

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. DROBNIK. O stosunku nerwu zwrotnego czyli wstecznego do tętnicy tarczowej dolnej. Przyczynek do topografii gruczołu tarczowego. — II. Wł. MATLAKOWSKI. Trzydzieści sześć przypadków przetok moczowych [Ciąg dalszy]. — III. J. ZABŁUDOWSKI. Przyczynki do leczenia za pomocą mięsienia [Ciąg dalszy]. — *Dział sprawozdawczy.* 45. W. WYSOKOWICZA. Przyczynki do nauki o zapaleniu wsierdza [Dokończenie]. — Odpowiedzi od Redakcyi. — Ogłoszenia.

I. O STOSUNKU NERWU ZWROTNEGO czyli WSTECZNEGO DO TĘTNICY TARCZOWEJ DOLNEJ. PRZYZCZYNEK DO TOPOGRAFII GRUCZOŁU TARCZOWEGO.

Podał

D-r D r o b n i k,
asystent anatomii w Strassburgu.

Pomimo trudności, napotykaných przez chirurgów przy operacyi wola, pomimo interesu, jaki ta operacyja i jej skutki budziły w szerokich kołach lekarskich w ostatnich zwłaszcza czasach, anatomija topograficzna tej części szyi nie została dotychczas jeszcze dokładnie zbadaną. Należałoby przypuszczać, że właśnie pierwszym krokiem dla wyjaśnienia smutnych nieraz skutków operacyi winno być dokładne zbadanie okolicy operowanej pod względem anatomicznym i staranie się o wyjaśnienie, pomimo wszelkiej ważności, bądź co bądź dotąd jeszcze niejasnej topografii gruczołu tarczowego. Tymczasem w podręcznikach anatomii systematycznej, np. HENLE'go, GEGENBAUR'a, QUAIN-HOFFMANN'a i innych nie znajdujemy żadnej wzmianki, mogącej interesować chirurga lub dać mu jakąkolwiek wskazówkę. Dziwniejszem jednak jest, że w podręcznikach anatomii topograficznej, nawet takich jak TILLAUX'a, który przecież sam, jak pisze, wykonywał tę operacyję, nie znajdujemy żadnego dokładnego opisu wyżej wspomnianej miejscowości. W wielkich podręcznikach chirurgii, uwzględniających o ile możności anatomiję topograficzną, jak KOENIG'a i HUETER'a, znajdujemy dokładny wprowadzie opis operacyi, lecz równocześnie widać z tego opisu, że wspomniani autorowie nigdy nie starali się sprawdzić na trupie danych, podług których operują. W wielkiem dziele: „*Handbuch der Chirurgie von PITHA und BILLROTH*“ znajdujemy dość wyczerpująco opracowaną przez FISCHER'a topografiję szyi i tam znaleźć można krótką wzmiankę o stosunku tętnicy tarczowej dolnej do nerwu zwrotnego. Autor twierdzi tam krótko i węzłowato, że dopiero

co wspomniany nerw leży przed tętnicą. Jeżeli zważymy, że wszyscy bez wyjątku chirurgowie kategorycznie wyrażają żądanie, aby uchronić podczas operacji nerw zwrotny od przecięcia lub od schwycenia go przy podwiązywaniu naczyń w pincetę, czy od jakiegokolwiek innego uszkodzenia, to dziwić się wypada, w jaki sposób to skutecznie można przy tak niedokładnem oznaczeniu położenia tego nerwu i jego stosunku do tętnicy tarczowej dolnej. Lecz niestety i ta jedyna wzmianka przy dokładniejszym zbadaniu okazuje się fałszywą.

Przygotowując preparaty topograficzne szyi, zauważyłem, że po pierwsze: nie może być wcale mowy o tem, czy nerw zwrotny w znaczeniu anatomicznem leży przed, czy za tętnicą tarczową dolną, lecz chyba tylko można sobie stawiać pytanie, czy w punkcie, gdzie się krzyżuje nerw z tętnicą, tenże przechodzi przed, czy za nią; po drugie, że położenie nerwu zwrotnego względem tętnicy tarczowej dolnej na jednej i na drugiej stronie są zupełnie odmienne. Spostrzeżenie to skłoniło mnie do poszukiwań obszerniejszych i wyniki, wyprowadzone z 50 blisko przypadków, przedstawiam tutaj czytelnikom.

Tętnica tarczowa dolna, oddzieliwszy się od tętnicy podobojczykowej, dąży początkowo prawie prostopadle ku górze, a równolegle do tętnicy szyjowej wspólnej. Mniej więcej na wysokości drugiego lub trzeciego pierścienia tchawicy, zwraca się nagle pod kątem prostym ku linii środkowej szyi, kryje się za powieź otaczającą tętnicę szyjową wspólną, żyłę szyjową wewnętrzną i nerw błędny, leżąc na tylnej powiezi szyi przykrywającej w tem właśnie miejscu, w którym się krzyżuje tętnica tarczowa dolna z tętnicą szyjową wspólną, tętnicę kręgową, a na wewnątrz od niej część szyjową nerwu sympatycznego otoczoną zdwojeniem powiezi głębokiej szyi. Celem, do którego dąży tętnica tarczowa dolna, jest przedewszystkiem dolny brzeg gruczołu tarczowego, znajdujący się przy normalnie rozwiniętym gruczole mniej więcej na wysokości 6—8 pierścienia tchawicy. Tętnica tarczowa dolna zakrzywia się więc podwójnie w postaci S i dobiegłszy do celu, dzieli się na dwie gałęzie, które stale rozróżnić można. Jedna z nich rozszczepia się na liczne gałązki, przenika torebkę gruczołu tarczowego, by wnikać w dolny jego koniec w istotę tegoż gruczołu. Druga gałąź tymczasem zwraca się ku tylnej, do tchawicy zwróconej ścianie gruczołu, bieży bardzo często bez oddania żadnej gałęzi i po za torebką gruczołu tarczowego, aż ku kątowi utworzonemu przez krtań i tchawicę, rozszczepia się tamże na kilkanaście gałęzi, przenikających natychmiast torebkę i wnikających w tem miejscu do gruczołu. W dość licznych jednakowoż przypadkach, szczególnie przy średnio powiększonych gruczolach, napotkać można już rychlej odszczepiające się jedną lub dwie gałęzie i wchodzące niżej do gruczołu. Dodać należy, że wspinająca się gałąź tętnicy tarczowej dolnej, którą jako dalszy ciąg głównej tętnicy uważać można, w przeciwstawieniu do rozgałęzienia i głównego przebiegu tętnicy tarczowej górnej, biegnie przeważnie wzdłuż tylnego, równocześnie ku tchawicy lub przełykowi zwróconego brzegu gruczołu. Często spotkać się można także z wczesnym podziałem tętnicy na dwie gałęzie, tak, że te w długości 2 ctm. obok siebie przebiegają, zanim przy dolnym brzegu gruczołu tarczowego znów

się rozłączają. Rychle to dzielenie się tętnicy częściej się spotyka na prawej, niż na lewej stronie, zresztą przebieg po obu stronach jest jednaki.

Przy opisie przebiegu nerwu zwrotnego, na samym wstępie uwzględnić należy różne jego położenie i stosunek do otaczających narządów przy początku, dalej przebieg jego aż do miejsca spotkania się z tętnicą tarczową dolną, względnie aż do dolnego brzegu tegoż gruczołu, po trzecie przebieg jego pod gruczolem tarczowym aż do mięśnia zwanego obrączko-gardzielowym (*m. crico-pharyngeus*), pod którym się kryjąc, nerw ten staje się już niedostępnym dla noża chirurga, wyłuszczonego gruczoł tarczowy.

Różnica pomiędzy położeniem i stosunkiem nerwu zwrotnego do narządów otaczających po obu stronach, polega głównie na odmiennem zachowaniu się tegoż przy początku. Na lewej stronie nerw zwrotny, oddzieliwszy się od nerwu błędnego, jest więcej zbliżony do linii środkowej szyi, wskutek stosunku swego do łuku aorty, z pod którego się wydobywszy, zajmuje w ciągu całego swego przebiegu do krtani kąt, utworzony przez tchawicę i przełyk, wyginający się w przebiegu swoim do klatki piersiowej w części szyjowej ku stronie lewej. Stosunek ten sam przez się uniemożliwia spotkanie się nerwu zwrotnego z tętnicą tarczową dolną przed jej podziałem. Dopiero przybiegłszy do miejsca, w którym gruczoł tarczowy go przykrywa i w ciągu tej części swego przebiegu, nerw zwrotny leży w pobliżu tej gałęzi tętnicy, która dopiero na wysokości więzu pierścienio-tarczowego torebkę zewnętrzną gruczołu przenika. Na p r a w e j stronie spotykamy odmienne stosunki. Nerw zwrotny przy swoim początku, okrażając tętnicę podobojczykową, leży bardziej oddalony od linii środkowej szyi i powierzchowniej w stosunku do bardziej powierzchownego położenia w dolnej części szyi tętnicy i żyły szyjowej, wspina się ku górze, równocześnie wolno się kierując ku boczno-tylnej ścianie tchawicy. Tak więc w przeciwstawieniu do strony lewej nie dotyka on w pierwszej swej części tchawicy aż do brzegu dolnego gruczołu tarczowego.

