

GAZETA LEKARSKA.

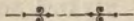
Z ZAKŁADU LECZNICZEGO D-RA J. BĄCZKIEWICZA DLA DZIECI.

I. PRZYCZYNEK DO NAUKI

O POWSTAWANIU NIEDOWŁADU KOŃCZYNY GÓRNEJ U NOWORODKÓW PODCZAS PORODU.

Podał

Wacław Lapiński.



Przypadek I. W listopadzie roku 1894 przyniesiono do ambulatoryum zakładowego 6-cio miesięcznego chłopca Stanisława S., dotkniętego od urodzenia niedowładem prawej kończyny górnej. Wywiady dały co następuje: kobieta 30-letnia rodziła po raz trzeci; dwa poprzednie porody były ciężkie, lecz ukończyły się dobrowolnie [zweżenia miednicy niema]; trzeci poród posuwał się nader ciężko i trwał 3 doby, płód znajdował się w I położeniu czaszkowym, grzbiet i ciemię płodu zwrócone były w stronę lewą i ku tyłowi. Gdy po wysunięciu się dużej główki w akcie porodu nastąpiła przerwa, wyciskanie zaś według KRISTELLER'a, nawet po ułożeniu rodzącej na łóżku poprzecznym, było bezowocne, a główka płodu zsiniała i dziecku groziło uduszenie, lekarz uznał za konieczne czemprędzej ukończyć poród. Uwalnianie wytaczającej się ze strony krocza lewej kończyny górnej palcem, podprowadzonym pod lewą pachę, było niezmiernie trudne i wymagało pewnego wysiłku; przy wyciąganiu lewe ramię w górnej swej trzeciej części uległo złamaniu. Po uwolnieniu lewej kończyny górnej, prawy bark wraz z kończyną wytoczyły się bez żadnych trudności. Rozmiary płodu, który ważył 12 funtów, a zwłaszcza obwód barków, były niezwykle duże. Na złamane lewe ramię nałożono opatrunek unieruchamiający. Na drugi dzień po porodzie zauważono bezwład prawej kończyny górnej, żadnych jednak uszkodzeń w jej układzie kostnym, pomimo parokrotnych badań, nie wykryto.

Przy badaniu dziecka w ambulatoryum znaleziono w górnej trzeciej części lewego ramienia zgrubienie kości. Prawa kończyna górna zwiślała bezwładnie obok tułowia, ramię zwrócone było na wewnątrz (*rotatio interna*) tak, że kłykiec zewnętrzny (*epicondylus externus*) kości ramieniowej skierowany był ku przodowi; przedramię znajdowało się w położeniu nawrotnem (*pronatio*),

napiętek i palce były zgięte. Ruchy czynne tak w stawie barkowym jak i łokciowym zniesione niemal zupełnie, ruchy w stawach nadgarstkowym, dłoniopalcowych i palcowych zachowane, lecz nader ograniczone. Ruchy bierne we wszystkich stawach kończyny wykonywać było można bez wszelkiego oporu i z nadzwyczajną łatwością. Czucie wszędzie zachowane. Obmacywanie kończyny stwierdziło znaczny zanik mięśni: naramiennego (*m. deltoideus*), dwugłowego (*m. biceps*) i wywrotnego długiego (*m. supinator longus*). Ponieważ dziecko przy badaniu było niespokojne, przeto dla dokładniejszego zbadania uśpiono je za pomocą chloroformu; żadnych jednak zmian w układzie kostnym kończyny nie zauważono.

Wobec braku jakiegokolwiek widocznego uszkodzenia kończyny, zaburzenia ruchowe, z jakimi mieliśmy do czynienia, złożyć było można jedynie na karb paraliżu, powstałego podczas ciężkiego porodu; zalecono stosować masaż, a następnie elektryzację.

Dziecko, po parokrotnej bytności w ambulatoryum, na czas dłuższy znikło z obserwacji; dopiero w marcu r. b. przyprowadzono je znowu do Zakładu. Badanie, podjęte w tym czasie, wykazało co następuje: prawa kończyna górna, cokolwiek zgięta w stawie łokciowym, zwisa obok tułowia, okolica mięśnia naramiennego spłaszczona, kłykieć zewnętrzny kości ramieniowej zwrócony ku przodowi, przedramię pozostaje w położeniu nawrotnem, napiętek zlekka przygięty, palce zgięte. Mięsień dwugłowy znajduje się w stanie nieznacznego zaniku, natomiast mięśnie naramienne, a zwłaszcza wywrotny długi, zaledwie dają się wymacać.

Pod względem czynnościowym stan kończyny polepszył się: dziecko wykonywa ramieniem ruch odsiebny (*abductio*) mniej więcej na 30°, przy wykonywaniu ruchu ksobnego (*adductio*) doprowadza staw łokciowy do przedniej linii pachowej; ruchy w stawach łokciowym i napiętkowym bardzo ograniczone, ruch wywrotny (*supinatio*) niemożliwy; zginanie palców, a zwłaszcza pierwszego i drugiego, możliwe, rozginanie bardzo upośledzone. Podawanego przedmiotu dziecko samo nie chwyta, natomiast włożony do rączki trzyma dość mocno. Ruchy bierne we wszystkich stawach kończyny dają się wykonywać z łatwością; jeśli nadać przedramieniu położenie wywrotne a następnie puścić je wolno, przedramię natychmiast przyjmuje napowrót położenie nawrotne (*pronatio forcée*, położenie nawrotne przymusowe).

Dziecko przy jedzeniu posługuje się wyłącznie lewą kończyną, przy zabawie posiłkuje się też prawą i przedmioty, które wkłada sobie lewą ręką np. bat, lejce, utrzymuje dobrze. Załączony rysunek [fig. I] przedstawia dziecko w czasie obecnym.

Przypadek II. We wrześniu roku 1895 zgłosiła się do Zakładu M. S. z sześciotygodniową córeczką Marjanną. pozbawioną od urodzenia władzy w prawej rączce.

Wywiady wykazały, że drugi z rzędu poród [pierwszy był ciężki, lecz ukończył się bez pomocy akuszeryjnej], przy poprzecznem położeniu płodu, trwał trzy doby; lekarz, wezwany w końcu trzeciej doby, już po odejściu wód, rozwiązał bez uśpienia matkę przez wykonanie obrotu na nóżki. Zaraz po

porodzie zauważono porażenie prawej kończyny górnej, w okolicy zaś barkowej w ciągu trzech tygodni istniały podbiegnięcia krwawe oraz obrzmienie.

Przy badaniu dziecka znaleziono zupełny niemal bezwład prawej kończyny górnej, kończyna ta zwisała obok tułowia, przedramię znajdowało się w położeniu wybitnie nawrotnem (*pronatio*), nadgarstek zgięty, palec wielki przykryty drugim i trzecim palcem tak, że brzusiec jego wychodził pomiędzy trzecim i czwartym palcami [patrz fig. II]. Ruchy czynne były zniesione zupełnie tak w stawie barkowym, jak i łokciowym, zginanie w stawach napię-

Fig. I.



I.

Fig. II.



II.

stka i palców zachowane, lecz nader ograniczone, rozginanie zupełnie nie możliwe. Ruchy bierne we wszystkich stawach kończyny uskutecznić się dawały z łatwością. Podczas wykonywania ruchów biernych stale wyczuć było można w okolicy stawu barkowego miękkie i delikatne trzeszczenie, a raczej jakby tarcie dwóch powierzchni kostnych. Na łopatkę ani na przebiegu kości ramieniowej, pomimo niejednokrotnie dokonywanych badań, zmian żadnych wykryć nie było można. Mięśnie naramienny, dwugłowy i wywrotny długi uległy zanikowi. Zalecono stosować masaż. Podczas kilkumiesięcznej obserwacji zmian od podanego dopiero co obrazu nie zauważono; w lecie roku ubiegłego dziecko zmarło na ostry niezbyt kiszkowy.

Sprawa niedowładu kończyny górnej u noworodków była niejednokrotnie poruszana w literaturze obcej. Przegląd odnośnych spostrzeżeń wykazuje, że dość jednostajny, a nawet typowy obraz zaburzeń czynnościowych kończyny górnej u noworodków może być następstwem różnorodnych przyczyn, mających swe źródło w pewnych nieprawidłowościach porodowych. Co się tyczy przyczynowego zaburzenia ruchowego, to zdania autorów są podzielone a sprowadzić się dają do dwóch poglądów. Jedni [DANYAU, po części DUCHENNE, ERB, SEELIGMUELLER, SCHULTZE, PETERS, GUILLEMOT] twierdzą, że mamy tu do czynienia z porażeniem uciskowym, zależnym od urazu, jakiemu podczas porodu ulega splot ramieniowy (*plexus brachialis*) lub poszczególne nerwy w okolicy barkowej; inni [DUCHENNE, KUESTNER] upatrują właściwą przyczynę omawianego zaburzenia w uszkodzeniu układu kostnego kończyny i przyjmują porażenie nerwów za objaw następczy owego uszkodzenia.

DANYAU (1) przypomina przypadek, opisany przez SMELLIE'go; autor ten spostrzegł porażenie kończyny górnej u noworodka, powstałe w następstwie długotrwałego ucisku; porażenie to znikło w krótkim przeciągu czasu pod wpływem mięsienia. DANYAU obserwował u noworodka porażenie lewego nerwu twarzowego oraz lewej kończyny górnej po ciężkim porodzie kleszczowym; kończyna w danym przypadku opadała bezwładnie, przedramię znajdowało się w położeniu nawrotnem, palce były zgięte. Z lewej strony szyi w okolicy splotu ramieniowego znajdował się na skórze wyraźny ślad po kleszczach. Dziecko żyło dni ośm, a przy oględzinach pośmiertnych znaleziono nieznaczne wynacznienie w tkankach, otaczających splot. DANYAU widzi w przypadkach porażenia barku u noworodków zupełną analogię z uciskowym [kleszczem] porażeniem nerwu twarzowego; mając zaś w pamięci wspomniany powyżej przypadek SMELLIE'go oraz uwzględniając szybkie znikanie porażenia nerwu twarzowego u noworodków, rokuje również pomyślnie i w przypadkach porażenia kończyny górnej.

ERB (2) pod nazwą „*Entbindungslähmung*“ opisał szczególną postać porażenia kończyny górnej, zjawiającą się w następstwie różnorodnych rękoczynów akuszerskich, jako to: obrotu, wyciągania płodu, lub pociągania za bark, a zwłaszcza uwalniania główki według sposobu pragskiego, wówczas bowiem widelkowato zgięte 2-gi i 3-ci palce akuszerki uciskają energicznie na okolicę splotu ramieniowego, co w następstwie sprowadza paraliż kończyny. Porażenia takie wykrywa się często dopiero po upływie jakiegoś czasu od porodu a to dlatego, że porażeniu ulega zwykle tylko pewna grupa mięśni kończyny, podczas gdy inne mięśnie działają prawidłowo. Porażenie daje zwykle obraz następujący: kończyna, wyprostowana i zwrócona ku wewnątrz, pada bezwładnie, unoszenie ramienia i zginanie przedramienia są niemożliwe, natomiast ruchy dłoni i palców zachowane. Bliższe badanie wykazuje porażenie następujących mięśni: naramiennego, dwugłowego, ramieniowego wewnętrznego, wywrotnego długiego (*mm. deltoideus, biceps brachialis internus, supinator longus*) niekiedy także obłego mniejszego i podgrzebieniowego (*mm. teres minor, infraspinatus*); często spotkać można przykurczenia w mięśniach nieporażonych, np. w mięśniu piersiowym wielkim (*m. pectoralis major*). Ani złamań, ani zwichnięć ERB nie

spotykał. Oryginalne, ze względu na grupę mięśni, porażenie zależy według ERB'a od ucisku na pewien ściśle ograniczony punkt splotu ramieniowego [t. zw. punkt ERB'a], odpowiadający mniej więcej punktowi wyjścia szóstego nerwu szyjowego pomiędzy oboma mięśniami, dźwigającymi klatkę piersiową (*mm. scaleni*). Podrażnienie faradyczne tego punktu wywołuje energiczny skurcz rzeczony grupy mięśni. Jako na przyczynę porażenia, oprócz wspomnianego już ucisku podczas porodu, wskazać można na ucisk punktu ERB'a ze strony nowotworów szyi lub kręgow, na zapalenie nerwu i t. p..

