

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. M. ZWEIFBAUM. Torbiel wielokomorowa jajnika prawego. Wycięcie guza. *Cystis multilocularis ovarii dextri. Ovariectomy.* — II. L. WOLBERG. Gorączka powrotna u dzieci [Dokończenie]. — *Notatki lekarskie.* 13. W. OŁTUSZEWSKI. Pierwotny ostry obrzęk głośni (*oedema glottidis acutum*). — *Dział sprawozdawczy.* 55. E. LEYDEN. Cierpienia serca w następstwie wysiłków fizycznych. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Od Redakcyi. — Ogłoszenia.

I. TORBIEL WIELOKOMOROWA JAJNIKA PRAWEGO. WYCIĘCIE GUZA.

Cystis multilocularis ovarii dextri. Ovariectomy.

Podał

M. Zweigbaum,

lekarz miejscowy szpitala starozakonných w Warszawie.

Wycięcie torbieli jajnika, czyli t. z. *ovariectomy*, należy u nas jeszcze do rękoczynów dość rzadko wykonywanych, dlatego sądzę, że opis przypadku, przeze mnie spostrzeganego i operowanego, przedstawia pewien interes naukowy, tembardziej, że przebieg pooperacyjny był nader pomysłny, sposób zaś traktowania szypuły, w przypadku tym zastosowany, a mianowicie metodą wewnątrzo-trzewną, nie był u nas przez nikogo dotychczas ogłoszony ¹⁾.

Wurcelman Czarna, żona pisarza prywatnego, mieszkanka wsi Gussin w powiecie Garwolińskim, wstąpiła do szpitala dnia 15. VII. r. b. z zamiarem poddania się operacji wycięcia guza z jamy brzusznej.

W. od lat 26 zamężna, rodziła siłami natury dwoje dzieci, które sama wykarmiła, pierwsze w 4-tym roku małżeńskiego pożycia, drugie w 9 lat później. Dwa razy także poroniła, raz ostatni lat temu 8, w 3-cim miesiącu ciąży.

W. nigdy ciężko nie chorowała. Pierwszą regularność dostała w 16-tym roku życia i odtąd aż do lat ostatnich miesiączkowała prawidłowo.

Przed 4-ma laty W. po raz pierwszy spostrzegła obecność guza w jamie brzusznej; guz był wielkości jabłka, nadzwyczaj przesuwalny i niebolesny, tak, iż chora nie doznając z tego powodu żadnych dolegliwości miejscowych i zaburzeń w ustroju, skłonną była przyjąć to za stan prawidłowy, wyobrażając sobie, że guz, który ręką wyczuwała, przedstawiał macicę prawidłową.

¹⁾ Wykonywany wszelako był już wielokrotnie (*przyp. Red.*).

Tak przeszedł rok cały, w ciągu którego chora czuła się bardzo dobrze; spostrzegłszy jednak, że guz znacznie się powiększył, zaniepokojona udała się po poradę do lekarza w Garwolinie; wkrótce potem chora doznawać zaczęła uczucia ciężaru w jamie brzusznej i podupadać na zdrowiu; miesiączka jakkolwiek się nie zatrzymała, poczęła się opóźniać i skąpiej się pojawiać; wszystko to razem skłoniło chorą do udania się po poradę do Warszawy. W roku zeszłym chora przebywała na leczeniu w Ciechocinku, gdzie brała kąpiele, lecz bez widocznego skutku. Guz powoli lecz bezustannie się powiększał, a z nim urósł i brzuch cały jak w 9-tym miesiącu ciąży; z tego powodu uczucie ciężaru w jamie brzusznej wzmogło się jeszcze bardziej, zjawił się obrzęk kończyn dolnych, a wszystko to razem tak zaniepokoiło chorą naszą, że postanowiła pozbyć się swego cierpienia drogą operacji, o której, jako jedynie skutecznem lekarstwie na swe cierpienie, słyszała od lekarza w Warszawie.

W tym celu w Kwietniu r. b. wstąpiła do szpitala i pomieszczoną została na oddziale kol. FREUDENSOHNA, gdzie miałem sposobność widzieć chorą po raz pierwszy. Z początku o naturze cierpienia nie można było mieć jasnego pojęcia, z powodu znacznej ilości płynu prześiękowego (*ascites*) i znacznego napięcia ścian brzusznych, maskujących wszelką inną zawartość w jamie brzusznej, tak, iż ograniczono się jedynie na zanotowaniu objawów cierpienia, a mianowicie znacznego prześięku w jamie brzusznej, lekkiego obrzęku kończyn dolnych, obecności prześięku w jamie opłucnej (*hydrothorax*), powiększenia śledziony i ogólnego osłabienia.

Dopiero po wypuszczeniu płynu przez przekłucie ścian brzusznych trójgrańcem, przekonano się, że w jamie brzusznej znajduje się guz przesuwalny, nie bolesny, nie jednakowej odporności, zajmujący całą okolice podpepkową. Płyn wypuszczony w ilości 10000 ctm. sześciennych i stanowiący zawartość guza, był lepki, klejowaty, barwy zielonawej. Chora doznała natychmiast znacznej ulgi i dlatego zaniechawszy zamiaru poddania się operacji radykalnej, wypisała się niebawem ze szpitala 7. V. r. b..

Dnia 7. VII. r. b. W. przybyła do mnie ze stanowczem już postanowieniem poddania się operacji wycięcia guza. Przekonawszy się, że ogólny stan chorej jest zadawalniający, że guz, który w ciągu dwu miesięcy zdążył się na nowo wypełnić, pozostał ruchomym, a więc zrosty, jeśliby były, powinny być małoznaczne, widząc przytem stanowczą chęć chorej pozbycia się guza, dnia 15. VII. przyjąłem ją do szpitala ¹⁾ dla wykonania operacji, przeczekawszy jeszcze przedtem czas miesiączki, która właśnie 10. VII. się pojawiła i trwała dni 4.

Badanie chorej wykazało co następuje. W. lat 43 wieku licząca, wzrostu słusznego, chuda, blada, lecz względnie zdrowej cery twarzy, przedstawia układ kostny dobrze rozwinięty, mięśnie wiotkie, piersi suche i obwisłe, skórę suchą, łuszczącą się zwłaszcza na kończynach dolnych, wolnych od obrzęku, gruczoły pachwinowe powiększone. Brzuch był powiększony jak w 8-ym miesiącu ciąży. Objętość w obwodzie jego środkowym na wysokości pępka wynosiła 92 ctm., wymiar od wyrostka mieczykowatego do spojenia łonowego miał długości

¹⁾ Prywatnego mieszkania chora nie mogła sobie nająć z powodu ubóstwa.

42 ctm., z czego na przestrzeń między pępkiem a wyrostkiem mieczykowatym wypadło 18 ctm., między zaś pępkiem a spojeniem łonowem 24 ctm.. Powłoki brzuszne nadzwyczaj cienkie, prawie zupełnie pozbawione pokładu tłuszczu i pokryte rozszerzonymi żyłami, licznymi zwłaszcza po stronie prawej, oraz bliznami po przebytych porodach, dawały się łatwo ująć w duże fałdy. Pod powłokami wyczuwałem guz wielkości głowy dorosłego człowieka, wypełniający całą jamę brzuszną, głównie jednak część jej prawą i sięgający ku górze prawie do łuków żebrowych. Guz był nierówny, miejscami twardy, zwłaszcza na swym wierzchołku, który górował ponad resztą guza. Dolna część guza przedstawiała odporność elastyczną, bez chęłbotania. Guz był łatwo przesuwalny i zupełnie na ucisk niebolesny. Odgłos wypukowy był wszędzie na guzie tępy.

W dolnej części brzucha, gdzie wskutek nagromadzenia się płynu przesiekowego (*ascites*), znajdowało się wzniesienie powłok brzusznych, można było za najłżejszem nawet uderzeniem wywołać ruchy faliste płynu, pod powłakami się znajdującego. Na stronie lewej, w okolicy podżebrowej (*regio hypochondriaca sinistra*), znalazłem na ograniczonej przestrzeni odgłos wypukowy bębenkowy.

Badając przez pochwę, znalazłem wypadnięcie na zewnątrz obu jej ścian (*prolapsus vaginae*), macicę opuszczoną ku dołowi, w nieznacznym przodopochyleniu i bardziej ku stronie prawej przyciągniętą, zresztą przesuwalną, wielkości prawidłowej. Długość kanału macicy wynosiła 7—8 ctm.. Sklepienie wolne, prawe płytsze i odporniejsze, aniżeli lewe. Żadnego związku macicy z guzem wyczuć nie mogłem.

Badanie płuc, serca i narządów trawienia nic nieprawidłowego nie wykazało. Od czasu do czasu trapiło chorą zaparcie stolca; sen prawidłowy, sposób życia mało ruchliwy, ograniczony do zajęć domowych, usposobienie zwykle spokojne i pogodne. W ciągu kilku dni pobytu w szpitalu aż do operacji stan był zupełnie bezgorączkowy. Mocz koloru słomkowego, mętawy, odczynu kwaśnego, ciężaru właściwego 1021, białka lub cukru nie zawierał.

Biorąc pod uwagę wynik badania, postawiłem rozpoznanie na torbiel wielokomorową jajnika, prawdopodobnie prawego.

* * *

Poczyniwszy wszelkie przygotowania do operacji w duchu zasad metody przeciwnilnej¹⁾, uzyskawszy od zarządu szpitala oddzielne pomieszczenie dla chorej w sali obszernej, widnej, świeżo oczyszczonej i wylakierowanej, zupełnie nową pościel i bieliznę i oddzielną dla chorej posługę, przygotowawszy wreszcie chorą przez kąpiele i środki czyszczące, d. 20. VII. r. b. przystąpiłem do wykonania ope-

¹⁾ Grubą ligaturę jedwabną do przewiązania szpuly wygotowałem w 5% roztworze kwasu karbolowego, ligatury do zeszywania rany powłok brzusznych i do podwiązania naczyń — w 20% roztworze sublimatu. Gąbki zupełnie nowe, po usunięciu z nich piasku przez wybijanie młotkiem drewnianym, wygotowałem w 5% roztworze kwasu karbolowego, następnie wymaczane zostały w 8% roztworze stężonego kwasu solnego, raz jeszcze przegotowane w 5% roztworze kwasu karbolowego i pozostawione w tym roztworze aż do operacji, bezpośrednio przed którą pomieszczone zostały w 2% roztworze tegoż kwasu. Serwetki wymoczone zostały w 2% roztworze kwasu karbolowego.

racyi, przy pomocy kolegów Jakóba ROSENTHALA i Franciszka NEUGEBAUERA i w obecności Naczelnego lekarza oraz kilku ordynatorów szpitalnych. Kolega FREUDENSOHN zajął się zachloroformowaniem chorej.

