

# GAZETA LEKARSKA.

ZE SZPITALA DZIECIĄTKA JEZUS.

## I. ZAPALENIE MIEDNICZEK NERKOWYCH, WYWOŁANE PRZEZ PRĄTKI TYFUSOWE.

Podał

I. Landstein i A. Sawicki.

Nazwa „tyfusu nerkowego“ istnieje od dość dawna: po raz pierwszy użyli jej bowiem jeszcze w r. 1875 GUBLER i ROBIN. Pojęcie jednak oznaczane tą nazwą i dziś jeszcze nie jest dość jasnym i ścisłym. Zrazu chciano tu zaliczać każde silniejsze zapalenie nerek, wklajające tyfus brzuszny. Powikłanie to zdarza się w 2—3% przypadkach; zwykle ma charakter krwotoczny. Później w nerkach tyfusowych starano się odszukać zmiany swoiste, limfomaty w nerkach, odpowiadające nacieczeniom w kiszkiach. Ostatecznie z nagromadzonych dotąd niezbyt licznych spostrzeżeń okazuje się, że zdarzają się przypadki niewątpliwego tyfusu brzusznego, w których w samym początku choroby, bo w pierwszym jej tygodniu, na pierwszy plan wysuwają się wybitne przypadłości nerkowe [białko, krew, cylindry, niekiedy obrzęki i mocznica]. Natomiast zwykle objawy tyfusu brzusznego albo wcale tu nie występują [przypadłości kiszkowe, różyczka, obrzmienie śledziony], albo zjawiają się późno. Przypadki te zwykle mają przebieg ciężki; zmiany w nerkach dotyczą to przeważnie miąższu, to istoty śródmiąższowej. Parę razy [MYGGE, ROTH] opisywano zapalenie miedniczek nerkowych, rozpoczynające i maskujące tyfus brzuszny.

Podajemy tu opis takiego właśnie przypadku.

W d. 13. IX. 1896 na oddział chorób wewnętrznych D-ra CHEŁCHOWSKIEGO przybył Ant. Wal..., lat 36, wyrobnik, stale mieszkający w Warszawie. Chory podaje, że tydzień temu dostał bólu i rżnięcia w cewce moczowej przy oddawaniu moczu; jednocześnie zauważył, iż mocz musi oddawać częściej, niż przedtem, mianowicie co godzinę, a niekiedy i w mniejszych odstępach czasu. Mocz był mętny i w pierwszych porcjach zawierał coś żółtawego.

Obok tych przypadłości zjawiły się bóle w brzuchu, przeważnie z prawej strony, przechodzące w krzyż i lędźwie. Choć chory czuł te bóle stale, jednak wzmagaly się one niekiedy tak, że aż wiał się na łóżku i krzyczał.

Od drugiego dnia z łóżka nie wstawał; gorączkował, nie sypiał, łaknienie stracił zupełnie, natomiast miał silne pragnienie, częste nudności i wymioty, stolec zaparty.

Z sił opadł do tego stopnia, że chodzić nie mógł, gdyż zataczał się i padał, jeżeli go nie podtrzymywano.

Chory wysokiego wzrostu, dobrej budowy ciała, odżywianie dobre. Tętno 106, oddech 30, ciepłota 40,6° C. Język suchy, obłożony; brzuch nie wzdęty, przy macaniu bolesny, szczególnie zaś przy ucisku z prawej strony.

Ilość moczu dobową dość znaczna, przeszło 2 litry; ciężar właściwy 1,020, odczyn kwaśny; białka znaleziono ślady, cukru niema.

W innych narządach nie wykryto żadnych zmian.

Mając na uwadze wyżej przytoczone dane, rozpoznaliśmy *urolithiasis*, oczekując w osadzie moczowym piasku. Tymczasem osad, zebrany w moczu, niezmiernie obfity, lekki, szarawy, kłaczkowaty, żadnych kryształów nie wykazał. Obok nielicznych nabłonków, przypominających swoją formą komórki z miedniczek nerkowych, osad zawierał liczne leukocyty wielojądrowe, prócz tego mnóstwo krótkich, grubych prątków, to rozrzuconych bezładnie, to zebranych w gromadki większe i mniejsze. Skupienia te postacią swoją przypominały niekiedy cylindry. Leukocytów wykrywaliśmy od kilku do kilkunastu zaledwie na polu drobnowidzowem. Wyniki powyższe otrzymaliśmy z osadem po dłuższem staniu moczu. Ale i osad, zebrany za pomocą centrifugi, niezwłocznie po oddaniu moczu przez chorego, zupełnie tak samo się przedstawiał. Świeżo oddany mocz był kwaśny i mętny; osad opadał w nim bardzo szybko i bardzo obficie.

Następnych dni własności moczu i osadu zostały te same. Ilość wspomnianych bakterii wzrosła się znacznie [setki i tysiące na każdym polu mikroskopu]. Wygląd ich zawsze był jeden i ten sam: dość krótkie, grube pałeczki dobrze się barwiące błękitem metylenowym.

Już z wyglądu owych bakterii należało przypuszczać, że były to albo prątki tyfusowe, albo *bacterium coli commune*. Dla rozstrzygnięcia tej kwestyi zwróciliśmy się do pracowni D-ra JAKOWSKIEGO z prośbą o dokładne zbadanie bakteryologiczne osadu.

Tymczasem chory nasz gorączkował, nie sypiał; w pierwszych kilku dniach bóle brzucha i prawej okolicy lędźwiowej były tak silne, że musieliśmy się uciec do wstrzykiwań podskórnych morfiny. Wymioty przez pierwsze dwa dni pobytu w szpitalu jeszcze się powtarzały. Świadomość była mocno zamglona: chociaż odpowiadał na pytania, ale nie zdawał sobie należycie sprawy ze swego stanu, nie pamiętał przebiegu choroby i t. p. Przy letnich długich kąpielach i proszkach DOWER'a od 16. IX cierpienia zaczęły się zmniejszać, siły i łaknienie zaczęły wracać. Żona chciała go nawet zabrać do domu już jako zdrowego, pomimo, że bóle w brzuchu i prawej okolicy lędźwiowej wciąż jeszcze trwały. Mocz zawsze był mętny, bez białka, zresztą miał te same własności, tylko odpływał z mniejszym bólem. Ilość dobową moczu przy silnem pragnieniu przez cały ten czas była zwiększona, dochodziła bo-

wiem do 2—3 litrów. Objawów właściwych tyfusowi brzuszemu [rózyczki, obrzmienia śledziony, biegunki] nie zauważyliśmy.

Dnia 25. IX. nastąpiło pogorszenie. Ciepłota, która od pięciu dni już spadła do normy, znowu się wzniosła wieczorem do 38,6° C., a następnych dni przy dreszczach do 40,4° C..

Bóle w brzuchu i w cewce moczowej wzmożyły się. Bezsenność, nudności, zamroczenie świadomości, upadek sił nanowo wystąpiły, tętno 120. Wystąpiło także teraz znaczne obrzmienie śledziony wyczuwalnej, sięgającej do lewej linii sutkowej, a ku górze do 7 żebra. Mocz 2700 ctm. sz. na dobę, ciężar gatunkowy 1010; mocz mętny, bez białka, z mnóstwem bakteryi.

Dnia 28. IX. do powyższych objawów przyłączyło się bolesne obrzmienie prawego jądra i przyjądrza, zaczerwienienie i obrzęk moszny. Nazajutrz jądro i przyjądrze powiększyły się w czwórnasób; wkrótce jednak, bo po 3 dniach zaczęły one tęchnąć i mniej już bolały przy ucisku; najdłużej pozostawało stwardnienie górnej części jądra i przyjądrza.

Dnia 2. X. przy badaniu *per rectum* znaleźliśmy także bolesne obrzmienie gruczołu krokowego.

Stan ogólny chorego przy potach poprawiał się, śledziona stopniowo się zmniejszała, wreszcie wróciła do zwykłych rozmiarów. Różyczki, biegunki i tym razem nie było. Mocz stopniowo stawał się jaśniejszym, czystszy, chociaż opisane bakteryje nie zniknęły zeń zupełnie, aż do daty wypisania się ze szpitala [15. X.]. Stwardnienie gruczołu krokowego pozostało, bolesność jednak znikła. Rekonwalescencya była powolną.

Poddany w pracowni D-ra JAKOWSKIEGO analizie bakteryologicznej mocz chorego zebrany został po należytej dezynfekcyi prącia do wyjałowionej próbki, gdzie pozostawał dla odstania się przez pół godziny. Utworzony w tym czasie osad w postaci wyraźnego lekko opalizującego zmętnienia badaliśmy pod drobnowidzem na preparatach barwionych i niebarwionych, które wykazywały wyłączną zależność wspomnianego zmętnienia od jednego gatunku bakteryi; były to mianowicie proste, krótkie laseczki z zaokrąglonymi końcami i obdarzone własnym postępowym i bocznym ruchem. Ponieważ inwazyę pasożytów gnilnych wykluczyć należało ze względu na ścisłe postępowanie aseptyczne przy zbieraniu moczu, rozpoznanie przyrody laseczników wobec powyższej ich formy i zachowanie się pod drobnowidzem wahać się mogło tylko między *b. typhi abdominalis* i *b. coli commune*.

Dla bliższego zapoznania się z formą pasożytów, a następnie przerobienia na różnych podłożach szeregu hodowli, mogących gatunek bakteryi określić dzięki swoistej dla każdego z nich formie hodowli i szybkości rozwoju, kroplę moczu przepaloną igłą platynową zaszczepiliśmy na agarze zwyczajnym w postaci t z *Strichkultur*. Po dwudziestu godzinach na powierzchni gruntu rozwinęła się kolonia, dość szeroko i równomiernie rozlana, szarobiaławego koloru z nierówno ograniczonymi brzegami. Preparaty drobnowidzowe, ztąd otrzymane i barwione wodnym roztworem błękitu metylenowego, zawierały krótkie, dość grube laseczki z wyraźnie zaokrąglonymi brzegami, pośród których w różnych miejscach pola widzenia spotykać się dawały pojedyncze nitki

o tych samych konturach i różnej długości; życie systemu apochromatycznego pozwoliło nam następnie dostrzedz dość wyraźną różnicę w sile zabarwienia końcowych i środkowych części laseczki, co poczytuje się za cechę charakterystyczną dla *b. typhi abdominalis*. Przy dość uzasadnionem już na podstawie powyższego przypuszczenia, że mamy do czynienia z lasecznikami tyfusowymi, przerobiliśmy jeszcze następujące różniczkowe hodowle i próby:

1) Na płytkach żelatynowych przy ciepłocie pokojowej po upływie 48 godzin otrzymaliśmy w głębi podłoża białawe punkciki, na powierzchni zaś jasno-szare kolonie w postaci obłoczków.

2) Na powierzchni kartofla, na której zaszczerpiono szczyptę hodowli agarowej, po upływie doby dostrzedz zaledwie mogliśmy lekki połysk; trzeciego dnia po zaszczerpieniu pokryła się ona nalotem, konsystencją i wyglądem, cienką skórką przypominającym; jak wykazywały preparaty drobnowidzowe była to czysta hodowla opisanych już wyżej laseczników.

3) Laseczniki z hodowli agarowej, zaszczerpione na mleku, tego ostatniego nie ścinały.

4) Dobowa bulionowa hodowla nie wytrzymała odczynu KITASATO'a: po dodaniu doń kilku kropel rozcieńzonego roztworu azotynu potasu i skoncentrowanego kwasu siarczanego czerwone zabarwienie nie wystąpiło, dowodząc tem samem nieobecności indolu.

5) Wreszcie zaszczerpiona na agarze z cukrem, zabarwionym lakmusem, hodowla tych laseczników bardzo wolno zmieniała barwę jego na czerwoną.

Na odżywkach ELSNER'a hodowli nie robiono.

Powyższy szereg prób dowiódł nam zatem, że tak obficie z moczem wydzielane laseczniki są lasecznikami tyfusowymi, które wywołały u naszego chorego pierwotne zapalenie miedniczek nerkowych, warunkując wszystkie te przypadłości i objawy, z jakimi nasz chory do szpitala przybył.

Bardzo podobny do podanego przez nas przypadku opisał ROTH (*Münch. med. Wochenschr.* 1895. Nr. 11). Przy bólu głowy, pragnieniu i ogólnem osłabieniu, przy ciepłocie 39,9° C. choroba rozpoczęła się zapaleniem miedniczek nerkowych. W moczu skąpym, brunatnym, wykryto dużo białka [ESBACH 3,6‰], a w osadzie komórki nabłonkowe miedniczkowe i ciałka krwi. Chory skarżył się na silne bóle w prawej połowie brzucha i prawej okolicy lędźwiowej. Po 8-iu dniach choroby wystąpiły wyraźne objawy tyfusu brzuszego [powiększona śledziona, obfita różyczka, rozwolnienie, brzuch wzdęty]. Ilość moczu zwiększała się do 2330 ctm. sz.

O wczesnem zajęciu nerek przy tyfusie brzuszny spotykamy wzmianki u PACANOWSKIEGO [1883] i SOKOŁOWSKIEGO [1866] w sprawozdaniach z epidemii tyfusu brzuszego. PACANOWSKI wspomina i o *pyelitis*, ale pod koniec tyfusn.

W opisanym przypadku zaniedbaliśmy zbadania, czy i we krwi nie było takich samych bakterji jak w moczu. Z góry jednak można twierdzić, że prątki w moczu nie mogły przechodzić doń ze krwi; za wiele ich przecież na

to było w moczu. Musimy raczej przypuścić, że prątki te; dostawszy się raz do dróg moczowych, rozmnażały się tu na miejscu i przeniknęły następnie do jądra i gruczołu krokowego.