Poglądy ERB'a zostały potwierdzone przez liczne spostrzeżenia kliniczne oraz prace doświadczalne, jak oto: REMAK'a (3), BERNHARDT'a (4), TEN CATE HOEDEMAKER'a (5), NONNE'go (6), PUŁAWSKIEGO (7) i innych. Autorowie ci spostrzegali u dorosłych liczne przypadki porażenia grupy mięśni ERB'a; jako przyczynę porażenia notowano: uraz, np. spadnięcie z wysokości na wyprostowaną kończynę [HOEDEMAKER], uderzenie kubłem, spadającym z wysokości, w ramię [PUŁAWSKI], sprawy nowotworowe w okolicy splotu [REMAK], zapalenie nerwu [REMAK]. Aczkolwiek spostrzeżenia przytoczonych powyżej autorów nie stoją w bezpośrednim związku z omawianą tu sprawą bezwładu, występującego w następstwie porodu, przytoczę jednak w krótkości spostrzeżenie NONNE'go z kliniki ERB'a, ciekawe, jako stwierdzające klinicznie i anatomopatologicznie istnienie nadobojczykowego punktu ERB'a. NONNE spostrzegł u 27-letniego suchotnika porażenie obwodowe mięśni grupy ERB'a ze strony prawej; za przyczynę przyjęto ucisk ze strony obojczyka na splot ramieniowy. Pewnego dnia zauważono, że u chorego podczas snu prawy bark wraz z obojczykiem był uniesiony ku górze, tak iż część barkowa obojczyka przylegała do wyrostków poprzecznych 5-go i 6-go kręgow szyjowych; punkt ten oznaczono dokładnie, a gdy następnie punkt ten drażniono prądem elektrycznym otrzymano słaby skurcz w mięśniach porażonych. Natomiast gdy drażniono w miejscu symetrycznem stroną przeciwną, otrzymano typowy skurcz dopiero co wspomnianej grupy mięśni wraz z charakterystycznym ustawieniem kończyny, które NONNE określa, jako „*Paradestellung des Faustkämpfers*“. Po śmierci osobnika NONNE odpreparował okolicę splotu ramieniowego i zauważył nieznaczne splaszczanie pni nerwowych w miejscu, gdzie obojczyk uciskał na splot; mięśnie naramienny, dwugłowy, ramieniowy wewnętrzny oraz wywrotny długi ze strony prawej znajdowały się w stanie znacznego zaniku i miały zlekka żółtawy połysk; po stronie lewej zanik tych mięśni nie był wybitny. Badanie drobnowidzowe wykazało zmiany tak w mięśniach, jak i w nerwach. W mięśniach zauważono zatarcie prążkowatości, zanik pojedynczych włókien, pomnożenie jąder; zmiany takie występowały i w mięśniach strony przeciwległej, acz mniej wyraźne. W nerwach znaleziono w miejscu uciskaniem zwyrodnienie osłonki rdzennej, nerwy w kierunku dośrodkowym od rzeczonygo miejsca nie były zmienione, w kierunku zaś obwodowym zdradzały obraz poczynającego się zwyrodnienia osłonki rdzennej; we włóknach osiowych zmian nie wykryto.

W pracy swej NONNE zebrał szczegółową literaturę przedmiotu; przytacza on również badania doświadczalne fizyologów, jak: FERRIER i JEO,

P. BERT'a i MARACCI'ego oraz FORGUE'a; badacze ci drażnili gałązki 5-go i 6-go nerwów szyjowych u mała i otrzymywali skurcz mięśni: naramiennego, dwugłowego, ramieniowego wewnętrznego, wywrotnego wielkiego, zębatego przedniego wielkiego, piersiowego wielkiego; przy drażnieniu zaś tylko 5-tej gałązki szyjowej [FORGUE, FERRIER] — skurcz mięśni grupy ERB'a.

SEELIGMUELLER (8) jest zdania, że przy wyciąganiu płodu urazowi ulega najłatwiej mięsień podgrzebieniowy (*m. infraspinatus*), a ściślej biorąc nerw nadłopatkowy (*n. suprascapularis*); nerw ten, położony bardzo powierzchownie, łatwo może być przyciśnięty do kości, porażenie zaś jego, a więc i mięśnia podgrzebieniowego, jako głównego obrotowego zewnętrznego (*rotator externus*), jest, według SEELIGMUELLER'a, przyczyną zwrócenia się ramienia ku wewnątrz oraz następczego nawrotnego ustawienia się kończyny.

SCHULTZE (9), powołując się na spostrzeżenia ERB'a i NONNE'go, zwraca uwagę na jeden ważny moment etyologiczny w powstawaniu porażenia przy porodach ciężkich, a jest nim ucisk, jaki wywiera na spłot obojczyk, gdy wraz z barkiem i ramieniem zostanie uniesiony ku górze i ku tyłowi. Uraz może tu być bardzo znaczny, zwłaszcza w tych razach, w których spłot ramieniowy dostanie się pomiędzy obojczyk i wyrostki poprzeczne kręgosłupa; znaczne zaś wygięcie obojczyka, oraz mała ilość tkanki podskórnej w tej okolicy sprzyja zapewne takiemu porażeniu pochodzenia uciskowego (*Drucklähmung*); wreszcie wzmagający się przy silnych bólach ucisk ściany macicy na płód należy również brać pod uwagę.

Ciekawym i ważnym przyczynkiem do sprawy powstawania porażenia kończyny górnej podczas porodu są spostrzeżenia PETERS'a (10). Z licznych jego przypadków na szczególną uwagę zasługują trzy, w których spostrzegano porażenie kończyny górnej w następstwie porodów prawidłowych ukończonych dobrowolnie. Ponieważ we wszystkich tych przypadkach nie było nieprawidłowości, tak ze strony płodów [np. zgrubienie obojczyka lub wyrosłe na tylnej jego powierzchni, nienormalna krzywizna tejże kości i t. p.] jako też i ze strony narządów rodnych u kobiet [wszystkie matki były wieloródki i porody poprzednie odbyły zupełnie pomyślnie], przeto autor wnioskuje, że przy każdym wogóle porodzie z poprzedzającą główką istnieją pewne dane fizjologiczne, które przy warunkach sprzyjających mogą zadziałać szkodliwie na spłot ramieniowy, t. j. spowodować porażenie kończyny.

PETERS spostrzegano w dwóch przypadkach porażenie prawej kończyny i w jednym—lewej; w pierwszych dwóch przypadkach grzbiet i ciemię płodu zwrócone były na lewo [I położenie czaszkowe], w trzecim zaś—na prawo [II położenie czaszkowe]. Fakt ten, wskazujący na zależność porażenia kończyny od pewnego mechanizmu porodowego, zdaniem PETERS'a, wyjaśnia rzecz całą: podczas bowiem wyrzynania się główki płodu, gdy jeden bark wytacza się po dnie miednicy, drugi musi się opierać o spojenie łonowe; w tym właśnie momencie porodowym autor widzi ową przyczynę, która przy odpowiednich warunkach może wyrzeć wpływ zgubny na spłot ramieniowy. Warunkami temi są wielkie wymiary płodu [w przypadkach autora waga płodów wynosiła 4250 grm., 5000 grm., 4700 grm., wymiary zaś przewyższały normę]; wówczas

bowiem główka i jeden bark z trudem i długo wytaczają się po tylnej ścianie miednicy, zanim wyrzną się z poza krocza; okolica zaś barkowa, a więc i splot ramieniowy ze strony zwróconej ku górze, przez czas dłuższy ulegają znacznemu uciskowi ze strony spojenia łonowego. Na dowód, jak silny ucisk na płód wywierać może spojenie łonowe, PETERS przytacza jeden ze swoich przypadków, w którym spostrzegł odległą na skórze ponad grzebieniem łopatki. Rzecz prosta, że niezależnie od splotu ramieniowego ulegać mogą urazowi i inne poszczególne nerwy, jak np. nerw pachowy (*n. axillaris*) i podłopatkowy (*n. infrascapularis*), a zachodzące często przy niedowładzie kończyny u noworodków nader wybitne porażenie mięśnia naramiennego, *resp.* nerwu pachowego, zdaje się, stwierdza ów pogląd.

GUILLEMOT (11) sądzi, że zgubny wpływ na splot ramieniowy, ma nie tylko bezpośredni uraz ze strony kleszczy, palców lub obojczyka, lecz że wywiera go również i owo targanie (*Zerrungen des Plexus*), jakiemu przy gwałtownem wyciąganiu płodu ulega okolica barkowa i splot ramieniowy. Na dowód, że nie tylko uraz bezpośredni lecz i pociąganie splotu może spowodować niedowład, GUILLEMOT powołuje się na odnośne przypadki z literatury pochodzenia nie akuszeryjnego. Ze spostrzeżeń swych autor ten wyprowadza wskazówkę praktyczną, aby szyję płodu podczas porodu uważać jako „*res sacra*“.

Według DUCHENNE'a (12) przyczyną niedowładów kończyny górnej u noworodków (*paralysie obstétricale infantile du membre supérieur*) są rozmaite zabiegi akuszeryjne, jakoto: obrót, użycie kleszczy, wyciąganie płodu palcem, zgiętym haczykowato i wywierającym ucisk na splot ramieniowy. Wynikiem tych zabiegów mogą być: 1-o porażenia czyste kończyny górnej bez powikłań złamaniem lub zwichnieniem; dają one rokowanie niezbyt pomyślne, a leczą się prądem elektrycznym; 2-o porażenia powikłane złamaniem lub też zwichnieniem w stawie barkowym. Na te zwichnienia, występujące podczas porodu, DUCHENNE zwraca szczególną uwagę; odróżnia on zwichnienia, w których główka kości ramieniowej podchodzi a) pod wyrostek barkowy (*luxation sous-acromiale*), lub b) pod grzebień łopatki (*luxation sous-épineuse*). Według DUCHENNE'a rozpoznanie tych zwichnień jest często bardzo trudne i wymaga nader szczegółowego badania. DUCHENNE przypuszcza, że tego rodzaju przypadki często bywały nierozpoznawane, a zaburzenia ruchowe składano wyłącznie na karb paraliżu; zresztą DUCHENNE zaznacza, że oprócz opisanego uszkodzenia kości, istnieją zwykle i porażenia w obrębie splotu ramieniowego, zależne od urazu i ograniczające się najczęściej do mięśni dwugłowego i ramieniowego wewnętrznego; wówczas w mięśniach tych daje się określić osłabienie lub nawet brak pobudliwości elektrycznej.

[D. n.].

II. CIĄŻA I PORÓD W MACICY PODWÓJNEJ,

(*Uterus duplex — graviditas et partus*).

Podał

Władysław Sękowski,

lekarz szpitala w Częstochowie.

— 3 — 3 —

Spostrzeżenie 1-sze. Przed kilku laty w miesiącu lipcu wezwany zostałem do rodzącej żony D-ra S., pierwiastki, dobrze zbudowanej, lat 21 mającej; zwykły typ miesiączkowania $\frac{4-5}{28}$, dotąd nieprzebywała żadnych chorób, ani też zauważyła jakichkolwiek dolegliwości w sferze płciowej. Ostatnią miesiączkę odbyła przed 9 miesiącami [5-go października roku poprzedzającego]. Wymiary miednicy: *D. tr.* 32, *D. cr.* 28, *D. sp.* 24, *Conj. extr.* 21. Bóle rozpoczęły się o godz. 5-ej po południu, badanie pierwsze przeprowadziłem około 10-ej zrana w dniu następnym. Macica wydłużona leży skośnie od prawego podżebrza ku spojeniu łonowemu [chora twierdzi, że dziecko przez całą drugą połowę ciąży w tej pozycji było ułożonem]. Mniej więcej na wysokości pępka lewy brzeg macicy zbacza prawie pod kątem prostym na lewo, a raczej sama macica wypukła się w stronę lewą, zagłębiając się nieco w miejscu załamania, tak, że wystająca część, wielkości główki 7—8 miesięcznego płodu, oddzieloną jest od całości u dna macicy zagłębieniem siodełkowatym; lewy jej brzeg opuszcza się ukośnie ku wewnątrz w lewą pachwinę, gubiąc się w niej, wystająca ta część przedstawia się jako ciało owalne, dość twarde, o powierzchni niezupełnie gładkiej; wymacać na niej jakąkolwiek część płodu nie udało mi się. Główkę płodu wyraźnie można wyczuć w podżebrzu prawem. Podczas skurczów macica mocno twardnieje, obciąża płód silnie, tak, że prawie uwidoczniają się kształty jego. Zupełnie inaczej zachowuje się opisana powyżej część dodatkowa; podczas bólów kureczy się ona i twardnieje słabiej, za to w czasie wolnym pozostaje również w pewnym stopniu stwardniałą, nie rozluźniająca się tyle co macica sama. Przypuszczając na razie, że mam do czynienia z włóknakiem, postanowiłem wewnątrznie zbadać rodzącą. Ujście jest rozwarne na dwa palce, pęcherz stoi, przodują pośladki z drobnymi częściami [stopy]. Płód więc leży skośnie, w położeniu pośladowem I.

Badając ujście maciczne podczas bólów, uderzyła mnie ta okoliczność, że prawa jego strona znacznie silniej napręża się i ustępuje pod naciskiem wstawiającego się pęcherza, niż to czyni lewa, która w tymże czasie robi wrażenie mniej naprężonej, prawie wiotkiej błony, nie biorącej jakgdyby udziału w pracy porodowej; brzeg prawy naprężony, leży poprzecznie do wchodu miednicy, lewy zwiesza się prawie pionowo. Pomimo coraz częstszych i silnych bólów ($\frac{1'-2'}{10'-15'}$), roztwieranie się ujścia postępuje mało, tak, że dopiero około godziny 2-ej z południa jest rozwartem na 3 palce. Stosunek jego brzegów

ciągle tenże sam — brzeg prawy naprężony, zaś lewy wiotki, pofałdowany, w kształcie błony zwiesza się z ujścia i zdaje się utrudniać pracę porodową, gdyż przy silniejszym napieraniu pęcherza, nadziewa się ta błona niejako na pęcherz, brzegiem swoim obejmując go od strony prawej. Stanowi więc ona podczas bólów rodzaj workowatego wgłębienia, w które naprężony pęcherz wchodzi większą swą częścią, mniejszą zaś prawą wstawia się w rozwarłe ujście.

