

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

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

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O stosowaniu intubacji w błonicy krtani w praktyce prywatnej. Napisał M. Kraushar. — Przypadek bezpośredniego zranienia mostu Varo'fa przy nieuszkodzonej czaszce. Podał dr med. St. Orłowski. (Dokończenie) — STRESZCZENIA I WYCIĄGI. 64. Nowe badania nad trwaniem ciąży u ludzi. 65. Zakrzepcy w połogu. — III Zjazd przyrodników i lekarzy czeskich. Sprawozdanie z posiedzeń sekcyi lekarskiej. — Z Towarzystw Lekarskich zagranicznych. — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI ROZNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCINA“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r M. Kraushar -- Sur l'emploi de l'intubation dans la pratique privée de la diphterie du larynx. 2) D-r St. Orłowski -- Un cas de plaie immédiate de la protuberance anulaire du cerveau sans lésion du crâne.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie -- Rue Krak-Przedm. 1.

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r M. Kraushar -- Ueber die Anwendung der Intubation bei der Kehlkopfdiphtherie in der Privatpraxis. 2) D-r St. Orłowski -- Ein Fall von unmittelbarer Verwundung der Varo'schen Brücke bei unverletztem Schädel.

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

O stosowaniu intubacji w błonicy krtani w praktyce prywatnej.

Napisał

MAKSYMILIAN KRAUSHAR

lekarz ambulatoryum szpitala dla dzieci wyzn. mojż. im. Borsohn i Baumann.

Wszyscy doskonale pamiętamy, jak ożywiony i namiętny spór toczył się niedawno pomiędzy zwolennikami tracheotomii z jednej strony, a stronnikami intubacji z drugiej. Jedynie tylko swojemu zabiegowi operacyjnemu przypisywali jedni i drudzy zbawienne skutki leczenia błonicy krtani—owego bicza wieku dziecięcego, odsądając od czci i wiary zabieg, stosowany przez przeciwników. Przed zdumionym wzrokiem lekarza—zwłaszcza prowincjonalnego—połyskiwały błyskotliwe race w postaci szumnych „precz z tracheotomią“—„precz z intubacją!“ -- i stał on bezradnie z nożem tracheotomijnym w jednej ręce, a przyrządem do intubacji w drugiej nad dzieckiem, dotkniętem błonicą krtani i dobywającym bezskutecznie ostatnich wysiłków, aby pokonać przeszkodę w oddychaniu; zbytnim subiektywizmem tchnące dowodzenia nie mogły mu dać pewności, której metodzie dać pierwszeństwo

w zastosowaniu do danego przypadku. Położenie jego nie było godne za-
zdrości, gdyż każde zejście niepomyślnie obciążało ciężkim wyrzutem jego
sumienie, dlatego dał się skusić temu, a nie innemu zabiegowi operacyjnemu,
pomimo wymownych przestróg i ostrzeżeń przeciwników.

Zwolennicy intubacji twierdzili, że tracheotomia przeżyła już wiek
swój. Jako operacja krwawa, ułatwiająca zakażenie rany, niemożliwa do wy-
konania bez sprawnej, a doświadczonej pomocy, zmuszająca dziecko przez
dłuższy przeciąg czasu do bezpośredniego wdychania powietrza zapyłonego,
zanieczyszczonego i nieogrzanego przez nos i jamę noso-gardzielową, musi
ona ustąpić miejsce zabiegowi niewinnemu i nieszkodliwemu, jakim jest in-
tubacja, niezmiernie do wykonania łatwa, nie wymagająca ani uspienia cho-
rego, ani wyszkolonej pomocy, nie trwożąca otoczenia, a —co najgłówniej—
skuteczna, gdyż wprowadzenie rurki intubacyjnej do krtani przez jamę
ustną usuwa natychmiast, jakby za skinieniem różdżki czarodziejskiej, sinicę,
niepokój i temu podobne objawy powolnego duszenia się z powodu błonicy
krtani.

Wkrótce jednakże zaczęły się piętrzyć przeciwskazania do intubacji,
co dało pohop zwolennikom tracheotomii do odsądzenia tej metody od wszel-
kiej wartości. Dowodzili oni, że zabieg ten wymaga dużej wprawy i nie
jest bynajmniej tak łatwy, jak się zdawało pierwotnie, że niewprawną
wykonaną ręką przynosi dziecku dużą szkodę, że choremu intubowanemu
grozi zaduszenie przez zatkanie nagle albo stopniowe rurki, wreszcie, co naj-
gorsza—długotrwałe leżenie rurki w krtani wwołuje owrzodzenie lub odleży-
ny w niej, następstwem czego jest groźne, stokroć gorsze—ich zdaniem—od
śmierci kalectwo,—zupełne zarośnięcie krtani.

Chaos i dorywczość w sądach zaczęły z biegiem czasu coraz bardziej
ustępować miejsca przedmiotowemu rozbirowi bardzo licznie spostrzega-
nych przypadków. Ścisłe naukowa, wolna od wszelkich obcych wiedzy pra-
wdziwej naleciałości ocena ich przekonała wszystkich, że medycyna zy-
skała w intubacji doskonałego w wielu razach sprzymierzeńca w walce
z dławcem.

Pole do tracheotomii nie zostało przez to bynajmniej uszczuplone lub ogra-
niczone w tej mierze, jak to jej przeciwnicy przypuszczali, przeciwnie—wska-
zania do niej są jeszcze bardzo liczne i bardzo poważne, tak poważne, że wą-
pić należy, czy zostanie ona kiedykolwiek, a tembardziej w niedalekiej przy-
szłości, wyrugowana z arsenału zabiegów operacyjnych w błonicy krtani.
Bardziej szczegółowe rozpatrzenie się w przypadkach dławca, leczonych
za pomocą intubacji, coraz większą ich liczbę wydziela na rzecz tracheotomii
pierwotnej czy też następczej (po dokonanej już, aczkolwiek bezowocnie, intu-
bacji). Tak np. pierwotna tracheotomia jest bezwarunkowo wskazana we
wszystkich przypadkach błonicy krtani, w których intubacja okazała się
niewykonalną, czy to wskutek niemożności założenia rozwieracza (przy nie-
zwalczytym uporze dziecka, szczękoscisku i t. p.), czy też—wprowadzenia
do krtani rurki intubacyjnej (przy przeroście lub obrzęku zapalnym języka,
przy ropniu w gardzieli, przy długotrwałym skurczu głosi, nie przepuszczają-
jącym rurki, przy zapaści, nieprzytomności, wybitnym osłabieniu i t. p.)—
wreszcie wskazana jest natychmiastowa tracheotomia w tych—nielicznych
zresztą—przypadkach, w których, wskutek wadliwego zazwyczaj manipulowa-
nia przyrządem intubacyjnym, powstały drogi fałszywe (*fausses routes*).
Tracheotomia następcza musi być wykonana wtedy, kiedy intubacja okaza-

ła się niewystarczającą albo wprost szkodliwą. Ma to miejsce przy zbyt częstym wykrztuszaniu rurki intubacyjnej, przyczem duszność pojawia się po pewnym, acz krótkim przeciągu czasu lub też bezpośrednio po wykrztuszeniu. W przeważnej liczbie przypadków jest ona następstwem owrzodzeń albo odleżyn, powstałych w krtani pod wpływem długotrwałego ucisku, wywieranego przez rurkę, wprowadzoną do krtani.

Z powyższego jasnym się staje, że tracheotomia w wielu razach nie da się niczem innym zastąpić, w innych zaś— spieszy z pomocą tam, gdzie intubacja nic nie pomogła lub — co gorsza, zaszkodziła.

Niemniej przeto, przy obecnym stanie terapii błonicy krtani za pomocą surowicy swoistej, lekarz nie może i nie powinien się ograniczać tylko tracheotomią. Z chwilą, kiedy przebieg choroby został w przeważnej liczbie przypadków skrócony do kilku zaledwie dni, kiedy objawy ogólne stały się pod wpływem surowicy przeciwbłonicy bardziej łagodne, miejscowe zaś straciły na sile i napięciu, nielogicznym byłoby polegać jedynie na zabiegu operacyjnym, bądź co bądź, poważnym i obliczonym na dłuższy przeciąg czasu. Przypuszczam, że, gdybyśmy jeszcze przyrzędu O'DWYER'a nie znali, duch wynalazczy lekarzy, nagłony koniecznością, nie spocząłby tak długo, dopóki nie wykoncypowałby zabiegu bardziej prostego od tracheotomii, obliczonego na krótki tylko przeciąg czasu— czas groźnych dla życia objawów zaduszania. Twierdzę to tem śmielej, że już obecnie nie zadawalnia nas w wielu razach nawet intubacja, gdyż w niektórych przypadkach, jak doświadczenie nas uczy, wystarcza jedno—lub dwukrotne usunięcie błon rzekomych z krtani z natychmiastowem usunięciem rurki, aby wszelkie objawy duszności pierzchły bez potrzeby ponownej interwencji.

W każdym razie intubacja oddaje nam nieobliczone usługi i przekonywa nas coraz bardziej, że tracheotomia zyskała w niej bardzo poważną i nader sympatyczną pomocnicę. Wprawdzie, nie zawsze wystarcza ona, czasami bywa zgola przeciwwskazana, niemniej wszakże uratowała już życie dziesiątkom tysięcy dzieci i z dnia na dzień zdobywa coraz szersze prawo obywatelstwa. Zgodzić się jednakże musimy, że jej tryumf nie byłby zupełny, gdybyśmy musieli ją zamknąć w ciasnych murach szpitalnych i rzec się stosowania jej w mieszkaniu prywatnem. Na jej korzyść przyznać musimy, że coraz rozleglej i szerzej stosowana zyskała ona zaufanie lekarzy i publiczności i zwycięsko przestąpiła progi domostwa prywatnego, by zbawczą nieść pomoc przy łóżku chorego.

Spór o to, czy jest ona wykonalna w praktyce prywatnej, został już zagranicą twierdząco rozstrzygnięty, u nas natomiast istnieje na tem polu mroczna chaotyczność.

Wobec sprzecznych, a nieraz wprost bałamutnych poglądów u nas, niech mi wolno będzie przytoczyć dwa spostrzeżenia z roku bieżącego.

Przypadek I. *Angina, pharyngitis et laryngitis diphtheritica. Injectio seri Varsoviensis. Intubatio. Paresis palati mollis et extremitatum inferiorum. Sanatio.*

Izaak G. dwuletni chłopczyk, dotąd zdrowy, zachorował 10 stycznia r. b. Wezwany lekarz rozpoznał ostre zapalenie torebek migdałowych (*angina follicularis*). W nocy z dnia 13 na 14 wystąpił kaszel gruby, krupowy, co zniewoliło lekarza do zastosowania surowicy przeciwbłonicy w ilości 1000 jednostek 14 stycznia rano i tyłuż tegoż dnia wieczorem. Kaszel krupowy jednakowoż się stopniowo wzmacniał, wystąpiła duszność i sinica. Dnia 15 dodano trzeci tysiąc surowicy i na naradzie z kol. J. KRAMSZTYKIEM postanowiono,

w razie wzmocnienia się objawów duszności, wykonać tracheotomię. Rodzice nie chcieli słyszeć o operacyi, gdyż parę lat wstecz stracili byli dziecko po tracheotomii. Dnia 16 dali się zaledwie uprosić do pozwolenia na intubacyę. Przybyłem tego dnia i zastałem dziecko bardzo wyniszczone, trawione gorączką, z wyraźnymi śladami przebytej krzywicy, niespokojne i ciągle rzucające się na łóżeczku, sine, nawpół przytomne, wciągające mocno żebra. Gardziel, migdały, języczek — całe niemal pokryte błonami, po części już w stanie rozpadu, przeważnie — rozpulchnionemi. Przygotowawszy na wszelki wypadek przyrządy do tracheotomii, przystąpiłem do intubacyi o 12 w południe. Dziecko natychmiast po wprowadzeniu rurki do krtani zasnęło spokojnie, wargi i twarzyczka nieco się zaróżowiły, oddech równy nie zdradzał w niczem walki, jaka przed chwilą toczyła się pomiędzy życiem a śmiercią. Ciężota 38° C. tętno 150 słabe, choć równe, R 30. Kaszel suchy.

