

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

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

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. 14 przypadków dławca błoniczego leczonych za pomocą intubacyi. Podał F. Sachs. — O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego. Opisał K. Sacewicz. (Ciąg dalszy). — **STRESZCZENIA i WYCIĄGI.** 70. Zapalenie otrzewny wyrostka robaczkowego, jako przyczyna napadu wyrostkowego (crise appendiculaire). 71. O diazoreakcyi i jej znaczeniu klinicznym. 72. Przyczynę do stosowania napaśtnicy w chorobach serca. 73. O aspirynie. Aspiryna, nowy preparat salicylu. — IX Zjazd chirurgów polskich w Krakowie. Napisał S. Groszlik. (Ciąg dalszy). — **DRÓBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.** — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MEDICALE HÉBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r F. Sachs — 14 cas de croup diphtheritique, traités par l'intubation. 2) D-r K. Sacewicz — Sur de certains troubles des fonctions sexuelles.

Redaction: Dr. M. Sajowski. Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r F. Sachs — 14 Fälle von Diphtherie - croup, behandelt mittelst Intubation. 2) D-r K. Sacewicz — Ueber gewisse Störungen der sexuellen Thätigkeit.

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

Z WARSZAWSKIEGO SZPITALA DLA DZIECI WYZNANIA MOJŻESZOWEGO.

14 PRZYPADKÓW DŁAWCA BŁONICZEGO leczonych za pomocą intubacyi.

Podał

FELIKS SACHS

lekarz miejscowy.

W leczeniu błonicy krtani ostatnimi czasy dokonany został przewrót. Tracheotomia, która dotychczas wszechwładnie w tej dziedzinie panowała, coraz bardziej ustępuje miejsca intubacyi i znajduje zastosowanie w nielicznych stosunkowo przypadkach, w których intubacja okazuje się niewystarczającą lub jest przeciwwskazana. Myśl usuwania zwężenia krtani za pomocą rurek, wprowadzanych przez usta, nie jest, wprawdzie, nowa; w ciągu bieżącego stulecia kilkakrotnie podejmowane były w tym kierunku próby, lecz dopiero O' Dwyer'owi w Ameryce udało się skonstruować przyrządy, zupeł-

nie celowi temu odpowiadające, i on też słusznie uważany jest za wynalazcę intubacji.

Niepodobna nie uznać w metodzie tej jakby naturalnego i logicznego dopełnienia seroterapii. Obecnie, gdy błonica straciła dotychczasową swą grozę, gdy wszystkie objawy dławca zarówno ogólne, jak miejscowe, surowica usuwa w krótkim czasie, rażącym wydać się musi zestawienie tak niewinnego zabiegu podstawowego, jakim jest zastrzyknięcie surowicy, z tak poważnym zabiegiem pomocniczym, jak tracheotomia, która sama przez się nie jest obojętna dla ustroju i w najlepszym razie znacznie opóźnia rekonwalescencję. W chorobie, tak szybko się kończącej, rację bytu ma zabieg, również tylko na krótki czas obliczony. Nieracjonalność tracheotomii wobec surowicy staje się tem widoczniejszą, gdy zważymy, że często duszność wzmagą się dopiero wtedy, gdy błony pod wpływem surowicy zaczynają się rozpulchniać¹⁾; w chwili więc, gdy chory wstępuje w okres zdrowienia, zmuszeni jesteśmy wykonać u niego jedną z najryzykowniejszych operacji. W intubacji natomiast radykalne i szybkie działanie surowicy znajduje swe logiczne dopełnienie. Nieraz bowiem dość bywa pozostawić rurkę w krtani przez kilkanaście godzin, a nawet prze kilka minut, jak to było w jednym z moich przypadków zeszłorocznych, by duszność minęła bezpowrotnie.

Jakkolwiek tracheotomia daje obecnie nierównie lepsze wyniki, niż przed wprowadzeniem surowicy, to jednak nie wytrzymuje ona porównania z intubacją, i to nie tylko w praktyce szpitalnej, lecz i prywatnej, gdy chory bywa pozostawiany opiece otoczenia. Pominąwszy okoliczność, że na tracheotomię często bardzo trudno bywa uzyskać zgodę rodziny, faktem jest, że nieraz sam lekarz namawia do tej operacji bez przekonania, gdyż, przystępując do jej wykonania, nigdy przewidzieć nie może, jak się ona skończy. Dalej utworzenie rany, otwartej przez czas dłuższy, a więc dostępnej dla wszelkich zarazków, nie jest dla chorego rzeczą obojętną. Ważniejsza jeszcze od zakażenia samej rany jest możliwość przenikania zarazków do dróg oddechowych wskutek zupełnego wyłączenia przewodu noso-gardzielowego, odgrywającego niepoślednią rolę fizyologiczną w sprawie oddechania. Gdy u chorego intubowanego powietrze dostaje się do płuc *per vias naturales*, a więc czynność wspomnianego przewodu, polegająca na ogrzewaniu i zwilżaniu powietrza oraz zatrzymywaniu pyłu, pozostaje zachowana, chory tracheotomowany wdycha niezmiennione powietrze wprost do płuc. Możliwość zakażenia, zwłaszcza w przepełnionej zarazkami atmosferze szpitalnej, bywa w tych warunkach bardzo wielka. Na niekorzyść tracheotomii przemawia i ta okoliczność, że znaczna liczba operowanych z nieznanych nam bliżej powodów umiera w młodym wieku na gruźlicę. Zwrócili na to uwagę francuscy lekarze wojskowi, według których popisowy z blizną po tracheotomii jest zjawiskiem niezmiernie rzadkiem.

Od wszystkich tych zarzutów wolna jest intubacja. Niepoślednią jej zaletą jest łatwa technika, w której każdy po krótkim czasie dojść może do znacznej wprawy. Rzecz to szczególnie ważna dla lekarzy prowincjonalnych, dla których tracheotomia należy do najniewdzięczniejszych operacji, wymaga bowiem i znacznej biegłości i wyćwiczonej asysty, intubacja zaś daje się wykonać szybko w asystencji dwóch pierwszych lepszych osób.

1) Porów. spostrzeżenie 2.

Wobec tylu niezaprzeczonych korzyści, jakie przedstawia intubacja, dziwnym i zgoła niezrozumiałym wydać się musi fakt, że zabieg, który na całym świecie stał się rzeczą powszednią, u nas, o ile mi wiadomo, z wyjątkiem kolegów lubelskich, przez nikogo nie jest stosowany, a wielu lekarzom zupełnie nawet nieznany. Skłoniło mnie to do zdania w tem miejscu sprawy z dokonanych przeze mnie w ciągu ubiegłego półrocza intubacji. Cel pracy niniejszej uważać będę za osiągnięty, jeżeli zachęci ona innych do podjęcia w tym kierunku prób i przyczyni się choćby w części do rozpowszechnienia u nas metody O' DWYER'a.

Zanim wszelako przystąpię do podania historii chorób, opiszę w kilku słowach technikę, której stale trzymałem się przy wykonywaniu intubacji. Posługaczka siada na krześle z dzieckiem, obejmując rączki jego swemi rękami i przytrzymując nóżki pomiędzy swemi kolanami. Pomocnik, stojący po za posługaczką, unieruchamia główkę tak, aby była cokolwiek pochylona ku przodowi (jest to szczegół bardzo ważny, gdyż w ten sposób krtani staje się łatwo dostępną). Zakładamy rozwieracz do ust z lewej strony i trzymanie go powierzamy temuż pomocnikowi. Prawą ręką ujmujemy przygotowany już uprzednio introduktor z wyjąłowioną rurką, przez którą przeciągnięta jest nitka. Wskazujący palec lewej ręki wprowadzamy po za nagłośnię, odchylamy ją ku przodowi i przytrzymujemy w tem położeniu. Introduktor z rurką wprowadzamy do gardzieli tak, aby rurka spotkała się z palcem przytrzymującym nagłośnię, poczem, trzymając cały przyrząd dokładnie w linii środkowej, cofamy z poza nagłośni palec i podstawiamy na jego miejsce rurkę. Ta ostatnia znajduje się wtedy nad szczeliną głosową. By wprowadzić rurkę do krtani, unosimy rękojeść introduktora ku górze, przyczem rurkę kierujemy na dół i nieco ku przodowi. Gdy część jej weszła już do krtani, zsuwamy ją z mandrynu za pomocą propulsora i, przytrzymawszy rurkę lewym wskazicielem, wyjmujemy z niej mandryn. Tym samym palcem sprawdzamy natychmiast, czy rurka siedzi w krtani, wyciągamy nitkę, przyczem znowu przytrzymać musimy palcem rurkę, aby jej wraz z nitką nie wyciągnąć, i wyjmujemy rozwieracz. Cała ta manipulacja zabiera nie więcej nad kilka sekund.

Zazwyczaj bezpośrednio po wprowadzeniu rurki do krtani następuje mniej lub więcej energiczny odczyn w postaci silnego kaszlu, podczas którego chory często wykrztusza błony dyfterytyczne lub rozpadłe masy, zawierające resztki tych błon. Dopiero po ustaniu tego odczynu oddech staje się równym, wargi różowieją, chory uspakaja się i zwykle zasypia, jeżeli jest zmęczony długotrwałą dusznością.

Ekstubacja zawsze wykonywana była sposobem BAYEUX'a (enukleacja), stanowiącym wielki postęp w technice intubacyjnej, gdyż manipulowanie ekstraktozem O' DWYER'a przedstawia znaczne trudności. Przy enukleacji dziecko siedzi na kolanach posługaczki. Operator ujmuje lewą ręką główkę i odchyła ją ku tyłowi; wielki palec prawej ręki przykładają do tchawicy w miejscu, gdzie znajduje się dolny koniec rurki, poczem nagłym ruchem zgina mocno główkę, tak aby twarz zwróciła się ku dołowi. Rurka zostaje wysadzona z krtani i przez usta wypada na ziemię. W tych bardzo nielicznych zresztą razach, w których nitka była pozostawiana, ekstubacja dokonywana była przez proste pociągnięcie za nitkę.

Stale używałem rurek mniejszego kalibru, niż tego wymagał wiek dziecka. Robiłem to z wielu względów. Przedewszystkiem chciałem w ten sposób zapobiedz tworzeniu się odleżyn w krtani, powstają-

cych nieraz pod wpływem ucisku, wywieranego przez rurkę. Powtórne ciśnienie ekscentryczne, wywierane przez zbyt dużą rurkę na ściany krtani, ponieważ odzwyczajają tę ostatnią od jej czynności prawidłowych. Chorzy tacy nie mogą obejść się bez rurki i muszą nosić ją przez czas dłuższy, niż tego wymaga przebieg dławca. Natomiast rurki mniejsze siedzą w krtani, że się tak wyrażę, niepostrzeżenie dla samego chorego, to też czas pozostawiania ich w krtani jest znacznie krótszy.

Używając rurek małego kalibru, miałem inny jeszcze bardzo ważny wzgląd na uwagę. Metodzie O' DWYER'a zarzucają często, że światło rurki łatwo zatkać się może oddzielającymi się błonami, oraz że sama rurka może zostać wykrztuszoną. Oczywiście, zarzuty te w większym jeszcze stopniu dotyczą rurek zbyt małych, gdyż i światło ich jest węższe, a więc łatwiej uleść mogą zatkaniu, i siedzą one luźniej w krtani, a więc łatwiej zostają wykrztuszone. Chorzy moi znajdowali się zatem pod tym względem w najniekorzystniejszych warunkach. Nie pociągnęło to jednak żadnych złych następstw. Zatkanie rurki błonami nie zdarzyło się ani razu. Co zaś do wykrztuszania rurek, to wprawdzie, jak należało się spodziewać, zdarzało się ono często, zwykle jednak duszność nie zaraz powracała, w tych zaś nielicznych przypadkach, w których duszność występowała zaraz, raz jeden tylko (spozstrzeżenie 8) była ona tak gwałtowna, że konieczna była natychmiastowa interwencja. Wynika ztąd, że rozpowszechnione dawniej zdanie, jakoby chory intubowany wymagał ciągłej opieki lekarza biegłego w technice intubacyjnej, było bardzo przesadzone. Chory taki wymaga nie większej opieki, niż chory tracheotomowany. Wniosek to szczególnie ważny w zastosowaniu do intubacji w praktyce prywatnej. Za granicą intubacja stosowana jest z powodzeniem nie tylko w praktyce miejskiej, ale i wiejskiej, gdzie lekarz nawet nie codzień odwiedzać może chorego.