Okolo godziny 3½ odeszły wody; i teraz, także zamiast pęcherza, poślądki podczas bólów wpierają się w błoniaste zagłębienie po stronie lewej. Chorą ułożyłem na bok lewy; mimo to o godz. 5-ej stan ten sam; przypisując przeto leniwe posuwanie się porodu przeszkodzie, jaką stawia obecność domniemanego włókniaka, a prócz tego mając przed sobą jakieś zboczenie w szyi, czy ujściu macicznym, postanowiłem, w celu uchronienia się od możliwości powikłania, sprowadzić nóżki, uniknąć przez to wtłaczania się pośladków we wgłębienie rzeczonyj błony, a osiągnąć równomierne rozszerzanie się ujścia. Ponieważ obie stopki były tuż nad ujściem, z łatwością więc sprowadziłem nóżki i obwinąłem je w watę. Bóle się wzmogły, lecz pomimo silnego napierania nówek na ujście, strona lewa tegoż pozostała ciągle nienaprężoną i pofałdowaną. W tymże czasie chorą, z powodu nadzwyczajnego cierpienia, zachloroformowaliśmy. Nóżki coraz więcej wysuwają się na zewnątrz, a gdy ukazały się poślądki, za pomocą lekkiego pociągania wywiązałem tułów, sprowadziłem rączki; główki jednakże nie mogłem wywiązać sposobem prag skim, dopiero spychanie jej przez powłoki brzuszne [DUEHRSSEN] okazało się skutecznem. Dziewczynkę wydobyłem o godzinie 6-ej w stanie asfiktycznym i dopiero po 15-tu minutach cucenia jej rozmaitemi sposobami, przywróciłem do życia. Z powodu żywego krwawienia łożysko wydobyłem przez wyciskanie [CRÉDÉ], poczem zbadawszy pochwę, przekonałem się, że po stronie lewej pomarszczonego i źle skurczonego ujścia, zwiesza się, mniej więcej na 1½ cala luźnie do pochwy błona; poza nią na prawo zdołałem wymacać słabo rozwarłe drugie ujście.

Dokładniejszego badania, z powodu niespokojnego zachowania się chorej, przeprowadzić nie mogłem. Stan macicy po porodzie także przedstawiał się niezwykłym. Całe jej ciało, słabo skurczone, miało ten sam kierunek ku prawemu podżebrzu.

Opisana powyżej dodatkowa część po stronie lewej macicy jest od niej znacznie twardszą, sama zaś macica źle skurczoną, a ponieważ przytem krwawienie było żywe, zaleciłem *secale cornutum* i mięsienie. Pod wpływem tych środków prawa połowa macicy kurczyła się energicznie, lub rozluźniała, w miarę ich użycia, lub zaniechania, lewa zaś pozostawała stale i jednostajnie mocno skurczoną, słabo na zabiegi te oddziaływając. Wedle słów męża, okres połogowy, z wyjątkiem dłuższego i obfitego krwawienia, przebiegał prawidłowo.

Przystąpiwszy pierwszy raz do łożka rodzącej i rzuciwszy okiem na poprzecznie rozciągnięte ściany brzuszne rodzącej, sądziłem, że mam do czynienia z położeniem poprzecznem płodu. Samo już jednak zewnętrzne badanie wykluczyło to przypuszczenie. Główka płodu leżała w podżebrzu prawem,

ciało zaś spuszczało się ku spojeniu łonowemu. Wewnętrzne badanie ustaliło to moje przekonanie. Położenie było pośladowym I.

Opisana więc część dodatkowa stanowi twór oddzielny, zachowanie się jego podczas porodu wykluczało nowotwór lub torbiel jajnika; pozostało więc jedynie prawdopodobnym istnienie wady w rozwoju macicy lub jej nowotworu, ściślej określając, istnienie włókniaka mięszowego lewej bocznej ściany macicy. Przemawiały wprawdzie przeciw temu niektóre okoliczności, ale za to większość zdawała się to ostatnie przypuszczenie potwierdzać.

Przedewszystkiem wywiady zebrane od chorej, a tem więcej od jej męża, lekarza, nie dostarczały nam żadnych danych, przemawiających za istnieniem jakiegokolwiek, tak przedmiotowych jak i podmiotowych objawów, mogących usprawiedliwić obecność włókniaka. Rosnąc zazwyczaj powoli, musiałby on czemkolwiek zdradzić swą obecność; tymczasem żadnych zmian w miesiączkowaniu, żadnych bólów, ociężałości w brzuchu i t. p.. Umieszczenie nowotworu mogło też nasunąć pewne wątpliwości. Wedle VIRCHOW'a głównym ich siedliskiem jest dno i tylna ściana macicy; z usadowionych zaś na ścianach bocznych GUYON na 150 znalazł 110 po stronie prawej, a CHABARION 300 na 380 [cytowane u ROBERTA MARQUEZY (1)]. Statystyka ta znacznie zmniejsza ilość włókniaków, usadowionych na lewej bocznej ścianie macicy, jednakże ich nie wyklucza.

Tak samo brak przed ciążą objawów, właściwych włókniakowi macicy, tłómaczyć możnaby znaną jego własnością, szybkiego bardzo wzrostu podczas ciąży; mając niewielką objętość, niczem on nie zdradzał swej obecności, zaś następny szybki wzrost maskowała ciąża, a raczej jeszcze prędzej powiększająca swą objętość macica. Objaw ten stwierdza POZZI (2), ROSNER (3), BYLI-CKI (4), MACDONALD (5), ŚWIECICKI (6) i wielu innych.

Za rozpoznaniem włókniaka przemawiać się zdawał kształt owej części dodatkowej [BYLI-CKI — *l. c.* str. 326], jej znaczna twardość, której dorównać strona prawa macicy, zaledwie podczas najsilniejszego bólu porodowego, mogła; jeżeli zaś i połowa lewa podlegała w pewnym stopniu skurczowi, to w każdym razie był on tu mniej widocznym i tylko badająca ręka wyczuć go mogła. Właśnie takie zjawisko, kurczenia się włókniaków, głównie mięszowych, obfitujących we włókna mięsne, znanem jest od dawna [BRAXTON-HICKS (7), POZZI]. Obserwować się ono daje zawsze podczas porodu, a poza nim wywołać można przyłożeniem ręki do powierzchni włókniaka. Zresztą i położenie ukośne płodu przemawiało za przemieszczeniem dna ciężarnej macicy w stronę lewą przez włókniak dość znacznej objętości. W przeciwnym bowiem razie, tylko jedno zniekształcenie macicy mogło sprowadzić tę zmianę w jej położeniu. Rozpoznanie więc moje było na razie podczas porodu niepewnym, co też wyraziłem mężowi chorej.

Jeżeli, wobec, znanego już z nadglówka, ostatecznego rozpoznania, ustalonego przez obserwację porodu i badanie następcze pochwy, trochę dłużej zatrzymałem się nad tą sprawą, to w celu, aby do licznych w tym kierunku spostrzeżeń [DUNING (8)] dodać i moje, dowodzące jak trudno niekiedy zbadać

istoty stan rzeczy, szczególnie w tak gorącej dla lekarza chwili, jaką jest nieprawidłowy poród.

W podobnym np. bardzo do mego przypadku, TAUFER (9) róg niezajęty macicy dwurożnej wziął za krwistek.

Rozpoznanie więc moje tego przypadku przedstawia sprawę tak: 1-o Lewa połowa ujścia macicznego, która w 2-gim okresie porodu nie naprężała się podczas bólów równomiernie z prawą połową, a w 3-im okresie obejmowała niejako pośladki, po porodzie zaś zwieszała się swobodnie do pochwy, stanowi przegrodę pochwową niezupełną, bo rozdzielającą tylko górną część pochwy na dwie połowy. 2) Poza tą przegrodą, w lewej połowie pochwy wymacałem po porodzie ujście drugiego kanału, prawdopodobnie wspólnej, pojedynczej szyi. Dość podobny przypadek opisał MARTENS (10). Dwie te okoliczności wystarczają do rozstrzygnięcia wątpliwości: w danym przypadku istnieje nie włókniak, a macica dwurożna. Potwierdzają zaś to następujące spostrzeżenia. 3) Część dodatkowa po lewej stronie macicy leżąca, kurczy się w czasie bólów dość silnie i na tyle widocznie, że włókniak nie mógłby dać takiego objawu; jest więc ona lewym rogiem macicy, a jako taki przyjmuje współudział w skurczach prawej ciężarnej połowy. Stopień tego współudziału zależnym jest zwykle od rozwoju pokładu mięsnego i przechodzenia pęczków mięsnych z jednego rogu na drugi [o czem niżej] SCHROEDER (11), BEKMANN. 4) Zwyczaj róg niezajęty podlega podczas ciąży przerostowi, co w naszym przypadku w znacznym nawet stopniu miało miejsce. 5) Powiększony przeto róg lewy odpychał ciężarną macicę na prawo i nie dozwalał jej ułożyć się swym wymiarem podłużnym na osi wychodu miednicy. 6) Trudność wywiązania się pośladków, jako skutek skośnego położenia płodu, a także i przeszkody ze strony przegrody pochwowo-macicznej. 7) W położu wyżej zaznaczony wpływ mięsienia i sporyszu na róg wolny, także potwierdza rozpoznanie.

Wedle słów D-ra S., męża chorej, krwawienie w położu podczas pierwszych dni było bardzo obfite i w formie skrzepów. Jeżeli przeto nie zauważono wydzielania się doczesnej, co zresztą do wyjątków nie należy [DITTEL syn] (12), to mogła ona wypaść razem ze skrzepami i łatwo być przeoczoną [TAUFER], lub też róg wolny bywa niedostatecznie rozwiniętym, a wtedy doczesna się w nim nie wytwarza. 8) Nakoniec mąż chorej twierdził, że podczas spółkowania, prącie natrafiło w pochwie na jakąś przeszkodę, której jednak dokładnie określić niemoże.

Mam więc prawo twierdzić, że istnieje tu macica podwójna (*uterus duplex*). Z punktu widzenia położnictwa praktycznego rozpoznanie takie może być wystarczającym, w czasie porodu bowiem w przypadkach takich pomoc wedle ogólnych i mniej więcej jednakich zasad udzielaną bywa; jednak dla ścisłości naukowej uzupełniam je, zaliczając opisaną tu macicę do rzędu macicy dwurożnej (*uterus bicornis cum vagina subsepta* — KŁOB); połączenie rogów, obserwowane podczas porodu i po nim, było zbyt ścisłe, aby można było przypuścić istnienie dwu macie oddzielnych (*uterus didelphys*), których róg niezajęty leży prawie oddzielnie od ciężarnej i słaby bardzo przyjmuje udział w bólach po-

rodowych. Obecność zagłębienia siodełkowego między obu rogami, wyklucza istnienie macicy podzielonej (*ut. septus* a także *ut. arcuatus*).

Należy więc wnosić, że w naszym przypadku macica dwurożna posiada jedną wspólną szyję, przepołowioną za pomocą przegrody na 2 kanały i dwa ujścia maciczne, pochwa zaś jest tylko w górnej swej części rozdzieloną.

Spostrzeżenie 2-gie. Hrabina K., lat 25 mająca, pierwiastka, miesiączkowała w typie $\frac{5}{26}$, w dzieciństwie przebyła szkarlatynę. Od połowy ciąży ma obszerne obrzęki rąk i nóg, *nephritis interstitialis chronica*. Na 6 tygodni przed oczekiwanym porodem naznaczyłem kurację mleczną [12—14 szklanek mleka dziennie]. Już po 4 tygodniach tego leczenia, cera chorej, uprzednio bardzo niezdrowa, ciemna, oliwkowo-ziemista, zmieniła się tak dalece, że skóra przybrała odcień biało-różowy; obrzęki znacznie zmniejszyły się, jak również ilość białka. Rozmiary miedniczy: *D. sp.* 25, *D. cr.* 29, *D. tr.* 33, *Conjugata externa* [BAUDELOQUE'a] 21; poród rozpoczął się 6-go marca, wedle obliczenia o dwa tygodnie opóźniony. Położenie czaszkowe drugie, wejście do pochwy wąskie, sama pochwa ciasna.

6-go marca wody odeszły z rana w niewielkiej ilości. Bóle rozpoczęły się o 5-ej po południu. Ujście roztwiera się bardzo powoli.

7-go marca z rana otwarte zaledwie na 1 palec, bóle częste i silne; godz. 4-a po południu: warga przednia zgrubiała i mało rozciągająca się, pęcherz słabo napiera; godz. 10-a wieczorem: ujście rozwarte na 2 palce; z pod wargi przedniej wystaje wałek, jak gdyby drugi pęcherz, tak, że podczas bólu światło rozwartego ujścia zewnętrznego wypełnia się pęcherzem, rozdzielonym poprzeczną szparą na dwie części przednią i tylną.

8-go marca godz. 6 z rana: ujście na $2\frac{1}{2}$ palca, wypełnione już tylko jednym pęcherzem, słabo i ku przodowi się wstawiającym; główka nie napiera na ujście, a nastawiona ku przodowi rozciąga tylko jedną połowę dolnego odcinka macicy. Godz. 3-a po południu: ujście na 3 palce rozwarte, pęcherz wstawia się silniej. Bóle nieprawidłowe, energiczne co $1\frac{1}{2}$ —3—10 minut. Dano chorej kąpiel ciepłą, poczem lawatywę z 8 kropli nalewki makowcowej; godz. 5-a: znowu kąpiel, godz. 7: ujście rozwarte na 4 palce, pęcherz wstawiony silnie, tak że musiałem go przerwać, odeszły wody cuchnące, jasno-brunatno zabarwione. Bóle także jak poprzednio. Chorą ułożyłem na lewym boku; główka trochę energiczniej obniża się, napiera. Godz. 9-ta: w szparze sromnej ukazuje się *caput succedaneum*; godz. 11: stan ten sam, godz. 1-a: także; od 11-ej do 3-ej główka stoi na miejscu i dotąd nie wykonała całkowitego zwrotu, szew strzałkowy stoi w wymiarze skośnym 2-im; po naradzie z kol. KAZENELNBOGENEM przystąpiłem do wydobycia dziecka kleszczami; nałożyłem je jak przy normalnem ułożeniu główki [w osi podłużnej], a po 2-ch pociągnięciach dokończyła ona zwrotu w kleszczach, po kilkunastu zaś—wydobyłem dziewczynkę żywą, donoszoną.