Dodano czwarty tydzień surowicy. Po pół godzinie zostawiłem chorego na opiece doświadczonego w sprawie intubowania felczera. Chorego odwiedziłem po 12 godzinach. Podczas mojej nieobecności dziecko kilkakrotnie się budziło, piło mleko bez trudu, oddawało mocz, bawić się nie chciało.

Zastałem dziecko senne, oddychające przez rurkę spokojnie. Kaszel nieco wilgotny, w rurce słycać chlebotanie i świsty (śluz i błony rzekome). Wobec obawy, by nie nastąpiło zatkanie rurki, zniewolili mnie rodzice do pozostania na noc. O 4 nad ranem, a więc po 16 godzinach leżenia rurki w krtani, usiłowałem usunąć ją za pomocą powszechnie praktykowanego sposobu BA-VEUX'go (enukleacya), lecz rurka utkwiała górną częścią pomiędzy rozpulchnionymi i przerosłymi migdałami i nie można jej było ztamtąd wydobyć. Musiałem ją nanowo zsunąć do krtani, skąd bez najmniejszego wysiłku wydostałem ją za pomocą extubatora O'DWYER'a. Okazało się, że rurka była zzewnątrz i zewnątrz oblepiona strzępkami zastygłego śluzu, w dolnym zaś otworze tkwiła niewielkich rozmiarów rozpulchniona błona rzekoma. W silnym napadzie kaszlu, jaki wystąpił po ekstubacyi, wykszusiło dziecko sporo śluzu i produktów rozpadu. Przez trzy następne godziny oddech był równy, spokojny, kaszel suchy, z odcieniem wilgotnym, sen krzepiący, tętno nieco liche. Około 7 rano zaczęło się dziecko niepokoić, rzucać, zlekka sinieć, wciągać żebra, częściej kaszlać, tak że byłem zdecydowany rurkę powtórnie do krtani wprowadzić. Uprzednio dałem dziecku napić się ciepłego mleka. Podczas picia dziecko się zachłysnęło, dostało silnego kaszlu, po którym znów się uspokoiło i zasnęło. Po dwóch godzinach nastąpiło znowu pogorszenie, lecz również po kaszlu minęło.

17. Rano ciężota 37, 8° C. Tętno 140. R 28. Sen równy, oddech spokojny, nieco chrapliwy, rżęzący.

Dziecko czuje się nieco lepiej, żąda herbaty lub mleka, przeważnie śpi. Po południu bywają chwile, że wcale oddechu dziecka nie słycać — poprzednio w całym mieszkaniu się on rozlegał! Kaszel wilgotniejszy. Wieczorem 36,9°. Mocz wydziela się w nieznacznej ilości. Przy każdym prawie większym łyku dziecko się zachłystuje. W gardzieli strzępiące się błony rzekome na tylnej ścianie, na migdałach i języczku, prawa połowa podniebienia miękkiego mniej kurczliwa, niż lewa. Zastrzyknięto podskórnice piąty tydzień surowicy przeciwbłoniczej. Tego dnia odwiedziłem chorego raz w południe, potem przyszedłem na noc.

18. W nocy od czasu do czasu pojawia się niepokój, występuje nieznaczna duszność, lecz nie przybiera rozmiarów, wymagających interwencyi.

Wydzielina obfitsza, kaszel coraz bardziej wilgotny, sen względnie spokojny. Rano ciepłota 37,4°. Tętno 140. R. 26. Rozbiór moczu wykazuje obecność białka w ilości 0,7% i cukru 0,2%, nielicznych kryształów hyalinowych i białych ciałek krwi. Dziecko bawi się chętnie, jest nieco ożywione, głos ma niewyraźny, przytłumiony, pragnie wyjść z łóżeczka. Wieczorem ciepłota 37°. Tętno 120 R. 24.

19. Ciepłota 36,5°. Tętno 104. Objawy porażenia podniebienia miękkiego nieznaczne. Osłabienie ogólne wybitne. Wieczorem ciepłota 36,3°.

20. Stan bezgorączkowy. Migdały, łuki i języczek jakby w mgłę spowite. Władza w nóżkach bardzo słaba, odruchy kolanowe niewyraźne. Mocz prawidłowy.

Przez cały czas trwania choroby stosowano intubację, zawiesinę z kamfory i t. p.

W lutym wystąpił niedowład kończyn dolnych, który ustąpił po kilku tygodniach.

Obecnie jest dziecko zupełnie zdrowe, odżywia się dobrze i przychodzi do sił

Przypadek II *Angina diphtheritica. Pneumonia migrans. Laryngitis diphtheritica. Injectio seri Varsoviensis. Intubatio. Mors.*

Maksio Tw. 4 lata 7 miesięcy — dwa lata temu miał zapalenie błonnicze migdałów. Leczony był surowicą. Po dwóch tygodniach przechodził jakąś ciężką chorobę zakaźną z siną wysypką, jakoby od surowicy zależną 17 marca r. b. zaczął nagle gorączkować i skarży się na ból gardła. Nazajutrz stwierdził lekarz zapalenie błonnicze migdałów, lecz wobec uprzedzenia rodziców do surowicy, jej nie zastosował. 20 marca naloty ku wieczorowi znikły, pomimo to gorączka po chwilowym spadku znowu podniosła się do 40° C. Rozwinęło się prawostronne zapalenie płuc w górnym tylnym zrazie. Choroba przebiegała stale przy cieplocie 39,8° — 40,6°. Dopiero 2 kwietnia wieczorem ciepłomierz wskazywał po raz pierwszy 37,6°. W całym prawym płucu z tyłu słycać rżenia i trzeszczenia drobne. Odgłos wypukowy przytłumiony, w tylnym płacie jeszcze gdzieś ślady oddechu oskrzelowego. Wyczerpanie ogólne. Nazajutrz ciepłota podskoczyła znowu na 39,2°. Kaszel suchy, krtaniowy, oddech mocno przyspieszony, trudny, zlekka stenotyczny zwiastowały zajęcie krtani. 4 kwietnia stwierdzono za pomocą wziernika obecność błon rzekomych w krtani, wobec czego zastosowano 2000 jednostek surowicy przeciwbłonniczej. Wzmagające się i coraz gwałtowniejsze objawy duszności skłoniły lekarzy ordynujących do wezwania mnie celem wykonania tracheotomii, względnie intubacji. O godzinie 8 wieczorem zastałem dziecko bardzo wyniszczone (podobno przed chorobą było ono uosobieniem zdrowia i siły), sinawe, niespokojnie przewracające się z boku na bok albo siadające co chwila na łóżeczku. Pomimo stłumienia odgłosu wypukowego nad prawym płucem z tyłu i z boku trudno określić charakter oddechu z powodu bardzo uszczupionej ilości powietrza, przenikającego do płuc. Wciąganie żeber wybitne. Ciepłota 39,3°, tętno 150 nagle, przepuszczające, zaledwie wyczuwalne, R 66. Po krótkim wahaniu, zważywszy, że stan dziecka nie rokował wiele nadziei na uratowanie, i że tracheotomia dałaby najprawdopodobniej wynik ujemny, zdecydowałem się przystąpić do intubacji, jako do zabiegu lżejszego i mniej wyczerpującego. Po 20 minutach nastąpiło wyksztuszenie rurki wraz z dość licznymi błonami rzekomymi i sporą ilością śluzu, poczem dziecko względnie uspokoiło się. Dopiero o 2 po

północy powróciły objawy duszności, wobec czego reintubowano dziecko o 2 $\frac{1}{2}$ i zastosowano trzeci tysiąc surowicy przeciwbłoniczej. Oddech przyspieszony, choć spokojny, w dolnym tylnym zrazie lewego płuca i w całym prawym słychać liczne rżenia i trzeszczenia, w prawym z przodu i u góry—oddech oskrzelowy, z przodu i u dołu—zaostrzony, odgłos wypukowy nad temi miejscami stłumiony. Niepokój trwa. Sen nierówny. Polykanie utrudnione. Osłabienie ogólne wybitne. Chorego pozostawiłem na opiece wyćwiczonego felczera.

5. iv. Rano ciepłota 39,2° tętno 150 R 66. Kaszel uporczywy, wilgotnawy, śnąc bolesny. W płucach objawy te same. Około południa kaszel mniej częsty, sen spokojniejszy, wargi różowieją. Budząc się, pije dużo i chętnie, bez wysiłku. O 7 wieczorem ciepłota 39°, tętno 140. R 70. Po 16 $\frac{1}{2}$ godzinnem pozostawianiu rurki w krtani usunięto ją za pomocą enukleacji. Oddech bardzo przyspieszony, dość powierzchowny. W prawym płucu z przodu i u dołu, pomiędzy linią pachową przednią a tylną, tuż nad wątrobą wyraźny oddech oskrzelowy, stłumienie odgłosu wypukowego i wzmożenie drżenia piersiowego w tem miejscu wskazywało powstanie nowego ogniska zapalnego, co rokowanie czyniło bardzo wątpliwem. Dodano czwarty tysiąc surowicy przeciwbłoniczej.

Po godzinie pojawiły się objawy duszności. Zamiast intubacji sensu *stricto* wykonałem *ecouvillonnaise*, t. j. zepchnąłem za pomocą rurki intubacyjnej nagromadzone w krtani błony rozpulchnione i produkty rozpadu i natychmiast rurkę usunąłem. Dziecko w wywiązującym się wskutek tego zabiegu kaszlu wykrztusza z łatwością zepchnięte błony i śluz i oddycha swobodniej. Około 4-ej wieczorem wykonano ten zabieg powtórnie, lecz po dwóch godzinach wobec nowego napadu duszności dziecko intubowano ponownie. Wzięty do badania bakteriologicznego odlew krtani, wykrztuszony przez dziecko wieczorem, zdradzał obecność bardzo licznych kolonii pneumokoków WEICHELBAUM'a—FRAENKEL'a obok nielicznych laseczników KLEBS — LÖFFLER'a. Tego dnia odwiedziłem chorego 4 razy, przyczem wieczorem siedziałem u niego około 2 godzin.

6. iv. Rano ciepłota 39°, tętno 160 słabe, nitkowate. R 70. Objawy zapalne w płucach bardzo wyraźne. Wydzielina obfita. Sen spokojny. Wyczerpanie ogólne bardzo wybitne. Pragnienie duże. Pije bez trudności. O 3 po południu usunięto rurkę za pomocą enukleacji (rurka przeto pozostawała w krtani łącznie 32 godziny).

Oddech bez rurki bardzo przyspieszony, powierzchowny, lecz spokojny. Ściągania żeber niema. Sinica warg minęła. Osłabienie ogólne postępuje. Wieczorem ciepłota 39°, tętno szybkie, niemożliwe do zliczenia, przepuszczające, R 70. Kaszel wilgotny, z nieznacznym odcieniem krtaniowym. Przytomność umysłu zachowana. Głos względnie czysty i wyraźny. Łaknienie bardzo słabe. Tego dnia odwiedzałem chorego trzykrotnie i pozostawałem u niego około 20—30 minut.

7. iv. Rano ciepłota 39,3°, tętno nierówne, trudne do zliczenia, nitkowate. R 70. W płucach z tyłu i u dołu z obu stron rżenia obrzękowe. Wzrok mglisty, zasnuty. Oddech szybki, powierzchowny, przeplatany głębszemi westchnieniami. Kończyny zimne. Tętno serca głuche, choć czyste. O 4 po południu — śmierć.

(D. n.).

ZE SZPITALA EWANGELICKIEGO W WARSZAWIE.

Przypadek BEZPOŚREDNIEGO ZRANIENIA MOSTU VAROLA przy nieuszkodzonej czaszce.

Podał

d-r med. Stanisław Orłowski.

(Dokończenie—Zob. Nr. 29).