Z ZAKŁADU LECZNICZEGO D RA J. BĄCZKIEWICZA DLA DZIECI.

## II. PRZYCZYNEK DO NAUKI

# O POWSTAWANIU NIEDOWŁADU KOŃCZYNY GÓRNEJ U NOWORODKÓW

### PODCZAS PORODU.

Podał

**Wacław Łapiński.**

[Dokończenie. — Patrz Nr. 28].

KUESTNER (13) zgadza się z poglądem innych autorów, że upośledzenia czynności kończyny górnej u noworodków powstają na skutek różnorodnych rękoczynów akuszeryjnych, zwłaszcza niemiejtnie wykonywanych, sądzi jednak, że nie mamy tu do czynienia z paralizem w ścisłym tego słowa znaczeniu, ani też ze zwichnieniem. Kość ramieniowa u noworodka na miejscu górnej linii przyrostkowej (*Epiphysenfuge*) jest słabą i nader podatną; podczas wyciągania płodu, pod wpływem ucisku, jaki wywiera zgięty hakowato palec na okolicę stawu najczęściej z góry ku tyłowi, lub też z dołu od strony pachy wąty ten szew ustępuje. Uszkodzenie to KUESTNER nazywa „oddzieleniem się trzonu od nasady“ (*Diaphysendivulsion*). Objawy uszkodzenia polegają:

1-o, na przemieszczeniu pierwotnem. Przy dokładnem badaniu okolicy stawu barkowego wyczuwa się niekiedy w tych razach ciało, przypominające główkę kości ramieniowej, umieszczone po za jamą stawową lub z przodu tejże, a to względnie do mechanizmu uszkodzenia i przemieszczenia trzonu; w okolicy stawu barkowego wyczuwa się zwykle charakterystycznie miękkie i delikatne trzeszczenie,

2-o, na zaburzeniach czynnościowych, zależnych od typowego ustawienia kończyny: ramię zostaje zwrócone ku wewnątrz (*rotatio interna humeri*), przedramię zaś znajduje się w położeniu wybitnie nawrotnem (*hyperpronatio*).

KUESTNER zaznacza, że o owem zwróceniu się ramienia ku wewnątrz nikt przed nim nie wspominał. Aby wyjaśnić owo typowe ustawienie kończyny, KUESTNER powołuje się na stosunki anatomiczne, jakie zachodzą u noworodków w okolicy barkowej. Mięśnie: nadgrzebieniowy (*m. supraspinatus*), podgrzebieniowy (*m. infraspinatus*), obły mniejszy (*m. teres minor*) i podłopatkowy (*m. subscapularis*) przyczepiają się powyżej linii przyrostkowej do chrząstki nasadowej, t. j. do tej części, która właśnie ulega oddzieleniu; z mięśni tych pierwsze trzy są to mięśnie obrotowe zewnętrzne (*mm. rotatores externi*), jeden tylko mięsień podłopatkowy wykonywa czynność obrotową ku wewnątrz

(*m. rotator internus*). Mięśnie: obły większy (*m. teres major*), najszerszy grzbie-  
tu (*m. latissimus dorsi*) i piersiowy wielki (*m. pectoralis major*), mają swe przy-  
czepy poniżej linii przyrostkowej, a czynnościowo wszystkie one są mięśniami  
obrotowymi wewnętrznymi (*mm. rotatores interni*). Wobec takich stosunków ana-  
tomicznych zrozumiałe jest to charakterystyczne ustawienie kończyny, o jakim  
była mowa: z chwilą oddzielenia się nasady górnej, *resp.* chrząstki trzonu kości  
ramieniowej, kończyna ulega działaniu wspomnianych dopiero co mięśni obroto-  
wych wewnętrznych, skutkiem czego ramię zwraca się ku wewnątrz, a prze-  
dramię przyjmuje położenie nawrotne. Nasada zaś dzięki działaniu przyce-  
piających się do niej trzech mięśni obrotowych zewnętrznych ulega obrotowi  
około swej osi (*dislocatio ad peripheriam*) na zewnątrz; jedyny mięsień, który  
mógłby zwrócić ją ku wewnątrz, mięsień podłopatkowy, jest za słaby, aby w do-  
statecznej mierze przeciwdziałać sile tych mięśni.

Zwrócenie się ramienia a raczej trzonu ku wewnątrz po oddzieleniu się  
nasady, występuje, zdaniem KUESTER'a, tylko u noworodków. Wobec wzro-  
stu trzonu nasada z biegiem czasu staje się o tyle krótszą od dołu, że oma-  
wiane uszkodzenie, które u noworodka zachodzi na zewnątrz torebki, już  
u dziecka kilkumiesięcznego musi przenikać wewnątrz stawu; wobec powsta-  
wania zaś w nasadzie dwóch punktów kostnienia [z tych pierwszy zjawia się  
już w trzecim miesiącu życia] zaciera się wyraźna granica pomiędzy kością  
i chrząstką; stąd też o częstem oddzieleniu się nasady od trzonu, jak to ma  
miejsce u noworodka, u dzieci starszych nie może być mowy. Linia złamania  
nie przebiega już ściśle na granicy nasady i trzonu, samo zaś złamanie często  
bywa niezupełne, a mięśnie, mające swe przyczepy na guzikach kości ramie-  
niowej (*tuberculum majus et minus*), pozostają wraz z oderwanymi płacami oko-  
stnej w związku z trzonem. W tych razach owo, typowe dla noworodka,  
zwrócenie się trzonu na wewnątrz występuje bardzo słabo, albo też nie istnieje  
wcale.

Wobec takiego nieprawidłowego ustawienia względem siebie trzonu i na-  
sady, o jakim przed chwilą była mowa, zachodzi z chwilą nastąpienia zrostu  
mechaniczna niemożliwość ruchów obrotowych w stawie barkowym; mięśnie  
obrotowe, narówni z innymi mięśniami, otaczającymi staw, ulegają następnie  
zanikowi.

Przypadki takie, zdaniem KUESTNER'a, bywają często błędnie rozpozna-  
wane i przyjmowane bądź za paraliż, bądź też za zwichnięcia. Według  
KUESTNER'a, oddzielanie się nasady u noworodka odpowiada, ogólnie biorąc,  
zwichnieniom u dorosłych; KUESTNER jest zdania, że DUCHENNE w swoich przy-  
padkach miał do czynienia nie ze zwichnieniem, lecz z oddzieleniem się nasady  
kości ramieniowej. Niepomyślnie pod względem czynnościowym rokowanie,  
jaki stawiają i inni autorzy staje się, wedle KUESTNER'a, zrozumiałem wobec  
następstw uszkodzenia. Przypisując uszkodzeniu kości główny udział w tym  
obrazie nieużywalności członka, jaki występuje po ciężkim porodzie, KUESTNER  
nie wyłącza udziału nerwów i sądzi, że przemieszczony trzon kości ramienio-  
wej, zwłaszcza jeśli zostanie skierowany w stronę pachy, wywiera następczo  
ucisk na nerwy splotu ramieniowego.

Co się tyczy czystych porażień urazowych bez uszkodzenia kończyny, o jakich wspominają DUCHENNE i SEELIGMUELLER, to KUESTNER jest zdania, że porażenia takie byłyby niezrozumiałe ze względu na ciężki ich przebieg. Jeśli, twierdzi KUESTNER, porażenia nerwu twarzowego, wywołane przy porodzie uciskiem żelaznej łyżki kleszczy, znikają dobrowolnie w ciągu dni kilku, to skąd porażenia np. nerwu nadłopatkowego, jak tego chce SEELIGMUELLER, wywołane przez słabszy nierównie ucisk palcem, mają prowadzić do stałych zaburzeń czynnościowych?

KUESTNER spostrzegał również przypadki czystego niedowładu po trudnym uwolnieniu rącek; w tych razach ramię było cokolwiek zwrócone ku wewnątrz, brakowało jednak owego charakterystycznego trzeszczenia w okolicy stawowej; niedowłady takie znikają po upływie tygodnia.

Według KUESTNER'a porażenia te zależą od ucisku, jaki wywierają na nerwy wylewy krwi w tkankach, je otaczających; z chwilą wessania się krwi niedowład zwykle ustępuje. Potwierdzenie takiego poglądu KUESTNER widzi w spostrzeżeniach sekcyjnych FRITSCH'a, który często znajdował przy oględzinach pośmiertnych u noworodków, urodzonych w położeniu miednicowem, wylewy krwawe w okolicy barku.

Tenże autor spostrzegał u noworodka, u którego podczas porodu powstał krwistek (*haematoma*) w okolicy mięśnia mostko-obojeżyko-sutkowego (*m. sternocleidomastoideus*), porażenie odnośnej kończyny górnej; po wessaniu się wylewu krwawego niedowład znikł.

Wobec istniejącej najczęściej w omawianem uszkodzeniu kości ramieniowej „*dislocationis ad peripheriam*“, KUESTNER zaleca odprowadzić trzon kości ramieniowej ku zewnątrz i umocować do tułowia.

Z przedstawionych powyżej teorii, najwięcej danych ma za sobą teoria ERB'a. Teoria ta tłumaczy jasno całokształt objawów omawianego zaburzenia za pomocą częściowego paralizu uciskowego splotu ramieniowego i ma podstawę w dokładnych spostrzeżeniach klinicznych, anatomo-patologicznych, oraz badaniach doświadczalnych.

Teoria KUESTNER'a, opierająca się na przypuszczalnem złamaniu kości ramieniowej na miejscu linii przyrostkowej i następczem porażeniu urazowem nerwów, nie znajduje potwierdzenia w spostrzeżeniach klinicznych.

1-o. Liczne spostrzeżenia [w tej liczbie i pierwszy mój przypadek] nie wykazały żadnych objawów złamania np. trzeszczenia, nieprawidłowej ruchomości, przemieszczenia i t. d.; uporczywe jednak niedowłady kończyn były objawem stałym.

2-o. Tłumaczenie niedowładu albo nawet bezwładu kończyny przez ucisk, jaki na nerwy kończyny ma wywierać zwrócony ku wewnątrz i niekiedy przemieszczony trzon kości ramieniowej, nie jest przekonującym. Obserwujemy całe szeregi złamań w górnej części kości ramieniowej oraz zwichnień w stawie barkowym, a przecież nie spotykamy się często ze stałymi porażeniami w następstwie tych złamań i ewentualnego urazu na nerwy ze strony przemieszczonego ku górze i ku wewnątrz odłamu dolnego. Jeśliby zresztą przyjąć następcze uszkodzenie nerwów, to otrzymać by prędzej należało porażenia któ-

regokolwiek z pni nerwowych kończyny (*nn. ulnaris, medianus, radialis*), resp. bezwład mięśni odpowiadających okolicy rozgałęziania się tych nerwów, niż tak rozsiane porażenie mięśni (*mm. deltoideus, biceps, supinator longus*), otrzymujących gałązki nerwowe od rozmaitych pni.

Spotykane zaś niekiedy przy złamaniach ramienia objawy nerwowe, jak np. drętwienie palców, mrowienie i t. p. znikają względnie szybko [HOFFA (14)].

3-o. Złamania kości ramieniowej na miejscu linii przyrostkowej dają często, a zwłaszcza w przypadkach zaniedbanych, bądź skrócenia ramienia na skutek powstrzymanego wzrostu [HOFFA (14)], bądź też zniekształcenia, lub co najmniej zgrubienia w okolicy stawu barkowego.

Mam w pamięci odnośny przypadek, spostrzegany przezemnie w grudniu roku 1896 na oddziale D-ra BR. SAWICKIEGO w szpitalu Dzieciątka Jezus. K., kobieta 54-letnia ma, od czasu, jak sięga pamięcią, prawą kończynę górną krótszą, a ruchy w stawie barkowym ograniczone; pracować prawą ręką może, męczy się jednak szybko, niekiedy doznaje bólu w okolicy barku. Podczas badania zaznaczono: obrysy prawego stawu barkowego zachowane, lecz nieco zaostrome, prawe ramię znacznie krótsze od lewego [24, 5 i 33 ctm.], prawa kość ramieniowa w pobliżu stawu barkowego zgięta cokolwiek pod kątem zwróconym ku górze i ku wewnątrz. Ruchy czynne w prawym stawie barkowym ograniczone: ramię chora odprowadza od tułowia na 60°, ruchy czynne w stawach łokciowym, napięstkowym i palcowych zachowane w zupełności. Przy wykonywaniu ruchów biernych czuć tarcie w okolicy stawu barkowego.

Skąpe dane wywiadowce nie określają, czy uszkodzenie kości powstało w danym przypadku podczas porodu, czy też we wczesnym dzieciństwie; nie ulega jednak wątpliwości, że istniało tu wysokie złamanie kości ramieniowej prawdopodobnie, wobec następczego skrócenia ramienia i zniekształcenia okolicy stawowej, na miejscu linii przyrostkowej; żadnych jednak objawów paralitycznych, braku ruchów np. w stawie łokciowym, nie było. Tymczasem wśród pokaźnej liczby spostrzeżeń u rozmaitych autorów niema nigdzie wzmianki o jakichkolwiek zniekształceniach w okolicy stawu, w moim I-ym przypadku nie wykryto również żadnych zmian w układzie kostnym kończyny.