Ponieważ łożysko po godzinnem wyczekiwaniu nie wychodziło, a krwawienie było żywe, chciałem wycisnąć je sposobem CRÉDÉ'go, ale brzuch był tak wzdętym, że pomimo silnego rozejścia się mięśni prostych na linii środ-

kowej, nie mogłem dostatecznie uciskać macicy, byłem więc zmuszony wydobyc je ręcznie, podczas czego przekonałem się, że odklejone już łożysko leży częścią w pochwie, a częścią jeszcze w ujściu macicznym; przytem zdawało mi się, że wyjmując je jakąś część zostawiłem w pochwie, włożyłem przeto powtórnie rękę i wymacałem mięsistą błonę, wystającą z ujścia macicznego. Sądząc, że to resztką łożyska albo łożysko dodatkowe (*pl. succenturiata*), chciałem je wydostać, co mi się jednak nie udało; po bliższem zaś zbadaniu, przekonałem się, że jest to błona mięsista, grubości mniej więcej palca, wielkości dłoni dorosłego mężczyzny, przyrośnięta do przedniej ściany szyi macicznej za pomocą części błoniastej, na której zwiesza się ona całkowicie w rozciągniętej szyi i pochwie. Błonę tę pozostawiłem na miejscu, a kiedy następnie chciałem przestrzyknąć jamę macicy, nie mogłem tego dokonać, gdyż zakrywała błona sobą wejście i dopiero po usunięciu jej na stronę, mogłem swobodnie wprowadzić kankę.

Dokładnie zbadane przezemnie i kolegę K. łożysko i błony były w całości i nieuszkodzone. Na krocze nałożyłem 3 szwy, a 2 na uszkodzoną błonę śluzową pochwy; połów przebiegał względnie prawidłowo. Odpływy dość obfite, także w formie skrzepów. W ciągu pierwszych dni istniały bóle maciczne, których nie uważam za bóle połogowe, a wprost za zależne od obecności owej błony mięsnej, stawiającej przeszkodę do prawidłowego kurczenia się macicy, a z drugiej strony pobudzającej ją do skurczów. Szóstego dnia połogu, wskutek ciągłego wydzielania się niewielkich zresztą skrzepów krwi, po naradzie ze wspomnianym kol. K. zbadaliśmy położnicę. Usta maciczne znaleźliśmy słabo zwarte [czego zresztą należało oczekiwać], warga przednia zgrubiała; od niej wzdłuż wnętrza szyi ku górze ciągnie się gruby, ruchomy nieco wałek, jest to wyciągnięta w górę i skurczona przegroda. Warga tylna bardzo zcieńczona i całkiem rozluźniona, po za nią z tylnej ścianki szyi uformowało się rodzaj zagłębienia, w którym zatrzymuje się odpływająca z macicy krew i tworzy skrzepy, ztamtąd też palcem wydobylem ich kilka. Zresztą sama macica dość dobrze skurczona. 8-go dnia połogu zdjąłem szwy—rychłozrost. 1-go marca stan chorej zadawałający, zaś 22-go wstała.

Rozpatrując opisany tu przypadek, należy wnosić, że błona owa stanowi przegrodę maciczno-szyjową. Zaraz po porodzie złączona ona była z przednią ścianą szyi i dolnego odcinka macicy na przestrzeni mniej więcej 5—6 ctm., obwód zaś swobodnego jej brzegu był kilkakrotnie większym; była ona w przybliżeniu na 1—1½ ctm. grubą i wyraźnie mięsistą. Przypuszczenie to, że mamy do czynienia z przegrodą, zdaje się potwierdzać zauważony 7-go marca około godz. 10-ej wieczorem wałek, leżący w ujściu macicznym poprzecznie nad wstawiającym się pęcherzem; wałek więc ten stanowił dolną część przegrody, wepchniętą przez napierającą główkę w ujście i z położenia przednio-tylnego ułożoną w poprzeczne. Przegroda ta stanowiła przeszkodę, z powodu której główka nie mogła wykonać całkowitego zwrotu, albowiem szewi strzałkowy stał w wymiarze ukośnym drugim aż do chwili nałożenia kleszczy. W tej też pozycji po pęknięciu pęcherza, główka silnie przycierała do kości łonowej, przyciskając do niej przedni przyczep przegrody i ro-

biąc go nieruchomym, a rozciągając przyczep u tylnej ściany szyi i dolnego odcinka macicy, w której też nastąpiło oderwanie się błony. Zachodzi więc tu przypadek macicy rozdzielonej (*uterus septus*). Jednakże taką w ścisłym słowa tego znaczeniu ona być nie może, gdyż oderwana błona była zbyt małą, aby mogła stanowić przegrodę całej jamy macicy, tak znacznie powiększonej w ostatnim miesiącu ciąży. *Uterus subseptus*, w typowej swej formie, nie może wytworzyć podobnego zjawiska, przegroda w niej bowiem przyczepia się do dna macicy, a kończy się wyżej lub niżej w jej jamie. Nareszcie pozostaje *uterus biforis supra simplex v. ut. infra septus* WINCKEL'a, w której przegroda zajmuje tylko szyję maciczną; taka jednak przegroda nie mogłaby wyrosnąć do rozmiarów błony, w naszym przypadku spostrzeganej. Należy przypuszczać, że tutaj przegroda z szyi rozprzestrzeniła się wyżej, do wnętrza macicy, na jakieś kilka centymetrów nad ujście wewnętrzne, co zresztą, wobec licznych bardzo odmian w kształcie przegrody macicy rozdzielonej, jest rzeczą prawdopodobną. I tak np. CIPIŃSKY (13) opisuje następujący przypadek. Istniały 2 pochwy, 2 szyje i 2 części pochwowe, a także przegroda maciczna, która jednak nie była całkowitą, albowiem podczas ronienia krwawienie miało miejsce z lewego ujścia, a jajo zostało wydalonym przez prawe. Przegroda więc na pewnej wysokości nad ujściem wewnętrznym kończyć się musiała; z odklejonego a leżącego w bliskości dna macicy łożyska, krew po ścianie sączyła się tylko do lewego ujścia, zaś po odklejeniu się całkowitem jajo wpadło do prawej połowy macicy, z kąd przez prawą szyję wyszło. Należy prócz tego zwrócić uwagę, że *in utero septo* przegroda także niezawsze jest ciągłą i jednostajnej budowy; w niektórych punktach ulega ona zcieńczeniu lub całkowitemu zanikowi, tak że formują się w niej nietylko otwory, ale i szerokie przerwy [SCHROEDER, POZZI, SŁAWIAŃSKI (14)], wytwarzają się wskutek tego całe pasma i taśmy błon, rozdzielających macicę na nieforemne jamy. Obok więc powyższego rozpoznania, należy brać w rachubę możliwość istnienia tego rodzaju przegrody, która, będąc rozdzieloną mniej lub więcej wysoko ponad ujściem macicznym, uległa oderwaniu u tylnego swego przyczepu w szyi i w dolnym odcinku macicy.

W opisanym tu przypadku może tak dobrze zachodzić to ostatnie zobczenie *in utero septo*, jak również może istnieć *uterus biforis supra simplex* albo właściwie *ut. subseptus supra simplex*. Rozstrzygnąć na mocy li tylko opisanego przeze mnie porodu, która z tych odmian ma miejsce, jest rzeczą niemożliwą; spór o to byłby czysto akademickim, z punktu bowiem mego rozpatrywania kwestyi, t. j. położnictwa praktycznego, może bez szkody dla celu pozostać nierozstrzygniętym; bądź co bądź skłonny jestem przyjąć formę *uterus subseptus supra simplex*.

Ten drugi przypadek nastęrcza mi następujące uwagi: 1-o pomimo prawidłowej budowy miednicy i silnych bólów porodowych, poród trwał 57 godzin i nie mógł być samodzielnie ukończony; przegroda maciczna stawiała przeszkodę do należytego zwrotu i wywiązania się główki. W przypadku RUBINSTEIN'a (15) poród trwał 81 godzin; 2) taż przegroda [zalegając po porodzie ujście maciczne była znowu przeszkodą do wydzielenia się popłodu; 3-o oder-

waniu przegrody nie towarzyszył silny krwotok. Zjawisko to da się tem wytłumaczyć, że tylny jej przyczep na miejscu swego oderwania był tak samo błoniastym, jak nieprzerwany przedni, a ztąd był mało unaczynionym; 4-o po przekonaniu się o istnieniu przegrody, zadałem sobie pytanie, jak z nią postąpić? Oddzielić ją i usunąć, czy pozostawić *in loco*? Chociaż, jak to już wspomniałem, przyczep jej był dość rozległym, bo mniej więcej na 5—6 ctm., to jednak przeważnie miał charakter tkanki łącznej, co obok znacznej objętości błony i obawy, że stanowić ona może przeszkodę do należytej involucyi macicy, nasuwało myśl odcięcia jej od podłoża. Lękając się jednak zawikłań, mogących towarzyszyć temu zabiegowi przy niedostatecznej asyście i na wysoko przyczepionej błonie, jak również pod strachem zawleczenia zarazka do wnętrza macicy, wolałem pozostawić wszystko *in situ*, ograniczając się tylko na wsunięciu przegrody do jamy macicy i pozostawieniu jej tamże. Wybrana przezemnie droga okazała się racjonalną, skoro półóg przebiegł możliwie prawidłowo i chora aż po dziś cieszy się jak najlepszem zdrowiem; przy badaniu ginekologicznem pani K. przed kilku miesiącami, znalazłem macicę nieco powiększoną, tylko szyja okazała się niezwykle grubą. Z przyczyn odemnie niezależnych wnętrza macicy nie badałem.

Opisane tu, ze względu na poród, oba przypadki wadliwego rozwoju macicy, należą do jednej grupy zбочeń, mianowicie macicy podwójnej (*uterus duplex*), stanowiąc tylko dwie różne jej odmiany. Opierając się też na nich, a także na znanych mi z literatury, mam tu zamiar choć w krótkości rozpatrzyć z punktu widzenia praktycznego przebieg ciąży, porodu i połogu w macicy podwójnej w ogóle.

Zachęcony zostałem do tego przeglądając odnośną literaturę, przekonałem się bowiem, że większość znanych na tym tle opisów powstała w następstwie konieczności udzielania pomocy rodzącym w tych warunkach; wbrew też ustalonemu przekonaniu większości, uznają poważną rolę, jaką gra w tej sprawie badanie położnicze, które daleko częściej daje nam sposobność rozpoznania tego zбочenia, aniżeli badanie ginekologiczne; większość przypadków na tej drodze rozpoznana była, jak o tem świadczą prace przytoczonych na końcu autorów, a głównie statystyka zebrana przez DUNING'a (*loco citato*), PFAUCUSTIEL'a (16) i LOEHLEIN'a (17), Macica podwójna, a właściwie jej odmiana: macica dwurożna, może istnieć w 3-ch formach:

- 1-o oba rogi są niedostatecznie rozwinięte, inaczej zaczątkowe;
- 2-o jeden zaczątkowy, a drugi dostatecznie rozwinięty;
- 3-o oba rogi lub obie połowy dostatecznie rozwinięte.

[D. n.].

III. PRZYCZYNEK DO NAUKI O MORFOLOGII I PATOLOGII KRWI DZIECIĘCEJ.

[Rzecz, czytana na posiedzeniu Tulekiego Towarzystwa Lekarskiego d. 1. IV. 1897].

Przez

Jana Strzelbickiego.

— 3 —

[Dokończenie — Patrz Nr. 28].

Mówiąc dotychczas już kilka razy o leukocytozie, zawsze mieliśmy do czynienia z ostrą, gorączkową t. z. zapalną leukocytozą. Lecz oprócz tej zapalnej leukocytozy rozróżniają, jak wiadomo, i inne jej rodzaje.

T a b l i c a V I I .