Przybywszy do miejsca, w którym wypada mu schronić się pod gruczoł tarczowy, spotyka nerw zwrotny tętnicą tarczową dolną, w licznych przypadkach jeszcze nie podzieloną na gałęzie. W tych razach krzyżuje ją, przebiegając przed nią, poczem nagle zagina się ku ścianie boczno-tylnej gruczołu, przypierając go do tchawicy; wzdłuż bocznej ściany tejże, na milimetr zbliżony do części tylnej, nie zaopatrzonej pierścieniami chrząstkowymi, wspina się ku krtani. Gałąź górna tętnicy tarczowej dolnej leży i po tej stronie na zewnątrz [w przeważnej ilości przypadków] od nerwu zwrotnego. Najtrudniejsze miejsce do przebycia, że się tak wyrażę, dla nerwu zwrotnego leży jednak tuż przed zniknięciem jego pod mięśniem pierścienio-gardzielowym, w kącie utworzonym przez zetknięcie się tchawicy z krtanią i w punkcie odpowiadającym przejściu gardzieli w przełyk. W tem miejscu torebka zewnętrzna gruczołu tarczowego wysyła rozliczne włókna, za pomocą których silnie się przyczepia do początku tchawicy i do więzu pierścienio-tchawicowego. W tem miejscu rozszczepia się także, jak już wyżej wspomniałem, górna część tętnicy tarczowej dolnej na liczne gałęzie, tenże kąt wypełniające. Nerw zwrotny tedy albo wymija przylegające do tchawicy te gałęzie, pomimo nieprzyjemnej ich bliskości, i dochodzi

do krtani, nie wpłatawszy się w tej sieci gałęzi tętniczych, albo też, co się często zdarza, jedna z tych gałęzi tworzy pętlę, którą go obejmuje. Stosunek ten częściej zdarza się na lewej stronie. Oczywiście to właśnie miejsce najniebezpieczniejszem jest przy wyluszczeniu gruczołu i patrząc na anatomiczny preparat, zdaje się, że tylko przypadkiem chirurg, operujący podług ogólnie przyjętej metody, uniknąć może przecięcia lub zachwycenia w szczypce tego nerwu.

Nie mogę pominąć milczeniem, że w czterech przypadkach spotkałem nerw zwrotny w części zakrytej przez gruczoł tarczowy, wspinający się ku krtani nie po ścianie tchawicy, lecz przyparty do torebki gruczołu przez górną część tętnicy dolnej, na lewej stronie; by się dostać w to niewygodne położenie musiał on zrobić w miejscu dzielenia się tętnicy lekkie zagięcie na zewnątrz, by oddalić się na grubość wspomnianej tętnicy od tchawicy.

Przy opisie stosunku tętnicy tarczowej dolnej do nerwu zwrotnego na prawej stronie, zaznażyłem, że nerw ten w miejscu, gdzie się krzyżuje z tętnicą, przebiega przed nią. Zrobiłem to głównie dla zaznaczenia różnicy pomiędzy lewą a prawą stroną, gdyż w rzeczywistości nie można postawić tej reguły. Wcale nie można zaliczyć do wyjątków, lecz owszem w połowie przypadków znajdujemy inny stosunek. Już wyżej przy opisie przebiegu tętnicy tarczowej dolnej zaznażyłem, że szczególnie na prawej stronie spotkać można wcześniejsze rozdzielenie tejże. W tych razach nerw zwrotny nie przebiega przed główną tętnicą, lecz w kącie utworzonym przez dwa jej ramiona, by dalej podług wyżej opisanego sposobu ku swemu celowi dążyć. W jednym tylko razie spotkałem to samo położenie i na lewej stronie.

Na pięćdziesiąt przypadków znalazłem tylko jeden, w którym nerw zwrotny w miejscu krzyżowania się z tętnicą przebiegał po obu stronach przed nią. Niestety preparatu tego nie badałem *in toto*, bo był mi przysłany przez grzeczność kolegów z instytutu patologicznego. Ponieważ trup musiał być pochowany, więc wycięto tylko istotne części, a więc krtąń, gardziel, kawał tchawicy i przełyku, nerw i tętnicę z obu stron. Zapóźno już było przekonać się, o ile w tym przypadku nieprawidłowy przebieg nerwu zwrotnego zależnym był od nieprawidłowego położenia i przebiegu wielkich tętnic szyi, a mianowicie tętnicy podobojczykowej i szyjowej wspólnej. Zdarza się bowiem, jak to ogólnie jest znanem, że tętnica podobojczykowa i szyjowa wspólna, zamiast osobno się oddzielać od łuku aorty tworzą na lewej stronie, równie jak na prawej, osobny *truncus anonymus*. W tych razach prawie oczywiście się wydaje, że nerw zwrotny odczepiać się powinien od nerwu błędnego wyżej niż prawidłowo, analogicznie stosunkom panującym na prawej stronie i zamiast pod łukiem aorty, pod nieprawidłową tętnicą podobojczykową ku szyi zdążać. Jakkolwiek stosunek ten nie pozbawiony jest interesu naukowego, praktycznego znaczenia nie ma żadnego, gdyż w dalszym przebiegu i w tym razie nawet nie spotykamy w przebiegu i stosunku nerwu do tętnicy tarczowej dolnej odmiennego zachowania się od wyżej opisanego.

Nakoniec niech mi będzie wolno zwrócić uwagę na jedno z następstw wyluszczenia wola, stojące w ścisłym związku z anatomiją, a dotychczas jeszcze nie-

rozjaśnione. Otóż JANKOWSKI w znakomitej ¹⁾ rozprawie swojej, wykonanej pod kierunkiem prof. JURASZA w Heidelbergu, wykazał statystycznie 9 przypadków skonstruowanych za pomocą badania laryngoskopowego na 87 przypadków wyluszczenia wola, przez niego w zakres statystyki wciągniętych, w których bądź bezpośrednio, bądź w kilka dni dopiero po operacji wystąpiło porażenie mięśnia obrączko-nalewkowego tylnego (*m. cricoarythenoideus posticus*), a jeden przypadek dokładnie zbadany skłonił go do tej pracy. Przy badaniach anatomicznych starałem się odpreparować nerw doprowadzający bodziec ruchowy do tego mięśnia. Przyznać muszę, że nie wszystkie preparaty mi dostępne w tym kierunku badałem. Zdawała mi się bowiem jasną cała sprawa, szczególnie po obejrzeniu rysunków HIRSCHFELD'a i LAVALEY'a i przeczytaniu opisu rozgałęzienia nerwu zwrotnego w QUAIN-HOFFMAN'ie. Tymczasem przy sposobności przygotowywania preparatów na odczyt, miany w tej kwestyi w towarzystwie docentów i asystentów fakultetu medycznego w Strassburgu, starałem się dla uzupełnienia demonstracyi i ten nerw odpreparować. Pomimo najzrudniejszej pracy, jednak w żadnym z dwunastu przypadków w tym kierunku poszukiwanych, nie udało mi się nerwu tego odpreparować w miejscu, gdzie by go nóż lub szczypce chirurga dosięgnąć mogły, to jest w kącie laryngo-trachealnym. Pozostawała możliwość, że nerw ten mógł się rychlej odszczepić od nerwu zwrotnego. Przeszukałem więc najdokładniej wszystkie możliwe gałęzie tego nerwu, lecz nigdy nie znalazłem stosunku usprawiedliwiającego porażenia mięśnia obrączko-nalewkowego tylnego wskutek przecięcia lub zachwycenia podczas operacyi nerwu ruchowego tego mięśnia. Zato regularnie i z łatwością stosunkowo można odnaleźć tę gałąź nerwową oddzielającą się od pnia już po zniknięciu jego pod mięśniem obrączko-gardzielowym, a więc już w miejscu, które do krtani zaliczamy. Nie pozostaje nic innego jak przypuszczenie, że, jak się to często zdarza przy nerwach, miejsce odszczepiania się gałęzi nerwowych od pnia ulega rozlicznym odmianom, i że w razach przytoczonych przez JANKOWSKIEGO, choć tego nie udało mi się pokazać, nerw ruchowy mięśnia obrączko-nalewkowego tylnego mógł już i w kącie obrączko-tchawicowym lub niżej od swego pnia się odłączyć, jakkolwiek z innych względów takie pojmowanie rzeczy nieprawdopodobnem by się wydawać mogło. Rzecz będzie musiała i może być rozstrzygniętą tylko licznemi preparatami dokładnie w tym kierunku zbadanemi. Ujemny rezultat anatomicznego badania otworzy dopiero pole wyjaśnienia tej kwestyi na drodze doświadczalnej.

¹⁾ Lehmunen der Kehlkopfmuskeln nach Kropfexstirpation. Inaug-Diser.. 2 Erl. d. Docto rand d. med. Fac. zu Heidelberg.

II. TRZYDZIEŚCI SZEŚĆ PRZYPADKÓW PRZETOK MOCZOWYCH.

Podał

Władysław Matlakowski,
ordynator tegoż oddziału.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 37].

Związek przyczynowy między operacją kleszczową i powstaniem przetoki rozmaicie był rozstrzygany; podczas gdy jedni oskarżali kleszcze o tworzenie przetok, inni natomiast widzieli powód do tego kalectwa w zbyt niemiłym zwlekaniu z pomocą operacyjną. Mając do czynienia już z gotowymi przetokami, w kilka lub kilkanaście miesięcy po porodzie, nie mogę nic rozstrzygającego w tym względzie powiedzieć. Autorowie przypuszczają, że tylko pewne rodzaje przetok można położyć na karb użytych kleszczy. I tak LANDAU (*Archiv f. Gynaekologie* 1874 str. 341) utrzymuje, że przetoki w dolnej części pęcherza powstają w przeważnej większości przypadków skutkiem ugniecenia tych części przez kleszcze, podniesione zawczasie i zasilnie do góry; dalej że przy porodach odbywających się bez pomocy operacyjnej, po większej części powstają przetoki wysoko położone, powierzchowne lub głębokie przetoki pęcherzo-maciczno-pochwowe, lub przetoki maciczno-pęcherzowe. Tak LANDAU jak i WINCKEL zwracają uwagę na to, że za wytworzeniem się przetoki skutkiem ucisku kleszczami przemawiają rozległe blizny, zrosty, zwężenie i zarosnięcie pochwy. Sądząc według tego, możnaby na karb kleszczy odnieść jedynie przypadki: 5 [zwężenie pierścieniowate bardzo wysokiego stopnia], 11 [ogromna przetoka zajmująca nie tylko przegrodę pochwo-pęcherzową, ale i część pochwo-cewkową], 18 [zwężenie pochwy, zwyrodnienie bliznowate jej ścian], oraz 22 [przetoka cewko-pochwowa] i 6 [niska przetoka pochwo-pęcherzowa]; w dwóch ostatnich przypadkach nie było żadnych zmian w pochwie. W pozostałych przypadkach nie odnajdujemy cech wyżej opisanych; i tak w przypadkach 24, 27, 30, 33 mamy przetoki wysokie pęcherzo-maciczno-pochwowe, trzy pierwsze nadto małe co do rozmiarów i nie powikłane przez zmiany w ścianach pochwy, wszystkie zaś o brzegach grubych bliznowato niezmiennych. Tak więc podzielałbym zdanie prof. NEUGEBAUER'a, wypowiedziane na zjeździe we Wrocławiu, że wogóle kleszcze rzadko są powodem powstania przetoki.