W odczycie swym KUESTNER, omawiając sprawę czystych porażień kończyny u noworodków, bez uszkodzenia jej układu kostnego, nie wspomina o pracy ERB'a, ogłoszonej o kilka lat wcześniej. Wobec spostrzeżeń ERB'a oraz wspomnianych już badaczy, pogląd KUESTNER'a, wyrażający pewne wątpliwości co do istnienia długotrwałych niedowładów pochodzenia czysto urazowego bez uszkodzenia kości, jest bezzasadny.

5-o. Znane są przypadki ciężkiego porażenia splotu ramieniowego po porodach, ukończonych dobrowolnie [PETERS].

Z wielkim prawdopodobieństwem przyjąć można, że w przypadkach KUESTNER'a układ kostny kończyny i jej układ nerwowy uległy urazowi podczas porodu niezależnie jeden od drugiego. Uszkodzenia kości bądź co bądź mówią o znacznych trudnościach, jakie zachodziły podczas porodu i o zastósowaniu pewnej siły; nie ulega wątpliwości, że podczas takich zabiegów akuszeryjnych pnie nerwowe kończyny mogą uleść albo bezpośrednio urazowi



albo też silnemu pociąganiu; tak jedno, jak i drugie [ERB, GUILLEMOT] może sprowadzić bezwład kończyny lub pewnej grupy jej mięśni.

Oprócz porażen kończyny górnej u noworodków natury obwodowej, a o takich dotychczas była mowa, istnieją też porażenia ośrodkowe, powstałe również podczas porodu. Do takich należy np. przypadek PETERS'a: płód przy porodzie, który się odbył na ulicy, uderzył się o belkę; na głowie i w okolicy prawego ucha zauważono wybroczyny krwawe. Podczas badania dwumiesięcznego dziecka zaznaczono pomiędzy innymi: *scoliosis* części szyjowej kolumny kręgosłupowej i *main en griffe* lekkiego stopnia; prawa kończyna górna była rozgięta w stawie napięstkowym i zwrócona w stronę kości łokciowej, natomiast palce były kurczowo zgięte. Dalsza obserwacja wykazała ogólny niedorozwój umysłowy; dziecko zmarło po 9-iu miesiącach wśród objawów drgawek a następnie śpiączki. W przypadku tym istniało niewątpliwie jakieś cierpienie mózgowia, powstałe po urazie podczas porodu, owo zaś odosobnione porażenie kończyny górnej (*monoplegia*) było jednym z przejawów tego cierpienia. Przyczyną takich porażen ośrodkowych, występujących podczas porodu, są najczęściej wylewy krwi bądź w mózgowiu, bądź też w rdzeniu.

Przy rozpoznawaniu zaburzeń ruchowych kończyny górnej u noworodków należy brać pod uwagę i te, rzadkie zresztą, porażenia kończyny górnej noworodków, urodzonych dobrowolnie, które powstają jeszcze podczas życia wewnątrz macicznego. Porażenia te mogą być również natury ośrodkowej jakoteż i obwodowej; przyczynę ich wyjaśniają zazwyczaj skrzętnie zebrane wywiady, a jest nią zwykle uraz, jakiemu uległa matka podczas ciąży, np. spadnięcie ze schodów i t. p..

Postawienie rozpoznania w spostrzeganych przezemnie przypadkach, po rozejrzeniu się w odnośnej literaturze przedmiotu nie przedstawia wielkich trudności.

Zaznaczyłem już, że w przypadku I-ym płód był niezwykle duży, że poród w I-ym położeniu czaszkowym trwał dwie doby i został, po dobrowolnem wyrznięciu się główki, ukończony sztucznie, że lewe ramię uległo złamaniu, wreszcie, że nazajutrz po porodzie zauważono bezwład prawej kończyny górnej; natomiast żadnych objawów, któreby wskazywały na uszkodzenie kości tej kończyny nie wykryto.

Z wszelkiem prawdopodobieństwem przyjąć można, że przyczyną bezwładu kończyny był długotrwały ucisk, jaki na okolicę splotu ramieniowego wywierało spojenie łonowe; nie ulega też wątpliwości, że przy wyciąganiu płodu, *resp.* uwalnianiu lewej rączki ze strony kroczu prawy splot chwilowo uległ jeszcze znaczniejszemu uciskowi; ustawienie zaś kończyny oraz zanik mięśni naramiennego, dwugłowego i wywrotnego długiego wskazują, że uraz podziałał na okolicę punktu nadobojczykowego ERB'a.

Przypadek ten stwierdza niewątpliwie pogląd PETERS'a o znaczeniu ucisku, wywieranego podczas porodu przez spojenie łonowe na pnie nerwowe kończyny górnej u noworodka, a zwłaszcza wobec niestosunku, zachodzącego pomiędzy wymiarami płodu i miednicy matki.

Co się tyczy przypadku II-go, to ze względu na brak dokładnych danych anamnestycznych, dotyczących przebiegu porodu, budzi on mniej zajęcia; zapamiętać wszakże należy, że poród trwał trzy doby, że ukończono go wobec położenia poprzecznego płodu przez wykonanie obrotu, wreszcie, że w ciągu trzech tygodni po porodzie istniały podbiegnięcia krwawe i obrzmienie w okolicy prawego stawu barkowego. Obecność owych podbiegnięć i obrzmienia dowodzi, że okolica stawu barkowego uległa podczas porodu znacznemu urazowi i nasuwa myśl o uszkodzeniu kości. Rozpoznanie uszkodzenia, po upływie 6 tygodni od czasu powstania, nastęczało wiele trudności. Przeciwno złamaniu, czy to na miejscu linii przyrostkowej, czy też powyżej tejże, przemawiał brak jakichkolwiek zmian następczych w okolicy stawu, a przede wszystkim brak kostniny (*callus*); przypuszczenia zaś, że trzeszczenie w pobliżu stawu zależało od tarcia niezrośniętych jeszcze odłamów kości ramieniowej (*pseudoarthrosis*) nie potwierdzało dokładne badanie [w uspieniu chloroformowem] dziecka, brakowało bowiem ruchów nieprawidłowych tak na przebiegu kości ramieniowej, jak i w okolicy stawu. Jedyny objaw uszkodzenia kości, jaki pozostał, trzeszczenie w okolicy stawu, możnaby było objaśnić zmianami następczemi po jakimś uszkodzeniu wewnątrz-stawowem, np. po wylewie krwawym do jamy stawowej. Bądź co bądź uszkodzenie to kości bez względu na istotę, nie może objaśnić owego niedowładu kończyny, jaki wystąpił w danym przypadku. Jest rzeczą bardzo prawdopodobną, że podczas wyciągania płodu, które odbywało się w warunkach tak dla matki, jak i dla płodu nader niepomyślnych [w końcu trzeciej doby, po odejściu wód i bez uspienia rodzącej], urazowi oprócz układu kostnego kończyny uległ i splot ramieniowy; z ustawienia zaś kończyny i zaniku poszczególnych mięśni wnosić można, że i w danym przypadku urazowi uległ punkt Erb'a.

Aczkolwiek spostrzeżenia moje nie są dokładne, uważam ogłoszenie ich i w ogóle poruszenie sprawy porażień kończyny górnej u noworodków za pożyteczne, a to ze względu, że o zaburzeniach tych, poza wzmianką w pracy PUŁAWSKIEGO o częściowem porażeniu splotu ramieniowego, nikt u nas nie pisał.

Blіszszego wyjaśnienia mechanizmu powstawania omawianego tutaj, a jak się zdaje, niezbyt rzadkiego zaburzenia ruchowego u noworodków oczekiwać należy od ścisłych i sumiennych spostrzeżeń akuszerów.

## L I T E R A T U R A.

1) DANYAN. Paralyse du membre supérieur chez le nouveau-né. Bulletin de la Societé de Chirurgie de Paris. T. II. 1852. p. 148. Seance 28. V. 1851.

2) W. ERB. Handbuch der Krankheiten des Nervensystems. Ziemmsen. Specielle Pathologie und Therapie. B. XII. Th. I. 1874.

3) E. REMAK. Zur Patologie der Lähmungen des Plexus brachialis. Berliner klinische Wochenschrift. 1877 Nr. 9.

4) M. BERNHARDT. Beitrag zur Lehre von den Lähmungen im Bereiche des Plexus brachialis. Zeitschrift für klinische Medicin. 1882. B. IV.

5) Dr. H. ten CATE HOEDEMAEKER. Ueber die von ERB zuerst beschriebene combinirte Lähmungsform an der oberen Extremität. Archiv f. Psychiatrie u. Nervenkrankheiten. 1879. B. IX.

6) Dr. M. NONNE. Klinisches und Pathologisch-anatomisches zur Lehre von der combinirten Schulterarmlähmung und der partiellen EaR. Deutsches Archiv f. klinische Medicin. 1887. B. 40.

7) A. PĘŁAWSKI. Przypadek częściowego porażenia splotu ramieniowego. Gazeta Lekarska. 1887. Nr. 31, 33, 34.

8) SEELIGMÜLLER. Entbildungslähmung. IV Band. AL. EULENBURG's Realencyklopädie des gesammten Heilkunde.

9) F. SCHULTZE. Ueber die Entstehung von Entbindungslähmungen. Archiv f. Gynaekologie. 1888. B. 32.

10) R. A. PETERS. Istinyje i lożnyje paralizy werchnich konecznostej u noworożdennych. Wracz. 1894. Nr. 12, 14.

11) DUCHENNE. De l'électrisation localisée. III. ed. Paris. 1872.

12) OTTO KÜSTNER. Ueber die Verletzungen der Extremitäten des Kindes bei der Geburt VOLKMANN's klin. Voträge. 1880. N. 167. Gy aegokologie. N. 49.

13) GUILLEMOT. Sur le mecanisme des paralysies radiculaires obstetricales du plexus brachial. Thèse de Paris. 1896. Cyt. według ref. w Centralblatt f. Gynaekologie. 1897. Nr. 12.

14) A. HOFFA. Lehrbuch der Fracturen und Luxationen. 1891.

### III. CIĄŻA I PORÓD W MACICY PODWÓJNEJ,

(*Uterus duplex — graviditas et partus*).

Podał

**Władysław Sękowski,**

lekarz szpitala w Częstochowie.

[Dokończenie — Patrz Nr. 28].

#### C i ą ż a.

A. W pierwszej z powyższych odmian nie może mieć miejsca, gdyż jeżeli oba rogi są zaczątkowe, to macica wraz z jajnikami jest w takimże stanie [BEUTNER (18)].

B. Ciąża w drugiej formie, jeżeli zajmuje róg zaczątkowy, nigdy nie dobiega swego kresu. Niedostatecznie rozwinięty pokład mięśniowy zajętego przez jaja rogu nie pozwala powiększać mu się i rozszerzać w potrzebnych rozmiarach; ciążę czeka los ciąży zewnątrzmacicznej, t. j. chorej grozi poważne niebezpieczeństwo pęknięcia nadmiernie rozciągniętego rogu. W obec tego niesłychanie ważną, ale też w równej mierze trudną jest rzeczą wczesnie rozpoznać ciążę taką, szczególnie przed 6 jej miesiącem. Napotykanym trudności nie mogli przełamać tak biegli klinicyści, jak: DUNING, WIRNER, WIENER (19), KOEBERLE (20), KRASSOWSKI, PALMER (21), SNIEGIREW (22) i inni. Chore w wyjątkowych tylko razach zasięgają porady lekarza w pierwszych miesiącach takiej ciąży. Z początku nie wyjątkowego jej nie charakteryzuje; po pewnym dopiero czasie wystąpienie jakiejś niezwykłej oznaki prowadzi chorą do lekarza. Skarży się ona np., że po parumiesięcznej przerwie w miesiączkowaniu, gdy już uważała się za ciążarną, nagle powstało mniej lub wię-

cej obfite krwawienie lub odwrotnie, pomimo trwania miesiączki istnieją niektóre objawy, towarzyszące zazwyczaj ciąży, jak nudzenie, zmienność apetytu i usposobienia, nabrzmienie gruczołów piersiowych, cza-em powiększenie objętości brzucha i t. p., albo też nakoniec, że uczuwa w dole brzucha jakieś ciągnące bóle, których nigdy nie doświadczała poprzednio. Lekarz wtedy, jeżeli nie przez powłoki brzuszne, to w jednym ze sklepień bocznych pochwy zauważuje guz, mniej więcej owalny, o gładkiej powierzchni, elastyczny; przede wszystkim więc nasuwa mu się pytanie: ciąża zewnątrzmaciczna, czy nowotwór; najmniej skłonni jesteśmy w tych razach przypuszczać ciążę w macicy dwurogiej. Prawdopodobnie zależnem to jest od tej okoliczności, że macica taka należy do rzadkich zjawisk. Według KIDERLEIN'a w 0,20%, ja spostrzegłem jedną na 760 szczegółowo obserwowanych przezemnie porodów; całe zaś tysiące badań ginekologicznych nie dały mi ani jednego przypadku. Nowotwór, jak również i torbiel uważny lekarz z łatwością wykluczy po ich formie, położeniu i stosunku do macicy, tem zaś łatwiej, gdy istnieją właściwe każdej ciąży objawy. Poczem prawie zwykle w takich razach stawiamy rozpoznanie ciąży zewnątrzmacicznej. Róg niezajęty, który jest stale przerośniętym, bierzemy zwykle za macicę, a guz za jajo płodowe [POZZI-SNIEGIREW, *l. c.*]; prawdopodobnie i do tej pomyłki przyczynia się pośrednio statystyka.

