączką na pokarm bądź przedwczesny, bądź względnie zbyt obfity.

Nie zaprzeczając możności podniesienia ciepłoty przez pracę masy mięsgowej, zwraca mówca uwagę na to, że mięśnie 24 razy więcej mogą podnosić ciepłotę całego ciała, będąc same ogrzane. Po 5 minutach pracy ciepłota mięśnia podnosi się o 1°. Ciepłota mózgu nie podnosi się o stopień nawet po godzinie pracy; podniesienie o 0,4° wywołuje już poty. Ale praca mózgu może wyjść poza granicę strefy intelektualnej i dotknąć strefy zarządzającej wytwarzaniem ciepła. Wtedy gorączka wytwarzana bywa przez wpływ na główny regulator, zarządzający odżywianiem całego ciała. Tego rodzaju podniesienie ciepłoty objawia się w stopniu małym u ludzi zdrowych, silnie u chorych.

Dlatego czytanie, rozmowa podczas lub po chorobie może gorączkę powrócić lub istniejącą nasilić. Wrażenia, przykre głównie, kłótnia, gniew — toż samo powodują. Na 60,000 stosowanych, przez mówcę, podczas chorób gorączkowych kąpielei ochładzających, widział B. podniesienie ciepłoty [zamiast zwykłego spadku] zawsze wtedy, kiedy chorzy sprzeciwiali się temu zabiegowi leczniczemu. Był to skutek oporu i zmęczenia nerwowego, bo układ nerwowy osłabiony jest nadzwyczaj czułym odczynnikiem na wpływy, zwiększające produkcję ciepła.

(*Semaine médicale*. 4. IV. 1894).

S. Sterling.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie kliniczne dodatkowe z d. 24. IV. 1894.

ARNSTEIN [z Kutna]. Przyczynę do sprawy leczenia dychawicy oskrzelowej za pomocą zabiegów rynologicznych, na podstawie 10 przypadków, przez dłuższy czas spostrzeganych, wraz z kilku uwagami o związku dychawicy z cierpieniem jamy nosowej.

Po wyjaśnieniu przyczyny, dla której prelegent podnosi głos w towarzystwie w kwestyi leczenia dychawicy za pomocą zabiegów rynologicznych [a jest nią brak zupełny odnośnych sprawozdań i prac w naszej literaturze lekarskiej], autor podaje wyniki, osiągnięte za pomocą zabiegów rynologicznych w 10 przypadkach dychawicy, przez dłuższy czas przez niego spostrzeganych. Są one następujące:

1) Zupełnego wyleczenia nie osiągnięto ani w jednym z 10 przypadków, z których wiele nie było zadawnionych.

2) Zupełnie bezskutecznym, t. j. bez osiągnięcia nawet chwilowego polepszenia okazał się zabieg rynologiczny w 4 przypadkach.

3) Polepszenie osiągnięto w 6 przypadkach, lecz było ono krótkotrwałem.

Dalej prelegent stawia następujące pytania:

1) Czy między dychawicą a cierpieniami jamy nosowej istnieje jakiś związek, 2) jeżeli tak, to jakim jest ten związek, 3) co stanowi istotę dychawicy oskrzelowej, 4) czy leczenie dychawicy za pomocą zabiegów rynologicznych ma rację bytu i jak lekarz zachowywać się powinien pod względem rokowania i leczenia.

Prelegent przyznaje istniejący związek między cierpieniami jamy nosowej a dychawicą, lecz po krytycznym rozbiorze argumentów, przytaczanych przez zwolenników teorii odruchowej Hack'a, zgodzić się nie może na to, by związek ten był genetycznym, t. j. by cierpienia jamy nosowej bezpośrednio były przyczyną dychawicy oskrzelowej. Podług przekonania autora, wyniki lecznicze, osiągnięte za pomocą zabiegów rynologicznych w jego przypadkach, jakoteż przez innych, jak: LUBLIŃSKIEGO, LAZARUS'a, RUAULT'a i innych, których nie można uważać za pomyślne, nie zdają się przemawiać za odruchową teorią dychawicy.

Polepszenie, dające się często spostrzegać po zabiegach rynologicznych, autor tłumaczy w części sugestją, w części usunięciem zbroceń, które niejaki wpływ na dychawicę wywierać mogą.

Do momentów, na powstanie dychawicy wpływ wywierających, autor zalicza ogólne neuropatyczne usposobienie, wpływy osłabiające ustrój i dziedziczność; te właśnie momenty, jakoteż napadowy charakter cierpienia, przemawiają, zdaniem autora, za tem, że dychawica jest przejawem ogólnego neuropatycznego usposobienia, jest nerwicą prawdopodobnie ośrodkowego pochodzenia, t. j. powstaje pod wpływem pobudzenia ośrodka oddechowego, mogącego mieć różne źródła.