Doświadczenia moje z małymi rurkami dowodzą zatem, że możliwość wykrztuszenia rurki nie powinna wzbudzać żadnych obaw. Co się tyczy zatkania rurki błonami, to *a priori* powiedzieć można, że i to niebezpieczeństwo traci swą grozę, gdyż mając w krtani małą, luźno siedzącą rurkę, chory w razie potrzeby łatwiej ją wykrztusi, niż rurkę dużą. Najważniejszą zaletą małych rurek jest jednak to, że nie utrudniają łykania. Jest to zaleta pierwszorzędnej wagi. Trudności, z jakimi często walczyć muszą chorzy intubowani przy łykaniu pokarmów stałych i płynnych, słusznie uchodzą za jedną z najciemniejszych stron intubacji. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że używanie rurki o jeden stopień mniejszej, niż tego wymaga wiek chorego, trudności te w sposób bardzo prosty usuwa, rurka bowiem mniejsza nie tamuje ruchów, wykonywanych przez krtani przy łykaniu, w takiej mierze, jak to czynić musi rurka większa.

Po tych kilku wyjaśnieniach wstępnych, które uważałem za konieczne, przechodzę do opisu wszystkich spostrzeganych przeze mnie w ubiegłym półroczu przypadków. Liczba ich wynosi 14.

Spostrzeżenie 1. *Laryngitis diphtheritica.*

Josek L., lat 3½, przybył do szpitala 9 lutego o godz. 7 wieczorem. Według opowiadań matki dziecko od 3 dni ma chrypkę, kaszel krupowy i stale powiększającą się duszność. W chwili przybycia do szpitala duszność jest bardzo znaczna. Dziecko jest sine, zmęczone długotrwałą dusznością i z trudnością daje się obudzić z odrętwienia. W gardzieli nalotów nie widać. O godzinie 7½ intubacja

(rurka dla dzieci dwuletnich). Wprowadzenie rurki do krtani pobudza chorego do silnego kaszlu, przyczem zostaje wykrztuszona znaczna ilość rozpadu, po kwa-
dransie jednak zostaje wykrztuszona i rurka. Ponieważ duszność nie ustępowała,
o godzinie 8 ponownie wykonano intubację. Chory otrzymuje 2000 jednostek
surowicy.

10. II. Ciepłota 37,6°. Noc chory spędził spokojnie. Łaknienie i wypróżnie-
nia prawidłowe, wszystkie jednak pokarmy zwraca nosem. O godzinie 5 wieczo-
rem rurka zostaje wykrztuszona. Wobec trwającej duszności wykonano reintu-
bację po upływie godziny. Chory powtórnie otrzymuje 2000 jednostek surowicy
wieczorem. Ciepłota 37,4°.

11. II. Zrana ciepłota 37,6°. Niedowład miękkiego podniebienia trwa w dal-
szym ciągu. Przy połykaniu chory krztusi się i zwraca pokarmy nosem. Częsty
kaszel. Oddycha przez rurkę swobodnie. Wypróżnienia prawidłowe. Wieczorem
ciepłota 37,8°.

12. II. Ciepłota 37,8°. Tętno 116 słabe. W nocy wykrztusił rurkę. Oddech
zrazu był zupełnie swobodny, później jednak stał się nieco utrudnionym. Kaszel
wilgotny bez odcienia krtaniowego. Nad prawym grzebieniem łopatkowym od-
głos wypukowy stłumiony, oddech mocno zaostrozony. W obu płucach obfite rze-
żenia. Niedowład podniebienia miękkiego ustąpił. Chory połyka z łatwością. Na
skórze brzucha w miejscu, w którym zastrzyknięta została surowica, pojawił się
rumień, przypominający wysypkę szkarlatynową. O godzinie 4½ po południu sta-
le wzrastająca duszność stała się tak znaczną, że należało wykonać intubację.
Wieczorem ciepłota 38,8°.

13. II. Ciepłota 37,0°, tętno 116. Rumień znika. Połykanie odbywa się z ła-
twością. Chory stracił łaknienie, je bardzo mało. Oddycha przez rurkę dobrze.
Wieczorem ciepłota 39,2°.

14. II. Ciepłota 37,0°. Tętno 108. Łaknienia w dalszym ciągu brak. Chory
pije bardzo mało, pokarmów stałych nie przyjmuje. Wieczorem ciepłota 38,6°.

15. II. Ciepłota 37,2°. O godzinie 10½ zrana ostateczna ekstubacja. W po-
łudnie dreszcze. Wieczorem ciepłota 40,0°. Oddech bez rurki zupełnie swobodny.

16. II. Ciepłota 37,8°. Tętno bardzo słabe. W nocy były wymioty. Łaknie-
nie upośledzone. W płucach stan ten sam, ilość rzeżeń mniejsza. Oddycha do-
brze. Na żądanie matki chory zostaje wypisany ze szpitala.

Przypadek ten odznaczał się ciężkim przebiegiem. Dławiec był tu powikła-
ny wczesnem porażeniem podniebienia miękkiego i zapaleniem płuc. To ostatnie
powikłanie prawdopodobnie było w związku z pierwszym. Nędzne odżywianie
dziecka i stały prawie brak łaknienia pogarszały jeszcze stan dziecka. Pomimo
to krtień względnie szybko wróciła do stanu prawidłowego. Ilość intubacji 4;
trzy razy rurka była wykrztuszana, raz została wydobyta sposobem BAYEUX.
Rurka pozostawała w krtani godzin 107¼ (¼ + 21 + 20 + 66). Od pierwszej in-
tubacji do ostatniej ekstubacji upłynęło godzin 135 (czas ten nazywać będziemy
okresem krytycznym). Chory został wypisany z zapaleniem płuc; dalsze jego losy
nie są mi znane.

Spostrzeżenie 2. *Angina et laryngitis diphtheritica.*

Gołda Z. lat 2½, przybyła do szpitala 23 lutego o godzinie 10 zrana. Chora
dobrze odżywiana. Oddech stenotyczny. Wciąganie nad- i podmostkowe dość
znaczne. Kaszel suchy krupowy. Głos ochrypły. Migdały pokryte nalotami. Cho-
ruje od tygodnia, i dopiero wobec wzmagającej się duszności rodzice zdecydo-
wali się oddać dziecko do szpitala. Niezwłocznie zastrzyknięto 2000 jednostek su-
rowicy, z interwencją zaś postanowiono czekać w przypuszczeniu, że duszność

się zmniejszy. Oczekiwania jednak zawiodły: o godzinie 6 po południu oddech stał się tak utrudnionym, że dłużej zwlekać nie można było i wykonano intubację, poczem zastrzyknięto jeszcze 1000 jednostek surowicy. Wieczorem ciepłota 38,4^o.

24. II. Zrana ciepłota 37,6^o. O godzinie 10 zrana chora wykrztusiła rurkę. Oddech zrazu cokolwiek utrudniony i nieznacznie przyspieszony, później poprawił się. Kaszel wigotny. Wieczorem ciepłota 38,2^o.

25. II. Stan bezgorączkowy. Oddech zupełnie swobodny. Kaszel wilgotny. Chora czuje się dobrze.

Chora pozostaje w szpitalu jeszcze 4 dni i 29 lutego zostaje wypisana jako zdrowa.

Nie ulega wątpliwości, że w danym przypadku powiększenie się duszności zależało od rozpulchniania i oddzielania się błon rzekomych, i że chora na ten krótki tylko czas potrzebowała pomocy operacyjnej. Czas ten wynosił, być może, mniej jeszcze, niż 16 godzin, w ciągu których rurka pozostawała w krtani. Wykonać w takich warunkach tracheotomię znaczyłoby użyć maczugi Herkulesa do zabicia myszy.

Spostrzeżenie 3. *Angina et laryngitis diphtheritica.*

Tauba B. lat 4, zachorowała 21 lutego, przybyła do szpitala trzeciego dnia choroby, t. j. 23 lutego o godz. 9½ zrana. W chwili przybycia duszność znaczna z wciąganiem nad- i podmostkowem. kaszel częsty, suchy, krupowy. Głos ochrypły. Ściany gardzieli pokryte grubym wysiękiem błoniczym. Dziecko otrzymuje natychmiast 2000 jednostek surowicy. Pomimo znacznej duszności postanowiłem czekać na działanie surowicy, do intubacji zaś uciec się dopiero w ostateczności. Wieczorem ciepłota 39,2^o.

24. II. Ciepłota 37,8^o. Duszność trwała przez noc całą. Pomimo że od zastrzyknięcia surowicy upłynęła już cała doba, poprawy nie widać, przeciwnie, wciąganie coraz bardziej się wzmaga, i ku wieczorowi występuje sinica. Przypuszczając, że wystąpienie sinicy w 36 godzin po zastrzyknięciu surowicy mogło zależeć tylko od zatkania krtani rozpulchnionemi i oddzielającemi się pod wpływem surowicy błonami rzekomemi, postanowiłem wykonać t. zw. *écouvillonage*. W tym celu wykonałem (o godzinie 11 wieczorem) intubację rurką przeznaczoną dla dzieci od lat 5 do 7, a więc o wiele przewyższającą rozmiary krtani naszej chorej. Po wprowadzeniu rurki do krtani nastąpiło obfite wykrztuszanie śluzu. Po upływie 5 minut rurka została wyciągnięta za nitkę, poczem chora znowu wykrztusiła sporo śluzu, błon jednak w wydzielinie nie znaleziono. Pomimo to oddech znacznie się poprawił. Powtórnie zastrzyknięto 2000 jednostek surowicy. Ciepłota 37,4^o.

25. II. Poprawa trwała niedługo. Wkrótce duszność zaczęła powracać, tak iż o godzinie 4 zrana znowu należało intubować. Tym razem użyto rurki, przeznaczonej dla dzieci dwuletnich, o wiele mniejszej zatem, niż tego wymagały rozmiary krtani dziecka. Chora wyczerpana długotrwałą dusznością zasnęła. O godzinie 6½ zrana wśród silnego kaszlu rurka została wykrztuszona. Oddech zrazu swobodny, później stopniowo zaczął się pogarszać i o godz. 1½ po południu stał się tak utrudnionym, że znowu należało wykonać intubację. Ponieważ znowu użyto małej rurki, po pięciu minutach nastąpiła autoekstubacja. Tych pięciu minut jednak dość było, aby oddech stał się łatwiejszym. Kaszel suchy z odcieniem krupowym. Ku wieczorowi duszność stopniowo zaczęła powracać, i o godzinie 11½ po raz czwarty wykonano intubację.

26. II. Ciepłota 37,6°. Tętno słabe. R. 52. Chora bardzo jest osłabiona. Połyka z łatwością. Wieczorem ciepłota 38,8°.

27. II. Ciepłota 37,0°. Tętno 144. O godzinie 9½ zrana wykonano ekstubację sposobem BAYEUX'a (*enucleatio*). Od tego czasu oddech swobodny. Wieczorem ciepłota 38,0°.

28. II. Ciepłota 37,4°. Tętno 136. R. 60. Kaszel suchy bez odcienia krtaniowego. Pod lewą łopatką odgłos wypukowy stłumiony, oddech oskrzelowy, bronchofonia. Osłabienie ogólne.

Chora przebyła w szpitalu jeszcze dni 5 i została wypisana z zapaleniem płuc na żądanie rodziców.

Po dwóch tygodniach widziałem ją znowu w ambulatorium. Zapalenie płuc trwało w dalszym ciągu. Dalsze jej losy nie są mi znane.

I w tym przypadku, podobnie jak w pierwszym, zapalenie płuc wystąpiło jako powikłanie błonicy. Pomimo że wysięk w gardzieli był bardzo obfity, okres krytyczny trwał 58½ godz. i być może trwałby krócej, gdyby surowica była zastrzyknięta w większej ilości.

W ciągu tego czasu rurka pozostawała w krtani przez godzin 36⅔ ($\frac{1}{12} + 2\frac{1}{2} + \frac{1}{12} + 34$), wykrztuszana była dwa razy.

(C. d. n.).

O CZYNNOŚCI PŁCIOWEJ I ZABURZENIACH JEJ OKRESU WSTĘPNEGO.