Według SCHRENCK'a (23) na 610 przypadków ciąży pozamacicznej przypada tylko 3,6% ciąży w macicy podwójnej. Skłonni jesteśmy do takiego rozpoznania nawet w późniejszych miesiącach, w 4-ym lub 5-ym; brak bowiem alarmujących objawów, jak gwałtowny ból, omdlenie, krwotok lub zapaś, objawów towarzyszących pęknięciu jajowodu w 2-im lub 3-im miesiącu, nie wyklucza istnienia ciąży jajowodowej, ponieważ 1-o, pęknięcie to może się opóźnić, co zależnem jest od umiejscowienia się jaja w trąbce, 2-o, może ono nie nastąpić wcale np. w przypadku *graviditatis tubo-ovaricae* [MATLAKOWSKI (25), KRYSIŃSKI (26), GAŁĘZOWSKI (24), SNIEGIREW (*l. c.* str. 160)], 3-o, wreszcie pęknięcie trąbki z wypadnięciem jaja między listki więzu szerokiego może dać objawy tak nieznaczne, iż chora nie szuka porady lekarskiej [MATLAKOWSKI (27), VEIT, *l. c.*].

W większości podręczników akuszerskich, czy też ginekologicznych znajdziemy prawie jednako brzmiące w tym rodzaju orzeczenia: „Różniczkowe rozpoznanie pomiędzy ciążą zewnątrzmaciczną, a ciążą w rogu zaczątkowym bywa zupełnie niemożliwem. Łatwo to pojmiemy, jeżeli weźmiemy pod uwagę, że dwie te odmiany ciąży, nawet na trupie, były brane jedna za drugą“ [SCHROEDER—*l. c.*]. Jeżeli więc różniczkowanie tych stanów napotyka na takie trudności, to muszą one posiadać wiele cech wspólnych; tak też jest w istocie. Do chwili pęknięcia jajowodu lub rogu zajętego w obu razach znajdujemy:

1) Ogólne zmiany w ustroju chorej, właściwe każdej ciąży: naprężenie sutek, nudzenie, zmienność apetytu i usposobienia, fioletowe zabarwienie błon śluzowych wejścia do pochwy i t. p.

2) Miesiączkowanie ustaje na pewien czas, albo też jest nieregularnem, różnem od dotychczasowego.

3) Macica albo róg niezajęty powiększa się, część pochwowa wiotczeje.

4) Obok macicy znajdujemy w sklepieniu bocznem guz rozmaitej wielkości, podłużny nieco lub owalny, elastyczny lub nieco ciastowaty, więcej lub mniej ściśle złączony z macicą.

5) Silne bicie tętnicy w sklepieniu zajętem.

6) Pod koniec drugiego lub w 3-im miesiącu po ostatniej miesiączce lub w czasie niezupełnie określonym zjawiają się bóle w odpowiedniej stronie brzucha; mogą one powtarzać się pojedynczemi nasileniami, w ciąży jajowodowej, jako zależne od rozciągania trąbki i nadpękania jej powierzchni wewnętrznej, *resp.* błony śluzowej. w zaczątkowym zaś rogu, od rozciągania niepodatnych, mało umięsionych ścian jego.

7) Wślad za tem może w obu przypadkach powstać krwawienie więcej lub mniej obfite, z macicy niezajętej, przy wydzielaniu błony doczesnej; krwawienie zaś z rogu zajętego towarzyszy oddzielaniu się błon płodowych.

Są to wszystko przyczyny, dostatecznie usprawiedliwiające trudność rozpoznania; to też, aby ono odpowiadało celowi, musi być z jednej strony subtelnem i dokładnem, z drugiej bardzo ostrożnie przeprowadzanem [pęknięcie bowiem trąbki nierzadkiem jest następstwem nieoględnego badania chorej]. Z tych względów w trudnych do rozstrzygnięcia przypadkach należy chorą badać w uśpieniu chloroformowem i tylko w wyjątkowych razach, zgłębnikiem.

Z pomiędzy oznak, różniących oba te stany, na uwagę zasługują:

1) Guz ciąży jajowodowej leży stosunkowo dość nisko, tak, że wypiera sklepienie pochwy ku dołowi, co nie ma miejsca w ciąży jednego rogu.

2) Szyja [szypuła], łącząca ten guz z macicą, jest dłuższą od takiegoż połączenia rogu [rozumie się, o ile nie istnieje *gr. tubo-uterina*, która zresztą jest niezmierną rzadkością], zwykle bowiem róg zaczątkowy jest dość ściśle połączony z macicą, tak, że w przypadku ciąży poruszanie go udziela się nieciężarnej połowie.

3) Guz ciąży w rogu zaczątkowym jest bardziej elastycznym, ściany jego bardziej ściętałe i naprężone, aniżeli to ma miejsce w ciąży jajowodowej.

4) Guz ciąży jajowodowej spycha macicę nieco ku przodowi, gdy tymczasem róg wolny jest najczęściej zepchniętym ku tyłowi.

5) Ważne rozpoznawcze znaczenie posiada miejsce połączenia guzów tych z macicą lub rogiem niezajętym. Szyjka ciężarnego jajowodu łączy się z macicą u górnego jej kąta, tuż przy samem dnie macicznem, gdy zaczątkowy róg ciężarny łączy się z rogiem rozwiniętym na wysokości ujścia domacicznego szyi [STOLL (28)] lub, co bywa rzadko, nieco niżej [przypadek KOSIŃSKIEGO, opisany przez SOLMANA (29)].

6) Pomocną nam być może ta okoliczność, z wywiadów poczerpnięta, gdy chora miesiączkowała nieregularnie, że co 2 tygodnie, t. j. z każdej macicy po kolei miesiączka miała miejsce.

Jeżeli więc zdobędziemy przekonanie, że w danym przypadku mamy do czynienia z ciążą w macicy dwurogiej, to pozostaje jeszcze—i to stanowi konieczność—rozpoznać, czy róg ciężarny jest dostatecznie rozwiniętym, czy też w stanie zaczątkowym. Od tego bowiem rozpoznania zależnem będzie postę-

powanie lekarza. W celu rozstrzygnięcia tego pytania kierować się winniśmy następującymi wskazówkami.

1) Róg zaczątkowy łączy się z rogiem rozwiniętym na wysokości ujścia domacicznego szyi lub nieco wyżej; połączenie rogów niższe znamionuje dostateczny ich rozwój.

2) Silne naprężenie i zcieńczenie rogu zajętego, przemawia za jego niedostatecznością.

3) W trudnych przypadkach, wyłącznie w interesie matki, mamy prawo przeprowadzić badanie zgłębnikiem. A wtedy, gdy okaże się, iż dolny odcinek rogu jest silnie zwężonym lub całkiem niedrożnym od strony wspólnej szyjki, to niewątpliwie róg jest na tyle słabo rozwiniętym, że grozi mu pęknięcie przy dalszym rozwoju jaja.

W tych okolicznościach jedynie racjonalnem wskazaniem leczniczem jest *semiampulatio uteri gravidi*, który to zabieg nie tylko może uratować życie chorej, ale w przyszłości daje możliwość zapładniania wyłącznie już tylko rogu dostatecznie rozwiniętego.

Przypadek taki rozpoznał i operował z takim właśnie skutkiem WOLDHARD (30). Jeżeli zaś drożność rogu jest zachowaną, wejście dość obszerne, rozwinięcie jednak niepewne, to najwłaściwszą drogą będzie wywołanie poronienia. Jeżeli ciąża rogu zaczątkowego pozostawioną jest nadal swemu losowi, to najczęstszem jej zejściem jest pęknięcie ciężarnego rogu między 3-im a 6-m miesiącem ciąży. W tym przypadku szybkie otwarcie jamy brzusznej i powstrzymanie krwotoku jedynie chorej życie ocalić może.

W literaturze znanym jest tylko jeden przypadek WINTER'a (32), w którym pomimo pęknięcia rogu, silnego krwotoku nie było, a chora, operowana znacznie później po katastrofie, wyzdrowiała.

Według SAENGER'a (32) pęknięcie z zejściem śmiertelnem następuje w 87%, a STOLL znalazł takie samo zejście w 56%, znanych przypadków ciąży w rogu zaczątkowym. Oprócz pęknięcia, ciążę taką przerwać może wczesne obumarcie jaja płodowego i zmacerowanie go [DUNING], lub rzadziej poronienie. Te dwa ostatnie zejścia dają 17%.

C. Ciąża w rogu dostatecznie rozwiniętym. Jeżeli macica posiada, co bywa nieczęsto, oba rogi jednostajnie i dostatecznie rozwinięte, to ciąża może mieć miejsce w każdym z nich oddzielnie, lub nawet jednocześnie w obu najczęściej dobiega swego kresu. Jest to fakt zbyt dobrze już dzisiaj znany, abym na potwierdzenie jego przytaczał dowody; uprzedzili mnie w tym względzie, zebrawszy całą literaturę przedmiotu, DUNING, PFANENSTIEL i LOEHLEIN. PFANENSTIEL podaje, iż na 18 znanych w literaturze przypadków ciąży w macicy podwójnej (*uterus didelphys*) 12 dobiegło swemu kresu—MASSEN (33) na posiedzeniu Towarzystwa Ginekologicznego Petersburskiego 12. XII. roku zeszłego opisał spostrzegany przez siebie przypadek. Oba dostatecznie rozwinięte rogi były ciężarne; ciąża dobiegała swego kresu, gdyż pomimo, iż poród rozpoczął się na 2 tygodnie przed oznaczonym terminem, płody były donoszone, drugi z nich urodził się w 49 godzin po pierwszym.

Jeżeli zaś, co zdarza się częściej, jeden róg jest słabiej rozwiniętym, wtedy ciążę w nim może przerywać poronienie, i kobieta taka po kolei rodzi dzieci donoszone, lub roni. [Mój pierwszy przypadek — p. niżej].

Ciąża w rogu rozwiniętym także posiada niektóre objawy, sobie tylko właściwe; w przeważnej liczbie przypadków w rogu niezajętym rozwija się błona doczesna (*decidua vera*). Wydziela się ona z macicy w pierwszych miesiącach ciąży, podczas porodu lub dopiero w porożu. W braku błony doczesnej róg wolny może miesiączkować. Podlega on podczas ciąży przerostowi narówni z rogiem zajętym, jednak w mniejszych rozmiarach. Rozpoznanie takiej ciąży, w pierwszych miesiącach zwykle dość trudne, ułatwi nam wczesne wydzielenie się błony doczesnej, albo pojawienie się po pewnej przerwie miesiączki lub stałe trwanie tejże, obok istnienia ogólnych objawów ciąży; to bowiem naprowadza nas na myśl jakiegoś zboczenia i zmusza do szczególnego zbadania chorej. Wtedy podwójna pochwa lub część pochwowa kwestyę rozstrzygnie, w braku zaś tego, kierować się będziemy wskazówkami podanymi wyżej, w których była mowa o różniczkowaniu między ciążą a nowotworem lub torbielą, jak również między ciążą w rogu nierozwiniętym, a ciążą jajowodową.

Blizsze rozpatrzenie się w położeniu obu części, wzajemnym ich stosunku, podobieństwo lub brak tegoż w kształtach, może rozjaśnić sprawę. I tak:

1) W macicy podwójnej zagłębienie między rogami jest wydatnem, tak, że palec, przez powłoki brzuszne lub odbytnicę badający, między takowe z łatwością wsunąć można. Ruch, nadany palcem jednemu z nich, udziela się w bardzo nieznacznym stopniu drugiemu, gdy tymczasem rzecz ma się odwrotnie przy obecności włókniaka; jeźliby zaś ten, będąc podotrzewnowym, posiadał szypułę, to kształt jego, powierzchnia, zbitość, pozwolą nam uniknąć błędu. Szypuła torbieli, jeżeli ta ma wyraźne połączenie z macicą, to zawsze wysoko, do dna tejże się przyczepia, rogi zaś macicy podwójnej łączą się z sobą znacznie niżej. Obok tego należy brać w rachubę i tę okoliczność, że róg wolny zwykle bywa zepchniętym ku tyłowi przez róg ciężarny.

2) W macicy dwurożnej, zagłębienie między rogami jest mniej wyraźnem, ale za to forma jego siodełkowata jest charakterystyczną. Tutaj ściślejsze połączenie rogów może łatwo symulować włókniaka, forma jednak, zbitość i stosunek daje nam możliwość rozpoznania, ale i pomyłki są częste [PALMER, DUNING, MUNDE]. W wątpliwych przeto przypadkach mamy prawo wykonać próbną laparotomię. Jeżeli bowiem istnieje zwykła ciąża, to powikłanie jej przez nowotwór wymaga usunięcia go, co też jednocześnie uskuteczniemy. THAMIN, według THOMSON'a (*Wien. klin. Wochenschr.* 1896, Nr. 41), w zbyt szczupłych ramach zawarł wskazania do operacji w tych przypadkach. I rzeczywiście, nie tylko wobec groźnych objawów winniśmy operować, ale także, gdy wielkość nowotworu i szybki jego wzrost zapowiadać się zdają ciężką ciążę lub trudny poród.

Jeżeli zaś mamy do czynienia z ciążą w macicy dwurożnej, to wobec dostatecznego rozwinięcia rogu ciężarnego, zostawiamy wszystko naturalnemu

biegowi rzeczy; w przeciwnym razie, gdy róg jest zaczątkowym, należy usunąć go wraz z jajem płodowem.

