

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. Wł. Matlakowski. Kilka spostrzeżeń złamań powstałych bez udziału siły zewnętrznej. (Dokończenie). — II. J. Pawiński. O tak zwanym połowicznym skurczu serca. *Hemisystolia cordis*. (Leyden). (Dalszy ciąg). — III. L. Wolberg. Szkarlatyna i ospa jednocześnie u tegoż samego dziecka. — *Dział sprawozdawczy*: 30. Oberst. Rozdarcia cewki moczowej u mężczyzn i ich leczenie. — 31. Landau Leopold. Nerka wędrująca u kobiet. — Wiadomości bieżące. -- Nadesłano do Redakcyi. — Ogłoszenia.

I. Kilka spostrzeżeń złamań powstałych bez udziału siły zewnętrznej.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Tow. Lek. Warsz. dnia 18 Kwietnia 1882).

Podał

Władysław Matlakowski.

(Dokończenie — Patrz Nr. 20).

Z przytoczonych tu przykładów i warunków powstawania Czytelnik łatwo sobie przedstawi obraz złamań, o których mowa. Jakiśmy to już wyżej nadmienili, Gurlt, po gruntowym rozbiórze pracowicie zebranej kazuistyki w dziele swoim iście benedyktyńskiej pracy, przyszedł do wniosku, że zdrowa kość u zdrowego osobnika pęknąć może pod wpływem nadmiernej siły mięśniowej. Takie samo zdanie jest wypowiedział i Hamilton w swoim kapitalnem dziele o złamaniach. Był on tyle szczęśliwszy od Gurlt'a, że sam widział dwa złamania podobnego rodzaju, a mianowicie: obojczyka przy podnoszeniu budy w drodze i ramienia przy zmaganiu się na ręce. Tymczasem Follin*) wogóle bardzo mało wie o złamaniach tego rodzaju, a powstawanie ich wprost przypisuje zmianie w kości. „*On peut supposer que ces cas ne sont possibles que par une altération préalable de la texture des os*“. Bryant przypuszcza, iż siła mięśniowa może być wystarczającą do złamania jedynie kości chorej lub kruchej. Szczegółowej natomiast krytyce poddał twierdzenie Gurlt'a prof. Jefremowski. Utrzymuje on, że mechanizm powstawania tych złamań jest niejasny; że nawet przy złamaniach trzonu kości ramiennej, przy których mechanizm ten jest najprostszy, kość nie zawsze się łamie w jednym i tym samym punkcie, choć warunki powstania złamania były też same (rzucanie np. kamieni), raz bowiem kość pęka u przyczepu mięśnia naramiennego, drugi raz powyżej tego miejsca, to znów

*) Follin. *Traité élémentaire de pathologie externe*. Tom II. str. 748.

w dalszej $\frac{1}{3}$ części. J e f r e m o w s k i j, chcąc powziąć pewne przekonanie o stanie złamanej kości, rozpatruje przypadki, w których nastąpiła śmierć po złamaniu. Takich przypadków jest 7 u G u r l t'a, lecz one milczą o stanie złamanej kości: czy była na miejscu złamania zdrową, czy chorą. W pozostałych przypadkach, gdzie chorzy nie umarli, możnaby zakonkludować o stanie kości z dalszego przebiegu. Oczywiście, jeśli kość złamana zagoiła się w zwykłym czasie bez żadnych powikłań, to wniesć można, iż była zdrową w chwili łamania się. Otóż i pod tym względem kazuistyka G u r l t'a daleką jest od dokładności; w jednych przypadkach nie podano czasu gojenia się, w drugich wieku, i t. p. Mimo to wszystko, zostawiając na boku wszystkie owe niedokładne przypadki, pozostaje jeszcze spora wiązka faktów, ściśle spostrzeganych, dokładnie wyszczególnionych, które zdają się już niezbicie dowodzić tezy G u r l t'a. Tym przypadkom ma prof. J e f r e m o w s k i j do zarzucenia, iż były one obserwowane zakrótko, że o dalszych losach chorych po zrośnięciu się kości nic nie wiadomo. A właśnie dalsze spostrzeżenie wykazało w dwóch przypadkach J e r e m o w s k i e g o, zupełnie analogicznych z G u r l t'o w s k i e m i, że sprawa nie skończyła się na owem zrośnięciu.

Oto w najkrótszych słowach owe dwa spostrzeżenia J e f r e m o w s k i e g o.

37-letni urlopnik, mocnej budowy, z silnie rozwiniętymi mięśniami; 8. XII. 1871, powoził z konia wóz, zaprzężony w 3 pary koni, naładowany ciężkim kołem parowym. Podjeżdżając pod górę i chcąc pognać ustające konie, trzasnął z bicia w powietrzu, silnie zamachnąwszy się w tył (siedział na koniu drugiej pary); natychmiast uczył trzask i silny ból w obojczyku. Po 34 dniach wyszedł ze szpitala jako zupełnie zdrów z całkowicie zrośniętą kością. Lecz już 17. III. 1872 znaleziono u niego zgrubienie obojczyka, z którego potem powstał ropień; po przecięciu dochodziło się palcem do obnażonej kości. 4. VI. wyjęto martwak.

II. Żołnierz przy zmianie warty, wykonywując z bronią manewr, „z wolnawo na pleczo“ poczył ból i trzask i ręka opadła jak nie swoja. Manewr ten polega na tem, że karabin. znajdujący się na lewym ramieniu, przenosi się do prawej ręki i ustawia w położeniu pionowym, poczem lewa ręka raptownie powraca do lewej nogi; otóż kość pękła mu w tym drugim akcie. Przez ostatnie 6 tygodni przed tym przypadkiem doznawał bólów w prawym ramieniu, które atoli nie były ani stałe, ani mocne, tak, że mógł spełniać swoje zajęcie. Nałożono mu opatrunek gipsowy; kość zrosła się w ciągu 8 tygodni; owe bóle po złamaniu ustały; opatrunek zdjęto w początku Czerwca, chory jednak został w szpitalu jeszcze z powodu sztywności w łokciu. Na początku Sierpnia, na zewnętrznej stronie mięśnia dwugłowego, naprzeciw miejsca byłego złamania, tworzy się ropień; po przecięciu przy badaniu palcem znaleziono, że kość jest obnażona, chropowata i twarda. Przy końcu Sierpnia utworzył się nowy ropień na zewnętrznej stronie mięśnia dwugłowego ramienia. W rok po złamaniu wydobyto martwak i chory wyzdrowiał.

W dwóch tych przypadkach, a zwłaszcza w drugim, nie ulega już wątpliwości, że kość była zmienioną w miejscu późniejszego złamania. Obaj ci chorzy wyszli ze szpitala ze zrośniętą kością i gdyby byli nie wrócili, możnaby oba przypadki opisać jako czyste złamania pod wpływem samej tylko siły mięśniowej. Stosując to doświadczenie do przypadków zebranych u G u r l t'a, w których niepowiedziano nic jak długo chorzy znajdowali się pod obserwacją lekarza, można przypuszczać, czy w wielu z pomiędzy innych niewątpliwych przypad-

ków, nie nastąpiło również po wyjściu ze szpitala ropienie, obumarcie (*necrosis*) kości i utworzenie martwaka. Lecz przypuśćmy, że nawet w wielu razach nie doszło do ropienia i martwaka, czy to dowodzi niewątpliwie, że kość była zdrową w chwili łamania się? Według *Jeffremskiego* kość w chwili łamania się mogła być zmienioną, dotkniętą zapaleniem, przerosła granulacjami, a mimo to odłamki mogły później zupełnie normalnie zrosnąć się, zmiany chorobne mogły być wyrównane i ostatecznie może obyć się bez ropienia, bez nekrozy, bez martwaków. Zdaniem autora, ograniczone zapalenie kości (*osteitis*) może nawet przebiegać bez bólów i zgoła nie zdradzić się żadnym objawem. Ograniczone zatem zapalenie, przy którym zachodzi bujanie granulacyj w kanalikach *Havers'a*, ścięczenie kostnych ścianek, w rezultacie zanik na pewnym miejscu kości z osłabieniem jej fizjologicznej wytrzymałości, stanowi bardzo ważny moment usposabiający do złamań i w ten sposób należy tłumaczyć sobie wiele złamań, występujących pozornie pod wpływem siły mięśniowej u osobników zupełnie zdrowych i młodych. W ogóle dzisiaj, zdaniem *J.* trudno jest dowieść, żeby trzon zdrowej kości mógł pęknąć od samej tylko siły mięśniowej, a przynajmniej trudno dowieść tego z taką ścisłością naukową, któraby mogła usunąć wszelkie wątpliwości. Do pewnego stopnia przekonywającymi są tylko takie przypadki, w których pękła kość u ludzi młodych, mocnych, wskutek bardzo silnych wysiłków mięśniowych (np. przy mocowaniu się), u ludzi którzy nigdy nie doznawali w złamanej kości ani bólu, ani darcia, ani łamania, i którzy byli obserwowani dostateczny okres czasu po zrośnięciu kości.

Jednak nawet u *Gurlta* jest jedna godna uwagi obserwacja *Nico'd'a*.

Pewien mężczyzna, który nie przechodził przymiotu i zawsze był zdrowy, doznawał silnych bólów w prawym ramieniu, które nie pozwalały mu pracować; podczas gdy zamierzył się, aby rzucić kamieniem o kilka kroków, poczuł ból w ramieniu i kość pękła w średniej $\frac{1}{3}$ części. Po 50 dniach nastąpiła konsolidacja złamania, atoli utworzył się na miejscu złamania ropień, po otwarciu którego wydostano 4 małe kawałeczki kości. poczem nastąpiło zagojenie.

Po tych uwagach przytaczamy następujące spostrzeżenie własne.

Spostrzeżenie IV. *Mąkowski Julijan*, 34 lat liczący, obywatel ziemski, przybył na klinikę chirurgiczną do szpitala *S-go Ducha* d. 13. IX. 1878 r. ze złamaniem prawej kości ramieniowej. Do obecnej słabości chory był zawsze zdrowy kompletnie i nie przechodził żadnej cięższej choroby. Rodzice byli zdrowi i nie ulegali żadnej chorobie konstytucyjonalnej (*syphilis, tuberculosis* i t. p.); zmarli w podeszłych latach. Będzie temu około półosma tygodnia, jak *M.*, czując się zupełnie zdrowym, pojechał bryczką do swoich krewnych, mieszkających o kilka mil od niego; w drodze dostał lekkiej gorączki, która po przyjeździe do krewnych wzmogła się jeszcze więcej. W nocy spotniał i czuł się tak osłabionym, że uważał za konieczne poprosić pomocy lekarskiej; przez pewien czas wtedy leżał jakby nieprzytomny, a jednocześnie zdawało mu się jakby go coś szarpnęło w prawym ramieniu. Na trzeci dzień pomimo trwającej gorączki powrócił do domu, gdzie po kilku dniach stan gorączkowy ustał. W czasie trwania gorączki chory nie doznawał żadnych poważniejszych zaburzeń w zakresie funkcji trawienia lub oddechania. W czasie kiedy trwała gorączka, wystąpiło obrzmienie ramienia, które po ustąpieniu jej jeszcze bardziej spuchło, podobnie, jak i przedramię. Po przystawieniu wezykatoryi i 26 pijawek opuchnięcie się zmniejszyło, lecz niewiele. Chory mógł wtedy z trudnością podnosić kończynę górną prawą. Obja-

wy te stopniowo zmniejszyły się i M. uważał się już za zdrowego, gdy w 5 tygodni od chwili owego niefortunnego wyjazdu, będąc w polu, zamierzył się laską na chłopca, lecz jeszcze nie zdążył go uderzyć, gdy w tej samej chwili poczuł, że mu coś w ramieniu trzasło, poczem ręka opadła i począł mu dokuczać ból nie do wytrzymania. Z biedą wrócił do domu, osłabiony niesłuchanie. Przywołany lekarz nie chciał unieruchomić kończyny w opasce gipsowej z powodu znacznego obrzmienia.

Chory krzepkiej budowy, doskonale odżywiany; skóra biała i jędrna; tkanki tłuszczowej w miarę, mięśnie świetnie rozwinięte; stan bezgorączkowy. Prawe ramię w górnej $\frac{1}{3}$ części opuchnięte; anormalny ruch na wysokości przyczepu mięśnia naramiennego; skóra niezaczerwieniona; przedramię i ręka nieco obrzmiałe (*oedema*). Silny ból przy ruchach biernych.

Choremu zalecono spokojne położenie na grzbiecie i okłady zimne. 7. XI. 1878 chory opuścił klinikę zdrów ze zrosniętem złamaniem.

M. czuł się zupełnie zdrów i używał prawej ręki swobodnie przez miesiąc, gdy w Grudniu 1878 r. na prawym ramieniu ze strony wewnętrznej na wysokości byłego złamania utworzył się ropień, który otworzono; wypłynęła ropa, a na drugi dzień z ropą wyszedł kawałek kości. W 1879 w ciągu pierwszego kwartału wyszło jeszcze 4 kawałeczki kości; przez cały ten czas z przetoki odchodziła ropa w niewielkiej ilości. Kwiecień i Maj 1879 przeleżał chory w klinice, gdzie znaleziono przetokę, dochodzą do obnażonej kości; przez ten czas robiono mu zastrzykiwania drażniące (*liq. Villati*). Chory znowu z przetoką powrócił do domu na lato; dopiero 2. XII. 1879 wstąpił poraz trzeci na klinikę; znalazłem wtedy u chorego stan następujący:

W środkowej trzeciej części prawego ramienia na powierzchni wewnętrzno-przedniej znajduje się przetoka z wciągniętym otworem, prowadząca do kości. *Vis-à-vis* po drugiej stronie ramienia na zewnętrznej stronie widać nieznaczne wygórowanie i chęłbotanie na nieznacznej przestrzeni. Zgłębnik wprowadzony do przetoki dochodzi do kości, wnika w kanał w tej ostatniej, przechodzi ją na przestrzał i wyczuwa się go pod skórą strony zewnętrznej tam, gdzie istnieje rzeźzone wygórowanie. W kanale w kości czuć ruchomy martwak. Cała kość ramienia w tem miejscu, a zwłaszcza z zewnętrznej strony mocno zgrubiała z powodu niezrezorbowanej jeszcze kostniny (*callus*), pozostałej po złamaniu. Po zachloroformowaniu chorego prof. K o s i ń s k i rozszerzył otwór przetoki ku górze i ku dołowi, odluszczył okostną za pomocą *elevatorium*, rozszerzył otwór w kości dłutem i trepanem, wydobył martwak, cienki, twardy, chropowaty, zrobił przeciwotwór na stronie zewnętrznej ramienia w miejscu, gdzie wyczuwało się chęłbotanie; przeprowadzono dren na wylot przez kość i nałożono opatrunek antyseptyczny.

16. XII. 1879 chory opuścił klinikę z sączkiem; od tej pory go nie widziałem; prawdopodobnie więc musiał się wyleczyć zupełnie.

Dość jest rzucić okiem na te trzy spostrzeżenia: N i c o d'a, J e f r e m o w s k i e g o i nasze, aby zauważyć uderzające podobieństwo, zachodzące między niemi. Wszyscy trzej byli ludzie młodzi, silni, zdrowi; nie mieli żadnej choroby konstytucyjonalnej; wszyscy trzej na parę tygodni przed złamaniem doświadczali bólów w kości; złamanie trzonu kości prawego ramienia w $\frac{1}{3}$ średnicy nastąpiło w chwili wykonania pewnego ruchu (rzut kamieniem, ruch karabinem, uderzenie laską); u wszystkich trzech kość zrosła się w zwykłym terminie bez komplikacyj, potem po upływie pewnego czasu (około miesiąca) zaczął tworzyć się ropień, a po dość znacznym czasie (około roku) wydobyto martwaki, poczem nastąpiło zupełne wyleczenie.

Spostrzeżenie nasze co do joty stwierdza zapatrywanie się J e f r e m o w s k i e g o. W samej rzeczy, przypuśćmy na chwilę, że mamy do czynienia nie z wykształconym człowiekiem, lecz z prostym wiejskim parobkiem, który na siebie nie zwraca uwagi; niechaj nam przemilczy o bólach w ramieniu przed złamaniem i niechaj po zrośnięciu się kości, kiedy zrobił się ropień, nie powróci do szpitala, obserwator wniósłby, że miał do czynienia z najczystszy przypadkiem złamania kości zdrowej pod wpływem siły mięśniowej. Tem łatwiej to zdarzyć się może w praktyce prywatnej. Chory przychodzi ze złamaniem, lecz się u danego lekarza, wychodzi ze zrośniętą kością; gdy wtem po pewnym czasie zaczyna mu się robić ropień; powstawanie ropnia w ogromnej liczbie przypadków chory przypisałby leczeniu i rozumie się już więcej nie radziłby się u lekarza, który go w nową chorobę wpędził. Spostrzeżenie nasze poucza, że pomimo istniejących zmian w kości, które umożliwiły złamanie od prostego zamachnięcia się kijem, zrośnięcie nastąpiło w zwykłym czasie i zupełnie. Nieznaczne ognisko zapalne w kości, a ewentualnie nawet tkwiący już owoc tego zapalenia, martwak, bynajmniej nie przeszkodził i nie opóźnił zrośnięcia się. W większości przypadków martwak, znajdujący w kilka lub kilkanaście miesięcy po złamaniu, jest rezultatem połączonego działania zapalenia kości, trwającego oddawna i złamania. Nie widziałem ani razu, aby nawet przy *fractura comminuta* nastąpiło obumarcie małego odczepu kości; wszystkie odłamki zostają sklezione kostniną; inna atoli sprawa, jeśli kość złamana była chorą, zmienioną; jakiś mniejszy odłamany a zmieniony kawałek obumiera, powstaje martwak; a tymczasem główne odłamki, posiadające zdrowe powierzchnie odłamu, zrastają się i tym sposobem martwak może się znaleźć w środku zrośniętej kości, wtedy wywołuje ropienie, przetoki i t. d.. Tak było w naszym przypadku. Nie wydaje mi się jednak niemożliwą rzeczą i druga ewentualność; dany osobnik przez pewien czas cierpiał na ból w pewnej kości; następuje złamanie w czasie, kiedy już wśród ogniska zmienionej tkanki kostnej tkwi martwak, (nie zajmujący atoli całej grubości kości); mimo to następuje zrośnięcie się odłamków; wtedy bowiem martwak ów, jako ciało obce może wywierać wpływ przyspieszający na sprawę gojenia się, podobnie jak kliny z kości słoniowej wbijane przy złamaniach nie chcących się skonsolidować.

W ogóle rzec można, że we wszystkich działach patologii, z wyjątkiem jednej może oftalmologii, znamy zaledwie dopiero grube zmiany anatomiczne; a przecież zdaje się dowodzić nie trzeba, iż prócz owych obszernych na wielką skalę spraw chorobnych, w których dotkniętą zostaje znaczna część kości, znaczna część mózgu lub płuca, zdarzają się — i to daleko częściej — mnogie ograniczone zmiany, które i co do rozciągłości zajętej tkanki i co do stopnia natężenia i co do szybkości przebiegu są niesłychanie różne ilościowo od owych grubych procesów. Takie sprawy ograniczone, łagodne, mogą przebiegać cichaczem i kończyć się pomyślnie dzięki odrodczym siłom ustroju, polegającym na cyrkulacji i przemianie materii. A szczególnie często musi się to dziać w kościach, które jakby filtry dzięki obfitości i gęstej sieci swoich naczyń z łatwością zatrzymują rozmaite szkodliwości (*noxia*), a w ich liczbie mikroorganizmy, czego dowodem owe niesłychanie częste zaburzenia reumatyczne, ropnicowe, gruźlicze i t. d.. Należy więc

oddać zapaleniu kości (*ostitis*) należne miejsce w szeregu momentów usposabiających do złamań; bywa ono częściej powodem pęknięcia kości, niż to powszechnie autorowie przyjmują, częściej może, niż końcowe rezultaty zapalenia, t. j. zmartwienie (*necrosis*) i próchnienie (*caries*). Przypadek nasz więc wraz z wielu innymi, aczkolwiek klinicznie ogromnie różni się od spostrzeżenia III-go, w istocie rzeczy jest mu pokrewny, z tą tylko różnicą, że w trzecim spostrzeżeniu powodem złamania było próchnienie, przenikające kość na całej grubości, tu zaś momentem usposabiającym było zapalenie kości ograniczone do pewnej warstwy.