Co się tyczy leczenia, prelegent zaznacza, że zabiegi rynologiczne przy dychawicy nie dadzą się uogólnić w myśl HACK'a, i że wyleczenia tą metodą nie da się w większości przypadków osiągnąć. Interwencya przeto rynologiczna przy dychawicy winna być bardziej ograniczoną i opartą na pozytywnych danych, osiągniętych szczegółowemi badaniami rynologicznemi.

W końcu autor zaznacza, że leczenie dychawicy oskrzelowej winno być przede wszystkim ogólnem, wzmacniającem w najobszerniejszym znaczeniu.

(Autoreferat).

W dyskusyi Wiceprezes SOKOŁOWSKI zaznacza, że kwestya, przez ARNSTEINA podniesiona, jest bardzo ważną pod względem praktycznym, i że najważniejszym jest postawienie wskazań, któremi przy leczeniu astmy mógłby się lekarz-praktyk kierować.

Po ogłoszeniu przez HACK'a teoryi odruchowego powstawania astmy, zaczęto wszelkie odmiany duszności leczyć rynologicznie, co spowodowało wygłaszanie zdań bardzo sprzecznych o skuteczności tej metody i musiało ją do pewnego stopnia zdyskretować. Zależało to przede wszystkim od niezrozumienia istoty dusznicy oskrzelowej, którą należy uważać za nerwicę, wielce podobną do padaczki, wybuchającą gwałtownie w postaci napadów u ludzi, którzy w przerwach pomiędzy napadami czują się zupełnie dobrze. Napady te są pochodzenia centralnego, a wywoływać je mogą różnorodne przyczyny, jak: nadużycia w jedzeniu, płciowe i t. p..

Jedną z takich przyczyn są zaburzenia ze strony nosa: jeżeli u astmatyka istnieje niedrożność nosa, to przyczyna wzmagająca niedrożność może wywołać napad duszności. Na tego jedynie rodzaju przypadkach oparł swoją teorię HACK, i w nich jedynie leczenie miejscowe może przynieść ulgę choremu; astmy obojętnej nie uleczy, gdyż do tego potrzebne jest leczenie ogólne. Odrębną zupełnie jest kwestya, jaki procent chorych doznaje ulgi? Procent to rzeczywiście nie wielki, ale nawet jeden fakt pozytywny przemawiać winien na korzyść teoryi. Wielka odsetka uleczeń, ogłaszana przez niektórych autorów, zależy od tego, że specjalista, po usunięciu przerostów i sprawieniu ulgi, więcej chorego nie widzi i nie wie, czy i jak prędko powróciły napady. Jest jeszcze druga ważna przyczyna sprzeczności w wynikach leczniczych, mianowicie nieodróżnianie astmy pierwotnej [απ' ἀρχῆς] od wtórnej [przy wadzie serca, tętniaku aorty i t. p.]; przypadki astmy wtórnej bywają *en masse* leczone miejscowo, tem bardziej, że u takich chorych skutkiem przekrwienia zastoino-

wego bywają niekiedy kolosalne przerosty muszel; tu jednak ani przypalania, ani wypalania w nosie najmniejszej ulgi chorym przynieść nie mogą.

MEYERSON na dowód istnienia związku pomiędzy napadami astmy i przerostami w nosie przytacza skuteczne działanie kokainy podczas napadów, oraz skuteczność zabiegów rynologicznych; zna przypadki, w których np. po operacji polipów nosowych napady duszności znikają, a powracają, gdy polipy zaczęły odrastać. O trwałości ulgi dziś jeszcze przesądzać nie można, bo metoda jest zbyt świeża; stosując ją jednak od samego prawie początku, zna chorych, którzy od 8—10 lat po operacjach rynologicznych wolni są od napadów. Do zdyskredytowania metody przyczynił się do pewnego stopnia sam HACK, który na związek między dusznością i zaburzeniami w nosie zapatrywał się zbyt jednostronnie, utrzymując, że siedlisko cierpienia znajduje się w ciałach jamistych muszel i radząc niepotrzebnie usuwać całą muszlę.

SREBRNY nie widział ani jednego przypadku wyleczenia duszności po operacjach w nosie, co naprowadziło go na domysł, czy zmiany, jakie się widzi w nosie, nie są wtórne, i czy pierwotnej przyczyny nie należy szukać w jamach bocznych nosowych. Przypuszczenie to okazało się słusznem; miał bowiem dwa przypadki, w których, po wyleczeniu cierpienia jamy HIGHMORE'a, napady duszności ustały. Główną jednak, podstawową przyczynę cierpienia stanowi usposobienie neuropatyczne.

SĘDZIAK utrzymuje, że nie można ani zaprzeczać, ani zbyt gorąco bronić związku pomiędzy zmianami w nosie i napadami astmy. W obec tego jednak, że są dowody istnienia takiego związku, leczenie miejscowe ma rację bytu, i chorych, dotkniętych napadami duszności, należy bezwarunkowo poddawać badaniu przez specjalistów.