Opisał

K. SACEWICZ

lekarz zakładu w Nałęczowie.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 35).

Powstawanie ciał kierunkowych u zwierząt niższych, jak na przykład u glist, zachodzi zazwyczaj już przy obecności w zarodku jajowej elementu męskiego. U wyższych, jak na przykład w gromadzie płazów, amfibia, pierwsze ciało powstaje samodzielnie, drugie — w związku ze sprawą powyższą. Wreszcie u ssących, według A. HENSEN'a, oba ciała powstają jeszcze w pęcherzykach, zupełnie niezależnie od przedostawania się ciałek nasiennych.

Ciał kierunkowych spotykamy zwykle dwa, wyjątkowo — u niektórych gatunków — trzy. Dalsze jednak badania WEISMANN'a i ICHIKAWY wykazały, że u dziewicorodczych raków, jak: *polypheus*, *oculus*, *moina paradoxa*, *daphnia longispina* i t. p. powstaje tylko jedno ciało kierunkowe. Wreszcie BLOCHMANN stwierdził, że u mszyc jaja dziewicorodczych pokoleń wytwarzają zawsze tylko jedno, jaja pokoleń różnopłciowych zawsze dwa ciała kierunkowe.

Wracając do dojrzewania pęcherzyków, należy zaznaczyć, że we wroście ostatecznym ciśnienia wewnątrz-pęcherzykowej cieczy, wywołującym pękanie, bierze udział napływ krwi, występujący peryodycznie w żeńskim narządzie płciowym. Napływ ten, według PRUEGER'a, zachodzi pod wpływem podrażnienia nerwów jajnikowych, wywoływanego przez nieprzerwany rozwój pęcherzyków,

które, rosnąc, rozciągają miąższ jajnika. Podrażnienia te sumują się i powodują na drodze odruchowej występujące co pewien czas rozszerzenie naczyń i napływ krwi do całego narządu płciowego

Ow napływ krwi, przyczyniając się do pęknięcia dojrzewającego pęcherzyka, warunkuje tu jeszcze drugi, nie mniej ważny przejaw czynności przygotowawczej, mianowicie miesiączkowanie. Mianem tem oznaczamy pojawienie się krwawego odpływu z zewnętrznych części płciowych, które zazwyczaj towarzyszy jajkowaniu i trwa przeciętnie 3 do 5 dni, rzadko krócej — 1 do 2, albo dłużej — 8 do 14 dni. Ilość odpływu wynosi 120 do 200 gramów; powstaje on na błonie śluzowej macicy i, wskutek domieszki zasadowo oddziaływającego śluzu, odznacza się słabą skłonnością do krzepnięcia, oraz swoistym zapachem. Przy gwałtowniejszych krwawieniach mogą pojawiać się w odpływie i gotowe skrzepy.

U zwierząt miesiączkowaniu odpowiada ruja. I tu zachodzi nastrzyknięcie organów płciowych i pojawia się odpływ śluzowy z mniejszą lub większą domieszką krwi. Ilość tej ostatniej jest tem większa, im na wyższym szczeblu rozwoju stoi odnośny typ gatunkowy; wyraźny odpływ krwawy spotykamy u świń, krów i małp. Natomiast u człowieka, im niższa rasa, tem mniej obfity odpływ krwi. Ruja występuje tylko w pewnej porze roku lub w pewnych porach, zależnie od zwierzęcia, i trwa od 1-go do 10-ciu dni (owca — pies, świnia). Towarzyszy jej podniecenie i obudzenie się pociągu płciowego, a wydawany przytem zapach przynęca samców. Samice jednak dopuszczają do spółkowania tylko ku końcowi odpływu. Jeżeli zapłodnienie nie następuje, ruja powraca czas jakiś w pewnych odstępach czasu; u owcy co 14 dni, u świni co 15-ie do 18-u, u krowy, koźnia i małpy co 4-y tygodnie.

W większości przypadków miesiączkowanie poprzedzają zakłócenia w czuciu ogólnem, zależne od napływu krwi do narządu płciowego: niedomaganie, zmęczenie w nogach, pełność i napięcie w dolnej części brzucha, ciągnące bóle w krzyżu i lędźwiach, nudności, czasem wymioty, ból głowy. Nadto występuje nieraz swędzenie skóry, upośledzenie trawienia, zaburzenia w oddawaniu moczu i kału, zmiany w wydzielinie skórnej. BRIERRE de BOISMONT we Francyi na 360 kobiet spotkał tylko 82 (23%), u których miesiączkowanie przebiegało bez wyraźnych bólów; MARY JACOBY w Ameryce na 268 spotkał 94. podobne przypadki czyli 35%. Sam odpływ z początku jest śluzowy, potem staje się krwawym, wreszcie przechodzi znowu w śluzowy.

Popęd płciowy u człowieka jest wogóle nie zależny od krwawienia, jakkolwiek się wzmacnia w okresie przedmiesiączkowym (STRASSMANN), a jak twierdzą HALLER, BISCHOFF i LITZMANN, także w okresie pomiesiączkowym, co zdaje się jednak mniej stałym.

Sprawa ta jest przygotowaniem macicy do przyjęcia zapłodnionego jajka. Już około 10 dni przed pojawieniem się krwawienia zaczyna się obrzmiewanie i przekrwienie jej błony śluzowej. W komórkach jej można dostrzedz liczniejsze zjawiska mitotyczne, a w warstwach głębszych powiększenie się ilości komórek okrągłych (podobieństwo do błony doczesnej). Grubość jej, wynosząca 2 do 3 mm., wzrasta do 6—7 (LEOPOLD), gruczoły odpowiednio się wydłużają, sieć nacyniowa bardziej się uwidacznia. Granica z błoną szyi jaskrawo się zaznacza, ponieważ ta pozostaje cienką i nie bierze w tych zmianach udziału. Wskutek wzmagającego się przekrwienia, przepełnienia naczyń błony, wobec utrudnionego odpływu przez jej skąpe żyły (LEOPOLD), prowadzi do wystąpienia krwawienia. Krwawienie to jest podnabłonkowe i zachodzi głównie przez przenikanie czerwonych ciałek krwi. Miejscami jednak pękają drobne naczynia i powstają

wybroczyny, odwarstwiające powierzchowne pokłady nabłonka, tworzące guzowate krwaki, które pękając, wylewają się na powierzchnię błony (GEBHARD, MANDL). Tworzenie się krwaków zachodzi niewątpliwie podczas silniejszych krwawień. Pod mikroskopem powierzchnia błony śluzowej okazuje się pokrytą krwistym rozpadem, a powierzchowne warstwy nabłonka usiane wybroczynami rozmaitej wielkości. Po pojawieniu się krwawienia, następuje częściowe stłuszczenie i rozpad nabłonka w pokładach powierzchownych, które porównywano do zmian doczesnej przy porodzie. Zwyródnienie to jednak i nawet odrywanie się nabłonkowych strzępów nie stanowi sprawy istotnej, a zachodzi tylko w miejscach wybroczyn i jest następstwem krwawienia (LEOPOLD, WYDER). Skoro to ostatnie wystąpi, błona śluzowa stopniowo opada do poprzedniej grubości, a po jego ustaniu odbywa się odnowa nabłonka, która trwa kilka dni i sprowadza powrót do dawniejszego stanu. W ten sposób błona macicy podczas każdego miesięczkowego okresu przez 20 blisko dni staje się siedliskiem doniosłych zmian tkankowych.

O tem, że napływ krwi rozciąga się i na jajniki, przekonywają sekcye, oraz badania kliniczne. Przy przepuklinach jajnikowych można wyraźnie spostrzegać powiększanie się i pojawianie się wrażliwości na ucisk jajników; przy położeniu prawidłowem, badanie podwójne wykazuje wyraźną zmianę w sprężystości, odporności i napięciu ich tkanki (Joh. MEYER).

Jajowody biorą tylko pewien udział w przekrwieniu a, być może, wykonywają i żywsze ruchy robakowate. LANDAU i RHEINSTEIN spotykali w pewnych przypadkach oznaki ich miesięczkowania, ale tylko przy znacznych zmianach patologicznych w narządzie płciowym (*atresia*). Po za tem spostrzeżenia przy wyłuszczeniach stanowczo przeczą ich udziałowi w krwawieniu.

MANDL spostrzegał jednoczesne wzmaganie się wydzieliny śluzowej gruczołów szyi.

Oddawna wiadomo, że miesięczkowanie pozostaje w ścisłym związku ze stanem czynnym jajników. Usunięcie lub zniszczenie tych ostatnich prowadzi do jego ustania. Bliższy między nimi stosunek wykazali LEOPOLD i MIRONOFF. Za pomocą szeregu sekcji (42) udało im się stwierdzić, że w większości przypadków (30) jajkowanie odbywa się jednocześnie z miesięczką, przyczem pękanie pęcherzyka może zachodzić zarówno na początku, jak podczas i w końcu krwawienia. Rzadziej zdarza się miesięczkowanie bez pękania pęcherzyka, i w tych przypadkach znajdujemy liczne pęcherzyki znacznie posunięte w rozwoju. Ten stosunek spotykamy szczególnie w okresie przejściowym. Jeszcze rzadziej daje się stwierdzić pękanie pęcherzyka przy braku miesięczki. LEOPOLD i MIRONOFF widzieli tylko jeden taki przypadek, potwierdzają go jednak cięższe osób młodych, występujące czasem przy braku miesięczki, a także zajścia karmiących bez uprzedniego powrotu krwawień.

STRASSMAN'owi na sukach, za pomocą wstrzykiwań do jajników roztworu soli kuchennej, gliceryny lub 10% żelatyny (podniesienie ciśnienia) udało się wywołać całokształt objawów rui, będącej odpowiednikiem okresu przedmiesięczkowego.

Dalsze badania wykazały, że jajkowaniu i miesięczkowaniu towarzyszy okresowy przebieg natężenia innych czynności ustroju (GOODMAN, REINL, OTT). Tętno, ciśnienie krwi, temperatura, wypromieniowywanie ciepła, pojemność płuc, siła mięśniowa i czas reakcyi odruchu kolanowego okazują stałe wahania rytmiczne, dające się wykreślić w kształcie nieprawidłowej fali, której szczyt

zazwyczaj poprzedza krwawienie, a zatem odpowiada jego trwaniu. Tylko pobudliwość układu nerwowego i wypromieniowywanie ciepła dosięgają szczytu podczas samego krwawienia. Wahań tych ani w wieku, poprzedzającym dojrzałość płciową, ani w latach, następujących po przekwicie, nie spotykamy.

SCHRADER nadto stwierdził, że bezpośrednio przed miesiączkowaniem rozkład białka w ustroju ulega wyraźnemu ograniczeniu. Ilość azotu, oddawanego w moczu i kale zmniejsza się, mimo przyjmowania odpowiedniego pokarmu. Zjawisko to pozostaje w zgodzie z postępującymi zmianami błony śluzowej macicy okresu przedmiesiączkowego i ze spotęgowaniem w tym czasie innych czynności ustroju. Zmiany błony są przygotowaniem do utworzenia doczesnej i karmienia jajka, ograniczenie zaś rozkładu białka przygotowaniem do ciąży i nagromadzeniem zasobów do karmienia płodu.

