

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

w Warszawie:	rocznie.....	rs. 5	na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką:	rocznie.....	rs. 6
	półrocznie.....	2 kop. 50		półrocznie.....	3
	kwartalnie.....	1 „ 25			

Redakcyja przy ulicy Marszałkowskiej, Nr. 45.

TREŚĆ: — Spostrzeżenia z kliniki położniczej warszawskiej. Zarośnięcie zupełne ust macicznych; utworzenie sztucznego otworu; poród ukończony siłami natury. Podał A. Thieme, Assystent tejże kliniki. — Przegląd literatury lekarskiej. Wykłady kliniczne. O leczeniu chirurgicznym wysięków oplucni, przez L. LICHTNERA. Tłumaczył Dr. T. Heiman (dokończenie). — Kazaistyka lekarska. Rozpoznanie zagadkowego przypadku posocznicy w poprzednim numerze opisanego. — Sprawozdania z posiedzeń towarzystw lekarskich. Towarzystwa francuzkie. Sprawozdawca Dr. G. Lewandowski z Radomia. — Kronika miejscowa. Obrona rozprawy na stopień Doktora Medycyny. Dr. Wolfring mianowany prywat-docentem oftalmologii. Dzień wręczenia albumu prof. Chałubińskiemu. — Nekrologia. S. p. Rompałski Jan. — Korrespondencyja Wydawcy. — Ogłoszenia.

SPOSTRZEŻENIA Z KLINIKI POŁOŻNICZEJ PROF. TYRCHOWSKIEGO.

Zarośnięcie zupełne ust macicznych (Atresia ostii uteri completa acquisita); utworzenie sztucznego otworu (Hysterotomia); poród ukończony siłami natury.

podał A. Thieme, Assystent tejże kliniki.

K. P. lat 36 licząca, zamężna, mieszkanka prowincyi, o ile zapamiętać może, zawsze była zdrową. Przed 13 laty poraz pierwszy zaszła w ciążę, a po dziewięciu miesiącach jej trwania, rozpoczął się poród długo, albowiem 2½ doby trwający i z takimi połączony trudnościami, że dopiero zapomocą kleszczy ukończonym został. Pomocy tej udzieliło rodzącą dwóch lekarzy, którzy prawie przez trzy godziny nad jej rozwiązaniem pracowali. Jakięby były trudności porodu i jaka przyczyna tak długiego jego trwania, objaśnić nie umie. Przypadek tak ciężkiego porodu względnie dość pomysłnym nazwać można; albowiem dziecko wydobyto pozornie tylko nieżywe i dotrzeźwiono je (w 3 dni potem zmarło), matka zaś, jakkolwiek przez pół roku prawie leżała w łóżku i ciężko chorowała na zapalenie, owrzodzenie ust naciecznych (według objaśnienia lekarzy) i ponawiające się krwotoki, stopniowo jednak przyszła do siebie i żadnych później nie doznawała przypadłości, któreby mogły wskazywać na pozostałe jakie szczególne cierpienie wewnętrznych części rodzajnych. Miesiączka przychodziła odtąd we właściwej porze raz na miesiąc, trwała dni pięć do sześciu i to w niewielkiej ilości, towarzyszył jej jednak ból krzyża dość silny; ostatnią miała w miesiącu Wrześniu roku 1871. Po tylu latach bezpłodnego pożycia, nie sądziła, aby zatrzymanie się miesiączki nową ciążę oznaczać miało; dopiero w kilka miesięcy widząc powiększającą się objętość brzucha i poczuwszy wyraźnie ruchy płodu (w m. Lutym), nie wąt-

pila już o stanie ciężarnym; ale wraz z pocieszającą nadzieją otrzymania potomka, wzbudziła się obawa porodu równie ciężkiego jak pierwszy. Myślą tą zaniepokojona udała się po radę do pobliskiego lekarza, który po zbadaniu oświadczył, że znajduje stan macicy nieprawidłowym i radzi jej na czas porodu udać się do Warszawy. W końcu m. Maja r. z. przedstawiła się prof. TYRCHOWSKIEMU, który znalazł u niej ciążę w końcu 8-go lub na początku 9-go miesiąca, brzuch mierniej objętości, ruchy dziecka wyraźne, a przy badaniu wewnętrznym w pochwie dość krótkiej dolny odcinek macicy wypełniony główką dziecka i opuszczony dość nisko. Pomimo najtroskliwszego badania nie znalazł ani części pochwowój, ani otworu ust macicznych, ani najmniejszego śladu, gdzieby ujście to znajdować się mogło. Grubość warstwy dolnego odcinka była jeszcze wtedy dość znaczną, mianowicie od przodu; główka dość ciężka, ale jeszcze unosić się dająca. Zbadanie to mogło być dopelnione z wszelką dokładnością, albowiem z powodu krótkości pochwy, wszystkie jej okolice były łatwo dostępne. Brzemienna czuła się w ogóle dobrze, lecz nie była w stanie przypomnieć sobie, czyli od czasu ostatniego zapłodnienia, miała jakie dolegliwości w częściach płciowych wewnętrznych. Prof. TYRCHOWSKI zalecił jej w chwili właściwej (dla odbycia porodu) przybyć do kliniki uniwersytetu, a nadto odesłał ją jeszcze do zbadania prof. GLISZYŃSKIEMU, który stan powyższy w zupełności potwierdził.

W d. 24 Czerwca 1872 r. rzeczona K. P. przybyła do kliniki połączniej oświadczać, że już od kilku godzin czuje kurczenia się macicy. K. P. jest wzrostu średniego (146 centim.) dość silnie zbudowana z muskulaturą średnio rozwiniętą, nachylenie miednicy umiarkowane, długość konjugaty zewnętrznej 20 centim., skrzydła kości biodrowych dość rozłożyste, brzuch powiększony postać ma podłużnie jajowatą, dno macicy na 3 palce poniżej wyrostka mieczykowatego; części drobne płodu w lewej stronie dna macicy, bicie serca płodu wyraźnie z prawej strony brzucha na 2 cale poniżej pępka, obwód brzucha (na cal pod pępkiem) 90 centim. Wchód do pochwy umiarkowanie między uda wsunięty, dość obszerny; pochwa obszerna, wilgotna lecz nie głęboka; posuwając palcem po kości krzyżowej dochodzi się bez znacznej trudności do tylnego sklepienia pochwy, z równą łatwością palec okrąża sklepienie z boków i z przodu; dolny odcinek macicy rozciągnięty i wypełniony dokładnie główką, dość nisko się opuszcza w próżnię miednicy, ściana jego jest tak cienką, że łatwo przez nią można rozróżnić szew strzałkowy, przebiegający w kierunku wymiaru ukośnego drugiego wchodu miednicy. Rozciągnięcie dolnego odcinka macicy najwyraźniejszym jest od tyłu, gdzie zaledwie dochodzi grubości papieru, daleko grubszy jest z przodu od kości łonowych, gdzie nawet tworzy rodzaj poprzecznie ułożonego fałdu. Pomimo ścisłego badania, na całym obszarze dolnego odcinka macicy, nie można było wynaleźć nic takiego, coby przedstawiało odległe chociaż podobieństwo do ujścia macicznego; wprawdzie w jednym miejscu prawie w środku można było wyczuć prążkę podłużnie przebiegającą (długość $1\frac{1}{2}$ centim.) wszakże tego nie można by-

ło przyjąć za miejsce otworu macicznego; pragnęliśmy dopomóc sobie zniwysłem wzroku i w tym celu wprowadziliśmy wzniernik dwulistny Ricord'a, wszakże oprócz ciemniejszego zabarwienia jakoby od podbiegnięcia krwi na nieznacznój przestrzeni, nie więcj określonego nie znaleźliśmy. Bóle porodowe były dosć natarczywe i rodzaca napierała.