W przypadku SNIEGIREW'a (22) rozpoznanie wahało się między włóknikiem, a ciążą jajowodową. Po otwarciu jamy brzusznej okazało się, że istnieje ciąża *in utero bicorni unicolli*, a ponieważ róg ciężarny był dostatecznie rozwiniętym, S. pozostawił wszystko na miejscu, nałożył szwy i ciąża dobiegła do swego kresu.

3) Ciąża w macicy rozdzielonej. Ta odmiana macicy zdwojonej w stanie ciężarnym najtrudniej daje się rozpoznać, tem bardziej, gdy miesiączkowanie wolnej połowy maskować ją będzie. Wtedy, tak jak i w macicy dwurożnej, ułatwić nam może rozpoznanie obecność *lig. vesico-rectalis*, które zwykle przebiega przez zagłębienie siodełkowate na dnie macicy [Pozzi *l. c.*]. Charakterystyczną jest także i ta okoliczność, podana przez FRANENSTIEL'a (34), że róg ciężarny zmienia po odpowiedniej stronie położenie więzu okrągłego, który wtedy przebiega w linii parasternalnej, zupełnie prostopadle z góry ku pachwinie, nie zaś skośnie, jak to w zwykłych warunkach ma miejsce.

O ile w początkowych miesiącach rozpoznanie ciąży w macicy zdwojonej jest trudnem, a określenie formy macicy łatwiejszem, o tyle w późniejszych okresach rzecz ma się odwrotnie, objawy ciąży występują coraz wyraźniej, coraz za to więcej maskując kształt macicy. W tych miesiącach, tak samo, jak w początkowych, podwójna pochwa lub część pochwowa ułatwi nam rozpoznanie; w braku jednak tego objawu, inne nie wystarczają lub są zamaskowane ciążą. Częste w tym razie ukośne położenie płodu, lub nawet poprzeczne, także nie ułatwi nam zadania, tem bardziej, że wolna połowa macicy na tyle jest zepchniętą ku dołowi, iż wymacać się nie daje, a nawet, gdybyśmy ją w ostatnich miesiącach ciąży obserwowali, to prawie zawsze skłonni będziemy przyjąć ją za nowotwór.

Przebieg ciąży w macicy zdwojonej, a głównie w macicy dwurożnej, jest o wiele mniej pomyślnym, aniżeli w zwykłych warunkach. Poronienia zdarzają się nierównie częściej [DUNING, CHAPIN, SCHEPERS, CHROBAK, CIPIŃSKY i mój przypadek]. Przyczyna ich leży w słabym rozwoju ciężarnego rogu lub przypadkach miesiączkowania w tymże czasie z rogu niezajętego, zależeć może od niezachowania przez chorą zwiąanych z tym stanem ostrożności.

BUNGE (35) opisuje przypadek SCHROEDER'a, w którym chora kilkakrotnie z rządu ronila. Przy bardzo szczegółowem badaniu Sch. przekonał się, że macica jest rozdzieloną za pomocą tęgiej, mało podatnej przegrody; rozciął więc przegrodę i powiększył przez to jamę macicy, poczem następna ciąża dobiegła swego kresu. I ta więc okoliczność może być przyczyną poronienia. Nawet w końcowych miesiącach ciąża może być przerwana wskutek niedostatecznego rogu. Przypadek taki opisuje VEIL (35), w 9 miesiącu róg uległ pęknięciu i nastąpiła śmierć matki.

Położenie płodu w macicy podwójnej i dwurożnej, częściej niż w zwykłych warunkach ulega zboczeniu. Prawie zwykle jest ono ukośnem, dość często pośladkowym [L. v. DITTEL (37), TAUFER (*l. c.*) i mój pierwszy przypadek].



Drugi poród u mej pacjentki, pani S., obserwowany przez kol. BORYSOWICZA był pośladowym; takim samym był u niej trzeci poród. Po trzecim porodzie pani S. poroniła w 4-ym miesiącu, ale miesiączkowanie w tym razie nie było ciążą przerwane. Należy więc przypuszczać, że zapłodnienie miało miejsce w rogu lewym, niedostateczność zaś jego była przyczyną poronienia, a prawdopodobnie i braku miesiączki podczas trzykrotnej ciąży rogu prawego, który tym razem wolny i dostatecznie rozwinięty, miesiączkował. Nakoniec i położenia poprzeczne są często notowane (Pozzi—in *utero arcuato*).

Dzieci, prawdopodobnie w następstwie długo trwającego porodu, szczególnie u pierwiastek, częściej, aniżeli to bywa w zwykłych warunkach, rodzą się w stanie pozornej śmierci lub całkiem nieżywymi [BRAUN R.].

### P o r ó d.

Rozpoznanie macicy podwójnej i dwurożnej podczas porodu napotyka jeszcze większe trudności do zwalczania. O dokładnem badaniu ginekologicznem mowy być nie może; jeżeli więc znowu rozdzielenie pochwy lub części pochwowej nie da nam wskazówki, rozpoznanie wyjątkowo tylko jest możliwem. Róg niezajęty, zwykle powiększony, stwardniały, leżący z boku lub częściej ku tyłowi od macicy ciężarnej, bierzemy, jakto już wyżej wspomniałem, za nowotwór lub torbiel. Charakterystycznym bardzo w tym względzie, jest opisany tu pierwszy mój przypadek i RYSZARDA BRAUN'a (38). Rozpoznanie zaś podczas porodu macicy rozdzielonej (*uterus septus*) należy do nielicznych wyjątków. Wprawdzie przyznać należy, że charakterystyczna postać macicy występuje możliwie dokładnie podczas porodu, *resp.* skurczu macicy, ale ta okoliczność w przypadkach przezemnie rozbieranych, może tylko obudzić naszą czujność lekarską, może do pewnego stopnia wpłynąć na postępowanie nasze, ale wątpliwości rozpoznania nie rozproszy, sprawy nie wyjaśni, a wprost przeciwnie zaciemnić ją jest w stanie.

Poród z macicy dwurożnej cechują liczne zboczenia od prawidłowego przebiegu.

1) Ukośne położenie osi macicy warunkuje nieprawidłowe położenie płodu, tak, że przodująca część wchodzi do miednicy, tworząc więcej lub mniej ostry kąt z jej osią i opiera się o przeciwległą ścianę miednicy, która to okoliczność łącznie z powiększonym rogiem wolnym stawia przeszkodę do należytego zwrotu i opuszczenia się części przodującej,

2) W tych warunkach część ta napiera tylko na odcinek dolny macicy, który przy zbyt silnem rozciągnięciu, uleść może rozdarciu [pierścień BANDL'a].

3) Poród nadmiernie przeciąga się. W przypadku RUBINSTEIN'a (*l. c.*) trwał 81 godzin; w moim pierwszym przypadku poród ukończyłem przez pociąganie za nóżki, które sprowadziłem do pochwy, nie wyczekując całkowitego rozwarcia się ujścia, a więc poród, pozostawiony sam sobie, trwałby daleko dłużej, pomimo prawidłowych bólów i takiejże budowy miednicy. W drugim moim przypadku poród, trwający 56 godzin, także zakończyłem kleszczami. Wogóle w tych okolicznościach przedłuża się rozwieranie się ujścia macicznego.

4) Pod wpływem porodu rozwiera się często jednocześnie ujście połowy macicy nieciążarnej [DUNING].

5) Takie samo mniej więcej ułożenie się płodu obserwujemy w macicy rozdzielonej, jako następstwo obecności przegrody macicznej, tembardziej, jeżeli przedłuża się ona do szyi i pochwy. Przegroda ulega w czasie porodu uszkodzeniom i naderwaniom. Ciekawy bardzo przypadek taki spostrzegł STRĘPIŃSKI (40). Ciężarną była prawa połowa macicy, płód podczas bólów porodowych kolankami przerwał przegrodę, a przez tak zrobiony otwór przeszedł do lewej połowy macicy i urodził się przez lewą pochwę.

6) Bóle porodowe często wyczerpują się, często zaś są słabsze od bólów w macicy prawidłowej [TYRCHOWSKI (31)], która posiada lepiej rozwinięty pokład mięśniowy, aniżeli macica dwurożna. Jeżeli ciężarnymi są oba rogi jednocześnie, wtedy skurcze pojawiają się naprzemian to w jednym, to w drugim z rozmaitem natężeniem, albo też jedna połowa macicy opóźnia się z porodem i płód z niej może się narodzić w kilka dni po opróżnieniu pierwszego rogu. Zboczenia w porodzie są w tym przypadku analogicznymi z wyżej podanem. Położenie poprzeczne płodu w macicy zdwojonej stanowi takie samo zboczenie, jak i w macicy normalnej.

Leczenie wszystkich tych zboczeń jest często przypadkiem i polega na ogólnie przyjętych zasadach w położnictwie. Skośne położenie płodu i wstawiającej się części [główka lub pośladki] naprawić można przez ułożenie rodzącej na boku przeciwnym zajętej połowie macicy. Gdybyśmy przez to nie osiągnęli rezultatu, a poród się zbyt przedłużał i nie postępował, wtedy stosownie do okoliczności może być wskazanem założenie kleszczy, obrót lub pociąganie za pośladki. Znacznie powiększony róg wolny, któryby tak swą objętością, jak i położeniem utrudniał wywiązanie się płodu, powinien być odprowadzonym, a gdyby to się nie udało i poród nie mógł być ukończonym *per viam naturalem*, wtedy pozostaje tylko *sectio caesarea*.

Wskazanie takie tembardziej stanowi *indicatio quoad vitiam*, że często z powodu tępcowych skurczów powstaje nadmierne rozciągnięcie dolnego odcinka macicy i niebezpieczeństwo pęknięcia takowej. Przypadek taki opisał RYSZARD BRAUN (*l. c.*). Rozpoznał obok ciąży torbiel skórzastą. Po otwarciu jamy brzusznej, przekonał się, że ma do czynienia z ciążą w macicy dwurożnej. Wykonał on cięcie cesarskie z powodu: 1-o, nadmiernego rozciągnięcia pierścienia BANDL'a, 2-o, ponieważ róg wolny był wielkości jaja strusiego, wątpliwą więc było rzeczą, czy około niego płód się wywiąże.

W położeniu poprzecznym, rozumie się, wykonamy obrót. Przegroda w szyjce lub pochwie, gdy stawia zaporę do ukończenia porodu, jeżeli dobrowolnie nie pęknie, winna być rozciętą [STRAUCH (42)].

### P o ł ó g.

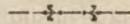
Połówg stosunkowo ma przebieg dość prawidłowy, krwawienie tylko jest nieco obfitszem, ale może także powstać silny, nawet trudny do powstrzymania krwotok. np. w tym razie, gdy *in utero septo* lub *arcuato* łożysko było przy-

czepionem do przegrody, która zwykle po porodzie kurczy się bardzo słabo i daje powód do krwotoku. Zatamonowanie macicy gazą najszybciej usunie niebezpieczeństwo. Zdarzyć się jednak może trudne do rozwiązania pytanie, z kąd krwotok pochodzi. Zwalczamy go wszelkimi środkami w rogu ciążarym, a jednak żaden z nich skutecznym nie jest; krwawienie obfite trwa dalej. Przyczyna więc leży gdzieindziej — i rzeczywiście, krwotok pochodzi z połowy wolnej; sprowadza go niezupełnie oddzielona błona doczesna, i dopiero wydobyć jej daje pożądany skutek.

W końcu niniejszej pracy zaznaczę niedawno wypowiedziany przez S. PATELLANI'ego (45) pogląd na niektóre zboczenia w rozwoju macicy u kobiet.

Wszystkie wogóle zniekształcenia wrodzone tego narządu, łącznie z ciążą mnogą i zewnątrzmaciczną, uważa on za pewien rodzaj atawizmu, za pewien okres wcześniejszej ewolucyi w znaczeniu terryi DARWIN'a i HAECKEL'a. Z tego zaś wyprowadza następujący wniosek; „ze względu na dążenie wszystkich jestestw do doskonalenia się, należy oczekiwać, że ciąża mnoga, zewnątrzmaciczna i zboczenia w rozwoju części płciowych kobiecych będą stopniowo coraz rzadziej się pojawiać“.