Przypadek powyższy poucza jeszcze, jak ważną rzeczą jest tak dziś zaniedbywany egzamin podmiotowy chorego; gdyby nie opowiadanie tego ostatniego cała sprawa pozostałaby zupełnie niewyjaśnioną. Im więcej mamy do czynienia z chorymi, tem częściej przekonywamy się, że za pomocą metodycznego, cierpliwego, a ściślego wypytywania się chorego, można bardzo często dotrzeć do względnej przyczyny cierpienia. Przy znanym pośpiechu, z jakim zazwyczaj bada się chorych, przy przewadze, jaką dajemy badaniu przedmiotowemu nad podmiotowym, dane anamnestyczne są zbierane dorywczo i niezupełnie, a ztąd częstokroć i wytłumaczenie sprawy chorobnej bywa błędnem.

Gurlt w swoich uwagach ogólnych, poprzedzających statystykę, wspomina o bólach, jakich chorzy w kilku przypadkach doznawali przed złamaniem, twierdzi atoli, że przyjmowanie na tej podstawie miejscowego usposobienia do złamań, zależnego od przypuszczalnego zapalenia kości i okostnej, jest czystą hipotezą, nie opierającą się na żadnych danych anatomicznych. Ja sądzę, że trzy wyżej przytoczone przypadki zawierają dane, które ten autor miał na myśli.

Możnaby spostrzeżenia Nicolda, Jefremowskiego i mojej zarzuścić, iż ropienie i utworzenie się martwaka było następstwem złamania, a nie jego powodem, atoli owe bóle poprzedzające złamanie całkowicie uchylają podobne przypuszczenie.

Czyż zatem nie może złamać się zdrowa kość u zdrowego osobnika li tylko pod wpływem silnego skurczu mięśniowego? Mnie się zdaje, że zaprzeczać takiej możliwości nie można. Przy użyciu niezwykłej siły, przy skurczu gwałtownie szybkim, przy zapasach i zmaganiu się, kość długa może pęknąć, chociaż przypadki tego rodzaju są bardzo rzadkie. W każdym atoli razie w historii choroby powinno być zanotowane jak najkategoryczniej, że osobnik był zdrow, że nie przechodził choroby konstytucyjonalnej, że nie doświadczał bólu ani łamania w danej kości, że złamanie zrosło się w zwykłym terminie i że po upływie dość dużego czasu u chorego nie było żadnych spraw następczych na miejscu złamania (ropienie, zmartwienie, sekwestracja); nie dość na tem, musi być pewna odpowiedniość między skutkiem (t. j. złamaniem) a użytą siłą. Boć musi być podejrzanem spostrzeżenie np. Parkera, w którym kość ramieniowa pękła w chwili, kiedy pewien handlujący chciał rzucić brzoskwinię swemu pomocnikowi.

II. O TAK ZWANYM POŁOWICZNYM SKURCZU SERCA.

Hemisystolia cordis (Leyden).

Opracował D-r **J. Pawiński**,

lekarz miejscowy szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

(Rzecz czytana na posiedzeniu klinicznym Warsz. Towarzystwa Lekarskiego d. 4 Kwietnia r. b.)

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 20).

Co się tyczy podmiotowego uczucia chorego, to tenże, wobec tak znacznie przyspieszonej czynności serca, skarży się głównie na duszność i na ból w okolicy serca, o samem jednak biciu serca nie wspomina. Prócz tego chory przy podnoszeniu się, wstawaniu, słabnie nadzwyczaj prędko, dostaje zawrotu głowy i wpada w stan podobny do zemdlenia, przyczem jednak przytomności nie traci. Lecz nie tylko krążenie krwi, ale i oddechanie stało się przyspieszonym, oddech bowiem wynosił 48 na minutę, ilość zaś rzeżeń wilgotnych w płucach znacznie się zwiększyła, zwłaszcza w prawem (z tyłu). Plwocina skąpa. Zalecono choremu środki pobudzające (*spiritus nitri dulcis cum tinctura valerianae*, wino). W kilka godzin później częstość uderzeń serca nieco się zmniejszyła od 160—170 na minutę. Wieczorem o godzinie 8-mej tegoż samego dnia serce uderza 180 na minutę, w tętnicy zaś promieniowej wyczuwa się tylko 90 fal w tymże czasie. Oddech 45. Nazajutrz, to jest 1 Marca, czynność serca mniej burzliwa, częstość uderzeń serca i tętna wynosi tylko 80 na minutę, pomiędzy zjawianiem się skurczów serca i tętna istnieje zupełna zgodność. Tętno z bardzo wyraźną dwubitnością. Tętnienie żył szyjowych znikło. Tony serca czyste, tylko w okolicy wierzchołka serca drugi ton wzmocniony. Chory czuje się lepiej, narzeka jednak na znaczne osłabienie i ból w okolicy dołka podsercowego. Ból ten powiększa się znacznie przy ucisku odpowiedniego miejsca ścianki brzusznej.

2. 3 Marca. Częstość skurczów serca i tętna jednakowa, 80 na min.. Duszność mniejsza. W okolicy osłuchiwania zastawki dwudzielnej 1 ton jakby rozdwojony. Częste zemdlenia. 4. 5. 6 i 7 Marca. Tętno 80, ilość zaś skurczów serca prawie ciągle 160 na minutę. Tętno żyłne również 160. Dołek podsercowy wzdęty, bolesny na ucisk, a skurcze serca odbijają się w nim bardzo wyraźnie. Chory skarży się na duszność i skłonność do zemdlenia; przyjmuje środki pobudzające (*emulsio camphorata*). 8 Marca. Częstość uderzeń serca jeszcze większa, 200 na minutę, tętno zaś tak słabe, że ani wyczuć, ani policzyć go niepodobna. Nieznaczny obrzęk stóp i lekka siność warg. Chory narzeka na duszność, kaszel i trudne odrywanie się plwociny. Bicia serca nie czuje. 2-gi ton u wszystkich otworów serca znacznie wzmocniony. W płucach zwłaszcza z tyłu rozsiane rzeżenia wilgotne. Plwocina dość obfita, szklista (*sputum crudum*) ciągnąca się z zawartością części zbitych (*s. coctum*). Zalecono choremu: *Dec. senegae ex 3j pti 3vj liq. ammonii anis 3j. co 2 g. l. st.* 9 Mar. Serce uderza 100 razy na minutę tętno nadzwyczaj słabe, średnio wyczuwalne. Osluchiwanie serca wykazuje, że w okolicy linii przymostkowej lewej na wysokości brzegu dolnego

5 żebra pierwszy ton jakby skrócony przechodzi w przeciągły pilujący szmer, który sobą 2-gi ton zakrywa. W linii sutkowej lewej szmer ten traci na swej wyrazistości, na mostku zaś, jak również w okolicy wysłuchiwania aorty i tętnicy płucnej przedstawia się o wiele słabszym. 10. Marca tętno pełniejsze, wyczuwalne, 80 na minutę. Częstość skurczów serca takąż sama. W okolicy wierzchołka serca głównie jednak w dolnej części mostka wyraźny, pilujący szmer skurczowy. Twarz zaczerwieniona. Brzuch wzdęty. Plwocina nieco obfitsza. Chory bierze *pulv. camphorae cum flore benzoes*.

11 Marca tętno 100, dość pełne, zbliża się do tętna, spostrzeganego przy następczym przeroście serca wskutek przewlekłego zapalenia nerek. Uderzenie wierzchołkowe słabe, ruchy serca najwidoczniejsze w dołku podsercowym. Szmer skurczowy słyszalny w okolicy zastawki bliźniaczej; w dolnej części mostka znacznie słabszy. W aorcie i tętnicy płucnej nie słycać go zupełnie. Chory czuje się lepiej, w nocy spał dość dobrze, kaszel mniejszy, również duszność, sinica warg, nosa mniej wydatna. Ilość rzeżeń w płucach mniejsza. Pod prawym obojczykiem oddech zaostrozony (*r. v. aspera*), z tyłu zaś z prawej strony, u wierzchołka płuca oddech nieokreślony (*r. indeterminata*) 12 Marca tętno jak również i serce uderza 88 razy na minutę. Twarz a szczególnie policzki zarumienione. Duszność mniejsza, chory skarży się tylko na trudne odrywanie się plwociny. 13 Marca tętno 100 dość pełne, rozwinięte, szmer skurczowy nadzwyczaj słaby, ton rozkurczowy u wierzchołka i podstawy serca wzmocniony. Plwocina trudno się oddziela, rdzawa. W wierzchołku prawego płuca oddech zbliżony do oskrzelowego, u podstawy liczne rzeżenia wilgotne (*crepitationes*). Oddech 25. 14. 15. 16 Marca. Częstość uderzeń serca takąż sama (100). Szmer skurczowy wyraźniejszy na wysokości 5 żebra w linii przymostkowej (*l. parasternalis*), aniżeli w dolnej części mostka. Obrzęk kończyn dolnych wzrasta. Zalecono: *Inf. valerianae ex 3j pti 3vj spirit. nitri dulcis 5j. D. co 2 g. l.* 17 Marca tętno 100, słabsze jak poprzednio. Oddech 40; obrzęk skóry zauważyć się daje nietylko na kończynach, ale i na tylnej części tułowia, w okolicy lędźwiowej i krzyżowej. Skurcze serca słabe. Szmer skurczowy słyszeć się daje w tychże miejscach jak poprzednio i z tą samą siłą. 18 Marca z powodu słabej fali krwi i obrzęku kończyn górnych tętna zliczyć nie podobna. Osluchiwanie serca wykazuje, że częstość skurczów tegoż wynosi 100 na minutę. Częste omdlewanie. 19 Marca częstość uderzeń serca 100, tętna zliczyć niepodobna. Duszność, sinica; uderzenia serca nierytmiczne tego rodzaju, iż po 3 lub 4 skurczach następuje pauza. W okolicy zastawki bliźniaczej szmer skurczowy, również i w dolnej części mostka. Tegoż samego dnia o godzinie 9-tej wieczorem chory zmarł.

Badanie zwłok, wykonane dnia 29 Marca przez Szanownego Kolegę *P r z e w o s k i e g o*, wykazało:

Emphysema pulmonum. Bronchitis et peribronchitis chronica. Oedema pulmonum. Stenosis ostii venosi sinistri. Insufficiencia valvulae bicuspidalis laevi in gradu. Insufficiencia relativa valvulae tricuspidalis. Hypertrophica excentrica ventriculi dextri et sinistri. Dilatatia atrii dextri. Inclivatio cyanotica hepatis et renum.

Spostrzeżenie tylko co przytoczone zasługuje na uwagę z wielu względów, a mianowicie:

1) że wykazało, iż nietylko właściwa arytmija serca, *resp.* tętno bliźniacze, może dać powód do powstawania obrazu klinicznego, znanego pod nazwą hemisystolii, lecz że i alorytmija serca, *resp.* tętno naprzemienne, bywa niekiedy przyczyną tak zwanej hemisystolii, na co zresztą wskazują spostrzeżenia Schreiber'a i cenna praca Dr-a Widmanna;

2) że, o ile się zdaje, jest ono pierwszym w literaturze, w którym tak zwany połowiczny skurcz serca występował z tak znacznym zwiększeniem częstości uderzeń serca i tętna (180 do 200 na minutę). Dotychczasowe bowiem przypadki tak zwanej hemisystolii jednogłośnie przemawiają za występowaniem tejże przy zmniejszonej lub też prawidłowej częstości ruchów serca.

3) Co się tyczy rozpoznania choroby, to z początku, z powodu że tony serca pomimo szczegółowego i powtarzanego badania były zupełnie czyste, przyjęliśmy nasz przypadek za rozedmę płuc z przerostem i rozszerzeniem serca, głównie prawej połowy. Dopiero później, kiedy wystąpiły szmery w sercu, głównie w okolicy wierzchołka serca, rozpoznanie cierpienia jako wady zastawki dwudzielnej nie ulegało już wątpliwości: ponieważ jednak szmer był głównie skurczowy, byliśmy więc przekonani, że przeważa nie zwężenie lecz niedostateczność zastawki dwudzielnej; tymczasem sekcyja przekonała nas, iż rzecz się miała odwrotnie.

Przegląd literatury, tyczącej się tak zwanego połowicznego skurczu serca (*hemisystolia cordis*), przekonał nas, że tenże spostrzegany był nietylko przez Leydena, ale i jego następców prawie wyłącznie przy wadach serca, głównie zaś przy wadach zastawki dwudzielnej (*insufficiencia valvulae bicuspidalis, stenosis ostii venosi sinistri*), rzadziej przy wadach zastawek półksiężycowatych aorty (*insufficiencia valvularum semilunarium aortae* (Widmann). Dwa spostrzeżenia nasze, powyżej podane, dotyczyły także niedostateczności zastawki dwudzielnej, połączonej ze zwężeniem ujścia żylnego lewego. Zachodzi jednak pytanie, (drugie z kolei, na początku pracy naszej postawione), czy w mowie będącej zjawisko zdarza się i w innych chorobach? Na to odpowiedzieć można już z góry twierdząco, chociażby tylko z tej zasady, iż tak zwany połowiczny skurcz serca na mocy kardyjograficznych rysunków i obliczeń naszych jest niczem innym, jak tylko swoistą, typową arytmiją, która się przedstawia w tętnicach w postaci tętna bliźniaczego (*pulsus bigeminus*) lub naprzemiennego (*p. alternans*). Ponieważ zaś dwa te ostatnie rodzaje tętna arytmicznego przytrafiają się nietylko przy wadach zastawek serca, lecz i przy wielu innych cierpieniach, łączących się z zakłóceniem rytmu serca, oczywiście więc jest, że i hemisystolija nie będzie tylko wyłączną towarzyszką chorób zastawek serca. Rozumie się samo przez się, że w tych ostatnich zjawia się ona bezwarunkowo częściej, przytem występuje w nich wydatniej niż w innych chorobach, z powodu znacznego zaburzenia krążenia krwi w samym sercu, z powodu wyraźnego tętnienia żylnego, które przy wadach zastawki dwudzielnej, w okresie naruszenia kompensacji serca jest dość częstym zjawiskiem.

Na dowód, że tak zwany połowiczny skurcz serca nie jest wyłączną właściwością wad zastawek serca, jak dotychczas utrzymywano, lecz że zdarzyć się może i w innych chorobach, pozwolimy sobie przytoczyć dwa następujące spostrzeżenia.

Spostrzeżenie III. Tyłska Józefa, lat 46 licząca, przybyła do szpitala Dzieciątka Jezus, do oddziału D-ra Karwowskiego, dnia 21 Czerwca 1881, skarżąc się na bicie serca i duszność. Chora już od pół roku przy cięższej pracy zaczęła doznawać bicia serca, które jednak zbyt silne nie było, ponieważ mogła jeszcze, choć z pewnemi przerwami, oddawać się swemu ciężkiemu zajęciu (praczka). Obecne jej cierpienie, datujące od kilku dni, rozpoczęło się tak silnemi napadami bicia i osłabienia serca, iż chora nie mogła już swojej przewyciężyć niemocy i zmuszoną była położyć się do łóżka. W kilka dni później przyłączył się kaszel, a nogi, zwłaszcza stopy zaczęły brzęknąć. Reumatyzmu, jak również innych chorób ciężkich, nie przechodziła.

Budowa wątła. wzrost średni, mięśnie słabo rozwinięte. Tkanki tłuszczowej podskórnej bardzo mało. Twarz blada, z odcieniem lekko żółtawym. Obrzęk obu stóp umiarkowany, podobnież i sinica nieznaczna.

Tętno 160, małe, nieregularne. Stan bezgorączkowy, ciepłota ciała 37,4 C., oddech spokojny, jednostajny, 24 razy na minutę. Klatka piersiowa prawidłowo zbudowana, wymiar poprzeczny tejże nieco powiększony. Żebra szerokie, jak również i przestrzenie międzyżebrowe. Z tyłu klatki piersiowej z prawej strony począwszy od 8 żebra, stłumienie odgłosu opukowego, sięgające do dolnej granicy płuc; z lewej strony tępość rozpoczyna się na 12 żebrze; oddech w dolnych częściach obu płuc, zwłaszcza z prawej strony bardzo słaby; tamże słychać dość liczne wilgotne rzeżenia, których ilość w kierunku ku szczytom płuc zmniejsza się. Z przodu klatki piersiowej granice płuc znacznie obniżone: i tak, na linii sutkowej prawej na 8 żebrze, na linii pachowej średniej prawej na 10 żebrze. Od strony śledziony dolna granica płuc sięga do dolnego brzegu 9 żebra. Odgłos opukowy w przedniej części klatki piersiowej prawie bębniasty. Ilość rozszianych rzeżeń nieznaczna, kaszlu nie ma.

S e r c e. Uderzenie wierzchołkowe (*ictus cordis*) zauważyć się daje w 6-em międzyżebrze, w postaci dość obszernego, unoszącego palec wzniesienia, nieco na lewo od linii sutkowej lewej. Prócz tego ruchy serca są bardzo widoczne w dołku podsercowym w kształcie falistych wzgórków i zagłębień. Górna granica tępości serca na dolnym brzegu 4-go żebra, dochodzi prawie do sutki; długość jej wynosi 7 ctm.; następnie idzie ku dołowi i na lewo, przekracza linię sutkową lewą i dochodzi do brzegu dolnego 7 żebra, tworząc tym sposobem granicę lewą serca; długość jej 13 ctm.. Ztąd idzie wzdłuż brzegu dolnego 7 żebra na przestrzeni 6 ctm., stanowiąc granicę dolną tępości serca; Doszedłszy do luku żebrowego łączy się z tępością wątroby. Prawa granica na prawym brzegu mostka.

Przyłożywszy dłoń do okolicy, odpowiadającej położeniu serca, czujemy uderzenia serca w kilku miejscach, za pomocą zaś obmacywania dwoma tylko palcami wyczuwa się więcej ograniczone uderzenia serca głównie w 6-tem, niekiedy w 7-em międzyżebrze. Podobnież wyczuć można bardzo dokładnie uderzenia

serca, podsunąwszy trzy palce od strony dołka sercowego pod łuk żebrowy. W okolicy najsilniejszego uderzenia wierzchołkowego tony serca bardzo silne i głośnie, bez szmerów, lecz następują po sobie w nierytmicznych odstępach czasu. Ponieważ rytm serca jest tego rodzaju, iż po kilku silniejszych skurczach następuje cały szereg słabszych i zjawiających się w coraz mniejszych odstępach czasu, zatem i przy osłuchiwanu w początku słyszemy tony bardzo głośnie i silne a później te słabną, a z powodu prędszego rytmu serca tony tak się zbliżają do siebie, że trudno ton skurczowy odróżnić od rozkurczowego. Przy końcu tony prawie zlewają się ze sobą. W dolnej części mostka, na wysokości 4—5 żebra słycać te same tony w temże samem następstwie, tylko z mniejszą siłą, a obok 1-ego słabego tonu szmer skurczowy. W górnej połowie mostka, jak również i w 2-gim międzyżebżu lewem, tuż przy mostku, zamiast pierwszego tonu słycać słaby szmer skurczowy, 2-gi zaś ton jasny, dźwięczny. W miejscu wysłuchiwania tętnicy płucnej dwa tony, przy pierwszym skurczowym zauważyć się daje słaby szmer. W naczyniach szyjowych szmer skurczowy, w żyłach głównie z prawej strony tętnienie, słabsze przy wydechaniu.

Wątroba powiększona, dość twarda i znacznie ku dołowi opuszczona; brzeg jej dolny dość twardy, wyczuwalny. Przewód żołądkowo-kiszkowy przedstawia objawy przewlekłego nieżytu.