Nr	Wiek.	Nazwa choroby.	Liczba czerwonych ciałek krwi w 1 mil. sz.	Liczba leukocytów w 1 mil. sześci. krwi.	Odsetny stosunek leukocytów.				Odsetka hemoglobiny.
					limfocyty w %	neutrofile w %	przejściowe w %	eozytowo-filowe w %	
1	Chłopiec 7 lat .	<i>Eczema, lymphadenitis colli.</i>	4,925,000	20000	29,6	55,4	5,0	10,0	75
2	Chłopez. 8 mies.	<i>Tuberc. (?) pulm. amb. [umier.]</i>	2,956,000	37600	31,4	12,6	5,3	0,7	—
3	Dziewcz. 5 tyg.	<i>Dyspepsia, inanitis.</i>	6,330,000	28600	28,8	56,0	13,0	1,9	—
4	Dziew. 4 lat .	<i>Scrophulosis, inanitis.</i>	4,935,000	28000	24,6	67,3	7,4	0,7	—
5	Dziew. 1/2 roku	<i>Rhachitis, bronchitis, rozwojn. 2 m.</i>	4,500,000	19400	41,8	48,1	4,6	5,5	55
6	Chłopez. 1 r. 3 m.	" " " 1 tydz	5,032,000	23800	40,1	44,5	5,8	9,6	60
7	Dziewcz. 1 1/2 r.	" " <i>impetigo simplex</i>	4,840,000	20800	40,2	46,0	6,7	7,1	65
8	Dziewcz. 3 lat	<i>Scabies (eczema universalis).</i>	4,166,000	24800	43,8	31,1	6,4	18,7	70
9	Chłopez. 9 m.	<i>Rhachitis, pneum. (oedema pulm.)</i>	4,566,000	17600	61,1	30,2	8,5	0,3	—
10	Dziewcz. 1 rok	<i>Cat. int. 1/2 roku, aphthae (sebris).</i>	3,153,000	18000	19,2	75,1	5,5	0,2	55
11	Chłopez. 6 lat .	<i>Empyema necessit.</i>	3,681,000	25000	16,1	69,5	12,4	2,0	35
12	Chłopez. 2 1/2 m.	<i>Catar. int. chron., inanitis.</i>	3,565,000	42600	76,8	14,2	5,2	3,8	55
13	Dziewcz. 1/2 r.	<i>Soor, bardzo chuda.</i>	5,325,000	22600	24,0	67,0	8,7	0,3	80
14	Chłopez. 8 lat	<i>Rheumat. art. [prawie wyzdrow.]</i>	4,840,000	20700	25,0	58,9	8,0	8,1	—
15	Chłopez. 1 1/2 r.	<i>Rhachitis, blady.</i>	4,300,000	20000	60,0	28,0	3,8	8,2	40
16	Dziew 1 r. . .	<i>Anaemia splenica inf.</i>	2,945,000	52800	56,5	26,0	13,5	4,0	—
17	Chłopez. 21. m.	<i>Anaemia simpl. gravis. [ciepł. 39^o].</i>	3,382,000	16800	30,7	64,0	4,3	1,0	—
18	Dziew. 3 miesię.	<i>Tussis convuls. [2-gi tydzień].</i>	4,045,000	36500	78,9	17,7	3,3	1,6	—
19	Chłopez. 2 lat	" " [zanosi się]	4,510,000	34000	71,5	22,3	2,5	3,7	70
20	" 6 "	<i>T. convuls. [zanosi się], lymph. colli.</i>	5,895,000	30000	30,1	62,1	4,6	3,1	90
21	Dziew. 9 lat .	<i>T. convuls., [zanosi się].</i>	5,785,000	17200	28,7	64,0	4,4	2,7	—
22	Chłopez. 5 lat	<i>T. conv., [zanosi się] dilat. cord. d.</i>	5,740,000	30000	52,8	40,0	3,2	4,0	—
23	" 9 "	<i>Nephrit. post scarlat. [ciepł. norm.]</i>	4,370,000	17600	28,2	54,2	7,0	10,7	—
24	" 4 "	<i>Colitis chr. post. dysent.</i>	3,400,000	15400	33,8	55,7	5,4	5,1	—
25	Dziewcz. 9 mies	<i>Rhachitis, scrofulosts obesitas.</i>	6,060,000	16600	43,7	40,1	4,3	11,9	—
26	Chłopez. 8 m.	<i>Rhachitis, anaem. splen. infant.</i>	2,800,000	23200	48,7	43,5	7,7	0,2	30
27	Chłopeczyk 5 lat	<i>T. convuls., [zanosi się].</i>	5,740,000	30000	52,8	40,0	6,5	1,7	—
28	Dziew. 4 lat .	" " " "	6,105,000	16400	64,2	28,4	3,4	4,0	—
29	" 6 "	" " " "	6,255,000	22200	69,2	22,0	3,2	5,7	—
30	Chł. 7 lat . .	" " " "	6,380,000	18800	50,3	45,2	4,3	0,2	85

Otóż zobaczymy, jaki wpływ wywierają owe inne rodzaje leukocytozy na odsetkowy stosunek leukocytów. W tablicy VII mamy szereg chorób, przebiegających z większą lub mniejszą leukocytozą. Z tablicy tej widzimy, że w niektórych przypadkach, pomimo istnienia leukocytozy, odsetkowy stosunek różnych gatunków leukocytów nie wychodzi z poza granic, oznaczonych dla zdrowych dzieci danego wieku, czyli, że leukocytoza ujawnia się powiększeniem ilości wszystkich gatunków leukocytów w stosunku mniej więcej proporcjonalnym do ich istnienia w krwi normalnej; do tego rodzaju należą przypadki: 1, 4, 8, 8, 9, 14, 15, 19, 20, 21, 22, 23 i 24. W drugim szeregu przypadków powiększa się głównie ilość neutrofilów, czyli, że leukocytoza nosi cechy leukocytozy zapalnej [przypadki: 2, 5, 6, 7, 10, 13, 17, 25, 26]. Dalej są przypadki, w których powiększa się głównie liczba limfocytów [do takich należą: 12, 18, 27, 28, 29 i 30]. Nakoniec, powiększenie może szczególnie dotyczyć ilości leukocytów przejściowych [przypadki 11 i 16] lub przejściowych i neutrofilowych zarazem [przyp. 3]. Przypadków leukocytozy ze szczególnem powiększeniem ilości eozynofilowych leukocytów (*eosinophilia*) do tego czasu nie spotykałem.

W tablicy VII-mej mieliśmy do czynienia z powiększeniem się ilości limfocytów, ale zarazem mieliśmy tam i leukocytozę. Są jednakże przypadki, że ilość limfocytów niewątpliwie powiększa się znacznie, pomimo iż niema leukocytozy [limfocytoza—GRAWITZ i inni]. Zjawisko to było już kilkakrotnie notowane przez różnych autorów: EHRlich [ciężkie niedokrwistości], BOTKIN [wstrzykiwania tuberkuliny], RIEDER [ciężka krzywica], BIEGAŃSKI [syfilis] CHETAGUROW [tyfus brzuszny] i inni.

W tablicy VIII-iej podaję kilka podobnych, spotykanych przezemnie przypadków.

Jeżeli przyjmiemy za *minimum* białych ciałek krwi w 1 mil. sz. — 4000, w takim razie wszystkie przypadki, w których ilość leukocytów wynosi mniej

Tablica VIII.

Nr.	Wiek.	Nazwa choroby.	Liczba czerwonych ciałek krwi w 1 ctm. sz.	Liczba leukocytów w 1 mil. sześci. krwi.	Odsetny stosunek leukocytów.				Odsetka hemoglobiny.
					limfocyty w %	neutrofile w %	przejściowe w %	eozynofile w %	
1	Chłopcz. 6 lat	<i>Morbus macul. Werthofii</i>	3,695,000	5800	53,4	36,1	5,4	5,0	50
2	Dziewcz. 10 lat	<i>Malaria</i>	4,660,000	10000	50,7	41,0	6,5	1,7	—
3	Dziewcz. 8 lat	<i>Varicella</i>	5,965,000	3400	55,5	34,0	7,5	3,0	—
4	Chłopcz. 4 lat	<i>Malaria chronica</i>	4,790,000	350	49,0	36,7	1,7	12,7	—
5	Dziewcz. 5 lat	<i>Tussis convuls.</i>	5,040,000	6000	67,2	20,8	3,0	9,0	—
6	Chłopcz. 10 lat	Powięk. wątr. śledz. i grucz. <i>lues cong.</i>	5,365,000	7000	42,6	35,6	6,4	15,4	65
7	Dziewcz. 11 lat	<i>Icterus catarrhalis.</i>	5,115,000	5200	47,0	39,6	12,3	1,0	—
8	Chłopcz. 10 lat	<i>Malaria, icterus.</i>	5,275,000	3000	51,5	39,5	8,5	0,2	70
9	" 8 "	<i>Tussis convuls.</i>	—	11200	50,6	38,2	9,6	1,6	—
10	" 6 "	<i>Tussis convuls.</i>	4,855,000	11800	64,6	30,8	2,4	2,2	—
11	" 7 "	<i>Malaria</i> [2 godz. przed napadem].	3,900,000	1080	58,5	31,7	8,0	1,7	—

niż 4000, winny być zaliczone do przypadków ze zmniejszoną ilością leukocytów [aleukocytoza, leukopenia]. Widzieliśmy już 4 podobne przypadki w tablicy VIII-ej.

W tablicy IX-ej, [w której zamieszczam znów i owe 4 przypadki] zgromadziłem i inne napotkane przezemnie. Wstrzymując się dla braku odpowiedniej ilości podobnych przypadków od wszelkich ogólników, zaznaczę tylko, że bardzo często znajdowałem zmniejszenie się ilości leukocytów przy zimnicy, w której można często spotkać wogóle najniższe cyfry dla leukocytów [patrz przypadki: 4, 5 i 8].

Tablica IX.

Nr.	Wiek.	Nazwa choroby.	Liczba czerwonych ciałek krwi w 1 ctm. sz.	Liczba leukocytów w 1 mil. sześć. krwi.	Odsetny stosunek leukocytów.				Odsetek hemoglobiny.
					limfocyty w %	neutrofile w %	prześciowe w %	eozylofilowe w %	
1	Dziewecz. 8 lat	<i>Varicella.</i>	5,965,000	3400	55,5	34,0	7,5	3,0	—
2	Chłopcz. 4 lat	<i>Malaria chronica.</i>	4,790,000	3500	49,0	36,7	1,7	12,7	—
3	Chłopcz. 10 lat	<i>Malaria; icterus.</i>	5,275,000	3000	51,5	39,5	8,5	0,2	70
4	Chłopcz. 7 lat	<i>Malaria</i> [2 g. przed napadem].	3,900,000	1080	58,5	31,7	8,0	1,7	—
5	Dziewecz. 5 lat	<i>Malaria; icterus.</i>	3,315,000	1600	27,0	62,0	8,0	1,5	50
6	Dziewecz. 1 rok	<i>Eczema</i> [bardzo obszerna].	4,945,000	2000	51,3	41,2	6,2	2,3	—
7	Chłopcz. 10 lat	<i>Morbilli</i> (+ <i>malaria</i> ?).	5,545,000	2900	37,5	56,5	3,5	2,5	—
8	Dziewecz. 12 lat	<i>Malaria larv.</i>	—	1700	37,7	54,5	5,0	2,7	75
9	Dziewecz. 11 lat	<i>Malaria</i> [ciepłota 40,4°].	4,485,000	3900	21,0	71,2	7,7	—	70
10	„ 11 „	<i>T. exanthemat</i> [3-ci dz. choroby].	4,130,000	3100	19,9	79,4	2,9	—	—
11	Chłopcz. 12 lat.	<i>Malaria.</i>	4,610,000	3900	22,0	71,6	5,6	0,8	—
12	Dziewecz. 11 lat.	<i>Varicella.</i>	4,440,000	3300	40,0	54,0	6,0	—	—

Na zakończenie mej pracy, pozwolę sobie powiedzieć kilka słów o zmianach krwi przy krzywicy. LIMBECK¹⁾, przytaczając w swej książce wyniki badań różnych autorów nad zmianami krwi przy krzywicy [JAKSCH, LUZET, HOCK, SCHLESINGER, MONTI i BERGGUEN i inni], powiada, że liczba czerwonych ciałek krwi i hemoglobiny przy tej chorobie się zmniejsza, liczba zaś ciałek białych — powiększa. Leukocytoza powstaje tutaj głównie przez powiększenie się ilości neutrofilów [!?] i zależy, podług LIMBECK'a, od istoty samej sprawy krzywicznej, po części, może, i od niezytu kiszki, który bardzo często bywa u dzieci, zapadłych na krzywicę. RIEDER²⁾ podkreśla fakt zwiększania się ilości ciałek jednojądrowych w ciężkich przypadkach krzywicy. WEISS³⁾, opisując 6 przypadków krzywicy, w których badał krew, powiada, że czerwone ciała krwi z jądrami znalazł tylko w jednym przypadku. Leukocytoza, podług WEISS'a, przeciwnie, zależy od powiększenia ilości jednojądrowych leuko-

1) Op. cit. str. 372.

2) Op. cit. str. 28

3) Op. cit. str. 47.

cytów. Według FELSENTHAL'a ¹⁾ liczbę ciałek czerwonych krwi zostaje albo normalną, albo prawie normalną, ilość zaś ciałek białych powiększa się 2—5 razy; przeważają limfocyty. Zawartość hemoglobiny zmniejszona, ale nieodpowiednio do ilości ciałek czerwonych krwi (*chlorosis*), czerwone ciała z jądrami można spotkać w liczbie umiarkowanej. Nakoniec, GUNDOBIN ²⁾ twierdzi, że „krzywica nie powoduje żadnych charakterystycznych, jej tylko właściwych zmian krwi. Cała sprawa zależy od natężenia choroby, raczej od większego albo mniejszego udziału, jaki biorą w tej chorobie zmiany narządów wewnętrznych“. Na zasadzie własnych badań [tablica X-ta] zupełnie się zgadzam z GUNDOBIN'em. Jeżeli, rzeczywiście, w pewnych przypadkach liczba ciałek czerwonych krwi i hemoglobiny się zmniejsza [przyp. 5], to są znów i takie przypadki, w których takiego zmniejszenia niema. Co do liczby leukocytów to i ona, jak widzimy z tablicy, powiększa się nie we wszystkich przypadkach. Nie można również mówić o zwiększeniu się ilości limfocytów

Tablica X.