Według licznych spostrzeżeń OTT'a (68 cykliw miesięcznych u 60 zdrowych kobiet) chwila szczytowego natężenia czynności przypada na trzy dni, poprzedzające krwawienie, chociaż czasem się opóźnia nawet do jego wystąpienia. Napętnienie układu tętniczego opada najniżej w 1—4 dniu po ustaniu krwawienia a dobiega szczytu w 7 lub 8-ym dniu przed pojawieniem się nowego. Podczas krwawienia tętno jest zwykle powolne i napięte, temperatura podnosi się o $0,3$ — $0,4^{\circ}$ C., a skóra i błony śluzowe więcej napętniają się krwią. Biorą w tem udział piersi, które nieco obrzmiewają i nieraz stają się wrażliwymi, także gruczoł tarczowy, przyuszny i migdały. Zabarwienie skóry ciemnieje, co zwłaszcza u małych występuje wyraźnie, pole okołobrodawkowe mocniej się zabarwia, a często w koło oczu zarysowują się ciemne obrączki. U brunetek zmiany te są wybitniejsze i potęgują się w razie ciąży. Apetyt ulega zmniejszeniu, występuje skłonność do ziewania, sen staje się głębszym, oddawanie moczu częstszem i obfitszem, ilość mocznika maleje, kwasu moczowego — powiększa się. Wydech i wydzielina skórna często nabierają nieprzyjemnego aromatycznego zapachu; głos staje się nieco ochryptym i niepewnym w wysokich tonach (LENNOX BROWN). FINKELSTEIN, badając oko podczas miesiączkowania, wykrył, że następuje zwężenie pola widzenia, które się zaczyna na 1 do 3 dni przed początkiem krwawienia, dosięga *maximum* 3 lub 4-go dnia i następnie w kilka dni znika. Ostrość widzenia upośledza się nieznacznie i na krótko. Zaburzenia te występują najwyraźniej w przypadkach, którym towarzyszą bóle i silniejsze objawy ogólne, albo też większe krwawienie. Ze strony ośrodkowego układu nerwowego spostrzegamy nie mniej doniosłe zmiany: wzmożenie się pobudliwości i ograniczenie pozostającej w jego rozporządzeniu energii. Czynność uwagi i woli ulega obniżeniu, co zdradza się zwłaszcza w działalności, wymagającej większego ich natężenia, hamujący wpływ półkul słabnie, zmniejsza się panowanie nad sobą i obniża się siła oraz zręczność ruchów — nawet u osobników zupełnie zdrowych. Obok wzrostu wrażliwości spostrzegamy większą podatność na wpływy hipnotyczne, co dostrzegł już BURDACH. Objawy te występują zwykle w pierwszych dwóch dniach krwawienia (CLOUSTON). U osób o usposobieniu nerwowem dochodzi w tym czasie do nagłych kaprysów, napadów złego humoru, przygębienia, nieoczekiwanych zwierzeń lub wybuchów zazdrości. Jeszcze więcej potęgują się te objawy w przypadkach patologicznych. U chorych umysłowych mogą wzmacniać się przejawy choroby, a niekiedy występować tylko w tym czasie. Wreszcie stwierdzono, że przestępstwa i samobójstwa u kobiet zdarzają się szczególnie podczas miesiączkowania (LEGRAND du SAULLE, KRUGELSTEIN, BRIERRE de BOISMONT, BARNES). Rozpowszechniony przesąd, jakoby przygotowane wtedy pokarmy łatwiej

się psuły, należy położyć, jak słusznie zaznacza H. ELLIS, na karb mniejszej dokładności i zręczności w pracy u kobiet w tym czasie.

W narządzie żeńskim spotykamy tak samo dwa rodzaje urządzeń ruchowych, odpowiadające w zupełności mechanizmom narządu męskiego. Są one zupełnie analogiczne pod względem zasadniczej budowy ośrodkowych połączeń, urządzeń obwodowych i w takich samych warunkach przechodzą w stan czynny, okazując tylko różnice, wynikające z zastosowania do odmiennego typu narządu. I tu znajdujemy łatwą pobudliwość mechanizmu naprężającego, oporność wytryskowego i jego doniosłość, jako zamykającego epizodu, w pobudzeniu płciowym. Ale tu rola ich w akcie spółkowania jest o wiele mniejsza i nie mają tak rozstrzygającego znaczenia, jak w narządzie męskim. Brak ich nie wyłącza fizycznej możliwości samego aktu i nie stawia bezwzględnych przeszkód zapłodnieniu, a tylko wyłącza fizyologiczne podmiotowe uczestnictwo samego osobnika. Zmiany, wywoływane przez mechanizm naprężający, są tu o wiele mniej rozległe i wydatne, niż w narządzie męskim. Impulsy jego ośrodka rozchodzą się na ciała jamiste lechtaczki i ciała przedsionka, umieszczone osobno, w głębi małych warg. Tworzy te powiększają się, nabierają odporności i sztywnieją, zwłaszcza lechtaczka. Długość jej wzrasta od 18 do 29, grubość od 5 do 9 milimetrów, objętość od 2 do 6 centymetrów sześciennych, przyczem trzon powiększa się pięciokrotnie (VIERORDT). Działalność tego mechanizmu tak samo jest mało określona w czasie. Odpowiednikiem wydzieliny gruczołów COWPER'a jest wydzielina gruczołów BARTOLINI'ego, pozostających pod wpływem zwieracza pochwy (= m. m. opuszek-jamiste). Występuje ona również tylko na pewnej wysokości pobudzenia płciowego i zwilża szparę sromną, ułatwiając przedostanie się członka do pochwy. Na szczycie pobudzenia zupełnie tak samo występuje działalność mechanizmu wytryskowego, która nosi taki sam charakter cykliczny i połączona jest podobnie z przyjemnym odczynem uczuciowym wysokiego napięcia. Impulsy ośrodka wytryskowego wywołują robakowaty ruch jajowodów i macicy w kierunku ujścia pochwowego i skurcze rytmiczne zwieracza pochwy, kulszokamistych i głębokiego poprzecznego krocza. Dzięki skurczom swoich mięśni i mięśni więzów okrągłych, macica ulega wyprostowaniu i głębiej opuszcza się do pochwy. Ponieważ zarazem i jama jej się zmniejsza pod wpływem tych skurczów, następuje wyżymanie śluzu, a, po ich ustaniu, ssące działanie wylotu macicy na wylane do pochwy nasienie. Zapewne, według wszelkiego prawdopodobieństwa, współczesna działalność tych mechanizmów z ich odpowiednikami w narządzie męskim zapewniać musi najprzyjaźniejsze warunki zapłodnienia. Jednak nie jest ona do tego bezwarunkowo konieczna: ciała nasienne, dzięki swemu samodzielnemu ruchowi, mogą same przedostawać się przez śluz szyi do jamy macicznej, a przypadki ciąży w warunkach, uniemożliwiających należyte wprowadzenie prącia, świadczą, że ciała nawet przez pochwę mogą odbywać pomyślną wędrówkę do jamy macicy.

Mechanizm wytryskowy u kobiet, nie grając żadnej roli w opróżnianiu nadmiaru nagromadzającej się wydzieliny, który tu zupełnie nie zachodzi, a stanowiąc tylko urządzenie, przeznaczone jedynie do aktu spółkowania, nie posiada w warunkach fizyologicznych zdolności do samodzielnego przechodzenia w stan czynny w czasie sennego otamowania usroju. Ale w przypadkach patologicznych zdarza się, że nabiera tej zdolności i wtedy staje się przyczyną zjawisk, odpowiadających w zupełności nocnym upływom płci męskiej.

Oprócz tych dwóch mechanizmów, macica posiada jeszcze jeden własny, który całkowitego rozwoju i uzdolnienia do czynności dobiega tylko przy peł-

nieniu działalności wykonawczej, mianowicie mechanizm porodowy. Pozostaje on pod zawiadywaniem zwoju szyjowego, *ganglion cervicale*, umieszczonego w pobliżu bocznych sklepień pochwy.

Rdzeniowy ośrodek ruchów macicy leży w lędźwiowym odcinku rdzenia. Ruchy jej można wywołać z rozmaitych części ośrodkowego układu nerwowego: rdzenia lędźwiowego, przedłużonego, przedniej połowy wzgórków wzrokowych, kory półkul, a także na drodze odruchowej -- przez podrażnienie nerwu kulszowego, brodawek piersiowych i t. p. Jeżeli jednak przeciąć wszystkie nerwy, prowadzące do rdzenia, macica nie przestaje się kurczyć, a nawet może zupełnie prawidłowo odbywać akt porodowy (GOLTZ). Stwierdza to, że główny ośrodkowy układ nerwowy gra względem ruchów macicy rolę stosunkowo podrzędną, a zawiadują nimi przede wszystkim własne zwoje obwodowe, umieszczone w jej mięszu.

Z zestawienia tylko co roztrząsanych zjawisk wynika, że u płci żeńskiej, w przeciwstawieniu do typu męskiego, sprawy przygotowawcze pociągają za sobą o wiele rozleglejsze i uciążliwsze przygotowania ustroju, zarówno miejscowe w samym narządzie płciowym, jak ogólne, dotyczące jego całości. Zachodzi tu wytwarzanie pewnego nadmiaru krwi i materii odżywczych do zadań wytwórczych czynności wykonawczej. Wytwarzanie tego nadmiaru wiąże się z czynnością jajników, której oddziaływanie na szpik kostny, biorący wybitny udział w odtwarzaniu krwi, stwierdzają pomyślne wyniki wyluszczenia jajników w przypadkach rozmiękczenia kości. Rzecz prosta, że ta rozległość przygotowań nie może pozostawać bez śladów w bilansie ustroju i znajduje wyraz w okresowych wahaniach sprawności innych narządów, zwłaszcza układu nerwowego i mięśniowego. Oba te bowiem układy odgrywają główną rolę w stosunkach osobnika do świata zewnętrznego. Nadto samo miesiączkowanie jest powodem przemijających zakłóceń czucia ogólnego, które także w mniejszym lub większym stopniu muszą ograniczać czynność ośrodków mózgowych. Rzecz prosta, że te wahania, dotyczące zasób sił, pozostających do rozporządzenia na resztę działalności życiowej, muszą odbijać się na stosunkach do otoczenia i prowadzić do wyboru odmiennych dróg w celowaniach. Brak dostatecznych sił do bezpośredniego dopięcia celu sprowadza konieczność szukania dróg pośrednich — wybiegów. Nadto, zachodzi tu jeszcze jeena okoliczność. Miesiączkowanie występuje pod postacią dość obfitego odpływu, trwającego kilka dni, który, ukazując się zarówno w stanie czuwania, jak podczas snu, odznacza się przytem jaskrawą, bijącą w oczy barwą i przykrym, przenikliwym zapachem. Temu odpływowi, jak wiemy, towarzyszą pewne zmiany w ustroju, których zewnętrzne przejawy składają się na czasowe przyćmienie płciowego uroku. Jest wysoce prawdopodobnem, że w zjawiskach tych osnowę stanowi czasowe przystosowanie, zapobiegające spółkowaniu w tym okresie czasu, ale jednocześnie mieszczą się w nich warunki, stawiające płć żeńską w położeniu niekorzystnem w obec stosunków z płcią odmienną. Fizyczne własności odpływu zmuszają do pewnych zabiegów dla usuwania jego śladów, a ujawnienie osobistych spraw płciowych, stanowiące, jak zobaczymy poniżej, okoliczność niekorzystną dla osobnika, zwłaszcza przy roli więcej biernej, w warunkach społecznych, sprowadza potrzebę ukrywania tych przejawów.

Przejawy zatem czynności przygotowawczej u płci żeńskiej przynoszą z sobą pobudki postępowania w kierunku dróg pośrednich i pociągają za sobą pewne właściwe zabiegi, zużywające część czasu i działalności dowolnej.

W ten sposób stosunek obu płci do warunków zewnętrznych już przez samą czynność przygotowawczą zostaje zmieniony i ta zakłada niektóre podwaliny

drugorzędnych cech płciowych, znajdujących wyraz w skłonności do odmiennego oddziaływania na wpływy otaczającego środka.

Drugorzędne czyli wtórne cechy płciowe.

O znaczeniu ich i wykształcaniu się w miarę rozwoju gatunkowego typu a także o zależności ich od obecności w ustroju prawidłowo rozwiniętych gruczołów płciowych mówiliśmy już przy rozpatrywaniu wogóle czynności rozrodczej. Tu pozostaje nam poznać ich całokształt ze strony cielesnej i pod względem przejawów duchowych.

Osobniki odmienniej płci różnią się przedewszystkiem postacią i przeciętną masą podścieliska. Postać męska odznacza się nieco krótszym tułowiem, dłuższymi kończynami i dobitniejszym zróżniczkowaniem szczegółów. Kształt tułowia jest walcowaty lub zwężony ku dołowi, najwięcej rozwiniętą jego częścią jest górna część klatki piersiowej i okolica barkowa, gdzie przypada największy wymiar poprzeczny; poziome przecięcia członków uderzają równomiernością, sprzyjając obszerności i swobodzie ruchów. Postać kobiety wyróżnia się tułowiem w połowie przewężonym, a przeto smuklejszym, wyniosłościami gruczołów mlecznych i wykształceniem okolicy miednicy i bioder, w której leży największy wymiar poprzeczny. Kończyny są nieco krótsze, ręce i stopy mniejsze, a wszystkie kształty wogóle odznaczają się zaokrąglonym zarysem i stopniowymi przejściami. Kiedy w pierwszej postaci uderza siła, zręczność i uzdolnienie do ruchu, postać druga cechuje się wdziękiem i łagodnem pięknem kształtów.