Cięcie ściany brzusznej po smudze białej, między pępkiem a spojeniem łonowem, miało długości 15 cm.. Pokład tłuszczowy nadwyzczaj cienki. Krwawienie z brzegów rany było tak nieznaczne, że nie trzeba było naczyń chwytac w kleszczyki. Po przecięciu dość grubej otrzewnej, zaczął się z jamy brzusznej wylewać obficie płyn przesiękowy przezroczysty, którego wypływ starano się przyspieszyć przez uciskanie z dołu i z boków powłok brzusznych. Otrzewna na wewnętrznej swej powierzchni była zmętniała i silnie przekrwiona. Napiętą dość silnie ścianę guza, znajdującego się bezpośrednio pod otrzewną, ujęto w kleszcze MUZEUX'go, w celu łatwiejszego wydobycia na zewnątrz po przekłuciu torbieli i wypuszczeniu zawartości. Lecz zanim zdołano to ostatnie uskutecznić, ściana guza pękła i z torbieli zaczął się wydobywać płyn lepki, koloru czekoladowego. Na szczęście zdołaliśmy szybko guz wyważyć na zewnątrz, tak, iż ani jedna kropla jego zawartości nie dostała się do jamy otrzewnej. Płyn w znacznej bardzo ilości wylał się strumieniem na zewnątrz.

Guz w kształcie obszernego worka na cienkiej i dość długiej szypule pochodził w samej rzeczy z prawego jajnika. Przekonawszy się, że posiada on tylko dwa nieznaczne zrosty, przystąpiliśmy natychmiast do ich usunięcia. Zrost z kiszka grubą przedstawiał się pod postacią cienkiego sznurka długości m. w. 8 cm., zrost zaś z siecią w kształcie tasiemki krótkiej i szerokiej prawie na 2 palce. Oba te zrosty podwiązałem niedaleko od guza w ten sposób, że na pierwszy założyłem przewiązkę ryczałtową (*ligature en masse*), drugi zaś, po przekłuciu tasiemki przez środek igłą tępą i przeprowadzeniu nitki podwójnej, podwiązałem w dwu częściach oddzielnych, nitek nie krzyżując. Wreszcie oba zrosty zostały od guza odcięte. Następnie przystąpiłem do podwiązania szypuły. Ujawszy ją niedaleko od guza w zaciskacz BILLROTH'a (*pince haemostatique*), przekłułem poniżej przez jej środek igłą tępą i przeciągnąłem nitkę grubą podwójną; tak podzieloną na dwie części szypułę przewiązałem w każdej części nitką oddzielną, którą zawiązałem na supeł chirurgiczny i nitki krótko obciąłem. Aby zabezpieczyć się od krwotoku następczego, pod tę ligaturę założyłem drugą, ryczałtową [*ligature en masse*], następnie guz ponad zaciskaczem odciąłem i świeżą powierzchnię szypuły przypaliłem żegadłem PAQUELIN'a, poczem zaciskacz zdjęto a szypułę wpuszczono do jamy otrzewnej. Pozostało już tylko oczyszczenie jamy brzusznej z płynu przesiękowego, który tam jeszcze pozostał w dość znacznej ilości. W tym celu zapuszczaliśmy kilkakrotnie gąbki do jamy, starając się przytem unikać dotykania kiszek. Poczem, przekonawszy się, że lewy jajnik i macica są w stanie zupełnie zdrowym, przystąpiłem do zamknięcia jamy brzusznej, rozłożywszy w niej przedtem sieć (*omentum*) prawidłowo. Brzegi rany powłok brzusznych zbliżono do siebie zapomocą 13-tu oddzielnych szwów głębokich, jedwabnych, obejmujących całą grubość ściany wraz z otrzewną. Prócz tego nałożyłem jeszcze 2 szwy powierzchowne na skórę. Opatrunek jodoformowy i pas flanelowy.

Operacja trwała 45 minut. Krwawienia wcale nie było. Chora podczas manipulowania w jamie brzusznej spała bardzo dobrze, zbudziła się zaś w chwili nakładania szwów na ranę zewnętrzną.

* * *

P r z e b i e g gojenia się rany i zdrowienia chorej był nadzwyczaj pomyślny. Ciepłota przez cały czas była prawidłowa [36,4°—37,7° C.] z wyjątkiem dnia 4-go wieczorem i 5-go rano, w których osiągnęła 38° i 38,1° C.; tętno w pierwszym tygodniu ani razu nie przekroczyło 98 na minutę, w drugim zaś raz jeden tylko doszło do 88. W kilka godzin po operacji pojawiły się wymioty, zresztą nigdy więcej wymiotów nie było. Stan ogólny był bezustannie nader pomyślny; chora sypiała bardzo dobrze; lekkie bóle w dole brzucha, na które się w pierwszych dwu dniach skarżyła, w następnych ustąpiły zupełnie. Począwszy od dnia 4-go, chora zaczęła sama mocz oddawać ¹⁾, przyczem jednak, począwszy od dnia 6-go, doznawać zaczęła lekkiego palenia. Dnia 7-go t. j. 26 VII. chora po zażyciu łyżki oleju rycynowego miała poraz pierwszy dwa obfite wypróżnienia bez bólesci.

Dnia 8 [27. VII.] zdjąłem opatrunek i ligatury z rany powłok brzusznych. Brzegi rany okazały się zrosniętymi *per primam intentionem*; w dwu tylko miejscach zauważyć można było małe powierzchowne rozejście się brzegów skóry. Ranę przysypano proszkiem jodoformu i nałożono ponownie opatrunek jodoformowy, który umocowano długimi paskami plastra lepkiego.

W drugim tygodniu wystąpił katar pęcherza moczowego, który jednak oprócz uczucia palenia przy oddawaniu moczu, innych dolegliwości nie spowodował. Trwał on niedługo, zaraz bowiem po podniesieniu się chorej na łóżku, co nastąpiło już pod koniec drugiego tygodnia, objawy kataru znikły bezpowrotnie.

Dnia 31. VII. zdjęto ponownie opatrunek. Rana zupełnie zagojona, w dwu miejscach była pokryta strupkami jodoformowymi.

Pod koniec trzeciego tygodnia chora nasza zaczęła przechadzać się po sali, a w 4-tym zeszła sama do ogrodu. Zadowolenie i wesołe usposobienie nie opuszczało chorej przez cały czas ani na chwilę.

Dnia 17. VIII., a więc w miesiąc od operacji, W. wypisała się zdrowa ze szpitalu i zamieszkała u matki swej w Warszawie na tydzień jeden, w ciągu którego ku wielkiej swej radości dostała regularności. Pierwsza ta miesiączka trwała dni 4 i przeszła zupełnie prawidłowo.

Dnia 24. VIII. W. wyjechała z Warszawy do domu.

* * *

O p i s t o r b i e l i. Torbiel wyjęta z wysoku, w którym przeleżała kilka tygodni, przedstawiała się w kształcie worka wielkości głowy dorosłego człowieka. Średnica jej w najdłuższym wymiarze wynosiła 25 cm. a w wymiarze pio-

¹⁾ Przez pierwsze 4 dni mocz wypuszczałem za pomocą cewnika szklanego, który bezustannie był przechowywany w wodzie sublimatowej.

nowym do pierwszego 16 cm. Ściany jej dość gładkie i błyszczące, na rozkroju miały 2—7 milimetrów grubości. Na zewnętrznej powierzchni torbieli głównej, siedziały mniejsze w ilości 4-ech, wielkości orzecha włoskiego.

Pozostała przy guzie część szypuły składała się z części jajowodu i więz u okrągłego.

Na przeciwległej od szypuły stronie torbieli znajdowały się części dwu zrostów, o których wyżej była mowa, w oddaleniu 9 cm. jeden od drugiego: pierwszy szeroki na dwa palce w kształcie płaskiej dość grubej tasiemki, drugi z podstawą trójkątną w kształcie sznurka grubości pióra gęsiego.

Na przedniej powierzchni torbieli znajdował się ślad uklucia trójgranicem z wydatnym odczynem zapalnym. Na przekroju miejsca tego znajdowały się wgłębi skrzepy krwi, wypełniające drobniejsze torbiele.

Powierzchnia wewnętrzna torbieli usiana była długimi delikatnymi strzępami, resztkami przegródek oddzielnych torbieli, które pozanikały. Niektóre z tych przegródek były grubsze i mocniejsze, prawie takie jak ściana torbieli głównej. Na ścianie torbieli głównej, niezależnie od wyżej opisanych przegródek, znajdowała się bardzo znaczna ilość torbieli drobniejszych, wielkości od ziarnka grochu do kurzego jaja. Większe z tych torbieli składały się znowu z drobniejszych. Zawartość ich była płynna, przezroczysta, klejowata, z obfitą ilością ściętej białej masy.

Badanie drobnowidzowe wykazało, że ściana torbieli głównej, jakoteż i torbieli wtórnych, składała się z tkanki włóknistej zbitej; w mniejszych torbielach ściauka wysłana była nabłonkiem wysokim stożkowatym, w większych zaś nabłonek ten przyjął kształt okrągły wskutek zwyrodnienia klejowatego. Miejscami nawet był w rozpadzie, tworząc rozlaną masę klejowatą.

Żadnej innej nowotworowej tkanki w torbieli nie znaleziono.

*

*

*

Wewnątrzotrzewnowa metoda traktowania szypuły przeszła różne koleje, zanim pozyskała to zupełne zaufanie, jakim się obecnie cieszy u chirurgów. Stało się z nią tak jak w życiu często dzieje się z przyjaźnią, którą porzucamy dla nowej, aby następnie, przekonawszy się że stara przyjaźń lepsza, tem chętniej do niej powrócić.