Mieliśmy więc do czynienia z porodem czasowym, z położeniem czaszkowym, atoli nieprawidłowosć i przeszkodę porodu stanowiło zarośnięcie otworu ust macicznych, których weale wynaleźć nie można było. Silne kurezenie macicy, napierające główkę na coraz bardziej cieńcejący dolny odcinek macicy, dozwalały się spodziewać, że główka przeczwycięży przeszkodę i gwałtownym sposobem utoruje sobie drogę przez tylną część dolnego odcinka macicy. Był to jedyny pomysłny sposób wyjścia z tego nienormalnego położenia rzeczy,—szło jednakże przedewszystkiem o to, aby rozdarcie nastąpiło w części środkowój a nadto, aby przy przesuwaniu się przez powstały w ten sposób otwór części dziecka przodującej, rozdarcie macicy nie przybrało większych rozmiarów i nie przekroczyło granic sklepienia pochwowego. W tym tóż celu, najprzód zachloroformowano rodzacę, aby zmniejszyć natarczywosć bólów i powtóre: przez nacisnięcie palcem w miejscu najcieńszem i najbardziej wypukloném zrobiono otwór sztuczny w macicy. Do rozcieńczonego odcinka macicy tak ściśle przylegały osłony płodowe, że przez nacisk i te ostatnie równocześnie uszkodzone zostały, przyczém wypłynęło z otworu około $\frac{1}{2}$ kwaterki płynu jakby smolką zabarwionego. Obserwując dalszy przebieg porodu, można było zachować się biernie; albowiem, zapewne w skutek poprzedniego zachloroformowania, kurezenia macicy zwolniały, główka napierając na otwór palcem zrobiony, stopniowo go zwiększała, brzegi otworu zwolna jakby rozlazily się, stając się stopniowo chociaż nieregularnie grubszemi, a to w miarę ustępowania ich ku obwodowi miednicy. W ten sposób po upływie $1\frac{1}{2}$ godziny, główka wypełniła próżnię miednicy, przyczém utworzyło się niezbyt wielkie przedgłowie, przerznięcie się główki i urodzenie całego dziecięcia trwało zaledwie kilka minut. Urodzone dziecię płci męzkiej głośnym krzykiem oznajmiło swe na świat przyjsćie, było donoszone, wagi 2,900 gramów, długość 48 centim. obwód główki 31 cent. Po urodzeniu się dziecka macica trzymała się dosć wysoko, a gdy w dziesięć minut pojawiło się krwawienie wydobyto ręką łożysko, które chociaż już odklejone, w znacznej jednak części znajdowało się jeszcze w macicy. Dla lepszego skurezenia macicy podano 10 gran sporyszu (*Secale cornutum*) i zalecono chłodny okład na dolną okolice brzucha. Przy porodzie obecnymi także byli D-rowie Głisczyński i Rogowicz.

Połów odbył się pomyślnie, w pierwszych dwóch dniach położnica uskarżała się na ogólne osłabienie i bolesne chwilowe kurezenia macicy (rznięcie połogowe), to jednak po oczyszczeniu żołądka olejem rycinowym wkrótce ustąpiło. Macica zmniejszyła się stopniowo; odehody połogowe zrazu obfite i krwiste, późnij białe, w dzień wyjścia z kliniki były już bardzo skąpe, a stan ogólny tak pożądaný, że mogliśmy zadosć uczynić życzeniu położnicy, wypisując ją z kliniki wraz z dzieckiem w d. 8 Lipca, a zatém w 14 dni po porodzie.

Przed opuszczeniem kliniki zbadano jeszcze raz chorą i znaleziono: dolny odcinek macicy nieźle już sformowany i opuszczony w pochwę dość nisko, od przodu za kosciami łonowymi sfaldowanie poprzeczne, od tyłu zaś w bliskości sklepienia pochwy otwór podłużny w kierunku od przodu ku tyłowi, nierównomiernie ograniczony brzegami i prowadzący bezpośrednio do jamy macicy i tak obszerny że dwa palce mogły przezeń być przeprowadzone. Otwór sam i części przyległe nie miały ustroju przypominającego budowę szyi i kanału macicy. Był to więc otwór zrobiony sztucznie palcem w rozciągniętym dolnym odcinku macicy, przez który przesunęło się podczas porodu ciało dziecięcia. Jakież więc losy spotkały szyję maciczną i naturalne do macicy wejście, którego odnaleźć nie można? Prawdopodobem jest, że ciężki pierwszy poród $2\frac{1}{2}$ doby trwający, ciężka trzygodzinna operacja kleszczowa zrzuciły uszkodzenia i wywołały zapalenie tych części i owrzodzenia części pochwoj (o których rzeczywiście chora wspomina), których następstwem mogło być jej zniszczenie; pozostał jednak otwór, przez który przez lat 12 wypływała krewmiesiączkowa, a następnie odbyło się zapłodnienie; wszakże i ten otwór, lecz już w biegu ostatniej ciąży, uległ zamknięciu, a miejsca jego szukać by chyba należało w fałdzistym zgrubieniu znajdującym się za spojeniem łonowym. Być może, iż w skutek dalszej poporodowej redukcji, stosunkianatomiczne tych części stałyby się wyraźniejsze, być może że zbadanie w obecnym czasie dopełnione mogłoby nam lepiej te wątpliwości rozjaśnić,—dotąd atoli nie udało się nam spotkać z pacjentką, która, o ile wiadomo, wyjechała na prowincję.

Korzystając ze sposobności, zamierzam czytelnikom skreslić ogólny obraz i znane po dziś dzień wiadomości o zбочeniu porodowym, z jakim mieliśmy do czynienia w powyższym przytoczonym przypadku. W dzisiejszym stanie nauki klinicznie odróżniamy dwa rodzaje (formy) zarośnięcia ujścia macicznego jako zбочenia podczas porodu, mianowicie: *a*) właściwe jego zarośnięcie (*atresia ostii uterini proprie sic dicti*) i *b*) zalepienie jego (*conglutinatio orificii externi uteri*). Obie te formy wytwarzają się w przebiegu ciąży.

Właściwe zarośnięcie ujścia macicznego powstać może podczas ciąży w skutek zapalenia błony śluzowej wysięclającej kanał szyi macicznej, przy czem brzegi ujścia macicznego zupełnie zrastają się z sobą, a nawet w miarę rozszerzania się procesu zapalnego przyrastają do sąsiedniej ściany pochwy. Proces ów zapalny błony śluzowej szyi macicznej może być wywołany naruszeniem jej całości, przyżeganiem szyi macicznej, owrzodzeniami a jak niektórzy autorowie utrzymują chorobami zakaźnymi (?) jak ospa, szkarlatyna i t. p. Stosownie do natężenia przebiegłego procesu zapalnego i do czasu jego trwania, takie zarośnięcie ujścia macicznego może być niezupełne (*atresia incompleta*) albo zupełne (*atr. completa*). Stau ten ujścia macicznego podczas ciąży w wyjątkowych tylko razach bywa rozpoznawanym, podczas zaś porodu rozpoznaje się po następujących znakach; przednie sklepienie pochwy mo-

eno rozciągnięte i scieżone obniża się głęboko do próżni miednicy, ujście maciczne przedstawiające się w postaci twardej, bliznowatej nierówności na dolnym odcinku macicy, pomimo bardzo silnych i bolesnych bólów porodowych nigdy samo przez się nie roztwiera się. W razie nierozpoznania tego stanu, lub biernego zachowania się lekarza przy tém zbeczeniu, bóle porodowe które z początku były bardzo silne, stopniowo słabną i w końcu sprowadzają zupełne i ogólne wyczerpanie sił (*exhaustio virium*) rodzącej, albo też w razie nieustających gwałtownych kureżeń macicy, przychodzi do znacznego ugniecenia sąsiednich miękkich części, a w końcu do pęknięcia macicy. I tak: TREZEL ¹⁾, AMAND i MORLANE ²⁾, d'OUTREPONT ³⁾, WOLF ⁴⁾, i inni widzieli przy takiem zarosnięciu ujścia macicznego po kilkudniowej pracy porodowej, usiłującej nadaremnie roztworzyć ujście, następnie pęknięcie macicy (*ruptura uteri*). Takie silne zarosnięcie ujścia macicznego należy do nadzwyczaj rzadkich przypadków napotykaných w praktyce położniczej, a we wszystkich dotąd opisanych przypadkach zaszła potrzeba otwarcia sztuką ujścia zapomocą krwawej operacji dokonanej narzędziami ostremi, nożem lub nożyczkami (*hysterotomia*). Z 19 obserwacji przytoczonych szczegółowo przez CHURCHILL'A ⁵⁾ w rozdziale traktującym o zamknięciu ujścia macicznego, a w których to przypadkach wogóle uskuteczniiono hysterotomię, tylko 2 przypadki odnoszą się do takiego bliznowatego zarosnięcia ujścia macicznego. Prócz tych przypadków, o ile mogłem zebrać z dzieł, które posiadam, w literaturze znane są jeszcze następane przypadki tu odnoszące się: KILIAN'A ⁶⁾ jeden przypadek, THOMASA de CORRAL ⁷⁾, także jeden przypadek, DEPAUL'A ⁸⁾ trzy przypadki i COHNSTEIN'A ⁹⁾ jeden przypadek.