Nr.	Wiek.	Nazwa choroby.	Liczba czerwonych ciałek krwi w 1 mil. sz.	Liczba leukocytów w 1 mil. sześć. krwi.	Odsetny stosunek leukocytów.				Odsetka hemoglobiny.	Uwagi.
					limfocyty w %	neutrofile w %	prześciowe w %	eozy-noflo-we w %		
1	Chł. 1 r. 3 m.	<i>Rhachiits</i> , rozwoln. 4 dni.	—	—	49,8	43,6	4,6	2,1	—	Eritrokario-cyty.
2	Chł. 4 1/2 m.	<i>Rhach.</i> , <i>obesitas</i> , <i>dyspepsia</i> .	—	—	66,9	26,5	5,7	4,5	—	—
3	Chł. 2 l. 3 m.	„ [ciężki przypadek].	—	—	42,4	45,3	1,6	9,0	—	—
4	Dz. 2 l. 3 m.	„ <i>summa</i> .	—	9800	53,6	32,3	5,6	8,3	—	—
5	Dz. 10 m.	„ <i>dyspepsia</i> 2-gi dz.	3,190,000	13400	69,2	23,2	6,5	0,7	45	Eritrokario-cyty.
6	Chł. 1 r. 3 m.	„ <i>bronchitis</i> .	5,032,000	23800	40,1	44,5	5,8	9,6	60	Eritrokario-cyty.
7	Dz. 1 r. 1 m.	„	4,275,000	7400	63,7	28,2	5,5	2,7	55	—
8	Chł. 1 r. 3 m.	„ [blady].	—	—	58,1	32,3	3,3	6,3	—	Eritrokario-cyty.
9	Chł. 9 m.	„ <i>summa</i> [blady].	5,000,000	9200	55,0	30,7	7,8	6,5	60	Eritrokario-cyty.
10	Dz. 10 mies.	„	4,320,000	12600	60,5	30,5	5,2	3,7	45	Eritrokar.
11	Dz. 9 mies.	„	4,545,000	11600	70,0	18,2	9,6	2,2	60	—
12	Chł. 2 l. 3 m.	„	5,495,000	8900	65,3	21,8	5,4	8,2	80	—
13	Chł. 1 1/2 r.	„ [blady]	4,300,000	20000	60,0	28,0	3,8	8,2	40	Silna poiki-locytoza.
14	Chł. 7 mies.	„ <i>obesitas</i> , [blady].	4,325,000	10500	82,7	13,2	1,8	2,3	40	—
15	Chł. 1 r. 8 m.	„ (<i>laryngospasmus</i>).	5,210,000	11800	57,0	35,3	6,7	1,0	70	—
16	Chł. 3 lata	„ (<i>lues cong.</i>).	6,093,000	13000	40,2	41,4	5,8	12,2	80	—
17	Chł. 8 m.	„	6,110,000	5300	63,0	31,5	5,5	—	—	—
18	Chł. 10 m.	„ <i>summa</i> .	5,255,000	9200	65,2	23,3	6,0	5,5	—	—

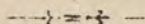
w przypadkach ciężkiej krzywicy [RIEDER]. Wprawdzie limfocyty prawie wszędzie [patrz tablicę] przeważają nad neutrofilami, ale nie powin-

¹⁾ Op. cit. str. 89.

²⁾ Op. cit. str. 31.

niśmy zapominać, że są to dzieci w tym wieku, kiedy przewagę limfocytów nad neutrofilami spotykamy zwykle w stanie normalnym. Silną przewagę limfocytów nad neutrofilami widzimy w przypadku 14-tym, ale był to właśnie przypadek nie ciężkiej krzywicy; przeciwnie, przypadki 3, 4, 9 i 18, dotyczące rzeczywiście ciężkiej krzywicy, nie przedstawiają pod tym względem nic zgoła charakterystycznego. W końcu zaznaczyć muszę, że stosunkowo często we krwi dzieci chorych na krzywicę, znajdowałem czerwone ciała z jądrami.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



72. D. Gerhardt. O urobilinie.

Spostrzeżenia kliniczne uczą, że urobilina występuje w moczu w zwiększonej ilości głównie w 3 grupach chorób: przy ciężkich, wyniszczających, a zwłaszcza gorączkowych chorobach, po obfitych krwawieniach oraz przy pewnych cierpieniach wątroby przed wystąpieniem żółtaczki i po jej ustąpieniu. *In vitro* łatwo można otrzymać urobilinę przez odtlenienie zwykłego barwnika żółciowego lub przy działaniu energicznych środków redukujących na hemoglobinę. Oba te doświadczenia zostały zużytkowane w celu objaśnienia powstawania urobiliny. Obecnie nie ulega żadnej wątpliwości, że zwykły barwnik kału, hydrobilirubina MALY'ego, jest zupełnie identyczna z urobiliną. Już JAFFE przyjmował, że barwnik kału, dawniej sterkobiliną zwany, wchłania się do krwi i następnie zostaje z moczem wydzielony, jako urobilina. Pogląd ten ostatnimi laty w zupełności potwierdzony został. Na korzyść tego przemawia przedewszystkiem zachowanie się urobiliny przy żółtaczce. Gdy w umiarkowanych stopniach żółtaczki, gdzie niedrożność dróg żółciowych nie jest zupełna, znajdujemy w moczu duże ilości urobiliny [obok bilirubiny], nie wykrywamy tego barwnika wcale [lub znajdujemy tylko ślady] przy zupełnym zamknięciu dróg żółciowych. Bardzo pouczającym jest doświadczenie Fr. MUELLER'a: choremu którego zarówno mocz, jak i kał nie zawierały wcale urobiliny, wprowadzał do żołądka żółc świni, poczem szybko w moczu i kale jednocześnie wystąpiła urobilina i jednocześnie z nich znikła. Określając zawartość urobiliny w moczu i kale, autor przekonał się, że stosunek ilości urobiliny w nich podlega u różnych chorych silnym wahaniom. A priori możnaby się spodziewać zwiększonej ilości urobiliny w moczu u ludzi, cierpiących na zaparcie stolca. Badania autora jednakże dały wyniki ujemne: zawartość urobiliny w moczu nie jest u tych chorych zwiększona. U ludzi tej ostatniej kategorii łatwo wykazać, że na zawartość urobiliny w moczu mają wpływ, prócz ilości barwnika w kiszkaach, jeszcze inne czynniki. Podając chorem na zapalenie okołokostne makowiec, autor wywołał zatrzymanie stolca w ciągu przeszło 2-eh tygodni. Mocz tych chorych w pierwszych dniach choroby, póki jeszcze istniała gorączka, zawierał duże ilości barwnika; ze spadkiem ciepłoty zawartość urobiliny szybko obniżyła się i trzymała się na niskich cyfrach, pomimo, że w kiszkaach ciągle znajdowała się w znacznej ilości. Te same doświadczenia autora wykazują niewątpliwy wpływ gorączki na zawartość urobiliny w moczu.

Co się tyczy powstawania zwiększonej ilości urobiliny w moczu przy większych krwawieniach, to dość przekonującymi są spostrzeżenia nad wpływem krwawień u chorych żółtaczkowych z zupełnym zamknięciem przewodu żółciowego, których przewód kiszkowy nie zawiera wcale urobiliny lub tylko

ślady. W podobnym przypadku [rak pęcherzyka żółciowego z szybko powstałą krwotoczną puchliną brzuszną] autor znajdował w moczu duże ilości urobiliny [obok bilirubiny], choć przewód żółciowy (*ductus choledochus*), jak to wykazały oględziny pośmiertne, był całkowicie zamknięty. W tym przypadku można z wielkim prawdopodobieństwem uważać krwotoczną puchlinę za źródło urobiliny. Niewątpliwie zawartość kiszek w tym przypadku, jak wogóle we wszystkich przypadkach zupełnej niedrożności przewodu żółciowego, nie była całkowicie wolną od urobiliny; razem ze sokiem kiszkowym wydzielał się do światła kiszek niemało barwnika żółciowego. U psów z podwiązany przewodem żółciowym znajdował autor dość duże ilości bilirubiny w zawartości kiszek. U zwierzęcia, któremu autor wyrezekował pętlę kiszkową, przemył tę ostatnią i oba końce jej zeszył, zawartość tej pętli była wyraźnie zabarwiona na żółto, a złuszczone komórki nabłonkowe tej zawartości zawierały więcej barwnika, niż część płynna. Powstawanie urobiliny, w przypadkach wylewów krwawych, z hemoglobiny staje się tem prawdopodobniejszem, o ile że, jak to wykazały najnowsze poszukiwania, występuje ona często razem z innym barwnikiem, który *in vitro* prawie zawsze tworzy się przy energicznej redukcji hematyny, mianowicie z hematorpofiryną. Dawniej sądzono, że ten ostatni barwnik rzadko ukazuje się w moczu. W ostatnich latach znajdowano hematorpofirynę w chorobach, które zazwyczaj prowadzą do urobilinuryi: w zapaleniu płuc i wogóle w ostrych chorobach zakaźnych, w marskości wątroby. W dużych ilościach hematorpofiryna występuje przy otruciu sulfonalem i trionalem. Ciekawą jest tu ta okoliczność, że w niektórych przypadkach, po dużych dawkach trionalu, występuje w ciemno-czerwonym moczu zamiast hematorpofiryny urobilina. Ponieważ hematorpofiryna, jak dotąd mogła być otrzymana tylko z hemoglobiny, a nie z bilirubiny, można więc i dla urobiliny z pewnem prawdopodobieństwem przyjąć, że powstaje ona także bezpośrednio z hemoglobiny. Czy złożgi bilirubiny, znajdujące się w ustroju, mogą przy wessaniu przejść w urobilinę i jako taka wystąpić w moczu? Przeczy temu jedno spostrzeżenie autora (*carcinoma hepatis et peritonei*), w którym płyn ascytyczny zawierał dużo bilirubiny, a w moczu urobilina wcale nie dała się wykazać. Dodać należy jeszcze, że u chorych z urobilinuryą przesięki jam surowicznych zawierają również urobilinę i to w prostym stosunku do zawartości urobiliny w moczu, lecz stanowczo nieproporcjonalnie do istniejącej żółtaczki.

Żółć zawiera prawidłowo duże ilości urobiliny. Ta ostatnia pochodzi z przewodu kiszkowego [hydrobilirubina *resp.* urobilina kału] i z prądem krwi żyły zwrotnej dostaje się do wątroby. Za tem przemawiają doświadczenia Beck'a nad zwierzętami: żółć z przetoki, która zawierała urobilinę, staje się po podwiązaniu przewodu żółciowego wolną od tego barwnika i znów zaczyna wykazywać obecność urobiliny, jeśli zwierzęciu dać *per os* bilirubinę.

Ilościowych określeń urobiliny autor dokonywał za pomocą metody spektralnej VIERORDT'a.

Stanisław Pechkranc.

73. Neugebauer F. L. Ciała obce macicy.

Podręcznik, zaznajamiając nas z ogólnym stanem nauki, nie może z natury rzeczy wdawać się w szczegóły, a tembardziej dużo miejsca poświęcać kazuistyce. Ponieważ jednak tylko z własnej praktyki i przez studyowanie obcej kazuistyki zapoznaje się lekarz z medycyną praktyczną, więc zestawienie synoptyczne kazuistyki z oddzielnych dziedzin patologii, uważa autor za pracę bardzo pożyteczną. Zestawienie z własnej praktyki i z literatury 550-iu [a może i więcej. *Spraw.*] przypadków ciał obcych macicy, stanowi właśnie zawartość dziełka, wydanego niedawno w języku niemieckim i dedykowanego VII-emu Zjazdowi Niemieckiego Towarzystwa Ginekologicznego.

Praca ta do streszczenia się nie nadaje, gdyż cała jest jużto streszczeniem oryginalnych prac kazuistycznych, już też streszczeniem streszczeń, porzucanych po czasopismach i książkach całego świata. Tu można tylko wyliczyć działy, w których ramy autor, uwzględniając bardzo szeroko pojęcie ciała obcego, wtłoczył zebrany przez siebie obfity materiał kazuistyczny.

Działy te są następujące:

I. Ciała obce, jak pesarya, narzędzia, zgłębniki, szpilki i t. d., wprowadzone do jamy macicy umyślnie (*abortus criminalis, masturbatio* i t. d.), lub też te, które przypadkowo się tam dostały [sposprzeżeń 66].

II. Pasożyty w jamie macicy: *echinococcus*, hydatydy, robaki [16 sposprzeżeń].

III. Ciała obce, które z ustroju drogą przedziurawienia ściany macicy wstąpiły do jej jamy. Tu autor zalicza: kał [20 sposprzeżeń przetok maciczno-kiszkowych], moc [6 sposprzeżeń przetok maciczno-pęcherzowych rzadszego—nie połogowego—pochodzenia], ropę [10 sposprzeżeń przedziurawienia ropni miednicowych do macicy].

IV. Pętle kiszek lub sieć, które weszły do macicy po jej pęknięciu lub przedziurawieniu [5 sposprzeżeń, z tych jedno wyjątkowe, mianowicie: wyjście pętli cienkiej kiszki do pochwy przez kikut maciczny po operacji PORRO].

V. Wydzieliny i ich produkty, zatrzymane w jamie macicy przy *haematometra, lachiometra, hydrometra, pyometra* i gazy przy *physometra*. Działu tego autor nie wypełnił. Będzie on, jak się zdaje, przedmiotem osobnej pracy.

VI. Nowotwory macicy, które się częściowo odłuszczyły i ich produkty zwapienia, t. zw. *kamienie maciczne* [57 sposprzeżeń].

VII. Tak zwane *guzy włosiane* macicy, będące, jak się zdaje, tylko *dermoidami* [sposprzeżeń 7].

VIII. Zatrzymane w macicy produkty ciąży. Tu należą: obumarłe płody i ich pojedyncze części, łożysko, błony, przypadki *mised abortion, mised labour* [sposprzeżeń 452].

Wreszcie w książce tej znajdujemy wykład o t. zw. *porodzie opóźnionym* (*partus serotinus*) z przytoczeniem 36-iu sposprzeżeń.

(Dr. med. Franz Ludwig Neugebauer. *Vorstand der gynäk. Klinik etc. etc. Die Fremdkörper des Uterus. Zusammenstellung von 550 Beobachtungen aus der Literatur und Praxis. Breslau. 1897. Stronic 144.* Zweigbaum.