Przechodząc do przypadków, w których nie była dana żadna pomoc operacyjna, widzimy, że w przypadku 8-ym przetoka przepuszcza ledwie cewnik, w 9-ym takiej samej wielkości, lecz pochwa przewężona, w 15-ym przepuszcza palec—wszystkie należały do kategorii najłżejszych przetok pochwo-pęcherzowych—w 26-ym przetoka pęcherzo-maciczno-pochwowa bardzo duża w kształcie poprzecznej szpary, lecz z brzegami miękkimi, w 29-ym przetoka pochwo-pę-

cherzowa ogromna, wreszcie w 25-ym należała do najcięższych operowanych przezemnie, tak że względu powikłań, jakoteż i rozmiarów. Wogóle na 6, była tylko jedna pęcherzo-maciczno-pochwowa, a 5 pęcherzo-pochwowych.

Co jednak na pewno można powiedzieć, to to, że nieprawidłowe dłubanie w rodzącej, ślepe ciągnięcie byle czem i byle za co prowadzi do najsmutniejszego stanu, do najstraszniej powikłanych przetok. Jedną z najciekawszych co do swego pochodzenia jest przetoka w spostrzeżeniu 23, która powstała u kobiety 9-ty raz, zawsze łatwo rodzącej, skutkiem tego, że baba przez pomyłkę przerwała jej opuszczoną przednią ścianę pochwy, poczytawszy ją za pęcherz płodowy. Dalej przypadek 31, w którym najwyraźniej odbił się w pochwie ślad barbarzyńskiego postępowania baby, która, gdy u pierwiastki prawidłowo zbudowanej poród nie postępował, hakiem od drzwi kilkanaście razy zawadzała za płód, aż za jednym razem zawadziła za rodzącą, poczem rozdarła jej wargę przednią maciczną, sklepienie przednie, przegrodę pochwo-pęcherzową i pochwo-cewkową; na pierwszych, t. j. na wardze i w sklepieniu pozostały głębokie brzozy w miękkiej elastycznej tkance, drugie zaś zostały zupełnie rozdarte, tak że ocalał tylko sam obwód wylotu cewki; miękkość, elastyczność pochwy aż do samych brzegów defektu świadczą także, iż takie było pochodzenie przetoki.

Najczęściej posługują się przytem hakami gospodarskimi, jakie im wpadną pod rękę, np. hak do grabi [spostrzeżenie 2], od okna [sp. 16], od drzwi [sp. 31], pogrzebacz [sp. 32]. Dzieją się przytem sceny przerażające: w przypadku 2 pomocnica rozrzyna dziecko nożem zwyczajnym i wydobywa je po kawałku po 3-dniowym porodzie, w przypadku 3-cim po rozerwaniu płodu, tułów z kończynami pozostał w rodzącej, lekarz odjechał, a akuszerka z mozołem części owe wydobyła, w przypadku 13-ym poród ciągnął się przez 6 dni. Z tej kategorii pochodzą przetoki sp. 1, 2, 3, 16, 19, 28, 31. odznaczające się albo swemi rozmiarami, albo zarazem powikłaniami tak ciężkimi, że zniewoliły w przypadku 1 i 3-im do zaszycia pochwy.

Zupełnie odosobnionym jest przypadek 21-szy, w którym przyczyną nie stosunku między płodem i drogą porodową było wodogłowie wysokiego stopnia.

Leczenie. Z pomiędzy 36 chorych na przetokę, tylko 31 było operowane; z pozostałych 5-iu, u 1-ej sama przetoka zagoiła się, jedna została wydaloną za nieporządku [spostrzeżenie 33], jedna nie zgodziła się na operację [sp. 35], wreszcie dwie opuściły szpital na własne żądanie [sp. 34 i 36].

Rzadki przypadek samoistnego zarośnięcia przetoki jest tem ciekawszy, że dziura była bardzo znaczną, gdyż w największym wymiarze miała 5 ctm.; gojenie się trwało 3½ miesięcy [sp. 32].

Przechodząc obecnie do chorych, które były przedmiotem leczenia operacyjnego, zauważyć winienem, że jedynym właściwym sposobem leczenia przetok jest okrwawienie i zeszycie. Przyżeganie, o tyle, o ile je stosowałem, należy do najnudniejszych i najpowolniejszych sposobów leczenia, a w dodatku w żadnym z moich przypadków nie doprowadziło do pożądanego skutku, chociaż stosowane było przy najmniejszych przetokach, tak, że ostatecznie znudzony tym sposobem leczenia kończyłem sprawę operacyjną krwawą.

Zpomiędzy 31 chorych operowanych:

wyzdrowiało	29 = 93.55%
wyszła nieuleczona	1 = 3.22%
zmarła	1 = 3.22%

Na tych chorych dokonałem 63 operacje, nie wliczając w tę cyfrę operacji przygotowawczych, oraz przyżegań. Owe 31 chore posiadały 33 przetoki, z których:

18 zagoiło się po jednokrotnej operacji

7	"	"	"	2-krotnej	"
3	"	"	"	3	"
1	"	"	"	4	"
1	"	"	"	6	"
1	"	"	"	8	"

a nadto 1 chora jednokrotnie operowana opuściła szpital nieuleczoną, oraz jedna chora dwukrotnie operowana zmarła.

WINCKEL w swojej monografii powiada: „*ist also auch die Zahl der Heilungen jetzt schon eine sehr beträchtliche, so bleiben doch noch mehr wie $\frac{1}{4}$ aller Kranken auch unter der Hand der trefflichsten Aertzte ungeheilt*“ [str. 122]; a niżej dodaje: „*auch sind in neuester Zeit die glücklichen Erfolge der deutschen Autoren SIMON, HEGAR, SCHULTZE und SPIEGELBERG auf 85—90% Heilungen gestiegen*“. Z zestawienia tych cyfr wynika, że zdołałem osiągnąć cyfrę jeszcze wyższą, bo 93.55% wyzdrowień; gdy zaś się zważy, że chora nieuleczona [sposzczenie 5] była tylko raz operowaną, że miała przetokę niedużą [przepuszczała palec] z brzegami grubemi i podatnemi i gdyby była zechciała pobyt dłużej w szpitalu, napewno byłaby uleczoną, mogę śmiało powiedzieć, że procent wyzdrowień podniósłby się do 96,7% wszystkich operowanych. Co się tyczy nieoperowanych, czytelnik przekonać się może, iż wszystkie chore mogły być uleczone, z wyjątkiem jednej [sposzczenie 35], u której nawet zaszcienie pochwy, wrazie gdyby się udało, nie na wiele by pomogło chorej w jej strasznym stanie [przetoka odbytnico-pochwowa, ogromna przetoka pochwo-pęcherzowa, ze zniszczeniem cewki, z której tylko obrąbek $\frac{1}{2}$ ctm. szeroki pozostał około wylotu].

Co się tyczy samych operacji, to w moich przypadkach wykonywałem zaszcienie przetoki i zaszcienie pochwy.

Zaszcienie pochwy w poprzek (*colpocleisis*) wykonałem w dwu przypadkach, w których zaszcienie samej przetoki okazało się niemożliwym; w jednym z nich brakowało prawie całej przegrody pęcherzo-pochwowej, w górnym brzegu w kątach widać było ujścia moczowodów, a nadto brzeg górny twardy i niepodatny nie dał się ściągnąć i zbliżyć do dolnego; część pochwowa widoczna, niezarośnięta; w drugim [sposzczenie 3] zaś było zarośnięcie pochwy, pozostała zaś jej część, w której była przetoka, okazała się tak ciasną, zmienioną bliznowato, że gdy leczenie, mające na celu rozszerzenie pochwy [kąpiele, nacięcia, wprowadzanie gąbek i t. d.], nie doprowadziło do celu, zaszcienie pochwy w poprzek. Jestto operacja, którą należy uważać jako ostateczną ucieczkę, gdy już absolutnie nic w inny sposób poradzić nie można. Nie mówiąc o tem, że jest ona boleśniejszą od zaszcienia przetoki, przez długi czas trwają rozmaite przykre do-

legliwości, jak bóle w okolicy pęcherza, rżnięcie, częste oddawanie moczu, zmieszane z ropą i śluzem, które nieraz prawie równoważą dobrą stronę operacji, a mianowicie uwolnienie chorej od ciągłego wypływu moczu, odbierając chorej sen i łaknienie. Dolegliwości te uważam za ważniejsze, aniżeli niezdolność do spółkowania w razie zaszcicia pochwy w dolnej części, chore bowiem, u których jest wskazanie do zaszcicia pochwy, nie są zdolne do powyższej czynności i bez tej ostatniej operacji. Gorszem jej następstwem jest zbieranie się krwi miesięcznej, w razie miesiączkowania, we wspólnej jamie pochwo-pęcherzowej, drażnienie pęcherza, ztąd utrudnienie odpływu moczu; chore jednak z przetokami, kwalifikującemi się do zaszcicia pochwy, zazwyczaj mają tak duże zmiany w pochwie [zarosnięcie] lub macicy, iż nie miesiączkują. Chora w przypadku 3-im, w 25 dni po operacji zaszcicia pochwy w chwili wyjścia ze szpitala czuła się dobrze, oddawała mocz bez krwi i ropy 3—4 razy w dzień i tyleż razy w nocy, nie doznawała bólu i parcia i wogóle z wyniku operacji była zadowolona. Daleko gorzej zakończył się przypadek drugi [sposzczenie 1]: jeszcze w miesiąc po operacji odchodził mocz mętny ze śluzem, a czasami i krwią, świadcząc o odbywającej się w jamie pochwo-pęcherzowej sprawie zapalnej, której towarzyszyły bolesne objawy parcia, rżnięcia, częstego mokrzeńia i gorączki. Że takie objawy trwają nieraz bardzo długo, przekonywa o tem sposzczenie 14, w którym chora z zaszcitą przed 4-ma laty przez prof. Kosińskiego pochwą, ustawicznie niedomagała, pędząc mizerny żywot z powodu bólów przy oddawaniu mętnego moczu, w którym peryjodycznie pojawiała się krew i strzępki, aż wreszcie doszło do owrzdzenia sztucznej przegrody i chora przybyła do szpitala po nową pomoc operacyjną.