(Dok. nast.)

PRZEGLĄD LITERATURY LEKARSKIEJ.

WYKŁADY KLINICZNE

O leczeniu chirurgicznem wysięków opłucni.

wykład D-ra Ludwika Lichtheim'a w Halli. Spolszczył Dr. Teodor Heiman.

(Dokończenie. Zobacz Nr. 4 i 5.)

Zachodzi pytanie, jak długo czekać winniśmy na wchłonięcie dobrowolne wysięku i kiedy mamy się zdecydować na operację? Zależy to

¹⁾ Historia partus impediti. Altdorf 1761.

²⁾ Journal d'accouchements Vol. 1 str. 282.

³⁾ Abhandlungen d'Outrepoint'a Bd. I str. 276.

⁴⁾ Berl. Centralzeitung 1836 Nr. 38.

⁵⁾ Traité pratique des maladies des femmes par CHURCHILL traduit de l'anglais etc. Paris. 1866 str. 179—188.

⁶⁾ De perfecta uteri gravidi atresia. NOISTEN. Dissertatio. Bonn 1831

⁷⁾ Journal de chirurgie 1845 t. III str. 216.

⁸⁾ Traité complet d'accouchements par. M. JOULIN. Paris 1867 str. 850.

⁹⁾ Ein Fall von Atresia orific. uteri. Berl. klin. Wochenschr. 1866 str. 468.

przedewszystkiem od obfitosci wysięku. Wylewy małe ulegają wchłonięciu prawie bez wyjątku, nawet gdy takowe opóźnia się cokolwiek. W tym razie można spokojnie przez czas dłuższy czekać na wchłonięcie, gdyż przy małej ilości płynu płuco bywa niewiele ucisnięte, a nieznaczne przemieszczenie narządów sąsiednich nie wywiera prawie żadnego wpływu na ustrój. Inaczej rzecz się ma z wysiękami wielkimi. Wprawdzie jak wyżej wspomnieliśmy i takie mogą niespodzianie po dłuższem trwaniu uleść wchłonięciu, na to jednak z pewnością liczyć nie możemy. Z drugiej zaś strony każdy dzień dłuższego trwania choroby czyni wyniki operacyi gorzszemi. Im dłużej był ucisnięty miąższ płucny, im więcej narządy przemieszczone usadowiły się w swém nowém położeniu, tém mniej mamy widoków, że po wypuszczeniu płynu płuco napowrót się rozszerzy i tém trudniej narządy sąsiednie zajmują swe pierwotne pomieszczenie. Dla tych powodów nie należy w podobnych przypadkach czekać długo na wchłonięcie. Skoro tylko nie ma widocznych oznak chłonięcia w pierwszych dwóch tygodniach po przejściu objawów zapalnych, należy płyn wypuścić. Daleko mniej zaszkodzi, gdy operacyję wykonamy zawczasie, aniżeli odkładając ją zadługo.

Przez operacyję usuwamy wprawdzie wytwory chorobowe, nie zaś chorobę, która gdy pozostanie, da początek nowemu wysiękowi. Z tego wynika, że powinniśmy operować po przejściu sprawy zapalnej. Lecz znaki, po których wnioskujemy o zniknięciu jej są niestety po większej części zwoźnicze i w części tylko dają się użytkować do naszego celu. Póki wysięk powiększa się możemy przyjąć z pewnością, że zapalenie trwa, a wówczas wypuszczony płyn bezwarunkowo na nowo się wytworzy. Przy wysięku wzrastającym przystępujemy do operacyi jedynie wtenczas, gdy zmuszą nas do tego objawy duszności. Lecz gdy wysięk dosięga pewnej wysokości i wywiera pewne ciśnienie na swoje otoczenie (ściany), wówczas nie powiększa się pomimo zapalenia. Pozostawianie jego na pewnej wysokości nie jest zatem znakiem pewnym przejścia sprawy zapalnej i musimy zwrócić uwagę na inne objawy. Ból — tak klócie w boku, jak i czułość odstępów międzyżebrowych na ucisk — gdzie istnieje, jest dowodem trwającego zapalenia, nie można atoli wnosić o przejściu zapalenia, gdy nie ma tego objawu. Mamy zresztą wiele przypadków zapalenia opłucni, przebiegających zupełnie bez bólu, i te przeważnie, najłatwiej i najczęściej kończą się wchłonięciem. Nawet w przypadkach zapalenia opłucni rozpoczynających się silnemi bólami, takowe wkrótce ustają, — nie będąc bynajmniej zwiastunami polepszenia — i to tém wczesniej, im obfitszy jest wysięk. To samo cośmy powiedzieli o bólu odnosi się także do gorączki. Przy gorączce ciągłej można przyjąć że zapalenie trwa jeszcze, bynajmniej zaś odwrotnie. Przy istniejącej gorączce nie da się z góry powiedzieć, czy przekłócie będzie bezskuteczne i czy wysięk na nowo powstanie; znane są bowiem wypadki i ja sam zauważyłem wiele podobnych przykładów, gdzie przekłócie wykonane podczas okresu gorączkowego zostało uwiecznione najpomyślniejszym skutkiem. Płyn nie gromadził się więcej, ciepłota zaś wracała stopniowo do prawidłowej. Nie można rozstrzygnąć, czy w podobnych razach zapalenie pozostaje, a znika tylko skłonność do wydzielania większej ilości płynu, czy też i samo zapalenie ustępuje, a gorączka od innych przyczyn zależy.

Leczenie wysięków opłucni na drodze operacyjnej jest przeciwwskazane w suchotach płucnych i zapaleniu przewłokłym nerek. W tych cierpieniach płyn bardzo prawdopodobnie na nowo powstanie i zmuszeni będziemy powtórzyć operacyję. Nie widzimy potrzeby dowodzić, jak szkodliwie tak znaczne utraty białka działają na chorych i dla tego chwilowa

ulga po przekłóciu ma znaczenie bardzo podrzędne i powinna być pominięta. W podobnych razach przystąpiły do operacji jedynie przy objawach groźących uduszeniem.

Rozważywszy to wszystko możemy dotąd powiedzieć, wynika, że: gdy u człowieka zresztą zdrowego rozwinię się obfity wysięk w jamie opłucni i takowy w pierwszych dwóch tygodniach po ustaniu bólów i gorączki nie powiększy się, ale i nie zmniejszy, należy takowy oddalić na drodze operacyjnej.

Sposób wykonania operacji jest jedyny i powszechnie przyjęty. Wypuszczamy płyn zapomocą przekłócia, tamując dostęp powietrza do jamy opłucni. Ostatnia ostrożność jest niezbędnym warunkiem przy wydalaniu wysięków nierównych. W przeciwnym razie, skoro tylko wyplynie tyle wysięku, że ciśnienie wewnątrz jamy wyrówna ciśnieniu powietrza, to przy wydechnaniu będzie jeszcze występował płyn, przy wdychaniu zaś wstąpi powietrze. Po dostaniu się jego do klatki piersiowej, rozwija się w krótkim czasie ropienie, a raczej pneumopyothorax. Wstąpienie przypadkowe bardzo małej ilości pęcherzyków powietrznych nie ma znaczenia i pozostaje bez następstw.