W odpowiedzi ARNSTEIN podaje, że w przypadkach, przezeń opisanych, była niewątpliwie astma nerwowa, a jednak w żadnym z nich leczenie miejscowe nie dało oczekiwanych rezultatów. Niepowodzenia lecznicze wogóle w przypadkach astmy zależą od tego, że związek jej ze zmianami w nosie, jeżeli nawet istnieje, to bardzo rzadko. Duża odsetka wyleczeń, podawana przez niektórych autorów, zależy istotnie od tego, że specjaliści szybko tracą z oczu chorych, i chwilową poprawę uważają za wyleczenie.

Prez s streszcza wynik dyskusyi, która przekonywa, że przy dusznicy oskrzelowej 1) należy przedewszystkiem szukać ogólnego usposobienia nerwowego, a potem przyczyny w innych narządach, *resp.* w nosie; 2) leczenie winno być ogólne i miejscowe i 3) odróżnić należy te cierpienia, które przy obrazie podobnym nie mają nic wspólnego z astmą nerwową, np. *asthma cardiacum*, duszność przy rozedmie płuc i t. d..

Prof. NENCKI mówił o kwasie soku żołądkowego. Rzecz ta ogłoszoną była w Gazecie Lekarskiej w № 23 r. b..

W dyskusyi PRUSZYŃSKI zaznacza, że przed kilku laty przeprowadzał w pracowni prof. CYBUŁSKIEGO doświadczenia nad wpływem bromków i jodków potasowców w celu objaśnienia przyczyny stale stwierdzanego, szkodliwego ich wpływu na trawienie żołądkowe. Najpierw chodziło o możliwe usunięcie chloru z ustroju. W tym celu psa, któremu nałożono fistułę przełykową,

karmiono w ciągu miesiąca pokarmem, składającym się z włókniaka, krochmalu, tłuszczu wołowego, całkowicie przez wylugowanie wodą chloru pozbawionego. Gdy w moczu zaledwie ślady chloru wykryć było można, P. wprowadzał jodek sodu w roztworze wodnym przez fistulę przełykową i zawartość żołądka badał codziennie. Stwierdziwszy w tej zawartości wolny kwas jodowodórny, oznaczał go metodą cynchoninową RABUTEAU'a; obecność JH w zawartości żołądka po przyjmowaniu do wewnątrz NaJ objaśnia szkodliwe działanie na trawienie jodków potasowców i poniekąd potwierdza sposób tworzenia się HCl w żołądku w myśl teorii MALY'ego.

Następnie REJCHMAN mówił, co następuje: Nas, lekarzy, bardzo interesują badania, dokonywane nad sokiem żołądkowym w pracowni prof. NENCKIEGO w Petersburgu. Służący do badań sok żołądkowy, wydzielający się wskutek odruchowego pobudzenia gruczołów żołądkowych, jest sokiem zupełnie czystym, a takiego dotychczas w warunkach fizyologicznych nie otrzymywano. Okoliczność ta daje nam gwarancję, że wyniki tych badań będą pewne, stanowcze. Jednym z praktycznych wyników tych badań jest otrzymanie zupełnie czystej pepsyny za pomocą ochładzania soku żołądkowego i oznaczenie jej składu chemicznego, jakoteż fizycznych i chemicznych własności. Dzięki też tym badaniom dowiedzieliśmy się, że osad, powstający przez zagotowanie prze-filtrowanej zawartości żołądkowej, jest niczem innem, jak pepsyną, która strąca się z roztworów nie tylko przez ochładzanie, ale i przez ogrzanie.

Pewien fakt, który miałem sposobność stwierdzić, zdaje się przemawiać za tem, że tworzenie się soku żołądkowego u ludzi jest sprawą bardziej powikłaną, niż u psów. Z drugiej zaś strony fakt ten ma być potwierdzeniem poglądu na czynność oddzielnych narządów, jaki prof. NENCKI w dzisiejszym odczytce wygłosił. Fakt, o którym mówię, jest następujący. Zaleciłem pewnej liczbie osób zupełnie nie solić pokarmów, tak, że one przyjmowały tylko tyle chlorku sodu, ile go było w surowych, niesolonych pokarmach. Że te osoby rzeczywiście bardzo mało chlorku sodu przyjmowały, o tem przekonywało nas codzienne badanie moczu. Jednocześnie badaną była zawartość żołądka. Otóż, okazało się, że pomimo ogromnego zmniejszenia ilości chlorku sodu w moczu, ilość kwasu solnego w zawartości żołądkowej była taką samą, jak przed doświadczeniami, t. j. prawidłową, lub nadmierną. Wyniki tych moich badań dowodzą, że albo kwas solny soku żołądkowego nie tworzy się tak wprost z chlorku sodu, albo też, że pewne narządy, jak w tym razie, gruczoły żołądkowe, według hipotezy prof. NENCKIEGO, mają większą zdolność do wydzielania ze krwi pewnych ciał, np. chloru, niż inne narządy, np. nerki, przez które wydala się z ustroju tylko ta pozostałość rozpuszczonych we krwi soli, która dla celów organizmu okazała się zbyteczną. (Autoreferat).