Rozpoznanie nasze brzmiało: *Emphysema pulmonum. Arteriosclerosis partis ascendantis aortae. Hypertrophia ventriculi sinistri. Dilatatio ventriculi sinistri. Insufficiencia relativa valvulae tricuspidalis. Arytmia cordis.*

Kiedy po kilku dniach, przy użyciu środków czyszczących, odciągających na płuca i pobudzających (wino), stan chorej znacznie się polepszył, a rytm serca nie był tak jak poprzednio przyspieszonym, zaś tętno zbliżało się pomalu do regularnego, wtedy zauważyliśmy następujące zjawisko: tętno z 86 spadło do 40. Za pomocą dotyku, a nawet wzrokiem można się było łatwo przekonać, że serce, czyli ściślej mówiąc, wierzchołek serca uderzał o przednią ścianę klatki piersiowej o wiele częściej, aniżeli tętno, a mianowicie na dwa uderzenia serca, jedno tętno przypadało. Podczas zaś wysłuchiwania w okolicy wierzchołka serca, każdemu tętnu promieniowemu odpowiadały 4 tony, złączone jakoby w dwie pary. Przystanek pomiędzy tonem skurczowym i rozkurczowym pierwszej pary był dłuższy, aniżeli przystanek pomiędzy takimiż tonami drugiej pary. Czas zaś zawarty pomiędzy pierwszą parą tonów a drugą był na odwrót mniejszy, aniżeli czas pomiędzy drugą parą tonów a następną. W dolnej części mostka, w okolicy zastawki trójdzielnej ogólny rytm ruchów serca i objawów wysłuchowych jest ten sam, z powodu jednak istniejącego szmeru skurczowego orjentowanie się w rytmie serca okazuje się o wiele trudniejszym, aniżeli w okolicy wierzchołka serca. Podczas jednego tętna promieniowego słycać tu wyraźny szmer skurczowy, ton rozkurczowy, poczem następuje krótka pauza; następnie bardzo słaby szmer, przechodzący w słaby ton rozkurczowy i znowu dłuższa pauza. Co się tyczy tej drugiej pary objawów wysłuchowych, t. j. bardzo słabego szmeru skurczowego i tonu rozkurczowego, to pomimo starannego badania niepodobna ich ściśle od siebie odróżnić, a to z dwóch powodów: 1) że szmer i ton są pod względem swego natężenia bardzo słabe, a 2) że rytm, w jakim po sobie następują,

jest nadzwyczaj szybki. Obydwa przytoczone powody są bardzo nieprzychylnie dla naszego zmysłu słuchu, jeśli zaś do tego dodamy tony, które przeniesione być mogą z zastawki dwudzielnej do miejsca wysłuchiwania zastawki trójdzielnej, to łatwo zrozumiemy, dlaczego z drugiej wspomnianej pary objawów wysłuchowych nie będziemy mogli zdać sobie sprawy. Nawet i ostatnia w takim razie ucieczka nasza do tętna nie na wiele się przyda, ponieważ tej właśnie drugiej parze szybko po sobie następujących objawów auskultacyjnych nie towarzyszy tętno w tętnicy promieniowej; jedno tylko tętno żyłne mogłoby nam wtedy okazać się pomocnem.

Rysunki kardyjograficzne, zebrane z uderzenia wierzchołkowego jednocześnie z tętnem, doprowadziły nas do podobnych, jak w poprzednio opisanych przypadkach, wniosków, a mianowicie: 1) że pomimo pozornego braku tętna przy każdym drugim uderzeniu serca istnieje mała fala w tętnicy promieniowej, tylko fala ta jest tak nieznaczna, że jej wyczuć niepodobna, że więc lewa komórka kurczy się, a nie pozostaje w stanie bezczynności, jak to Leyden utrzymywał. 2) tętno większe, odpowiadające pierwszemu silniejszemu uderzeniu serca, wraz z tętnem małym, niewyczuwalnym, odpowiadającym drugiemu uderzeniu wierzchołkowemu, przedstawia postać tętna bliźniaczego. 3) W drugiej z dwóch do siebie należących rewolucyj serca i odpowiadających tętnu bliźniaczemu zachodzi znaczna niestosunkowość pomiędzy czasem trwania skurczu i rozkurczu.

W danym więc przypadku mieliśmy do czynienia z tak zwanym połowicznym skurczem serca Leyden'a, pomimo że istotnej wady serca nie było, była bowiem tylko rozedma płuc i stwardnienie naczyń (*arteriosclerosis*). Obiedwie te choroby tłomaczą nam dostatecznie następcze zmiany w sercu; w skutek stwardnienia błony wewnętrznej aorty, na które wskazywał słaby szmer skurczowy w okolicy zastawek półksiężycowych i w dalszym przebiegu aorty, rozwinął się następczy przerost lewego serca, rozedma zaś płuc, łącząca się zwykle z zastojem i zanikiem naczyń włosowatych, stała się powodem zastoju w prawem sercu, rozszerzenia tegoż i względnej niedomykalności zastawki trójdzielnej. Zjawisko w mowie będące nie trwało jednak ciągle, występowało ono kilka razy dziennie, naprzemian z tętnem arytmicznym, to znowu regularnem, wreszcie, skoro się poprawił stan ogólny chorej tak zwana *hemisystolia* zjawiała się tylko częściowo, nie jako cały szereg uderzeń, w których na 2 uderzenia serca 1 tętno przypadało, lecz od czasu do czasu wśród innych arytmicznych skurczów serca. Na dwa dni przed wypisaniem się chorej ze szpitala zjawisko to znikło, jednocześnie z nastaniem prawidłowego rytmu ruchów serca.

Spostrzeżenie IV. Ryglewski Antoni, lat 50 liczący, urzędnik, przybył dnia 9 Maja 1881 r. do szpitala Dzieciątka Jezus, do oddziału mego, na salę 29-tą z powodu duszności, trwającej już od kilku miesięcy. Chory człowiek bardzo inteligentny opowiada, iż od początku Stycznia r. b. zaczął doznawać lekkiej duszności i męczyć się przy każdym wysiłku fizycznym. Stan ten stopniowo się pogarszał, przyczem i stopy w okolicy kostek brzęknąć poczęły. Po upływie trzech miesięcy, zatem w Kwietniu, duszność przybrała większe rozmiary i inną postać, a mianowicie zjawiała się w kształcie napadów, występujących pod wieczór około 8 lub 9 godziny. Napady te, któreśmy kilka razy mieli sposobność

w szpitalu spostrzegać, odbywały się w następujący sposób: najprzód chory uczuwa brak powietrza, poczem następuje cały szereg oddechów z wyraźniejszym wdechaniem (*inspiratio*), aniżeli wydechanie (*expiratio*). Szereg ten przedstawia dwa wyraźne okresy: w pierwszym, wstępującym, wdechania z początku powierzchowne stają się coraz głębszemi, coraz głośniejszemi, w drugim zaś, zstępującym, stają się naodwrot coraz słabszemi z wyraźniejszym wydechem, aniżeli wdechem tak, iż pod koniec tego okresu następowała pauza, w czasie której chory zupełnie nie oddechał. Po upływie 10—12 sekund zjawiał się znowu wspomniany wyżej szereg oddechów, złożony z dwóch części wstępującej i zstępującej. Według ścisłego obliczenia przypadało na godzinę 12 podobnych napadów, czyli że każdy z nich trwał 5 minut, wliczając do tego i pauzę. Uczucie braku powietrza połączone z niepokojem chorego, stawało się w okresie wstępującym coraz dokuczliwsze, a skoro już brak powietrza osiągnął swego punktu kulminacyjnego, wtedy chory wspierał się rękoma o otaczające przedmioty, głowę mocno ku tyłowi przeginał. Po chrząknięciu następował jakby przełom, a oddech stawał się stopniowo coraz słabszym, aż w końcu nił zupełnie; wtedy następowała pauza. Napady takie powtarzały się z pewnemi przerwami, niekiedy po kilkanaście razy podczas jednej nocy, nie pozwalając tym sposobem zasnąć choremu. W ciągu dnia duszność była zwykle znacznie mniejszą i nie przedstawiała się w postaci podobnych typowych napadów. W takim stanie przebył chory około 2-tygodni w szpitalu, poczem napady same przez się ustały, a pozostała tylko zwykła duszność, występująca przy silniejszych ruchach, fizycznych wysiłkach i t. p..

St a n o b e c n y (*status praesens*). Budowa chorego dobra. odżywianie również niezłe; barwa skóry twarzy nie przedstawia nic szczególnego; stopy nieznacznie w okolicy kostek obrzękłe. Oddech w czasie wolnym od napadów spokojny, regularny, stan bezgorączkowy; tętno 72 na minutę, pełne, dość twarde.

Klatka piersiowa prawidłowo zbudowana. Granice płuc obniżone, oddech na całej przestrzeni płuc pęcherzykowy. W okolicy łopatkki prawej i powyżej u szczytu płuca rzeżenia wilgotne. Kaszel nieznaczny.

S e r c e. Uderzenie wierzchołkowe widoczne dla oka i wyczuć się dające w 6 międzyżebżu, nieco na zewnątrz od linii sutkowej lewej (na 2 ctm.). Uderzenie to, z powodu siły jego do unoszących (*ictus elevans*) zaliczyć wypadało. Rozmiary tępości serca powiększone, głównie w wymiarze poprzecznym. Górna granica bezwzględnej tępości serca znajduje się na 4 żebrze. Długość jej wynosi 9 ctm.. Granica dolna na brzegu górnym 7 żebra=13 ctm. Lewa idzie w kierunku linii ukośnej, zmierzającej ku dołowi i na lewo od końca zewnętrznego górnej granicy serca, długość tejże=8 ctm.. Prawy brzeg mostka stanowi prawą granicę tępości serca. Osluchiwanie. W miejscu uderzenia wierzchołkowego (*ictus cordis*) obok 1-go tonu bardzo słaby szmer; ton rozkurczowy czysty; ku górze i na prawo ku mostkowi szmer skurczowy staje się nieco wyraźniejszym. W 2-gim międzyżebżu prawem słaby podmuch skurczowy, 2-gi ton głośny, dźwięczny. W tętnicy płucnej to samo, prócz tego wzmocnienie (*accentuatio*) tonu rozkur-

czowego. Wątroba powiększona twarda, wyczuwalna. Śledziona nieco większej, niż normalnie objętości. Atonija kiszek.

Rozpoznanie. *Arteriosclerosis. Bronchitis. Hypertrophia ventriculi dextri. Induratio sclerotica valvulae mitralis.* Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że owe powyżej opisane napady duszności zaliczyć należy do tak zwanego zjawiska *Cheyne-Stokes'a*, które obaj ci autorowie uważali za cechę charakterystyczną stłuszczenia mięśnia sercowego (*degeneratio adiposa cordis*). Ja spotykałem je kilka razy przy znacznych wylewach mózgowych (*apoplexia cerebri*). Tętno, które w czasie wolnym od napadów nieprawidłowego oddechania uderzało zupełnie rytmicznie około 72 razy na minutę, w czasie zmienionego rytmu stawało się nieregularnem; niektóre fale były silne, inne znowu tak słabe, że je zaledwie wyczuć można było. Bardzo ciekawem było zachowywanie się tętna względem oddechania. W początku napadów tętno wynosiło około 48—50 na minutę. Trzymając chorego za tętno, a jednocześnie śledząc za fazą oddechania i za uderzeniem wierzchołkowym serca, zauważyłem, że silniejsza fala tętna występowała zwykle przy końcu głębokiego wydechania, w czasie zaś aktu wydechania tętno było albo nadzwyczaj słabe, albo też znikало zupełnie, pomimo że uderzenie wierzchołkowe było jeszcze widoczne, jak również i tętno żył szyjowych. Potem następował znowu okres wdechu, przy początku którego zjawia się słabe tętno, jeśli akt wdechania trwa długo, a pod koniec tegoż znowu bardzo silne tętno. W czasie zaś wydechania znowu nadzwyczaj słabe tętno, albo też intermisya. Otóż częstość tętna, nie licząc owych słabszych fal, nie wynosiła więcej jak 30—34 na minutę, gdy tymczasem serce kurczyło się o wiele częściej 60—68 na minutę. Niekiedy, zwłaszcza podczas wydechania, przy braku tętna arteryjalnego występowało tętno żyłne. Z tego okazuje się, że w danym przypadku mieliśmy obraz kliniczny w czasie objawu *Cheyne-Stokes'a* bardzo zbliżony do tak zwanego *hemisystolia cordis Leyden'a* i tem ciekawszy, że spowodowany został głównie zaburzeniem w oddechaniu. Czy arytmija serca wystąpiła w danym przypadku na skutek bezpośredniego wpływu tego lub owego aktu oddechania na mechanizm ruchów serca, czy też powstała na drodze zwrotnej przez zmianę innerwacji serca, trudno na pewno rozstrzygnąć; zdaje się jednak, że obie te przyczyny mogły się stać powodem arytmii serca. Rysunki sfigmograficzne potwierdziły i w tym razie obecność tętna, niedostępnego dla naszego zmysłu dotyku, tętno to znajdowało się jakby na katakrocie tętna większego wyczuwalnego, tworząc z nim tętno bliźniacze, lub niekiedy naprzemienne. Obydwa te jednak rodzaje typowego, arytmicznego tętna nie zjawiały się podczas każdego napadu nieprawidłowego oddechania. Niekiedy zamiast tętna dwudzielnego występowało tętno trójdzielne, lub czworodzielne, przyczem jednakże zawsze większe tętno przypadało pod koniec aktu wdechania, a mniejsze podczas aktu wydechania, lub na początku fazy wdechania.

(D. n.)

Z WARSZAWSKIEGO SZPITALA DLA DZIECI WYZNANIA MOJZESZOWEGO MAŁŻONKÓW
BERSCHNÓW I BAUMANNÓW.

III. SZKARLATYNA I OSPA JEDNOCZEŚNIE U TEGOŻ SAMEGO DZIECKA.

Podał

L u d w i k W o l b e r g

lekarz tegoż szpitala.

Możliwość jednoczesnego przebiegu u jednego i tego samego osobnika dwóch ostrych zakaźnych chorób wysypkowych obecnie już nie należy do kwestyj spornych, dzięki spostrzeżeniom i opisom Steiner'a, Thomas'a, Montiego, Fleischmanna, Chrostowskiego, Malinowskiego i t. d.

Rzadkość jednak odnośnych przypadków skłania mnie do podania w krótkości podobnegoż przypadku, spostrzeganego przezemnie w szpitalu dzieciennym. W artykule tym, natury czysto kazuistycznej nie uwzględniam wcale, odnośnej znanej mi literatury.

10. IX. 1881 r. przyjętą została do szpitala 5-letnia dziewczynka. Już od kilku dni dziecko to było cierpiącym i wedle słów matki uskarżało się na ból głowy, brak łaknienia, osłabienie i tym podobne przejawy zwiastunne poczynającego się poważniejszego cierpienia. Na dzień przed przybyciem do szpitala matka dziecka zauważyła na całym jego ciele, z wyjątkiem twarzy, jasno czerwoną wysypkę; prócz tego dziecko skarżyło się na ból gardła. Przy przyjęciu zauważyć mogłem, że ciało dobrze odżywianej i dobrze zbudowanej dziewczynki pokryte było charakterystycznymi czerwonymi plamkami, bardzo gęsto rozszaniami; plamek tych na twarzy nie było, natomiast twarz była pokryta rozlaną czerwonością. Błona śluzowa gardzieli silnie zaczerwieniona, migdały obrzmiałe. Ciepłota ciała wynosiła pod pachą $40,2^{\circ}\text{C}$. Rozpoznawszy szkarlatynę, epidemicznie podówczas panującą, poleciłem umieścić dziecko w sali osobnej. Jednocześnie z tą dziewczynką przyjęto do szpitala i jej rodzeństwo, brata i siostrę, którzy znajdowali się wówczas w okresie wylegania szkarlatyny i przebyli ją w naszym szpitalu, nie zaraziwszy się następnie ospą. Jedno z tych dzieci prędko wyzdrowiało i na żądanie rodziców opuściło szpital. 18. IX. to jest, nim na ową salę przyjęte zostało dziecko, chore na ospę, drugie dziecko, siostra opisywanej chorej, było szczepione i miało wyraźnie ślad szczepienia na lewym ramieniu, przeto nie zaraziło się ospą, choć przez cały czas leżało w jednym pokoju z dzieckiem, na ospę cierpiącym. Nasza zaś chora, choć jak rodzice jej utrzymywali już w 1-ym roku życia szczepioną była, jednak żadnych śladów szczepienia nie przedstawiała. Prawdopodobnie więc szczepienie nie miało skutku. W owym czasie panowała w Warszawie epidemicznie szkarlatyna, przebiegająca bądź z udziałem dyfterytu bądź bez niego; epidemija ta do dzisiejszego dnia jeszcze nie ustała, lecz częstość jej znacznie się zmniejszyła i objawy zlagodniały. Również i ospa w owym czasie (Wrzesień zeszłego roku) dosyć często była spostrzeganą i powoli coraz silniej się rozwijać poczęła przy jednoczesnem zmniej-

szaniu się epidemii szkarlatyny, tak że obecnie spostrzegamy daleko więcej przypadków ospy niż szkarlatyny.

Podówczas na sali izolowanej leżało tylko owe troje dzieci, chore na szkarlatynę. Dla chorej mej przepisałem *emulsio ol. ricini* do wewnątrz i przestrzykiwanie gardzieli rozcynem chloranu potasu z małym dodatkiem kw. karbolowego. 12. IX, wysypka szkarlatynowa kwitła na całym ciele, ciepłota 38,2°C. 13-go zauważyłem powierzchowne, białym nalotem (śluz) pokryte, owrzodzenie na migdale lewym znacznie obrzmiałym. Obawiając się dyfterytu, tak często w tej epidemii przyłączającego się do szkarlatyny, poleciłem trzy razy dziennie pędzlować gardziel mieszaniną *chlorali hydratici* (3j) z dwiema drachmami gliceryny, a do wewnątrz *natrum benzoicum* 3j na 3jv wody, co godzina łyżeczkę. Owrzodzenie na migdale przez następne dwa dni powiększyło się cokolwiek, lecz już dnia 15. IX. poczęło się zupełnie oczyszczać i zablizniać. Ciepłota wynosiła wówczas 37,8° C., a wysypka szkarlatynowa zbladła i dnia 16. IX. już znikła. Jednocześnie ustąpiło obrzmienie migdałów, a z niem i ból gardła. Dziecko miało dobry apetyt, ogólny stan był doskonały, poleciłem przeto dawać mu rosół, pół bułki i kawałek pieczonego mięsa.

Do dnia 24. IX. stan dziecka był zadawalniający; tego dopiero dnia zauważyłem lekki obrzęk stóp. Skóra była suchą i chropowatą, a dnia 27. XI. naskórek począł się łuszczyć. Obrzęk się nie powiększał, mocz zawierał cokolwiek białka. Dziecku przepisałem dyjetę mleczną, a oprócz tego *tincturam ferri chlorati*, którą zmieniłem następnie na proszki z czystej tanniny. Dnia 28. XI. zauważyłem, że i dolne powieki obu oczu, a nawet policzki lekko były obrzmiałe. Dnia 2. X. obrzęki się zmniejszyły, natomiast zauważono wypływ ropnej cieczy z lewego ucha i ekcemat na lewej muszli usznej, spowodowany drażnieniem skóry ropą, która w małej ilości prawdopodobnie już od kilku dni wypływała, przy braku jednak wszelkiej bolesności i nieznacznej ilości wypływu nie zwróciła na siebie uwagi. Poleciłem trzy razy dziennie przestrzykiwać ucho następującym rozcynem: *zinci sulfurici gr. iv, acidi carbolicum gtt. xv. aquae destillatae 3jij*, a w muszlę dwa razy dziennie wcierać cokolwiek *unguenti hydrag. praecip. albi*; przy tem leczeniu po ośmiu dniach ropienie ustało, a wysypka na muszli w ciągu 12 dni zginęła.

20. IX. to jest wówczas, kiedy wysypka szkarlatynowa już znikła z ciała naszej chorej, a łuszczenie naskórka jeszcze się nie rozpoczęło, byliśmy zmuszeni umieścić na tej samej sali małego chłopczyka, cierpiącego na ospę; dziecko to pozostawało na tej sali do 11. X. i, jako zdrowe, tego dnia zostało przezemnie wypisane. Szczupłe rozmiary naszego szpitala nie zezwalają nam na posiadanie osobnej sali dla każdej oddzielnej zakaźnej choroby wysypkowej, a przepisy i liłość nad biednymi dziećmi, pozbawionymi w domu wszelkiej opieki, zmuszają do przyjmowania tychże i umieszczania rozmaitych wysypek jednocześnie na jednej sali, izolowanej od ogólnych sal, na które przyjmowane bywają dzieci z chorobami chirurgicznymi, wewnętrznymi i skórными niezakaźnymi. Od tego dziecka zaraziła się nasza chora, która, jak wiadomo, nie miała śladów szczepienia ospy; dwa tygodnie trwał okres utajenia, a 5. X. zjawiła się nowa wysypka, jednocześnie trwało jeszcze łuszczenie się naskórka. 4. X. ciepłota ciała była jeszcze

normalną, a stan ogólny zupełnie zadowolniający, 5. X. już nad ranem ciepłota wzniosła się do 37,6° C., po obiedzie zaś do 40,0° C.. Wówczas na twarzy zauważyłem już kilkanaście dosyć dużych czerwonych plamek. Błona śluzowa gardzieli była czysta. Na drugi dzień ciepłota opadła nad ranem do 39,0° C., wieczorem nawet do 37,6° C.. Ilość czerwonych plamek znakomicie się powiększyła; dawniejsze zamieniły się na guziczki (*papulae*); obecnie można je było widzieć w wielkiej obfitości nie tylko na twarzy, lecz i na całym ciele i kończynach. O ddzielne guziczki na wierzchołku pokryte są blaszkami łuszczącego się bardzo silnie naskórka. Następnego dnia ciepłota znów wzniosła się do 39,0° C., a guziki przemieniły się w pęcherzyki, a następnie w pryszcze wypełnione czystą ropą i opatrzone wyraźnym, tak charakterystycznym zagłębieniem (*umbo*). Pryszcze pokrywały obecnie całe ciało tak obficie, że tylko gdzieś tam można było zauważyć kawałki niepokrytej przez nie skóry z obfitem w tych miejscach łuszczeniem naskórka. Na dolnych kończynach, szczególnie na zewnętrznej i tylnej powierzchni obu goleni, pryszcze zlewały się ze sobą, tworząc powierzchnię wrzodziejącą. Najwięcej pryszczycy było na goleniach, przedramionach i pośladkach; najmniej na piersiach i brzuchu. 10. X. prawie wszystkie pryszcze zlewały się ze sobą i całe ciało przedstawiało wstrętny widok jednego obszernego owrzodzenia. Wargi sromne wielkie i małe i otwór cewki były tak obrzmiałe, że oddawanie moczu było utrudnione i bolesne. Ogólny stan dziecka był bardzo zły, osłabienie ogromne; stolec i mocz oddawało dziecko pod siebie; brak zupełny łaknienia, tętno bardzo miękkie, ciepłota spadła, *coma* i 15 Października dziecko zmarło.