Opis powyższy da się streścić w ten sposób. Następstwem ciosu, zadanego nożem w prawą stronę karku, okazało się porażenie całego szeregu nerwów czaszkowych z prawej strony (n. trójdzielnego, odwodzącego, twarzowego i słuchowego) oraz porażenie połowiczne lewostronne, wyrażone głównie w dziedzinie czuciowej, w ruchowej zaś tylko przemijająco.

W ogólnych więc zarysach obraz zaburzeń w układzie nerwowym nosi postać porażenia naprzemianległego dolnego (*paralysis alternans inferior*), znanego również pod nazwą „*Syndrome Millard-Gubler*“. Odrazu też nasuwa się myśl o moście VAROLA, jako o części układu nerwowego, której zajęcie wyraża się klinicznie przez podobny zbiór objawów.

Bezpośrednie jednak zranienie tego narządu, położonego głęboko na podstawie czaszki, przedstawia się jako przypadek tak niezwykle (w dostępnej mi literaturze z lat blisko 20-tu żadnego podobnego spostrzeżenia nie znalazłem), że mimowoli powstają pewne wątpliwości co do tego rozpoznania.

Szczególnego bo też trzeba było w danym razie zbiegu warunków, aby, przy nieuszkodzonej czaszce, podobne zranienie nastąpić mogło.

Pacjent w chwili otrzymania ciosu miał głowę mocno pochyloną w lewo i naprzód. Nóż długi i wąski przebił mięśnie i błonę zasłonową tylną (*membranam obturatoriam posteriorem*), przez dziurę potyliczną wielką, przy samym brzegu kości, przeniknął wewnątrz czaszki i skierował się ku przodowi; powierzchnia ostrza musiała iść przytem równolegle do powierzchni rdzenia przedłużonego, który w ten sposób prawie na całej swej długości nie uległ żadnemu obrażeniu.

W tej części podstawy mózgu na niewielkiej przestrzeni skupione są pnie v, vi, vii i viii nerwów czaszkowych, dotkniętych w naszym spostrzeżeniu.

Na pierwszy rzut oka wydaje się zupełnie prawdopodobnem, że nerwy te uległy zranieniu, i w następstwie tego w dziedzinie ich rozwinęło się porażenie. Na mocy jednak tego przypuszczenia nie jesteśmy w stanie wyjaśnić całego obrazu chorobowego.

Wprawdzie, w dziedzinie tej, bogatej w naczynia krwionośne [gałązki tętnicy podstawowej mózgu a także zatoki żyłne opony twardej: zatoka jamista, dwie skaliste (*sinus durae matris cavernosus et petrosi*)], wskutek urazu z łatwością mógł nastąpić krwotok. Ucisk krwi na brzuścową część mostu VAROLA, w której zawarte są pęczki piramidalne, mógł spowodować przemijające porażenie połowiczne po stronie przeciwległej. W ten sposób rzeczy-

wiście objaśnić można krótkotrwały niedowład lewych kończyn u naszego chorego. Ciemną jednak w takim razie pozostaje etiologia stałego upośledzenia czucia na lewej połowie ciała (*hemianaesthesia sin.*); trudno bowiem przypuścić, aby na bardzo jej ośrodkowo położoną część mostu, mianowicie na t. zw. szlak, (tory czuciowe) ucisk był znaczniejszy, niż na warstwy, bliższe powierzchni (tory ruchowe — pęczki piramidalne).

Wobec tego jedynie dopuszczalne jest twierdzenie, że okolica mostu, zawierająca t. zw. szlak, została na większej lub mniejszej przestrzeni uszkodzona bezpośrednio przez wdrażenie się noża; przy tem, rozumie się, możliwym jest, że część tkanki nerwowej została też zniszczona i przez wylew krwi, jeśli nóż na swej drodze natrafił na jaką gałązkę tętnicy podstawowej, przebiegającą w istocie mostu.

W bliskim sąsiedztwie z omawianą okolicą mostu, nieco dalej w kierunku grzbietowym, leżą jądra nerwów VII, VI i V, dotkniętych u naszego chorego. Wprawdzie, nie posiadamy wskazówek klinicznych, na których można by było odróżnić porażenie pochodzenia jądrowego od porażenia wskutek uszkodzenia korzeni rzeczonych nerwów. Jak w jednym, tak i w drugim razie porażenie n. twarzowego nosi cechy obwodowe: zajęte są zarówno dolne, jak i górne gałęzie (*lagophthalmus*), a badanie pobudliwości elektromotorycznej wykazuje odczyn zwyrodnienia. W naszym jednak przypadku, gdyśmy bezpośrednio uszkodzenie mostu VAROL'a przyjęli, zupełnie prawdopodobnem wydaje się przypuszczenie, że dotknięte były również i jądra wyżej wymienionych nerwów. Najwięcej ucierpiało jądro n. twarzowego, który też uległ w wysokim stopniu zwyrodnieniu. Objawy ze strony n. odwodzącego były krótkotrwałe — być może, że jądro jego było tylko uciśnięte wskutek wylewu krwi. Dość znaczne musiało być uszkodzenie jądra czuciowego n. trójdzielonego, szczególnie w dziedzinie gałęzi ocznej (pierwszej), zaburzenia okazały się trwałymi. Jądro ruchowe tego nerwu pozostało zupełnie nienaruszone — określa też ono górną granicę urazu.

Co się tyczy zaburzeń ze strony n. słuchowego, to występują one przy zajęciu w moście dość często. Zwykle jednak ognisko sprawy chorobowej nie jest tak rozległe, aby zniszczeniu uległy wszystkie jądra tego nerwu, rozrzucone na znacznej przestrzeni, więcej w górnej części rdzenia przedłużonego, niż w moście. I u naszego chorego słuch z prawej strony nie był zupełnie zniesiony, lecz tylko bardzo głęboko upośledzony.

Ale w dziedzinie ósmego nerwu czaszkowego występowały jeszcze i inne zaburzenia.

Wiadomo, że rola fizyologiczna tego nerwu nie ogranicza się tylko do przewodnictwa wrażeń słuchowych. Właściwa nazwa nerwu słuchowego stosowna jest tylko dla gałęzi ślimakowej (*n. cochleae*), gdy tymczasem gałąź przedsionkowa (*n. vestibularis*), dążąca do kanałów półkolistych zupełnie słusznie przez niektórych autorów (BREUER, SPAMER) nazwana została nerwem statycznym (*n. staticus seu n. nequilibriumicus*): odgrywa ona ważną rolę w czynności zachowania równowagi. Zdolność ta była u naszego chorego upośledzona w bardzo wysokim stopniu. Z początku nie był on zupełnie w stanie utrzymać równowagi, — posadzony lub postawiony na nogi, natychmiast padał w prawą stronę; później zaburzenia te wyrównały się do pewnego stopnia, zawsze jednak skłonność do „leżenia“ w prawo została bardzo wybitną.

Trudno rozstrzygnąć stanowczo, czy rzeczony zaburzenie powstało wskutek zranienia układu osrodkowego; jądro n. przedsionkowego (tak zwane jądro BECHTEREWA) położone jest dość daleko od przypuszczalnego miejsca urazu, w górnej części rdzenia przedłużonego; ale włókna, mające związek z tym nerwem, przebiegają w pobliżu, mianowicie w odnodze mózdzku do mostu (*crus cerebelli ad pontem*), możliwem jest, że odnoga została uszkodzona.

Na karb nieprawidłowego unerwienia kanałów półkolistych (n. przedsionkowy) u naszego chorego odnieść też można jeszcze jeden bardzo wybitnie występujący objaw, mianowicie bieganie galek ocznych (*nystagmus*). Badania doświadczalne (CYON, BECHTEREW i inni) dawno wykazały, że drażnienie kanałów półkolistych u zwierząt wywołuje rozmaitego rodzaju drgawki i wahanie galek ocznych.

Wszystkie objawy, o których była mowa, wiążą się w harmonijny całości kształt kliniczny; wyjątek pod tym względem stanowi tylko jeden, mianowicie pewna niezręczność ruchów prawych kończyn; pochodzenie tego objawu, przy zajęciu prawej strony mostu VAROL'ego, wydaje się niewytłomaczonym. Przypatrując się jednak bliżej tej nieprawidłowości, dochodzimy do przekonania, że nie jest to właściwa niezdolność: chory, wprawdzie, nie jest w stanie ręką wykonać dokładnie ruchów rozległych (np. podnieść łyżkę z płynem do ust), ale, gdy ręka jest na czemś oparta, ruchy stają się prawidłowymi, tak że chory pisze prawie dobrze. Nasuwa się też minowoli przypuszczenie, czy i w danym razie nie odgrywa pewnej roli jednostronne wyłączenie czynności kanałów półkolistych, wskutek czego choremu trudno się orientować co do rozległości i kierunku większych ruchów, wykonywanych prawymi kończynami.

Tak interesujący pod względem teoretycznym uraz dla chorego jest ciężką życiową katastrofą; znaczenie jego nie wyczerpuje się tym szeregiem niezmiernie ważnych zaburzeń, jakie się na opisany obraz kliniczny złożyły. Podczas gdy z zbiegiem czasu większość objawów zmniejszała się co do swego natężenia, natomiast z dniem każdym rosło niebezpieczeństwo co do narządu tak ważnego, jakim jest oko.

Rzeczywiście trudno o warunki bardziej niepomysłne od tych, w jakich się prawe oko chorego znajdowało. Znieczulenie osłon zewnętrznych (powiek, łącznicy i rogówki) z jednej strony, niedomykalność powiek z drugiej -- pozbawiają oko zupełnie możliwości obrony przed szkodliwymi czynnikami zewnętrznymi; do tego dodać jeszcze należy zaburzenia odżywcze natury wewnętrznej, będące następstwem zajęcia nerwu trójdzielnego. Wobec tego dziwić się nie można, że w bardzo krótkim czasie zaczęła się t. zw. *ophthalmia neuroparalytica* — zapalenie łącznicy, później zapalenie ropne rogówki, owrzodzenie i zmętnienie rogówki; pomimo wszelkich środków cierpienie to ciągle postępowało, i oko pod względem czynnościowym uważać należy za stracone.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

64. F. v. WINCKEL. **Nowe badania nad trwaniem ciąży u ludzi.** Określenie czasu trwania ciąży jest zależne od ścisłego oznaczenia początku jej i końca. Wobec niemożliwości stwierdzenia chwili zapłodnienia, t. j. przeniknięcia plemnika do jaja niewieściego, początek ciąży nigdy ściśle oznaczyć się nie da.

Jeżeli bowiem w kanale rodnym znajdowało się dojrzałe jajo niewieście w czasie spółkowania, wtedy zapłodnienie nastąpić mogło w ciągu godziny, w przeciwnym razie w okresie czasu między 8 a 14 dniami, w ciągu bowiem takiego czasu nasienie męskie i jajo niewieście może przechować się w alkalicznej wydzielinie śluzowej kanału rodnego: od końca brzuszno-jajowodu do ujścia wewnętrznego macicy, nie tracąc swych własności rozrodczych.

Dokąd utrzymywano, że dojrzewanie jaj niewieścich i miesiączkowanie znajdują się w ścisłym związku przyczynowym, musiano przypuszczać, że plemnik nasienny i jajo niewieście są w stanie przechować się do 14 dni, jeżeli nastąpiło zapłodnienie po jednym stosunku w połowie czasu między dwoma okresami miesiączkowymi.

Od czasu jednak ustalenia się poglądu, że między dwoma okresami miesiączkowymi dojrzewa nie jedno jajo niewieście, ale znaczna ich liczba, należy przyjąć, że czas, dzielący spółkowanie i zapłodnienie, jest znacznie krótszy, i nie popełnimy zbyt wielkiego błędu, jeżeli będziemy uważali dzień pierwszego stosunku jako dzień zapłodnienia, a przeto jako pierwszy dzień ciąży.

Wielu autorów nawet od dnia pierwszego stosunku liczy początek ciąży i obliczając w ten sposób czas trwania ciąży, doszli prawie do jednakowych wniosków, a mianowicie, określono w ten sposób czas trwania ciąży od 269 — 275 dni.