Bliższe zestawienie wykazuje dalej, że kobieta ma głowę więcej okrągłą, twarz krótszą i drobniejszą, podbródek więcej zaokrąglony i odznacza się mniejszym wyosobnieniem poszczególnych rysów, co nadaje mniej określony wyraz twarzy. Szyja jest dłuższa, krtań mniej wystaje ku przodowi, głos wyższy, klatka piersiowa węższa i mniej obszerna, o 1 ctm., krótsza, dolna część brzucha obszerniejsza, zaokrąglona i więcej wypukła, zagłębienie pępkowe nieco głębsze i więcej od okolicy sromnej odległe. Z powodu mniejszych wymiarów stóp, płaszczyzna oparcia ciała jest również mniejsza. Wobec różnicy w długości kończyn dolnych okolica sromna nie leży tu w połowie ogólnej długości, jak u mężczyzn, ale poniżej, tak że linia połowy przypada po nad kością łonową. W zestawieniu wymienionych stosunków łatwo dostrzedz, że pod względem proporcji i ukształtowania płeć żeńska stoi bliżej ustroju dziecka, niż męska, i zjawisko to spotykamy u wszystkich, nawet najmniej cywilizowanych plemion (BUSCH, RANKE).

Co się tyczy masy podścieliska, to ta daje różnicę 10 kilogramów. Nader liczne pomiary u rozmaitych narodów wykazały, że przeciętna waga mężczyzny wynosi 65 kil., kobiety 55. Różnica ta występuje już przy urodzeniu, chłopcy bowiem ważą przeciętnie 3333 gramy, dziewczęta 3200 (VIERORDT). Podobnie przeciętna długość ciała przedstawia różnicę 10 do 12 ctm. na korzyść płci męskiej, u nowonarodzonych wynosząc $\frac{1}{2}$ do 1 ctm. W rasach o niższym wzroście różnica ta znacznie się zaciera. W stosunku do większej długości i wagi mężczyzn i inne części okazują większe wymiary, u kobiet zaś tylko dolna część brzucha jest dłuższa, a biodra o 1 do 2 ctm. szersze, co przy niższym wzroście szczególnie wpada w oko.

Skóra kobiet, po większej części jest gładsza, delikatniejsza i cieńsza, prócz tego odznacza się jaśniejszym tonem barwy. Cienkość jej staje się przyczyną żywości rumieńców twarzy, które zależą od przeświecania krwi z drobnej sieci naczyń skórnych. Uwłosienie głowy różni się już w wieku dzieciennym, u dziewcząt bowiem rośnie prędzej, a pojedyncze włosy są dłuższe. Ogólne jednak uwłosienie

ciała, przynajmniej u rasy kaukaskiej, u kobiet jest mniej obfite. Ciało mężczyzn w wielu miejscach pokryte jest mniej lub więcej gęstym włosom, a drobne włosy puchowe grają rolę podrzędną. U kobiet, przeciwnie, na plan pierwszy występują puchowe, które, zwłaszcza na policzkach, plecach, przedramieniu i goleni tworzą często gęsty meszek, zazwyczaj wydatniejszy u blondynek niż u brunetek (PLOSS). Na okolicy sromnej włosy są krótsze, ale zazwyczaj gęstsze, niż u mężczyzn. Według EXNER'a włosy ciała pełnią czynność dwojaką: organu dotykowego, co najdobitniej występuje w rzęsach, i utworu odosabiającego powierzchnie skóry, wchodzące z sobą w zetknięcie. W takich miejscach mają one zazwyczaj postać kędzierzawą i, przedzielając ocierające się części, zmniejszają tarcie i ułatwiają przesuwanie się ich po sobie. Obok tego rodzaj i stopień uwłosienia wpływa na jakość wrażenia, wywieranego przez odnośną część ciała na zmysł dotyku i wzroku: skóra pokryta włosom puchowym przynosi inne wrażenie, niż uwłosiona zwykłym lub naga.

Zestawiając powyższe różnice, łatwo zauważyć, że w zarysie powierzchni kobiecego ciała występuje wyrobienie płaszczyzny, że ta płaszczyzna, wybiegająca w zlewające się z sobą wypukłości i załomy, łącznie z mniejszą odpornością ciała, wskutek bogactwa tkanki tłuszczowej, i budową skóry z jej utworami dodatkowymi, jest uzdolniona do wywierania wrażeń łagodnego natężenia. We własności tej zewnętrznych kobiecych kształtów kryją się dwa ważne momenty: właściwe działanie na zmysły płci męskiej i przystosowanie do niedokształconego układu nerwowego dziecka.

Pomiary co do ilości rozmaitych tkanek składowych są dotychczas nieliczne, wyniki ich jednak zgadzają się w zupełności z innemi, określonymi dokładniej różnicami. BISCHOFF obliczał wagę szkieletu, mięśni i tłuszczu u 3 zdrowych i dobrze rozwiniętych osobników: 1) mężczyzny lat 33, 168 ctm. wzrostu i 69,6 kilogramów wagi, 2) kobiety lat 22, 159 ctm. wzrostu i 55,4 kil. wagi i 3) młodzieńca lat 16, 35,5 kil. wagi. W pierwszym wypadku szkielet wynosił nieco więcej niż $\frac{1}{6}$ ogólnej wagi, w drugim około $\frac{1}{7}$, w trzecim nieco więcej niż $\frac{1}{4}$. Stosunek szkieletu, mięśni i tłuszczu na 100 części wagi ciała wypadł następujący:

mężczyzna:	szkieletu	15,9,	mięśni	41,8,	tłuszczu	18,2
kobieta	"	15,1,	"	35,8,	"	28,2

THEILE porobił obliczenia u 8 zdrowych mężczyzn i 4 kobiet, a z tego wypadło, że u tych ostatnich ogólna ilość mięśni nie dosięga $\frac{1}{3}$ wagi ciała, u mężczyzn zaś przewyższa. Szkielet zatem i mięśnie w ustroju kobiecym stanowią mniejszą odsetkę całkowitej masy podścieliska, niż w ustroju męskim. Mięśnie kończyn dolnych stanowią u obu płci odsetkę jednakową, mięśnie kończyn górnych okazują znaczną przewagę u płci męskiej, mięśnie języka u żeńskiej. O ile więc u mężczyzn zachodzi wyraźna skłonność do silnego rozwoju kości i mięśni, o tyle u kobiet występuje skłonność do wytwarzania i nagromadzania pewnej ilości tłuszczu, który nadaje zaokrąglenie kształtom i zaciera występy kostne z rysunkiem powierzchniowych mięśni, ale nie stanowi okoliczności korzystnej dla rozwoju i czynności narządu ruchowego.

Co się tyczy bliższej budowy szkieletu, to w obec mniejszej masy ciała i niższego wzrostu, jego części u kobiet są mniejsze. A że narząd mięśniowy jest przytem mniej wykształcony, to wyniosłości, zależne od przyczepów mięśni, jak zgrubienia, wyrostki, listwy i t. p. są także mniej wykształcone i wydatne. Obwód czaszki kobiecej, według WELCKER'a, pozostaje w stosunku do męskiej jak 97 : 100, pojemność jamy — jak 90 : 100. Kształt czaszki jest więcej zaokrąglony, kości delikatniejsze, część twarzowa mniejsza, podstawa węższa ku tyłowi, skle-

pienie więcej płaskie i nagle przechodzące w pion czoła. Łuki nadbrwiowe (*arcus superciliares*), służące za przyczep mięśnia marszczącego brew, są mniej wydatne, jako wyraz słabiej rozwiniętego narządu oddechowego (ECKER). Natomiast guzy w punktach kostnienia, zwłaszcza czołowe i ciemieniowe, występują wyraźniej i należą do oznak, zbliżających do formy dziecinnej. Kąt szczękowy u wszystkich ras jest nieco mniejszy (prognatyzm); środkowe siekacze górne nieco szersze (SCHAAPHAUSEN, WALDEYER), stanowiąc ozdobę uzębienia.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

70. TRIPIER i PAVIOT. **Zapalenie otrzewny wyrostka robaczkowego, jako przyczyna napadu wyrostkowego** (*crise appendiculaire*). Poglądy autorów na sposób powstawania napadu bólowego, którymi rozpoczyna się zazwyczaj zapalenie wyrostka robaczkowego, dotąd jeszcze są podzielone. TALAMON upatruje przyczynę napadu w przenikaniu stężyny kałowej do jamy wyrostka, który oddziałuje na podrażnienie bolesnymi skurczami, analogicznie z kolką wątrobową i nerkową; ztąd pochodzi wprowadzona przez tego autora nazwa kolki wyrostkowej* (*colique appendiculaire*). Ta sama okoliczność ma być, według TALAMON'a, przyczyną także zapalenia wyrostka. Wczesne operacje, wykonane zaledwie w kilka godzin od początku napadu, wykazały, że w jamie wyrostka bardzo często niema żadnych kamieni, gdy ściany wyrostka okazują już wydatne zmiany. Pogląd TRÈVES'a, który dla objaśnienia powstawania kolki wyrostkowej przyjmuje, w braku kamieni, zatrzymanie się śluzu w kanale wyrostka, jest hipotezą, nie opartą na żadnych faktycznych danych. Największą uwagę zwróciła na siebie teoria DIEULAFOY, według której ból, jak również inne objawy początkowe (zaparcie, nudności, wymioty), stanowią następstwa przekształcenia kanału wyrostka w zamkniętą jamę (*la théorie de la cavité close*) i zakażenia zawartości tejże. Liczne ogłoszone w ostatnich czasach spostrzeżenia dowodzą niezbicie, że zapalenie wyrostka powstać może i bez zatkania kanału. Z drugiej zaś strony nie mniej liczne są przypadki zapalenia wyrostka z przebiegiem ukrytym, które za życia nie przejawiały się żadnymi napadami bólowymi i tylko przypadkowo znalezione zostały na stole sekcyjnym. Autorowie (TRIPIER i PAVIOT) przytaczają jedno bardzo pouczające pod tym względem spostrzeżenie.

Przyczyną napadu wyrostkowego, któremu niesłusznie nadają często miano zapalenia wyrostka, jest, według autorów (TRIPIER'a i PAVIOT'a), zapalenie otrzewny, pokrywającej wyrostek robaczkowy (*periappendicitis*). W pracach, traktujących anatomię patologiczną zapalenia wyrostka, często wspomina się o zapaleniu otrzewny wyrostka, lecz większy kładzie się nacisk na zapalenie gruczołów torebkowych (*folliculitis*), przypisując mu niekiedy przyczynę kolki wyrostkowej. Zajęcie tych torebek w przebiegu duru brzuszego, gruźlicy, najsilniej nawet wyrażone, może pozostać zupełnie skrytem, tak, że niepodobna przypuścić, ażeby zmiany złejsze zdolne były wywołać jakiekolwiek zaburzenia.

Wyrostki robaczkowe, wycięte z powodu napadów bólowych i poddane przez TRIPIER'a i PAVIOT'a badaniu drobnowidzowemu, przedstawiały zawsze mniej lub więcej wyraźne oznaki zapalenia błony surowiczej wyrostka. Objawy zapalenia były tem wyraźniejsze, im wcześniej

była wykonana operacya. Gdy wyrostek został usunięty w krótkim czasie po napadzie znacznego natężenia, udawało się stwierdzić w tkance łącznej podsukowiczej rozszerzenie naczyń z obfitem nacieczeniem komórkowem i zgrubieniem otrzewny, pokrytej wysiękiem włóknikowym, lub nawet błonami rzekomemi. Jeśli od napadu wyrostkowego minęło więcej czasu, warstwa okołowyrostkowa przedstawia się mniej grubą wskutek skurczenia się nowowytworzonej tkanki łącznej. Jeśli okres, oddzielający napad wyrostkowy od rezekcyi wyrostka, jest bardzo znaczny, natenczas przy badaniu powierzchownem można nie znaleźć żadnych zmian w błonie surowiczej wyrostka, atoli badanie sumienniejsze zawsze zdoła wykryć ślady przebytego zapalenia otrzewny. Przeciwnie, w tych przypadkach, w których *intra vitam* nie było napadów kolki wyrostkowej, nie można znaleźć oznak *periappendicitidis* pomimo daleko nawet posuniętych zmian w ścianach uchylka wyrostkowego.