Zupełnie inaczej ma się rzecz z z a s z c i c i e m p r z e t o k i; jest to operacja w wielu razach, gdzie powikłania pozwalają się usunąć jednocześnie z przetoką, świetna; stawia kobietę, obarczoną szkaradnem kalectwem, odrażającym dla rodziny i otoczenia, zanieczyszczającym dom lub oddział szpitalny, odrazu w rzędzie ludzi zdrowych, zdolnych do pracy, do swych obowiązków i do przyjemności. Dla operującego wyleczenie jednokrotną operacją chorej z przetoką sprawia dużo zadowolenia. Pominę tu wiele z pomiędzy przypadków operowanych przez siebie, zwrócę tylko uwagę czytelnika na sposzczenie 25, w którym u chorej z zarosnięciem pochwy, z ogromną przetoką pochwo-pęcherzową, w której brzegu górnym były widoczne ujścia moczowodów, niejednokrotnie zondowanych, przy cierpliwem leczeniu w ciągu blisko roku, udało mi się zagoić przetokę, usunąć zarosnięcie pochwy, tak, że chora opuściła szpital zupełnie zdrowa, gdyż nawet powróciło miesiączkowanie, którego brak było przez 10 miesięcy; jest to najciekawszy przypadek pod względem terapeutycznym, a dla operatora najpochlebniejszy.

Nic nowego powiedzieć nie mogę o samem operowaniu. Narzędzia, których używałem, były najprostsze, a aż do ostatniego roku w którym kupiono nowe, bardzo zniszczone. Kleszczyki długie, proste i zgięte z ząbkami, nożyki lancetowate, obosieczne, zgięte po płaszczyźnie, nożyczki zgięte, zwyczajne igły zgięte, oraz trzoneczki do gąbek. Stale posługuję się w z i e r n i k i e m Sims'a, który jest idealnie dobrem, bo prostem i dogodnem narzędziem, a w rękę mocnego

i inteligentnego pomocnika odkrywa najlepiej tę część pochwy, którą chcemy; nadto ma tę zaletę, że jako złożony z jednolitej sztuki metalu, dokładnie daje się dezynfekować. Kilka razy używałem wziernika prof. NEUGEBAUERA, który okazał mi się odpowiednim przy małych, głęboko położonych przetokach; wogóle jednak biorąc, nie może on zastąpić zwyczajnego wziernika SIMS'a, którym w każdej chwili można dowolnie i bez straty czasu manewrować, jak się podoba.

Najdogodniejszym dla operatora wydaje mi się położenie chorej *à la vache*; prawda, chora przytem się męczy, skutkiem niewygodnego położenia głową na dół i wykręcenia jej na bok; nigdy jednak potem nie widziałem objawów przekrwienia żylnego mózgu, bólu głowy i t. p.. Natomiast położenie to zapewnia operującemu znaczne korzyści, a przede wszystkim można doskonale łyżką wziernika odciągnąć krocze i odbyć w tył, a nawet odgiąć kość ogonową i utorować szeroko drogę do przetoki, co przy położeniu na krzyżu jest niemożliwem w takim stopniu; dalej w bardzo wielu razach zabezpiecza od ciągłego wylewania się podczas operacji moczu przez okrwawioną przetokę, następnie nie wymaga dwojga ludzi do trzymania nóg chorej niespokojnej. W razie, gdyby ta ostatnia z powodu osłabienia nie mogła wytrzymać położenia *à la vache*, lub w razie chloroformowania oddałbym pierwszeństwo położeniu angielskiemu na boku. Położenie na krzyżu ma tę między innemi niedogodność, że niecierpliwe chore ciągle z krawędzi stołu się cofają, przyczem wziernik z pochwy wysuwa się, gdy tymczasem przy położeniu *à la vache*, ręka trzymająca wziernik, wsparta na krzyżu chorej, z nią razem odbywa ruchy.

Jako materyjału używam obecnie wyłącznie nici jedwabnych; można je dokładnie dezynfekować, a mimo to nie rwą się przy wiązaniu, a z powodu swej miękkości są jedyne przy wiązaniu; *fils de Florence* trudno się ściągają, a przy mocniejszym pociągnięciu rwą w najtrudniejszej chwili, narażając operatora na mozolne ponowne zeszywanie i klucie delikatnych części; nadto są one za krótkie. Druty srebrne są za drogie dla naszych biednych szpitali, a posrebrzane miedziane za twarde; nigdy nie byłem pewny, czy nie pękną przy skręcaniu, gdy potrzeba było mocniej zbliżyć brzegi. Przy niciach jedwabnych prawie nigdy nie widziałem ropienia lub przerywania brzegów. [C. d. n.]

PRZYCZYNKI DO LECZENIA ZA POMOCĄ MIĘSIENIA,

przez

D-ra J. Zabłudowskiego,

asystenta przy królewskiej chirurgicznej klinice uniwersyteckiej prof. BERGMANN'a w Berlinie.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 37].

II.

Mięsienie przy skrzywieniach kręgosłupa.

Pod względem leczenia mięsieniem, powiedzieć można o cierpiących na skrzywienia kręgosłupa to samo, co o muzykach i pisarzach, cierpiących na choroby

zawodowe. Tak samo bowiem w skrzywieniach, jak i u cierpiących na choroby zawodowe muzyków, mięsienie nie stanowi całkowitego leczenia lecz tylko część składową onego. Wpadlibyśmy w ostateczności, gdybyśmy na mięsienie chcieli zapatrywać się jako na samodzielną metodę leczenia tak skomplikowanych cierpień. Nadmieniam to tylko dlatego, że w praktyce już się na nią tak zapatrują, rozumie się nie na korzyść tej metody. Samo tylko leczenie zapomocą mięsienia przy skrzywieniach jest tak samo ostatecznością, jak np. dosyć rozpowszechnione w ostatnich czasach leczenie „gorsetowe“ niejakiego HESSING'a w Gogginger pod Augsburgiem, gdzie cierpiący na skrzywienia kręgosłupa przebywać muszą przez kilka lat. Praktykowana tam kuracja „gorsetowa“ zasadza się na tem, że zrobiony po kilku tygodniach, *resp.* miesiącach gorset, w większych odstępach czasu zostaje modyfikowanym w miarę jak chory rośnie, albo też stosownie do zmienionych punktów oparcia.

Zależnie od głównej, na pierwszy plan występującej przyczyny, która wywołała skrzywienie kręgosłupa, mięsienie zajmować winno bądź przeważne, bądź też poboczne tylko stanowisko. Przy skrzywieniach osteopatycznej przyrody (*spondylitis, rachitis*) w pewnych jej okresach, zadaniem mięsienia jest tylko przeciwdziałanie wpływowi koniecznego przy tem długiego leżenia i wpływowi, jaki wywiera długotrwałe działanie silnego ucisku i wyciągania odpowiednich przyrządów, jakoteż podtrzymywanie ruchomości nie dotkniętych wprawdzie bezpośrednio przez sprawę chorobową, lecz cierpiących wskutek nieczynności stawów. Mięsienie więc w tym przypadku odpowiada wskazaniu przyczynowemu.

Co się tyczy nieruchomości wymienionego charakteru, to zauważymy, że jak tu, gdzie właściwie zdrowy staw stał się nieruchomym tylko wskutek sprawy chorobowej w sąsiedztwie, tak i w tych przypadkach, gdzie nieruchomość zjawia się przy końcu jakiegokolwiek sprawy zapalnej [np. *arthritis seche* francuzów], bez względu na to, czy wskutek jakiej siły zewnętrznej, czy nie, rola mięsienia i połączonych z nim ruchów biernych powinna być daleko większą, aniżeli to codziennie w praktyce widzimy. Rokowanie co do zupełnego powrotu do zdrowia we wszystkich przypadkach niezupełnej nieruchomości, gdzie nawet sprawa w stawie nie ma bynajmniej charakteru niszczącego, jest wątpliwe, jeśli nieruchomość trwa już od 9 miesięcy. Lecz i w mniej zastarzałych [około 6 miesięcy] przypadkach nieruchomości, rezultaty gwałtownych wyprostowań i zgięć stają się nieznaczniemi bardzo, jeśli zapomocą dosyć długiego [około 6 tygodni] leczenia nie utrzymamy się na stanowisku, zdobytem zapomocą gwałtownych działań pojedynczych. Z powodu bólu, ćwiczenia, które chory sam robić powinien, zwykle nie są wystarczające; w innych zaś przypadkach bywa przeciwnie: chory, obdarzony wielką energią, przez zbyt silne ruchy wywołuje nadmierny odczyn. Otrzymamy wtedy to samo, co otrzymamy, jeśli przy przyżeganiu łącznicy oka nie będziemy zwracali uwagi na stopień podrażnienia, wywołanego poprzedniem przyżeganiem. Z tem ostatniem zjawiskiem spotykamy się bardzo często przy nieruchomości w stawie barkowym, gdzie ograniczona ruchomość zostaje równoważoną przez ruchomość łopatki i łatwo otrzymać można mylne wyobrażenie o stanie stawu barkowego.