Pierwszy, który z całą świadomością przedsięwzięcia i według z góry obmyślanej metody wykonał owaryjotomię, był EPHRAIM MAC-DOWELL ze stanu Kentucky w Ameryce północnej, słusznie z tego powodu „ojcem owaryjotomii“ zwany. Było to w roku 1809. MAC DOWELL wykonał cięcie ściany brzusznej po lewej stronie linii białej długości 24 ctm.; z powodu kolosalnych rozmiarów guza, przekłuł go i płyn wypuścił, następnie podwiązał jajowód blisko macicy i przeciął połączenia guza. Ranę ściany brzusznej połączył szwami węzełkowymi i paskami plastra lepkiego, wyprowadziwszy przedtem ligaturę przez dolny kąt rany na zewnątrz. Po 25 dniach chora powróciła zdrowa do domu. Prócz tej owaryjotomii MAC-DOWELL wykonał jeszcze 12 innych, z których 7 było pomyślnych. Umarł w 1830 roku.

Nathan SMITH, amerykańnin, pierwszy w roku 1821 odważył się obciąć ligaturę [skórzaną] krótko i pozostawić ją w jamie brzusznej, zastosowawszy przytem krótkie cięcie szypuły. Jego więc uważać należy za twórcę metody wewnątrzotrzewnowej.

Metoda ta jednak, pomimo swej prostoty, miała przez długie lata, bo prawie do 1870 r., ograniczoną zaledwie liczbę zwolenników, podczas gdy metoda zewnątrzotrzewnowa, począwszy od roku 1858, t. j. od chwili wprowadzenia w użycie klamry przez HUTCHINSON'a, zyskała wziętość ogólną.

A jednak gorący zwolennik metody wewnątrzotrzewnowej i zarazem jej modyfikator BAKER BROWN, który wprowadził w użycie żegadło do odcinania szypuły, wykonał tą metodą [1851—1867] 40 operacyj z czterema tylko zejściami śmiertelnymi, czyli 10%; w tym samym czasie SPENCER WELLS, operujący metodą zewnątrzotrzewnową [za pomocą swej klamry], na 101 operacyj miał 26 przypadków śmiertelnych, czyli 25,7% śmiertelności.

Nikt nie może zaprzeczyć wielkiej zasługi SPENCER WELLS'owi, który w 1880 r. wykonał swą tysięczną owaryjotomię i metodę zewnątrzotrzewnową znacznie udoskonalił. Będąc jednak jej gorącym zwolennikiem, metodę wewnątrzotrzewnową stosował niechętnie i jedynie w przypadkach ciężkich i tem się tłumaczy, dlaczego przy tej metodzie miał gorsze rezultaty aniżeli przy metodzie zewnątrzotrzewnowej. Ze 157 przypadków operowanych metodą wewnątrzotrzewnową stracił on 60, czyli 38,2%. Świadcstwo takiego mistrza wywarło wpływ kolosalny. Inni chirurdzy poszli za jego przykładem i metoda zewnątrzotrzewnowa zyskała wszędzie pierwszeństwo.

Dopiero KEITH w Edynburgu, w roku 1862 [jeszcze przed wprowadzeniem metody przeciwnilnej do chirurgii], zaczął na nowo operować metodą wewnątrzotrzewnową, i mógł w 156 przypadkach wykazać tylko 3,85% śmiertelności! Był to wynik zdumiewający. Od tego czasu rozpoczął się powolny zwrot ku metodzie wewnątrzotrzewnowej, z chwilą zaś wprowadzenia antyseptyki do chirurgii [1871 r.] metoda ta zaczęła wypierać metodę zewnątrzotrzewnową i dziś jest ogólnie przyjętą.

Wyższość metody wewnątrzotrzewnowej na tem polega, że pozwała szypule goić się bez dostępu powietrza. Doświadczenia na zwierzętach, wykonane przez MASSLOWSKY'ego, SPIEGELBERG'a i WALDEYER'a, wykazały, że część szypuły [kikut], pozostająca w jamie otrzewnowej wraz z przewiązką, nie ulega zgorzeli (*necrosis*), ponieważ połączenia naczyniowe, powstające w nowowytworzonej tkance łącznej dookoła przewiązki, jakoteż między powierzchnią szypuły i narządami sąsiednimi, do których wkrótce przyrasta, wystarczają do słabego jej odżywiania. Wskutek jednak niedostatecznego odżywiania, następuje po pewnym czasie uwiąd i wreszcie zanik (*resorptio*) tej części. Przewiązka jedwabna ulega otorbieniu albo znika z czasem zupełnie.

Niebezpieczeństwa zależne od operowania metodą wewnątrzotrzewnową, o których z początku tak często wspomniano, zostały prawie zupełnie usunięte dzięki udoskonaleniu techniki operacyjnej i zastosowaniu ścisłej antyseptyki. Zesuwanie się przewiązki z szypuły i zależne od tego krwotoki wewnętrzne, wreszcie ropnie wewnątrzotrzewnowe, powikłania tak często dawniej się przy-

trafiające, dziś prawie wcale się nie wydarzają, a to wskutek udoskonalenia techniki podwiązywania szypuły, jednoczesnego z niem stosowania przyżęgań świeżej jej powierzchni i starannego dezynfekowania przewiązek przed ich użyciem.

To też obecnie metoda wewnątrzotrzewnowa daje doskonale wyniki. TAIT w Anglii, HEGAR, SCHROEDER i MARTIN w Niemczech, którzy operują tylko według tej metody, doszli do znakomych rezultatów. Według HEGAR'a [1881 r.] metoda ta daje 8—12% śmiertelności. SCHROEDER do roku 1882 ze 100 operowanych [3-cia jego setka] utracił 7, z tych 3 wskutek zakażenia. MARTIN na 100 operowanych [od 1881 r.] stracił tylko 3, z tych jedną wskutek zakażenia. Takimi wynikami zwolennicy metody zewnątrzotrzewnowej pochwalić się nie mogli ¹⁾.

Na zakończenie czuję się w obowiązku szczerze podziękować kolegom ROSENTHALOWI, NEUGEBAUROWI i FREUDENSOHNOWI za ich chętną pomoc przy operacyi, jakoteż koledze EISENBERGOWI za wskazówki przy badaniu torbieli.

II. GORĄCZKA POWROTNA U DZIECI.

Napisał

D-r med. L. Wolberg.

b. lekarz warszawskiego szpitala dla dzieci.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 43].

Inne choroby następce, jakoto zaburzenia umysłowe, cierpienia wzroku, słuchu i t. d. podobno występują dopiero w kilka tygodni po ostatnim napadzie gorączki powrotnej; nie więc dziwnego, że lekarze szpitalni ich nie obserwują podczas leczenia samej choroby ²⁾.

Powyżej już mówiłem, że między przestankami a napadami nie zachodzi tego rodzaju stały stosunek, aby można postanowić jakieś prawo. wedle którego

¹⁾ Źródła: 1) T. SPENCER WELLS. Die Diagnose u. chirurgische Behandlung der Unterleibsgeschwülste. Leipzig. 1878.

2) HEGAR u. KALTENBACH. Die operative Gynäkologie. Stuttgart. 1881.

3) LAWSON TAIT. The Pathology a. Treatment of Diseases of the Ovaries. Birmingham. 1883.

4) A. MARTIN. Pathologie u. Therapie der Frauen-Krankheiten. Wien u. Leipzig. 1885.

5) K. SCHROEDER. Kurzer Bericht über 300 Ovariectomien. Berliner klin. Wochenschrift. 1882. Nr. 16 u. 17.

²⁾ Towarzysz szpitalny kolega DINTE ustnie zawiadomił mię, że często zdarzało mu się spostrzegać *furunculosis* u dzieci, które przed kilku tygodniami cierpiały na gorączkę powrotną.

w konkretnym przypadku z przestanku możnaby sądzić o napadzie i *vice versa*, w ogólnym jednak zarysie widzimy, że pierwsze napady zwykle dłuższymi są niż następne, podczas gdy przestanek drugi dłuższym jest od pierwszego. Następująca tablica wykazuje długość trwania oddzielnych napadów i przestanków w ogólnej ilości przypadków.

Ilość dni trwania.	I napad. Ilość przypadków.	1 przestanek.	II napad.	2 przestanek.	III napad.	Ilość dni.
$\frac{1}{2}$ dnia	—	—	1	—	—	$\frac{1}{2}$ dnia
1 dzień	—	—	2	—	2	1 dzień
$1\frac{1}{2}$	—	—	5	—	4	$1\frac{1}{2}$ dnia
2	1[?]	—	1	—	2	2 dni
$2\frac{1}{2}$	—	—	3	—	3	$2\frac{1}{2}$
3	—	—	5	—	2	3
$3\frac{1}{2}$	—	—	—	—	1	$2\frac{2}{3}$
4	1	—	5	1	—	4
$4\frac{1}{2}$	—	1	2	—	—	$4\frac{1}{2}$
5	8	2	5	—	—	5
$5\frac{1}{2}$	—	1	—	—	—	$5\frac{1}{2}$
6	10	3	1	2	—	6
$6\frac{1}{2}$	1	3	—	—	—	$6\frac{1}{2}$
7	13	6	—	3	1	7
$7\frac{1}{2}$	—	3	—	3	—	$7\frac{1}{2}$
8	3	8	—	1	—	8
$8\frac{1}{2}$	1	1	—	1	—	$8\frac{1}{2}$
9	2	1	—	—	—	9
$9\frac{1}{2}$	—	—	—	—	—	$9\frac{1}{2}$
10	—	2	—	1	—	10
$10\frac{1}{2}$	—	—	—	1	—	$10\frac{1}{2}$
11	—	2	—	1	—	11
12	—	—	—	1	—	12

Co do trwania gorączki powrotnej, to wynosi ona u dzieci od pięciu dni do 32 i pół, co zależy od ilości napadów. Przypadki jedno-napadowe trwały od 5 dni do 9, przeciętnie $6\frac{1}{2}$ dnia. Przypadki dwunapadowe

trwały od 14 dni do 20, przeciętnie 17 dni. Przypadki trzynapadowe od 19 dni do $32\frac{1}{2}$, przeciętnie $27\frac{1}{2}$ dnia.

Pierwszy napad trwał przeciętnie 6,6 dnia, pierwszy przestanek 7,2 dnia, drugi napad trwał przeciętnie 3,2 dnia, drugi przestanek 7,9 dnia, trzeci napad 2,3 dnia.

Porównawcza tablica.