## L I T E R A T U R A.



- 1) ROBERT MARQUÉZUY. Fibromes de l'uterus dans le travail de l'acouchement. Paris 1891. — 2) POZZI. Traité de Gynécologie. 1890. — 3) ROSNER. Włókniki macicy i ciąży. Przegł. Lek. 1892. — 4) BYLIŃSKI. Nauka o chorobach kobiecych. 1894. str. 322. — 5) MACDONALD. Centralblatt f. Gynäkol. 1886. — 6) ŚWIĘCICKI. Przegł. Lek. 1888. — 7) BRAXTON-HICKS. Sém. méd. 1894. str. 236. — 8) DUNING. Doppelter uterus et vagina, ref. Centralbl. f. Gynäkol. 1889. str. 774. — 9) TAUFER. Centr. f. Gynaekol. 1888. str. 236. — 10) MARTENS. Centr. f. Gynaekol. 1894. str. 1001. — 11) SCHRÖDER. Schw. Geb. u. Wochenbett. — 12) DITTEL Junior. Centr. f. Gynaekol. 1894. str. 610. — 13) CIPIŃSKI. Centr. f. Gynaek. 1893. 769. — 14) SŁAWIAŃSKI. Czastnaja Patologja i Terapia żeńskich boleźniej. — 15) RUBINSTEIN. Pam. Tow. Lek. Warszawskiego. 1887. — 16) PFAUENSTIEL. Festschrift der Deutschen Gynäkol. Gesellschaft, ref. Centr. f. Gynäkol. 1894. — 17) LÖHLEIN. Centr. f. Gynäk. 1894. Uterus didelphys etc. — 18) BEUTNER. Centr. f. Gynäkol. 1893 439. — 19) WIFNER. Arch. f. Gynäkol. B. XXII. — 20) KOEBERLE. Arch. f. Gynäkol. B. XXVI. — 21) PALMER. Centr. f. Gynäk. 1895. 640. — 22) ŚNIEGIREW. Matocznjaja krowoteczzenia. 1895. str. 176 i inne. — 23) SCHRENCK. Über ectopische Gravidität. Inaugur. Dissert. Dorpat. 1893, ref. Centr. f. Gynäk. 1893. — 24) GAŁĘZOWSKI. Eine ausgetragene Tubenschwangerschaft. Dissert. Breslau. 1869. [u JERZYKOWSKIEGO]. — 25) MATLAKOWSKI. Gaz. Lek. 1887. — 26) KRYSIŃSKI. Posiedz. Tow. Lek. Warsz. 10 Grudnia. 1889. — 27) MATLAKOWSKI. Gaz. Lek. 1892. — 28) STOLL. Beitrag zur Gravidität des Uterus bicornis. Zeitschrift f. Gebur. und Gynaekol. Bd. XXIV. Heft 2. — 29) SOLMAN. Pamięt. Tow. Lek. Warszawskiego. 1892. — 30) WALDHARD. Centr. f. Gynaek. 1895. 709. — 31) WINTER. Centr. für Gynaek. 1892. — 32) SÄNGER. Centr. für Gynaek. 1893. str. 324. — 33) MASSEN. Posiedzenie Tow. Lek. Petersburskiego. 12 Grudnia 1896. — 34) PFAUENSTIEL. Centr. f. Gynäk. 1895. 322. — 35) RUNGE. Zeitschr. f. Gebur. u. Gynäk. 1884. str. 143. — 36) VEIL. Centr. f. Gynäk. 1896. 14 November; ref. Sem. med. 1896. Nr. 65. — 37) LEOP. v. DITTEL. Centr. f. Gynaek. 1894. 610. — 38) RYSZARD BRAUN. Centr. f. Gynäk, 579. — 39) SCHATZ. Archiv. f. Gynäk. Bd. II. 40) STĘPIŃSKI. Przegł. Lek. 1862. Nr. 27. — 41) TYRCHOWSKI. Rys położnictwa. str. 191. — 42) STRAUCH. Centr. f. Gynäk. 1887, 684. — 43) MUNDÉ. Centr. f. Gynäk. 1888. — 44) STĘPKOWSKI.

Gaz. Lek. 1897. 12 przypadków ciąży zamacicznej.— 45) S. PATELLANI. Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk. Bd. XXXV. Heft 3. Die mehrfachen Schwangerschaften etc.— 46) THAMIM. Wien. klin. Wochenschrift. 1896. Nr. 41.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— } = { —

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

[Dokończenie. — L'atrz Nr. 29].

#### B. Dane anatomo-patologiczne.

O zmianach, zachodzących w układzie nerwowym, posiadamy bardzo mało danych. WITHWELL stwierdził w obrzęku śluzowym zmiany degeneracyjne w korze mózgowej, przeważnie w zrazie czołowym, lecz także zmiany spostrzegał on przy epilepsji, melancholii, alkoholizmie, demencji i paraliżu postępowym. GRÜNDLER w jednym przypadku stwierdził *leptomeningitis chronica* z zanikiem kory mózgowej. MIDDLEWASS skonstatował u zmarłego na obrzęk śluzowy [w połączeniu z chorobą umysłową], zgrubienie *piae matris*, zwiększoną ilość komórek pajęczych w powierzchownych warstwach kory, wydatną zmianę w pigmentacji komórek nerwowych, przyrost neuroglii, przyrost a miejscami i nacieczenie komórek okrągłych w substancji białej. HUN-PRUDEN, WEST, HARLEY natomiast, pomimo bardzo szczegółowych badań, żadnych zбоczeń w układzie nerwowym nie zauważyli.

Stosunkowo najdokładniejsze dane posiadamy o gruczole tarczowym. Prawie we wszystkich przypadkach obrzęku śluzowego stwierdzono mniej lub więcej rozległy zanik tego gruczołu [makroskopowo—zmniejszenie objętości i wagi, mikroskopowo—zanik właściwej tkanki gruczolowej i rozrost tkanki łącznej]. W nielicznych przypadkach, w których gruczoł tarczowy znaleziono powiększonym, w samym gruczole stwierdzono zanik, powiększenie zaś jego zależało od nadmiernego rozrostu tkanki łącznej lub obecności nowotworu. Zmiany w narządach wewnętrznych są mniej stałe. Spostrzegano zapalenie śródmiąższowe nerek, zwyrodnienie tłuszczowe nadnercza, w wątrobie i śledzionie zanik z rozrostem tkanki łącznej, przerost lewej komory serca, zwyrodnienie mięśnia sercowego, miażdżycę tętnic.

Zmiany, zachodzące w skórze, polegają na znacznie wzmocnionym rozroście tkanki włóknistej i hyperplazji komórkowej. Przestrzeń międzydziel-nemi włóknami tkanki włóknistej jest wypełniona substancją międzykomórkową o wyglądzie szklisto-żelatynowym. Włókna łączno-tkankowe, rozrastając się przeważnie w pobliżu gruczołów potowych, łojowych i torebek włosowych, uciskają na gruczoły i powodują ich zanik. Ta sama sprawa zapalna przechodzi i na naczynia skóry. W tkance podskórnej znajdujemy nadmierne nagromadzenie tłuszczu.

#### C. Teorye o obrzęku śluzowym. Stosunek gruczołu tarczowego do innych cierpień.

O patogenezie obrzęku śluzowego i cierpień pokrewnych istnieją najroz-maitsze teorye. ORD, któremu zawdzięcyamy pierwszy, dokładniejszy opis omawianego cierpienia, upatrywał istotę jego w zwyrodnieniu śluzowem tkanki łącznej i objaśniał sobie objawy kliniczne choroby w ten sposób, że zakoń-czenia nerwowe, otoczone substancją galaretowatą, tracą swoją pobudliwość i przewodnictwo, a stąd i czynność mózgu, pozbawionego normalnych pobudek ze strony skóry, staje się niedołączną. BALLET uważał obrzęk śluzowy za cho-

robą czynnościową, rodzaj charłactwa całego organizmu, inni znów — za chorobę nerwową [SAVAGE, MORVAN, HAMILTON].

HARSLEY, HADDEN, WHITE upatrywali w obrzęku śluzowym cierpienie układu sympatycznego.

Teorie powyższe musiały upaść, kiedy doświadczenia na zwierzętach uchyliły nieco rąbek zasłony, otaczającej dotąd czynność fizjologiczną gruczołu tarczowego. Obecnie zatem, opierając się na zupełnie pewnych danych, możemy ustanowić następujący pogląd na patogenezę obrzęku śluzowego: wszystkie formy obrzęku śluzowego [samoistna, pooperacyjna, wrodzona i kretyнизм sporadyczny] są następstwem zmniejszenia *resp.* całkowitej utraty czynności gruczołu tarczowego. Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że po całkowitem wycięciu gruczołu tarczowego rozwija się u nich obraz chorobowy, przypominający tężyczkę u ludzi, a po przejściu tego ostrego okresu powstaje pewien rodzaj przewlekłego charłactwa, odpowiadającego myksoedematowi u ludzi. To samo stwierdzono u ludzi po wycięciu wola. Możemy zatem przyjąć, że okres tężcowy zależy od całkowitej i nagle powstałej, a myksoedemat od niezupełnej, powoli rozwijającej się utraty czynności gruczołu tarczowego.

Obrzęk śluzowy dziecięcy (*infantiles Myxoedem*) zależy od wrodzonego braku gruczołu, powstałego na skutek wady rozwojowej. Ze obrzęk śluzowy w tych przypadkach nie rozwija się ani w życiu płodowym, ani w pierwszym roku życia pozapłodowego, lecz dopiero po odstawieniu dziecka od piersi, fakt ten tłumaczy sobie SCHEIER w ten sposób, że niezbędną dla życia i rozwoju wydzielinę gruczołu tarczowego dostarcza dziecku początkowo organizm matki, później zaś — mleko matczyne, do którego wydzielina ta przechodzi. KOCHER i COMBE fakt ten objaśniają inaczej. KOCHER przypuszcza, że dziecko zabiera ze sobą z organizmu matczynego pewien zapas tej wydzieliny i kiedy on się wyczerpie, zaczyna rozwijać się obrzęk śluzowy. COMBE zaś twierdzi, że w życiu płodowym i na pewien przeciąg czasu w życiu pozapłodowym grasicca może zastępczo pełnić czynność gruczołu tarczowego, następnie jednak ulega zanikowi i wtedy występują objawy obrzęku śluzowego.

Prócz wyżej wspomnianych postaci obrzęku śluzowego, niektórzy autorowie upatrują w czynności gruczołu tarczowego moment etjologiczny dla powstawania wielu innych cierpień. Do takich należą niektóre przypadki tężyczki samoistnej, wyleczonej przez BRAMWELL'a, LEVY-DORN'a za pomocą przetworów gruczołu tarczowego. Jeżeli w tężyczce upatrywać będziemy nie samoistne cierpienie, lecz pewien zbiór objawów, spowodowanych przez rozmaite czynniki, to do tych ostatnich niewątpliwie zaliczyć należy i zakłócenia w czynności gruczołu tarczowego.

W ostatnich czasach MOEBIUS wyraził przypuszczenie, że choroba BASEDOW'a również należy do cierpień gruczołu tarczowego i jest wyrazem wzmocnienia jego czynności wydzielniczej (*Hypersecretion*). Jakkolwiek nie da się zaprzeczyć, że w etjologii choroby BASEDOW'a gruczoł tarczowy odgrywa rolę pierwszorzędną, nie jest on jednak jedynym i wyłącznym czynnikiem, powodującym powyższe cierpienie. Nadto autor jest tego zdania, że w chorobie BASEDOW'a może być mowa tylko o nieprawidłowej funkcji gruczołu tarczowego (*Dysthyreosis*), lecz nigdy o nadmiernej sekrecji jego, jak tego chce MOEBIUS.

Do rzędu cierpień gruczołu tarczowego zaliczają akromegalię, sklerodermię i niektóre choroby skórne. Lecz ani wspólnosć pewnych objawów klinicznych, napotykanych w omawianych cierpieniach i obrzęku śluzowym, ani przypadkowo wykryte zmiany w gruczole tarczowym, nie usprawiedliwiają zgoła dotąd tej zależności przyczynowej. Natomiast więcej pra-

wpodobnem jest, że niektóre formy otyłości można powiązać z utratą funkcji gruczołu tarczowego. Przemawiają za tem identyczny dla obrzęku śluzowego i otyłości obraz chorobowy [w niektórych przypadkach trudno cierpienia te odróżnić i postawić właściwe rozpoznanie] i skuteczność leczenia otyłości gruczołem tarczowym.

Powołując się na doświadczenia TRACHEWSKY'ego i SCHIFF'a, którym udało się otrzymać od suki, pozbawionej gruczołu tarczowego, szczenięta krzywicowe, LANZ utrzymuje, że pomiędzy krzywicą i gruczołem tarczowym również istnieje związek przyczynowy. Próby leczenia krzywicy gruczołem tarczowym dały jednakże wyniki ujemne.

*D.* Etiologia obrzęku śluzowego pod pewnymi względami nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśnioną. Nie ulega wątpliwości, że wszystkie przypadki tego cierpienia zależą od zmniejszenia, *resp.* zniesienia czynności gruczołu tarczowego, lecz nie wiemy, w jaki sposób powstaje specyficzne cierpienie samego gruczołu. Do czynników etiologicznych zaliczają niektórzy autorowie zmartwienia, przestraszenie, przygnębienie, wstrząs nerwowy, zaburzenia w sferze płciowej u kobiet, przeziębienie, nareszcie sprawy zapalne gruczołu lub usunięcie jego na drodze operacyjnej. Obrzęk śluzowy zjawia się może po ostrych chorobach zakaźnych, albowiem w chorobach tych jak to wykazał SOKOŁOW, gruczoł tarczowy podlega często zwyrodnieniu tłuszczowemu. Na fakt ten mało dotąd zwracano uwagi. Obciążeniu dziedzicznemu [choroby nerwowe, suchoty płuc u rodziców] wielkiego znaczenia przypisywać nie można.

W szeregu czynników etiologicznych kretynizmu sporadycznego wymieniają influencję i syfilis w czasie ciąży, długotrwałą ciążę i alkoholizm u rodziców.

*E.* Rozprzestrzenienie i częstość obrzęku śluzowego.

Obrzęk śluzowy jest chorobą strefy umiarkowanej. Najwięcej przypadków dostarczyła Szkocya, Anglia północna i Francya [Bretania]. Kobiety częściej zapadają na tę chorobę, niż mężczyźni. Autor na zasadzie poczerpniętych z literatury danych znalazł, że kobiety stanowią 80,8% ogółu chorych, mężczyźni—19,5%, czyli że stosunek mężczyzn do kobiet ma się, jak 1:4. Co się tyczy wieku, to najczęściej zapadają na obrzęk śluzowy ludzie w sile wieku, między 30 a 40 rokiem życia. Do 20-go roku życia choroba ta spotyka się nadzwyczaj rzadko [autor na 79 przypadków nie znalazł ani razu].

*F.* Przebieg i rokowanie.