W formach zaś chorobowych, znanych pod nazwą *scoliosis rheumatica*, albo *myopathica* i *habitualis*, mięsienie czyni zadość wskazaniu przyczynowemu. Przy *scoliosis rheumatica* widzimy ból raz w mięśniach grzbietowych, innym razem w odpowiednich nerwach [nerwice], albo też bóle w okostnej. Przytem w celu uniknięcia o ile można połączonego z bólem przykurczenia jakiego mięśnia, *resp.* grupy mięśni, ten albo ów mięsień zostaje wykluczonym z czynności, potrzebnej do utrzymania prosto tułowia, przez co mięśnie przeciwnicze otrzymują przewagę. Tutaj wpływ mięsienia terapeutycznie jest tak samo ważnym, jak przy przykurczeniach w stawach kończyn, wywołanych przez te same przyczyny. Mięsienie powoduje wessanie produktów zapalnych w bolących miejscach. Gdzie idzie o myopatyczne skrzywienia, gdzie mamy do czynienia z mało oporu stawiającemi, wątłemi mięśniami, przy ogólnem lekkim zmęczeniu i słabości woli, a więc gdzie chodzi o najczęściej zdarzające się formy skoliozy, wówczas mięsienie postawić można w jednym rzędzie z innemi, niemniej dla tej sprawy chorobowej ważnemi środkami terapeutycznemi. Do nich należą: systematyczne ćwiczenia cielesne [gimnastyka, pływanie, konna jazda], jakoteż noszenie gorsetu. Trzymamy się tej zasady, że dzieci źle trzymających się nie należy wyrwać ze zwykłego otoczenia. Skoro je na dłuższy czas [krótki pobyt przy chorobach chronicznych nie na wiele się przyda] oddamy do specjalnego zakładu, wówczas żyjąc w otoczeniu towarzyszy niedoli, mają one zbyt wiele okazji do wzajemnego naśladowania złej postawy i trzymania się. Wiadomo bowiem, że niekiedy całe rodziny mają krzywe grzbiety, a u niektórych narodów, u których ćwiczenia militarne nie dosyć głębokie zapuściły korzenie, spotykamy wielką ilość osób z krzywemi grzbietami. Zły przykład pod względem trzymania się w takich zakładach częstokroć więcej szkodzi, aniżeli kuracja jest w stanie pomódz. Z tego powodu dzieci takie, w celu ćwiczenia ich osłabionych mięśni, nie powinny być posyłane do lecznic gimnastycznych, jakkolwiek gimnastyka lecznicza może *lege artis* wpływać na pojedyncze mięśnie. Lepiej jest wyrzec się tej ostatniej, samej w sobie nie małoważnej korzyści, i pozostawić dzieci w towarzystwie zdrowych i rzeźkich towarzyszy, wychowanie zaś ich cielesne powierzyć nauczycielom, *resp.* nauczycielkom zwykłej gimnastyki. Nauka ta gimnastyki powinna się odbywać nie 2--3 razy na tydzień, lecz codziennie. Ażeby z jednej strony najrozmaitsze asocjacje mięśni dopuścić do działalności, z drugiej zaś strony nie zanadto obarczać organizm takimi z natury rzeczy jednorodnemi ćwiczeniami, należy starać się, ażeby takie bądź co bądź słabe dzieci nie przestawały przez dłuższy czas na jednych i tych samych ćwiczeniach ciała. Zapomocą urozmaicenia można wątłe mięśnie bez przerwy ćwiczyć; przy systemie tym osiąga się tylko dodatnie rezultaty. Stosownie do pory roku, należy od gimnastyki przechodzić do pływania albo konnej jazdy. Ponieważ gimnastyka wtedy tylko działa korzystnie, gdy dziecko i poza lekcją gimnastyki może robić ćwiczenia, przeto podczas miesięcy, w których się odbywają lekcje gimnastyki, niedogodnie jest stosować gorsety, któreby mogły dla tułowia służyć jako podpora i z tego powodu nie mogą być pozabawione pewnej ciężkości i które zresztą niewygodnie i powoli tylko nakładać się dają. Inaczej ma się rzecz w miesiącach, w których się odbywać może nauka konnej jazdy i pływania. Wtedy noszenie gorsetu jest na miejscu. Włożony

raz, może on pozostać na ciele przez cały dzień i służy także do lepszego trzymania się na koniu. Działanie gorsetu jako aparatu podpierającego jest trwałe. Skoro się dziecko raz przyzwyczało do pewnego trzymania się w gorsecie, wówczas utrzyma ono tę postawę przez jakiś czas i bez gorsetu. Jednocześnie zastosowywać należy mięsienie. Rozporządzamy więc tym sposobem metodą leczenia, którą stosować można przez długi czas bez trudności nie przerywając zajęć szkolnych.

III.

Mięsienie i odczyn zwyrodnienia.

Co do stosowania mięsienia w chorobach nerwowych, gdzie występuje na jaw odczyn zwyrodnienia, chciałbym w kilku słowach wspomnieć tu przypadek robotnika Hur'a, który od 4-ech miesięcy już znajduje się na kuracji w Charité i który cierpi na skombinowane porażenie nerwów w ramieniowych Erb'a. Porażenie obejmuje *mm. deltoideus, biceps, brachialis internus* i *supinator longus*, a powstało ono wskutek uderzenia w ramię. Chorego tego [poleconego mi przez prof. GERHARD'a] leczę już od 6-ciu tygodni. W tym przypadku, jak wogóle przy wszelkich gościcach nerwów ruchowych, co do prognozy terapii mięsieniem postępować należy zupełnie tak samo, jak przy elektroterapii. Należy zgóry zbadać zachowywanie się chorego mięśnia wobec elektryczności. Należy odróżniać zachowywanie się prądu przerywanego od galwanicznego, ażeby się upewnić, czy nie ma odczynu zwyrodnienia. Tym sposobem unika się rozczarowań, które w przeciwnym razie nastąpić mogą po rozpoczęciu leczenia. Gdy idzie, jak to w tym przypadku ma miejsce, o ciężką formę porażenia, gdzie na początku leczenia już mieliśmy przed sobą obraz znacznie rozwiniętego odczynu zwyrodnienia, gdzie zakłócenia w sferze ruchowej trwały już kilka miesięcy i chory wcale nie mógł władać swoim zwieszającym się ramieniem, gdzie mięsień narmienny uległ zanikowi, wówczas zapomocą mięsienia zbyt mały wpływ wywierać można na mięśnie, należące do okolicy chorych nerwów, ażeby to wchodzić mogło w rachubę. Staramy się wtedy wywierać wpływ na inne mięśnie, nie należące do chorych nerwów. Mogą one wskutek podniesionego mięsieniem odżywiania i wskutek zastosowywanej jednocześnie gimnastyki wzmocnić się do tego stopnia, że są w stanie, wprawdzie niedoskonałe, zawsze jednak zastępczo działać. Chory może choćby tylko zapomocą ruchu rzutowego wznosić rękę ponad głowę, uchwycić klamkę od drzwi, ruchy, których na początku leczenia wykonywać nie mógł. Na zakłócenia w sferze czuciowej, z którymi obok tego mieliśmy do czynienia—chory cierpi na ból w przebiegu nerwu promieniowego — mięsienie wpłynęło również korzystnie, gdyż ból ten zmniejsza się.

IV.

Mięsienie przy stawach wrzekomych.

Buchalter FLEGEL uległ przed 14 miesiącami złamaniu z podruzgotaniem goleni w dolnej trzeciej części jej długości. Odłamki kości przekłuły skórę. Czteromiesięcznie noszenie opatrunku gipsowego nie przyczyniło się do konso-

lidacyi kostniny (*callus*). Chory nie mógł stąpać, podczas ruchów słyhać było trzeszczenie w miejscu złamania. Zastosowana potem śruba MALGAIGNE'a na nic się nie przydała, tak samo kąpiele i mięsienie, wykonywane przez łąziennika. Kończyna pozostała chwiejącą się przy stąpaniu, chory uczuwał wielki ból za każdym dotknięciem złamanego miejsca. Potężny obrzęk. Chory przyszedł do mnie na kulach; chora noga zupełnie wykluczoną była z aktu podpierania ciała, zdrowa zaś bolała z powodu zbytniego natężenia. W tym stanie chory poleconym mi został przez prof. BERGMAN'a. Staraliśmy się na miejscu złamanem wywierać podrażnienie tym sposobem, że na każdym posiedzeniu mięsieniem przy-ciskaliśmy kilka razy odłamki wzajemnie do siebie. Osiągaliśmy to w ten sposób, że ujawszy nogę poniżej złamanego miejsca, ciągnęliśmy ją kilkukrotnie tam i napowrót, nie wykonywując przytem żadnego tarcia bocznego. Tarcia boczne bowiem wywołują zwykle podrażnienie, którego skutków zgóry dostatecznie przewidzieć nie można. Dzięki tej manipulacyi, która wywołuje odczyn w pozostającej w bezczynności okostnej, jakoteż dzięki silniejszemu w okolicznych częściach krążeniu krwi, wywołanemu przez zwykłe, lecz nader energicznie od obwodu ku środkowi wykonywane mięsienie, nastąpiło lepsze odżywianie, a więc i wzmocnienie kostniny, jakoteż wessanie obrzęku. Stan chorego w ciągu 4-ch tygodni mniej więcej poprawił się o tyle, że mógł obywać się bez kul. Od dłuższego czasu już stąpa on chorą nogą, natężenie zdrowej nogi stało się zbytecznem, tak że i tu bóle znikły. Obecnie, dwa miesiące mniej więcej po rozpoczęciu naszego leczenia, chory podpierając się laską robi dłuższe spacer-y i powrócił po długiej przerwie do swego zajęcia.