Napady i przestanki	WOLBERG	SZWAJCER	DUNIN.
1 napad . . .	6,6	6,5	6,5
1 przestanek . .	7,2	6,8	7,5
2 napad . . .	3,2	3,3	4,0
2 przestanek . .	7,9	7,4	8,7
3 napad . . .	2,3	2,4	3,7

Widzimy, że cyfry SZWAJCERA są prawie identyczne z mojemi, najwyższa bowiem różnica wynosi zaledwie pół dnia, podczas gdy wszystkie cyfry DUNINA [z wyjątkiem przeciętnej pierwszego napadu] są wyższe od naszych. Materyjał SZWAJCERA i mój pochodzi z żydowskiej ludności, DUNINA wyłącznie z chrześcijańskiej, zatem być może, że rasa wpływa na trwanie choroby. Naturalnie. spostrzeżenie to wymaga potwierdzenia, opartego przede wszystkim na znacznie obfitszym materyjale i po wykluczeniu innych momentów, które mogły wywrzeć wpływ na przebieg i trwanie choroby.

Ponieważ materyjał SZWAJCERA dotyczył przeważnie dorosłych ludzi, a mój — dzieci, przeto wnioskujemy, że trwanie gorączki powrotnej jest jednakowo długiem u dzieci i u dorosłych, czyli że wiek nie wywiera żadnego wpływu na przebieg i trwanie. Prawo to stwierdzonem zostaje przez ogół przypadków, jakoteż i przez pojedynczych chorych, albowiem widzimy, że małe [3 letnie] dzieci przechodzą taką samą trzynapadową chorobę jak dzieci starsze, 12-letnie, i *vice versa*, t. j., że starsze dzieci chorują nieraz bardzo krótko i lekko.

Z 47 dzieci, które leczylismy w szpitalu, ani jedno nie umarło. Śmiertelność zatem jest żadna w naszych przypadkach. U dorosłych zaś zdarzają się przypadki śmierci, albowiem z 140 chorych szpitala żydowskiego, obserwowanych przez SZWAJCERA, zmarło 4-ch [2,9%], a cyfra śmiertelności przypadków DUNINA wynosi 3,5%. Autorzy ci, jakoteż i inni [DUGLAS] stwierdzili, że chorzy. umierający z gorączki powrotnej, byli albo ludźmi osłabionymi, albo nadużywali alkoholowych napojów i wiedli rozwiązłe życie. Ponieważ te przyczyny u dzieci nie istnieją, więc skutkiem tego przebieg gorączki powrotnej u dzieci lepszym jest, aniżeli u dorosłych. Wniosek ten dotyczy nie tylko danej choroby, lecz też tyfusu brzuszego i wysypkowego. Inne przyczyny również na to wpływają, a mianowicie ta okoliczność, że młody ustrój dziecięcy mniej zniszczony jest przez nędzę, pracę i inne przebyte choroby, aniżeli ciała dorosłych, a skutkiem tego dzieci posiadają więcej odporności, aniżeli dorośli. Inni autorowie [WEISSENBERG] te same zrobili spostrzeżenia, na tej więc zasadzie możemy uważać rokowanie w gorączce powrotnej u dzieci, tak co do życia jakoteż co do przebiegu i braku następnych chorób, za bardzo dobre. Skutkiem takiego rokowa-

nia, le c z e n i e gorączki powrotnej staje się bardziej wyczekującym, a co najwyżej objawowem. W początkach choroby, chorzy zaraz po przybyciu do szpitala, dostawali środki wypróżniające w postaci oleju rycynowego, lub kalomelu [3 proszki dwugranowe], a po nastąpieniu wypróżnień, zażywali *emuls. oleosam*. Przytem zachowywali ścisłą dyjetę. Zaraz po ukończeniu się napadu chorzy szybko odzyskiwali łaknienie; zapisywano im natychmiast pół porcyi, a w dwa dni po napadzie — całą porcyję, którą doskonale trawili; w skład takowej wchodziły bułki, mięso, kasza i t. p.. Podczas przestanku staraliśmy się [kolega Jul. KRAMSZTYK i ja], podając środki przeciwgorączkowe, zapobiedz następnyemu napadom. Robiliśmy te doświadczenia u wielu chorych, szczególnie w początku epidemii, którym podawaliśmy s i a r c z a n c h i n i n y, w 3—5 granowych dawkach, dwa — trzy razy dziennie, pomimo tego napady następowały i trwały z takim samem natężeniem, jak u chorych, którym chininy nie dawano.

Bardzo niewielkich dawek chininy [15 gr.] nie podawaliśmy chorym, a zatem o działaniu ich nic nie możemy powiedzieć z własnego doświadczenia. WEISSENBERG przypisuje podanej w tej ilości chininie nagły spadek ciepłoty z 41,5° do 35,6° C., w 1-yim dniu II-go napadu; takie jednakże spadki widzieliśmy niekiedy przy najobojętniejszem leczeniu.

XVIII. C z a r n o w s k a S u r a, 12-letnia dziewczynka. Pierwszy napad trwał 6 dni. Przestanek 9 dni, następnie 22. V. ciepłota 37,0° C. rano, a wieczorem dreszcze, ból głowy i kończyn, powiększenie śledziony i ciepłota 41,0° C.. Oleju rycynowego $\frac{1}{2}$ łyżki. 23. V. ciepłota 37° C., tętno 80. Ból głowy ustąpił.

Oprócz chininy podawaliśmy też s a l i c y l a n s o d u, który jednak nie wpływał ani na spadek ciepłoty podczas napadu, ani też nie zapobiegał powtórnyemu napadom. Dawano go w roztworze z 3j na 5jj — do wyzycia w ciągu jednego dnia. Natomiast środek ten dowiódł pożyteczności swej przy bólach stawowych po napadzie.

Podczas napadów podawano chorym zwykle kwasek (*ac. muriat.*), lub mieszanekę tłuszczową; oprócz tego przy wysokiej ciepłocie obmywano chorych zimną wodą z octem, trzy razy dziennie i kładziono lodowe okłady na głowę. Kąpieli zimnych nie stosowaliśmy, jak również nie próbowaliśmy środków silnie czyszczących i napotnych, które zdaniem niektórych autorów mają zabijać spirochety. DUNIN, KARSTENS, OKS i SZWAJCER przekonali się bowiem, że środki te wcale nie wpływały ani na żywotność spirochetów, ani też na trwanie napadów, natomiast osłabiały chorych i pogarszały ich stan subiektywny.

Przypadkowe powikłania (*nephritis parenchymatosa*) i niektóre objawy (*angina, bronchitis*) leczono podług zwykłych zasad. Po napadach podawano niektórym osłabionym chorym środki wzmacniające i pobudzające, jakoto wino, kamforę i nalewkę z jableczanu żelaza (*tinct. ferri pommati*).

Na zakończenie niniejszego opisu dołączam wedle kart szpitalnych trzy historyje chorych na gorączkę powrotną: jedno, dwu i trzynapadową [i trzy krzywe ciepłoty].

XIX. Z y s c h o l i M o r d k e, chłopiec 6-letni przybył do szpitala 29 Marca 1882 r. Ciepłota wieczorna 40,2°. Zalecono $\frac{1}{2}$ łyżki oleju rycynowego.

20. III. Ciężota 40,0°, tętno 120. Uskarżał się na ból głowy, brzucha i kończyn. przytem na gorączkę. stan taki trwał od 4 dni, a choroba rozpoczęła się od dreszczów. Dobrze odżywiany. Błony śluzowe różowe. Przytomność umysłu zachowana, w nocy bredzi jednakże. Granice płuc prawidłowe, w górnej połowie prawego płuca odgłos opukowy stępiony; rżenia i oddech nieokreślony. Przytem częsty suchy kaszel. Granice i tony serca prawidłowe. Brzuch pełny, wzdęty, bolesny w okolicy kiszki ślepej. Śledziona nie wyczuwalna od dołu. dochodzi ku górze do VII żebra. Język wilgotny. Mięśnie kšobne ud bardzo bolesne. Ciężota wieczorem 40,4° C.. Zalecono emulsyję. Zimny okład na głowę i obmywanie ciała zimną wodą z octem. Dyjeta ścisła.

Dnia 31. III. Ciężota 40,2° C., tętno 126. W nocy bredził; miał dwa wypróżnienia we dnie. Ciężota wieczorna 40,0° C..

Dnia 1. IV. Ciężota 38,5° C., tętno 120. Bez stolca. Bredzenie w nocy. Ciężota wieczorna 41° C.. Zapisalem ¼ łyżki oleju rycynowego.

Dnia 2. IV. Ciężota 38,0° C. tętno 100. Chory lepiej się czuje. Śledziona nie wyczuwalna. Oddech w płucu zaostrozony, krepitacje znikły. Język wilgotny. Ciężota wieczorna 37,0° C., zapisalem *chin. sulf.* gr. 3 na noc.

Dnia 3. IV. Ciężota 37,6° C.. Stan ogólny dobry. Poty w nocy. Dyjeta: pół porcy.

Wychodzi ze szpitala 12. IV. 1882, drugi napad nie nastąpił.

XX. Hartglas Fajga, dziewczynka 8-letnia, przybyła 11 Sierpnia 1880 r. Zachorowała przed 5 dniami. Z początku były silne dreszcze, następnie gorączka, ból głowy, brzucha i ogólne osłabienie. Matka i siostra chorej jednocześnie przechodzą gorączkę powrotną.

Chora dobrze odżywiana. W narządach oddechowych i krążenia nic nieprawidłowego. Brzuch bardzo bolesny; wątroba powiększona, twardą śledzionę wyczuwamy w podżebrzu, a ku górze sięga ona do VII żebra. Okolica wątroby bardzo bolesna. Język wilgotny. Łydki i mięśnie kšobne ud bardzo bolesne. We krwi spirochety. Ciężota 39,0° C., 40,2° C., tętno 140. Zalecono: olej rycynowy, *emuls. oleosam* i ścisłą dyjetę.

Dnia 12. VIII. Ciężota 37,2° C., tętno 80. W nocy wystąpiły obfite poty; śledziona zmniejszona. Ciężota wieczorna 36° C..

Dnia 13. Ciężota 36° C., tętno 80. Bez leków. Dyjeta: mięso, kasza i dwie bułki.

Dnia 14. Stan dobry.

Dnia 16. Rozolnienie, w stolcach śluz. Zapisano: *emuls. ol. ricini*.

Dnia 17. Rozwolnienie mniejsze.

Dnia 18. Stan dobry.

Dnia 19. Ciężota 38,4° C.. Wieczorem ciężota 38,6° C..

Dnia 20. Ciężota 38,0° C., wieczorem ciężota 39,0° C.. Ból głowy, osłabienie, powiększenie śledziony, bóle w kończynach. Zaleciłem: *acid. muriat.* Dyjeta ścisła.