Obrzęk śluzowy jest cierpieniem długotrwałem, przewlekłym, wciąż postępującem. Trwa ono niekiedy 10—30 lat. SCHWASS spostrzegł przypadek myksoedematu, który trwał wszystkiego 6 miesięcy i przy objawach ogólnego marazmu zakończył się śmiercią. Zazwyczaj śmierć następuje na skutek ogólnego wyniszczenia lub przypadkowych powikłań [wady, serca, suchoty płuc, zapalenie nerek i t. d.]. Rokowanie do ostatnich czasów, t. j. dopóki nie zaczęto stosować gruczołu tarczowego, było absolutnie niepomyślne, jakkolwiek w pojedynczych przypadkach widziano wyleczenie. Z wprowadzeniem tego nowego środka terapeutycznego rokowanie stało się o wiele pomyślniejszem. Opierając się na doświadczeniach fizjologicznych, możemy spodziewać się zupełnego wyleczenia tylko wtedy, jeżeli podawany z zewnątrz gruczoł tarczowy pobudzi do czynności pozostałe po operacji resztki gruczołu tarczowego lub gruczoły dodatkowe, poprzednio nieczynne.

*G.* Rozpoznanie obrzęku śluzowego w większości przypadków nie przedstawia trudności. Odróżnienie obrzęku śluzowego od obrzęku, powstałego wskutek zapalenia nerek lub zaburzeń cyrkulacyjnych jest łatwe. Trudniejszym natomiast jest odróżnienie omawianego cierpienia od otyłości, niekiedy nawet staje się to wprost niemożliwem, jeżeli otyłość przebiega z osła-

bieniem władz umysłowych. Pewne wątpliwości mogą powstać przy różniczkowaniu między obrzękiem śluzowym a obrzękiem stałym [LASSAR'a], ostrym ograniczonym obrzękiem skóry, sklerodermią i pachydermią. Brak innych właściwych dla myksoedematu objawów, a przedewszystkiem brak zaburzeń ze strony ośrodkowego układu nerwowego rozstrzyga wtedy rozpoznanie.

#### H. Terapia.

Leczenie obrzęku śluzowego do niedawna polegało na zwalczaniu ogólnego osłabienia ustroju przez *tonica* [arsen, chinina, tran, fosfor]. Niektórzy z powodzeniem stosowali *diaphoretica* i masaż; w jednym przypadku [KOEHLER'a] otrzymano zupełne wyleczenie za pomocą jodku potasu, lecz był to przypadek cierpienia gruczołu tarczowego natury syfilitycznej (*Thyreoiditis syphilitica*). Dopiero wprowadzenie nowej metody leczniczej, t. z. substytucyjnej, dało wyniki pomyślniejsze. Metoda ta opiera się na tem przypuszczeniu, że narządy gruczolowe, które utraciły swoją funkcję, mogą być zastąpione przez wprowadzenie do ustroju ich przetworów. Początkowo wprowadzano gruczoł tarczowy do jamy brzusznej chorych i otrzymano znaczne polepszenie, lecz po kilku miesiącach występowała recydywa. Z wielokrotnych doświadczeń pokazało się, że implantowany gruczoł ulega wessaniu i poprawa nie jest długotrwałą. Ponieważ oprócz tego implantacja gruczołu u ludzi jest połączona jeszcze z pewnem niebezpieczeństwem dla życia, przeto zwrócono się do wstrzykiwań wyciągów z tegoż gruczołu. Metoda ta, po raz pierwszy przez MURRAY'a opracowana, szybko się rozpowszechniła, lecz i ona nie była pozbawiona pewnych ujemnych stron. Zauważono mianowicie, że w pojedynczych przypadkach po wstrzyknięciu tworzyły się ropnie, zjawiało się zaczerwienienie różycowe i t. p. Wobec tego HOWITZ, MACKENZIE i FOX zamiast wstrzykiwań wyciągu z gruczołu tarczowego zaczęli podawać sam gruczoł w stanie surowym *per os*. Wreszcie w ostatnich czasach zaczęto przygotowywać wyciąg z gruczołu tarczowego w postaci proszków, pigulek, tabletek. W ten sposób uniknąć można dowolnego dawkowania i wszelkich zanieczyszczeń przy przyspasabianiu. Po wprowadzeniu przetworów gruczołu tarczowego do ustroju spostrzegamy cały szereg objawów (t. zw. *thyreodismus*), zależnych z jednej strony od swoistego działania gruczołu tarczowego, z drugiej zaś od otrucia wskutek przyrządzania przetworów z rozkładającego się już gruczołu. Do rzędu tych ostatnich zaliczyć można zaburzenia żołądkowe, napady omdlewania, drżenie, utratę przytomności, osłabienie czynności serca, zapaść, napady stenokardyalne, uremiczne, epileptyczne. Działanie fizjologiczne gruczołu tarczowego objawia się w ten sposób, że u chorych występują takie objawy, jak ogólne niedomaganie, rozbicie, rozłamanie, bóle głowy, zwiększona dyureza, zwiększone wydzielanie mocznika, zmniejszenie się obrzęków i ubytek na wadze. Jeżeli chorym na obrzęk śluzowy podawać będziemy gruczoł tarczowy, to przedewszystkiem zauważymy znikanie objawów ze strony skóry: skóra staje się gładszą, delikatniejszą i wilgotniejszą, przybiera normalne zabarwienie. Jej własności perspiracyjne wracają, włosy wyrastają na nowo. Ogólny wygląd chorych poprawia się znacznie, twarz nabiera wyrazu. Jednocześnie znikają inne objawy obrzęku śluzowego. Ciepłota ciała podnosi się, chorzy nie uczuwają ziębienia, stają się swobodniejszymi w ruchach; powraca sen i łaknienie, normalna pobudliwość płciowa i menstruacja, mowa staje się wyraźniejszą, dźwięczną. Obiektywnie stwierdzić możemy znikanie niedokrwistości.

Oprócz zmian somatycznych widzimy, że i nastrój psychiczny chorych zmienia się: znika apatya i ogłupienie, powraca pamięć, zdolność kombinacji chęć zajęcia się pracą zawodową. Taką poprawę spostrzegamy u chorych już to natychmiast po rozpoczęciu specyficznego leczenia, już to po 3—10 dniach. Trudno powiedzieć, jak długo należy kurację stosować. Jako ogólne prawi-

dło możemy przyjąć, że leczenie swoiste powinno trwać dotąd, póki ustrój nie powróci do stanu normalnego, lecz i wtedy jeszcze potrzeba od czasu do czasu leczenie powtarzać, aby zapobiedz recydywie.

Również skuteczną okazała się powyższa metoda lecznicza w przypadkach myksoedematu dziecięcego i kretynizmu sporadycznego. Dotąd opisano zaledwie kilka przypadków obrzęku śluzowego, w których swoiste leczenie gruczołem tarczowym dało wyniki niepomyślne, nie są one jednak miarodajnymi z tego względu, że stosowano w nich tylko jeden rodzaj przetworów, gdy tymczasem, jak to pouczają przypadki EWALD'a i BOURNEVILLE'a, tam, gdzie implantacja nie dawała dobrych rezultatów, można było otrzymać polepszenie, a nawet wyleczenie, za pomocą wstrzykiwań sok gruczołu tarczowego lub podawania jego różnorodnych przetworów.

#### IV. O leczeniu gruczołem tarczowym w ogólności.

Oprócz obrzęku śluzowego zaczęto w ostatnich czasach podawać gruczoł tarczowy w bardzo wielu chorobach, w których upatrywano jakikolwiek związek z czynnością gruczołu tarczowego. Najczęściej stosowano go w przypadkach wola. Znakomita ilość ogłoszonych spostrzeżeń wykazuje, że we wszystkich przypadkach po 8—14 dniach od rozpoczęcia kuracji otrzymano znaczne zmniejszenie wola. Pomyślne wyniki, otrzymywane przy leczeniu wola, nasunęły myśl zastosowania tego środka w chorobie BASEDOW'a. Ze 118 przypadków powyższego cierpienia, leczonego przetworami gruczołu tarczowego, w 76 żadnego wpływu nie zauważono, w 26 spostrzegano nawet pogorszenie, w 16—polepszenie i tylko w 4—wyleczenie.

Przy leczeniu tężyczki gruczołem tarczowym jedni [GOTTSTEIN, BRAMWELL, LEVY-DORN, STIEGLITZ] widzieli znakomitą poprawę, inni znów [MARSCHNER, THOMSEN, SCHULTZE] otrzymali wyniki ujemne. Tak sprzeczne rezultaty otrzymane przy leczeniu powyższych chorób gruczołem tarczowym, usprawiedliwiają przypuszczenie, że tak choroba BASEDOW'a, jak i tężyczka nie są cierpieniami samoistnymi, lecz pewnym szczególnym zbiorem objawów, powstałych w pewnych tylko przypadkach na skutek zaburzeń czynnościowych gruczołu tarczowego i dlatego też tylko w tych przypadkach leczenie swoiste może dać dobre wyniki.

Przy akromegalii nowa metoda lecznicza okazała się bezskuteczną.

Bardzo dobre wyniki otrzymano od stosowania przetworów gruczołu tarczowego u osobników karłowatych, z powstrzymanym w rozwoju kośćcem, u dotkniętych chorobami umysłowymi i otyłością.

Niektórzy autorowie stosowali z dobrym skutkiem przetwory gruczołu tarczowego w chorobach skórnych: (*psoriasis, eczema, ichthyosis, lupus, lichen planus, xerodermia, pityriasis rubra, urticaria chronica, dermatitis exfoliativa, sklerodermia, alopecia universalis*) w dyatezie artrytycznej i uremicznej, w moczowce cukrowej, w postępującym zaniku mięśni, gruźlicy płuc, syfilisie, ciężkiej niedokrwiistości i raku żołądka.

Jak widzimy, empirya wykazała wpływ gruczołu tarczowego na nader różnorodne cierpienia. W wielu przypadkach wpływ ten jest dla nas zagadkowym i teoretycznie zupełnie nieuzasadnionym; przysze badania, być może, wyświełtą tą kwestyę i wyjaśnią, na jakiej podstawie winny opierać się wskazania do stosowania przetworów gruczołu tarczowego i o ile są usprawiedliwione pokładane w nich nadzieje.

(*Ueber Myxoedem und verwandte Zustände, zugleich ein Beitrag zur Schild-drüsentherapie. Leipzig-Wien. 1896, str. 182*).

Zygmunt Rom,



### 75. Lennander. Przyczynę do operacji na narządach płciowych przy prze- roście gruczołu krokowego.

Autor podaje wyniki, do których przyszedł asystent jego odnośnie leczenia przerostu gruczołu krokowego. Opierając się na zebranej przez tegoż statystyce, która zawiera 7 przypadków wyluszczenia jąder i 11 przypadków wycięcia przewodów nasiennych, przyznaje znakomitą wyższość ostatniemu postępowaniu. W dziesięciu załączonych przypadkach obok wycięcia przewodów stosowano katetyryzowanie, w 11-u zaś u 70-letniego starca nie wprowadzano cewnika, mimo to wynik był zadawalający przy rozszerzeniu pęcherza, trwającym od lat trzech.

Zatem w przypadkach rozszerzenia pęcherza z niepełnym zatrzymaniem moczu i bez zakażenia tegoż, należy według autora wyciąć przewody nasienne i unikać katetyryzowania. Skoro nieżyt pęcherza rozciąga się ku nerwom, cięcie nadłonowe pęcherza jest prawie niezbędne; dla ułatwienia zaś oddawania moczu i zagojenia przetoki, należy do cięcia nadłonowego dodać jeszcze wycięcie przewodów nasiennych. Przy zupełnym zatrzymaniu moczu i zaburzeniach pęcherza nie połączonych z nieżytem, możnaby stosować jedynie przekłucie pęcherza i wyssanie moczu oraz wycięcie przewodów, aby tym sposobem uniknąć cewnikowania i co za tem idzie, nieżyty.

Przy wycinaniu przewodów nasiennych należy usunąć jak największą ilość otaczającej tkanki łącznej, ta bowiem zawiera wielką ilość nerwów.

Co się tyczy nacięcia gruczołu krokowego galwanokaustycznym nacinczem BOTTINI'ego, to z liczby 4 przypadków w 2-ch nie było żadnego polepszenia, w 3-im po poprawie pozornej wzmógł się nieżyt pęcherza, w 4-ym wynik wątpliwy. Rowek wypalony w gruczole krokowym przy operacji BOTTINI'ego obejmuje przewody wytryskowe we wzgórku nasiennym i nerwy znajdujące się obok tegoż; może to dlatego operacja BOTTINI'ego jest w stanie zastąpić wycięcie przewodów nasiennych.

(*Centr. f. Chir. Nr. 22 1897*).

A. Ciechomski.

### 76. Kühnau. Zachowanie się przemiany materii i białych ciałek krwi przy dyssolucji krwi.

HORBACZEWSKI wykazał, że kwas moczowy i zasady ksantynowe tworzą się z elementów tkanek, zawierających jądro. O losach tych elementów sądzić można z ilości wydalanych obu nazwanych ciał chemicznych, t. j. biorąc pod uwagę nie tylko ilość kwasu moczowego, lecz i ilość wydalanych zasad ksantynowych. Widujemy bowiem up. niekiedy przy białaczce współcześnie ze znacznym rozpadem leukocytów niezmienną ilość wydalanego kwasu moczowego, co byłoby niezrozumiałem, gdybyśmy jednocześnie nie widzieli zwiększonej ilości zasad ksantynowych w moczu. Przypuszczać należy, że upośledzone, przy ciężkiej niedokrwistości, utlenianie wewnętrzne, jest przyczyną tego zjawiska; nukleiny bezpośrednio są wtedy rozkładane [opuszczają ustrój jako zasady ksantynowe], wówczas gdy dla dojścia do stanu kwasu moczowego muszą one poprzednio zostać utlenionemi.