V.

Zwężenia odźwiernika; mięsienie.

Jakkolwiek postępy na polu antyseptyki i techniki operacyjnej przemawiają za operacyjnem leczeniem bardzo rozwiniętych zwężeń odźwiernika, to jednakże procent wyleczonych zapomocą operacyi zwężeń jest jeszcze tak mały, że ciągle jeszcze szukać należy nowych metod, pozwalających obywać się bez operacyi. Pominąwszy już takie przypadki zwężeń odźwiernika, które powstały wskutek raka i gúzie występuje ewentualność, którą ALBERT (*Lehrbuch der Chirurgie*, tom III, wydanie 3, Wiedeń 1885, str. 387) następniemi słowy tak trafnie kreśli: „jeśli wogóle żyć mam tylko krótki czas jeszcze, to jednak wolę już ten krótki czas, jak śmierć wskutek operacyi“ wycięcie odźwiernika, według statystyki KRAMER'a (*Centralblatt für Chirurgie*. 1885 N. 31), z powodu wrzodu powodującego zwężenie udaje się również tylko w 4-ech na 10 przypadków, według zestawień zaś von HACKER'a (*Die Mageenoperationen aus Prof. BILLROTH's Klinik v. 1880 bis März 1885*, Wiedeń 1886, str. 10) na trzy operacyje zdarzają się dwa przypadki śmierci, czyli ogółem podług obu statystyk 62½% kończy się śmiercią. Przytem uwzględnić należy niemałą już liczbę takich operacyj, kończących się śmiercią, które niekiedy uważają za nie nadające się do ogłoszenia. Dokładny więc opis nieoperacyjnych metod, zapomocą których w ciężkich przypadkach zwężeń odźwiernika osiągnięto wyleczenie, *resp.* polepszenie, zasługuje ciągle jeszcze na uwagę.

Pani Hermann, 44-letnia żona robotnika, znajduje się obecnie po raz czwarty w Charité w klinice prof. GERHARDT'a. Sześć lat temu przybyła ona tu po raz pierwszy, przed pięciu laty pozostawała tu przez 15 tygodni, podczas których dawano jej same tylko płynne pokarmy. W okolicy odźwiernika zauważono obrzmienie, z którego szpryką PRAVAZ'a wyciągnięto ropę. Ostatni raz zgłosiła się chora do Charité dnia 19 Grudnia r. z. Krwawe wymioty były tak silne, że chora wymiotując mdlała. Przytem przykurczenia ramion [w stanie zgiętym, przyczem mięśnie silnie występowały] i mięśni twarzy. Napady konwulsyjne trwały po 10 minut mniejwięcej. Zapomocą naciskania tętnic i nerwów można było wywołać napady. Chora nie mogła oczu zamykać. Podwójne widzenie. Kończyny dolne były porażone. Lewej nogi chora wcale podnosić nie mogła. Odruchy ścięgniste zachowane. Na brzuchu widać wypukłość, rozciągającą się z lewej ku prawej stronie i ku górze. W obrębie wypukłości zapomocą naciśnięcia łatwo było wywołać głośny plusk w żołądku. Na powierzchni widać ruchy robaczkowe żołądka. Powstają one dobrowolnie, jakoteż wskutek lekkich podrażnień mechanicznych. W okolicy, odpowiadającej okolicy odźwiernika, można czuć podłużne, okrągłe pasmo, poruszające się pod naciskiem palców. Miękki zwykle w dotknięciu brzuch nadyma się od czasu do czasu i robi wtedy dla spoczywającej na nim ręki wrażenie mocno nadętej poduszki powietrznej. Odgłos wypukowy żołądka maskuje ku górze przytłumiony odgłos śledziony i na lewo przytłumiony odgłos wątroby. Po wprowadzeniu do żołądka sondy wystarczało już, gdy chora leżała na grzbiecie, ażeby wypłynęło pół szaflika gęstej, kwaśnej masy sfermentowanej, która była w stanie czarną suknię wełnianą zabarwić na czerwono i która zawierała w sobie kwas solny i łatwo zapalne gazy. Po wydaleniu zawartości żołądka znikło wzdęcie brzucha. Do wypłukania żołądka zużyto 6 litrów wody, zanim powracająca ciecz wolną była od przemieszki gęstych mas i śluzu. Cera blada z szarawym odcieniem, muskulatura wątła, wyraźne tętnienie żył szyjowych, język obłożony. Waga ciała wynosi 32 kilogr. [według tabel HENLE'go jest to waga 13-letniego dziecka]. Mocz 400ctm. sześć., wypróżnienia stolcowe mają miejsce raz na 4—5 dni [wywołane przez środki przeczyszczające. Rozpoznanie: *stenosis pilori*, wywołane przez poprzedzające owrządzenie; rozszerzenie uważać należało tylko jako skutek zwężenia. Ponieważ spadnięcie z ciała nie bywa tak znacznem tam, gdzie trawienie trzustkowe jeszcze odbywać się może, przeto znaczne to opadnięcie z ciała przemawiało za tem, że zwężenie znajdowało się przy obrączce odźwiernika. Zjawiska nerwowe tężcowe przypisać należy przejściu do krwi produktów rozkładu potraw, które przez długi czas w żołądku pozostawały. Obecność wielkiej ilości kwasu solnego przemawia przeciw rakowi. Leczenie chorej do dnia 1 Lutego r. b. ograniczało się na codziennem przepłukiwaniu żołądka i na uregulowaniu dyjety [mleko, mięso, jaja, wino węgierskie, chleba nie dawano]. Łaknienie powróciło. Waga ciała podniosła się do 38 kilogr., konwulsyje znikły. Kończyny dolne, szczególnie lewa, pozostały tak słabe, że chora musiała pozostać w łóżku. Ilość moczu powiększyła się do 900,CC. Od czasu do czasu ból żołądka. Wypróżnienia stolcowe nieregularne. Nastroj ducha przygnębiony.

[C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

45. W. Wysokowicz. Przyczynki do nauki o zapaleniu wsierdza (*Beiträge zur Lehre von der Endocarditis.*)

[Dokończenie. — Patrz Nr. 37].

2. Doświadczenia ze *Staphylococcus pyogenes aureus*.

Według ROSENBACH'a *Staphyl. pyog. aur.* znajduje się w ropie zamkniętych ropni również często, jak *Streptococcus*, podług zaś PASSET'a częściej. KRAUSE i BECKER znaleźli podobnego mikrokokka przy zapaleniu szpiku kostnego. Na powierzchni *Agar-agar* rozwija się, tworząc dość grubą warstwę żółtego koloru. Posiada znaczną odporność, w starych hodowlach nie umiera, a według zdania PASSET'a nawet jednorazowe mocne zagotowanie nie zabija go. Zastrzyknięty pod skórę wywołuje u zwierząt ropienie i śmierć, podobnież działa wstrzyknięty do jamy opłucnej, otrzewnej i stawu kolanowego. Wstrzyknięty do krwi wywołuje według PASSET'a i KRAUSE'go zgorzelinowe zawały w nerkach i śmierć. Doświadczenia autora wykazały, iż po wstrzyknięciu do krwi *staphyl. pyog. aur.* występują prawie zawsze ogniska ropne w nerkach — lecz nie zawały. Cała powierzchnia nerek przedstawia się przytem jakby usiana białymi, małemi guziczkami z ciemno-czerwonymi obwódkami. Po rozkroju tychże okazuje się, iż guziczki te idą od powierzchni ku wnętrzu nerki w postaci białawych pasemek, otoczonych mocno przekrwioną tkanką. Zapomocą zaś badania drobnowidzowego przekonać się można o bardzo licznych, lecz niewielkich ogniskach ropnych, które spotykają się nie tylko w tkance łącznej śródmiaższowej, lecz obejmują także kanaliki moczowe i kłębki. Ogniska te zabarwione alkalicznym roztworem błękitu metylowego odbarwiają się pod działaniem $\frac{1}{2}\%$ kwasu octowego, gdy tymczasem otaczająca ogniska tkanki, będąca w stanie ropnego nacieczenia, pozostaje niezmienną. Mikrokokki spotykają się w sąsiednich naczyńiach w dość znacznej ilości, niekiedy w postaci skrzepów mikrokokowych; przeciwnie zaś w ogniskach ropnych mikrokokków albo nie ma wcale, albo też znajdują się w niewielkiej ilości tu i owdzie rozsiane. Zapomocą *Staphyl. pyog. aur.* autor dokonał 3 doświadczeń.

Przy badaniu drobnowidzowem złożeń, znajdujących się na zastawce dwudzielnej, jak również na zastawkach półksiężycowych aorty, otrzymano obraz podobny, jaki się spotyka przy zapaleniu wsierdza, wywołanego obecnością streptokoka z pewną jednakże różnicą. Złogi składały się również z włókniaka i krwi, lecz zawierały tylko nieliczne mikrokokki, już to rozsiane, już to w postaci grup. W bliskości podstawy zastawki w samej muskulaturze znajdował się mały ropień, który zawierał także niewielką ilość mikrokoków. Co się tyczy nerek, to części będące w stanie zgorzeli, jak również i ogniska ropne, były podobne do tych, jakie autor spostrzegał po wstrzyknięciu stafilokoka u nieoperowanych królików. Ogniska ropne albo nie zawierały zupełnie mikrokoków, albo też zawierały ich bardzo mało. Przeciwnie zaś sąsiednie naczynia i pętlice niektórych kłębków były w części zapełnione mikroorganizmami (*staphylococci*), lecz nie w tym stopniu, jak to miało miejsce w zapaleniu wsierdza, powstałem po wstrzyknięciu streptokoka (*Streptococcus-endocarditis*). W guziczkach rozsianych w kiszkach znajdowano także liczne mikrokokki już to w samej ropie, już to w świetle sąsiednich naczyń.