Dnia 21. Ciężota 39,6° C., 40,6° C., tętno 110 [rano].

Dnia 22. Ciężota 38,5° C., 40,8° C., tętno 106 [rano]. W nocy obfite poty.

Dnia 23. Ciężota 36,5° C., tętno 84. Stan dobry. Dyjeta: 2 bułki, mięso, kasza, jajka na miękko.

Dnia 30. VIII. Wychodzi zdrowa po dwu napadach.

XXI. H osbert A bram, 12-letni, chłopiec, przybył 6. IV. 1880 r. Wieczorna ciężota 40,6° C..

Dnia 7. IV. Ciężota 39,8° C., tętno 136. Skarżył się na ogólne osłabienie, ból głowy, brzucha i kończyn dolnych. Zachorował przed sześciu dniami, miał silne dreszcze, a następnie gorączkę. Dobrze odżywiany. Na wargach wyprysk. Błony śluzowe czerwone, kończyny ciepłe. Granice płuc prawidłowe, zaostroz-

ny oddech, rżenia wilgotne. Granice serca prawidłowe, tony czyste. Tętno szybkie i miękkie. Brzuch bardzo bolesny, szczególnie w okolicy kiszek ślepej. Śledziona do VII żebra, a dolny brzeg wyczuwalny. Język suchy. Stolec opieszwały. Mocz czerwony, zawiera dużo moczanów. Zapisalem: Kalomel gr. 2. trzy proszki, potem $\frac{1}{2}$ łyżki oleju rycynowego. Następnie *emulsio*. Wieczorem ciepłota 38° C..

D. 8. IV. Ciepłota 37,4° C., tętno 88. Poprzedniego dnia wieczorem chory mocno pocił się, a w nocy miał obfite krwawienie z nosa. Dzisiaj stan ogólny podmiotowy znacznie lepszy, język wilgotny, ból głowy ustał. Brzuch jeszcze bolesny; stolce rzadkie. Wieczorem ciepłota 37,4° C.. *Emulsio*.

D. 9 Ciepłota 37 3° C.. tętno 88. Poty nie powtórzyły się. Bóle głowy i brzucha zupełnie ustąpiły. Śledziona sięga do VIII żebra i nie wyczuwalna w podżebrzu. Kończyny dolne jeszcze bolesne. Silne łaknienie.

D. 10. Bez gorączki. Stan ogólny zupełnie dobry. Dyjeta: bułki, kasza, mięso.

D. 11. Łaknienie dobre. kończyny bolą jeszcze.

D. 12. Stan takż sam. Zapisalem *natr. salicyl.* 3j na 3jv wody.

D. 13. Bóle w kończynach ustąpiły.

D. 14. Wieczorem ciepłota 40;8° C.. Silne dreszcze, ból głowy, kończyn dolnych. Oleju rycynowego $\frac{1}{2}$ łyżki.

D. 15. Ból głowy mniejszy, kończyny bardzo bolesne, obfite stolce po olejku, śledziona powiększona; dużo spirochetów we krwi. Ciepłota 40,0°, 40,4° C. tętno 120. 140. II gi napad.

D. 16. Ciepłota 39,2° C., 40,0° C. Znowu na wargach ukazał się wyprysk. Ból głowy trwa, kończyny mniej bolesne. Śledziona ogromna, sięga do VI go żebra i wyczuwalna. Obmywania ciała i zimny okład na głowę.

D. 17. Ciepłota 39,6° C., tętno 124. Ból głowy i brzucha. Kolana i łydki bardzo bolesne. Stolec codziennie, język wilgotny, obłożony. Wieczorem ciepłota 39,5° C.. *Emulsio oleosa*.

D. 18. Ciepłota 37,0° C., tętno 72. Poty nad ranem, bóle ustały; chory do brze się czuje, śledziona zmniejsza się. Ciepłota wieczorem 37,7° C.. Zaleciłem dwa proszki trzygranowe chininy — dziennie.

D. 19. Ciepłota 36,5° C.. Dyjeta: mięso, jajko, bułka, kasza.

D. 20. Śledziona coraz mniejsza. Stan dobry.

D. 21. 22. 23. 24. Bez lekarstw. Stan zupełnie dobry.

D. 25. Ciepłota 38,6° C., tętno 104. Wieczorem ciepłota 40,0° C.. Bólu głowy nie ma. Zaleciłem: olej rycynowy $\frac{1}{2}$ łyżki. Dyjeta ścisła III-ci n a p a d.

D. 26. Ciepłota 39,0° C., tętno 116. Śledziona znów powiększa się. Bóle głowy i kończyn nie powtórzyły się. Ciepłota wieczorna 40,2° C.. Zalecono: chininę.

D. 27. Ciepłota 38,8° C., tętno 120. W moczu trochę białka. Śledziona wyczuwalna i sięga do VII żebra. Wieczorna ciepłota 40,7° C..

D. 28. Ciepłota 36,7° C., tętno 68. Obfite poty; znaczne osłabienie. Zalecono dalej chininę.

D. 29. Ciepłota 36,2° C., tętno 74. Poty nie powtórzyły się. śledziona jeszcze duża. Dyjeta: mięso, bułka, kasza, jajka.

Dnia 30. Śledziona zmniejsza się. Gorączki nie ma, mocz nie zawiera białka.

Dnia 7. V. Wychodzi zdrow po trzech napadach.

NOTATKI LEKARSKIE.

13. Pierwotny ostry obrzęk głośni (*oedema glottidis acutum*).

W 49 numerze zeszłorocznym Gazety Lekarskiej, podałem w streszczeniu 3 prace D-ra GOUGENHEIM'a o obrzęku głośni, w których tenże starał się dowieść, że obrzęk więzów nalewko-nagłosniowych, jakoteż tylnej ściany krtani, wcale nie stanowi przyczyny duszności przy obrzękach głośni, tem samem niebezpieczeństwa dla chorego, gdyż ta prawie zawsze zależną jest od przyłączających się zaburzeń w innerwacyi krtani [porażenie rozwieraczy, skurcz zwieraczy] lub obrzęku wewnątrzkrtniowego. Słuszność tego zapatrywania miałem sposobność stwierdzić u chorego na oddziale kolegi HERINGA w szpitalu Ś-go Rocha. Przypadek ten jest następujący: Do miejscowego ambulatoryjum zgłosił się 27. III. 1886 Goldsztejn Morel, malarz, lat 32 liczący, z powodu silnego bólu przy przełykaniu. Chory opowiedział nieco ochryplym głosem, że przed 6 dniami, po bardzo głośnem wykrzyczeniu służącej, poczuł z początku nieznaczny ból gardła, który jednakowoż zwolna dotyla się zwiększył, że obecnie z trudnością przełyka. Chory nie doświadcza żadnej duszności. Badanie lusterkiem krtaniowem, uskutecznione wspólnie z kol. HERINGEM i WRÓBLEWSKIM, wykazało co następuje: $\frac{2}{3}$ tylne krtani zakrywa obrzęk ściany tylnej. Przedstawia się on w postaci dwu pęcherzy białych, półprzeświecających, wielkości wiśni. Obrzęk ten powstał z tylnych części więzów nalewko-nagłosniowych i chrząstek nalewkowych. W $\frac{1}{3}$ przedniej krtani widać zdrowe struny głosowe prawidłowo funkcjonujące. Badanie gardła i nosa nic godnego uwagi nie przedstawia. Kolega HERING zrobił bezzwłocznie głębokie nacięcie tylnej ściany, jako też nakłócia więzów. Choremu zalecono lodowy okład na szyję, a do wewnątrz środek czyszczący. Wieczorem tegoż dnia byłem u chorego w domu. Stan jego w niczem się nie zmienił. W skutek bardzo złych higienicznych warunków w domu, poradziłem mu udać się nazajutrz do szpitala, co też chory wykonał i 28. III. przybył na salę kolegi HERINGA. Chory dobrego wzrostu, prawidłowej budowy, dobrze odżywiany. Pochodzi z rodziny zupełnie zdrowej. Oprócz tyfusu przed 15 laty i gościca stawowego w zeszłym roku, żadnych chorób nie przechodził.

Obecna choroba, jak to już wyżej wspomniałem, rozpoczęła się przed 6-ciu dniami. Płuca i serce nic godnego uwagi nie przedstawiają. Język obłożony, łąknienie umiarkowane. Stolce prawidłowe. Stan bezgorączkowy. Badanie krtani wykazało: obrzęk z prawej strony znacznie mniejszy, w obu kieszonkach MORGAGNI'ego skrzepy krwi. Głos ochryply, przełykanie nieco łatwiejsze. Odstawiono lodowy okład na szyję, a zalecono przyszczydło.

29. III. Obrzęk znacznie mniejszy. Połykanie swobodniejsze. Zalecono inhalacje z węglanu sody. Chory opuścił szpital 1. IV. w zupełnie dobrym stanie; obrzęk znikł prawie w zupełności. 2. IV. chory przybył do miejscowego ambulatoryjum, gdzie stan krtani znalazłem następujący: ani śladu obrzęku, w kieszonkach MORGAGNI'ego zaledwie ślady skrzepów krwi. Chory czuje się zupełnie dobrze.

W. Oltuszewski.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

55. E. Leyden: Cierpienia serca w następstwie wysiłków fizycznych. (*Die Herzkrankeiten in Folge von Ueberanstrengung*). Berlin 1886. str. 62.

SEITZ w Zurichu ogłosił 1873 r. pewną ilość spostrzeżeń pierwotnego rozszerzenia serca, powstałego w następstwie wysiłków fizycznych i w ten sposób

wprowadził do nauki o chorobach serca oddzielną grupę tak zwanych „przypadków wysiłku serca.“ (*Fälle von Ueberanstrengung des Herzens*). Jakkolwiek już i dawniejsi autorowie jak CORVISART, HOPE, KREYSIG, PEACOCK, ARBUTT ¹⁾, MYER ²⁾, da COSTA, CURSCHMAN ³⁾, FRAENTZEL ⁴⁾ episywali przypadki cierpień serca, powstałych skutkiem wysiłków fizycznych u robotników ciężko pracujących i żołnierzy odbywających forsowne marsze, SEITZ'owi jednak należy się zasługa zwrócenia uwagi na mało dotychczas uwzględniany sposób powstania cierpienia serca.