74. G. Buschan. Obrzęk śluzowy (*myxoedema*) i stany pokrewne, oraz przyczynę do fizjologii gruczołu tarczowego i leczenie przetworami tegoż.

Praca BUSCHAN'a jest źródłową i wyczerpującą monografią powyższej choroby; została w niej uwzględnione wszystkie istniejące dane o obrzęku śluzowym i cierpieniach pokrewnych, o własnościach leczniczych gruczołu tarczowego i jego czynności fizjologicznej.

Anatomia gruczołu tarczowego.

Poszukiwania anatomiczne wykazały, że oprócz właściwego gruczołu tarczowego u zwierząt i ludzi, spotykamy jeszcze gruczoły dodatkowe. Według WOELFLER'a te ostatnie dzielą się na *gl. accessoriae proximae* i *remotae*. Pierwsze pojedyncze lub w większej ilości znajdują się tuż obok gruczołu tarczowego, w tkance łącznej krtaniowej, u górnego lub dolnego brzegu zrazów gruczołu tarczowego lub nad *art. thyreoidea inf.* i zdają się być połączone z właściwym gruczołem tarczowym li tylko za pomocą tkanki łącznej i naczyń. Badania drobnowidzowe, dokonane przez GLEY'a, PHYSALIX'a, RENÉ MARIE i innych, dowiodły, że twory te składają się z embryonalnej tkanki gruczołowej. Drugie znajdują się w znacznym oddaleniu od gruczołu tarczowego; u ludzi np. znaleziono je u podstawy języka, wewnątrz gardzieli i tchawicy, między

mięśniem mostko-sutko-obojęzykowym i obojęzykiem, nad stawem łokciowym. Zaznaczyć należy, że gruczoły te w pewnych razach [przy braku lub zmniejszeniu sekrecji gruczołu tarczowego] mogą do pewnego stopnia gruczoł tarczowy zastępować.

Fizjologia gruczołu tarczowego.

Gruczoł tarczowy oddawna był przedmiotem licznych doświadczeń fizjologicznych, zagadkowa zaś rola jego w ustroju dawała powód do różnorodnych, często sprzecznych hipotez. Niektóre z nich mają obecnie tylko historyczne znaczenie. Do takich należą hipotezy GALEN'a, HEISTER'a, BOERHAVI'a i innych, powstałe w tych czasach, kiedy nie znano jeszcze budowy anatomicznej gruczołu tarczowego. W miarę poznania stosunków anatomicznych hipotezy te musiały się rozwiązać i ustąpić z kolei innym, mniej lub więcej racjonalnym. Do ostatniej kategorii należy zaliczyć teorię FORNERIS'a, która znalazła licznych zwolenników. FORNERIS zauważył, że obwód szyi podczas pracy umysłowej i natychmiast po przebudzeniu się ze snu wykazuje stale różnicę, wynoszącą 3 ctm. na korzyść ostatniego stanu. Wyprowadza on stąd wniosek, że gruczoł tarczowy ma za zadanie regulować dopływ krwi do mózgu, jest rodzajem zbiornika krwi mózgowej. Fakty, spostrzegane przez FORNERIS'a, wielokrotnie sprawdzone, dały zgodne wyniki. Według MEULI gruczoł tarczowy gra rolę rezerwoaru dla mózgu: gdy dopływ krwi do mózgu wzmaga się, gruczoł tarczowy powiększa się i wywierając ucisk na *art. carotis* powoduje niedokrwistość mózgu, wtedy zaś krew z gruczołu przez drogi uboczne zaczyna dopływać do mózgu i w ten sposób zabezpiecza go od zbyt wielkich wahań w krwiobieg. Za teorią tą przemawiają również spostrzeżenia HANKE'go i LANDAU'a, że wole bardzo często rozwija się wskutek nadmiernych wahań w krwiobieg [przy wchodzeniu w stosunkowo krótkim czasie na wysokie góry i schodzeniu na dół—w dolinę].

Do zwolenników powyższej teorii do niedawna należał i autor, lecz obecnie wobec przewagi dowodów na korzyść innej, chemicznej czynności gruczołu tarczowego, skłania się bardziej ku tej ostatniej, nie porzucając jednocześnie i pierwszej.

HOFRICHTER pierwszy wskazał na znaczenie krwiotwórcze gruczołu tarczowego. TIEDEMANN uważa gruczoł tarczowy za narząd, pomagający śledzionie w czynności krwiotwórczej. Hipoteza ta znalazła potwierdzenie w praktyce chirurgicznej, zauważono bowiem, że po wycięciu śledziony gruczoł tarczowy ulega przerostowi, ilość leukocytów we krwi wzrasta, a krążków czerwonych zmniejsza się; skoro jednak po kilku tygodniach stosunek białych ciałek krwi do czerwonych dochodził do cyfr normalnych, wtedy i objętość gruczołu tarczowego stawała się mniejszą. Na zasadzie tych spostrzeżeń CRÉDÉ przypisuje gruczołowi tarczowemu wybitny udział w wytwarzaniu krwi, a mianowicie przekształcanie białych ciałek krwi w czerwone.

Po całkowitem wycięciu wola, również spostrzegano zmniejszenie ilości czerwonych krążków krwi i zwiększenie białych; temi zmianami we krwi starano się w sposób rozmaity wytłómaczyć rozwijające się po operacji wola charłactwo (*cachexia strumipriva*). Do nieco odmiennych wniosków dochodzą FORMANEK i HASKOVEC; utrzymują oni, że na skutek zaburzeń w wytwarzaniu krwi i krwiobieg zachodzą pewne zmiany w wytwarzaniu końcowych produktów przemiany materii, powstają jadowite substancje, zatruwające organizm — i to powoduje charłactwo. Wiążą oni w ten sposób poprzednią teorię z inną, chemiczną, która w ostatnich czasach najwięcej zwolenników liczy. Główną podstawą dla tej teorii posłużyły doświadczenia SCHIFF'a.

Całkowite wycięcie gruczołu tarczowego u psów, kotów, małp, lisów daje typowy obraz chorobowy, w którym przeważają takie objawy, jak depresja, drgania włóknikowe, drgawki kloniczne, wychudnięcie, apatya, z zejściem

śmiertelnem. Porządek, w jakim występują te objawy, nie zależy od gatunku zwierząt. Zwykle w kilkanaście godzin [SCHIFF], lub kilka dni [ROGOWICZ, EWALD] po operacji występują u zwierząt drgania włókienkowe, następnie drżenie i napady drgawek klonicznych, poczynających się w kończynach dolnych. Napady te codziennie się powtarzają i nareszcie przechodzą w drgawki tetaniczne.

Podudliwość mięśni i nerwów w okresie tężcowym, podług EISELSBERG'a, SCHULTZE'go i SCHWARZ'a, jest znacznie wzmożona. Jednocześnie spostrzegać się daje i znaczne upośledzenie władz psychicznych: smutek, apatya, senność, ogłupienie i t. d. Wogóle wygląd i zachowanie się zwierząt w tym okresie przypomina kretynów. HARSLEY skonstatował u małp, po usunięciu gruczołu tarczowego, w okresie nerwowym zwyrodnienie śluzowe tkanki łącznej na twarzy, szyi, brzuchu i zwiększoną zawartość mucyny w rozmaitych tkankach. Badanie krwi wykazało zmniejszenie ilości czerwonych krążków i znaczne zwiększenie ilości białych ciałek krwi. Mocz zwierząt operowanych posiadał własności trujące. Ciepłota ciała w pierwszych dniach po operacji podnosiła się nieco, później zaś spadała poniżej normy. Śmierć następowała albo nagle w napadzie skurczów tężcowych, albo też powoli wskutek charłactwa i porażen. Podług ROSENBLATT'a przyczyna śmierci tkwi w autointoksykacji organizmu.

U wszystkich zwierząt, którym wycięto gruczoł tarczowy, znalazł ROSENBLATT na sekcji bardzo ważne zmiany w nerkach [zwyrodnienie koloidalne nabłonków nerkowych], które zdaniem jego za życia powodowały upośledzenie czynności wydzielniczej nerek i nagromadzenie krążących w ustroju toksyn, a w następstwie i śmierć wskutek samozatrucia.

W bardzo nielicznych przypadkach udało się niektórym badaczom [ALBERTONI, TIZZONI, AWOKRATOW, SCHIFF] w doświadczeniach nad wycięciem gruczołu tarczowego, utrzymać zwierzęta przy życiu. Zależało to prawdopodobnie albo od niezbyt dokładnej operacji, *resp.* pozostawienia pewnej części gruczołu tarczowego, albo też od obecności u powyższych zwierząt t. zw. gruczołów dodatkowych.

Rozmaici autorowie starali się zapobiedz szkodliwym następstwom całkowitego wycięcia gruczołu tarczowego. Ponieważ objawy pooperacyjne zależały, jak słusznie przypuszczano, od braku gruczołu tarczowego, próbowano przeto zastąpić go przez implantację gruczołu tarczowego: podawanie zwierzętom świeżego gruczołu lub jego przetworów. Doświadczenia, w tym kierunku dokonane, dały wynik pomyślny. Na tych spostrzeżeniach opiera się stosowanie przetworów gruczołu tarczowego u ludzi, pozbawionych tego narządu [po operacji wola].

Wszystkie wyżej przytoczone dane przemawiają za tem, że gruczoł tarczowy jest niezbędnym dla życia zwierzęcego, jest narządem niezmiernie ważnym. Co się tyczy jednak fizjologii tego narządu, to pomimo licznych i wielostronnych badań, kwestya ta dotąd nie jest jeszcze dostatecznie wyświetlona. To tylko zdaje się nie podlegać wątpliwości, że zadaniem gruczołu tarczowego jest oswobodzanie krwi od pewnych substancji, które wytwarza organizm i które muszą być wydalone lub asymilowane, gdyż w przeciwnym razie działają toksycznie na tkanki jego.

W ostatnich czasach udało się NORKIN'owi otrzymać pewną substancję, należącą do grupy proteidów i nazwaną przez niego tyreoproteiną. Substancya owa, wstrzyknięta królikom i świnkom morskim w odpowiedniej dawce, wywoływała także objawy, jakie spostrzegamy po całkowitem wycięciu gruczołu tarczowego. Nadto dalsze doświadczenia wykazały, że zwierzęta, pozbawione gruczołu tarczowego, giną bardzo prędko nawet od małych

dawek tyreoproteiny, zwierzęta zaś, posiadające ów gruczoł, znoszą takie dawki dobrze.

Norkin wyprowadza stąd wniosek, że tyreoproteina jest tą właśnie substancją, która wytwarza się w ustroju po wycięciu gruczołu tarczowego, i daje objawy *cachexiae strumiprivaе*, że substancją ową neutralizuje pewna specyficzna wydzielina gruczołu tarczowego, należąca do grupy enzym. FRAENKEL wydzielił z gruczołu tarczowego ciała krystaliczne [derywat guanidyny], które nazwał tyreoantytoksyną i na zasadzie odpowiednich doświadczeń na zwierzętach twierdzi, że ta ostatnia jest niewątpliwie substancją działającą gruczołu tarczowego. BAUMANN zaś otrzymał z gruczołu tarczowego pewien związek chemiczny, w postaci brunatnego niekrystalicznego proszku, nazwany przez niego tyrojodyną. Własności neutralizujące tego związku zdają się przemawiać za tem, że jest on ciałem działającym w gruczole tarczowym.

Nakoniec możliwym jest jeszcze jedno przypuszczenie, a mianowicie, że gruczoł tarczowy wpływa na rozwój tkanki tłuszczowej i układu kostnego w ustroju. Spostrzeżenia kliniczne wykazują, że w przypadkach braku gruczołu tarczowego tkanka tłuszczowa podskórna ulega nieproporcjonalnemu rozrostowi, a układ kostny powstrzymuje się w swoim rozwoju, przeciwnie zaś w razie przyjmowania gruczołu tarczowego osobniki otyłe chudną, karły rosną, niezarośnięte ciemiączka i szwy zrastają się. Streszczając powyższe dane, autor wyprowadza wniosek, że gruczoł tarczowy:

- 1) neutralizuje substancje trujące, wytwarzające się w ustroju,
- 2) wpływa na rozwój tkanki tłuszczowej i układu kostnego,
- 3) jest narządem, regulującym dopływ krwi do mózgu.

Przechodząc następnie do opisu obrzęku śluzowego i stanów pokrewnych autor dzieli wszystkie znane postaci tego cierpienia na 2 grupy. Do pierwszej zalicza obrzęk śluzowy samoistny i pooperacyjny, które różnią się tylko pod względem etyologicznym, do drugiej—kretynizm sporadyczny.