W jednym z doświadczeń, w którym wstrzyknięto bardzo małą ilość grzybków do krwi, zdarzyło się, iż ani zapalenia wsierdza, ani mikrokoków nie dostrzeżono.

3. Doświadczenia ze *Staphylococcus endocarditidis*.

Autor wstrzyknął dwóm królikom mikrokokki zebrane z wrzodziejącego zapalenia wsierdza u człowieka. Powstałe tym sposobem zapalenie wsierdza

u królików niczem się nie różniło od zapalenia wsierdza, wywołanego obecnością grzybku *Staphylococcus pyogenes aureus*. W przeciwieństwie do zapalenia wsierdza, spowodowanego obecnością streptokoka, autor zauważył: nieznaczny rozwój mikrokoków, jak również skłonność do podrażnienia tkanki, *resp.* wywoływania większego lub mniejszego ropienia. Złogi na zastawkach i w wielkich naczyniach przedstawiały się w postaci skrzepów, które zawierały niewielką ilość mikrokoków. Przestrzeń, jaką zgorzel tkanki zajmowała, była znacznie większą, jak przy *streptococcus*, do czego przyczęła się często ropne nacieczenie sąsiedniej tkanki, np. mięśnia serca u podstawy zastawek półksiężycowych. Zawały, przy wstrzyknięciu streptokoka przedstawiały się tak, jak przy zgorzeli. powstałej wskutek bezkrwistości, gdy tymczasem po wstrzyknięciu do krwi stofylokoka występował wszędzie: w nerkach, wątrobie, kiszka, w mózgu — ropny charakter przerzutów.

4. Doświadczenia sprawdzające — bez wstrzykiwań.

Czterem królikom przedziurawiono zastawki półksiężycowe aorty — a po 10, 11, 31. 43 dniach zabijano je zapomocą chloroformu. Badanie pośmiertne: we wszystkich czterech przypadkach przedziurawiona zastawka nie uległa żadnej zmianie, ani też zastawka dwudzielna, tylko w miejscu przedziurawienia tętnicy szyjowej mały skrzep. Badanie drobnowidzowe skrawków, pochodzących z przedziurawionych zastawek, nie wykryło ani złogów włókniaka, ani zgorzeli — słowem żadnego odczynu.

5, 6. W przypadkach, w których autor wstrzykiwał do krwi królików *micrococcus tetragenus* i *bacillus pneumoniae*, po uprzednim przedziurawieniu zastawek serca, autor nie znalazł mikrokoków na zastawkach serca.

Z powyżej przytoczonych doświadczeń autor wyprowadza następujące wnioski:

1) Operację przedziurawienia zastawek znoszą króliki dobrze, przyczem ani w przedziurawionych zastawkach, ani też w innych miejscach serca i naczyń nie zauważono żadnych zmian patologicznych.

2) Po uszkodzeniu zastawek i następnym wstrzyknięciu mikroorganizmów do krwi królików, występuje obraz złośliwego grzybkowatego zapalenia wsierdza z przerzutami ogniskami, podobnie jak to ma miejsce przy wrzodziejącym zapaleniu wsierdza u ludzi.

3) Dodatnie wyniki dały doświadczenia z następującymi mikrokokami: *streptococcus pyogenes*, *staphylococcus pyogenes aureus* i *coccus sepsis* [NICOLAIER'a]. Przeciwnie zaś wstrzykiwania: *micrococcus tetragenus* i *bacillus pneumoniae* (FRIEDLENDER'a *diplococcus*), ani też istniejące podczas operacji zakażenie krwi bakteryjami nie wywoływało zapalenia wsierdza, ani też złogów.

4) *Streptococcus* różni się w doświadczeniach od *staphylococcus* tem, iż łatwiej wywołuje złogi w sercu, jak również przerzuty, aniżeli *staphylococcus*, i że zwykle w przerzutach sprowadza zgorzel anemiczną i zawały także z cechami zgorzeli. Przeciwnie stafylokoki rosną wolniej i wywołują zwykle silny odczyn w tkance z ropieniem.

5) Dla otrzymania czystego obrazu zapalenia wsierdza, nie jest koniecznem przedziurawienie zastawek; powierzchowne nawet obrażenie ścianek aorty lub też zastawki dwudzielnej wywołane zgłębnikiem w czasie operacji wystarczają dla wytworzenia odpowiedniego gruntu dla osiedlania się i rozwoju mikrokoków. Zapalenie wsierdza wywołane zastrzyknięciem *staphylococcus pyogenes aureus* tak jest podobnem do zapalenia, wywołanego przez *staphylococcus endoc. hominis*, iż błędu autor nie popełnił, skoro właśnie tego mikrokoka użył do doświadczeń.

Oprócz wrzodziejącego zapalenia wsierdza, które zjawia się u ludzi jako powikłanie innych spraw chorobowych, istnieją jeszcze samodzielne, pierwotne postacie, w których o miejscu i sposobie wnikania mikroorganizmów do ciała na-

pewno niewiadomo. W tym względzie mogą być dwie możliwości: albo zarodki z powietrza dostają się przez płuca do krwi, albo też przez kanał pokarmowy. Dla wyświetlenia tej kwestyi, autor, po uprzednim uszkodzeniu zastawek serca, wstrzykiwał królikom mikrokokki do płuc. 3 razy wstrzykiwał autor *streptococcus pyogenes*, a 2 razy *staphylococcus pyogenes*. Doświadczenia te dowiodły, że króliki znoszą dobrze wstrzykiwania niewielkiej ilości mikrokoków. Mikrokokki nie usadawiają się na uszkodzonych zastawkach i nie wywołują zapalenia wsierdza. Prócz tego nie było nawet pewności, czy mikrokokki dostały się do krwi. Po wstrzyknięciu większej ilości mikrokoków występuje obrzęk i zapalenie płuc i oskrzeli. Na uszkodzonych zastawkach półksiężycowych odkładały się skrzepy włóknika, nie zawierające jednakże mikrokoków. Wreszcie dla przekonania się, czy mikrokokki mogą z tkanki podskórnej przedostać się do krwi i wywołać zapalenie wsierdza, autor wykonał dwa doświadczenia. Pomimo, iż wprowadzono pod skórę znaczną ilość mikrokoków, przedostawały się one do krwi w niedostatecznej ilości dla wywołania zapalenia wsierdza.

O etyologii eksperymentalnego grzybkowatego zapalenia wsierdza przez prof. Orth'a w Getyndze. (*Ueber die Aetiologie der experimentellen mycotischen Endocarditis. Nachschrift zu der vorstehenden Mittheilung des Dr. Wysokowitsch von prof. Orth in Göttingen*).

Do powyższej streszczonej przez nas pracy, prof. ORTH dołącza swój artykuł w którym stara się wykazać doniosłość doświadczeń D-ra WYSOKOWICZA dla nauki o przyczynach chorób.

Od dawnych już czasów dzielą przyczyny wywołujące choroby na zewnętrzne i wewnętrzne, czyli istotne i usposabiające. Obydwa rodzaje miały miejsce w doświadczeniach D-ra WYSOKOWICZA nad sztucznym zapaleniem wsierdza. Nie ulega żadnej wątpliwości, iż istotną przyczyną chorobową w powyżej wspomnianych doświadczeniach stanowiły mikroorganizmy. Zmiany chorobowe na zastawkach i w naczyniach występowały dopiero wtedy, kiedy mikroorganizmy zostały wprowadzone do krwi. Doświadczenia wreszcie wykazały, iż dla wywołania sprawy chorobowej na zastawkach potrzeba pewnej ilości mikroorganizmów.

Daleko ważniejsze są wnioski, jakie wyprowadzić można z doświadczeń nad sztucznym zapaleniem wsierdza, dotyczące się przyczyn usposabiających. Im więcej badamy, tem więcej przekonujemy się o ważności usposobienia w powstawaniu chorób. Znajomość obydwu rodzaju przyczyn jest niezbędną dla zrozumienia i wyjaśnienia wielu spraw chorobowych. W tym względzie natknęliśmy się znowu na wiele pytań, które już przed wielu dziesiątkami lat stawiano, że wspomnimy tu tylko o gruźlicy i suchotach. Dzisiaj jednak posunęliśmy się o wiele naprzód w rozwiązywaniu takich pytań, gdyż przynajmniej dla pewnej grupy ważnych chorób znamy przyczyny zewnętrzne wywołujące chorobę, gdy tymczasem dawniej i przyczyny zewnętrzne i wewnętrzne, usposabiające, były nieznane.

Doświadczenia WYSOKOWICZA wykazały w najoczywitszy sposób znaczenie usposobienia. Wstrzyknięcie mikroorganizmów do krwi królika samo brzez się nie jest w stanie wywołać grzybkowatego zapalenia wsierdza. Podobnie nie wystarczy i przyczyna usposabiająca, wewnętrzna, gdyż po zwykłym uszkodzeniu zastawek u zdrowych królików nie widziano nigdy zakrzepów na uszkodzonych miejscach, a cóż dopiero mówić o zapaleniu wsierdza. A zatem badawcze czynniki oddzielne wzięte są bezsilne, natomiast skoro razem działają, wywołują zaraz chorobę i w rzeczy samej występują zaraz ważne zmiany, choć tylko miejscowe, które jednak wkrótce dotyczą i innych narządów i śmierć zwiędzia sprawadniają.