Po ogłoszeniu spostrzeżeń SEITZ'a, w niemieckiej literaturze pojawiły się zaledwie dwie odnoszące się tu krótkie prace, a mianowicie MUNZIGERA. *Das Tübinger Herz* (*Deutsch. Archiv f. klin. Medizin* 1877) i ZUNKERA, *Ein Fall von Dilatation und Fettdegeneration des Herzens in Folge von Ueberanstrengung durch schwere Arbeit* (*Berl. klin. Wochenschrift* 1877).

Fakt wysiłku serca nie został jednak ogólnie przyjętym, jak o tem świadczą liczne podręczniki niemieckie z ostatnich kilku lat. I we Francyi BERNHEIM (*Leçons de clinique medicale Paris* 1877), oraz SPILMANN (*Arch. general de med.* 1876) nie wierzą w możliwość wysiłku serca. | W polskiej literaturze posiadamy odnośne zestawienie CHEŁCHOWSKIEGO [Gaz. Lek. 1881 r.] oraz przypadek WOLFRAMA [Przełg. Lek. 1882 r.] (*przyp. Red.*).

Ta sprzeczność w poglądach zniewoliła autora do rozpatrzenia na nowo tego pod względem praktycznym ważnego przedmiotu, aby na mocy własnego doświadczenia z jednej strony uzasadnić etylogię, a z drugiej strony uzupełnić obraz kliniczny cierpienia tak pod względem powstawania, przebiegu i wskazań leczniczych.

Autor na mocy własnego doświadczenia i licznych przypadków wszelkiego rodzaju cierpień serca, jakie tak w praktyce szpitalnej jak i prywatnej miał sposobność spostrzegać, przyszedł do przekonania, że wysiłki fizyczne nie tylko mogą spowodować cierpienia serca, lecz są ich częstą i ważną przyczyną. Nietylko u żołnierzy, którzy wielkie przestrzenie pieszo przebywać muszą, nietylko u robotników ciężko pracujących, omawiany moment etylogiczny odgrywa ważną rolę.

Przy uważnej i wolnej od wszelkich uprzedzeń obserwacji, w każdym wielkiem mieście, gdzie wiele i ciężko pracują, znaleźć można liczne tego rodzaju przypadki. W praktyce szpitalnej spostrzegamy ciężkie przypadki i dalsze okresy cierpienia, często po dłuższym przebiegu śmiercią się kończące, w praktyce prywatnej zaś równie liczne przypadki łżejsze, raczej pierwsze okresy cierpienia. Te ostatnie są dla lekarza szczególnie ważne, muszą być wcześniej rozpoznawane i uwzględnione, gdyż w tym okresie jeszcze można osiągnąć wyleczenie, a przynajmniej powstrzymać postęp choroby.

Mylnem jest mniemanie, jakoby cierpienia serca z wysiłku były jedynie właściwością pracującej klasy ludności. Autor spostrzegał cierpienie to u wyższych oficerów, myśliwych, a kupcy, urzędnicy, lekarze też ulegają tej chorobie. I płeć żeńska nie jest od niej wolną. Z tych to powodów autor uważa omawiane cierpienia za nadzwyczaj ważne, a za mało dotychczas uwzględniane.

Cierpienia serca, rozwijające się skutkiem wysiłku fizycznego, są różnego rodzaju i dają się sprowadzić do 3 grup:

- 1) Stwardnienie aorty, tętniak tęjże, stwardnienie tętnic.
- 2) Niedomykalność zastawek aorty, ich przerwanie.
- 3) Przypadki oznaczone przez SEITZ'a jako wysilenie serca (*Ueberanstrengung des Herzens*).

¹⁾ Ueber die Folgen der Einwirkung von Gewalt und Ueberanstrengung auf das Herz und grossen Blutgefässe. London. 1873.

²⁾ Ueber die Häufigkeit und die Ursache von Herzkrankheiten bei Soldaten. Mondon. 1873.

³⁾ Zur Lehre vom Fettherz [*Deutsches Archiv f. klin. Medic.* XII].

⁴⁾ Ueber die Entstehung von Hypertrophie und Dilatation der Herzventrikel durch Kriegstrapazten.

Ostatnia ta postać, najtrudniejsza do wyjaśnienia i największe mające znaczenie, stanowi główny przedmiot pracy autora.

Nad postaciami choroby 1) i 2) autor krótko się zatrzymuje. Twierdzi on, że związek stwardnienia tętnic z fizycznymi wysiłkami nie da się stanowczo wykazać, lecz jest wielce prawdopodobnym, z uwagi na fakt, że pracująca klasa ludności dosyć często i wcześniej nleża temu cierpieniu. Pewniejszym i ogólnie przyjętym jest związek wysiłków fizycznych z powstaniem tętniaków, o czym autor sam miał niedawno sposobność się przekonać; u 40 letniej kobiety zupełnie zdrowej, skutkiem wysiłków trwających około 6 lat, przy pielęgowaniu męża chorego na wiał mlecza, rozwinął się tętniak łuku aorty. Częstość wad aorty, nie dostateczność jej zastawek u żołnierzy i robotników ciężko pracujących stwierdzona została przez ALBUTTA, MYERA i da COSTA'ę. Szczególnie interesującymi są wady nagle powstające, pęknięcia zastawek w skutek wysiłków. Autor miał sposobność pierwszy raz przypadek podobny spostrzegać jeszcze w r. 1861. Na oddziale prof. TRAUBE'go leżał mężczyzna 54 lat liczący, chory na obustronny bezwład kończyn. Pewnego dnia podczas odwiedzin rodziny chory podniósł najmłodszego swego synka, by go na łóżko posadzić i zmęczył się tem do tego stopnia, że omal nie zemdlął; przytem poczuł silny ból w piersiach, który mu przez noc i następny dzień dokuczał. TRAUBE przy szczegółowym zbadaniu chorego na drugi dzień znalazł szmer dyastoliczny nad aortą, świadczący o nagłym powstaniu niedomykalności zastawek. Podobne przypadki autor od tego czasu niejednokrotnie spostrzegał. I inni też opisali podobne przypadki. Najbardziej interesującymi są pod tym względem 2 przypadki przerwania zastawek w następstwie wysiłków fizycznych, opisane przez B. FOSTERA (*Clinical lectures on the rupture of the Aorta Valves for accident. Med. Times and Gaz.* 1873), a stwierdzone przy oględzinach pośmiertnych.

Przechodząc do przypadków grupy 3-ej, które stanowią właściwe wysiłki serca, autor podaje 10 bardzo szczegółowych i interesujących historyj przypadków spostrzeganych, z których 4 zakończyły się śmiercią, a 6 względem wyzdrowieniem. Dla lepszego zrozumienia przedmiotu, uważamy za konieczne jedno spostrzeżenie w streszczeniu przytoczyć.

Trzydziestoletni czeladnik rzeźniczy C. T. zdrów i silny, zachorował w grudniu 1880, umarł 5 października 1885. Choroba zaczęła się nagle po nadzwyczajnych fizycznych wysiłkach, uczuciem silnego bólu w piersi i trudnego oddechu. Od tego czasu często przy pracy powtarzały się podobne napady, a w dniu 17 Grudnia, przy podnoszeniu ciężaru, napad doszedł do najwyższego stopnia, chory zmuszonym był zaprzestać pracować, a w dniu 21 Grudnia wstąpił na oddział kliniczny LEYDEN'a.

Chory silnie zbudowany, z czerwoną zdrową cerą, uskarża się na ból w piersi i umiarkowane bicie serca. Znalezione: nieznaczny obrzęk nóg, tętno nadzwyczaj nieregularne i nierówne, niezliczalne, uderzenie wierzchołkowe serca bardzo silne i nieregularne, wyczuć się daje w V-em między żebrem na 2 ctm. na lewo od linii sutkowej. Tępość serca rozpoczyna się pod trzecim żebrem, tony serca dosyć słabe, ale czyste; ilość moczu 500 ctm. sześciennych w ciągu doby. Zalecono spokój, łód na okolicę serca, naparstnicę. Pod wpływem tego leczenia stan chorego powoli się poprawił, a w Marcu przy opuszczeniu szpitala chory nie skarżył się na ból w piersi, ani na bicie serca ani też na trudny oddech; tętno jeszcze nieregularne i nierówne, lecz mniej częste, uderzenie wierzchołkowe mniej wyraźnie przekracza linię sutkową na $\frac{1}{2}$ ctm. Ilość moczu prawidłowa.

U w a g a: W opisanym pierwszym okresie choroby na uwagę zasługuje:

1) Że młody, silny i dotychczas zdrowy człowiek, po wysiłku fizycznym, nagle podlega często powtarzającym się napadom bólu i bicia serca.

2) Przedmiotowe badanie wykazuje: powiększenie serca w wymiarze poprzecznym przy słabym uderzeniu wierzchołkowym, [rozszerzenie lewej komórki], wielką nieregularność w czynności serca (*delirium s. tremor cordis*).

3) Dosyć szybka poprawa pod wpływem spokoju i naparstnicy.

4) Rozszerzenie lewego serca, w chwili opuszczenia przez chorego szpitala, prawie usunięte, czynność serca jak i przedtem nieregularna.

Chory pozornie zdrów zaczął na nowo oddawać się dawnej pracy, wskutek czego stan jego się pogorszył, tak że już po 2 miesiącach zmuszonym był położyć się do łóżka. I tym razem pod wpływem naparstnicy stan po 8 tygodniach znacznie się poprawił; od tego czasu jednak chory nie mógł już ciężko pracować. Lecz i przy lżejszej pracy często na zdrowiu zapadał, kilkakrotnie w ciągu prawie dwóch lat leczył się już to w domu już to w różnych szpitalach, a w dniu 18 Lutego 1883 r. przybył po raz drugi do kliniki LEYDEN'a.

Chory skarży się na ciągłe ciśnienie i ból w okolicy żołądka, wątroby, oprócz tego często miewa napady silnego bólu w okolicy serca trwające nieraz pół godziny, w którym to czasie musi spokojnie leżeć (*angina pectoris*). Przy badaniu znaleziono: ciepota 36,3, tętno — 180, małe, czynność serca bardzo nieregularna, twarz lekko obrzękła, golenie i stopy silnie obrzmiałe, ilość moczu nieznaną, mocz ciemny, zawiera białko; oddech nieco przyspieszony, kaszel z płwociną nieobfitą, niekiedy z krwią zmieszaną. Z objawów fizykalnych: uderzenie wierzchołkowe w VI międzyżebrow w linii pachowej, bardzo nieregularne, tępość serca znacznie powiększona, tony czyste, głośnie. W ciągu prawie 2 miesięcznego pobytu w szpitalu chory przebył zapalenia płuc spowodowane wylewem krwi (*Infarctus*). Pod wpływem spokoju i naparstnicy i tym razem stan się poprawił, a przy wypisaniu ze szpitala zauważono wyraźne zmniejszenie się lewej komórki.