Dla uniknięcia dostępu powietrza wymyślono wielką liczbę rozmaitych przyrządów. Nie możemy rozstrzygnąć, który z nich jest najlepszy i czy w ogóle odpowiadają one swemu celowi. Można je podzielić na dwie grupy. Do pierwszej należą klapy złączone z trójgranicem, pozwalające odpływać wysiękowi, a tamujące wstęp powietrza. Przyrząd taki najłatwiej można przygotować sobie, gdy przywiązemy do rurki trójgranicca kawałek kieszki i takową zwilżymy. Przy wdychaniu kieszka zostaje wciągnięta w rurkę i przeszkadza tym sposobem wejściu powietrza, podczas gdy przy wydechnaniu płyn swobodnie odchodzi może. Dobrze jest przytém zamknąć rurkę za pomocą kurka, ponieważ łatwo zdarzyć się może, że po wyjściu trójgranicca powietrze wjdzie wprzód nim kieszka obejmiemy na otworze rurki. W większej liczbie przypadków jest to niemożliwem, ponieważ zaraz po przekłóciu płyn wydala się ciągłym strumieniem z powodu znacznego ciśnienia wysięku. Są jednakże wysięki opłucni przy których pomimo znacznego rozszerzenia odpowiedniej połowy klatki piersiowej i pomimo przemieszczenia narządów, w chwili wyciągania sztyletu wpada powietrze, zamiast wydalania się płynu. Naturalnie, że w podobnych razach ciśnienie wewnątrz-klatkowe nie może być większe od ciśnienia atmosferycznego i musimy przyjąć, że żebra i narządy sąsiednie, patologiczne swe położenie przyjęły niejako za normalne i jama opłucni ze swą nadmierną zawartością ułożyła się niejako do równowagi. Drugą grupę przyrządów stanowią te, przy których wysięk odpływa pod powierzchnią innego płynu. Tu zasługuje na uwagę przyrząd korytkowy SCHUI'A. Składa on się z małego korytka przymocowanego do rurki trójgranicowej. Ta ostatnia otworem zewnętrznym przylega do dna korytka, podczas gdy otwór wewnętrzny umieszczamy jak najwyżej. Przez to przy każdym wdychaniu płyn z korytka zostaje wciągnięty w jamę opłucni. Ponieważ korytko jest bardzo małe, może przy silnem wdychaniu cały płyn wstąpić w klatkę piersiową a za nim i powietrze, ażeby temu zapobiedz, umieszczamy klapę przed otworem rurki trójgranicowej. Można się jeszcze prosić urządzić, jeśli według PIORRY'EGO, rurkę trójgranicca połączymy z rurką kauczukową, której drugi koniec zanurzony jest w naczyniu napełnionem wodą.

W zupełnie podobny sposób tamuje się dostęp powietrza, gdy wykonywamy przekłócie podczas przebywania chorego w letniej kąpieli; jedna wszakże okoliczność zasługuje tu na bliższe rozpatrzenie. W kąpieli mięsza się stosunkowo mała ilość wysięku z wielką ilością wody; powietrze nie ma do-

stepu, a natomiast przy każdym wdęchaniu wchodzi do klatki piersiowej pewna ilość wody, przy wydęchaniu zaś wystąpi pewna ilość wysięku. Wyżej wspomniane postępowanie PRORRY'EGO różni się od tego ostatniego tem, że przy nim mała ilość wody w stosunku do wychodzącego wysięku zaledwie może być wzięta w rachubę, tak, że plyn wdęchany nie różni się prawie od wydęchanego. Dla tych to właśnie powodów zalecano przekłócić w kąpieli. Mówiąc o momentach opóźniających wehlonienie wspomnieliśmy także i o gęstości wysięku, to przy przekłóceniu powinniśmy się starać wypuścić go zupełnie, lub też zastąpić go plynem łatwo przesiąkającym. Całkowite wypuszczenie wysięku bez dostępu powietrza jest niemożliwe, może on się wydalić tylko o tyle, o ile przestrzeń przez niego zajmowana wypełniona zostanie napowrót przez rozszerzające się płuco i narządy sąsiednie wracające do położenia prawidłowego. O wypróżnieniu całkowitem można by zatem myśleć tylko wtenczas, gdyby podczas przekłócenia płuco rozszerzyło się tak dalece, iżby przyjęło pierwotne swe wymiary, lub też w razie niezupełnego wypełnienia niem klatki piersiowej, gdyby takowa chwilowo się zapadła i wraz z powrotem do stanu prawidłowego narządów sąsiednich przywróciła niejako równowagę. Wszystko to mogłoby atoli nastąpić wówczas tylko, gdybyśmy byli w stanie wywrzcić silne ciśnienie ujemne na wewnętrzną powierzchnię jamy oplucni, a i wtenczas nawet musielibyśmy pozostawić wielką ilość plynu, ażeby ciśnienie nie przeszło pewnych granic. Starano się przeto pozostały wysięk wypędzić zapomocą wody, lub słabego roztworu soli kuchennej. Pierwszy HOPPE-SEILER wpadł na tę myśl i radzi, ażeby po wypuszczeniu plynu o ile to tylko jest możebnem, rurkę trójgraniczną zapomocą rurki gummowej połączyć z naczyniem napełnionem wodą i kazać choremu wdęchać wodę. Taki sam skutek otrzymujemy, gdy robimy przekłócić w kąpieli; przy silnem wdęchaniu i wydęchaniu udaje się plyn pozostający w klatce piersiowej zaakomicie rozcieńczyć. Pomimo to postępowania tego zalecić nie mogę. Nie jest bowiem dowiedzionem, czy tak zmieniona operacja daje lepsze wyniki, niż przekłócić zwyczajne, jest zaś bezwzględnie niebezpieczniejszą od tego ostatniego. Zauważono wiele przypadków, gdzie po tak zmodyfikowanym przekłóceniu nastąpiło spoczenie zawartości klatki piersiowej i pyopneumothorax. Nawet przypadek w ten sposób operowany przez SEILERA, lubo ukończył się pomyslnie, atoli nie bez silnego odczynu (*reactio*) gorączkowego. W ogóle postępowanie HOPPE-SEILERA jest nieuzasadnionem, gdy się zastanowimy nad przebiegiem zwyczajnych przekłóć. Jeśli po wykonanem przekłóceniu plyn nie nagromadzi się powtórnie, to brak chłonięcia pozostałej ilości wysięku należy do największych rzadkości. Można zatem przyjąć, że przeszkodą najważniejszą dla wehlonienia wysięku nie jest gęstość plynu, ale ilość jego i ciśnienie jakie wywiera na sciany klatki piersiowej, zatem ażeby przekłócić nie pozostało bez skutku i plyn nie nagromadził się powtórnie, nie powinniśmy na nowo wywoływać zapalenia. Skoro zaś chory wciągać będzie wodę lub roztwór soli kuchennej, plyn w każdym razie nicobojetne dla oplucni i drażniące ją więcej niż sam wysięk, podobniejszy do surowicy krwi niż owe plyn, to łatwo może na nowo wystąpić zapalenie. Dla tych samych powodów powinno także być zaniechane forsowne wypuszczenie wysięku zapomocą przyrządów ssących. Sposób ten próbowany przez GUERINA został przyjęty w nowszych czasach a to w celu wywołania ciśnienia ujemnego i zmuszenia przez to płuca do rozszerzenia się. Powrót płuca do wymiarów prawidłowych nastąpi z pewnością we wszystkich tych wypadkach, gdy ono jest jeszcze rozszerzalne i gdy wielka ilość wysięku nie ulegająca wehlonieniu nie stawa temu na przeszkodzie. Przez to postępowanie można zatem w przypadkach pomyslnych najwyżej skrócić okres gojenia. Że przytém wydala się cokolwiek więcej plynu, nie stanowi to jeszcze

tak wielkiej korzyści według tego cośmy wyżej powiedzieli i nie wyrównywa niebezpieczeństwu wywołanemu ciśnieniem ujemnym spowodującym gwałtowne rozszerzenie płuca i przepełnienie naczyń krwionośnych. Wypuszczamy przeto płynu tyle, ile na to zezwala samowolne rozszerzenie się płuca i przesunięcie się narządów przemieszczonych. Skoro tylko odpływ zatrzymuje się, należy rurkę wyciągnąć.