Uspodobienie do choroby sztucznie wywołane w doświadczeniach WYRSOKOWICZA nie jest trwałe, lecz dość szybko przemijające, gdyż po upływie dwóch dni od chwili uszkodzenia zastawek, wstrzyknięcia do krwi odpowiednich mikroorganizmów pozostają bezskutecznymi, to jest, że usposobienie znikło. To ostatnie wywołuje się zapomocą mechanicznego uszkodzenia. Wogóle nie potrzeba, aby uszkodzenie to było ciężkie, gdyż mikroorganizmy usadawiały się nie tylko na przedziurawionych zastawkach, lecz i w miejscach, gdzie zgłębnik przesłiznął się tylko, a więc gdzie obrażenie mogło być minimalne.

Zachodzi pytanie, jakiego rodzaju bywają zmiany spostrzegane w tkankach, a wywołane stałem obrażeniem i w jaki sposób sprzyjać mogą osiedlaniu się mikroorganizmów? Autor sądzi, iż trauma wywołuje zaburzenie w odżywianiu tkanek, a przede wszystkim w komórkach endotelijalnych i że wskutek tego zmniejsza się odporność tkanki, *resp.* komórek w miejscu uszkodzenia i że tym sposobem grzybki w walce z komórkami zwyciężają i coraz dalej wgłąb tkanki wnikają. Być może, że i zmiany zachodzące we krwi mogą dopomagać do pierwszego osiedlania się pasorzytów. Przyjąwszy takie zakłócenie w odżywianiu tkanek, łatwo objaśnić można, dla czego usposobienie miejscowe tak szybko znika. Komórki endotelijalne *resp.* tkanki, dotknięte w swem odżywianiu, mogły już przyjąć do siebie drugiego dnia; niewielka utrata istoty mogła się wyrównać wskutek regeneracji komórek tak, iż pierwotna odporność tkanki mogło znowu powrócić.

Wspomnieć tu jeszcze należy o badaniach RIBBERT'a, które zdają się pozostawać w pewnem przeciwieństwie z doświadczeniami WYRSOKOWICZA. RIBBERT wstrzykiwał do żyły ucha królika hodowli stafylokoków [otrzymywane na kartoflu] połączone z małemi cząsteczkami kartofli w rodzaj emulsyi, przyczem otrzymywał zawsze liczne ogniska w mięśniu serca, a w niektórych przypadkach zapalenie wsierdzia, chociaż w przeciwieństwie do doświadczeń WYRSOKOWICZA nie miało miejsce żadne traumatyczne uszkodzenie serca. Jakkolwiek w doświadczeniach RIBBERT'a zapalenie wsierdzia odgrywało w porównaniu z zapaleniem mięśnia serca (*myocarditis*) tylko podrzędną rolę, gdy tymczasem w doświadczeniach WYRSOKOWICZA rzecz miała się odwrótnie, t. j. zapalenie wsierdzia było zwykłym zjawiskiem (*resp. arteritis*), a zapalenie mięśnia sercowego było tylko pobocznem, dodatkowem, jednakże okoliczność, iż wstrzyknięcie mikrokoków do krwi królika mogło wywołać zapalenie wsierdzia, mogło zmniejszyć doniosłość doświadczeń WYRSOKOWICZA. Ten jednak odmienny rezultat wytłomaczyć sobie można odmiennem przeprowadzaniem doświadczeń. Podczas gdy WYRSOKOWICZA wprowadzał do krwi mikroorganizmy w jaknajwięcej rozdrobnionej postaci, to RIBBERT posługiwał się emulsyją t. j. z góry już wywoływał zatory (*embolus*). Tym sposobem wywoływał miejscowe usposobienie dla rozwoju mikroorganizmów bądź to przez to, iż mikroorganizmy z małemi cząsteczkami kartofla łatwiej osiadać mogą, bądź to przez to, że zatory wywołują miejscowe zaburzenia w krążeniu i odżywianiu, zmniejszając odporność tkanki. Autor skłania się więcej do przyjęcia drugiej możliwości.

Po wywołaniu zapalenia wsierdzia dalszy ciąg doświadczeń był już taki sam, jak u RIBBERT'a. Ogniska, znajdujące w nerkach, śledzionie, kiszczakach, wątrobie, mózgu, nie powstały wskutek dowolnie wywołanego miejscowego usposobienia, lecz w drodze zatorów (*embolus*) z pierwotnej sprawy chorobowej, przyczem same zatory stały się punktem wyjścia miejscowego usposobienia (*dispositio*). Najlepiej uwidatnia się to w doświadczeniach ze streptokokiem, w których znajdowano duże anemiczno-zgorzelinowe ogniska w nerkach. W nich, a szczególnie w obwodzie ognisk, a więc tam, gdzie wskutek zaburzeń w odżywianiu odporność tkanki była znacznie mniejszą, mikroby rozwijały się najsilniej tak, iż nie tylko całe kłębki (*glomeruli*), lecz nawet i dalsza międzyzrądkowa sieć naczyń włoskowatych, po zabarwieniu błękitem metylowym, wyglądały jakby nastrzyknięte błękitem pruskim. I były to organizmy, które pomimo wstrzyknięcia ich

do krwi w znacznej ilości, nie były w stanie wywołać ani jednego wyraźnego ogniska chorobowego, skoro zostały wprowadzone do krwi w wielkiem rozdrobnieniu.

Być może, że w doświadczeniach ze streptokokami powstawanie metastatycznych ognisk w nerkach ma swoje źródło w mechanicznych warunkach, w łatwiejszem osadzeniu się mikrokoków, ponieważ te ostatnie wstrzyknięte do krwi w jaknajwiększem rozdrobnieniu są w stanie wywołać w nerkach ognisko chorobowe. W innych wszakże organach nie są w stanie tego uczynić, dla ich osiedlania się i rozwoju potrzeba wprzód miejscowych zaburzeń. Te właśnie ostatnie otrzymywał RIBBERT zapomocą swojej emulsyi, która wywoływała liczne zatory — tym sposobem najłatwiej można sobie wytłomaczyć tak stale występujące emboliczne ogniska w mięśniu serca. Zjawiające się niekiedy zapalenie wsierdza mogło powstać zarówno z ogniska, znajdującego się w samym mięśniu serca, albo też z zatyczki jakiegoś naczynka zastawek serca.

W doświadczeniach autora i WYSOKOWICZA zapalenie wsierdza było zupełnie niezależne od zapalenia mięśnia serca — nic nie wskazywało również aby ono miało być skutkiem zatoru (*embolia*) w naczyniach naczyń (*vasa vasorum*). Już samo umiejscowienie sprawy chorobowej wogóle — tylko na zastawkach i na ściankach aorty *resp.* tętnicy szyjowej, a głównie w miejscach uszkodzenia, wreszcie zmiany histologiczne przemawiają przeciw podobnemu przypuszczeniu.

Dane, otrzymane z doświadczeń na królikach, mogą mieć pewne znaczenie dla objaśnienia powstawania zapalenia wsierdza u człowieka.

W większości przypadków wrzodziejącego, grzybkowatego zapalenia wsierdza mamy do czynienia z zapaleniem wsierdza powrotnem (*recurrirende Endocarditis*) t. j., że grzybki usadawiają się na tkance poprzednio już zmienionej. W innych razach zapalenie wsierdza występuje następnie po chorobach mykotycznych, często połogowych, pomimo iż zastawki serca były nietknięte żadną sprawą chorobową. W tych przypadkach sprawy mykotyczne rozpoczynają się zwykle od miejsca, w których zastawki przy zamykaniu się uderzają o siebie. To właśnie uderzanie wzajemne zastawek stanowi przyczynę usposabiającą do rozwoju sprawy chorobowej, co już VIRCHOW oddawna utrzymywał. Jeśli w układzie tętniczym, wskutek warunków wrodzonych [jak to bywa według VIRCHOW'a u chlorotyczek] istnieje nadmierne ciśnienie, w takim razie mechaniczne działanie, wyżej wspomniane, odgrywać będzie bardzo ważną rolę [częste występowanie zapalenia wsierdza po połogu u chlorotyczek]. Należy jeszcze prócz tego dodać, że zmiany we krwi, powstające przed zapaleniem wsierdza, wywołują zmiany w odżywianiu komórek endotelijalnych, tym sposobem te ostatnie stają się mniej odpornymi i wrażliwszemi na bodźce mechaniczne; doświadczenia zaś wskazują, jak niewielkiego potrzeba zboczenia, aby organizmowi krążącemu we krwi ułatwić usadawianie się w tkankach.

Autor sądzi, że powyżej przytoczone spostrzeżenia nad powstawaniem zapalenia wsierdza na drodze doświadczalnej stanowią bardzo ważny przyczynek do patogenetyki zapalenia wsierdza u człowieka.

J. Pawiński.

ODPOWIEDZI REDAKCYI.

D-rowsi G. w Warszawie. Otrzymałszy od kol. LUBELSKIEGO list, tyczący się spostrzeżenia pomieszczonego przez kol. RADZISZEWSKIEGO z Ciechanowca w „Progrès médical” i niefortunnej oceny tegoż spostrzeżenia, pomieszczonej w „Kur. Warsz.” List ten dla wyjaśnienia sprawy przystawiamy w całości. „Kochany kolego! Niewymownie mi przykro, iż wzmianka o dwóch pracach w języku francuzkim ogłoszonych, ściągnęła na jednego z autorów [D-ra R.] gromy „Gaz. Lek.”. Podałem wzmianki te jedynie dla wiadomości szerszego koła czytelników i bibliografów, co zaś do wzmianki *agregé*, polega ona na liście redakcyi *Progrès* do mnie pisanym [a D-rowsi RADZISZEWSKIEMU przesłanym] w tych słowach: „*nous publions cette observation d'autant plus volontiers qu'un de nos jeunes agrégés s'occupe de la même question*”.