U w a g a. W tym okresie choroby godne uwagi są:

- 1) Rozszerzenie serca od ostatniego badania znacznie powiększone.
- 2) Wielka częstość i nieregularność tętna jak w pierwszym okresie.
- 3) Wyraźne napady duszniczy bolesnej różniące się jednak od typowych napadów prawdziwej duszniczy.
- 4) Stosowane w pierwszym okresie leczenie okazało się i tu skutecznem.
- 5) Znowu zauważono zmniejszenie się lewego serca.

W dniu 28 Lipca 1885 roku chory jako ambulatoryjny przybył po raz 3-ci na klinikę i przedstawił się jak następuje: mocno wychudły z chorobliwym wyrazem twarzy, policzki i wargi sine, oddech bardzo utrudniony (*dyspnoe*), stopy i golenie obrzękłe; przy położeniu na wznak widzieć można w okolicy serca bardzo silne ruchy, szczególnie na przestrzeni między V a VII żebrem; uderzenie wierzchołkowe serca bardzo częste i nieregularne, wyczuć się daje w VII-em międzyżebrow w linii pachowej; tępość serca zaczyna się na III żebrze; wątroba bardzo powiększona; tętno małe, lecz wyraźne, nader nieregularne, nie daje się zliczyć. Nad wierzchołkiem serca i nad aortą tony czyste.

W dniu 4 Października chory został przyniesionym do kliniki w stanie wysokiego upadku sił i tegoż dnia w nocy życie zakończył.

Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono worek osierdziowy silnie rozciągnięty zawiera niewielką ilość płynu, serce 2 razy większe, szczególnie w wymiarze podłużnym, zastawki prawidłowe dokładnie się zamykają. Lewa komórka silnie rozszerzona, ścianki jej cienkie, prawa komórka mniej rozszerzona; rozszerzenie szczególnie jest widocznie u wierzchołka serca, gdzie tworzy kuliste zaokrąglenie; wsierdzie cienkie, przejrzyste, wątroba znacznie powiększona, śledziona mniej znacznie. Drobnowidzowe badanie mięśnia serca wykryło tłuszczowe zwyrodnienie wewnętrznych warstw włókien mięśniowych.

Badanie zatem pośmiertne wykryło rozszerzenie obu komórek serca; tłuszczowe zwyrodnienie było prawdopodobnie następstwem ostatniego okresu choroby. Przebieg choroby wskazuje na coraz bardziej zwiększające się rozszerzenie serca, które utraciłszy właściwy sobie *tonus*, w końcu uległo porażeniu.

Epikrytyczne zestawienie.

I. Zmiany anatomiczne i przyroda cierpienia. We wszystkich przypadkach, zakończonych śmiertelnie, znaleziono przy oględzinach pośmiertnych mniejsze lub większe rozszerzenie serca, szczególnie lewego, połączone z kulistym zaokrągleniem okolicy wierzchołka. Mięsień sercowy raz tylko znaleziono zgrubiałym, zresztą albo w stanie normalnym, albo też, jak w opisanym powyżej przypadku, zcieńczałym. O osłabionej kurczliwości serca w ostatnich okresach choroby świadczyły skrzepy krwi w jamie serca, w mniejszej lub większej ilości prawie we wszystkich przypadkach znalezione. Obok rozszerzenia, napotymano niekiedy przerodzenie ściągiste mięśnia sercowego, szczególnie w zakończeniach mięśni brodawkowych lewej komórki. Przy badaniu drobnowidzowem znaleziono mięsień sercowy niekiedy niezmienionym, częściej jednak w mniejszym lub większym stopniu uległym tłuszczowemu zwyrodnieniu, które jednak prawie zawsze ograniczało się do warstw wewnętrznych, najbliższych wsierdza. Inne zmiany, znalezione przy oględzinach pośmiertnych, nie przedstawiają nic charakterystycznego dla tej postaci cierpienia serca.

W jaki sposób anatomicznie wytłómaczyć sobie przyrodę omawianego cierpienia, nad tem autor dłużej się zastanawia. Można by myśleć o zapaleniu mięśnia sercowego, sprowadzającym przerodzenie ściągiste, zwyrodnienie tłuszczowe i rozszerzenie serca. Lecz tak przebieg choroby, jako też zmiany anatomiczne, sprzeciwiają się takiemu pogładowi. Że zwyrodnienie tłuszczowe nie może być uważanem jako następstwo zapalenia mięśnia sercowego, o tem świadczy to, że niezawsze miało ono miejsce. Można by, zgodnie z Dusch'em, być skłonnym do przypuszczenia pewnej analogii między omawianem cierpieniem a postępującym zanikiem mięśni, lecz brak zmian anatomicznych, właściwych dla tego ostatniego cierpienia [włókna bowiem mięsne nie były zcieńczone], sprzeciwia się temu przypuszczeniu.

Autor tłómaczy sobie powstanie choroby przez nadmierne rozciągnięcie serca, jako worka mięśniowego. Tłómaczenie to wydaje się autorowi najprostszem i najprawdopodobniejszem, ponieważ za pomocą niego możemy z łatwością sobie wyjaśnić rozszerzenie serca, zmianę jego postaci, kuliste zaokrąglenie w okolicy wierzchołka, coraz bardziej zwiększającą się utratę zdolności zupełnego opróżnienia się. I możność powrotu nie nazbyt rozciągniętego serca do prawidłowej wielkości [tylko raz przez autora stwierdzone] tylko na tej drodze da się wytłómaczyć.

Jakkolwiek podobne tłómaczenie sposobu powstania cierpienia nie daje się na drodze doświadczalnej z całą stanowczością dowieść [nieliczne poszukiwania w tym kierunku przez PIRRES'a podjęte, nie dały stanowczych wyników], jednak przypuszczenie nadmiernego rozciągnięcia serca, jako przyczyny rozszerzenia serca, jest najprawdopodobniejszem. Z pomiędzy worków mięśniowych, pęcherz analogiczną przedstawia sprawę. Znane są przypadki, w których skutkiem zbyt długiego zatrzymania moczu, choćby jednorazowego, pęcherz nie tylko został rozciągniętym, lecz utracił zdolność zupełnego kurczenia się i opróżnienia.

Nadmierne rozciągnięcie worka sercowego wskutek wysiłków fizycznych nietrudnem jest do wytłómaczenia. Dowiedzionem bowiem jest, że skutkiem czynności mięśni, ciśnienie w tętnicach się zwiększa [TRAUBE]. Ciśnienie to może pod wpływem wysiłku do tego stopnia się zwiększyć, że w niektórych przypadkach, skutkiem nawału krwi do aorty, zastawki półksiężycowe mogą się przerwać; w innych znowu przypadkach ciśnienie w systemie aorty może nagle do tego stopnia się wzmódz, że lewa komórka nie jest w stanie go przezwyciężyć; kurczy się ona jeszcze, ale jest przeciążoną, musi się rozciągnąć, to jest uleść rozszerzeniu.

II. S y m p t o m o t o l o g j a. Autor najprzód rozbiera objawy końcowe choroby, stanowiące ostatni przedśmiertny jej okres. Zbiór objawów występujących tu, jest mniej więcej taki sam jak w wielu innych cierpieniach serca; odznacza się on coraz bardziej zwiększającym się osłabieniem mięśnia sercowego, znanem pod nazwą niedostateczności serca, *insufficiencia cordi, asystolie* Francuzów. Godnem jest jednak uwagi, że to osłabienie mięśnia sercowego, połączone ze słabem uderzeniem wierzchołkowem i słabem tętnem, jest w zajmującej nas sprawie chorobowej objawem dosyć wczesnie na pierwszy plan występującym. Trwanie tego okresu jest w ogóle długiem; niekiedy jednak trwa on bardzo krótko, i śmierć następuje prawie nagle. KREYSIG wspomina o przypadkach nagłej śmierci u młodych ludzi wskutek nadmiernego tańca, (¹⁾), a podobne spostrzegali CURSCHMAN i CORVISART. Tak szybko przebiegające, prawie nagle przypadki należą do rzadkości; najczęściej przebieg choroby jest przewlekłym, krócej lub dłużej trwającym.

W p r z e w l e k ł e j postaci, najczęściej się przytrafiającej (od 6 tygodni do wielu lat), zauważyć można dwa okresy, z których pierwszy, lżejszy odznacza się wystąpieniem zбоceń czynnościowych ze strony serca, drugi, cięższy ze zбоczeniami organicznymi—wyrażnem rozszerzeniem serca.

Objawy pierwszego okresu są z początku tak nieznaczne i tak powoli się rozwijają, że chory wcale na nie uwagi nie zwraca i tylko je sobie potem przypomina; najprzód dostrzega, że się łatwiej męczy aniżeli wprzód, nie może tyle co dawniej pracować, doznaje często utrudnionego oddechu i bicia serca, zresztą czuje się zupełnie dobrze; objawy te przy odpowiedniem zachowaniu się same przez się ustępują, gdy zaś przyczyna (wysiłki fizyczne) dalej trwa, wzmagają się, chory doznaje opisanych przypadłości w wyższym stopniu. W okresie tym przedmiotowo wykryć można następujące zmiany:

a) tętno jest częste, silniejsze i nieregularne, liczba uderzeń tętna podczas napadów duszności i bicia serca dochodzi 100 do 120. Ta nieregularność tętna, w połączeniu z powiększoną częstością, będąca objawem tak zwanego *delirium cordis*, jakkolwiek towarzyszy niekiedy i innym cierpieniom serca, jest jednak dla wysiłku serca prawie zjawiskiem stałem. b) Pierwszym objawem fizykalnym, jaki ze strony tego organu występuje, jest wzmocnienie uderzenia wierzchołkowego, które z początku cierpienia objawia się tylko podczas napadów, następnie staje się jednak trwałem, a dopiero w ostatnim okresie choroby ustępuje. Do wzmocnionego uderzenia wierzchołkowego dołącza się godny uwagi objaw, tak zwany szmer cwałujący lub rytm cwałujący (*Galoppgeräusch s. Gallopprhythmus*). Zjawisko to FRAENTZEL czyni zależnem od osłabienia serca; LEYDEN spostrzegał je zawsze przy rozszerzeniu i objaśnia nieregularnem kurczeniem się mięśnia lewej komórki. Zjawisko, w mowie będące, nie jest stałem, często na pewien czas lub zupełnie znika, nie jest też patognomonicznem dla tego cierpienia. c) W wyższym stopniu cierpienia objawy wymienione stają się wyraźniejszymi i przylącza się inny objaw, w nowszych czasach mało uwzględniany, choć dawniejszym lekarzom [SENAC, ALBERTINI, KREYSIG] dobrze znany, mianowicie tak zwane drżenie serca (*tremor cordis*), zależące od nadzwyczaj szybkiej czynności tego organu, która może być przytem zupełnie zresztą prawidłową.