Z obliczeń tych wypadaloby, że ciąża trwa u ludzi pewien określony czas i nie ulega zbyt wielkim wahaniom.

Badania jednak nad trwaniem ciąży u zwierząt wykazały dość znaczne różnice w czasie trwania ciąży u jednego i tego samego gatunku zwierząt. Tak, np. u krów ciąża trwać może od 240—321 dni, a u koni od 330—419 dni. Podobne zjawisko zauważyć się daje u ludzi. SCHLICHTING w obliczeniach swych znalazł, że długość ciąży u ludzi może się wahać między 236 a 334 dniami, a więc różnica między terminem najkrótszym a najdłuższym wynosi 98 dni.

Z obliczeń SCHLICHTING'a również wypada, że ciąża po nad 302 dni trwa w 1,3% przypadków, a średnia waga urodzonych dzieci wynosi 3639 grm., długość 52 ctm.

Do podobnych wniosków doszedł w swych badaniach ISSMER, który na zasadzie obliczeń w klinice Monachijskiej z 628 przypadków porodów znalazł, że przeciętna długość ciąży, licząc od pierwszego stosunku, wynosi 268 dni, licząc zaś od pierwszego dnia ostatniego miesiączkowania 278 dni, przyczem w 1,4% przypadków ciąża trwała po nad 302 dni, a w 6,4% — po nad 300 dni.

Co do określenia końca ciąży istnieją różne poglądy. Należy jednak przyjąć, że ciąża się kończy wraz z całkowitem opróżnieniem macicy, a niewiasta która rodzi, nie przestała być jeszcze ciężarną.

Według ścisłych badań ISSMER'a następujące okoliczności wpływają na wcześniejsze lub późniejsze rozpoczęcie porodu:

1) liczba przebytych ciąży: ciąża więcej razy powtórzona jest dłuższa od ciąży mniej razy powtórzonej;

2) wiek matki: przed 35 rokiem ciąża trwa dłużej, po 35 roku życia matki czas trwania ciąży jest krótszy;

3) rodzaj miesiączkowania, co 3, czy co 4 tygodnie. Przy pierwszym rodzaju miesiączkowania ciąża trwa krócej (SCHROEDER);

4) płeć płodów: chłopcy rodzą się o jeden dzień wcześniej, aniżeli dziewczęta;

5) dziedziczność;

6) stosunki socyalne: kobiety pracujące rodzą wcześniej, aniżeli prowadzące żywot spokojny — spokój więc wpływa na przedłużenie czasu trwania ciąży. Pogląd ten popiera również fakt, że ciężarne badane często rodzą przeciętnie 274 dnia, niebadane 279 dnia, a więc o 5 dni później, a następnie i ta okoliczność, że zamężne rodzą przeciętnie 282 dnia, niezamężne 278 dnia, a więc o 4 dni wcześniej;

7) ogólny stan zdrowia i budowa ciężarnych: Kobiety silniej zbudowane rodzą później, aniżeli kobiety słabej budowy (różnica dochodzi do dwóch dni), ciąża u blondynek trwa dłużej, aniżeli u brunetek (różnica tu dochodzi do 4 dni).

Po rozpatrzeniu ogólnych i indywidualnych okoliczności, mających wpływ na czas trwania ciąży, należałoby rozstrzygnąć kwestyę, czy z budowy noworodka można wyprowadzić pewne wnioski co do czasu trwania ciąży?

Z obliczeń ISSMER'a, opartych na zbadaniu 7612 dojrzałych płodów, należy ustalić przede wszystkim następujące fakty:

Długość dojrzałych płodów waha się między 48 a 57,5 ctm., przeciętnie wynosi 50,3 ctm., dla chłopców 50,6, dla dziewczynek 50,0.

Waga waha się między 1170 — 4920 grm., średnio wynosi 3267,2 grm., dla chłopców 3320,4, dla dziewcząt 3214 grm.

Wiek i liczba przebytych ciąży matki wpływają na powiększenie wagi i długości dziecka. Długość dziecka z każdą ciążą powtórzoną powiększa się przeciętnie o 0,516 ctm., waga zaś o 224,5 grm. Przyczem należy zaznaczyć fakt, że waga i długość dzieci przybywa do dziewiątej ciąży, po dziewiątej ciąży stopniowo ubywa dzieciom na wadze i długości, są jednak zawsze większe i cięższe od dzieci pierwiastek.

Porównywając czas trwania ciąży u matek, które urodziły płody jednakowej długości, ISSMER znalazł znaczne wahania w czasie trwania ciąży, i różnica ta wynosi od 10 do 18 dni. Z obliczeń ISSMER'a np. wypada, że dziecko o długości 51 ctm. może się urodzić między 280 a 298 dniem ciąży.

Z zestawienia wyżej wymienionych danych wynika, że podobnie jak na zasadzie ostatniego miesiączkowania lub jedynego zapładniającego stosunku nie jest możliwe ściśle określenie początku ciąży, również nie daje się ściśle określić czas trwania ciąży przez mierzenie i ważenie płodu.

Co się tyczy porodów zapóźnionych, poglądy rozmaitych autorów są podzielone, przeważa jednak opinia, wyrażona przez OLSHAUSEN'a, że czas trwania ciąży, zakreślony przez prawo, jest zbyt mały*).

Jeżeli jednak dotąd nie stwierdzono stanowczo istnienia porodów zapóźnionych, pochodzi to ztąd, że aczkolwiek rozmaite podawano sposoby w celu ścisłego określenia czasu trwania ciąży, nie zdołano jednak otrzymać pewnych danych ze względu na niewłaściwość stosowanych metod, a przede wszystkim nie

*) Prawo niemieckie ogranicza czas trwania ciąży do 302 dni.

badano warunków i przyczyn, jakie wpływały na porody dzieci zbyt długich i ciężkich

Najodpowiedniejszą wydaje się przeto ta droga badania, według której starano by się określić czas trwania ciąży w przypadkach, w których noworodki wykazały nadmierną wagę i długość, i otrzymaną w ten sposób przeciętną cyfrę czasu trwania ciąży porównać z przeciętnym czasem trwania ciąży u dzieci donoszonych.

Jako dzieci zbyt długie i ciężkie można uważać takie, których waga przynosi 4000 grm., a długość 52 ctm.

Na 30500 porodów z kliniki drezdeńskiej i monachijskiej 1007 noworodków odpowiadało wyżej wymienionym warunkom z włączeniem niewielkiej liczby takich, których długość wahała się między 48 a 52 ctm.

Przy szczegółowym rozpatrzeniu się w danych, jakie wypływają z nagromadzenia tak obfitego materiału, wynika, że przewaga dzieci wielkich leży po stronie chłopców. Noworodków płci męskiej okazało się o 2½ razy więcej, aniżeli płci żeńskiej. Fakt ten nie był dotąd znany. Jedynie Arno Semurz twierdził, że wielkie dzieci bywają bez wyjątku (?) płci męskiej. Bezpodstawność podobnego twierdzenia wykazują dostatecznie obecnie rozpatrywane przypadki, albowiem noworodki płci żeńskiej dają się spozstrzegać między noworodkami najczęściej rozwiniętymi.

Większą częstość chłopców objaśnia ustalony przez GEISLER'a fakt, że małżeństwa płodne wydają więcej chłopców, aniżeli dziewcząt.

W dalszym ciągu należy zaznaczyć, że ścieśnienie miednicy bynajmniej nie wpływa na przewagę chłopców, jak to utrzymywał OLSHAUSEN.

W celu określenia czasu trwania ciąży u matek dzieci wielkich wybrano i rozpatrzono przede wszystkim takie przypadki, w których ciąża była niewątpliwie przedłużona.

Z danych tych okazuje się, że matki dzieci wielkich należą po większej części do wieloródek. Średni wiek matek — pierwiastek wynosił 21,6 lat, wieloródek 27 lat. Średnia długość ciąży wynosi 311 dni, licząc od pierwszego dnia ostatniego miesiączkowania, a 291,5 dni, licząc od zapłodniającego stosunku. A zatem, średni czas trwania ciąży w pierwszym przypadku wynosił o 31 dni, w drugim o 23 dni więcej, aniżeli wynosi średnia cyfra czasu trwania ciąży, podana przez ISSLER'a.

Długość dzieci, najważniejszy czynnik przy określaniu dojrzałości dzieci, wynosiła średnio 53,8 ctm., obwód zaś główki 36,8 ctm.

Po zebraniu tych wszystkich danych łatwo przyjść do przekonania, że ciąża w przypadkach tych była przedłużona.

Następnie, gdy zestawiono wszystkie porody dzieci wielkich, okazało się, że 71,8% dzieci urodziło się po 280 dniu ciąży, licząc od pierwszego dnia miesiączkowania, a po 270 dni, licząc od czasu zapłodnienia, i fakt ten można uważać jako drugi dowód, że porody dzieci wielkich należą do zapóźnionych.

Następnie zaznaczyć należy, że dzieci, ważące ponad 4000 grm., rodzą się przy ciąży przedłużonej w 6 razy większej liczbie przypadków, aniżeli ta ostatnia wogóle spozstrzegać się daje.

W końcu, po krytycznym rozpatrzeniu się w przypadkach porodów zapóźnionych, opisanych w literaturze (RIEGLER, MARTIN, BROSIK i inni) można tylko stwierdzić pewność wyżej omówionych danych.

Z nagromadzonego w ten sposób materiału dowodowego, wysnuć się dają następujące ostateczne wnioski:

1) O istnieniu porodów zapóźnionych wątpić nie należy. Jako ważny materiał dowodowy w tym względzie należy uważać porody dzieci, których waga wynosi po nad 4000 grm.

2) Liczba noworodków, ważących ponad 4000 grm. w wielkich klinikach wynosi 3,15%.

3) W liczbie tych ostatnich 14,5% dzieci rodzi się po 302 dniu, a więc jeden poród przypada na 233.

4) Ogólna liczba porodów zapóźnionych wynosi 2,8%.

5) Najkrótszy termin ciąży przy dzieciach wielkich wynosi 240 dni, najdłuższy 336 dni.

6) Średnio ciąża przy dzieciach o wadze 4276 grm. przedłuża się o 31 i 22,9 dni, a przy dzieciach wogóle o wadze 4000 grm. i więcej ciąża przedłuża się średnio o 8,2 i 6,8 dni, zależnie od tego, czy liczymy początek ciąży od ostatniego miesiączkowania, czy też od dnia zapłodnienia.

7) Najcięższe dziecko ważyło 5320 grm. (jeden przypadek), gdy tymczasem waga dzieci przenoszonych według innych autorów wynosiła 5542, 5680, 5730, 5770, 5950, 6000, 6355 i 7470 grm. (bez krwi i mózgu).

Bronisław Szymański.

65. M. HEIDEMANN. **Zakrzepy w połogu.** Zakrzepy należą do tych cierpień, które u kobiet zdarzają się znacznie częściej, aniżeli u mężczyzn, przytem szczególnie często w okresie połogowym.

Na łatwość tworzenia się zakrzepów w okresie połogowym wpływa nie tylko ta okoliczność, że w połogu ściany naczyń ulegają pewnym zmianom, a krążenie krwi zwalnia się, ale oprócz tego zachodzi cały szereg warunków pobocznych, z których jedne zaliczyć należy do właściwości połogowych, inne zaś powstają skutkiem różnych powikłań okresu połogowego.

Do pierwszego szeregu warunków należą: zmiany we krwi skutkiem ciąży (zwiększenie liczby białych ciałek krwi i włókniaka, zmniejszenie białka), niezwykle rozszerzenie żył macicznych i miedniczych, powiększenie bocznego ciśnienia żylnego w okolicy dolnych kończyn skutkiem ucisku główki na żyłę podłędziową wspólną (*iliaca comm.*), spadek ciśnienia wewnątrzbrzuszego po porodzie, zwiotczenie mięśni brzusznych, długotrwałe leżenie w łóżku.