Im cieńszego kalibru jest trójgraniec, tym mniejsze będzie podrażnienie wywołane raną i tym powolniej oswoodzi się jama opłucni od ucisku wewnętrznego. Przy wysiękach bardzo obfitych, wypuszczanie zapomocą trójgrania próbnego jest bardzo zmusne i dla tego można użyć narzędzia grubszego kalibru. Im takowe jest grubsze, tym częściej należy zatrzymywać odpływ. Przy zaniedbaniu tej ostrożności ulegają łatwo pęknięciu cienkościenne naczynia nowo-wytworzonej tkanki łącznej i krwawe zabarwienie płynu powinno operatora dostatecznie przestrzedz.

Co się tyczy miejsca operowania i tutaj również niewiele zależy na wyborze punktu najmniej położonego. Nie biorąc zbyt wysokiego odstępu międzyżebrowego, rurka zawsze po dokonaniu nakłócia będzie użyć od poziomu płynu. Do przekłócia obieram zwykle to samo miejsce, jak do przecięcia.

Operacja jest nadzwyczaj łatwa, szczególnie przypadłości są nader rzadkie. Gdy opłucnia żebrowa jest bardzo zgrubiała, zdarzyć się może, co i mnie się raz przytrafiło, że takowej nie przebijemy, przez co po wycięciu sztyletu, płyn nie występuje. Skoro jesteśmy pewni naszego rozpoznania, wsuwamy sztylet napowrót w rurkę i przebijamy tkanki dopóty, dopóki nie napotykamy na znacznie zmniejszony opór. Jeśli po wyciągnięciu sztyletu ukazuje się niespodzianie ropa, uczynimy najlepiej, gdy odpływ zatrzymamy i przystąpimy natychmiast do przecięcia. Wysięk krwawy jest zawsze objawem bardzo niepomyślnym, istnieje bowiem w ogóle przy gruźlkach i raku opłucni. Tutaj także najwłaściwiej będzie powstrzymać odpływ, chyba że groźne objawy duszności wymagają zmniejszenia zawartości klatki piersiowej. Zemdlenia pokonywają się ułożeniem poziomym i dostarczeniem wina. Skoro płyn w takiej ilości wypłynął, że płuco zaczyna się znowu rozszerzać, wówczas skutkiem drażnienia pęcherzyków płucnych i drobnych oskrzeli wchodzącym powietrzem powstaje kaszel uparty i bardzo męczący. Można go znakomicie złagodzić przez zastrzyknięcie podskórne morfiny przed operacją; zupełnie usunąć go nie można. Po wycięciu rurki opatrunek jest zbyt czyny, rana zalepia się kawalkiem angielskiego plasterka; goi się zawsze przez bezpośrednie zabliźnienie (*per primam inten.*). Stan chorego polepsza się bez wyjątku i poprawa jest widoczną nawet wtenczas, gdy objawy trudnego oddychania były nieznaczne. W pierwszych dniach po operacji chory powinien pozostawać w łóżku; pożywienie uszczuplamy tylko w razie gorączki.

W wypadkach pomyślnych ciepłota ciała po operacji nie podnosi się. Jeśli chory był wolny od gorączki przed operacją, to i po niej takowa nie występuje, gdy zaś przedtem istniała, to bynajmniej potem nie podnosi się. Powierzchnia płynu podnosi się zwykle w pierwszych dniach po operacji, nawet w wypadkach kończących się szybkim wchłonięciem resztek wysięku. Czasem jest to tylko pozorne i zostaje wywołane powrotem narządów przemieszczonych do położenia prawidłowego; niezawsze jednak ma to miejsce. Podnoszenie się płynu trwa tylko przez kilka dni, wkrótce przy powiększonej znacznie ilości moczu następuje wchłonięcie.

W wypadkach niepomyślnych nie napotykamy także zbyt silnego odczynu gorączkowego po operacji. Odróżniają się one od pomyślnie przebiegających, że podnoszenie się płynu trwa ciągle, i takowy w krótkim czasie dochodzi do dawnej wysokości. Nie powinniśmy się wówczas bardzo

śpieszyć z powtórzeniem przekłócia; w czym jednak napotykały znaczne trudności, gdyż chorzy doznawszy chwilowej ulgi po pierwszym przekłóciu, domagają się koniecznie powtórzenia operacji.

Wypadki, w których po przekłóciu nastąpiło ostre przejście wysięku w ropę, należące zresztą do rzadkości, odznaczają się silnemi objawami gorączkowemi zaraz po operacji. Zresztą ropienie zdradza się objawami opisanemi przy wysięku ropnym (*empyema*) i wymaga naturalnie takiego samego leczenia.

KAZUISTYKA LEKARSKA.

Rozpoznanie zagadkowego przypadku posocznicy (septicaemia).

W N-rze 5-tym „Medycyny” autor artykułu pod nazwą: „*Septicaemia consecutiva post fulminantem neoplasmatis ramolitionem, traumate provocatam? Metritis acutissima? septica? gangrena uteri non puerperalis?*”, kończy takowy wyrazami: „O rozpoznanie proszę.” Czyniąc zadość prośbie jego skreśliliśmy niniejsze zapatrywanie się nasze.

Tak z zakończenia jak i ze znaków zapytania pomieszczonych w tytule, widzimy, że autor poczytuje swoje rozpoznanie za wątpliwe, z czym się też zupełnie zgadzamy. Żałować przytém należy, że rozpoznanie to chociaż wątpliwe, nie jest oparte na żadnym racjonalnym wywodzie, w całym bowiem artykule spotykamy się jedynie z opisem objawów chorobowych i krótką wzmianką o leczeniu, nigdzie zaś z poglądem samego autora na znaczenie wszystkich objawów chorobowych. W tém też może i szukać należy przyczyny niepewności rozpoznania.

Co do nas wczytując się w opis tego przypadku przychodzimy do wniosków zupełnie przeciwnych niż wnioski autora, pytamy bowiem czy może być mowa: o septicemii wywołanej szybkim rozpadem nowotworu, tam gdzie nie znajdujemy żadnego dowodu na istnienie nowotworu? czy może być mowa o posokowatym zapaleniu macicy i o jej gangrenie tam gdzie autor powiada, że na 10-y dzień choroby: „usta zewnętrzne macicy w postaci poprzecznej bruzdy były zamknięte.” (Str. 75 w. 14 od dołu)? Ale nie uprzedzając ostatecznego naszego wyводу przejdźmy do szczegółów.