Do objawów tych dołączają się w dalszym przebiegu choroby inne fizykalne zjawiska rozszerzenia serca, stanowiące okres drugi, niezawsze ostro odgraniczony od pierwszego.

Charakterystyczne dla okresu d r u g i e g o objawy są:

¹⁾ Podobny przypadek zdarzył się niedawno w Berlinie.

1. Rozszerzenie serca, dające się za pomocą opukiwania i obmacywania rozpoznać. Przy opukiwaniu wymiary tępości są powiększone, a przy obmacywaniu wyczuć można uderzenie wierzchołkowe w 5, 6 lub 7 międzyżebrowo na lewo od linii sutkowej, często w linii pachowej. Opukiwanie i obmacywanie, wzajemnie się dopełniając, dać nam mogą pojęcie o wielkości serca.

2. Wysłuchiwanie zwykle wykazuje czyste, głośnie i silne, niekiedy jednak słabe tony serca.

3. Zboczenia czynnościowe w tym okresie są mniej więcej takie same jak przy innych cierpieniach serca, połączonych z osłabieniem mięśnia sercowego, a zatem utrudnione oddechanie mogące dojść do *dyspnoe* i *orthopnoe*, ból w okolicy serca, osłabienie ogólne, objawy mózgowie (zawroty i omdlewania), niestrawność, zastoje i obrzęki.

III. Rokowanie i zejście. Rokowanie zależnem jest od okresu choroby. W pierwszym okresie nie jest ono niepomysłnem, gdyż przy odpowiedniem zachowaniu się, usunięciu szkodliwych przyczynowych, powrót do zdrowia jest możliwym; niekiedy jednak, pomimo najodpowiedniejszego zachowania się, cierpienie rozwija się i przechodzi w okres drugi. Rokowanie w tym okresie bardzo jest poważnem, zupełne wyzdrowienie jest niemożliwem, jednakowoż życie może być przez długi czas utrzymywane nawet w tych przypadkach, gdzie nastąpiły obrzęki. W ogólności rokowanie w tym okresie zależnem jest od stopnia rozszerzenia i osłabienia serca.

IV. Etiologia i powikłania. W przekonaniu LEYDEN'a omawiane cierpienie jest niewątpliwie następstwem wysiłków fizycznych. W jaki sposób ono się rozwija, nad tem wyżej zastanawialiśmy się. Autor przypomina jednak, że wysiłki fizyczne nie zawsze stanowią jedyną przyczynę, że i inne momenty etylogiczne przyłączać się mogą i to jako przyczyna pierwotna albo następcza, dająca pobudkę do szybszego rozwoju cierpienia już istniejącego. Autor spostrzegł chorych, z wadami zastawek dobrze wyrównanemi, u których dopiero pod wpływem wysiłków fizycznych i ztąd powstałego rozszerzenia, wyrównanie zostało naruszonem. Przypadki tego rodzaju zasługują na szczególną uwagę. Z momentów etylogicznych, które dołączając się do wysiłków fizycznych spowodzić mogą omawiane cierpienie serca, na uwagę, zasługują.

a) nadużycie wyskokowe;

b) otyłość [otłuszczenie serca]. Ludzie otyli w ogóle źle znoszą wszelkie wysiłki, łatwo też pod wpływem tychże ulegają cierpieniom serca. Należy to mieć, zdaniem autora, na względzie przy zalecaniu otyłym chodzenia po górach w celu odtłuszczenia. Tego rodzaju lecznicze doświadczenia muszą być z wszelką ostrożnością przeprowadzone jeśli nie mają przynieść szkody choremu;

c) przebyte ostre cierpienia nieraz spowodzają osłabienie serca, które pod wpływem wysiłków fizycznych łatwiej uleść może cierpieniu;

d) niedokrwistość i bladaczka;

e) wiek podeszły.

f) wpływy duchowe. Starzy lekarze twierdzili, że wpływy duchowe i namiętności, gniew, troska i zmartwienia, mogą stać się przyczyną cierpienia serca. Nowsza medycyna na ten moment etylogiczny prawie nie zwraca uwagi, a jednak każdy doświadczony lekarz przykłady podobne nieraz widywał. Autor sam miał sposobność widzieć pewną ilość podobnych przypadków, które tak pod względem symptomatologii jako też przebiegu wielce były podobne do przypadków powstałych skutkiem wysiłków fizycznych. Wpływy duchowe tem łatwiej oddziaływać będą na serce, gdy do nich dołączą się i inne momenty etylogiczne. Autor widywał tego rodzaju przypadki, że u żony pielęgnującej przez całe tygodnie i miesiące chorego męża lub też przeciwnie, pod wpływem trosk i wysiłków fizycznych rozwijało się rozszerzenie serca.

V. L e c z e n i e. Musi ono być w pierwszym okresie przyczynowem, t. j.

polegać na usunięciu wszelkich wysiłków fizycznych. Nie koniecznem jest leżenie w łóżku; dostatecznie będzie, gdy ciężko pracujący chory od takiej pracy się uwolni. W drugim okresie choroby, szczególnie podczas napadów i pogorszeń, dłuższe pozostawanie w łóżku jest koniecznem, dla skutecznego zwalczania groźnych objawów. Obok unikania wysiłków i zupełnego spokoju, postępowanie lecznicze zresztą będzie mniej więcej takim, jak w wielu innych cierpieniach serca, w których mamy do czynienia z osłabioną czynnością takowego; naparstnica jest tu głównym lekiem.

Autor krytycznie rozbiiera znaczenie wielu metod leczniczych, zalecanych szczególnie w ostatnich czasach przy chorobach serca, jak mięsienia, gimnastyki, kąpeli żelazistych, słonych zachwalanych przez SCHOLZ'a w Kudowie, GREDL'a i SCHOTT'a w Nauheim, metody OERTEL'a, [której widocznie nie jest zwolennikiem]; po szczegóły jednak zmuszeni jesteśmy odesłać czytelników do oryginału:

LEYDEN w końcu swej pracy podaje nadesłane mu przez DIECKENHORF'a profesora szkoły weterynaryi w Berlinie, notatki, dotyczące się cierpień serca u koni, w następstwie wysiłków fizycznych. Autor ten twierdzi, że i u koni pod wpływem wysiłków fizycznych najczęściej rozwija się rozszerzenie serca z następczym przerostem.

Feliks Arnstein.

Wiadomości bieżące.

Warszawa Pomocnikiem naczelnego lekarza szpitala Dzieciątka Jezus mianowany został D-r OBRĘBSKI dotychczasowy ordynator szpitala Ś-go Rocha.

Porządek dzienny posiedzenia klinicznego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego mającego się odbyć w dniu 9 Listopada 1886 r. o godz. 6 1/2 wieczorem.

I. ZAGÓRSKI. Przypadek torbieli jajnika, powikłany wypadnięciem macicy. Owaryjotomija. Demonstracja chorej i preparatu.

II. BIEGAŃSKI. Dwie operacje cięcia cesarskiego. Demonstracja preparatów.

III. JAWDYŃSKI. Sprawozdanie z wydawnictwa Pamiętnika Towarzystwa.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich.

Przegląd lekarski. Nr 44. KOPFF. W sprawie chłonięcia chlorku rtęciowego z rozczynu wodnego przez skórę. — BOGDAŃSKI. Dodatek do artykułu o szwie kostnym w przypadkach świeżego złamania rzepki.

NADESŁANO DO REDAKCYI:

RODZIEWICZ. K kazuistykę obrazowania moczopuzyrnych kamieni. [Odbitka: z „Ruskoj medicyny“.

OD REDAKCYI.

Czujemy się w obowiązku objaśnić czytelników, iż przypadek podwiązania tętnicy i żyły podobojczykowej, pomieszczony w notatkach lekarskich Nr. 43 Gaz. Lek. p. D-ra GABSZEWICZA — opisanym również został przez D-a WASILJEWA w języku rosyjskim i pomieszczonym w ostatnim zeszycie „Chirurgiczeskawe Wiestnika“.

Doktór Tymowski

Praktykuje jak zwykle w **San Remo**.

12—8

Dr. Z. Dobieszewski

Lekarz zdrojowy w Marienbadzie, autor dzieła: „Przewodnik do klimatycznego leczenia”; praktykować będzie w miesiącach zimowych

w Meranie.

12—6

Dr. Mieczysław Kittel

ordynuje od 15 Września do 1-go Maja w Meranie, Obermais, Walderhof.
od 1-go Maja do 15-go Września w Franzensbadzie, Schwarzes Ross. 6—5

Opuściła prasę odbitka ze „ZDROWIA“ p. t.

„PRAKTYKA SZCZEPIENIA OSPY OCHRONNEJ”

przez D-ra J. Polaka, zarządzającego instytutem szczepienia ospy ochronnej przy szpitalu Dzieciątka Jezus książka obejmuje 116 stron druku, form. 16-ki i opatrzona jest drzeworytami. Cena egz. 75 kop., z przesyłką 80 kop. 0—1

„SALOL“ (Salicylan fenilu)

najzupełniej czysty fabrykują

Dra F. von Heyden następcy, Redebeul pod Dreznem

Agent generalny Ludwik Freider w Warszawie

ulica Orła Nr. II nowy.

3—3

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wkrótce opuści prasę dzieło pod tytułem:

GRZYBKIE CHOROBY TWÓRCZE

napisał

Maryjan Jakowski,

b. asystent kliniki dyagnostycznej

Dzieło to zawiera 13½ arkuszy druku 7 tablic litograf. i rysunki w tekście.

Cena rs. 2 kop. 50, z przesyłką rs. 2 kop. 75.

Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej Marszałkowska Nr. 119.