Do szeregu warunków, powstających skutkiem przypadkowych powikłań wpływających na tworzenie się zakrzepów w połogu, należy zaliczyć: zakaże nie w połogu, choroby przewlekłe płuc i serca, niedostateczne odżywianie, guzy, szczególnie mięśniaki, pewne stany umysłowe.

Zakrzepy tworzą się po większej części w żyłach macicy, małej miednicy, kończyn dolnych i stanowią albo przedłużenie zakrzepów łóżyskowych, albo też powstają w miejscach, w których ściany naczyń uległy zmianom. Zakrzepy pierwszego rodzaju zwiemy wtórnymi, drugiego — pierwotnymi.

Następstwa zakrzepów są zależne od ich wielkości i umiejscowienia.

Jeżeli zakrzep tworzy się w żyłach, nie posiadających licznych bocznych gałęzi lub zamyka większą część światła żylnego, wtedy objawy zakrzepów: rozszerzenie żył, obrzęk odpowiedniej części ciała, występują wyraźniej. Dla tej też ostatniej przyczyny, jak tego dowiódł BRAUNE, zakrzepy żyły udowej sprowadzają największe objawy zastoinowe.

Same przez się zakrzepy żyłne, prowadząc do lekkich stanów zapalnych sąsiednich narządów, nie należą do cierpień niebezpiecznych, zakrzepy bowiem rzadko sprowadzają zgorzel kończyn lub rozprzestrzeniają się aż do serca.

Więcej niebezpieczeństw przedstawiają zakrzepy ze względu na następcze zatory. Zatory stanowią po większej części główną przyczynę raptownych śmierci w połogu, jak wykazał VIRCHOW.

Wykrycie więc objawów, pozwalających na wczesne rozpoznanie zakrzepów, szczególnie w miednicy małej, której żyły bez zastawek obok znacznej szerokości i licznych rozgałęzień pozwalają na szybkie powstawanie i szerzenie się w kierunku naczyń zakrzepów, które przy braku objawów zastoinowych łatwo mogą być nie rozpoznane, byłoby niezmiernie doniosłe w celach leczenia zapobiegawczego.

Pod tym jednak względem nasze wiadomości nie są dostateczne.

Jako zwiastuny cierpienia są podawane: bóle głowy; do objawów zaś cierpienia zaliczają: nieznaczne, a przytem nieprawidłowe wahania ciepłoty, małe i przyspieszone tętno, następcze przekrwienia w okolicach uda (SPERLING), objaw WINCKEL'a, a mianowicie zaburzenia żołądkowe, brak łaknienia, uczucie ucisku w okolicy żołądka, język obłożony i zaparcie stolca, syndrom MAHLER'a—t. j. stopniowe (staffelförmig) przyspieszanie się tętna przy niezmienniejącej się ciepłocie lub ulegającej tylko przejściowemu podnoszeniu. HEIDEMANN przez krytyczną ocenę dostępnego dla niego materiału klinicznego i zestawienie w związku z etiologią objawów, spostrzeganych w omawianem cierpieniu, stara się rozszerzyć znany dotąd obraz choroby i określić istotne znaczenie rozpoznawcze każdego z opisywanych dotąd objawów.

Przedewszystkiem HEIDEMANN pierwszy wykrywa dwie różne postaci zakrzepów w połogu: wczesną i późniejszą. Do pierwszej postaci należą zakrzepy, powstające w ciągu pierwszych 3-ch dni połogu w powierzchownych żyłkach. Cierpienie to przebiega przy objawach bólu głowy, niespokojnym śnie, lekkich wahanach ciepłoty, bolesności dotkniętych zapaleniem żyłaków i przechodzi najczęściej pomyślnie po kilku dniach przy ułożeniu wysokiem chorej kończyny i zastosowaniu leczenia przeciwzapalnego.

W liczbie 30 spostrzeganych przypadków tego rodzaju tylko w trzech następnie rozwinęły się zakrzepy wielkich żył miednicy i uda.

Zakrzepy, powstające po 4-tym dniu połogu, rozwijają się jednocześnie z zakrzepami wielkich żył, a szczególnie żył miednicy, i stanowią późniejszą postać zakrzepów w połogu, a przytem niebezpieczne powikłanie okresu połogowego.

W 10 tego rodzaju przypadkach spostrzegać się dawał obraz choroby o typowo powtarzających się jednakowych objawach, które następnie już w pierwszych dniach połogu pozwalały na wykrycie powstawania groźnego cierpienia.

Dokładny obraz choroby da się przedstawić w sposób następujący: Zabarczenie ciała i powierzchownych błon śluzowych blade z oznakami lekkiej sinicy. Oddech powierzchowny, przyspieszony, przy najmniejszych wysiłkach objawy duszności. Osłabienie działalności serca, nierównomierność uderzeń serca. Tętno drobne, szybkie. Objaw MAHLER'a zauważono 6 razy.

Przed wystąpieniem wyraźnych objawów zakrzepu najczęściej występowały napady osłabienia serca wraz z sinicą, dusznością, szybkim tętnem, czemu towarzyszył stale nadzwyczajny ból głowy. Ciepłota prawidłowa, w czasie wytwarzania się skrzepów ulegała nieznacznym wahanom. Sen niespokojny.

Objawy żołądkowe WINCKEL'a spostrzegano często, przedewszystkiem uparte zaparcia stolca.

Bolesne oddawanie moczu i niemożność oddawania go bez pomocy cewnika. Objaw ten występuje zwykle w końcu pierwszego tygodnia.

Gwałtowne i szybko przechodzące bóle kłujące po bokach klatki piersiowej, po której występował kaszel i krwioplucie. Po porodzie bóle w dolnej części brzucha, ustępujące następnie, a pojawiające się wraz z powstaniem zakrzepów. Zwykle zakrzepy wytwarzały się najpierw na nodze, odpowiadającej stronie brzucha, po której natychmiast po porodzie występowały bóle. Bóle w pachwinach i prawie zawsze w tem miejscu, w którym pod więzem POUPART'a przechodzi żyła udowa, przyczem bolesność w tem miejscu zwiększa się nie tylko pod wpływem ucisku, ale i przy głębokich ruchach oddechowych i kaszlu. Bóle w okolicy odbytnicy, nadzwyczaj bolesne wypróżnienia skutkiem ucisku mas kałowych na sploty żyłne, wypełnione przez skrzepy.

Brzuch bywa wzdęty, pozostaje jednak miękki i niebolesny, z wyjątkiem wyżej wymienionych okolic.

Ze względu na sposób powstawania bębnicy i jej właściwości przyjąć trzeba, że zależy ona jedynie od mniejszego lub większego zwiotczenia błony mięsnej kiszek skutkiem porażenia, czy to z powodu zaburzeń krążenia krwi, czy też układu nerwowego. Dodać wszakże należy, że HEIDEMANN spozstrzegał bębnicę przy zakrzepach żylnych nie tylko w połogu, ale i w innych stanach chorobowych.

Gdyby wymienione objawy wyraźnie dostrzedz się nie dały, w takim razie osłabienie chorej i napady omdlenia po wstaniu z łóżka powinny nasunąć podejrzenia co do utajonego tworzenia się zakrzepów.

Pierwsze objawy cierpienia występują około siódmego dnia połogu w przypadkach niepowikłanych, a w drugim tygodniu, trzecim lub dalszych tygodniach połogu w przypadkach, powikłanych zapaleniem tkanki przymaciczej lub okołomaciczej.

Zakrzepy w połogu stanowią cierpienie zakaźne, a wrotami zakażenia są otwarte naczynia miejsca przyklejenia łożyska.

Od siły zakażenia zależy mniejsze lub większe szzerzenie się zakrzepów.

Drugim czynnikiem, wpływającym na tworzenie się zakrzepów, jest osłabienie czynności serca i wynikające ztąd zaburzenia krążenia krwi.

Od stopnia udziału obydwóch wymienionych czynników zależy natężenie choroby; w każdym jednak razie zakażenie jest warunkiem koniecznym do powstawania zakrzepów. Stan zaś czynnościowy serca ma tylko wpływ na przebieg i zejście cierpienia.

Jako objawy, cechujące dane cierpienie, należy uważać bóle pod więzem POUPART'a i wzdęcie brzucha. Objaw zaś MAHLER'a jest objawem niepewnym i niezawsze (GESSNER, CRAMM) spozstrzegać się daje, przytem najwybitniej był wyrażony w tych przypadkach, gdzie sprawa zakrzepowa ustawała, w tych zaś przypadkach, w których od początku połogu istniało wzdęcie brzucha objawu MAHLER'a brakowało stale.

(*Monatsschrift f. G. u. G. Bd. XIII. Heft 4. 1901.*) Bronisław Szymański.

III ZJAZD PRZYRODNIKÓW I LEKARZY CZESKICH.

(Sprawozdanie własne).

Sprawozdanie z posiedzeń sekcji lekarskiej.

Zwraca wreszcie uwagę prof. E. na to, że po *parachorei* mogą nastąpić większe zmiany, prowadzące do paraparezy i paraplegii zupełnej albo nierównomiernie na obydwóch stronach rozwiniętej.

Obszerny swój wykład kończy autor następującem uogólnieniem:

1) Dyagnozę *chorea (minor)* trzeba ograniczyć do przypadków powstałych po nagłym afekcie, upadnięciu na głowę lub kręgosłup. *Chorea* ta powstaje wskutek zmiany obiegu krwi lub skutkiem przejściowych zmian odżywczych mózgu lub rdzenia;

2) u dorosłych zdarza się *chorea magna*, trwająca wciąż i we dnie, i w nocy, czasami z gorączką, zwykle kończąca się śmiercią, podstawą w tym wypadku bywa *endocarditis verrucosa* (w połączeniu z rozmiękczeniem niektórych części mózgu). W razie pomyślnego przebiegu z trwałą wadą serca dyagnoza brzmić powinna: zapalenie błony wewnętrznej serca w połączeniu z ruchami płasawicznymi. Oczekiwać należy nawrotu płasawicy w późniejszym czasie z tychże przyczyn. Są one rzeczywiście pochodzenia zakaźnego, wywołane przez streptokoki i stafilocoki, jak w gościecu, i inne bakterye, jak tyfusowe, pneumokoki i t. d., wywołują także objawy. nierozwiązaną kwestyą pozostaje nadal, czy bakterye PAVESI'ego wywołują płasawicę.

3) na gruncie dziedziczności płasawica objawia się u starszych osób i trwa lata całe, kończąc się inanicyą; przyczyna — choroba HUNTINGTON'a;

4) hemichoreę upatrywać należy w wadach jednej półkuli mózgu wielkiego; parachoreę w wadach rdzenia; monochoreę przypisać należy zmianom szarej substancji mózgowej; *chorea cruciata* zaś ma swe źródło w różnych miejscach mózgu samego lub rdzenia. Wówczas idzie bądź o przekrwienie, bądź o przejściowe zmiany odżywiania zapalne lub troficzne. Również i krwotoki kapilarne, jako zwiastuny większych krwotoków, lub też postępujące rozmiękczenie mózgu po wylewach krwi (antiapoplektyczna albo postapoplektyczna płasawica), wreszcie powstanie nabrzmięń (guzów) na mózgu i na rdzeniu — daje podkład do odruchów płasawicznych. Dla tego w takich przypadkach rozpoznanie opierać się powinno na zasadniczej chorobie.

5) zatrucia jodoformem, przewlekłe zatrucia sublimatem powodują odruchy płasawiczne, w tym razie powinniśmy mówić o *intoxicatio*;

6) w większości przypadków przyczyną płasawicy bywa *ascariasis* i wtedy robimy rozpoznanie *helminthiasis*.

Trafne rozpoznanie podstawowej choroby decyduje o sposobie leczenia i o rokowaniu.