Wiadomości bieżące.

— Rektorem uniwersytetu Jagiellońskiego na przyszły rok szkolny wybrany został prof. anatomii patologicznej D-r T. Browicz.

— Kol. LEON NENCKI otrzymał na wystawie międzynarodowej nowych wynalazków w Wenecyi dyplom honorowy (*diploma d'onore per suo apoggio morale*).

— Profesorem kliniki chirurgicznej w Wiedniu po BILLROTH'cie, po odmowie profesora CZERNY'ego i MIKULICZA, wybrany został prof. GUSSENBAUER z Pragi.

O G Ł O S Z E N I E.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu, zapisanego przez D-ra WALENTEGO KOCZOROWSKIEGO.

I. Nowe tematy: 1) Zbadać ostateczne produkty rozkładu białka i węglowodanów przy i bez dostępu tlenu, wywołane przez jedną ze znanych, a dotąd pod tym względem nie zbadanych bakterii chorobotwórczych. 2) Grunt Warszawski pod względem bateryologicznym. 3) Historia Szkół lekarskich w Polsce w ciągu ostatniego wieku. 4) Wykaz wszystkich prac lekarskich polskich ogłoszonych drukiem od roku 1830—1890. 5) Tak zwany ropień okołomigdałkowy z punktu widzenia klinicznego i bakteryologicznego. 6) Zbadać chemiczne produkty wypróżnień cholerycznych. 7) Krytyczny pogląd na powstawanie kwasu moczowego z nukleiny, w myśl prof. HORBACZEWSKIEGO. 8) Gruźlica wygasa płuc (*tuberculosis absoluta pulmonum*), jakość zmian anatomicznych i warunki powstawania. 9) Zmiany anatomiczne przy chronicznem kataralnym zapaleniu dróg oddechowych [lub jednego z jego odcinków]. 10) Zapalenie kataralne płuc (*pneumoniu catarrhalis*) z punktu widzenia anatomo-patologicznego i bakteryologicznego. 11) Zbadać doświadczalnie zmiany w siatkówce oka (*retina*) pod wpływem otrucia fosforem. 12) Morfologiczny i chemiczny stan krwi w zapaleniu nerek: stosunek pomiędzy jakościowem i ilościowem wydzielaniem się białka w moczu i składem chemicznym krwi, *resp.* surowicy krwi w tej chorobie. 13) Gazy krwi żyłnej w stanach chorobowych, w szczególności w stanach anemicznych, i autointoksykacyjnych (*uraemia*), absorbeyta tlenu w stosunku do zawartości hemoglobiny we krwi patologicznej. 14) Zbadać na zasadzie spostrzeżeń własnych rozwój mowy u dziecka i wykazać stosunek tego rozwoju do rozwoju inteligencji u dziecka. 15) Opracować źródłowo historię jednego z większych szpitali od czasu założenia aż do chwili bieżącej. 16) Stosunek anatomo-topograficzny moczowodów do macicy i pęcherza u kobiety. 17) Badania z dziedziny antropologii krajowej, oparte na poszukiwaniach anatomicznych, fizyologicznych oraz na zestawieniach statystycznych. 18) Histologia *portionis vaginalis uteri* z uwzględnieniem zmian zależnych od wieku, poczynszy od okresu zarodkowego, a skończywszy na uwiąznię płciowym.

II. Tematy pozostawione z roku zeszłego: 19) Przeprowadzić badania bakteryologiczne krwi u suchotników. 20) Jakość i ilość bakterii chorobotwórczych i nieszkodliwych w wodzie Wiślanej.

Termin do złożenia rozpraw oznacza się do dnia 31 marca 1895 roku.

Za najlepszą pracę napisaną na którykolwiek z powyższych 20-tu tematów wynosi nagroda rs. 300. Takich nagród na rok 1894/5 jest pięć. Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Towarzystwa Lekarskiego najmniej w 300 egzemplarzach, które stanowią będą własność autora. Wszystkie prace nadesłane być mają w rękopismach pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego [ulica Niecała Nr. 7], z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownemi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały D-r Brodowski.

DO PP. PRENUMERATORÓW.

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

Wydawca, D-r St. Kondratowicz

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Доволено Цензурою, Варшава 9 Іюня 1894 г.

Друк К. Ковалевскаго, Крѣлевска №. 29.