Nie wdając się w żadne teoretyczno-kompilacyjne rozumowania, powtarzam dla łatwiejszego przypomnienia najważniejsze dane: 10 Września wysypka szkarlatynowa; 13-go *angina et tonsillitis ulcerosa*; 20-go przybywa do tej samej sali dziecko chore na ospę; 24-go obrzęk stóp i białko w moczu naszej chorej (*nephritis scarlatinosa*); 27-go rozpoczyna się łuszczenie naskórka; 2. IX. *otitis*; 5. IX. zjawia się wysypka ospy, w skutek której 15. IX. dziecko umiera.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

30. Oberst. Rozdarcia cewki moczowej u mężczyzn i ich leczenie.

Obrażenia te zazwyczaj krótko są w podręcznikach traktowane; tymczasem należą one do tych cierpień, które, leczone z samego początku odpowiednio i racjonalnie, kończą się zazwyczaj szybko i pomyślnie, w przeciwnym zaś razie prowadzą za sobą bardzo nieprzyjemne następstwa. Ta właśnie okoliczność skłoniła autora do obszerniejszego wykładu, opartego na spostrzeżeniach z kliniki chirurgicznej w Halli.

Rozdarcia cewki powstają albo bezpośrednio od wewnątrz przy gwałtownym wprowadzaniu instrumentów, przy wyciąganiu odłamków kamienia i t. p., albo od zewnątrz, skutkiem przecięcia, przekłucia, postrzału lub stłuczenia, skierowanego na krocze przy uderzeniu, upadnięciu, albo też pośrednio przez przemieszczone odłamki kostne przy złamaniach miednicy. Obrażenia, powstałe z przyczyn pierwszej kategorii, nie przedstawiają stałej formy; natomiast rozda-

cia, wywołane przez przemieszczone odłamki kostne, zazwyczaj dotyczą pewnego oznaczonego miejsca i mają oznaczoną formę.

Między rozdarciami typowemi można odróżnić dwa rodzaje:

- 1) takie, przy których rozdarta zostaje tylko pewna część obwodu cewki, czyli gdzie ciągłość cewki pozostaje nienaruszoną, i
- 2) takie, przy których cały obwód cewki ulega rozdarciu, czyli gdzie jest przerwana ciągłość kanału.

Co do miejsca trzeba rozróżnić rozdarcia w części błoniastej lub opuszkowej (*pars membranacea et bulbosa*) i rozdarcia wyżej umieszczone w bliskości, lub w samej szyjce pęcherzowej.

Lżejsze formy obrażenia, czyli rozdarcia niezupełne, powstają prawie bez wyjątku przy upadnięciu lub uderzeniu w krocze i dotyczą zawsze części błoniastej lub początku opuszkowej (według doświadczeń *Poncet'a* i *Ollier'a* na granicy obu tych części). Mechanizm obrażenia jest bardzo prosty. Tak np. w najzwyczajniejszym przypadku upadnięcia okraciem z pewnej wysokości na krawędź, krocze i cewka zostają z całą siłą przyparte do spojenia łonowego; ponieważ zaś cewka przez wiąz łonokrokowy umocowaną jest na dolnym brzegu spojenia, nie może więc ustąpić przed napierającą siłą, lecz zostaje przygniecioną do dolnego brzegu spojenia, lub też do zstępującej gałęzi kości łonowej, lub wstępującej kulszowej przy więcej bocznym kierunku siły. Przy znacznem nateżeniu tej ostatniej cewka rozrywa się, podczas gdy skóra, posiadająca znaczniejszą sprężystość, pozostaje całą. Przy tych warunkach rozdarcie zwykle zdarza się na ścianie tylnej czyli dolnej i jest poprzeczne. *Poncet* i *Ollier* na mocy swych doświadczeń doszli do przekonania, że cewka przyparta do średniej powięzi krocza (*lig. Carcassoni*) zostaje wprost przez nią przecięta i że tym sposobem obrażenie dotyczy ścianki przedniej (górnjej). Obserwacje jednak kliniczne nie stwierdzają tego poglądu.

Objawy rozdarcia niezupełnego są następujące: podbiegnięcia krwawe, obrzmienie krocza i moszny, krwawienie z cewki, ból w obrażonym miejscu. Oddawanie moczu z początku zwykle niezamącone, dopiero utrudnionem lub zupełnie niemożliwym staje się następnie wskutek obrzmienia zapalnego. Wtedy to zagraża nacieczenie moczowe i rozkład gnilny. Z obawy tego ostatniego przy podejrzeniu nawet rozdarcia cewki należy wprowadzić do pęcherza gruby cewnik i pozostawić go na dni kilka. Ponieważ rozdarciu ulega zwykle ściana tylna, należy przy wprowadzeniu cewnika trzymać się dziobem ściany przedniej. Jeśli wprowadzenie nie udaje się, trzeba postąpić tak, jak to będzie wskazazem niżej przy opisie rozdarć zupełnych. Całe zwykle leczenie ogranicza się na wprowadzaniu cewnika. Dość często jednak dochodzi do utworzenia się ropnia w ugniecionych tkankach, który po przecięciu szybko się zagaja. Ponieważ do utworzenia się ropnia, dochodzi w znacznej liczbie przypadków, możnaby uważać za dość racjonalne otworzenie zawczasu wylewu krwistego na kroczu i wtedy bowiem przy zastosowaniu opatrunku przeciwnilnego zapewnia się szybsze wyleczenie.

O wiele donioślejszego znaczenia są całkowite rozdarcia cewki moczowej. Dawniej powątpiewano o możebności takowych, dokładniejsze jednak badania dowiodły, że całkowite rozdarcia cewki częściej się zdarzają od niezupełnych. Tego rodzaju obrażenia mogą powstać w dwojaki sposób: 1) jak i niezupełne, od uderzenia, upadnięcia okraciem i 2) przy zboczeniu odłamków przy złamaniach miednicy. Według *Gosselina* ostatnia przyczyna powoduje rozdarcia niezupełne, tymczasem autor we wszystkich swoich przypadkach, widział rozdarcia zupełne, z czem się zgadzają i wszystkie inne spostrzeżenia z kilku lat ostatnich.

Co się tyczy złamań miednicy, jako momentu powodującego rozdarcia cewki, najważniejszą jest odmiana ich po raz pierwszy opisana przez *Malgaigne'a*

i nazwana podwójnem pionowem złamaniem miednicy. Odznacza się ono tem, że złamanie jednocześnie zachodzi od tyłu i od przodu; z przodu ulegają mu kości tworzące otwór owalny, a mianowicie z jednej strony gałąź pozioma kości łonowej, to bliżej, to dalej od spojenia, najczęściej przy guziku biodrogrzebieniowym, z drugiej strony gałąź zstępująca kości łonowej, lub wstępująca kuluszowej. Przy pewnych okolicznościach, złamanie może się znajdować bliżej spojenia łonowego, tak, że linija złamania nie będzie przechodzić przez otwór owalny. Z tyłu albo powstaje rozejście się spojenia krzyżobiodrowego, albo podłużne złamanie kości biodrowej lub krzyżowej, zwykle w okolicy otworów tejże kości. Tego rodzaju złamania wymagają znacznej siły. Powstają one od przywalenia znacznym ciężarem, spadnięcia z wysoka, zgniecenia między buforami. Według autora siła przytem działa zwykle w kierunku poprzecznym, od jednego boku do drugiego, a nie w kierunku strzałkowym, t. j. przednio-tylnym jak to zwykle przyjmują. Różnica w kierunku działania siły objaśnia dokładnie rodzaj i sposób obrażenia. I tak, jeśli pewna siła, naciskając na miednicę z boków, nie ustaje z chwilą, kiedy spowodowała złamanie kości, to działając dalej, pociąga za sobą przemieszczenie odłamków; boczny odłamek kieruje się ku środkowi, środkowy ku zewnątrz. Z tego wypada, iż opuszka i część błoniasta cewki wystawioną jest na wielkie niebezpieczeństwo ze strony odłamka bocznego. Inaczej rzecz się ma, jeśli siła działa z przodu ku tyłowi. Tutaj odłamek środkowy kieruje się ku tyłowi, boczny ku przodowi; na niebezpieczeństwo wystawionym jest pęcherz, a nie cewka, obrażającym odłamkiem jest środkowy. Przypadki kliniczne potwierdzają to objaśnienie w zupełności.

Jeśli cewka w ten lub ów sposób całkowicie przerwana została, to najpierwszym objawem będzie krwawienie z cewki. Kiedy chory usiłuje mocz oddać, to ten ostatni dochodzi tylko do miejsca rozdarcia, miesza się tam z krwią wylaną i jeśli wcześniej nie przyjsć z pomocą, wywołuje nacieczenia moczowe ze wszystkimi następstwami.

Leczenie w tych przypadkach ma na celu odpowiedzieć trzem najważniejszym wskazaniom: zapewnić swobodny odpływ moczu, przeszkodzić zakażeniu i przywrócić normalną drożność kanału moczowego. Aby wypełnić wskazanie pierwsze, należałoby zaprowadzić cewnik, ale nie udaje się to tutaj tak łatwo, jak przy rozdarciu niezupełnem. Pęcherzowy odcinek cewki oddzielony zupełnie od obwodowego, swobodnie się porusza w jamie, mniej lub więcej obszernej. Usiłowanie wprowadzenia cewnika po razy kilka jest z tego względu przeciwwskazanem, że wznawia krwawienie, a zarazem może działać jako bodziec zapalny. W tym razie cewnik powinien tylko odgrywać rolę zgłębnika dla stwierdzenia rozpoznania.

Przekłucie pęcherza najprędzejby doprowadziło do pożądanego celu. Gorąco też ono było zalecanem przez niektórych chirurgów francuzkich. Inni jednak autorowie, przeważnie niemieccy, występują przeciwko tej operacji raz, że przekłucie pęcherza jest tylko środkiem tymczasowym, a powtóre, że zupełnie nie zabezpiecza od zakażenia pierwotnej rany. Bodźce zakaźne mogą być wprowadzone z cewnikiem przy badaniu, a z drugiej strony w skutek silnego stłuczenia i nadmiernego wypełnienia pęcherza dość często muskulatura zwieracza ulega bezwładowi i mocz pomimo przekłócia, chociaż w małej ilości, przesiąkać będzie do cewki, do rany. Wprawdzie i przy rozdarciu częściowem cewki po zaprowadzeniu cewnika mocz może wyciekać obok niego i dochodzi do rany, a pomimo to nie wywołują zakażenia, tłumaczy się to jednak tem, że mocz tutaj nie zatrzymuje się w ranie, lecz wypływa na zewnątrz obok cewnika, a z drugiej strony rana przy rozdarciu częściowem jest bardzo nieznaczna. Z resztą przekłucie i dla samego pęcherza obojętnem nie jest, bo chociażby je wykonać podług najlepszej metody, może spowodować niezbyt pęcherza, złuszczenie i owrzodzenie błony śluzowej, zapalenie i ropienie w miedniczkach nerko-

wych. Tym sposobem do przekłucia pęcherza należy się uciekać tylko w nadzwyczajnych przypadkach, gdzie inny sposób postępowania nie prowadzi do celu.

Cięcie na kroczu, odnalezienie przerwanej cewki i zaprowadzenie cewnika zadość uczyni wszystkim wskazaniom. Odszukanie jednak pęcherzowego odcinka cewki uważają zwykle za tak trudne, że często ono zupełnie się nie udaje. O b e r s t uważa zaś je za dość łatwe, jeśli operację wykonać w sposób następujący: układamy chorego jak do cięcia kamienia, wprowadzamy zgłębnik, przewodnik, lub cewnik do samego rozdarcia, następnie robimy cięcie od 5—8 ctm. długie, dochodzące prawie do odbytu, tym sposobem dojdziemy do obwodowego odcinka cewki. Jamę wypełnioną skrzepami dokładnie oczyszczamy, brzegi rany odchylamy haczykami tępymi i jeśli cięcie było dostateczne, wtedy na dnie rany ujrzymy środkowy odcinek cewki, podobny do skrzepu krwi i przedstawiający się jako ruchomy wyrostek, silnie krwią podbiegnięty, zawsze nieco krwawiący. Jeśli go mimo to odnaleźć nie można, należy naciskać dłonią na pęcherz i uważać czy w jakim miejscu mocz się nie ukaże; w miejsce to wprowadza się gruby cewnik. Jeśli operację tę wykonamy przy rozdarciu częściowym cewki, które zwykle się zdarza na ścianie tylnej, to miejsce rozerwane łatwo udaje się dojrzeć, jeśli zaś rozdarta jest ścianka przednia, to cięcie podłużne wykonane na cewniku łatwo doprowadzi do celu.

Zdarza się jednak, że pomimo wszelkich starań pęcherzowego odcinka cewki nie odnajdziemy. I wtedy jeszcze nie należy spieszyć się z przekłuciem pęcherza, odpływ moczu bowiem przez rozszerzoną ranę dostatecznie odbywać się będzie. Dopiero gdy pomimo cięcia, lub też później przy ziarninowaniu rany odpływ moczu jest w wysokim stopniu trudny, należy przystąpić do przekłucia pęcherza, albo jeszcze lepiej do wysokiego cięcia pęcherza (*sectio alta*), po wykonaniu którego za pomocą kateterizmu tylnego (*catetherismus posterior*) bieg cewki odnajdziemy.

Po utorowaniu drogi dla moczu winniśmy się zająć postawieniem rany w warunkach pomyślnych dla sprawy gojenia. W tym celu należy usunąć pierwiastki zakaźne, jakie już w ranie zagnieździć się mogły, a zarazem zabezpieczyć ją od nowego zakażenia. Wypełnienie tego wskazania szczególnie jest ważnem przy rozdarciach cewki, powstałych wskutek przemieszczenia odłamków miednicy. Mamy tu nieraz do czynienia z jamą, przerażającą swemi rozmiarami. Palec śledzący sięga pod spojenie łonowe, na boki pod pośladki i granic jamy dosięgnąć nie może. Jama ta wypełniona jest skrzepami krwi, tkankami rozmiążdżonemi, odłamiakami kości. Po dokładnem oczyszczeniu rany wkładamy w nią grube dreny, starając się, aby doszły aż do miejsca złamania. W razie potrzeby robimy przeciwotwory lub przeprowadzamy obszerniejsze cięcia. Następnie wszystko starannie przemywa się 3% roztworem kwasu karbolowego i opatruje przeciwgnilnie, wypełniając dokładnie jamę kawałkami muslinu karbolizowanego. Tamponowanie jamy ma na widoku dwa zadania: zatamowanie krwawienia, które szczególnie znacznem bywa przy obrażeniu opuszki i utwierdzenie cewnika. Tak postępując, zapewniamy ranie dość szczęśliwy przebieg, pomimo że trudno ją zupełnie uchronić od zanieczyszczenia przez mocz a nawet i kał niekiedy. Opatrunek zmienia się od 1—2-óch razy dziennie. Po upływie 2—3 dni usuwa się cewnik, wprowadzony przez ranę na krocz i zamiast niego wprowadza się przez otwór zewnętrzny cewki, gruby cewnik N e l a t o n'a. Następnie po dniach 6-ciu lub 10-ciu kiedy już rana dobrze ziarninuje, można cewnik i opatrunek zupełnie usunąć. Od tej chwili wprowadzamy codziennie cewnik lub zgłębnik R o s e r'a, aby uniknąć zwięzienia cewki. Po upływie 5 do 6 tygodni chory prawie że wszystek mocz oddaje drogą naturalną. Przez dłuższy czas jednak jeszcze nie należy zapominać o zaprowadzaniu cewnika.

Nigdy prawie cała ta sprawa nie obywa się bez wywołania lekkiego niezytu pęcherza moczowego, dlatego też dopóki cewnik pozostaje w pęcherzu na-

leży ten ostatni przeplukiwać rozczynek kwasu salicylowego. Po oddaleniu cewnika nieżyt szybko ustępuje. Koenig zamiast cewnika przez środkowy odcinek cewki zaleca przeprowadzać nitkę, sposób ten jednak nie wszędzie da się zastosować, nadto nie zapewnia dokładnego opróżniania pęcherza, w następstwie zaś może utrudnić utorowanie drogi cewki w skutek przemieszczenia odcinka pęcherzowego.

Pozostaje nam jeszcze napomknąć o rozdarcjach cewki poza opuszką, bliżej lub nawet przy samej szyjce pęcherza. I tutaj przeważnym objawem jest niemożność oddawania moczu. Rozumie się, że w tym przypadku cewnik można dalej przeprowadzić niż przy rozdarcjach części błoniastej lub opuszkowej, wprowadzenie jednak cewnika do pęcherza przy rozdarciu zupełnem jest całkowicie niemożliwem. I tutaj również zagraża zatrzymanie moczu, nacieczenie moczowe i rozkład gnilny. Ponieważ obrażenie znajduje się tutaj ponad powięzią głęboką krocza, a nienaruszona powięź czyni niemożliwem wylanie się na zewnątrz tak zawartości pęcherza jak i krwi lub produktów zapalnych, nacieczenie więc rozszerza się po luźnej tkance miednicy, prowadząc za sobą groźne następstwa, jeśli rychło nie pospieszymy z odpowiednią pomocą. Dlatego też przedewszystkiem robimy cięcie na kroczu, aby dojść do miejsca obrażenia i dać odpływ moczowi i wydzielinom z rany. Jeśli odszukanie pęcherzowego odcinka cewki przy rozdarciu się części błoniastej lub opuszkowej było bardzo trudnem, to tutaj jest ono zupełnie niemożliwem. Ponieważ z upływem czasu nic pod tym względem zyskać nie możemy, to należy rychło przystąpić do wysokiego cięcia pęcherza (*sectio alta*) i do wprowadzenia cewnika od tyłu, przez otwór pęcherzowy (*catheterismus posterior*). Operacja ta, pierwszy raz wykonana przez Volkmana, a następnie zalecana przez Neuber'a i Ranke'go, wykonywa się w sposób następujący: po otwarciu pęcherza nad spojeniem łonowem przez ranę wprowadzamy cewnik metalowy do pęcherza i odpowiednio nim kierując, staramy się koniec jego przez otwór pęcherzowy cewki wyprowadzić na zewnątrz przez ranę poprzeczno wykonaną na kroczu. Przez okienko cewnika przeprowadzamy nitkę, do której przywiązany jest cewnik Nelaton'a i tym sposobem wprowadzamy go do pęcherza. Z drugiej strony przez otwór zewnętrzny cewki wprowadzamy znów cewnik metalowy i postępując jak wyżej, wyprowadzamy drugi koniec cewnika Nelaton'a przez cewkę od tyłu ku przodowi. Tym sposobem mamy przeprowadzony cewnik przez naturalny kanał do pęcherza, a nitki znajdujące się na końcach cewnika, odpowiednio przymocowane, zabezpieczają od wyslizgnięcia się takowego. Najtrudniejszym aktem w tej operacji jest odszukanie otworu pęcherzowego i dlatego też każdy z autorów zaleca odmienny rodzaj cewnika. Po utorowaniu normalnej drogi staramy się o zagojenie obu ran, według ogólnych zasad dzisiejszej chirurgii.

(*Samml. Klinisch. Vorträge Volkmann's N. 210*).

Fr. Jawdyński.