Chorych mężczyzn było	31%
„ kobiet	69%
„ do lat 15	80%
„ po latach 15	20%
<i>Chorea minor</i> po aflek.	77%
<i>Parachorea</i>	1,5%
<i>Helminthiasis (ascariasis z odruch. choreat.)</i>	5%
<i>Endocarditis</i> pochodzenia infekc. z odr. <i>choreat.</i>	15%
Choroby mózgu (<i>haemorrhagia, encephalitis, atrofia rubra</i>).	3%

Na miejscu będzie, gdy przytoczę prace asystentów przy katedrze chorób wewnętrznych prof. EISELTA — d-ra J. SEMERADA i d-ra F. SAMOURA'a. Pierwszy, współredaktor najstarszego pisma zawodowego „Casopis lékařů českých“, znany wydawca „Bibliografii medickej sloviańskiej“ i jeden z organizatorów słowiańskiego związku medycznego, któremu on wraz z prof. PĚSZINĄ dał impuls w roku zeszłym na zjeździe w Paryżu, wreszcie bardzo czynny członek komitetu organizacyjnego III zjazdu, wystąpił raz jako korreferent na temat „Rezultaty seroterapie w dyfteryie w Czechach“, podając dane z kliniki za ostatnie lat 7; drugi raz zapoznał słuchaczy z zajmującym nader odczytem na temat „O tak zwanych

tranzytor. myelitidach“ (Przyczynek do prognozy ostrych zapaleń rdzenia). Autor miał sposobność obserwować trzy zajmujące przypadki:

1) Dnia 16. IV. 1899 r. był przyjęty do szpitala 72-letni mężczyzna; wygląda czerstwo, nie może jednak chodzić. W prawej dolnej kończynie znikły zupełnie ruchy czynne; czynność lewej dolnej kończyny ogranicza się na poruszaniu palcami, abdukcji i addukcji goleni, na bardzo małym zgięciu w kolanie — ruchy te wykonywa przy użyciu wszystkich sił. Cała prawa dolna kończyna jest w obwodzie większa; czucie w obydwóch kończynach prawidłowe. Mocz brudny, alkaliczny; pęcherz jest przepelniony. Odruchy kolanowe wzmożone; w sparaliżowanych kończynach od czasu do czasu klucie, niewielkie nie przerywające snu. Serce i płuca zdrowe. Pacjent wogóle zdrow; kręgi nie są czułe, nie bolące, jak również i węzły nerwowe. Choroba przyszła w następujących okolicznościach: przed trzema tygodniami nagle upadł na ulicy, poczem już nie mógł stąpać na prawą nogę; świadomości nie stracił; władzę do pewnego stopnia miał w obydwóch nogach, lecz wciąż ubywała; ból przy oddawaniu moczu trwa już 14 dni. Dodać należy, że chory od 16 lat jest wdowcem, a przed 15 laty miał szankra. Pacjent ten, który był przyniesiony do szpitala, po 6 tygodniach wypisał się w tak dobrym stanie, że sam pieszo poszedł do domu, odległego o $\frac{3}{4}$ wiorsty. Mocz oddaje sam. Leczony był poczęści antyluetycznie, po części symptomatycznie. Dotąd zdrow (był demonstrowany).

2) Dnia 2. VIII. 1899 r. przyjęto chorego w stanie następującym: młody 30-letni mężczyzna niezbyt dobrze odżywiany, ma sparaliżowane dolne kończyny bez najmniejszego ruchu w palcach z zupełną anestezją w obydwóch sparaliżowanych nogach i silnym niezłym pęcherza moczowego; *decubitus* wielkości męskiej dłoni nad kością krzyżową (*sacrum*), sięgający aż do kości; miewa gorączkę z febrą i lekkie delirya. Odruchy kolanowe wzmożone, drgania w nogach do tego stopnia, że podskakują na łóżku; mięśnie napięte; żadnych bólów. W prawej górnej części płuc oddech oskrzelowy, nad *valvula aortae* dyastoliczne szmery, kręgi przy perkusji nie bolą. Gruczoły pachwinowe nieznacznie stwardniałe. Mężczyzna ten przed 12 dniami chodził jeszcze i nie czuł żadnych bólów w nogach. Stan jego przed chorobą jest nader zajmujący: przed 19 dniami skarżył się na zmęczenie ruchowe, niezadowolenie. Po sumiennem zbadaniu przez specjalistę wysłany został na wieś na odpoczynek. Wyjechał do kąpieli, używał spacerów po lasach, ciało zaś tak leczył: podczas jasnego słonecznego dnia lipcowego rozbierał się do naga i, gdy słońce zbliżało się do zenitu, wygrzewał plecy przez godzinę, leżąc na brzuchu; po godzinie zaś rozpalone plecy kazał sobie chłodzić „lodowym strumieniem“ z sikawki pożarowej. Po 4 dniach zauważył na spacerze, że prawa noga przy chodzeniu zaczepia o lewą. Przez następne dwa dni prawa noga wciąż słabła; ale chory chodził jeszcze, mając w niej kurcze. Mimo to używał w dalszym ciągu prysznicu. Po 4 dniach wreszcie musiał zostać w łóżku, gdyż nie mógł ruszyć prawą nogą, jednocześnie przestał oddawać mocz, wskutek czego był cewnikowany. Piątego dnia osłabienie i kurcze w lewej nodze, 10 dnia — odleżyna, a 13 dnia stan wyżej wymieniony. Przed 3 laty zaczął, lecz nie dokończył swoistej kuracji. Po upływie 19 tygodni był wypuszczony ze szpitala w tak polepszonym stanie, że sam zeszedł z drugiego piętra, prowadzony tylko przez służącą. Leczone go, poza innymi środkami, bardzo energicznie rtęcią i jodkiem potasu, głównie zaś zwalczano niezły pęcherz, który przez parę tygodni zagrażał życiu chorego. Pacjent żyje, władza w dolnej lewej kończynie prawie normalna, w prawej ruchy odbywają się z wysiłkiem skutkiem zwiększonego tonusu. Chodzi, mocz oddaje sam; jest ze swego stanu zadowolony.

3) 45-letni mężczyzna przyjęty 26. I. r. b. z paraplegią dolnych kończyn, która zniecka bez przyczyny w przeciągu 4 tygodni aż do zupełnej nieruchomości nóg się rozwinęła, z rozpoczynającą się odleżyną, nieżytem pęcherza. Czućcie w sparaliżowanych kończynach prawidłowe; brak odruchów rzepkowych, *incontinentia alvi*. W wywiadach nic podejrzanego. Pacjent przypisuje niemoc swoją upadkowi na wznak, co miało miejsce przed 6 tygodniami. Dotąd znajduje się w szpitalu w takim stanie, że funkcje pęcherza i *recti* są prawidłowe; chodzi, ale łatwo przy chodzeniu się męczy. Pacjent ten jest na drodze do zupełnego wyleczenia.

Wszystkie trzy przypadki są godne uwagi dlatego, że w nich porażenie kompletne, według wszelkiego prawdopodobieństwa pochodzenia rdzeniowego, po dłuższym trwaniu tak się polepszyło, że czynności przedtem zupełnie wygasłe znowu mniej więcej wróciły. Przypadki te są ważne prognostycznie, zwłaszcza drugi zasługuje najwięcej na uwagę praktyka terapeuty, jest on namacalnym przypomnieniem, że nigdy nie należy powątpiewać w przywrócenie do zdrowia osobników, wydających się nieuleczalnymi. Tam było dużo przyczyn, które mogły sprowadzić lekarza na błędne drogi: *afectio apic. pulm.*, wypieranie się ze strony pacjenta specyf. chorób, widoczny postęp sprawy i szerzenie się odleżyny odejmowały ostateczną nadzieję w skuteczność leczenia. Na zasadzie wyżej przytoczonych faktów widocznym jest, że we wszystkich danych przypadkach chodziło o *paral. acuta* pochodzenia rdzeniowego.

Na pytanie, jaka jest etiologiczna i anatomiczna dyagnoza, autor odpowiada: etiologia — *lues*, anatomia — *thrombus* i *embolia* (upadek na ulicy) w rdzeniu. W drugim przypadku przypuszcza prelegent anatomicznie zapalenie, milczeniem zaś pomija etiologiczną stronę. Trzeci pacjent należy do etiologicznie zagadkowych przypadków, które opisał KREWER (Petersburg) w zeszłorocznej „Zeitschrift. f. klin. Medicin“ i „Wraczu“, gdzie podał dwa przypadki szybko postępującego paraliżu dolnych kończyn, połączonego z nadwyżęciem czynności pęcherza i odbyticy, z których jeden po upływie trzech tygodni, drugi po upływie trzech miesięcy wyzdrowiał. Anatomicznie przypuszcza we wszystkich przypadkach ostro powstających paraliżów dolnych kończyn z nadwyżęzoną czynnością pęcherza i odbyticy, które mniej lub więcej dadzą się wyleczyć, trombozę arteryi rdzeniowych; chociaż KREWER w jednym przypadku może udowodnić swoje twierdzenie, jednak nie zgadza się prelegent z uogólniającą teorią KREWER'a, lecz sądzi iż:

Egzystują paraliże kończyn dolnych, powstające ostro lub podostro i po paru tygodniach polepszające się bez względu na to, jakie były oznaki kliniczne.

Paraliże te na zasadzie oznak klinicznych według wszelkiego prawdopodobieństwa nie mają jednakowego podkładu anatomicznego i jednakowej etiologii.

Część jedna przedstawia objawy, na zasadzie których mamy prawo sądzić o zapaleniu rdzenia. Potrzeba powtórzyć doświadczenia FEINBERG'a i ROTH'a na zwierzętach, czy takie zapalenie da się wywołać wpływami termicznymi (głównie ochładzaniem) po części na zdrowym rdzeniu, po części na rdzeniu z choremi naczyniami kwionośnemi. Wogóle nie mamy prawa uważać za stracone najwięcej zaawansowane przypadki z widoczną anatomiczną progresją, z postępującymi odleżynami, nieżytem pęcherza i objawami urosepsyi. W danym razie pielęgnowanie pęcherza musi być nader energiczne.

D-r SAMOIRD Fr. w swym odczycie „O arsenowych paraliżach“ stawia pytanie, czy jest możebna dyagnoza arsenowego paraliżu w tym razie, gdy moment etiologiczny jest nieznan, i gdy obecności arsenu nie możemy dowieść ani

w moczu, ani gdzieindziej. Na podstawie studyów nad przypadkami podobnych paraliżów autor zwraca uwagę na specjalny charakterystyczny przebieg tych paraliżów, który dzieli na cztery stadya:

- 1) Stadium objawów żołądkowo-kiszkowych.
- 2) Stadium szybko postępujących, a jednak w pewnym porządku następujących symptomatów paraliżu. Najpierw cierpi sfera czuciowa, następnie szybko powstaje paraliż ruchowy, za którym szybko następują zmiany troficzne. Wszystko to dzieje się symetrycznie na obydwóch stronach i postępuje od peryferji do środka, aż się ustali, i wtedy następuje

- 3) stadium akme procesu, potem

- 4) stadium powolnej, znów w pewnym porządku idącej poprawy.

Wylicznym symptomatorem towarzyszy szereg oznak ze strony nerwów wazomotoryjnych i troficznych, krążenia, oddechania i narządu moczopłciowego.

Przebiegiem tym różni się arsen. paraliż arsen. najlepiej charakteryzuje jego kończy swój odczyt konkluzją: że paraliż arsen. najlepiej charakteryzuje jego przebieg, i że można go poznać nawet i tam, gdzie w anamnezie ani śladu nie ma arsenu.

(C. d. n.).

Przemysław Rudzki.

Z Towarzystw lekarskich zagranicznych.