Niektórzy autorzy (GLANTENAY z oddziału NÉLATON'a i t. p.) ogłosili spostrzeżenia, z których możnaby wyciągnąć wniosek, że napady wyrostkowe mogą dojść do skutku bez zapalenia otrzewny wyrostka, a nawet bez wszelkich zmian w ścianach tego narządu. Rozpatrując się bliżej w tych przypadkach t. zw. *pseudo-appendicitidis nervosae*, można dojść do przekonania, że badanie drobnowidzowe nie było uskutecznione z całą skrupulatnością, i nie zwrócono przytem specjalnie uwagi na listek otrzewnowy.

Jak objaśnić powstawanie „napadów wyrostkowych” w tych przypadkach, w których wyrostek został usunięty? Większość autorów stawia te napady (*les post-appendicites*) w zależności od rozciągania, szarpania pozostałych zrostów, od objawów niedrożności (zupełnej lub niezupełnej) jakiejś pętli kiszkowej w następstwie przewężenia, wywołanego przez ściągające się pasmo łączno-tkankowe, od rozmaitych zaburzeń trawienia, wynikających z niedowładu kiszek, od pozostałego nieżyty jelit lub skłonności danego chorego do zaburzeń nerwowych natury histerycznej.

Zapalenie błony surowiczej wyrostka jest zmianą stale znajduwaną w przypadkach napadów wyrostkowych, gdy inne zmiany, jak np. *folliculitis*, są niestałe. Wczesne występowanie tych zmian stwierdzone zostało już przedtem, np. przez TALAMON'a, ROUTIER'a (w 7—12—24 godz. od początku dolegliwości), lecz żaden autor nie upatrywał dotąd w zmianach zapalnych otrzewny wyrostka przyczyny kolki wyrostkowej. Do zmian tych łatwo sprowadzić całą symptomatologię napadu wyrostkowego: zwykle nagłe pojawienie się bólu (w zależności od nagle zazwyczaj występującego zapalenia otrzewny), bolesny punkt MAC BURNER'a, wzdęcie brzucha, nudności, wymioty, zaparcie stolca, małe i częste tętno i t. d. Natężenie objawów zmienia się stosownie do tego, czy zapalenie otrzewny jest mniej lub więcej umiejscowione, czy powstaje ostro lub powoli.

Dane badania drobnowidzowego niektórych przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego, jak również rozbiór spostrzeżeń innych autorów (QUÉNU, DELAGENIÈRE) doprowadzają TRIPIER'a i PAVIOT'a do następujących wniosków: 1) zapalenie otrzewny wyrostka robaczkowego samo przez się, bez uprzednich zmian w ścianach tegoż, sprowadzić może napad kolki wyrostkowej; 2) zapalenie błony surowiczej wyrostka, będące przyczyną napadu wyrostkowego, rozwinąć się może w następstwie rozprzestrzenienia się sprawy zapalnej z innych części otrzewny (*perisalpingo-oophoritis*, *pericystitis fellea* i t. p.). Dotychczas zajmowano się głównie powikłaniami, jakie zdolne jest wywołać zapalenie wyrostka. Zdaniem T. i P., należałoby także zwrócić uwagę na to, czy zapalenie wyrostka nie jest, w niektórych przynajmniej przypadkach, sprawą wtórną, powstałą wskutek szerzenia się

zapalenia z innych punktów otrzewny. Tak, np. stwierdzono możliwość poronienia w następstwie zapalenia wyrostka robaczkowego, nie wzięwszy przytem pod uwagę okoliczności, że zapalenie to mogło mieć swe źródło w tych zmianach, które przerwały ciążę.

Poglądy autorów (T. i P.) na patogenezę napadu wyrostkowego winny być brane pod uwagę przy ustanawianiu wskazań leczniczych. Należy pamiętać, że we wszystkich przypadkach stoimy wobec zapalenia otrzewny zwykłego lub ropnego, które pod wpływem ruchów jelit, wysiłków, obmacywania brzucha i t. d. może się rozszerzyć na niezajęte dotąd odcinki otrzewny. Leczenie kolki wyrostkowej jest leczeniem zapalenia otrzewny: bezwzględna dyeta, zupełny spokój i nawet unieruchomienie obok okładów lodowych *loco dolenti* i stosowania przetworów makowca przeważnie *per rectum* lub podskórnie. Należy wstrzymywać się od częstego i mocnego obmacywania, które sprowadzić może znaczne pogorszenie. Zabieg operacyjny przynosi tem większy i pewniejszy pożytek, im wcześniej zostaje przedsięwzięty. Operacja wskazana jest nie dla tego, żeby wszystkie przypadki miały być ciężkie (gdyż statystyka wykazuje wielką częstość samostynnych wyzdrowień), lecz dla tego, że często trudno jest, a nawet niepodobna, odróżnić przypadków ciężkich od tych, które pod wpływem najbliższej przyczyny mogą stać się groźnymi. Wielu chorych zwraca się do lekarza już po przebyciu jednego lub kilku napadów, nie przedstawiając żadnych cięższych zaburzeń, nie doznając żadnego bólu i będąc w stanie oddawać się swym zajęciom. Jeśli głębokie obmacywanie w punkcie MAC-BURNEY'a daje możność stwierdzenia najmniejszego choćby zgrubienia, i jeśli ucisk w tem miejscu wywołuje szczególne jakieś sensacje, to mamy dowód, że ognisko zapalne otrzewny jeszcze nie wygaślo, i że chory zawsze jeszcze jest zagrożony. Ztąd wskazanie do zabiegu operacyjnego.

(*Archives génér. de médecine* 1899. Lépiec. T. II. Nr. 1). Stanisław Pechkranc.

71. M. MICHAELIS. O diazoreakcyi i jej znaczeniu kliniczem. W roku 1882 EHRLICH zwrócił uwagę, że czerwone zabarwienie moczu przy diazoreakcyi może być środkiem pomocniczym w rozpoznawaniu tyfusu brzuszego. Co prawda, takie zabarwienie czerwone występuje w przebiegu i innych chorób zakaźnych, przez co reakcja traci cokolwiek na swej wartości.

Od roku 1891 MICHAELIS zajmował się specjalnie diazoreakcją i doszedł do wniosku, że udaje się ona tylko w warunkach patologicznych. W tyfusie brzuszonym zabarwienie czerwone moczu występuje stale, zjawia się bardzo wcześnie trwa, jak zauważył już EHRLICH, od 5—8 dni, poczem zwykle znika, w niektórych jednak przypadkach trwa dłużej, a w cięższych — aż do zejścia śmiertelnego. Przypadki, w których reakcja trwa dłużej, należą bez wyjątku do ciężkich. W tyfusie reakcja dla tego ma ważne znaczenie, że zjawia się w początku choroby wtedy, gdy inne objawy kliniczne, jak różyczka, powiększenie śledziony i t. d. jeszcze nie są wyrażone. Jeżeli diazoreakcja się udaje, to z natężenia jej i trwania można wnosić o ciężkości choroby. W przypadkach łagodnych znika już na 3—5 dni przed *akme*; jeżeli 8—10 dnia tyfusu reakcyi już niema, to można oczekiwać bardzo łagodnego przebiegu. Możliwa jest, oczywiście, recydywa, lecz choroba pierwotna już się kończy.

Reakcja ta, jak EHRLICH już zauważył, w innych chorobach daje wyniki bądź pozytywne, bądź negatywne.

1) Do drugiej kategorii chorób należą choroby przewlekłe niezakaźne, jako to: choroby rdzenia, serca, nerwów, choroby umysłowe, nerek, *diabetes* i t. d.

2) Choroby, w których reakcja występuje stale w okresie początkowym są: tyfus brzuszny i odra. Z chwilą znikania wysypki znika również i diazoreakcja; jeżeli zaś tego niema, to mamy zwykle do czynienia z powikłaniem, jak np z zapaleniem płuc w odrze.

3) Choroby, w których reakcji zwykle niema, niekiedy jednak reakcja ta występuje, są: róża, zapalenie płuc, błonica. Wystąpienie reakcji dowodzi, że zakażenie jest ciężkie, rokowanie przeto się pogarsza.

4) Choroby, w których w okresie łagodnym reakcji niema ani śladu, w stanie zaś ciężkim występuje wyraźnie: należy tu przede wszystkim gruźlica płuc (*phthisis*). Jeżeli diazoreakcja daje tu wynik dodatni, to śmiało można zrobić złe rokowanie, gdyż wkrótce można oczekiwać zejścia śmiertelnego. To samo dotyczy *pneumonia cecaeoidea*, dla której już A. FRAENKEL ocenił znaczenie prognostyczne diazoreakcji.

Próba na diazoreakcję ma zastosowanie praktyczne przy kwalifikowaniu suchotników do uzdrowisk, które powinny przyjmować pacjentów tylko w stanie lżejszym, obiecującym poprawę. Jeżeli u suchotnika reakcja wypadła dodatnio, to przyjmować go do uzdrowiska nie należy, pomimo nawet braku gorączki i pozornie łagodnych objawów płucnych, gdyż na pewno mamy do czynienia z przypadkiem ciężkim, ze *stadium tertium phthisis*. Odczyn jest mianowicie zupełnie niezależny od gorączki, pomimo iż idzie z nią równolegle; jest niezależny również od reszty objawów choroby, a jedynie zależy od ciężkości przypadku.

Co się tyczy wykonywania reakcji, to należy trzymać się koniecznie przepisu EHRLICH'a, ponieważ wszystkie t. zw. ulepszenia, podawane przez innych, są właściwie daleko gorsze. W skład reakcji wchodzi: *reagens A. acidum sulfanilicum* 2,5, *acid. muriat. purum* 25,0 na 500,0. *Reagens B. natrium nitrosum* 0,5 : 100, zmieszać i dodać NH_3 . MICHAELIS dodaje, że główną wartość przypisuje nietyle czerwonemu zabarwieniu moczu, ile takiemuż zabarwieniu piany, powstającej przy zmacaniu moczu.

(*Deutsche Medicinal Zeitung* Nr. 11. 1899. *Verein für innere Medicin in Berlin*).

W. Knappe.

72. B. NAUNYN. **Przyczynę do stosowania naparstnicy w chorobach serca;** Kto miał sposobność częstego stosowania naparstnicy, przekonywał się niejednokrotnie, jak odmienny wpływ wywiera ona na choroby serca zależnie od rodzaju cierpienia i umiejscowienia wady zastawkowej. Autor rozpatruje wpływ naparstnicy na wady zastawkowe serca w następstwie zapaleń wsierdza pochodzenia gośćcowego lub wogóle zakaźnego i na choroby mięśnia sercowego.

Co się tyczy wad zastawkowych, to przede wszystkim doskonałe wyniki daje naparstnica w wadach otworu żylnego lewego, t. j. w niedomykalności zastawki dwudzielnej i zwężeniu otworu żylnego lewego, i tu zwłaszcza w tych przypadkach, gdzie wystąpiły już objawy „zastoju żylnego”: sinica, przepełnienie żył szyjowych, przekrwienie wątroby, a tętno staje się częstym i nieprawidłowym. w tych razach podawać należy naparstnicę w dawce 0,8—1,0 dziennie (w naporze), w ciągu 6—7 dni zrzędu, nawet dłużej, bez obawy zbytniego zwolnienia tętna.

Z pomiędzy wad ujścia aorty, zwężenie tegoż ujścia rzadko występuje jako wada przeważająca; w niedomykalności zaś zastawek aorty zachowuje się naparstnica wprost przeciwnie, niż w wadach otworu żylnego lewego. Już sam wygląd chorego znacznie się różni przy tej wadzie, i na pierwszy plan występuje bezkrwistość, gdy przekrwienie wątroby i t. d. nie gra tu tak wybitnej roli, a tętno rzadko przedstawia cechy właściwe wadom otworu żylnego lewego. Naparstnica też

w bardzo rzadkich przypadkach sprowadza tutaj widoczne polepszenie, i należy być w stosowaniu jej bardzo ostrożnym, przepisując dawki małe, aby możliwie uniknąć znacniejszego zwolnienia tętna (napar z 0,5—0,8 na 150,0; użyć w ciągu 2 dni, czyli dziennie 0,25—0,4 naparstnicy).