31. Landau Leopold. Nerka wędrująca u kobiet. (*Die Wanderniere der Frauen. Berlin. 1881. str. 104*).

Już od dość dawna przypuszczano, że nerka pod wpływem rozmaitych czynników, może opuścić swe zwykle miejsce, lecz prace na tem polu były niewyczerpujące i zasadzały się li tylko na spostrzeżeniach, czynionych na chorych. Pierwszy Aberle w roku 1826 ogłosił dokładny opis 4-ch przypadków nerki wędrującej, podając obok spostrzeżeń klinicznych także opis sekcji, dokonanych we wszystkich pomienionych przypadkach. Od czasu spostrzeżeń Raye'r'a zaczęto się pilniej zajmować tą kwestyją, tak, że w r. 1859 już Fritz zdołał zebrać w literaturze 35 przypadków. Dietl bardzo wiele przyczynił się do wzbogacenia symptomatologii nerki wędrującej; przypuszczał on, że zwłaszcza Polacy często podlegają temu cierpieniu. Rollet pierwszy napisał wyczerpującą monografię w tej kwestyi.

Na zasadzie spostrzeganych dotąd przypadków, zauważono, że nerka wędrująca występuje przeważnie u ludzi należących do niższych warstw społecznych, zmuszonych oddawać się ciężkiej pracy fizycznej, przytem częściej podlegają jej kobiety niż mężczyźni. L a n d a u podaje, że w ogóle na 314 przypadków nerki wędrującej, ogłoszonych w różnych czasach, 273 razy znaleziono ją u kobiet, a 41 razy u mężczyzn. Co do wieku, w którym najczęściej można ją obserwować, to L a n d a u podaje następujące cyfry: na 100 przypadków było od 1 roku do 10 lat — 6, od lat 10 do 20 — 2, od lat 20 do 30 — 15, od 30 do 40 — 43, od 40 do 50 — 21, od 50 do 60 — 9 i od lat 60 do 70 — 4. Co do tego, która nerka częściej bywa ruchomą, L a n d a u podaje, że na 173 przypadki, 152 razy ruchomą była nerka prawa, 12 lewa i 9 razy obie nerki.

Nerkę, która pod wpływem jakichbądź czynników opuściła zwykle swe miejsce, znajdujemy najczęściej w okolicy II—III kręgu lędźwiowego obok kręgosłupa, zawsze prawie pokrytą przez kiszki cienkie. Oprócz zmiany położenia nerka taka wykonywa zwykle obrót około jednej ze swych osi, lub też około obydwu osi naraz. Ciałem brzeg zewnętrznym nerki zwraca się ku górze, górny koniec ku wewnątrz, a dolny ku zewnątrz, w skutek czego wnęka zwróconą jest ku wewnątrz i ku dołowi; czasami obrót następuje tylko około osi poprzecznej, tak, że wnęka zwraca się ku górze; nadzwyczaj rzadko dolny koniec nerki zwróconym jest ku przodowi; najczęściej jednak nerka przyjmuje położenie ukośne od góry i zewnątrz ku dołowi i ku wewnątrz. Prawa nerka może poruszać się w odcinku kuli, której punktem środkowym jest ujście żyły nerkowej prawej, lewa w odcinku kuli o punkcie środkowym w miejscu początku lewej tętnicy nerkowej. Im niżej zstępuje nerka, tem więcej poprzeczny kierunek przyjmuje jej oś podłużna, im zaś więcej posuwa się ku przodowi, tem bardziej brzeg wewnętrzny i koniec górny kieruje się ku przodowi. Wskutek tych zmian położenia następują zboczenia w przebiegu naczyń nerkowych i moczowodów; w miarę opuszczania się nerki naczynia zginają się pod kątem mniej lub więcej ostrym, wskutek zaś obrotu około osi naczynia i moczowód skręcają się i zginają w rozmaity sposób, wskutek tego światło ich traci zwykły swój wymiar.

Uruchomiona nerka zwykle bywa mniejsza i lżejsza od drugiej, która nie opuściła swego miejsca i zmuszoną jest często działać za obie. Jeśli nieprawidłowe położenie nerki przeciąga się cokolwiek dłużej, najczęściej znajdujemy zmiany w jej istocie, jakoto zwyrodnienie tłuszczowe, przerost tkanki łącznej i wodonercze (*hydronephrosis*). Tłuszcz w torebce tłuszczowej nerki zanika zwykle bardzo szybko, w skutek tego otrzewna pokrywająca nerkę może się wyciągać i powstaje rodzaj krążki nerkowej (*mesonephron*), która nawet nieraz dochodzi do dość znacznych rozmiarów powstawania tej krążki; przypisywano jej dawniej główną przyczynę zboczenia nerki z jej położenia prawidłowego. Ze zmian w organach sąsiednich wymienić należy zsuniecie zgięcia okrężnicy prawego i lewego wraz z krążką ku dołowi i ku zewnątrz; często zdarza się, że nerka wędrująca może wsunąć się między dwa listki krążki okrężnicy i w ten sposób wywierać ucisk na kiszki. Sąsiednie organy mięsne pozostają zwykle bez zmiany; nawet nadnercze zawsze pozostaje niezmienione w swym zwykłym miejscu. Bardzo często następują zrosty nerki ruchomej z dolną powierzchnią wątroby, pęcherzykiem żółciowym i poprzecznicą. Nadzwyczaj rzadko spotykamy zakrzep żyły głównej dolnej, spowodowany przez nerkę wędrującą.

Przyczyny nerki wędrującej są bardzo różnorodne. Pominąwszy to, że rozwój jej przypisywano błędnie powstawaniu krążki nerkowej i przemieszczeniu kiszki, co właściwie trzeba uważać za skutek, nie zaś za przyczynę, czynniki wywołujące nerkę ruchomą można rozdzielić na dwie grupy; na czynniki anatomiczne i mechaniczne. Co do pierwszych, to guzy wątroby i śledziony nie są w stanie wywołać nerki wędrującej, gdyż ucisk wywierany przez nie, jest skierowany głównie na przednią powierzchnię nerki,

nie zaś na os podłużną; tylko guzy trzustki i nadnercza mogą być przyczyną zmiany położenia nerek. Guzy samej nerki, jak raki, mięsaki, wodonercze, mogą być przyczyną jej przemieszczenia. Próchnienie ostatniego kręgu grzbietowego i *psoriasis* mogą również wywołać nerkę wędrującą. Najglówniejszą i najczęściej spotykaną przyczyną rozwoju nerki ruchomej jest z a n i k t ł u s z c z u w t o r e b c e t ł u s z c z o w e j (*capsula adiposa*) i zluźnienie otrzewnej pokrywającej nerkę. Jeśli zanik taki napotykanymy u osobników młodych, to niezawsze następuje ruchomość nerki, gdyż więzy mogą się o tyle wzmocnić, że zdołają utrzymać nerkę w zwykłym jej położeniu; jeśli zaś tłuszcz zanika szybko u starych, wycieńczonych, (zwłaszcza u tych, którzy przebyli tyfus, zimnicę), to już cokolwiek silniejszy nacisk tłoczni brzusznej może wywołać nerkę wędrującą. Wydatną rolę w etjologii nerki wędrującej odgrywają cierpienia ścian brzucha u kobiet. Jeśli tylko brzuch staje się obwisłym, czy to wskutek guzów ścian brzucha, czy też jako pozostałość po licznych porodach lub poronieniach, to już mamy sprzyjające okoliczności do uruchomienia nerki. Przyczyną powstawania nerki wędrującej w takich okolicznościach będzie to, że umiarkowany nacisk tłoczni brzusznej, służący do utrzymania nerki w jej prawidłowym miejscu, zostaje zniesiony w tych razach. Prócz tego u osobników z obwisłym brzuchem, w pozycji stojącej, kiszki ciągle pociągają ku dołowi organy leżące nad nimi, a więc i nerki; ważną rolę gra także ta okoliczność, że z obwiśnięciem brzucha i rozciągnięciem jego ścian idzie zawsze w parze zwiotczenie otrzewnej, pokrywającej przednią powierzchnię nerki. Rozumie się samo przez się, że przepukliny również sprzyjają powstawaniu nerki wędrującej. Niektórzy, jak *Bequet*, *Lanceraux*, *Fourrier*, wielki wpływ przypisują miesiączkowaniu, na zasadzie niewyjaśnionego jeszcze dotąd związku, istniejącego pomiędzy splotem jajnikowym i nerkowym.

(D. c. n.)

Wiadomości bieżące.

Warszawa. „Gazeta Lekarska“ jako przedstawiciela swego wysłała na Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze kolegę *Matlakowskiego*. Tym sposobem będziemy w możności Czytelnikom naszego pisma dać dokładne sprawozdanie o takowym Zjeździe.

Sekretarz stały Towarzystwa lekarskiego tutejszego zawiadomił nas listownie, iż na zjeździe Pragskim reprezentować ma Towarzystwo deputacja złożona z wice-prezesem *D-ra Gepnera* i członków: *Krasińskiego*, *Kosmowskiego*, *Mayzla*, *Talki*, *Dobieszewskiego* i *Rewolińskiego* (z Radomia).

Berlin. Odsłonięto tu w d. 22 b. m. pomnik dla *A. Graefego*.

— Wystawa higieniczna na kilka dni przed otwarciem uległa spaleniowi wraz z wieloma przedmiotami.

Greifswald. Zmarł tu w 44 r. życia prof. *Hueter*.

NADEŚLANO DO REDAKCYI:

Hr. Kutuzow. Odpowiedź jenerałowi *Skobielewowi*. Nakład *A. Lesmana*. 1882.

Iwanowski. Diagnostyczne znaczenie ciepłych siernych i żelaznych wód w łatentnych formach sifilisa. Iz *Wojenno-Medicynskawo* żurnala. 1881. Nr. 10 i 11.

Zbiór prac z kliniki lekarskiej prof. *D-ra Korezyńskiego* w Krakowie. Zeszyt VI.

Zabłudowski. Materiały k woprosu o diejstwiu masaży na zdrowych ludziej. *Petersburg*. 1882.

Wydawca *Dr. St Kondratowicz*.

Redaktor odpowiedzialny *Dr. Wł. Gajkiewicz*.

Дозволено Цензурою, Варшава 13 Мая 1882 г.

Друк *K. Kowalewskiego*, Królewska. 23.

Kowanówko pod Obornikami

w Wielkiem Ks. Poznańskim

Zakład leczniczy dla nerwowo-umysłowych chorych

4 mile na północ **Poznania**, tuż przy stacyi kolejowej **Oborniki**, w zdrowem pięknem miejscu położony, przyjmuje każdego czasu chorych płci obojej na kuracyję.

Zakład tutejszy poczyna 25 rok swego istnienia. Z każdym rokiem odpowiednio postępowi nauki i wymaganiom czasu polepszany, dostarcza chorym z jednej strony wszelkich środków i sposobów leczniczych, z drugiej strony nie tylko wygod i warunków dobrobytu pod każdym względem, ale i przyjemności najrozmaitszych, zwłaszcza też sposobności do pożycia w rodzinach lekarzy.

Pensya za miejsce 1-szej klasy wynosi 300 marek, za miejsce 2-giej klasy 200 marek miesięcznie.

Szczegółowych prospektów dostarcza na żądanie *Dyrekcya Zakładu*

Dr. Żelasko

Dr. Karczewski.

Tajny Radca Zdrowia.

12—5

APTEKA JULJUSZA EKERKUNST

w Warszawie, Leszno Nr. 28.

Zakład wód mineralnych, egzystujący od 1873 r. Zatwierdzony przez Ministra Spraw Wewnętrznych, obejrzany i otworzony przez urząd Lekarski M. Warszawy. Wyrabia wszystkie gatunki wód mineralnych w użyciu będące i utrzymuje gotowe, tak w syfonach jako i butelkach. Z wód przezemnie wyrabianych polecam uwadze PP. Doktorów; wody żelazne jako to: **Krynicka**, **Egerska** i t. p.. Nadto Apteka wyrabia na sposób Wiedeński **Globulae Gelatinosae** zawierające w jednej 5 gr. Jodoformu, jak również z Alunu po 5 gran. w każdej; z „Zincum Sulpho-Carbolicum“, z „Plumbum Aceticum“, z „Taninum“ z „Ferrum sesquichloratum“ po 3 gran. w każdej; mogą być na żądanie przygotowane z różnemi dodatkami.—Umyślnie sprowadzane z Paryża **Gramilae Dioscoroidae** (ex Acido Arsenico), po 2 miligramy w jednej, dla Szanownych P. P. Doktorów do przepisywania w ilościach dowolnych. Drageae Sulphat. Chinini po jednym granie w każdej. Aether Sulphureus do znieczulenia, Chloroform Dunkana stałe utrzymuję. Rabarbar chiński w słoikach z łyżeczkami i w kawałkach w ilościach dowolnych.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. Wł. Matlakowski. Kilka spostrzeżeń złamań powstałych bez udziału siły zewnętrznej. (Dokończenie). — II. J. Pawiński. O tak zwanym połowicznym skurczu serca. *Hemisystolia cordis*. (Leyden). (Dalszy ciąg). — III. L. Wolberg. Szkarlatyna i ospa jednocześnie u tegoż samego dziecka. — *Dział sprawozdawczy*: 30. Oberst. Rozdarcia cewki moczowej u mężczyzn i ich leczenie. — 31. Landau Leopold. Nerka wędrująca u kobiet. — Wiadomości bieżące. -- Nadesłano do Redakcyi. — Ogłoszenia.

I. Kilka spostrzeżeń złamań powstałych bez udziału siły zewnętrznej.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Tow. Lek. Warsz. dnia 18 Kwietnia 1882).

Podał

Władysław Matlakowski.

(Dokończenie — Patrz Nr. 20).

Z przytoczonych tu przykładów i warunków powstawania Czytelnik łatwo sobie przedstawi obraz złamań, o których mowa. Jakiśmy to już wyżej nadmienili, Gurlt, po gruntowym rozbiórze pracowicie zebranej kazuistyki w dziele swoim iście benedyktyńskiej pracy, przyszedł do wniosku, że zdrowa kość u zdrowego osobnika pęknąć może pod wpływem nadmiernej siły mięśniowej. Takie same zdanie jest wypowiedział i Hamilton w swoim kapitalnem dziele o złamaniach. Był on tyle szczęśliwszy od Gurlt'a, że sam widział dwa złamania podobnego rodzaju, a mianowicie: obojczyka przy podnoszeniu budy w drodze i ramienia przy zmaganiu się na ręce. Tymczasem Follin*) wogóle bardzo mało wie o złamaniach tego rodzaju, a powstawanie ich wprost przypisuje zmianie w kości. „*On peut supposer que ces cas ne sont possibles que par une altération préalable de la texture des os*“. Bryant przypuszcza, iż siła mięśniowa może być wystarczającą do złamania jedynie kości chorej lub kruchej. Szczegółowej natomiast krytyce poddał twierdzenie Gurlt'a prof. Jefremowski. Utrzymuje on, że mechanizm powstawania tych złamań jest niejasny; że nawet przy złamaniach trzonu kości ramiennej, przy których mechanizm ten jest najprostszy, kość nie zawsze się łamie w jednym i tym samym punkcie, choć warunki powstania złamania były też same (rzucanie np. kamieni), raz bowiem kość pęka u przyczepu mięśnia naramiennego, drugi raz powyżej tego miejsca, to znów

*) Follin. *Traité élémentaire de pathologie externe*. Tom II. str. 748.

w dalszej $\frac{1}{3}$ części. J e f r e m o w s k i j, chcąc powziąć pewne przekonanie o stanie złamanej kości, rozpatruje przypadki, w których nastąpiła śmierć po złamaniu. Takich przypadków jest 7 u G u r l t'a, lecz one milczą o stanie złamanej kości: czy była na miejscu złamania zdrową, czy chorą. W pozostałych przypadkach, gdzie chorzy nie umarli, możnaby zakonkludować o stanie kości z dalszego przebiegu. Oczywiście, jeśli kość złamana zagoiła się w zwykłym czasie bez żadnych powikłań, to wniesć można, iż była zdrową w chwili łamania się. Otóż i pod tym względem kazuistyka G u r l t'a daleką jest od dokładności; w jednych przypadkach nie podano czasu gojenia się, w drugich wieku, i t. p. Mimo to wszystko, zostawiając na boku wszystkie owe niedokładne przypadki, pozostaje jeszcze spora wiązka faktów, ściśle spostrzeganych, dokładnie wyszczególnionych, które zdają się już niezbicie dowodzić tezy G u r l t'a. Tym przypadkom ma prof. J e f r e m o w s k i j do zarzucenia, iż były one obserwowane zakrótko, że o dalszych losach chorych po zrośnięciu się kości nic nie wiadomo. A właśnie dalsze spostrzeżenie wykazało w dwóch przypadkach J e r e m o w s k i e g o, zupełnie analogicznych z G u r l t'o w s k i e m i, że sprawa nie skończyła się na owem zrośnięciu.

Oto w najkrótszych słowach owe dwa spostrzeżenia J e f r e m o w s k i e g o.

37-letni urlopnik, mocnej budowy, z silnie rozwiniętymi mięśniami; 8. XII. 1871, powoził z konia wóz, zaprzężony w 3 pary koni, naładowany ciężkim kołem parowym. Podjeżdżając pod górę i chcąc pognać ustające konie, trzasnął z bicia w powietrzu, silnie zamachnąwszy się w tył (siedział na koniu drugiej pary); natychmiast uczył trzask i silny ból w obojczyku. Po 34 dniach wyszedł ze szpitala jako zupełnie zdrów z całkowicie zrośniętą kością. Lecz już 17. III. 1872 znaleziono u niego zgrubienie obojczyka, z którego potem powstał ropień; po przecięciu dochodziło się palcem do obnażonej kości. 4. VI. wyjęto martwak.

II. Żołnierz przy zmianie warty, wykonywując z bronią manewr, „z wolnawo na pleczo“ poczył ból i trzask i ręka opadła jak nie swoja. Manewr ten polega na tem, że karabin. znajdujący się na lewym ramieniu, przenosi się do prawej ręki i ustawia w położeniu pionowym, poczem lewa ręka raptownie powraca do lewej nogi; otóż kość pękła mu w tym drugim akcie. Przez ostatnie 6 tygodni przed tym przypadkiem doznawał bólów w prawym ramieniu, które atoli nie były ani stałe, ani mocne, tak, że mógł spełniać swoje zajęcie. Nałożono mu opatrunek gipsowy; kość zrosła się w ciągu 8 tygodni; owe bóle po złamaniu ustały: opatrunek zdjęto w początku Czerwca, chory jednak został w szpitalu jeszcze z powodu sztywności w łokciu. Na początku Sierpnia, na zewnętrznej stronie mięśnia dwugłowego, naprzeciw miejsca byłego złamania, tworzy się ropień; po przecięciu przy badaniu palcem znaleziono, że kość jest obnażona, chropowata i twarda. Przy końcu Sierpnia utworzył się nowy ropień na zewnętrznej stronie mięśnia dwugłowego ramienia. W rok po złamaniu wydobyto martwak i chory wyzdrowiał.

W dwóch tych przypadkach, a zwłaszcza w drugim, nie ulega już wątpliwości, że kość była zmienioną w miejscu późniejszego złamania. Obaj ci chorzy wyszli ze szpitala ze zrośniętą kością i gdyby byli nie wrócili, możnaby oba przypadki opisać jako czyste złamania pod wpływem samej tylko siły mięśniowej. Stosując to doświadczenie do przypadków zebranych u G u r l t'a, w których niepowiedziano nic jak długo chorzy znajdowali się pod obserwacją lekarza, można przypuszczać, czy w wielu z pomiędzy innych niewątpliwych przypad-

ków, nie nastąpiło również po wyjściu ze szpitala ropienie, obumarcie (*necrosis*) kości i utworzenie martwaka. Lecz przypuśćmy, że nawet w wielu razach nie doszło do ropienia i martwaka, czy to dowodzi niewątpliwie, że kość była zdrową w chwili łamania się? Według *Jeffremskiego* kość w chwili łamania się mogła być zmienioną, dotkniętą zapaleniem, przerosła granulacjami, a mimo to odłamki mogły później zupełnie normalnie zrosnąć się, zmiany chorobne mogły być wyrównane i ostatecznie może obyć się bez ropienia, bez nekrozy, bez martwaków. Zdaniem autora, ograniczone zapalenie kości (*osteitis*) może nawet przebiegać bez bólów i zgoła nie zdradzić się żadnym objawem. Ograniczone zatem zapalenie, przy którym zachodzi bujanie granulacyj w kanalikach *Havers'a*, ścięczenie kostnych ścianek, w rezultacie zanik na pewnym miejscu kości z osłabieniem jej fizjologicznej wytrzymałości, stanowi bardzo ważny moment usposabiający do złamań i w ten sposób należy tłumaczyć sobie wiele złamań, występujących pozornie pod wpływem siły mięśniowej u osobników zupełnie zdrowych i młodych. W ogóle dzisiaj, zdaniem *J.* trudno jest dowieść, żeby trzon zdrowej kości mógł pęknąć od samej tylko siły mięśniowej, a przynajmniej trudno dowieść tego z taką ścisłością naukową, któraby mogła usunąć wszelkie wątpliwości. Do pewnego stopnia przekonywającymi są tylko takie przypadki, w których pękła kość u ludzi młodych, mocnych, wskutek bardzo silnych wysiłków mięśniowych (np. przy mocowaniu się), u ludzi którzy nigdy nie doznawali w złamanej kości ani bólu, ani darcia, ani łamania, i którzy byli obserwowani dostateczny okres czasu po zrośnięciu kości.