Na posiedzeniu lekarzy szpitala „Charité“ w Berlinie d-r DORENDORF mówił o chorobie zawodowej robotników fabryk wyrobów kauczukowych. U dwóch robotników, pracujących w jednej z takich fabryk, spostrzegano następujące objawy: drżenie rąk, bóle w członkach, zwłaszcza w częściach obwodowych rąk i nóg, bóle głowy, bezsenność, znaczne upośledzenie siły mięśniowej, drżenie gałek ocznych (*nystagmus*) i obniżenie ciepłoty skórnej po stronie prawej ciała. Wrażliwość pni nerwowych po stronie prawej była większa, niż po stronie lewej, odruchy rzepkowe były również wzmożone po stronie prawej. Prócz tego jeden z chorych cierpiał na zaburzenia czynności żołądka i kiszek. We krwi obydwóch robotników znaleziono wylugowane krążki czerwone, t. zw. cienie i bryłki barwnika koloru minii i czarnego. Ponieważ w przygotowywaniu wyrobów kauczukowych używany bywa siarek węgla, przypuszczano więc w obydwu przypadkach zatrucie przewlekłe tem właśnie ciałem chemicznem; okazało się jednak, że w tej fabryce używano nie siarku węgla, lecz siarku chlorowo-benzynowego. Przeprowadzono więc szereg doświadczeń na zwierzętach i przekonano się, że obydwie te związki chemiczne działają na ustrój w sposób jednakowy, zwłaszcza obraz mikroskopowy krwi w obu przypadkach był jednakowy. Po śmierci zwierząt we wszystkich narządach, a zwłaszcza w śledzionie, znaleziono takie same bryłki barwnika, które dawały odczyn na żelazo.

Z doświadczeń LEHMANN'a wiadomo, że związki chloru z siarką nie wywierają wpływu szkodliwego na ustrój, zwrócono się więc do badań nad benzyną nie oczyszczoną. Wyniki badań dowiodły, że benzyna wywołuje takie same zmiany, jak jej połączenie z chlorem i siarką. Prócz tego zbadano kilkudziesięciu robotników, którzy mieli ciągle do czynienia z benzyną, i znaleziono u nich zmiany wielce podobne do opisanych wyżej. Sprawy chorobowe podobnego rodzaju były dotychczas rzadko bardzo opisywane, aczkolwiek spotykają się się bez wątpienia znacznie częściej wobec szerokiego zastosowania benzyny w przemyśle.

Na posiedzeniu towarzystwa chirurgów berlińskich dr H. BAUR wygłosił odczyt o zapaleniu stawów pochodzenia rzeżączkowego. Dotychczasowe liczne poszukiwania, w celu wykrycia przyczyny zapalenia stawów u osobników, dotkniętych rzeżączką, wcale lub bardzo mało wyjaśniły pytanie: o ile drobnoustroje rzeżączkowe wpływają na powstawanie tej sprawy chorobowej. Nastąpiło to zaś wskutek tego, że w znacznej większości przypadków odnośnych albo wcale nie znajdowano drobnoustrojów swoistych, albo znajdowane inne bakterie ropne. Dla wyjaśnienia tej kwestyi zbadano pod względem bakteriologicznym 27 przypadków rzeżączkowego cierpienia stawów. Wybór odpowiedniego podłoża do hodowli dwuziarniaków rzeżączkowych był bardzo trudny. Nareszcie po długich próbach przekonano się, że mieszanina nutrozy z surowicą, podana przez WASSERMANN'a, nadaje się do tych celów najlepiej, ponieważ daje się doskonale wyjaławiać, a rozwijają się na niej nawet mniej jadowite bakterie tryprowe. Do badań wybierano przypadki możliwie świeże, ponieważ przekonano się, że gonokoki bardzo szybko giną w stawach. Wśród wybranych przypadków chorobowych były wszystkie okresy rozwoju zapalenia, poczynając od wysięków płynnych, a kończąc na ciężkich postaciach nacieków okołostawowych. Na 27 przypadków gonokoki znaleziono w 19-tu, a raz tylko obok gonokoków znaleziono gronkowca białego. Te wyniki w wielu punktach nie zgadzają się z dawniejszymi. Po pierwsze — uderza wielka liczba przypadków, w których wykryto gonokoki, co należy przypisać ulepszonej metodzie hodowlanej i wyborowi przypadków możliwie świeżych. Powtórę — wbrew dawniejszym poszukiwaniom zakażenie mieszane znaleziono tylko raz jeden. Przedewszystkiem jednak zasługuje na uwagę ta okoliczność, że po 6-iu dniach trwania choroby ani razu nie znaleziono gonokoków nawet w tych przypadkach, w których znajdowano je w pierwszych dniach choroby. Należy więc przypuścić, że dwoinki rzeżączkowe w stawach już po 6-iu dniach tracą zdolności życiowe. W tkankach, otaczających stawy, nie znaleziono nigdy dwoinek pomimo licznych prób w tym kierunku; nie było ich także i wtedy, kiedy w samym stawie znajdowano te drobnoustroje. Zdaje się więc, że zmiany znamienne dla zapalenia rzeżączkowego w tkankach przyległych do stawów powstają raczej wskutek obecności tam toksyn, a nie żywych drobnoustrojów. Twierdzenie to znalazło poparcie na drodze doświadczalnej: zwierzętom wstrzykiwano w okolice stawów toksyny rzeżączkowe i otrzymano te same zmiany, jakie spotykano u ludzi. Leczenie zapalenia stawów rzeżączkowego w klinice prof. BERGMANN'a polegało na unieruchomieniu chorego stawu i następczem mięsieniu, stosowaniem we właściwym czasie dla uniknięcia zeszywnień. Wobec takich powikłań stosowano z dobrym wynikiem zastrzykiwanie podskórne dużych dawek jodku potasu lub jodipiny. Przy takim postępowaniu zeszywnienie stawu spotykano bardzo rzadko, ropienia zaś nie było nigdy.

Wielkie zainteresowanie w Towarzystwie lekarskiem berlińskim wywołał przedstawiony przez d-ra F. KRAUSE'go przypadek guza rdzenia, usunięty za pomocą operacji. Przypadki tego rodzaju należą do nader rzadkich. Pierwszą taką operację wykonał HORSLEY, a do obecnej chwili była ona robiona 31 razy; zejście śmiertelne nastąpiło w 13 przypadkach już to wskutek zapaści, już to z powodu rozmaitych spraw zakaźnych. W ostatnich czasach wyniki operacyjne były lepsze, dzięki ulepszonym metodom operacyjnym i dokładniejszemu rozpoznaniu. Ostatnie zwłaszcza stanowi czynnik niezmiernie ważny. Sam HORSLEY podczas swej pierwszej operacji szukał guza o trzy kręgi za nisko. Dziś, ułatwienie rozpoznania zawdzięczamy pracom OPPENHEIM'a, GOLDSCHIEDER'a, BRUNS'a

jak również badaczy angielskich. Co się tyczy danego przypadku, to operację wykonano u 66-letniej chorej, która już w roku 1896 po upadku przeleżała 4 tygodnie w łóżku z powodu bólów w grzbiecie, lecz później była podobno zupełnie zdrowa. Po upływie trzech miesięcy wystąpiły bóle w wielkim palcu stopy prawej i w prawym stawie kolanowym. Następnie wystąpiły rozmaite zaburzenia czucia w całej nodze, które pożytywano za nerwoból kulszowy, i leczono go bezskutecznie. W rok później wystąpiły bóle i w drugiej nodze, leczone jak i poprzednio bez wyniku dodatniego, a wkrótce potem uczucie opasywania po nad górnymi brzegami kości biodrowych i uczucie osłabienia w nodze prawej; osłabienie to wzrastało bardzo szybko i już po kilku tygodniach nastąpiło zupełne porażenie tej kończyny. W szpitalu rozpoznano: guz rdzenia. Badanie wykazało zupełny brak wrażliwości kręgosłupa na opukiwanie i wycieranie gorącą gąbką; ruchy tułowia swobodne; brak objawów gruźlicy i przymiotu; prawa kończyna dolna zupełnie prawie sparaliżowana, w lewej zaś władza zachowana, zmian w odżywianiu nie było; odruchy ścięgniste po stronie prawej prawidłowe, na lewej zaś nodze zupełne znieczulenie i upośledzenie czucia ciepłoty. Oddziaływanie elektryczne na obu nogach prawidłowe, czucie mięśniowe po stronie prawej upośledzone. Miano więc do czynienia z porażeniem BROWN-SEQUARD'a połowicznym, powstałym wskutek wzrastającego ucisku prawej połowy rdzenia i to wewnątrz kanału kręgowego, ponieważ badanie wyłączyło udział kręgosłupa. Chodziło teraz o oznaczenie wysokości, na której rdzeń uległ uciskowi. Rozwiązaniu tego problemu pomogły dane, zdobyte na drodze doświadczalnej, które dowiodły, że w danym przypadku cierpią odcinki grzbietowe rdzenia, miejsce zaś uszkodzone powinno znajdować się na wysokości 7 lub 8 wyrostka ciernistego. Kanał kręgowy otwarto na wysokości 7 wyrostka ciernistego, i znaleziono po stronie prawej rdzenia guz, wielkości orzecha laskowego, zrośnięty z oponą twardą, który wycięto wraz z kawałkiem opony. Guz ten spowodował siodłowate zagłębienie w rdzeniu. Przebieg pooperacyjny znakomity. Stan chorej zaczął się szybko polepszać, a po upływie 8 miesięcy od czasu operacji może wcale dobrze chodzić o kij, a nawet wchodzić na schody.

Na posiedzeniu stowarzyszenia chirurgów berlińskich d-r WULF poruszył sprawę zgorzeli samoistnej u osobników młodych. W ostatnich czasach WULF spostrzegł dwóch młodych (20 letnich) ludzi z typowymi objawami tego cierpienia. Pod innymi względami ludzie ci byli zupełnie zdrowi; nie chorowali nigdy ani na moczówkę cukrową, ani na przymiot, nie posiadali żadnych wad serca, lecz już od dłuższego czasu doznawali bólów w nogach. W bardzo krótkim przeciągu czasu wystąpiła zgorzele stóp i chorym wyłuszczone nogi w stawach kolanowych. Badanie makroskopowe odjętych kończyn nie wykazało żadnych zmian ani w skórze, ani w mięśniach. Zauważono tylko, że naczynia pni nerwowych dawały się bardzo łatwo wyosobnić, na przekrojach zaś nerwów nigdzie nie spostrzegano nadmiernego rozwoju tkanki łącznej. W żyłach prócz starszych i świeższych zakrzepów nie znaleziono zmian żadnych. Zmiany w pniach tętniczych były daleko wybitniejsze. Przedewszystkiem są one niezmiernie wąskie, tak np. światło tętnicy podkolanowej jest nieco większe, niż w tętnicy grzbietowej stopy w warunkach zwykłych, w dodatku w kierunku dośrodkowym jest ona zamknięta przez szarawą tkankę łączną, która nie przepuszcza nawet cienkiego zglębnika. W kierunku obwodowym istnieją jeszcze pewne szczątki światła, lecz jest ono nierównie małe, jednocześnie rzuca się w oczy nader zgrubiała ściana naczyniowa. Zmiany drobnowidzowe w tętnicach są inne w pniach niedroźnych, a inne w droźnych. W pierwszych zatyczki składają się z tkanki