Z początku autor przytacza krótkie szczegóły z poprzedniego życia chorąg, mianowicie, że w ogóle była zdrową, rodziła pomyślnie 5 razy i że od 2-eh lat doznawała dosyć obfitego białego odpływu z części pleciowych i dolegliwości przed miesiączką, która zawsze regularnie się odbywała, że zasięgała porady lekarzy w Warszawie, którzy przepisali jej jedynie pigułki żelazne. Oto są dane, na których jak się domyślamy, autor buduje całe swe przypuszczenie istnienia nowotworu, którego rozpad spowodował septicemję i śmierć. W dalszym ciągu wprawdzie przytaczając rezultaty sledzenia 3-o i 10-o dnia choroby, autor mówi, że objętość macicy cokolwiek powiększona, część pochwowa obrzmiała i bolesna, ale gładka. Wszystko to jednak zdarzać się może i przy innych chorobach macicy i narządów ją otaczających i zupełnie nie przemawia za nowotworem którego istnienie, zdaniem naszym, należy zupełnie odrzucić, a to z następujących powodów. Nowotwór przez ciąg dwóch lat istnienia, mógłby dojść do znacznej objętości i powiększenie objętości macicy powinno być w takim stopniu, że ta z łatwością dała by się wymacać przez ściany brzuszne jako guz dosyć znacznych rozmiarów. Przypuszczać zaś by należało istnienie nowotworu

znacznych rozmiarów dla tego: że tylko nowotwory szybko rosnące i nie twardziej konsystencyi mogą podlegać prędkiemu sposoczeniu. Oprócz tego nie mamy w danym przypadku żadnych innych objawów towarzyszących rozwojowi nowotworu, ani bólów, ani zaburzeń w miesiączkowaniu, a nawet znajdujemy wzmiankę, że miesiączka zawsze regularnie przychodziła. Odrzucając więc samo istnienie nowotworu nie potrzebujemy nawet wspominać, że odrzucamy zdanie jakoby sposoczenie jego miało być przyczyną choroby. Zresztą przypuściwszy nawet pierwsze, jeszcze można odrzucić drugie, sposoczenie bowiem guza następuje zwykle albo w skutek silnego ucisku wywieranego nań z zewnątrz w skutek przeszkód mechanicznych niedozwalających mu się powiększać, albo też jeśli rozwój jego tak szybko postępuje, że nowo powstające elementa tkankowe same na siebie ucisk wywierają przez co odżywianie ich upada i następuje rozpad poczynający się od wewnątrz. Często także obserwujemy rozpad nowotworu przy częściowem jego wycinaniu, a szczególnie w nakłówaniu, jak np. przy użyciu akidopeirastiki dla rozpoznania. W danym przypadku żadnego z tych trzech momentów nie obserwowano, a przyczyny choroby jakie autor podaje, dadzą się wytłumaczyć daleko stosowniej i prawdopodobniej w inny sposób.

Odrzucając jednak te przypuszczenia autora co do natury cierpienia, zgadzamy się z nim co do siedliska to jest, że punktem wyjścia były wewnętrzne części płciowe, dalej zaś badając przyczyny, sposób rozwoju choroby, znaczenie pojedynczych objawów i szczególnie wyniki sledzenia wewnętrznego, łatwo przyjdziemy do wniosku, że autor wpowyższym przypadku miał do czynienia z krwistekiem okołomacicznym (*haematocoele periuterina*) o dosyć typowym przebiegu, który po kolei postaramy się objaśnić. I tak:

Chora, na kilka dni przed początkiem choroby, tańczyła całą noc, z wielkiem zmęczeniem, mając już od kilku dni obfitą miesiączkę. Naza-jutrz odpływ miesiączkowy wstrzymał się, ale niedługo potem pojawił się i ustał zupełnie na drugi dzień, poczem chorarwybrała się w długą i niewygodną podróż, żywiła się niestrawnymi pokamami i napojami, przyczem spotykamy wzmiankę: *Coitus vehementer et nimis saepe. repetitus*. Podobneokoliczności jak silne ruchy i zmęczenie w czasie trwającej miesiączki (tańce, podróż) oraz zbyt często i gwałtownie powtarzane spółkowanie, prawie nieodstępnie towarzyszą powstawaniu krwisteku okolomacicznego. Jako też zaraz na drugi dzień podróży spotykamy u chorój: gwałtowne dreszcze, nudności, zemdlenia, ból głowy etc., co powtarzało się kilka razy w podróży, a po powrocie do domu następnego dnia mamy ciągle napady dreszczów trzęsienie, nudności poprzedzone wielką trwogą, wymioty, drgawki, a następnie czkawka, oraz bolesność brzucha całego, a szczególnie dolnej jego okolicy; z miejscowych zaś objawów zatrzymanie moczu i stolca, sluzowy odpływ z pochwy, obrzmienie (jak się autor wyraża) sklepienia całej górnej połowy pochwy i części pochwowój macicy; obrzmienie to gładkie, ale bolesne, konsystencyja znacznie powiększona szczególnie po stronie prawej. Wszystkie te objawy naocznie prawie przekonują nas o istnieniu krwisteku okolo macicznego i o rozwijającym się częściowem, a może nawet i ogólnem zapaleniu otrzewni, jeśli jeszcze dodamy ciągłą i ciągle zwiększającą się gorączkę, dochodzącą niekiedy (jak można się przekonać z dołączonych spostrzeżeń nad temperaturą bardzo często mierzoną) do 41,5°C. nawet do 41,8°C. Że zaś wyłączyć możemy w danym przypadku zapalenie tkanki łącznej okolo macicy (*Perimetritis*, a podług niektórych *Phlegmone periuterinum*), na to mamy dowody z następujących potem objawów.

Badanie wewnętrzne wykazało 10-o dnia choroby, kiedy chora skar-

żyła się ciągle na przykre uczucie w pochwie i dolnej części brzucha, bardzo wielkie obrzmienie, szczególnie przedniej i górnej połowy pochwy i części pochwowój macicy. Cała górna połowa pochwy była wypelniona dwiema kulistemi fałdami stykającemi się z sobą, bardzo bolesnem i na dotknięcie i niedozwalającemi na ścisłe zbadanie sklepienia pochwy. Ujście maciczne zewnętrzne w postaci brzozy poprzecznej zamknięte. Powierzchnia części obrzmiątych wszędzie gładka i bolesna, temperatura podniesiona. Odpływ obfity, szaro-różowy z domieszką zupełnie ciemnych zmienionych strzępków skrzepłej krwi. We dwa dni potem odpływ stał się posokowaty i nadzwyczaj cuchnący, warga większa prawa obrzmiąta i była bolesną, na błonie śluzowój pochwy potworzyły się plamy szare, dające początek owrzodzeniom. Stan ogólny coraz gorszy, temperatura wysoka, ciągle odbijanie, czkawka, upadek sił i wśród takich objawów nastąpiła śmierć 15-go dnia od początku choroby.

Wszystkie wyżej przytoczone objawy potwierdzają nasze pierwotne przypuszczenie, że istotą choroby był tu krwistek okołomaciczny, a krew wylana w tkankę łączną okołomaciczną, a może i w jamę otrzewni z początku tworzyła wypuklenie ścian pochwy znacznej konsystencyi, w miarę jednak jak coraz bardziej ulegała rozpadowi, konsystencyja się zmniejszała, części sąsiednie w skutek drażnienia produktami rozpadu przechodziły w zapalenie, które od samego początku objawiło się na otrzewni otaczającej. Przy wyłączeniu zapalenia tkanki łącznej okołomacicznej opieramy się na tém, że skoro rozpad doszedł do tego stopnia, że prawdopodobnie nastąpiło przecięcie ściany pochwy i produktu rozpadu mogły już odpływać przez pochwę, wtedy łatwo w nich było dostrzedz zmienione strzępki rozpadających się skrzepów krwi.

Istnienie septicaemii w danym przypadku nie podlega wątpliwości; na istnienie jednak *metritidis acutissimae septicae* nie mamy żadnych dowodów, z macicy bowiem jak sam autor powiada nie wydzielaly się żadne posokowate odchody, gdyż ujście jej było zamknięte. Jeżeli macica cierpiała to jedynie *per contiguitatem* z powodu rozkładu wynaczynionój krwi na około dolnej jej części.

Badania temperatury w danym przypadku bardzo często powtarzano, życzyby należało, aby zwyż ten coraz więcej wchodził w użycie, szkoda tylko, że w danym przypadku nie przyczyniły się do rozjaśnienia dyagnozy i że nie są objaśnione. Widzimy bowiem, że codziennie miały miejsce znaczne wahania temperatury dochodzące do 2°C., a nawet wyżej, nie wiemy czy wpływ ten należy przypisać zimnym kąpielom, gdyż autor wspomina, że 13-o dnia choroby zimna kąpiel wcale nie wywarła wpływu, a jednak dnia tego różnica między cyframi temperatury są 0,7°C.—1,3°C.—1,6°C. Około dnia tego także autor wspomina, że nie może być mowy o wprowadzeniu wziernika, na to się zgadzamy; ale należało go użyć wcześniej, na początku choroby, a udałoby się zobaczyć granatowe zabarwienie błony śluzowój pochwy, tak charakterystyczne dla krwisteku okołomacicznego.