Jednak nawet u *Gurlta* jest jedna godna uwagi obserwacja *Nico'd'a*.

Pewien mężczyzna, który nie przechodził przymiotu i zawsze był zdrowy, doznawał silnych bólów w prawym ramieniu, które nie pozwalały mu pracować; podczas gdy zamierzył się, aby rzucić kamieniem o kilka kroków, poczuł ból w ramieniu i kość pękła w średniej $\frac{1}{3}$ części. Po 50 dniach nastąpiła konsolidacja złamania, atoli utworzył się na miejscu złamania ropień, po otwarciu którego wydostano 4 małe kawałeczki kości. poczem nastąpiło zagojenie.

Po tych uwagach przytaczamy następujące spostrzeżenie własne.

Spostrzeżenie IV. *Mąkowski Julijan*, 34 lat liczący, obywatel ziemski, przybył na klinikę chirurgiczną do szpitala *S-go Ducha* d. 13. IX. 1878 r. ze złamaniem prawej kości ramieniowej. Do obecnej słabości chory był zawsze zdrowy kompletnie i nie przechodził żadnej cięższej choroby. Rodzice byli zdrowi i nie ulegali żadnej chorobie konstytucyjonalnej (*syphilis, tuberculosis* i t. p.); zmarli w podeszłych latach. Będzie temu około półosma tygodnia, jak *M.*, czując się zupełnie zdrowym, pojechał bryczką do swoich krewnych, mieszkających o kilka mil od niego; w drodze dostał lekkiej gorączki, która po przyjeździe do krewnych wzmogła się jeszcze więcej. W nocy spotniał i czuł się tak osłabionym, że uważał za konieczne poprosić pomocy lekarskiej; przez pewien czas wtedy leżał jakby nieprzytomny, a jednocześnie zdawało mu się jakby go coś szarpnęło w prawym ramieniu. Na trzeci dzień pomimo trwającej gorączki powrócił do domu, gdzie po kilku dniach stan gorączkowy ustał. W czasie trwania gorączki chory nie doznawał żadnych poważniejszych zaburzeń w zakresie funkcji trawienia lub oddechania. W czasie kiedy trwała gorączka, wystąpiło obrzmienie ramienia, które po ustąpieniu jej jeszcze bardziej spuchło, podobnie, jak i przedramię. Po przystawieniu wezykatoryi i 26 pijawek opuchnięcie się zmniejszyło, lecz niewiele. Chory mógł wtedy z trudnością podnosić kończynę górną prawą. Obja-

wy te stopniowo zmniejszyły się i M. uważał się już za zdrowego, gdy w 5 tygodni od chwili owego niefortunnego wyjazdu, będąc w polu, zamierzył się laską na chłopca, lecz jeszcze nie zdążył go uderzyć, gdy w tej samej chwili poczuł, że mu coś w ramieniu trzasło, poczem ręka opadła i począł mu dokuczać ból nie do wytrzymania. Z biedą wrócił do domu, osłabiony niesłuchanie. Przywołany lekarz nie chciał unieruchomić kończyny w opasce gipsowej z powodu znacznego obrzmienia.

Chory krzepkiej budowy, doskonale odżywiany; skóra biała i jędrna; tkanki tłuszczowej w miarę, mięśnie świetnie rozwinięte; stan bezgorączkowy. Prawe ramię w górnej $\frac{1}{3}$ części opuchnięte; anormalny ruch na wysokości przyczepu mięśnia naramiennego; skóra niezaczerwieniona; przedramię i ręka nieco obrzmiałe (*oedema*). Silny ból przy ruchach biernych.

Choremu zalecono spokojne położenie na grzbiecie i okłady zimne. 7. XI. 1878 chory opuścił klinikę zdrów ze zrosniętem złamaniem.

M. czuł się zupełnie zdrów i używał prawej ręki swobodnie przez miesiąc, gdy w Grudniu 1878 r. na prawym ramieniu ze strony wewnętrznej na wysokości byłego złamania utworzył się ropień, który otworzono; wypłynęła ropa, a na drugi dzień z ropą wyszedł kawałek kości. W 1879 w ciągu pierwszego kwartału wyszło jeszcze 4 kawałeczki kości; przez cały ten czas z przetoki odchodziła ropa w niewielkiej ilości. Kwiecień i Maj 1879 przeleżał chory w klinice, gdzie znaleziono przetokę, dochodzą do obnażonej kości; przez ten czas robiono mu zastrzykiwania drażniące (*liq. Villati*). Chory znowu z przetoką powrócił do domu na lato; dopiero 2. XII. 1879 wstąpił poraz trzeci na klinikę; znalazłem wtedy u chorego stan następujący:

W środkowej trzeciej części prawego ramienia na powierzchni wewnętrzno-przedniej znajduje się przetoka z wciągniętym otworem, prowadząca do kości. *Vis-à-vis* po drugiej stronie ramienia na zewnętrznej stronie widać nieznaczne wygórowanie i chęłbotanie na nieznacznej przestrzeni. Zgłębnik wprowadzony do przetoki dochodzi do kości, wnika w kanał w tej ostatniej, przechodzi ją na przestrzał i wyczuwa się go pod skórą strony zewnętrznej tam, gdzie istnieje rzeźzone wygórowanie. W kanale w kości czuć ruchomy martwak. Cała kość ramienia w tem miejscu, a zwłaszcza z zewnętrznej strony mocno zgrubiała z powodu niezrezorbowanej jeszcze kostniny (*callus*), pozostałej po złamaniu. Po zachloroformowaniu chorego prof. K o s i ń s k i rozszerzył otwór przetoki ku górze i ku dołowi, odluszczył okostną za pomocą *elevatorium*, rozszerzył otwór w kości dłutem i trepanem, wydobył martwak, cienki, twardy, chropowaty, zrobił przeciwotwór na stronie zewnętrznej ramienia w miejscu, gdzie wyczuwało się chęłbotanie; przeprowadzono dren na wylot przez kość i nałożono opatrunek antyseptyczny.

16. XII. 1879 chory opuścił klinikę z sączkiem; od tej pory go nie widziałem; prawdopodobnie więc musiał się wyleczyć zupełnie.

Dość jest rzucić okiem na te trzy spostrzeżenia: N i c o d'a, J e f r e m o w s k i e g o i nasze, aby zauważyć uderzające podobieństwo, zachodzące między niemi. Wszyscy trzej byli ludzie młodzi, silni, zdrowi; nie mieli żadnej choroby konstytucyjonalnej; wszyscy trzej na parę tygodni przed złamaniem doświadczali bólów w kości; złamanie trzonu kości prawego ramienia w $\frac{1}{3}$ średnicy nastąpiło w chwili wykonania pewnego ruchu (rzut kamieniem, ruch karabinem, uderzenie laską); u wszystkich trzech kość zrosła się w zwykłym terminie bez komplikacyj, potem po upływie pewnego czasu (około miesiąca) zaczął tworzyć się ropień, a po dość znacznym czasie (około roku) wydobyto martwaki, poczem nastąpiło zupełne wyleczenie.

Spostrzeżenie nasze co do joty stwierdza zapatrywanie się J e f r e m o w s k i e g o. W samej rzeczy, przypuśćmy na chwilę, że mamy do czynienia nie z wykształconym człowiekiem, lecz z prostym wiejskim parobkiem, który na siebie nie zwraca uwagi; niechaj nam przemilczy o bólach w ramieniu przed złamaniem i niechaj po zrośnięciu się kości, kiedy zrobił się ropień, nie powróci do szpitala, obserwator wniósłby, że miał do czynienia z najczystszy przypadkiem złamania kości zdrowej pod wpływem siły mięśniowej. Tem łatwiej to zdarzyć się może w praktyce prywatnej. Chory przychodzi ze złamaniem, lecz się u danego lekarza, wychodzi ze zrośniętą kością; gdy wtem po pewnym czasie zaczyna mu się robić ropień; powstawanie ropnia w ogromnej liczbie przypadków chory przypisałby leczeniu i rozumie się już więcej nie radziłby się u lekarza, który go w nową chorobę wpędził. Spostrzeżenie nasze poucza, że pomimo istniejących zmian w kości, które umożliwiły złamanie od prostego zamachnięcia się kijem, zrośnięcie nastąpiło w zwykłym czasie i zupełnie. Nieznaczne ognisko zapalne w kości, a ewentualnie nawet tkwiący już owoc tego zapalenia, martwak, bynajmniej nie przeszkodził i nie opóźnił zrośnięcia się. W większości przypadków martwak, znajdujący w kilka lub kilkanaście miesięcy po złamaniu, jest rezultatem połączonego działania zapalenia kości, trwającego oddawna i złamania. Nie widziałem ani razu, aby nawet przy *fractura comminuta* nastąpiło obumarcie małego odczepu kości; wszystkie odłamki zostają sklezione kostniną; inna atoli sprawa, jeśli kość złamana była chorą, zmienioną; jakiś mniejszy odłamany a zmieniony kawałek obumiera, powstaje martwak; a tymczasem główne odłamki, posiadające zdrowe powierzchnie odłamu, zrastają się i tym sposobem martwak może się znaleźć w środku zrośniętej kości, wtedy wywołuje ropienie, przetoki i t. d.. Tak było w naszym przypadku. Nie wydaje mi się jednak niemożliwą rzeczą i druga ewentualność; dany osobnik przez pewien czas cierpiał na ból w pewnej kości; następuje złamanie w czasie, kiedy już wśród ogniska zmienionej tkanki kostnej tkwi martwak, (nie zajmujący atoli całej grubości kości); mimo to następuje zrośnięcie się odłamków; wtedy bowiem martwak ów, jako ciało obce może wywierać wpływ przyspieszający na sprawę gojenia się, podobnie jak klíny z kości słoniowej wbijane przy złamaniach nie chcących się skonsolidować.

W ogóle rzec można, że we wszystkich działach patologii, z wyjątkiem jednej może oftalmologii, znamy zaledwie dopiero grube zmiany anatomiczne; a przecież zdaje się dowodzić nie trzeba, iż prócz owych obszernych na wielką skalę spraw chorobnych, w których dotkniętą zostaje znaczna część kości, znaczna część mózgu lub płuca, zdarzają się — i to daleko częściej — mnogie ograniczone zmiany, które i co do rozciągłości zajętej tkanki i co do stopnia natężenia i co do szybkości przebiegu są niesłychanie różne ilościowo od owych grubych procesów. Takie sprawy ograniczone, łagodne, mogą przebiegać cichaczem i kończyć się pomyślnie dzięki odrodczym siłom ustroju, polegającym na cyrkulacji i przemianie materii. A szczególnie często musi się to dziać w kościach, które jakby filtry dzięki obfitości i gęstej sieci swoich naczyń z łatwością zatrzymują rozmaite szkodliwości (*noxia*), a w ich liczbie mikroorganizmy, czego dowodem owe niesłychanie częste zaburzenia reumatyczne, ropnicowe, gruźlicze i t. d.. Należy więc

oddać zapaleniu kości (*ostitis*) należne miejsce w szeregu momentów usposabiających do złamań; bywa ono częściej powodem pęknięcia kości, niż to powszechnie autorowie przyjmują, częściej może, niż końcowe rezultaty zapalenia, t. j. zmartwienie (*necrosis*) i próchnienie (*caries*). Przypadek nasz więc wraz z wielu innymi, aczkolwiek klinicznie ogromnie różni się od spostrzeżenia III-go, w istocie rzeczy jest mu pokrewny, z tą tylko różnicą, że w trzecim spostrzeżeniu powodem złamania było próchnienie, przenikające kość na całej grubości, tu zaś momentem usposabiającym było zapalenie kości ograniczone do pewnej warstwy.

Przypadek powyższy poucza jeszcze, jak ważną rzeczą jest tak dziś zaniedbywany egzamin podmiotowy chorego; gdyby nie opowiadanie tego ostatniego cała sprawa pozostałaby zupełnie niewyjaśnioną. Im więcej mamy do czynienia z chorymi, tem częściej przekonywamy się, że za pomocą metodycznego, cierpliwego, a ściślego wypytywania się chorego, można bardzo często dotrzeć do względnej przyczyny cierpienia. Przy znanym pośpiechu, z jakim zazwyczaj bada się chorych, przy przewadze, jaką dajemy badaniu przedmiotowemu nad podmiotowym, dane anamnestyczne są zbierane dorywczo i niezupełnie, a ztąd częstokroć i wytłumaczenie sprawy chorobnej bywa błędnem.

Gurt w swoich uwagach ogólnych, poprzedzających statystykę, wspomina o bólach, jakich chorzy w kilku przypadkach doznawali przed złamaniem, twierdzi atoli, że przyjmowanie na tej podstawie miejscowego usposobienia do złamań, zależnego od przypuszczalnego zapalenia kości i okostnej, jest czystą hipotezą, nie opierającą się na żadnych danych anatomicznych. Ja sądzę, że trzy wyżej przytoczone przypadki zawierają dane, które ten autor miał na myśli.

Możnaby spostrzeżenia Nicolda, Jefremowskiego i mojej zarzuścić, iż ropienie i utworzenie się martwaka było następstwem złamania, a nie jego powodem, atoli owe bóle poprzedzające złamanie całkowicie uchylają podobne przypuszczenie.

Czyż zatem nie może złamać się zdrowa kość u zdrowego osobnika li tylko pod wpływem silnego skurczu mięśniowego? Mnie się zdaje, że zaprzeczać takiej możliwości nie można. Przy użyciu niezwykłej siły, przy skurczu gwałtownie szybkim, przy zapasach i zmaganiu się, kość długa może pęknąć, chociaż przypadki tego rodzaju są bardzo rzadkie. W każdym atoli razie w historii choroby powinno być zanotowane jak najkategoryczniej, że osobnik był zdrow, że nie przechodził choroby konstytucyjonalnej, że nie doświadczał bólu ani łamania w danej kości, że złamanie zrosło się w zwykłym terminie i że po upływie dość dużego czasu u chorego nie było żadnych spraw następczych na miejscu złamania (ropienie, zmartwienie, sekwestracja); nie dość na tem, musi być pewna odpowiedniość między skutkiem (t. j. złamaniem) a użytą siłą. Boć musi być podejrzanem spostrzeżenie np. Parkera, w którym kość ramieniowa pękła w chwili, kiedy pewien handlujący chciał rzucić brzoskwinię swemu pomocnikowi.

II. O TAK ZWANYM POŁOWICZNYM SKURCZU SERCA.

Hemisystolia cordis (Leyden).

Opracował D-r **J. Pawiński**,

lekarz miejscowy szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

(Rzecz czytana na posiedzeniu klinicznym Warsz. Towarzystwa Lekarskiego d. 4 Kwietnia r. b.)

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 20).

Co się tyczy podmiotowego uczucia chorego, to tenże, wobec tak znacznie przyspieszonej czynności serca, skarży się głównie na duszność i na ból w okolicy serca, o samem jednak biciu serca nie wspomina. Prócz tego chory przy podnoszeniu się, wstawaniu, słabnie nadzwyczaj prędko, dostaje zawrotu głowy i wpada w stan podobny do zemdlenia, przyczem jednak przytomności nie traci. Lecz nie tylko krążenie krwi, ale i oddechanie stało się przyspieszonym, oddech bowiem wynosił 48 na minutę, ilość zaś rzeżeń wilgotnych w płucach znacznie się zwiększyła, zwłaszcza w prawem (z tyłu). Plwocina skąpa. Zalecono choremu środki pobudzające (*spiritus nitri dulcis cum tinctura valerianae*, wino). W kilka godzin później częstość uderzeń serca nieco się zmniejszyła od 160—170 na minutę. Wieczorem o godzinie 8-mej tegoż samego dnia serce uderza 180 na minutę, w tętnicy zaś promieniowej wyczuwa się tylko 90 fal w tymże czasie. Oddech 45. Nazajutrz, to jest 1 Marca, czynność serca mniej burzliwa, częstość uderzeń serca i tętna wynosi tylko 80 na minutę, pomiędzy zjawianiem się skurczów serca i tętna istnieje zupełna zgodność. Tętno z bardzo wyraźną dwubitnością. Tętnienie żył szyjowych znikło. Tony serca czyste, tylko w okolicy wierzchołka serca drugi ton wzmocniony. Chory czuje się lepiej, narzeka jednak na znaczne osłabienie i ból w okolicy dołka podsercowego. Ból ten powiększa się znacznie przy ucisku odpowiedniego miejsca ścianki brzusznej.

2. 3 Marca. Częstość skurczów serca i tętna jednakowa, 80 na min.. Duszność mniejsza. W okolicy osłuchiwania zastawki dwudzielnej 1 ton jakby rozdwojony. Częste zemdlenia. 4. 5. 6 i 7 Marca. Tętno 80, ilość zaś skurczów serca prawie ciągle 160 na minutę. Tętno żyłne również 160. Dołek podsercowy wzdęty, bolesny na ucisk, a skurcze serca odbijają się w nim bardzo wyraźnie. Chory skarży się na duszność i skłonność do zemdlenia; przyjmuje środki pobudzające (*emulsio camphorata*). 8 Marca. Częstość uderzeń serca jeszcze większa, 200 na minutę, tętno zaś tak słabe, że ani wyczuć, ani policzyć go niepodobna. Nieznaczny obrzęk stóp i lekka siność warg. Chory narzeka na duszność, kaszel i trudne odrywanie się plwociny. Bicia serca nie czuje. 2-gi ton u wszystkich otworów serca znacznie wzmocniony. W płucach zwłaszcza z tyłu rozsiane rzeżenia wilgotne. Plwocina dość obfita, szklista (*sputum crudum*) ciągnąca się z zawartością części zbitych (*s. coctum*). Zalecono choremu: *Dec. senegae ex 3j pti 3vj liq. ammonii anis 3j. co 2 g. l. st.* 9 Mar. Serce uderza 100 razy na minutę tętno nadzwyczaj słabe, średnio wyczuwalne. Osluchiwanie serca wykazuje, że w okolicy linii przymostkowej lewej na wysokości brzegu dolnego

5 żebra pierwszy ton jakby skrócony przechodzi w przeciągły pilujący szmer, który sobą 2-gi ton zakrywa. W linii sutkowej lewej szmer ten traci na swej wyrazistości, na mostku zaś, jak również w okolicy wysłuchiwania aorty i tętnicy płucnej przedstawia się o wiele słabszym. 10. Marca tętno pełniejsze, wyczuwalne, 80 na minutę. Częstość skurczów serca takąż sama. W okolicy wierzchołka serca głównie jednak w dolnej części mostka wyraźny, pilujący szmer skurczowy. Twarz zaczerwieniona. Brzuch wzdęty. Plwocina nieco obfitsza. Chory bierze *pulv. camphorae cum flore benzoës*.