W przypadkach wad skombinowanych obydwóch ujść działa naparstnica tem pewniej, im silniej występują zaburzenia w krążeniu żylnem, t. j. im większe są przerost i rozszerzenie prawego serca, sinica i zastój żylny.

Jak należy objaśnić tak odmienne działanie naparstnicy w wadach zastawki dwudzielnej i w niedomykalności zastawek aorty? SCHMIEDEBERG dawno wykażał, że naparstnica powoduje większą rozciągliwość mięśnia sercowego, wzmocnienie rozkurczu i przedłużenie skurczu, lecz to nie wystarcza jeszcze do wyjaśnienia powyższego pytania, gdyż przy zwężeniu np. otworu żylnego lewego, pozostanie bez szczególnego pożytku tak rozciągliwość mięśnia, jak i wydłużenie skurczu wobec szczupłej ilości krwi, przedostającej się do lewej komory. Według prof. NAUNYŃ'a główną rolę odgrywa tu wpływ naparstnicy na częstość i rytm uderzeń serca, na uregulowanie nieprawidłowej dotąd czynności serca, dzięki czemu niezupełne i bezcelowe skurcze, tworzące przeszkodę w normalnem krążeniu, stają się prawidłowymi i celowymi. Ponieważ zaś w wadach zastawki dwudzielnej nieprawidłowość skurczów serca odgrywa o wiele wybitniejszą rolę, niż w niedomykalności zastawek aorty, przeto i wpływ naparstnicy w pierwszym przypadku jest znacznie silniejszy, niż w drugim; należy tylko posiłkować się większymi dawkami naparstnicy. Następujące po większej dawce znaczniejsze zwolnienie skurczów serca pociąga za sobą wydłużenie aktu rozkurczu, a zatem przy zwężeniu np. otworu żylnego lewego daje więcej czasu prądowi krwi do przedostania się przez zwężone ujście i wypełnienia lewej komory. Natomiast przy niedomykalności zastawek aorty (wydłużenie aktu rozkurczu) szkodzi sprawie, gdyż powoduje powrót większej ilości krwi z aorty do lewej komory i większe rozciągnięcie ściany lewej komory wskutek silnego ciśnienia aortalnego; ponieważ jednakże następujące również po naparstnicy wydłużenie skurczów serca wywiera przy niedomykalności zastawek aorty wpływ dodatni, przeto należy posiłkować się naparstnicą, ale w małych dawkach, aby nie wywołać znacniejszego zwolnienia tętna.

Co się tyczy chorób mięśnia sercowego, to w przypadkach t. zw. „przerostu z rozszerzenia serca samoistnego (wskutek przepracowania), gdzie powiększenie wymiarów serca dosięgło już znacznego stopnia, naparstnica nie wywiera skutku zbawiennego. Za to w innych postaciach zwyrodnienia mięśnia sercowego stosowanie naparstnicy daje wyniki znakomite. W ogólności daje się zauważyć, że najlepsze działanie naparstnicy występuje i tu w tych razach, kiedy czynność serca jest przyspieszona i skurcze nieprawidłowe, z drugiej zaś strony w znacznej ilości przypadków pomyślne działanie naparstnicy kończy się z chwilą, kiedy nastąpiło zbyt znaczne zwolnienie tętna (60 i mniej uderzeń). Długoletnie doświadczenie nauczyło autora, że najlepiej jest stosować naparstnicę w chorobach mięśnia sercowego w dawkach małych, co pozwala podawać ją w ciągu wielu miesięcy, nawet lat, bez zbytniego zwolnienia tętna; autor przepisuje napar z 0,5—0,8 na 150,0 — wyżyć w ciągu dwóch dni; po wyżyciu 3—4 takich flaszeczek należy zalecić 3—4 dniową przerwę, następnie znów 1—2 flaszki, znowu 3—4 dni paauzy i wreszcie jeszcze 1—2 flaszki leku; zwykle wówczas ukazuje się już dodatni wpływ naparstnicy, można jednakże i w dalszym ciągu podawać ją w ten sposób, że co 5—7 dni chory wypija 1 flaszeczkę w ciągu dwóch dni; dawkę można zre-

szta zmniejszyć i poprzestać na 0,1—0,15 *pro die*. Przepisać można naparstnicę również w postaci *Pulv. fol. Digitalis*.

Z alkaloidów naparstnicy prof. NAUNYN poleca digitoksynę MERCK'a w dawce 0,1—0,2 miligramów 3 razy dziennie w roztworze spirytusowym lub w postaci pigułek. Digitalina tak niemiecka, jak i francuska, posiada działanie słabe i niepewne. Ponieważ zaś przy stosowaniu digitoksyny, jako trudnorozpuszczalnej i wskutek tego nierównemu ulegającej wessaniu, mogą nagle powstać powikłania (zbyt silne zwolnienie tętna, znaczna zapaść), autor radzi podawać ją tylko takim chorym, których codziennie lekarz może widzieć, w przeciwnym razie tylko w dawce 0,1 miligramu 2—3 razy dziennie w ciągu 3 dni zrzędu, poczem należy urządzić przerwę na 3—5 dni.

(*Die Ther. der Gegenw. Heft 5. 1899.*)

W. Rubin.

73. I. WOHLGEMUTH. **O aspirynie.**

II. WITTHAUER. **Aspiryna, nowy preparat salicylu.**

I. Kwas salicylowy uważany bywa za specyfik przeciwko reumatyzmowi stawowemu. Środek ten jednak względnie często sprowadza działanie uboczne pod postacią ciśnienia w żołądku, utraty łaknienia, co jest zależne od podrażnienia, jakie wywiera kwas salicylowy na błonę śluzową żołądka. Salicylan sodu również pod wpływem kwasów w żołądku wydziela kwas salicylowy, a tem samem sprowadza wyżej wspomniane działania uboczne. Uniknąć wszystkiego tego możemy, stosując aspirynę. Aspiryna (kwas acetylsalicylowy) ma wygląd białych krystalicznych igiełek, trudno rozpuszczalnych w wodzie, łatwo w wyskoku i eterze; z rozcieńczonym chlorkiem żelaza aspiryna nie daje niebieskiego zabarwienia. Sok żołądkowy działa na aspirynę bardzo powoli, dopiero po dwóch godzinach można wykazać ślady czystego kwasu salicylowego, natomiast w alkalicznym soku kiszek rozszczepianie się aspiryny idzie o wiele prędzej, już po pół godzinie przy pomocy chlorku żelaza można wykazać czysty kwas salicylowy. Na mocy tego przypuszczać należy, iż wydzielanie się kwasu salicylowego przy zażywaniu aspiryny nie może mieć miejsca w żołądku, ale dopiero w kiszce.

Autor obserwował wogóle 10 przypadków leczenia aspiryną. Stosowano aspirynę w roztworze 6,0—200,0 (z powodu nierozpuszczalności aspiryny w wodzie dodawano 15 gram. *spirit. vini.*) oraz w proszkach po 1 grm. trzy razy dziennie. W roztworze wysokowym dawała aspiryna stosunkowo wyniki gorsze, gdyż wiele osób źle znosi alkohol. Stosując aspirynę w proszkach, autor otrzymywał zawsze wyniki dodatnie, żadnych objawów ubocznych nigdy nie zauważył. Na mocy tego wszystkiego uważa aspirynę za środek, przewyższający salicylan sodu, gdyż nie ustępuje ostatniemu pod względem działania, a przytem nie sprowadza braku łaknienia, ciężkości w żołądku, szumu w uszach i innych nieprzyjemnych objawów.

(*Therap. Mon. Nr. 5.*)

II. WITTHAUER stosował aspirynę w 50 przypadkach. Wszyscy chorzy, którzy ze wstrętem przyjmowali salicylan sodu, chętnie zażywali aspirynę i chwalili jej smak o wiele przyjemniejszy; nawet tacy, którzy po salicylanie sodu dostawali silnych boleści żołądka, i ci zupełnie dobrze znosili aspirynę. Co się tyczy działania w reumatyzmie i zapaleniu opłucny, to aspiryna działa bynajmniej nie gorzej od salicylanu sodu, a nie sprowadza nieprzyjemnego działania na serce oraz żołądek; łaknienie pozostaje cały czas dobre, a szum w uszach autor spostrzegał tylko w jednym przypadku. Stosowano aspirynę po gramie 4—5 razy dziennie. Gram aspiryny mieszano z 3 grm. sproszkowanego cukru w łyżce wody.

(*Therap. Mon. Nr. 6.*)

Mieczysław Dobrzyński.

IX Zjazd chirurgów polskich w Krakowie.

Napisał

S. GROSLIK.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 35).

BOGDANIK (Biała). Tej sprawie radbym poświęcić słów kilka ze stanowiska lekarza względnie chirurga na prowincyi. Przedewszystkiem uważam podział, podany przez RYDYGIER'a, za bardzo praktyczny. Jedynie drugi dział zapalenia wyrostka robaczkowego podzieliłbym na dwa poddziały t. j. czy zapalenie ropne ograniczone dotyczy otrzewny, czy też tkanek pozaotrzewnowych. Drugi ten podział najbardziej się kwalifikuje do leczenia chirurgicznego w praktyce prywatnej nawet na wsi. Rozległe cięcie sposobem BARDENHEUER'a i następcza tamponada gazą jodoformową da się łatwo wykonać. Wiele przypadków wyleczyłem tym sposobem nawet w złych warunkach. Co się tyczy rozpoznania, czy jest ropa czy nie, kieruję się obok innych objawów, tutaj podanych, badaniem moczu na chlorki. Brak ich lub znaczne zmniejszenie uprawnia do przypuszczenia obecności ropy. W przypadkach, gdzie przypuszczam obecność ropy pozaotrzewnowo, bez obawy wykonać można punkcję próbną strzykawką PRAVAZ'a, a nieraz jest ona wskazana, aby kolegów i chorego naocznie przekonać o obecności ropy i konieczności operacyi. W lekkich przypadkach ograniczam się na leczeniu nieoperacyjnem i nieraz już, wezwany do operacyi, odmówiłem jej wykonania; natomiast w razie przebicia wyrostka należy natychmiast operować.

Prof. JAWORSKI (Kraków) zabiera głos ze stanowiska lekarza wewnętrznego. Występuje on przeciw twierdzeniu, jakoby zapalenie wyrostka robaczkowego wchodziło wyłącznie w zakres chirurgii. Rozpoznanie, zwłaszcza w początkach choroby, napotyka nieraz trudności, które z czasem dopiero mogą być usunięte. Niekiedy nie jesteśmy w stanie orzec, czy mamy do czynienia z kolką nerkową, zapaleniem wyrostka, czy z ostrem zapaleniem pęcherza. Dopiero po należytem ustaleniu rozpoznania może zrodzić się kwestya ewentualnego leczenia chirurgicznego. Za wskazanie do operacyi może służyć obecność wysięku ropnego, wszakże i w tych razach nastąpić może wessanie się wysięku bez interwencyi chirurgicznej. Mówca zwraca uwagę na ciężkie nieraz następstwa operacyi, jak zrosty, nerwoból kończyny, niemożność chodzenia, i dla tego radzi być oględnym przy wyborze przypadków do operacyi.

Doc. BOSSOWSKI (Kraków) zwraca uwagę na to, że można spodziewać się wyników pomyślnych i w przypadkach ogólnego zapalenia otrzewny skutkiem przedziurawienia wyrostka i dla tego zaleca dokonanie operacyi nawet w warunkach tak rozpaczliwych, o ile naturalnie chory jest w stanie operacyę przetrzymać. Powołuje się on na MAC VERNEY'a, który z 20 podobnych chorych uratował 14. BOSSOWSKI występuje przeciw stosowaniu szpryki PRAVAZ'a w celach rozpoznawczych.