Taki jest nasz pogląd na opisany przypadek i niewątpimy, że autor przypomniawszy sobie wiele szczegółów obserwacyi zgodzi się na nasze rozpoznanie.

SPRAWOZDANIA Z POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Towarzystwa francuzkie.

Sprawozdawca Dr. **Gustaw Lewandowski**, praktykujący w m. Radomiu.

Akademia nauk ścisłych. Prof. BOUCHUT przedstawił Akademii nauk nowe poszukiwania odnoszące się do błonicy (*diphtheritis*) i dławca (krup). Stwierdzają one: 1^o Brak czucia w skórze, które autor zauważył jeszcze w r. 1858, a którego pojawienie się pozwala rozróżnić przejście dławca z drugiego okresu w trzeci. Jeśli brak czucia jest zupełny, dowodzi on najwyższego stopnia zaduszenia (*asphyxio*). Brak czucia pochodzi, jak to autor wykazał, od niedostatecznego utlenienia w skutek braku tlenu, a przesylenia krwi kwasem węglanym. 2^o Leukocytozę ostrą, istnienie której w błonicy autor wykazał przed kilkoma laty, a która przez swój stopień daje miarę wielkości złego. 3^o Albuminuryję dityferytyczną, którą autor wraz z dr. EMPIS jeszcze w r. 1858 nauczył poznawać. 4^o W końcu, *endocarditis* i *myocarditis* z ich licznymi następstwami zawałami (*infarctus*) płucnymi, które są przedmiotem najnowszych badań autora. Dawniejszemi poszukiwaniami wykazał on przy dławcu i błonicy jądra udarowe (apoplektyczne), zawały i ropnie przerzutowe (metastazy) w płucach i pod skórą i podawał je jako dowody anatomiczne wchłonięcia (*resorbatio*) podobnego do wchłonięcia ropnego. Nowsze poszukiwania inaczć nakazują całą tę sprawę wyjaśniać. Przy badaniach ciał zmarłych w skutek błonicy autor znajdował bardzo często *endocarditis* i *myocarditis*. Takowe są przyczyną tworzenia się osadów włókniaka bezbarwnego, który przylega do brzegów zastawek sercowych zajętych chorobą, albo między wiązkami mięśniowemi serca. Gdy te małe skrzepy włókniaka oddzielają się i zostaną umiesione z krwią do tętnic płucnych, jeżeli pochodzą z prawego serca lub do aorty, jeżeli pochodzą z lewego serca, wtedy powstają zatory (*embolia*) w płucach, narządach brzusznych lub skórze. Zatory te tworzą jądra zawałów udarowych (infarktów apoplektycznych) i ropni (*abscessus*); ostatnie tworzą się z zawałów rozmiękłych na drodze dalszych zmian (*regressio*).

Daléj autor przytoczył szczegółowy opis dwóch spostrzeżeń. Pierwsze dotyczyło krupu z zapaleniem błonicowym gardła u dziecka 4-ry lat wieku liczącego. Gdy już twarz była fioletową, sinica (*cyanoasis*) na wargach bardzo wydatną, szmer pęcherzykowy niesłyszalnym, czucie skórne znacznie zmniejszonym i snóć (*analgesia*) widoczną, wykonano przecięcie tchawicy (*tracheotomia*). Było 5-y dzień choroby. Po operacji zmniejszyły się objawy zaduszenia, lecz stan ogólny nie uległ zmianie, brak czucia nie ustępował, ciepłota ciała wzrastała, w moczu pokazało się białko. 6-go dnia choroby osłuchiwanie staranne serca nie wskazywało żadnego szmeru nieprawidłowego, tony serca jednak były nieregularne i niejako przymgłone. 7-go dnia choroby pokazały się ograniczone wylewy krwi (*ecchymosis*) podskórne na wewnętrznej powierzchni uda lewego. Badanie zwłok wykazało oprócz właściwych zmian w gardle i krtani, *atelectasis* zupełną lewego płuca, a w sercu ostre zapalenie jego błony wewnętrznej (*endocarditis acuta vegetans*), które stwierdzono odpowiedniemi badaniami mikroskopowemi. Co do wylewów krwi podskórnych, takowe były następstwem zatorów krwistych wytworzonych przez przeniesienie drobniutkich skrze-

pów włóknikowych, któremi pokrytą była zastawka dwudzielna (*valvula mitralis*).

Drugi przypadek dotyczy dziecka 6 lat mającego, uległego błonicy (*diphtheritis*). W przebiegu choroby, która zakończyła się 8-go dnia śmiercią, spostrzegano sność (*analgesia*) skóry prawie zupełną na twarzy i czole, lecz nieczułość (*anaesthesia*) mniej zupełną, w moczu znaleziono znaczną ilość białka, a we krwi ogromnie powiększoną liczbę białych jej ciałek. Odnogi górne i dolne pokryte były wylewami krwi podskórnymi z wydatnością we środku; wielkość ich dochodziła do 1½ centymetra kwadratowego. Wkrótce potem, dziecko zmarło. Przy badaniu zwłok (*autopsia*) oprócz zmian właściwych błonicy, wykryto w sercu endocarditis vegetans w lekkim stopniu i bardzo wydatne myocarditis z wynaczynieniami (*extravasatum*) krwistymi w mięszu, które autor szczegółowo opisał i badaniami mikroskopowymi stwierdził. Przytém znaleziono zakrzepy w sercu, w żyłce wrotnój (*v. portae*) w żyłkach osłon mózgowych i w zatoce osłony twardej (*dura mater*).

Zatém endocarditis i myocarditis zeskrzepami włóknikowymi, którym one dają początek zasługują na bliższe poznanie ze względu na stosunek ich do zatorów płucnych i skórnych. Pod tym względem nie były one dawniej badane. WERNER w Austrii, WINKLER w Niemczech, RICHARDSON w Anglii, MEIGS w Ameryce, ROBINSON we Francyi wspominali o zakrzepach sercowych, które w błonicy zamykają otwory serca i powodują śmierć podług RICHARDSON'A przez przecięcie krwi obiegu, lecz żaden z badaczy nie wspominał dotąd o zapaleniu wsierdzia błonicowém (*endocarditis diphtheritica*) i o skrzepach włóknikowych dających początek zatorom tętniczym i zatorom albo ropniom płucnym i skórnym.

Dopiero autor badając znaczną liczbę ciał dzieci zmarłych w skutek błonicy i dławca, znalazł w wielu razach w sercu wszystkie cechy myocarditidis i endocarditidis z osadami włókniaka odbarwionego, mniej więcej przylegającego i łatwego do oderwania. Brzegi zastawek dwudzielnej i trójdzielnej są czerwone, zgrubiałe, nastrzępione, pokryte nierównościami tworzącymi ziarninę (*granulatio*). Niekiedy nierówności przedstawiają istotne wyrosłe (vegetacje) na zastawkach, dające się wyczuć palcami. Podobne zmiany mają miejsce na brzegach lub na podstawie zastawek półksiężycowych. Endocarditis parietalis przedstawia często małe zatory czerwone, nieregularne, które przenikają w miąższ serca na 3—4 milimetrów; włókno mięśniowe jest żółtawe, miękkie łatwe do rozdarcia, traci prężność, które posiada w stanie prawidłowym. Na słupach mięsnych serca i na ścięgnach zastawkowych znajdują się niteczki włókniaka bezbarwnego, podobne do włókniaka wydzielonego z krwi przez ubijanie. Niteczki te krwi — obieg może unieść w rozgałęzienia aorty i tętnicy płucnej. Dołączwszy do tego wielkie skrzepy wół przezroczyste komórek i uszek serca spostrzegane przez RICHARDSON'A, MEIGS'A i innych, przedstawi się obraz zmian w sercu dostępnych dla gołego oka w błonicy.