11 Marca tętno 100, dość pełne, zbliża się do tętna, spostrzeganego przy następczym przeroście serca wskutek przewlekłego zapalenia nerek. Uderzenie wierzchołkowe słabe, ruchy serca najwidoczniejsze w dołku podsercowym. Szmer skurczowy słyszalny w okolicy zastawki bliźniaczej; w dolnej części mostka znacznie słabszy. W aorcie i tętnicy płucnej nie słycać go zupełnie. Chory czuje się lepiej, w nocy spał dość dobrze, kaszel mniejszy, również duszność, sinica warg, nosa mniej wydatna. Ilość rzeżeń w płucach mniejsza. Pod prawym obojczykiem oddech zaostrozony (*r. v. aspera*), z tyłu zaś z prawej strony, u wierzchołka płuca oddech nieokreślony (*r. indeterminata*) 12 Marca tętno jak również i serce uderza 88 razy na minutę. Twarz a szczególnie policzki zarumienione. Duszność mniejsza, chory skarży się tylko na trudne odrywanie się plwociny. 13 Marca tętno 100 dość pełne, rozwinięte, szmer skurczowy nadzwyczaj słaby, ton rozkurczowy u wierzchołka i podstawy serca wzmocniony. Plwocina trudno się oddziela, rdzawa. W wierzchołku prawego płuca oddech zbliżony do oskrzelowego, u podstawy liczne rzeżenia wilgotne (*crepitationes*). Oddech 25. 14. 15. 16 Marca. Częstość uderzeń serca takąż sama (100). Szmer skurczowy wyraźniejszy na wysokości 5 żebra w linii przymostkowej (*l. parasternalis*), aniżeli w dolnej części mostka. Obrzęk kończyn dolnych wzrasta. Zalecono: *Inf. valerianae ex 3j pti 3vj spirit. nitri dulcis 5j. D. co 2 g. l.* 17 Marca tętno 100, słabsze jak poprzednio. Oddech 40; obrzęk skóry zauważyć się daje nietylko na kończynach, ale i na tylnej części tułowia, w okolicy lędźwiowej i krzyżowej. Skurcze serca słabe. Szmer skurczowy słyszeć się daje w tychże miejscach jak poprzednio i z tą samą siłą. 18 Marca z powodu słabej fali krwi i obrzęku kończyn górnych tętna zliczyć nie podobna. Osluchiwanie serca wykazuje, że częstość skurczów tegoż wynosi 100 na minutę. Częste omdlewanie. 19 Marca częstość uderzeń serca 100, tętna zliczyć niepodobna. Duszność, sinica; uderzenia serca nierytmiczne tego rodzaju, iż po 3 lub 4 skurczach następuje pauza. W okolicy zastawki bliźniaczej szmer skurczowy, również i w dolnej części mostka. Tegoż samego dnia o godzinie 9-tej wieczorem chory zmarł.

Badanie zwłok, wykonane dnia 29 Marca przez Szanownego Kolegę *P r z e w o s k i e g o*, wykazało:

Emphysema pulmonum. Bronchitis et peribronchitis chronica. Oedema pulmonum. Stenosis ostii venosi sinistri. Insufficiëntia valvulae bicuspidalis laevi in gradu. Insufficiëntia relativa valvulae tricuspidalis. Hypertrophica excentrica ventriculi dextri et sinistri. Dilatatío atrii dextri. Inclivatio cyanotica hepatis et renum.

Spostrzeżenie tylko co przytoczone zasługuje na uwagę z wielu względów, a mianowicie:

1) że wykazało, iż nietylko właściwa arytmija serca, *resp.* tętno bliźniacze, może dać powód do powstawania obrazu klinicznego, znanego pod nazwą hemisystolii, lecz że i alorytmija serca, *resp.* tętno naprzemiennie, bywa niekiedy przyczyną tak zwanej hemisystolii, na co zresztą wskazują spostrzeżenia Schreiber'a i cenna praca Dr-a Widmanna;

2) że, o ile się zdaje, jest ono pierwszym w literaturze, w którym tak zwany połowiczny skurcz serca występował z tak znacznym zwiększeniem częstości uderzeń serca i tętna (180 do 200 na minutę). Dotychczasowe bowiem przypadki tak zwanej hemisystolii jednogłośnie przemawiają za występowaniem tejże przy zmniejszonej lub też prawidłowej częstości ruchów serca.

3) Co się tyczy rozpoznania choroby, to z początku, z powodu że tony serca pomimo szczegółowego i powtarzanego badania były zupełnie czyste, przyjęliśmy nasz przypadek za rozedmę płuc z przerostem i rozszerzeniem serca, głównie prawej połowy. Dopiero później, kiedy wystąpiły szmery w sercu, głównie w okolicy wierzchołka serca, rozpoznanie cierpienia jako wady zastawki dwudzielnej nie ulegało już wątpliwości: ponieważ jednak szmer był głównie skurczowy, byliśmy więc przekonani, że przeważa nie zwężenie lecz niedostateczność zastawki dwudzielnej; tymczasem sekcyja przekonała nas, iż rzecz się miała odwrotnie.

Przegląd literatury, tyczącej się tak zwanego połowicznego skurczu serca (*hemisystolia cordis*), przekonał nas, że tenże spostrzegany był nietylko przez Leydena, ale i jego następców prawie wyłącznie przy wadach serca, głównie zaś przy wadach zastawki dwudzielnej (*insufficiencia valvulae bicuspidalis, stenosis ostii venosi sinistri*), rzadziej przy wadach zastawek półksiężycowatych aorty (*insufficiencia valvularum semilunarium aortae* (Widmann). Dwa spostrzeżenia nasze, powyżej podane, dotyczyły także niedostateczności zastawki dwudzielnej, połączonej ze zwężeniem ujścia żylnego lewego. Zachodzi jednak pytanie, (drugie z kolei, na początku pracy naszej postawione), czy w mowie będące zjawisko zdarza się i w innych chorobach? Na to odpowiedzieć można już z góry twierdząco, chociażby tylko z tej zasady, iż tak zwany połowiczny skurcz serca na mocy kardyjograficznych rysunków i obliczeń naszych jest niczem innym, jak tylko swoistą, typową arytmiją, która się przedstawia w tętnicach w postaci tętna bliźniaczego (*pulsus bigeminus*) lub naprzemiennego (*p. alternans*). Ponieważ zaś dwa te ostatnie rodzaje tętna arytmicznego przytrafiają się nietylko przy wadach zastawek serca, lecz i przy wielu innych cierpieniach, łączących się z zakłóceniem rytmu serca, oczywiście więc jest, że i hemisystolija nie będzie tylko wyłączną towarzyszką chorób zastawek serca. Rozumie się samo przez się, że w tych ostatnich zjawia się ona bezwarunkowo częściej, przytem występuje w nich wydatniej niż w innych chorobach, z powodu znacznego zaburzenia krążenia krwi w samym sercu, z powodu wyraźnego tętnienia żylnego, które przy wadach zastawki dwudzielnej, w okresie naruszenia kompensacji serca jest dość częstym zjawiskiem.

Na dowód, że tak zwany połowiczny skurcz serca nie jest wyłączną właściwością wad zastawek serca, jak dotychczas utrzymywano, lecz że zdarzyć się może i w innych chorobach, pozwolimy sobie przytoczyć dwa następujące spostrzeżenia.

Spostrzeżenie III. Tyłska Józefa, lat 46 licząca, przybyła do szpitala Dzieciątka Jezus, do oddziału D-ra Karwowskiego, dnia 21 Czerwca 1881, skarżąc się na bicie serca i duszność. Chora już od pół roku przy cięższej pracy zaczęła doznawać bicia serca, które jednak zbyt silne nie było, ponieważ mogła jeszcze, choć z pewnemi przerwami, oddawać się swemu ciężkiemu zajęciu (praczka). Obecne jej cierpienie, datujące od kilku dni, rozpoczęło się tak silnemi napadami bicia i osłabienia serca, iż chora nie mogła już swojej przewyciężyć niemocy i zmuszoną była położyć się do łóżka. W kilka dni później przyłączył się kaszel, a nogi, zwłaszcza stopy zaczęły brzęknąć. Reumatyzmu, jak również innych chorób ciężkich, nie przechodziła.

Budowa wątła. wzrost średni, mięśnie słabo rozwinięte. Tkanki tłuszczowej podskórnej bardzo mało. Twarz blada, z odcieniem lekko żółtawym. Obrzęk obu stóp umiarkowany, podobnież i sinica nieznaczna.

Tętno 160, małe, nieregularne. Stan bezgorączkowy, ciepłota ciała 37,4 C., oddech spokojny, jednostajny, 24 razy na minutę. Klatka piersiowa prawidłowo zbudowana, wymiar poprzeczny tejże nieco powiększony. Żebra szerokie, jak również i przestrzenie międzyżebrowe. Z tyłu klatki piersiowej z prawej strony począwszy od 8 żebra, stłumienie odgłosu opukowego, sięgające do dolnej granicy płuc; z lewej strony tępość rozpoczyna się na 12 żebrze; oddech w dolnych częściach obu płuc, zwłaszcza z prawej strony bardzo słaby; tamże słychać dość liczne wilgotne rzeżenia, których ilość w kierunku ku szczytom płuc zmniejsza się. Z przodu klatki piersiowej granice płuc znacznie obniżone: i tak, na linii sutkowej prawej na 8 żebrze, na linii pachowej średniej prawej na 10 żebrze. Od strony śledziony dolna granica płuc sięga do dolnego brzegu 9 żebra. Odgłos opukowy w przedniej części klatki piersiowej prawie bębniasty. Ilość rozsznanych rzeżeń nieznaczna, kaszlu nie ma.

S e r c e. Uderzenie wierzchołkowe (*ictus cordis*) zauważyć się daje w 6-em międzyżebrze, w postaci dość obszernego, unoszącego palec wzniesienia, nieco na lewo od linii sutkowej lewej. Prócz tego ruchy serca są bardzo widoczne w dołku podsercowym w kształcie falistych wzgórków i zagłębień. Górna granica tępości serca na dolnym brzegu 4-go żebra, dochodzi prawie do sutki; długość jej wynosi 7 ctm.; następnie idzie ku dołowi i na lewo, przekracza linię sutkową lewą i dochodzi do brzegu dolnego 7 żebra, tworząc tym sposobem granicę lewą serca; długość jej 13 ctm.. Ztąd idzie wzdłuż brzegu dolnego 7 żebra na przestrzeni 6 ctm., stanowiąc granicę dolną tępości serca; Doszedłszy do luku żebrowego łączy się z tępością wątroby. Prawa granica na prawym brzegu mostka.

Przyłożywszy dłoń do okolicy, odpowiadającej położeniu serca, czujemy uderzenia serca w kilku miejscach, za pomocą zaś obmacywania dwoma tylko palcami wyczuwa się więcej ograniczone uderzenia serca głównie w 6-tem, niekiedy w 7-em międzyżebrze. Podobnież wyczuć można bardzo dokładnie uderzenia

serca, podsunawszy trzy palce od strony dołka sercowego pod łuk żebrowy. W okolicy najsilniejszego uderzenia wierzchołkowego tony serca bardzo silne i głośnie, bez szmerów, lecz następują po sobie w nierytmicznych odstępach czasu. Ponieważ rytm serca jest tego rodzaju, iż po kilku silniejszych skurczach następuje cały szereg słabszych i zjawiających się w coraz mniejszych odstępach czasu, zatem i przy osłuchiwanu w początku słyszemy tony bardzo głośnie i silne a później te słabną, a z powodu prędszego rytmu serca tony tak się zbliżają do siebie, że trudno ton skurczowy odróżnić od rozkurczowego. Przy końcu tony prawie zlewają się ze sobą. W dolnej części mostka, na wysokości 4—5 żebra słycać te same tony w temże samem następstwie, tylko z mniejszą siłą, a obok 1-ego słabego tonu szmer skurczowy. W górnej połowie mostka, jak również i w 2-gim międzyżebżu lewem, tuż przy mostku, zamiast pierwszego tonu słycać słaby szmer skurczowy, 2-gi zaś ton jasny, dźwięczny. W miejscu wysłuchiwania tętnicy płucnej dwa tony, przy pierwszym skurczowym zauważyć się daje słaby szmer. W naczyniach szyjowych szmer skurczowy, w żyłach głównie z prawej strony tętnienie, słabsze przy wydechaniu.

Wątroba powiększona, dość twarda i znacznie ku dołowi opuszczona; brzeg jej dolny dość twardy, wyczuwalny. Przewód żołądkowo-kiszkowy przedstawia objawy przewlekłego nieżytu.

Rozpoznanie nasze brzmiało: *Emphysema pulmonum. Arteriosclerosis partis ascendentis aortae. Hypertrophia ventriculi sinistri. Dilatatio ventriculi sinistri. Insufficiencia relativa valvulae tricuspidalis. Arytmia cordis.*

Kiedy po kilku dniach, przy użyciu środków czyszczących, odciągających na płuca i pobudzających (wino), stan chorej znacznie się polepszył, a rytm serca nie był tak jak poprzednio przyspieszonym, zaś tętno zbliżało się pomalu do regularnego, wtedy zauważyliśmy następujące zjawisko: tętno z 86 spadło do 40. Za pomocą dotyku, a nawet wzrokiem można się było łatwo przekonać, że serce, czyli ściślej mówiąc, wierzchołek serca uderzał o przednią ścianę klatki piersiowej o wiele częściej, aniżeli tętno, a mianowicie na dwa uderzenia serca, jedno tętno przypadało. Podczas zaś wysłuchiwania w okolicy wierzchołka serca, każdemu tętnu promieniowemu odpowiadały 4 tony, złączone jakoby w dwie pary. Przystanek pomiędzy tonem skurczowym i rozkurczowym pierwszej pary był dłuższy, aniżeli przystanek pomiędzy takimiż tonami drugiej pary. Czas zaś zawarty pomiędzy pierwszą parą tonów a drugą był na odwrót mniejszy, aniżeli czas pomiędzy drugą parą tonów a następną. W dolnej części mostka, w okolicy zastawki trójdzielnej ogólny rytm ruchów serca i objawów wysłuchowych jest ten sam, z powodu jednak istniejącego szmeru skurczowego orientowanie się w rytmie serca okazuje się o wiele trudniejszym, aniżeli w okolicy wierzchołka serca. Podczas jednego tętna promieniowego słycać tu wyraźny szmer skurczowy, ton rozkurczowy, poczem następuje krótka pauza; następnie bardzo słaby szmer, przechodzący w słaby ton rozkurczowy i znowu dłuższa pauza. Co się tyczy tej drugiej pary objawów wysłuchowych, t. j. bardzo słabego szmeru skurczowego i tonu rozkurczowego, to pomimo starannego badania niepodobna ich ściśle od siebie odróżnić, a to z dwóch powodów: 1) że szmer i ton są pod względem swego natężenia bardzo słabe, a 2) że rytm, w jakim po sobie następują,

jest nadzwyczaj szybki. Obydwa przytoczone powody są bardzo nieprzychylnie dla naszego zmysłu słuchu, jeśli zaś do tego dodamy tony, które przeniesione być mogą z zastawki dwudzielnej do miejsca wysłuchiwania zastawki trójdzielnej, to łatwo zrozumiemy, dlaczego z drugiej wspomnianej pary objawów wysłuchowych nie będziemy mogli zdać sobie sprawy. Nawet i ostatnia w takim razie ucieczka nasza do tętna nie na wiele się przyda, ponieważ tej właśnie drugiej parze szybko po sobie następujących objawów auskultacyjnych nie towarzyszy tętno w tętnicy promieniowej; jedno tylko tętno żyłne mogłoby nam wtedy okazać się pomocnem.

Rysunki kardyjograficzne, zebrane z uderzenia wierzchołkowego jednocześnie z tętnem, doprowadziły nas do podobnych, jak w poprzednio opisanych przypadkach, wniosków, a mianowicie: 1) że pomimo pozornego braku tętna przy każdym drugim uderzeniu serca istnieje mała fala w tętnicy promieniowej, tylko fala ta jest tak nieznaczna, że jej wyczuć niepodobna, że więc lewa komórka kurczy się, a nie pozostaje w stanie bezczynności, jak to Leyden utrzymywał. 2) tętno większe, odpowiadające pierwszemu silniejszemu uderzeniu serca, wraz z tętnem małym, niewyczuwalnem, odpowiadającym drugiemu uderzeniu wierzchołkowemu, przedstawia postać tętna bliźniaczego. 3) W drugiej z dwóch do siebie należących rewolucyj serca i odpowiadających tętnu bliźniaczemu zachodzi znaczna niestosunkowość pomiędzy czasem trwania skurczu i rozkurczu.

W danym więc przypadku mieliśmy do czynienia z tak zwanym połowicznym skurczem serca Leyden'a, pomimo że istotnej wady serca nie było, była bowiem tylko rozedma płuc i stwardnienie naczyń (*arteriosclerosis*). Obiedwie te choroby tłomaczą nam dostatecznie następcze zmiany w sercu; w skutek stwardnienia błony wewnętrznej aorty, na które wskazywał słaby szmer skurczowy w okolicy zastawek półksiężycowych i w dalszym przebiegu aorty, rozwinął się następczy przerost lewego serca, rozedma zaś płuc, łącząca się zwykle z zastojem i zanikiem naczyń włosowatych, stała się powodem zastoju w prawem sercu, rozszerzenia tegoż i względnej niedomykalności zastawki trójdzielnej. Zjawisko w mowie będące nie trwało jednak ciągle, występowało ono kilka razy dziennie, naprzemian z tętnem arytmicznym, to znowu regularnem, wreszcie, skoro się poprawił stan ogólny chorej tak zwana *hemisystolia* zjawiała się tylko częściowo, nie jako cały szereg uderzeń, w których na 2 uderzenia serca 1 tętno przypadało, lecz od czasu do czasu wśród innych arytmicznych skurczów serca. Na dwa dni przed wypisaniem się chorej ze szpitala zjawisko to znikło, jednocześnie z nastaniem prawidłowego rytmu ruchów serca.

Spostrzeżenie IV. Ryglewski Antoni, lat 50 liczący, urzędnik, przybył dnia 9 Maja 1881 r. do szpitala Dzieciątka Jezus, do oddziału mego, na salę 29-tą z powodu duszności, trwającej już od kilku miesięcy. Chory człowiek bardzo inteligentny opowiada, iż od początku Stycznia r. b. zaczął doznawać lekkiej duszności i męczyć się przy każdym wysiłku fizycznym. Stan ten stopniowo się pogarszał, przyczem i stopy w okolicy kostek brzęknąć poczęły. Po upływie trzech miesięcy, zatem w Kwietniu, duszność przybrała większe rozmiary i inną postać, a mianowicie zjawiała się w kształcie napadów, występujących pod wieczór około 8 lub 9 godziny. Napady te, któreśmy kilka razy mieli sposobność

w szpitalu spostrzegać, odbywały się w następujący sposób: najprzód chory uczuwa brak powietrza, poczem następuje cały szereg oddechów z wyraźniejszym wdechaniem (*inspiratio*), aniżeli wydechanie (*expiratio*). Szereg ten przedstawia dwa wyraźne okresy: w pierwszym, wstępującym, wdechania z początku powierzchowne stają się coraz głębszemi, coraz głośniejszemi, w drugim zaś, zstępującym, stają się naodwrot coraz słabszemi z wyraźniejszym wydechem, aniżeli wdechem tak, iż pod koniec tego okresu następowała pauza, w czasie której chory zupełnie nie oddechał. Po upływie 10—12 sekund zjawiał się znowu wspomniany wyżej szereg oddechów, złożony z dwóch części wstępującej i zstępującej. Według ścisłego obliczenia przypadało na godzinę 12 podobnych napadów, czyli że każdy z nich trwał 5 minut, wliczając do tego i pauzę. Uczucie braku powietrza połączone z niepokojem chorego, stawało się w okresie wstępującym coraz dokuczliwsze, a skoro już brak powietrza osiągnął swego punktu kulminacyjnego, wtedy chory wspierał się rękoma o otaczające przedmioty, głowę mocno ku tyłowi przeginał. Po chrząknięciu następował jakby przełom, a oddech stawał się stopniowo coraz słabszym, aż w końcu niel zupełnie; wtedy następowała pauza. Napady takie powtarzały się z pewnemi przerwami, niekiedy po kilkanaście razy podczas jednej nocy, nie pozwalając tym sposobem zasnąć choremu. W ciągu dnia duszność była zwykle znacznie mniejszą i nie przedstawiała się w postaci podobnych typowych napadów. W takim stanie przebył chory około 2-tygodni w szpitalu, poczem napady same przez się ustały, a pozostała tylko zwykła duszność, występująca przy silniejszych ruchach, fizycznych wysiłkach i t. p..

St a n o b e c n y (*status praesens*). Budowa chorego dobra. odżywianie również niezłe; barwa skóry twarzy nie przedstawia nic szczególnego; stopy nieznacznie w okolicy kostek obrzękłe. Oddech w czasie wolnym od napadów spokojny, regularny, stan bezgorączkowy; tętno 72 na minutę, pełne, dość twarde.

Klatka piersiowa prawidłowo zbudowana. Granice płuc obniżone, oddech na całej przestrzeni płuc pęcherzykowy. W okolicy łopatk prawej i powyżej u szczytu płuca rzeżenia wilgotne. Kaszel nieznaczny.