A. Symptomatologia samoistnego i pooperacyjnego obrzęku śluzowego.

a) Objawy ze strony skóry należą do najbardziej charakterystycznych dla obrzęku śluzowego. Zmianom podlega skóra na całym ciele, lub, co zdarza się częściej, tylko w pewnych okolicach ciała: środkowe części twarzy, wargi, najwyraźniej zaś szyja, kark, obwodowe części kończyn. Twarz najwcześniej zostaje dotknięta. W daleko posuniętych przypadkach powieki również przyjmują udział w cierpieniu: górna powieka obrzmiewa i zakrywa prawie zupełnie oczy, dolna zwiesza się w rodzaju worka. Fałdy na twarzy całkowicie znikają; mimika twarzy ustaje. Dolna warga zgrubiała, niekształtna i szeroka, obwisa. Obrzmienie ze skóry może przejść na błonę śluzową jamy ustnej. Język powiększa się w swojej objętości, dosięga niekiedy tak znacznych rozmiarów, że wypełnia całkowicie jamę ustną. Zagłębienia nad i podobojczykowe znikają przez co utracą się zwykła forma szyi. Na kończynach szczególnie rzuca się w oczy wygląd dłoni i stopy, podobnych do poduszki, wypełnionej powietrzem. Zamknięcie dłoni niekiedy bardzo utrudnione. Delikatniejsza robota staje się niemożliwą. Obrzmienie powłoki brzusznej dosięga kolosalnych rozmiarów i brzuch staje się obwisłym. Zauważono, że obrzmienie skóry zmniejsza się podczas cieplej pogody, na zimnie zaś zwiększa się. Skóra jest zgrubiała, elastyczna, na dotyk zimna, jakby obrzękła, lecz ucisk nie wywołuje właściwego dla obrzęku zagłębienia. Zabarwienie skóry woskowo-białe. Dalej bardzo charakterystyczną cechą dla skóry myksoedematycznej jest obfite łuszczenie naskórka, wskutek czego skóra staje się szorstką, kruchą i suchą. Od zgrubienia i suchości skóry zależy niezawodnie i znaczne wzmoczenie oporu elektrycznego, na które zwrócił uwa-

gę TIEMANN. Zmian pigmentacji nie zauważono. Najczęściej są notowane zaburzenia perspiracyjne [wydzielanie potu prawie zupełnie ustaje] i odżywcze skóry [wypadanie włosów, bardzo rzadko nadmierne owłosienie pewnych części ciała, utrata połysku paznokci i kruchość ich, wypadanie zębów].

b) Objawy ze strony ośrodkowego układu nerwowego są nader różnorodne. Wszelkie przejawy duchowego i cielesnego życia myksoedematyka cechuje pewna tępość i ociężałość. Chorzy są na wszystko obojętni, apatyczni, senni, po całych dniach leżą bezczynnie na łóżku, o czystość i porządek wcale nie dbają. Na samym początku choroby daje się zauważyć u nich osłabienie pamięci i trudność myślenia; chorzy odpowiadają na pytania niechętnie i zwlekają długo z odpowiedzią. U znacznej liczby chorych spostrzegano osłabienie inteligencji, zaburzenia psychiczne [ostre psychozy, najrozmaitsze halucynacje, demencyę, melancholię i t. d.], napady epileptyczne [HIRSCH]; podług CARTER'a, CLOUSTON'a psychoza występuje w 3-im roku istnienia obrzęku śluzowego; SCHAW podaje okres 6-letni. Do stałych objawów obrzęku śluzowego należą również zmiany w ciepłocie ciała: zazwyczaj jest ona subnormalną [36,0° do 36,8° C.], podniesienia jej dotąd nikt nie spostrzegał. Wskutek takiego obniżenia ciepłoty chorzy stale skarżą się na ziębienie, nawet podczas największych upałów.

c) Ze strony nerwów obwodowych spostrzegano cały szereg objawów: parestezye, hyperestezye, często bóle głowy, bóle żołądkowe, anestezye, chociaż z drugiej strony w wielu przypadkach żadnych zaburzeń czuciowych nie znajdowano.

d) Objawy ze strony zmysłów: zaburzenia smaku, zaburzenia słuchowe, wzrokowe [koncentryczne zwężenie pola widzenia, osłabienie siły widzenia, zanik nerwów wzrokowych, hemeralopię, katarakty].

e) Objawy ze strony układu ruchowego: ogólna ociężałość, ruchy powolne, wykonywane ze znacznym wysiłkiem; chory z trudnością sam się ubiera, niekiedy bez pomocy sam powstać z łóżka nie może. Chód powolny, ciężki i chwiejny; właściwej ataksyi nigdy nie spostrzegano. Chorzy bardzo prędko uczuwają zmęczenie. Pobudliwość elektryczna mięśni jakościowo zmniejszona [HUN-PRUDDEN, ABRAHAMS], podług MANASSE i RUMPEL'a niezmieniona. Pobudliwość mechaniczna podług KRAEPELIN'a wzmożona. Jedni spostrzegali zanik mięśni, drudzy przerost ich. Do bardzo stałych objawów myksoedematu należą zaburzenia mowy. Są one tak charakterystyczne, że w wielu przypadkach możemy postawić trafne rozpoznanie, skoro tylko chory zacznie mówić. Jak myślenie i ruchy, tak i mowę cechuje ociężałość, powolność. Chory mówi cicho, niewyraźnie (*voix voilée* francuskich autorów) i monotennie. Zaburzenia te niewątpliwie są zależne odobrzemienia warg, języka, podniebienia i krtani.

f) Objawy ze strony układu naczyniowego. Przedewszystkiem godzi się tu zaznaczyć — niezwykłą skłonność do krwawień. W samym sercu zmian żadnych nie znaleziono. Tętno pełne, małe, miękkie, łatwo uciskalne, pod względem częstości przedstawia znaczne wahania [od 40 do 140]. Ilość czerwonych krążków krwi i zawartej w nich hemoglobiny zdaje się być zmniejszoną, wymiary każdego krążka są większe od normalnych. Zawartość hemoglobiny w krwi jest zmniejszoną. Co się tyczy białych ciałek krwi, to poszukiwania dotychczasowe dały wyniki sprzeczne. Mucyny we krwi nie wykryto [LEBRETON].

g) Ze strony dróg oddechowych oprócz obrzemia błony śluzowej krtani, innych zmian nie spostrzegano.

h) Objawy ze strony przewodu pokarmowego nie są dla obrzęku śluzowego charakterystyczne. Spostrzegano zaparcie stolca, brak łaknienia, nudności, wymioty i t. d..

i) Objawy ze strony dróg moczowych: moczu ilościowo zmniejszony niekiedy zwiększony, zawiera w niektórych przypadkach [20%]—białko, wogóle jednak w większości przypadków żadnych nienormalnych części składowych nie zawiera.

k) Objawy ze strony narządów płciowych: znaczne osłabienie pobudliwości płciowej, lub zupełny jej zanik, zaburzenia w miesiączkowaniu u kobiet, zmiany myksoedematyczne na błonie śluzowej narządów płciowych kobiecych, niekiedy zanik tych narządów lub niezwykley przerost sutek.

l) W kwestyi zachowania się odruchów u myksoedematyków zdania są sprzeczne: jedni znajdowali odruchy kolanowe normalne, drudzy—wzmoczone lub osłabione. Odruchów skórnych często brak.

m) W większości przypadków obrzęk śluzowy przebiega z zanikiem gruczołu tarczowego, w nielicznych tylko przypadkach widziano przerost jego.

n) Zawartość chemiczna narządów. ORD pierwszy wykazał, że skóra myksoedematyczna zawiera mucynę w znacznej ilości. HALLIBURTON znalazł dużo mucyny w rozmaitych tkankach i narządach myksoedematyków, w przewlekłych jednak przypadkach obecności jej wykazać nie mógł; z zawartości zatem mucyny możnaby określić, z jaką formą obrzęku śluzowego mamy do czynienia.

Przechodzimy teraz do symptomatologii drugiej postaci obrzęku śluzowego t. zw. wrodzonego lub kretynizmu sporadycznego (*Infantiles Myxoedem, Idiotie cretinoïde avec cachexie pachydermique*). Pod tą nazwą rozumiemy obrzęk śluzowy, rozwijający się przed nastaniem okresu dojrzałości płciowej. Jeżeli obrzęk śluzowy rozwija się u płodu, lub w pierwszych latach życia noworodka, wtedy oprócz zwykłych, wyżej opisanych, objawów myksoedematu, przylączają się jeszcze niektóre zaburzenia rozwojwe. W pierwszym roku życia takich osobników, dopóki mleko stanowi ich wyłączne pożywienie, rozwijają się one normalnie; dopiero w 2—3 roku życia zauważyć można powstrzymanie w rozwoju. Wzrost mały, karłowaty, wymiary kości nienormalnie małe, czaszka niekształtna, bardzo szeroka w tylnej części, ciemniaczka i szwy niezarośnięte, czoło wązkie.

Miękkie części na twarzy obrzmiałe; dotyczy to szczególnie powiek, nosa i warg; brak wszelkiej mimiki, często zdarza się *strabismus* i *nystagnus*. Usta duże, zawsze otwarte, i z nich ciągle wypływa ślina. Ząbkowanie znacznie opóźnione. Głos z odcieniem gardlanym, chropawy, podobny do pomruku zwierząt. Wymowa ociężała i powolna. Do najbardziej charakterystycznych cech należy znaczne upośledzenie władz umysłowych—pewien stopień idiotyzmu.

[D. n.]



Wiadomości drobne.

— KURENKOW. W kwestyi postaci mieszanych cierpień tyfusowych. Możliwość współistnienia ostrych zakażeń u jednego osobnika, jest już stanowczo rozstrzygniętą. PASTEUR pierwszy badał wpływ wytworów przemiany materji jednego drobnoustroju na zdolności biologiczne innego, mianowicie obserwując wzrost laseczników węgliku w hodowli buljonowej laseczników cholery kurzej. Spostrzeżenia kliniczne, dotyczące współistnienia różnych zakażeń, wykazują możliwość następujących kombinacji: 1) płonicy z ospą, odrą, różą, ospicą, błonicą, 2) ospy z odrą, różą, tyfusem plamistym, 3) odry z płonicą, różą, tyfusem brzuszny, 4) tyfusu brzuszego z odrą, płonicą, zimnicą, różą, 5) błonicy z różą, odrą, 6) róży z płonicą, 7) gorączki powrotnej z ospą, 8) tyfusu plamistego z odrą, 9) zapalenia płuc włóknikowego z różą, 10) ospicy z odrą, 11) tyfusu plamistego i tyfusu brzuszego z gorączką powrotną, 12) tyfusu brzuszego z cholera, 13) cholery z różą, 14) odry z za-

paleniem płuc włóknikowem. Autor opisuje przypadek współczesnego przebiegu gorączki powrotnej i tyfusu brzuszego. We krwi za życia znajdowano kręto-prętki OBERMEYER'a. Badanie pośmiertne dało obraz tyfusu brzuszego.

(*Rus. Arch. Pat.* 1897. III. 5).

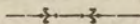
S. St.

— ZABOLOTNYJ. Własności aglutynacyjne surowicy krwi przy dżumie. Autor, członek wyprawy rosyjskiej do Indyi, doszedł w swej pracy nad kwestyą w nagłówku nazwaną, do wniosków następujących: 1) Podczas pierwszych dni choroby surowica nie posiada własności aglutynacyjnych nawet przy stosunku 1:6 lub 1:10 !); 2) Wyraźna aglutynacja zjawia się pod koniec 1-go i w ciągu 2-go tygodnia choroby [1:10]; 3) W ciągu tygodnia 3-go odczyn ten staje się wyraźniejszym [1:25], wzmagając się w ciągu tygodnia 4-go [1:50]; 4) Im cięższym był przebieg dżumy, tem wyraźniej występuje odczyn ten w okresie zdrowienia; 5) Krew zmarłych na dżumę w ciągu pierwszego tygodnia choroby nie daje omawianego odczynu; 6) Pod wpływem surowicy aglutynującej laseczniki dżumy: pęcznieją, sklejają się, każda laseczka otrzymuje wyraźną otoczkę.

(*Arch. Patol.* 1897. III. 5).

S. St.

Wiadomości bieżące.



— Z № 28 „Przeglądu Lek.“ dowiadujemy się, iż na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego z d. 19 Maja r. b. prof. DOMAŃSKI, zdając sprawę z postępu prac nad słownikiem terminologii lekarskiej polskiej, zawiadomił, iż Komisya słownikowa wkrótce ukończy pracę przygotowawczą i prawdopodobnie w listopadzie r. b. przystąpi już do druku słownika, tak aby był gotów na przyszłoroczny zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu.

— Naczelný lekarz tutejszego Instytutu oftalmicznego, D-r GEPNER, zawiadamia, iż z powodu gruntownej restauracyi Instytutu, chorzy nie będą przyjmowani przez 2 miesiące, z wyjątkiem potrzebujących nagłej pomocy.

— DUNANT założyciel międzynarodowego Towarzystwa Czerwonego Krzyża, który obecnie znajduje się w przykrem materyalnie położeniu, otrzymał od rosyjskiego Towarzystwa Czerwonego Krzyża dożywotnią pensyę 1000 rs. rocznie.

O G Ł O S Z E N I E.

Komitet Kassy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych w wykonaniu warunku w testamencie ś. p. D-ra JANA BĄCEWICZA zastrzeżonego, ogłasza nazwiska 5-ciu wdów po lekarzach polakach, którym na posiedzeniu Komitetu w dniu 18 czerwca r. b. przyznane zostały wsparcia z legatu BĄCEWICZA, każdej po rs. 90, a mianowicie: ANTECKIEJ ALINIE, LIBKIND—LUBODZIECKIEJ STEFANII i WILCZKOWSKIEJ MARYI w Warszawie zamieszkałym, oraz BORYSIEWICZOWEJ ZUZANNIE w Węgrowie i BARKŁOWSKIEJ ALEKSANDRZE w Mińsku.

Z upoważnienia Komitetu Członek Zarządzający Kassą Wsparcia
Frańciszek Śliwicki.

1) 1-dna część surowicy krwi chorego na 10 części rztworu soli kuchennej, w której zawieszono są laseczniki dżumy, z dwudniowej hodowli agarowej pochodzące.

Do dzisiejszego N-ru Gaz. Lek. dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł“ księgarni E. Wende i S-ki za m. Czerwiec 1897.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 26 Іюня 1897. Druk Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.