Zgłębiając przedmiot więcej przez badanie mikroskopem, znajdujemy, jak to LABADIE-LAGRAVE wskazał, zboczenia następujące: w zastawkach poprzednio stwardniałych w wysoku, na brzegu zgrubiałym i zmienionym chorobowo, znajdujemy znaczną liczbę komórek zarodkowych z wydatnymi jądrami po dodaniu kwasu octowego. Bujanie to komórek ma miejsce na listku wewnętrznym wsierdzia (*endocardium*) i w części środkowej zastawek; wskazuje zmiany, które z utratą prążków włókien mięsnych serca jest oznaką endocarditis i myocarditis.

Wskazywać ważność tych zmian chorobowych znalezionych w sercu byłoby zbyt cennym. Jeżeli w skutek endocarditis mają miejsce zakrzepy

włóknikowe lekko przylegające, wtedy zatory w innych narządach są możliwe i w istocie powstają. Autor przyznaje, że zdanie jego wygłaszane od od 10 lat co do jąder apoplektycznych w płucach i w tkance podskórnej, co do drobnych ropni płucnych i skórnych, dzisiaj dopiero zostaje sprostowanem. Poczytywał on zatory i ropnie jako następstwo wehlonienia ropnego podobnego do tego, jakie ma miejsce u operowanych i chorych na nosaciznę, lecz podług obecnych badań należy je uważać jako skutek zatorów włosowatych zrodzonych przez zapalenie wsierdzia sprawdzonego przy wielu bardzo badaniach pośmiertnych. Przy dokładniejszych nawet badaniach znaleziono w płucach i tkance łącznej podskórnej pośrodku niektórych zatorów niezupełnie jeszcze rozmiękłych, naczynie zatkałe skrzepem powstałym w skutek zawału w naczyniu włosowatym.

Zatory płucne są apoplektyczne albo regresyjne. Pierwsze tworzą jądra zaokrąglone albo koniczne z podstawą na zewnątrz, a wierzchołkiem ku osadzie płuca. Są brumate, kruche, zgęste, nieprzenikalne dla powietrza, opadają na dno naczynia z wodą i są utworzone przez nasięk (*infiltratio*) krwi w pęcherzyki płucne. Odnależć można w nich niekiedy naczynie środkowe, zatkałe skrzepem, który można śledzić czasami aż na odległość jednego centymetra zewnątrz zatoru. Jądra regresyjne przeciwnie są szare, zbite, nasiąknięte materją ropiastą, jak przy zapaleniu płuc zrazikowem (*pneumonia lobularis*), w okresie zwątrobienia szarego. Ta tylko jest różnica od zwątrobienia szarego, że w zrazikach w ten sposób zmienionych zaburzenie spowodowane zatorem, otoczone jest pręgą szaro-brunatną, czego przy zwątrobieniu nie ma. W niektórych zaś przypadkach, jeśli chory żył dosyć długo, środek zatoru przedstawia zupełne rozmiękczenie, tworzy ognisko ropne, szarawe, otoczone pręgą czarniawą i ograniczone tkanką płuc rozmiękłą i zmienioną w materję tłustą i ropę. Są to prawdziwe ropnie przerzutowe (metastazy).

Podobne zatory, a niekiedy ropnie spotykane bywają w tkance łącznej podskórnej kończyn — na innych częściach ciała nigdy ich autor nie dostrzegł. Znajdywano je także, lecz rzadziej, w nerkach, które zwykle są siedliskiem zapalenia. Dwa razy spotkał je autor w mózgu, gdzie spowodowały raz rozmiękczenie mózgu, bezwład (paraliż) i śmierć; w drugim razie śmierci towarzyszyły objawy tężcowe (tetaniczne) i drgawkowe (konwulsyjne). Autor nigdy ich nie dostrzegł ani w wątrobie, ani w śledzionie.

W końcu, autor streszczając całą swoją pracę uważa za dowiedzione do pewnego stopnia, że w błonicy, dławcu i innych chorobach gnilnych (septycznych) szybko tworzy się *endocarditis* i *myocarditis*. Takowe zapalenia, których naturę proliferacyjną histologia wykryła, wywołują osady włóknikowe na częściach chorych i wielkie zakrzepy w komórkach sercowych. Części tych osadów przylegających do zastawek mogą się oddzielić i być uniesione przez krew do aorty lub tętnicy płucnej i utworzyć zawały (*embolia*), które dają początek zatorom (*infarcta*) płucnym i podskórnym z ropniami następowemi lub bez takowych — i zatorom mózgowym mogącym wywołać rozmiękczenie tego narządu.

KRONIKA MIÉJSCOWA.

Obrońca rozprawy na stopień doktora medycyny. W dniu 2 b. m. o godzinie 1-jej po południu w sali uniwersytetu warszawskiego p. Mokrycki, lekarz wojskowy bronił swęj rozprawy p. n. „O niepośredstwiennom wlijanu dawlennija krowi na sko-

rost udarów serca" (o bezpośrednim wpływie ciśnienia krwi na prędkości ruchów serca). Oponentami przez wydział lekarski wyznaczonymi byli prof. Fuda kowski, Nawrocki i Hoyer. Nadto jako oponent wystąpił prof. Andrejew. W właściwym dziale pomieszczone będzie sprawozdanie z tej rozprawy. Dziś zaznaczamy jedynie sam fakt uwieńczony pomyślnym skutkiem dla autora, któremu stopień doktora medycyny został przyznany.

Dr. Wolfring, starszy ordynator szpitala ujazdowskiego został mianowanym prywatnym docentem oftalmologii w uniwersytecie tutejszym, z wynagrodzeniem 1,200 rs. rocznie, z wakującą placą docenta katedry oftalmologii.

Dzień wręczenia albumu pamiątkowego b. prof. Chałubińskiemu, został oznaczonym na dzień 20 b. m. i r. O ile nam wiadomo ma to nastąpić na składkowym koleżeńskim obiadku, w którym nietylko b. uczniowie prof. Ch. zamieszkali w Warszawie, ale inni koledzy mają wziąć udział. Słyszeliśmy, że wielu wychowalców naszej szkoły, zamieszkałych na prowincyi, ma zamiar osobiście uczestniczyć w tej uroczystości; dla nich to głównie wiadomość powyższą podajemy. J. R.

Nekrologia.

W dniu 18 z. m. zmarł w Pilicy ś. p. **Dr. Rompałski Jan**, autor kilku, o ile nam wiadomo, artykułów z dziedziny praktyki lekarskiej drukowanych w „Klinice”.

Korrespondencyja Wydawcy.

W-mu D-rowsi. HACISKIEMU w Niżnim Nowgorodzie, żądane książki w tych dniach wysłaliśmy. Należność wynosi; za atlas rs. 8, za podręcznik *Ultzmann'a* kop. 96 porto kop. 64,—razem rs. 9 kop. 60. (kopiejkę przyjmujemy markami.)

Ogłoszenia.

Smółowniczi (goudroniery) t. j. przyrządy do ulatniania smoły przez nadanie tejże o ile można wielkiej powierzchni, podług modeli francuzkich wyrabia fabryka wyrobów metalowych *K. Minter* w Warszawie.

Smółowniczi zastosowano z bardzo dobrym skutkiem w szpitalach, w mieszkaniach prywatnych, jako też i w szkołach, warsztatach, itp. zakładach, w celu odwietrzenia (desinfekcyi) i odświeżania powietrza.

Ogłoszenia prywatne treści lekarskiej zamieszcza *MEDYCyna* za opłatą:

Od prenumeratorów: po kop. 10 za wiersz pierwszego ogłoszenia, za następne po kop. 7½ za wiersz.

Od nieprenumerujących: po kop. 20 za wiersz pierwszego ogłoszenia, za następne po kop. 15 za wiersz.

Redaktor odpowiedzialny, **Dr. K. Benni.**

Wydawca, **Dr. J. Rogowicz.**