Ponieważ istnieje różnica zdań co do ilości kwasu moczowego, wydalanego przy różnych stanach ciężkiej niedokrwistości [względnie — dyssolucji krwi], autor podjął pracę skontrolowania tej sprawy, uwzględniając ilość wydalanych zasad ksantynowych.

Oto wnioski, do których w pracy swej doszedł:

I. Przy dyssolucjach krwi zachodzi znaczna leukocytoza i zmiana w przeróbce materii. Ostatnia polega na:

- a) wzmożeniem wydalaniu kwasu moczowego i zasad ksantynowych,
- b) początkowym wzmożeniu wydalania kwasu fosforowego z następczem znacznym zmniejszeniem się tegoż,

- c) wzmożeniem wydalaniu chlorków,
- d) wydalanie chlorków zarazka wraz ze zmniejszeniem się wydalania kwasu fosforowego i odwrotnie.

II. Wzmożone wydalanie ciał alloksurowych zależy głównie od rozpadu białych ciałek krwi. Inne elementy tkankowe, zawierające jądra, biorą w tem prawdopodobnie udział bardzo mały [białkowe części składowe, zawierające nukleinę, zniszczonych czerwonych ciałek krwi].

III. Materya macierzysta ciał alloksurowych zawartą jest głównie w osoczu i surowicy, najmniej w czerwonych ciałkach krwi.

IV. Ilość materyi, tworzącej kwas moczowy, zależy od ilości białych ciałek, zawartych we krwi:

- a) surowica normalna powoduje nieznaczne,
- b) surowica tyfusowa żadne,
- c) surowica białaczkowa—znaczne zwiększenie wydalanych ciał alloksurowych i leukocytozę. Przy stosowaniu [doświadczalnym] surowicy białaczkowej początkowe zwiększenie się ilości wydalanych ciał alloksurowych zależy od zawartych w niej istot wytwarzających kwas moczowy, późniejsze zaś zależy od własności tejże surowicy zwiększania liczby leukocytów, a więc i od ich wzmożonego rozpadu.

V. Leukocytoza przy dyssolucyi krwi jest wynikiem działania trzech czynników; oto te czynniki:

- a) bezpośrednie działanie leukotaktyczne jadu, we krwi zawartego,
- b) istoty chemiczne [przedewszystkiem nukleiny], oswobodzone dzięki rozpadowi komórkowych elementów krwi (*leukolysis*),
- c) krążące we krwi resztki upostaciowane rozpadłych ciałek krwi.

VI. Leukocytoza, wywołana przez wstrzyknięcie do obiegu krwi elementów upostaciowanych, jest fagocytozą i nie pociąga za sobą prawie żadnego rozpadu leukocytów.

VII. Zwiększony rozpad leukocytów we krwi podczas chorób zakaźnych jest skutkiem działania materyi, niszczącej białe ciała krwi.

(*Deut. Arch. f. kl. Med.* 58. Z. 4—5. 1897).

S. Sterling.

### 77. L. Rhen. O ranach serca drążących i szwie sercowym.

Dla właściwego pojmowania objawów, występujących po uszkodzeniu ścian serca, niezbędnym jest obznajmienie się dokładne z zachowaniem się mięśnia sercowego w przypadkach tego rodzaju. W tym względzie zasługują na uwagę badania nad królikami, za pomocą których stwierdzono, że przedewszystkiem samo tylko dotykanie serca nie wywiera wpływu żadnego na jego działalność, a dalej, że ucisk nieco mocniejszy, pociąga już za sobą zmiany wyraźne w rytmie. Po nakłuciu serca, to ostatnie zatrzymuje się na krótko, poczem zaczyna bić prędzej i nieprawidłowo, niewielkie rany nie dają rozziwiew, przeciwnie, większe zieją szeroko. Wreszcie, nie tylko drogą doświadczeń, lecz i na mocy spostrzeżeń klinicznych, przekonano się, że najbardziej niebezpiecznym jest krwotok z uszkodzonych przedsionków i że małe rany komórek serca przestają krwawić wkrótce, co zawdzięczać należy w pierwszym rzędzie przystosowaniu się mięśnia do rany, poczem następuje niekiedy wyleczenie samoistne. Rany o wymiarach średnich krwawią silniej z komórki prawej, niż z lewej, zależnie od różnej grubości mięśnia.

O ile poucza szereg doświadczeń klinicznych, względnie dość znaczna liczba osobników, zranionych w serce, wytrzymuje krwotok pierwszy, poczem objawy ostre niedostatecznej działalności serca powoli wyrównywają się do pewnego stopnia przynajmniej. Grozi jednak rannemu niebezpieczeństwo nader częste krwotoku wtórnego oraz nagromadzenie krwi w osierdziu, co, prócz ucisku, utrudnia dopływ z żył czezych i prowadzi do zatrzymania się ruchu

serca. Z drugiej strony krew, zbierająca się głównie po za niem, uciska płuco; to też krwotoki i zaburzenia w krążeniu stanowią niebezpieczeństwo główne przy ranach serca drążących. Koniecznym tedy jest rozpoznanie rodzaju rany pewne i bezzwłoczne, ku czemu należy przy badaniu uciec się nawet, z zachowaniem ostrożności właściwych, do pomocy zglębniaka.

Co do leczenia, ranny powinien zachować, o ile objawy duszności i lęku pozwolą mu na to, spokój zupełny. Jeśli wskazanem będzie przekłucie osierdzia, najlepiej, szzczędząc opłucną, wyresekować 5-tą lewą chrząstkę żebrową, a po obnażeniu osierdzia, wprowadzać igłę doń płasko, nigdy zaś nie wbijać pionowo. Przekłucie ma tę stronę dobrą, że zapobiega przedostawaniu się powietrza do worka; dla opróżnienia jednak całej tegoż zawartości, lepiej jest osierdzie przedrenować. Tam, gdzie skrzepy wypełniają je całkowicie, lub krwotok powtarza się, wskazanem będzie cięcie osierdzia, lubo i w ten sposób nie zawsze dotrzeć możemy do krwawiącego miejsca. Niektóre części serca prawie są niedostępne, jak np. przedsionek lewy, którego tylko koniec uszka leży ku przodowi; przeważnie jednak udaje się utorować sobie drogą do rany, przyczem dla obnażenia ściany przedniej komory prawej i lewej częściowo wystarczyć resekcyja czasowa 5-go, a w razach niektórych i 4-go żebra. Wycięcie częściowe 3-go i 4-go żebra ze strony prawej oraz usunięcie, jeżeli trzeba, kawałka mostka, otwiera dostęp do przedsionka prawego.

Przypadek autora dotyczy 22-letniego mężczyzny, który jesienią r. z. otrzymał pchnięcie nożem w połowę lewą pierś i w stanie rozpaczliwym przywiezionym został do szpitala. Tu w czas jakiś stan rannego polepszył się nieco, lubo tępość serca szerzyła się na prawo coraz więcej. Lecz już 3-go dnia po wypadku przebieg rany pogorszył się tak groźnie, że do operacyi przystąpiono na konającym już prawie osobniku. Po rozcięciu opłucnej w 4-ej przestrzeni międzyżebrowej i przecięciu żebra 5-go otworzono osierdzie i, pomimo gwałtownego krwawienia z rany komórki prawej, zaszyto ranę w okresach rozkureczu trzema szwami z jedwabiu, co krwotok powstrzymało zupełnie. Po wymyciu jamy opłucnowej roztworem soli kuchennej, osierdzie i opłucną wypchano gazą i nałożono opatrunek. Niemal bezzwłocznie po tym zabiegu tętno i oddech poprawiły się. W przebiegu pooperacyjnym, wobec powikłania sprawy przez ropne zapalenie opłucnej, otwór w niej musiano rozszerzyć; ze strony jednak osierdzia nie było powikłań żadnych. Obecnie, z wyjątkiem bardzo przyspieszonej działalności serca, stan chorego jest dobry.

(*Therap. Wochenschr. Nr. 20. 1897.*)

K. Niedzielski.

## List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

—♦—♦—

Szanowną Redakcyę uprzejmie upraszam o zamieszczenie w piśmie Swem następujących kilku słów.

Sądząc, że zarzut Kolegi uwzględnic wypada, choćby był niesłusznym, zdecydowałem się choć kilku słowami koledze PRĘCZYŃSKIEMU odpowiedzieć.

Pomijając punkty mniejszego znaczenia, zwracam się wprost do essencyi całego listu, w końcu którego powiedziano: „Umiejętne badanie za pomocą palców w celu wykrycia „*Bruchschmerz*“ sędzę, warto więcej, niż proponowany przez kol. S. zabieg“. Umiejętne badanie za pomocą palców jest i bywało zastosowaniem również przez niemniej biegłych dyagnostów-lekarzy i chirurgów, a pomimo to dyagnosty ci nie rzadko narażeni byli na zawód w przypadkach wątpliwych i szukali sposobu, któryby doprowadzić ich zdołał do pożądanego pewnego dyagnostycznego rezultatu. Niewątpliwie doprowadza ono do pożądanego rezultatu w przypadkach, do rozpoznania łatwych, w przypadkach częściej w codziennym życiu się zdarzają-

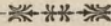
cych. Lecz o tych przypadkach w mojej notatce mowy nie było. Orzeczenie kol. PEŁCZYŃSKIEGO zatem nie tyczy się przedmiotu, przezemnie poruszonego.

Jeżeli jednakże kol. PEŁCZYŃSKI uważa uwagę tę za istotnie tyczącą się rozpoznania złamań wątpliwych, to wniosek powyższy nie jest dostatecznie uzasadnionym. Umiejętne badanie za pomocą palców może być zastosowanem, albo w miejscu uszkodzenia [prostopadle do osi uszkodzonej kości], albo w kierunku osi uszkodzonej kości. Kol. P. przyznaje rację twierdzeniu memu, że „ból przy złamaniu zależy nie tylko od uszkodzenia kości, ale i od obrażenia części miękkich przy ucisku“. Jeżeli więc badanie palcami w miejscu uszkodzenia przy braku innych niewątpliwych objawów daje nam wątpliwe rezultaty, co do charakteru bólu (*Bruchschmerz*), to w takim razie nie powinno ono mieć tego znaczenia, jakie mu przypisuje kol. P. i nie może mieć większych zalet, niż rękoczyn, przezemnie proponowany. Jeżeli badanie palcami ma być zastosowanem w kierunku osi uszkodzonej kości, to trudno zrozumieć, że ucisk, wywarty palcami, miałby większe szanse wykrycia bólu w uszkodzonej kości, niż ucisk, wywarty dłońmi, jak to wskazałem w notatce numeru 18 Gazety Lekarskiej i nieco obszerniej w *Centralbl. f. klin. Chirurgie. Nr. 13.*

Czy tak lub owak, kol. P. nie przemawiał przekonująco i krytyka jego, choć tak nieprzychylnie brzmiąca, nie jest w stanie zdyskredytować rękoczynu, przezemnie proponowanego.

Proszę przyjąć wyrazy wysokiego poważania.

*D-r med. Schroetter.*

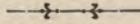


## Wiadomości drobne.

— LAUENSTEIN omawia strony ujemne jedyne do tej pory sposobu leczenia złamań szczęki dolnej, który polega na zeszcyciu kości szczęki drutem srebrnym. Operacja ta wymaga uspienia chorego, druty zaś, pozostałe w szczęce, wywołują po długim nieraz przeciągu czasu zaburzenia, wymagające ponownej operacji. Autor stosował na marynarzach nową metodę, która dała doskonale wyniki; metoda polega na prześwidrowaniu między dwoma zębami dziurek, przez które przeciąga się drut, następnie umocowuje się szczękę we właściwym miejscu, zakreca drut i układa go na zewnętrznej powierzchni zębów. Po 4-ech tygodniach, skoro szczęka jest już zrosnięta, drut się usuwa. Sposób ten jest modyfikacją dawniej bezskutecznie stosowanego ściągania szczęki drutem, przeciągniętym przez szpary, istniejące pomiędzy zębami lub powstałe po wyjęciu zupełnie zdrowych nieraz zębów. *A. C.*

(*Centbl. f. Chirurgie. Zur Behandlung der Frakturen des Unterkiefers*).

## Wiadomości bieżące.



— Warszawska Rada Miejska Dobroczynności Publicznej na posadę Inspektora szpitali cywilnych tutejszych, opróżnioną po uwolnieniu prof. CZAUŚOWA, przedstawiła D-ra TRÓICKIEGO, dotychczasowego inspektora urzędu lekarskiego m. Warszawy.

— Wydział lekarski we Lwowie udzielił pozwolenie D-rowi OSKAROWI WIDMANOWI wykładania patologii i terapii szczegółowej.

— Uniwersytet Berliński założył własną pracownię RÖNTGEN'owską i poruczył jej kierunek prof. GRUNMACH'owi. Niezależnie od tego miasto Berlin dla użytku szpitali założyło podobną pracownię przy szpitalu *am Urban*.

**Sprostowanie.** W Gaz. Lek. w N-rze 29 na str. 780 5 wiersz od dołu zam. „PFAUENSTIEL'a“, powinno być „PFANENSTIEL'a“.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz z.

Доводило Ценаурою, Варшава 10 Июля 1897. Druk Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.