łącznej mniej lub więcej obfitującej w komórki i niezawierającej prawie wcale włókien sprężystych. W tkance tej znajduje się sporo nieprawidłowych szpar, wystających nabłonkiem i częściowo napełnionych krążkami czerwonymi krwi. Tkanka łączna układa się dośrodkowo naokoło tych szpar i czasem robi wrażenie mięśni gładkich. Są to jedyne miejsca, w których można rozróżnić obfitą sieć włókien sprężystych; zdaje się, że mamy tu do czynienia z nowopowstającymi naczyniami. Dalej — w tej samej tkance daje się spostrzegać dużo brytek barwnika, pochodzącego ze krwi. Takie zatyczki ziarninowe leżą przeważnie wprost na błonie sprężystej, gdzieniegdzie zaś twory te są oddzielone za pomocą tkanek, zawierającej mało komórek i naczyń i ułożonej kolisto w naczyniu. Ze względu na obfitość włókien sprężystych, tkankę tę należy pożytywać za wybujałość błony wewnętrznej (*intima*). Złogi te rozrzucone są albo pod postacią plam, albo pierścieni; pod nimi zmiany w ścianach tętnicy nie zawsze są jednakowe: błona mięśniowa jest albo prawidłowa, albo zcieńczała i obficie przerośnięta tkanką łączną; *adventitia* prawidłowa. W miejscach, gdzie światło jest zachowane, błona wewnętrzna jest nienaruszona, a gdzieniegdzie widać na niej niewielkie ogniska, podobne do opisanych wyżej. Błona sprężysta prawidłowa, lecz robi wrażenie, że jest pierścieniowato wciśnięta do wewnątrz; błona mięśniowa nieco zgrubiała i jakby ściągnięta mocno. Naczynia drobniejsze i najdrobniejsze są albo nieuszkodzone, albo posiadają zmiany, podobne do opisanych wyżej. Na tę sprawę chorobową pierwszy zwrócił uwagę WINIWARTER i zaliczył ją do *endourteritis obliterans* w myśl wywodów FRIEDLAENDER'a. Pogląd ten trwał aż do tego czasu, kiedy ZOEGE v. MANTEUFFEL na podstawie swych badań orzekł, że tkanka, zamykająca światło naczyń, powstaje z organizowanych zakrzepów i zależy od stwardnienia naczyń. Badacz ten sądzi, że mamy tu tę samą sprawę, co w zgorzeli starczej (*gangraena senilis*) i dla tego nazywa ją *gangraena praesenilis*. W końcu zasługują jeszcze na uwagę poglądy FRAENKEL'a, który wszystkie zmiany w naczyniach kładzie na karb zaburzeń nerwowych (*neuritis*), i STERNBERG'a, według którego pierwotną przyczynę cierpienia stanowi przerost błony mięśniowej. Wypada obecnie rozpatrzyć powyższe teorie z preparatami w ręku i zacząć od wyjaśnienia, jaki udział biorą w niej nerwy. Wyżej już było zaznaczone, że w nerwach nie wykryto zmian żadnych. Nie może więc być tu mowy o jakiejś „*neuritis*“, zwłaszcza że u chorych prócz lekkiej nadczułości nie stwierdzono żadnych innych zaburzeń w zakresie układu nerwowego. Co się tyczy zmian w naczyniach, to przede wszystkim należy wyjaśnić powstawanie błon, zamykających światło. Niewątpliwie mamy tu do czynienia z tkanką ziarninową, sporne jest tylko, czy ona wrasta w wybujałości *intimae*, czy w zakrzepy. Rozpoznanie różniczkowe jest tu bardzo trudne, gdyż jako jedyna cecha rozpoznawcza może nam służyć zauważona już przez FRIEDLAENDER'a obecność barwnika krwi w zakrzepach organizowanych. Istotnie w żadnym preparacie nie brak tego barwnika, nieznaczne zaś wybujałości błony wewnętrznej nigdzie nie posiadają dążenia do zamknięcia światła naczynia; wobec tego należy twierdzić, że właśnie tkanka ziarninowa w organizujących się zakrzepach prowadzi do zamknięcia światła. Zarzut, że barwnik krwi pochodzi z wtórnych wynaczynień do tkanki ziarninowej, nie wytrzymuje krytyki, ponieważ wobec doskonale okrytych naczyń trudno byłoby wyłomaczyć, skąd pochodzą tak obfite krwawienia. Następnie byłibyśmy powinni znaleźć nie tylko barwnik, lecz i świeższe wynaczynienia, co się nigdy nie udało. W rezultacie wypada zgodzić się na pogląd WINIWARTER'a, że w odnośnych przypadkach mamy zazwyczaj *endourteritis* z następczem powstawaniem zakrzepów, tak samo zupełnie jak w zgorzeli starczej. Lecz i prze-

ciw temu pogładowi następują się pewne zarzuty. Tak sprawy śródnaczyniowe tego rodzaju spotykają się stale w wieku młodym; wybujałości wewnątrznaczyniowe rozwijają się w części obwodowej zamkniętego naczynia, to też wobec niezmiernie małych zmian wewnątrznaczyniowych nie można poczytywać ich za sprawę pierwotną. Jeżeli jednak uprzytomnić sobie, że wszystkie naczynia są niezmiernie wąskie, że warstwa mięśniowa jest rozwinięta bardzo mocno, to wypadnie zatrzymać się na przypuszczeniu, że główną rolę gra tu stan skurczu naczyń pochodzenia naczynioruchowego, który prowadzi następnie do wyżej omawianych zmian w naczyniach. Nadmierny skurcz warstwy mięśniowej powoduje znaczne zwężenie światła naczynia; mięsień skurczony wydaje się grubszym, czasem istotnie ulega on przerostowi, a dopiero w okresach następczych powstaje zwyrodnienie mięśnia i rozszerzenie światła. Według tego na sprawę odnośną zapatrywać się należy jako na analogiczną do innych cierpień nerwowych, jak np. do choroby RAYNAUD'a. Wreszcie co się tyczy pochodzenia, to możnaby przypuszczać jakąś szkodę ogólną. Zasługuje tylko na uwagę, że przypadki czyste tego cierpienia pochodzą z Królestwa Polskiego, i że chorobie ulegają tylko mężczyźni. Dane dziedziczne trudno znaleźć, zaś przyczyny, podawane zwykle przez chorych, jak przeziębienie lub uraz, przez żadnego z badaczy nie są poczytywane za czynnik przyczynowy. Możliwość wskazać nadużywanie nikotyny: pięciu spostrzeganych chorych wypalało od 15 roku życia po 30 i więcej papierosów dziennie, to też czynnik ten w etiologii omawianego cierpienia zapożyczony być nie powinien.

Na tle powyższego odczytu rozwinęły się ożywione rozprawy. Między innymi ISRAEL zaznaczył, że w ostatnich latach spotykał niezmiernie często zgorzel u osobników w wieku od 25 do 35 lat. We wszystkich przypadkach trzeba było uciekać się do amputacji. Wszyscy chorzy odnośni byli to izraelici z Królestwa Polskiego. Podobne spostrzeżenia zakomunikowano mu i z Królewca. Rzecz szczególna, że pomiędzy izraelitami, pochodzącymi z innych krajów, mówca nie spostrzegł podobnych przypadków. Wszyscy ci chorzy byli palacze namiętni, a między innymi bóli również i fabrykanci papierosów (?).

(D. n.)

K. Z.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— Pod nazwą „białkomoczu cyklicznego” czyli choroby PAVY'ego pojmuje się obraz chorobowy, w którym u dzieci lub w okresie dojrzewania płciowego moczu dzienny zawiera białko, gdy nocny lub ranny bałka nie zawiera. Zależy to od tego, iż w warunkach zwykłych dzieci spędzają noc w łóżku, leżąc, gdy we dnie są w ruchu, czyli w pozycji pionowej. Gdy chorzy tacy dzień spędzają w łóżku, a wieczorem wstają, to moczu dzienny białka nie zawiera, natomiast wieczorny, względnie nocny zawiera białko. PAVY uważa taki białkomocz za chorobę samoistną, gdy inni poczytują go bądź za zjawisko fizjologiczne, bądź

za odmianę zapalenia nerek ostrego lub przewlekłego. HEIM, na zasadzie 3 własnych przypadków, uważa chorobę tę za cierpienie tkanki nerkowej, mogące trwać czas długi i dające się uleczyć doszczętnie. Danych anatomicznych brak dotychczas. Autor chce upatrywać pewien związek przyczynowy pomiędzy białkomoczem cyklicznym, histeryą i neurastenią, a pojawienie się białka czyni zależnym od zaburzeń cyrkulacyjnych w nerkach (Ungar. med. Presse, 30 — 1900).

— GAREL i GOULLIOND opisują przypadek pomysłnego wydobywania gwoźdźca (53 mm.) z oskrzela za pomocą magne-

su u 1½ rocznego dziecka, które, bawiąc się gwoździem, wzięło go do ust. Gwóźdź wydobyto przez zrobiony uprzednio otwór tracheotomijny. (Lyon med. 6. 1. 01).

— Na zasadzie 38 przypadków raka narządów brzusznych (żołądka, dwunastnicy, wątroby, trzustki), spostrzeganych w klinice MARAGLIANO'a, TARCHETTI zauważył, jako objaw dość stały, obrzmiewanie gruczołów chłonnych nadobojczykowych, zwłaszcza ze strony lewej. Objaw ten zauważyć się daje często w dość wczesnym okresie i stanowi przez to cenną wskazówkę. Gruczoły są znacznej objętości, dają się łatwo wymacać, niekiedy wypuklają się pod skórą tuż ponad obojczykiem i mieszczą się prawie zawsze po stronie lewej. Obrzmiewanie gruczołów szyjowych i pachwinowych w przebiegu raka, jakkolwiek zdarza się dość często, nie posiada jednak znaczenia rozpoznawczego i nie należy od przerzutów. (D. Arch. f. kl. M. T. 67).

— LORIMER na zasadzie 250 spostrzeganych przypadków gośńca stawowego i rzeżączkowego, otrzymał wyniki następujące: 1) Przytaczane przez rozmaitych klinicystów różnice pomiędzy gośńcem zwykłym a rzeżączkowym, jako to: brak gorączki, potów, rzadkość powikłań

sercowych, ograniczenie do jednego stawu, przejście w ropienie i t. p., nie wytrzymują krytyki. 2) Istnieją 3 postacie gośńca rzeżączkowego: a) postać reumatyczna, w której choroba rozpoczyna się na podobieństwo zwykłego gośńca, lecz następnie przebieg staje się ostrowym, bóle ograniczają się do jednego lub dwu stawów; występują objawy ze strony serca; b) postać ostrowa, w której zapalenie wsierdzia bywa rzadkie; istnieje skłonność do zmian przewlekłych w stawach, niekiedy ropienie, zanik mięśni. c) postać przewlekła-steniczna, u osobników źle odżywianych, z wysiękiem surowiczym lub surowiczoropnym, ograniczonym do jednego tylko stawu. 3) Gościec rzeżączkowy zajmuje miejsce pośrednie między zwykłym gośńcem a zapaleniem stawów niepodobniającym. (D. M. Zg. 8. 01).

— Celem wykrycia laseczników gruczołowych w kale zaleca STRASBURGER rozcieńczenie mas kałowych wodą i centryfugowanie. Grubsze kawałki zostają odrzucone, zaś laseczniczki pozostają zawieszony w płynie. Ten ostatni rozcieńcza się podwójną ilością wysokoku, poczem centryfuguje się po raz wtóry. Wówczas płyn wyjaśnia się zupełnie, a osad na dnie składa się głównie z laseczników. (Hyg. Rundschau 18-1900).

Wiadomości bieżące.

— Zarząd Towarzystwa doraźnej pomocy lekarskiej w Warszawie nadesłał nam sprawozdanie z działalności tegoż Towarzystwa za 4 lata jego istnienia. W przeciągu tego czasu wzywano „Pogotowie“ 24900 razy, liczba wyjazdów wynosiła 18011, udzielono pomocy na stacyi 4900 osobom, posterunków czasowych urządzono 104. Towarzystwo liczy 836 członków, pomiędzy nimi 10 protektorów i 6 członków czynnych, dochody czerpie ze składek członków, zapomogi miejskiej, zabaw, wydawnictw (kalendarz) i ofiarności publi-

cznej, która w czasach ostatnich osłabła; mamy nadzieję, że cyfry powyższe dowodzące pożytku instytucyi, pobudzą ofiarność publiczną.

— Firma MARRONI'ego z Franzensbadu prosi nas o zawiadomienie lekarzy, iż mogą otrzymywać bezpłatnie dla własnego użytku lub w praktyce dla biednych wyciąg borowinowy MARRONI'ego wprost z Franzensbadu lub z filii w Karlsbadzie, Wiedniu i Budapeszcie, albo też z aptek pp. Heinricha, Kucharzewskiego i E. Treutlera w Warszawie.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów broszurka „MARRONI'ego Wyciągi Borowinowe do kąpieli“.

WYDAWCA Dr. L. Gurandowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Доводлено Цензурою, Варшава 2 Юля 1901 г. Druk K. Kowalcewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8