Doc. SCHRAMM (Lwów) zaznacza, że przypadki operacyi z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego należą u nas stosunkowo do rzadkich, bądź z powodu że cierpienie to zdarza się rzadziej u naszej ludności, bądź też dla tego, że chorzy tacy dostają się do rąk chirurga nie tak często, jakby to być powinno. Według doświadczenia osobistego, opartego na 20 operowanych przypadkach, uznaje mów-

ca podział, postawiony przez prof. RYDYGIERA, za zupełnie odpowiadający względem praktycznym. Z pomiędzy tych 20 przypadków 4 należały do grupy 3-ciej, t. j. do rozlanego ropnego zapalenia otrzewny, wywołanego zgorzelą i przebicciem wyrostka. Z tych 2 chorych zmarło pomimo zabiegu operacyjnego: młody 18-letni człowiek, operowany na trzeci dzień choroby, i dziewczynka 4-letnia po laparotomii, wykonanej w 16 dniu choroby; dwie inne chore pozostały przy życiu. Trzech chorych operował mówca w okresie wolnym, przebyli oni po kilkanaście coraz częściej powtarzających się napadów i sami żądali wykonania operacji, która też u wszystkich odniosła skutek bardzo pomyślny. Pozostałe 13 przypadków należy zaliczyć do grupy drugiej, t. j. do postaci zapalenia wyrostka, w której wyczuwa się mniej lub więcej rozległy naciek zapalny w dole biodrowym prawym. Z pomiędzy tych dwa przypadki zakończyły się śmiercią pomimo operacji, wykonanej raz w 8-ym, a raz w 12-ym tygodniu choroby u chorych z licznymi zatokami ropnemi, sięgającemi wzdłuż okrężnicy wstępującej pod wątrobę, a nawet przechodzącemi na lewą stronę brzucha. Zejście śmiertelne spowodowała przewlekła ropnica i wyniszczenie. U pozostałych 11 chorych sprawa chorobowa po operacji zakończyła się pomyślnie. Z zestawienia tego wynika, że 4 przypadki śmierci odnieść należy zdaniem mówcy jedynie do zbyt późnego wykonania operacji. Nie miał on nigdy powodu do robienia sobie zarzutu, że operację wykonał za wcześniej lub niepotrzebnie. Przeciwnie, dwa razy dał się uwieść pozornej poprawie, jaka nastąpiła u dwojga dzieci w szpitalu św. Zofii po podaniu makowca, i odłożył operację do dnia następnego — w nocy nastąpiło przebicie do wolnej jamy brzusznej, zakończone śmiercią w ciągu kilku godzin. SCHRAMM zgadza się też zupełnie z tezą pierwszą, postawioną przez prof. RYDYGIERA, że zapalenie wyrostka robaczkowego jest chorobą czysto chirurgiczną, że każdy rozpoznany przypadek powinien być oddany w ręce chirurga. Sądzi też, że nawet w przypadkach, zaliczonych przez referenta do grupy pierwszej, a zatem w przypadkach t. zw. nieżyłowego zapalenia wyrostka, wskazany jest zabieg operacyjny. Doświadczenie, zebrane przy operacji w okresie wolnym (*à froid*), przekonywa, że zabieg sam nie jest niebezpieczny, że prawie zawsze możemy liczyć na wyleczenie; przeciwnie przy leczeniu wyczekującym nie możemy nigdy przewidzieć, jaki będzie dalszy przebieg, czy pomimo łagodnych objawów początkowych nie nastąpi nagle przebicie, prowadzące do rozlanego zapalenia otrzewny, przy którym nawet natychmiast wykonana operacja daje wyniki bez porównania gorsze. Mówca nie podziela zdania prof. RYDYGIERA, ażeby w przypadkach z wyczuwalnym naciekiem zapalnym w braku gwałtowniejszych objawów, wskazujących bez wątpienia istniejące ropienie, czekać, aż wszelkie objawy zapalne znikną, a potem operować w okresie wolnym. Na mocy własnego doświadczenia wie, że często czeka się na ten okres wolny długo a bezskutecznie, że, mimo braku gwałtowniejszych objawów, ropienie może się szerzyć w głąbi, że nie można spuszczać się na szczęśliwy przypadek przebicia się ropy do kiszek, a natomiast grozi zawsze niebezpieczeństwo przebicia się ropy do wolnej jamy brzusznej. Jeżeli zabieg operacyjny w czasie napadu z jakichkolwiek bądź przyczyn nie został wykonany, a napad szczęśliwie przeszedł, tembardziej zaś, jeżeli napady takie się powtarzają, należy chorego stanowczo namawiać, aby się poddał operacji wycięcia wyrostka w okresie wolnym. Należyte wykonanie operacji nie przedstawia żadnych niebezpieczeństw, a przywraca choremu zupełne zdrowie, czyni go znowu zdolnym do pracy i używania przyjemności życia.

Prof. TRZEBICKI (Kraków) wyraża zdanie, że częste nawroty cierpienia stanowią wskazanie do operacji, którą wykonać należy w czasie wolnym od napa-

du. W początkach choroby zaleca leczenie wyczekujące, o ile nie ma objawów, przemawiających za ropniem lub przedziurawieniem wyrostka i wymagających natychmiastowej interwencji wśród napadu. Oponuje on przeciw stosowaniu nakłucia próbnego.

Doc. KRYŃSKI (Kraków) jest również przeciwnikiem robienia nakłuć próbnych w przypadkach, w których pragniemy się przekonać o obecności ropy. Zaleca on operować zaraz po pierwszym napadzie, jeżeli rozpoznanie zapalenia wyrostka robaczkowego zostało ustalone z należyłą ścisłością.

RUTKOWSKI (Kraków) podnosi zalety podziału SONNENBURG'a, opartego na podstawie zmian anatomo patologicznych i zupełnie odpowiadającego, zdaniem jego, wymaganiom klinicznym. Na podstawie doświadczenia własnego dochodzi mówca do wniosku, że zapalenie nieżytowe operować należy między napadami i to tylko w przypadkach z napadami częstymi lub gwałtownymi. Rokowanie w tych przypadkach jest zupełnie pomyślne.

Rozpoznanie zapalenia ropnego napotyka niekiedy poważne trudności. Mówca podnosi ważność badania *per rectum* i zaznacza, że w rozpoznawaniu zapalenia ropnego nie można kierować się jednym objawem, lecz należy mieć na względzie ogólny obraz chorobowy. Z chwilą rozpoznania zapalenia ropnego należy bezzwłocznie przystąpić do operacji, polegającej nie tylko na przecięciu ropnia, lecz również na usunięciu wyrostka robaczkowego, jako źródła choroby; tylko bowiem w ten sposób możemy być pewni, że dotarliśmy do wszystkich ognisk ropnych, gnieźdzących się niekiedy po za wyrostkiem. Trudności wyszukania i wycięcia wyrostka nie są zbyt wielkie i przy należytej wprawie dają się niemal zawsze pokonać. Przetoki kałowe, zjawiające się niekiedy w przebiegu pooperacyjnym, goją się zazwyczaj samoistnie, interwencja chirurgiczna (zeszycie przetoki lub częściowe wyłączenie jelita) rzadko bywa wymagana.

Co się tyczy wreszcie *appendicitis gangraenosa*, to jedynie leczenie operacyjne może dać czasami wynik dodatni. Szanse wyzdrowienia są większe, jeżeli ogólne zapalenie otrzewny rozwija się w następstwie przebicia się ropnia do wolnej jamy brzusznej; bezpośrednie zakażenie jamy otrzewnowej wskutek zgorzeli wyrostka bez poprzedniego wytworzenia zrostów daje rokowanie znacznie gorsze pomimo natychmiastowego zabiegu operacyjnego.

W końcu podaje RUTKOWSKI statystykę, obejmującą 45 przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego. Operację wykonano w 43 przypadkach, które mówca segreguje w sposób następujący: 1) *appendicitis simplex* 4 (badanie wyciętego wyrostka wykazało *empyema* 1 raz, *appendicitis catarrhalis* 3 razy), 2) *appendicitis chronica* 3 przypadki — wyleczenie we wszystkich 7 przyp.; 3) *appendicitis perforativa* 32, z tych 27 bez powikłań (2 zmarło), 3 powikłane ropnią (wszystkie operowane bez wycięcia wyrostka — zejście śmiertelne we wszystkich 3 przyp.), 2 z następstwem zapalenia otrzewny (wycięto wyrostek, wyzdrowienie w obu przypadkach); 4) *appendicitis gangraenosa* 2 przypadki (wycięcie wyrostka—śmierć w obu przypadkach). W pozostałych dwóch przypadkach mówca miał do czynienia z następstwami zapalenia wyrostka, mianowicie raz powstało zadzierżgnięcie jelita przez wyrostek robaczkowy, raz zaś przetoka kałowa. W obu tych przypadkach mówca wykonał operację z wynikiem pomyślnym.

KIJEWSKI (Warszawa) zgadza się w zupełności na podział prof. RYDYGIERA, nie podziela jednak zdania tych mówców, którzy sądzą, że chirurg jest niezbędny przy wszystkich przypadkach *appendicitis*. W samym początku choroby objawy są tak niejasne, że trudno przypuścić, aby chirurg mógł działać więcej, niż internista. Dalej K. podnosi trudności, jakie nastroczają się przy poszukiwaniu

obecności ropy. W przypadkach rozlanego zapalenia otrzewny skutkiem przedziurawienia wyrostka radzi mówca wykonać laparotomię, usunąć z jamy brzusznej zawartość ropną, pozostawiając wycięcie wyrostka do czasu późniejszego. Doraźne usunięcie wyrostka robaczkowego uważa KIJEWSKI za szkodliwe dla chorego.

Dyskusję zamyka prof. RYDYGIER, który w krótkim przemówieniu streszcza wyniki obrad i z zadowoleniem zaznacza, że w głównych zarysach zapatrywania wszystkich chirurgów, którzy przemawiali w tej sprawie, były zgodne z jego poglądami.

Na tem zakończono posiedzenie pierwsze.

*

*

*

(C. d. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Z badań HOWELL'a nad stosunkiem fosfaturyi do złamań kości wynika, że wydzielanie fosforu pozostaje w stosunku odwrotnym do postępu gojenia się złamania. Dopóki przeto istnieje znaczniejsza fosfaturya, musi złamany członek pozostawać w spokoju, i trzeba choremu dawać sole fosforowe. Co do przyczyny opóźniającego się gojenia złamań, autor w badaniach swych oparł się na znanym fakcie, iż w rozmiękczeniu kości (*osteomalacia*) spostrzegamy zwiększoną wydzielinę fosforanu wapna w moczu skutkiem wchłaniania tej soli z kości. Zapewne coś podobnego bywa i w opóźnionem gojeniu się złamań. Z liczby 12 przypadków badanych w 10 ilość kwasu fosforowego w moczu była stale zwiększona, i to tem więcej, im silniejsze było tworzenie się modzeli (*callus*), czyli że w dalszym przebiegu gojenia była większa, niż w początku. W moczu prawidłowym stosunek fosforanów alkali do fosforanów ziem wynosi 3 : 1, w złamaniach 1, 6 : 1.

Im bardziej gojenie postępuje, tem więcej stosunki te zbliżają się do stanu prawidłowego; natomiast przy gojeniu się opóźnionem trwa nadmierne wydzielanie się fosforanów, te ostatnie bowiem nie zostają zużyte na odnowienie kości, lecz ulegają ponownemu wessaniu. Badanie moczu przeto w złamaniach posiada znaczenie pierwszorzędne. (Med. Record 15. 10. 98).

= KIRKOROW opisał przypadek zimniczego zapalenia tęczy i ciążki rzęskowego. Prócz zwykłych objawów *irido-cyclitidis* był także wylew krwawy w komorze przedniej. Już 4-go dnia stan oka się poprawił. (Wracz 14—99).

= GROENOUW opisuje wyniki swych badań bakteriologicznych nad zapaleniami oczu u noworodków. Z liczby 40 przypadków znalazł w 14 gonokoki, w 5 pneumokoki, w 1 gronkowca złocistego i w 3 lasecznika okrężnicy. (Arch. f. Augenheilk. T. 38).

P.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów cyrkularz domu handlowego Hr. Łubieńskiego i Szwedego o „Sparkletach” wraz z objaśnieniem sposobu użycia butelki i Katalog nowości lekarskich N. 7. księgarni Sennewalda w Warszawie.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Допущено Цензурою Варшава 26 Августа 1899 г. Друк К. Копалевського, Warszawa, Mazowiecka 8