S e r c e. Uderzenie wierzchołkowe widoczne dla oka i wyczuć się dające w 6 międzyżebżu, nieco na zewnątrz od linii sutkowej lewej (na 2 ctm.). Uderzenie to, z powodu siły jego do unoszących (*ictus elevans*) zaliczyć wypadało. Rozmiary tępości serca powiększone, głównie w wymiarze poprzecznym. Górna granica bezwzględnej tępości serca znajduje się na 4 żebrze. Długość jej wynosi 9 ctm.. Granica dolna na brzegu górnym 7 żebra=13 ctm. Lewa idzie w kierunku linii ukośnej, zmierzającej ku dołowi i na lewo od końca zewnętrznego górnej granicy serca, długość tejże=8 ctm.. Prawy brzeg mostka stanowi prawą granicę tępości serca. Osluchiwanie. W miejscu uderzenia wierzchołkowego (*ictus cordis*) obok 1-go tonu bardzo słaby szmer; ton rozkurczowy czysty; ku górze i na prawo ku mostkowi szmer skurczowy staje się nieco wyraźniejszym. W 2-gim międzyżebżu prawem słaby podmuch skurczowy, 2-gi ton głośny, dźwięczny. W tętnicy płucnej to samo, prócz tego wzmocnienie (*accentuatio*) tonu rozkur-

czowego. Wątroba powiększona twarda, wyczuwalna. Śledziona nieco większej, niż normalnie objętości. Atonija kiszek.

Rozpoznanie. *Arteriosclerosis. Bronchitis. Hypertrophia ventriculi dextri. Induratio sclerotica valvulae mitralis.* Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że owe powyżej opisane napady duszności zaliczyć należy do tak zwanego zjawiska *Cheyne-Stokes'a*, które obaj ci autorowie uważali za cechę charakterystyczną stłuszczenia mięśnia sercowego (*degeneratio adiposa cordis*). Ja spotykałem je kilka razy przy znacznych wylewach mózgowych (*apoplexia cerebri*). Tętno, które w czasie wolnym od napadów nieprawidłowego oddechania uderzało zupełnie rytmicznie około 72 razy na minutę, w czasie zmienionego rytmu stawało się nieregularnem; niektóre fale były silne, inne znowu tak słabe, że je zaledwie wyczuć można było. Bardzo ciekawem było zachowywanie się tętna względem oddechania. W początku napadów tętno wynosiło około 48—50 na minutę. Trzymając chorego za tętno, a jednocześnie śledząc za fazą oddechania i za uderzeniem wierzchołkowem serca, zauważyłem, że silniejsza fala tętna występowała zwykle przy końcu głębokiego wydechania, w czasie zaś aktu wydechania tętno było albo nadzwyczaj słabe, albo też znikало zupełnie, pomimo że uderzenie wierzchołkowe było jeszcze widoczne, jak również i tętno żył szyjowych. Potem następował znowu okres wdechu, przy początku którego zjawia się słabe tętno, jeśli akt wdechania trwa długo, a pod koniec tegoż znowu bardzo silne tętno. W czasie zaś wydechania znowu nadzwyczaj słabe tętno, albo też intermisya. Otóż częstość tętna, nie licząc owych słabszych fal, nie wynosiła więcej jak 30—34 na minutę, gdy tymczasem serce kurczyło się o wiele częściej 60—68 na minutę. Niekiedy, zwłaszcza podczas wydechania, przy braku tętna arteryjalnego występowało tętno żyłne. Z tego okazuje się, że w danym przypadku mieliśmy obraz kliniczny w czasie objawu *Cheyne-Stokes'a* bardzo zbliżony do tak zwanego *hemisystolia cordis Leyden'a* i tem ciekawszy, że spowodowany został głównie zaburzeniem w oddechaniu. Czy arytmija serca wystąpiła w danym przypadku na skutek bezpośredniego wpływu tego lub owego aktu oddechania na mechanizm ruchów serca, czy też powstała na drodze zwrotnej przez zmianę innerwacyi serca, trudno na pewno rozstrzygnąć; zdaje się jednak, że obie te przyczyny mogły się stać powodem arytmii serca. Rysunki sfigmograficzne potwierdziły i w tym razie obecność tętna, niedostępnego dla naszego zmysłu dotyku, tętno to znajdowało się jakby na katakrocie tętna większego wyczuwalnego, tworząc z nim tętno bliźniacze, lub niekiedy naprzemienne. Obydwa te jednak rodzaje typowego, arytmicznego tętna nie zjawiały się podczas każdego napadu nieprawidłowego oddechania. Niekiedy zamiast tętna dwudzielnego występowało tętno trójdzielne, lub czworodzielne, przyczem jednakże zawsze większe tętno przypadało pod koniec aktu wdechania, a mniejsze podczas aktu wydechania, lub na początku fazy wdechania.

(D. n.)

Z WARSZAWSKIEGO SZPITALA DLA DZIECI WYZNANIA MOJZESZOWEGO MAŁŻONKÓW
BERSCHNÓW I BAUMANNÓW.

III. SZKARLATYNA I OSPA JEDNOCZEŚNIE U TEGOŻ SAMEGO DZIECKA.

Podał

L u d w i k W o l b e r g

lekarz tegoż szpitala.

Możliwość jednoczesnego przebiegu u jednego i tego samego osobnika dwóch ostrych zakaźnych chorób wysypkowych obecnie już nie należy do kwestyj spornych, dzięki spostrzeżeniom i opisom Steiner'a, Thomas'a, Montiego, Fleischmanna, Chrostowskiego, Malinowskiego i t. d.

Rzadkość jednak odnośnych przypadków skłania mnie do podania w krótkości podobnegoż przypadku, spostrzeganego przezemnie w szpitalu dzieciennym. W artykule tym, natury czysto kazuistycznej nie uwzględniam wcale, odnośnej znanej mi literatury.

10. IX. 1881 r. przyjętą została do szpitala 5-letnia dziewczynka. Już od kilku dni dziecko to było cierpiącym i wedle słów matki uskarżało się na ból głowy, brak łaknienia, osłabienie i tym podobne przejawy zwiastunne poczynającego się poważniejszego cierpienia. Na dzień przed przybyciem do szpitala matka dziecka zauważyła na całym jego ciele, z wyjątkiem twarzy, jasno czerwoną wysypkę; prócz tego dziecko skarżyło się na ból gardła. Przy przyjęciu zauważyć mogłem, że ciało dobrze odżywianej i dobrze zbudowanej dziewczynki pokryte było charakterystycznymi czerwonymi plamkami, bardzo gęsto rozszaniami; plamek tych na twarzy nie było, natomiast twarz była pokryta rozlaną czerwonością. Błona śluzowa gardzieli silnie zaczerwieniona, migdały obrzmiałe. Ciepłota ciała wynosiła pod pachą 40,2°C. Rozpoznawszy szkarlatynę, epidemicznie podówczas panującą, poleciłem umieścić dziecko w sali osobnej. Jednocześnie z tą dziewczynką przyjęto do szpitala i jej rodzeństwo, brata i siostrę, którzy znajdowali się wówczas w okresie wylegania szkarlatyny i przebyli ją w naszym szpitalu, nie zaraziwszy się następnie ospą. Jedno z tych dzieci prędko wyzdrowiało i na żądanie rodziców opuściło szpital. 18. IX. to jest, nim na ową salę przyjęte zostało dziecko, chore na ospę, drugie dziecko, siostra opisywanej chorej, było szczepione i miało wyraźnie ślad szczepienia na lewym ramieniu, przeto nie zaraziło się ospą, choć przez cały czas leżało w jednym pokoju z dzieckiem, na ospę cierpiącym. Nasza zaś chora, choć jak rodzice jej utrzymywali już w 1-ym roku życia szczepioną była, jednak żadnych śladów szczepienia nie przedstawiała. Prawdopodobnie więc szczepienie nie miało skutku. W owym czasie panowała w Warszawie epidemicznie szkarlatyna, przebiegająca bądź z udziałem dyfterytu bądź bez niego; epidemija ta do dzisiejszego dnia jeszcze nie ustała, lecz częstość jej znacznie się zmniejszyła i objawy zlagodniały. Również i ospa w owym czasie (Wrzesień zeszłego roku) dosyć często była spostrzeganą i powoli coraz silniej się rozwijać poczęła przy jednoczesnem zmniej-

szaniu się epidemii szkarlatyny, tak że obecnie spostrzegamy daleko więcej przypadków ospy niż szkarlatyny.

Podówczas na sali izolowanej leżało tylko owe troje dzieci, chore na szkarlatynę. Dla chorej mej przepisałem *emulsio ol. ricini* do wewnątrz i przestrzykiwanie gardzieli rozcynem chloranu potasu z małym dodatkiem kw. karbolowego. 12. IX, wysypka szkarlatynowa kwitła na całym ciele, ciepłota 38,2°C. 13-go zauważyłem powierzchowne, białym nalotem (śluz) pokryte, owrzodzenie na migdale lewym znacznie obrzmiałym. Obawiając się dyfterytu, tak często w tej epidemii przyłączającego się do szkarlatyny, poleciłem trzy razy dziennie pędzlować gardziel mieszaniną *chlorali hydratici* (3j) z dwiema drachmami gliceryny, a do wewnątrz *natrum benzoicum* 3j na 3jv wody, co godzina łyżeczkę. Owrzodzenie na migdale przez następne dwa dni powiększyło się cokolwiek, lecz już dnia 15. IX. poczęło się zupełnie oczyszczać i zablizniać. Ciepłota wynosiła wówczas 37,8° C., a wysypka szkarlatynowa zbladła i dnia 16. IX. już znikła. Jednocześnie ustąpiło obrzmienie migdałów, a z niem i ból gardła. Dziecko miało dobry apetyt, ogólny stan był doskonały, poleciłem przeto dawać mu rosół, pół bułki i kawałek pieczonego mięsa.

Do dnia 24. IX. stan dziecka był zadawalniający; tego dopiero dnia zauważyłem lekki obrzęk stóp. Skóra była suchą i chropowatą, a dnia 27. XI. naskórek począł się łuszczyć. Obrzęk się nie powiększał, mocz zawierał cokolwiek białka. Dziecku przepisałem dyjetę mleczną, a oprócz tego *tincturam ferri chlorati*, którą zmieniłem następnie na proszki z czystej tanniny. Dnia 28. XI. zauważyłem, że i dolne powieki obu oczu, a nawet policzki lekko były obrzmiałe. Dnia 2. X. obrzęki się zmniejszyły, natomiast zauważono wypływ ropnej cieczy z lewego ucha i ekcemat na lewej muszli usznej, spowodowany drażnieniem skóry ropą, która w małej ilości prawdopodobnie już od kilku dni wypływała, przy braku jednak wszelkiej bolesności i nieznacznej ilości wypływu nie zwróciła na siebie uwagi. Poleciłem trzy razy dziennie przestrzykiwać ucho następującym rozcynem: *zinci sulfurici gr. iv, acidi carbolicum gtt. xv. aquae destillatae 3jij*, a w muszlę dwa razy dziennie wcierać cokolwiek *unguenti hydrag. praecip. albi*; przy tem leczeniu po ośmiu dniach ropienie ustało, a wysypka na muszli w ciągu 12 dni zginęła.

20. IX. to jest wówczas, kiedy wysypka szkarlatynowa już znikła z ciała naszej chorej, a łuszczenie naskórka jeszcze się nie rozpoczęło, byliśmy zmuszeni umieścić na tej samej sali małego chłopczyka, cierpiącego na ospę; dziecko to pozostawało na tej sali do 11. X. i, jako zdrowe, tego dnia zostało przezemnie wypisane. Szczupłe rozmiary naszego szpitala nie zezwalają nam na posiadanie osobnej sali dla każdej oddzielnej zakaźnej choroby wysypkowej, a przepisy i liśność nad biednymi dziećmi, pozbawionymi w domu wszelkiej opieki, zmuszają do przyjmowania tychże i umieszczania rozmaitych wysypek jednocześnie na jednej sali, izolowanej od ogólnych sal, na które przyjmowane bywają dzieci z chorobami chirurgicznymi, wewnętrznymi i skórными niezakaźnymi. Od tego dziecka zaraziła się nasza chora, która, jak wiadomo, nie miała śladów szczepienia ospy; dwa tygodnie trwał okres utajenia, a 5. X. zjawiła się nowa wysypka, jednocześnie trwało jeszcze łuszczenie się naskórka. 4. X. ciepłota ciała była jeszcze

normalną, a stan ogólny zupełnie zadowolniający, 5. X. już nad ranem ciepłota wzniosła się do 37,6° C., po obiedzie zaś do 40,0° C.. Wówczas na twarzy zauważyłem już kilkanaście dosyć dużych czerwonych plamek. Błona śluzowa gardzieli była czysta. Na drugi dzień ciepłota opadła nad ranem do 39,0° C., wieczorem nawet do 37,6° C.. Ilość czerwonych plamek znakomicie się powiększyła; dawniejsze zamieniły się na guziczki (*papulae*); obecnie można je było widzieć w wielkiej obfitości nie tylko na twarzy, lecz i na całym ciele i kończynach. O ddzielne guziczki na wierzchołku pokryte są blaszkami łuszczącego się bardzo silnie naskórka. Następnego dnia ciepłota znów wzniosła się do 39,0° C., a guziki przemieniły się w pęcherzyki, a następnie w pryszcze wypełnione czystą ropą i opatrzone wyraźnym, tak charakterystycznym zagłębieniem (*umbo*). Pryszcze pokrywały obecnie całe ciało tak obficie, że tylko gdzieś tam można było zauważyć kawałki niepokrytej przez nie skóry z obfitem w tych miejscach łuszczeniem naskórka. Na dolnych kończynach, szczególnie na zewnętrznej i tylnej powierzchni obu goleni, pryszcze zlewały się ze sobą, tworząc powierzchnię wrzodziejącą. Najwięcej pryszczycy było na goleniach, przedramionach i pośladkach; najmniej na piersiach i brzuchu. 10. X. prawie wszystkie pryszcze zlewały się ze sobą i całe ciało przedstawiało wstrętny widok jednego obszernego owrzodzenia. Wargi sromne wielkie i małe i otwór cewki były tak obrzmiałe, że oddawanie moczu było utrudnione i bolesne. Ogólny stan dziecka był bardzo zły, osłabienie ogromne; stolec i mocz oddawało dziecko pod siebie; brak zupełny łaknienia, tętno bardzo miękkie, ciepłota spadła, *coma* i 15 Października dziecko zmarło.

Nie wdając się w żadne teoretyczno-kompilacyjne rozumowania, powtarzam dla łatwiejszego przypomnienia najważniejsze dane: 10 Września wysypka szkarlatynowa; 13-go *angina et tonsillitis ulcerosa*; 20-go przybywa do tej samej sali dziecko chore na ospę; 24-go obrzęk stóp i białko w moczu naszej chorej (*nephritis scarlatinosa*); 27-go rozpoczyna się łuszczenie naskórka; 2. IX. *otitis*; 5. IX. zjawia się wysypka ospy, w skutek której 15. IX. dziecko umiera.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

30. Oberst. Rozdarcia cewki moczowej u mężczyzn i ich leczenie.

Obrażenia te zazwyczaj krótko są w podręcznikach traktowane; tymczasem należą one do tych cierpień, które, leczone z samego początku odpowiednio i racjonalnie, kończą się zazwyczaj szybko i pomyślnie, w przeciwnym zaś razie prowadzą za sobą bardzo nieprzyjemne następstwa. Ta właśnie okoliczność skłoniła autora do obszerniejszego wykładu, opartego na spostrzeżeniach z kliniki chirurgicznej w Halli.

Rozdarcia cewki powstają albo bezpośrednio od wewnątrz przy gwałtownym wprowadzaniu instrumentów, przy wyciąganiu odłamków kamienia i t. p., albo od zewnątrz, skutkiem przecięcia, przekłucia, postrzału lub stłuczenia, skierowanego na krocze przy uderzeniu, upadnięciu, albo też pośrednio przez przemieszczone odłamki kostne przy złamaniach miednicy. Obrażenia, powstałe z przyczyn pierwszej kategorii, nie przedstawiają stałej formy; natomiast rozda-

cia, wywołane przez przemieszczone odłamki kostne, zazwyczaj dotyczą pewnego oznaczonego miejsca i mają oznaczoną formę.

Między rozdarciami typowemi można odróżnić dwa rodzaje:

1) takie, przy których rozdarta zostaje tylko pewna część obwodu cewki, czyli gdzie ciągłość cewki pozostaje nienaruszoną, i

2) takie, przy których cały obwód cewki ulega rozdarciu, czyli gdzie jest przerwana ciągłość kanału.

Co do miejsca trzeba rozróżnić rozdarcia w części błoniastej lub opuszkowej (*pars membranacea et bulbosa*) i rozdarcia wyżej umieszczone w bliskości, lub w samej szyjce pęcherzowej.

Lżejsze formy obrażenia, czyli rozdarcia niezupełne, powstają prawie bez wyjątku przy upadnięciu lub uderzeniu w krocze i dotyczą zawsze części błoniastej lub początku opuszkowej (według doświadczeń *Poncet'a* i *Ollier'a* na granicy obu tych części). Mechanizm obrażenia jest bardzo prosty. Tak np. w najzwyczajszym przypadku upadnięcia okraciem z pewnej wysokości na krawędź, krocze i cewka zostają z całą siłą przyparte do spojenia łonowego; ponieważ zaś cewka przez wiąz łonokrokowy umocowaną jest na dolnym brzegu spojenia, nie może więc ustąpić przed napierającą siłą, lecz zostaje przygniecioną do dolnego brzegu spojenia, lub też do zstępującej gałęzi kości łonowej, lub wstępującej kulszowej przy więcej bocznym kierunku siły. Przy znacznem nateżeniu tej ostatniej cewka rozrywa się, podczas gdy skóra, posiadająca znaczniejszą sprężystość, pozostaje całą. Przy tych warunkach rozdarcie zwykle zdarza się na ścianie tylnej czyli dolnej i jest poprzeczne. *Poncet* i *Ollier* na mocy swych doświadczeń doszli do przekonania, że cewka przyparta do średniej powięzi krocza (*lig. Carcassoni*) zostaje wprost przez nią przecięta i że tym sposobem obrażenie dotyczy ścianki przedniej (górnjej). Obserwacje jednak kliniczne nie stwierdzają tego poglądu.

Objawy rozdarcia niezupełnego są następujące: podbiegnięcia krwawe, obrzmienie krocza i moszny, krwawienie z cewki, ból w obrażonym miejscu. Oddawanie moczu z początku zwykle niezamącone, dopiero utrudnionem lub zupełnie niemożliwem staje się następnie wskutek obrzmienia zapalnego. Wtedy to zagraża nacieczenie moczowe i rozkład gnilny. Z obawy tego ostatniego przy podejrzeniu nawet rozdarcia cewki należy wprowadzić do pęcherza gruby cewnik i pozostawić go na dni kilka. Ponieważ rozdarciu ulega zwykle ściana tylna, należy przy wprowadzeniu cewnika trzymać się dziobem ściany przedniej. Jeśli wprowadzenie nie udaje się, trzeba postąpić tak, jak to będzie wskazazem niżej przy opisie rozdarcia zupełnych. Całe zwykle leczenie ogranicza się na wprowadzaniu cewnika. Dość często jednak dochodzi do utworzenia się ropnia w ugniecionych tkankach, który po przecięciu szybko się zagaja. Ponieważ do utworzenia się ropnia, dochodzi w znacznej liczbie przypadków, możnaby uważać za dość racjonalne otworzenie zawczasu wylewu krwistego na kroczu i wtedy bowiem przy zastosowaniu opatrunku przeciwniegnilnego zapewnia się szybsze wyleczenie.

O wiele donioślejszego znaczenia są całkowite rozdarcia cewki moczowej. Dawniej powątpiewano o możebności takowych, dokładniejsze jednak badania dowiodły, że całkowite rozdarcia cewki częściej się zdarzają od niezupełnych. Tego rodzaju obrażenia mogą powstać w dwojaki sposób: 1) jak i niezupełne, od uderzenia, upadnięcia okraciem i 2) przy zboczeniu odłamków przy złamaniach miednicy. Według *Gosselina* ostatnia przyczyna powoduje rozdarcia niezupełne, tymczasem autor we wszystkich swoich przypadkach, widział rozdarcia zupełne, z czem się zgadzają i wszystkie inne spostrzeżenia z kilku lat ostatnich.

Co się tyczy złamań miednicy, jako momentu powodującego rozdarcia cewki, najważniejszą jest odmiana ich po raz pierwszy opisana przez *Malgaigne'a*

i nazwana podwójnem pionowem złamaniem miednicy. Odznacza się ono tem, że złamanie jednocześnie zachodzi od tyłu i od przodu; z przodu ulegają mu kości tworzące otwór owalny, a mianowicie z jednej strony gałąź pozioma kości łonowej, to bliżej, to dalej od spojenia, najczęściej przy guziku biodrogrzebieniowym, z drugiej strony gałąź zstępująca kości łonowej, lub wstępująca kuluszowej. Przy pewnych okolicznościach, złamanie może się znajdować bliżej spojenia łonowego, tak, że linija złamania nie będzie przechodzić przez otwór owalny. Z tyłu albo powstaje rozejście się spojenia krzyżobiodrowego, albo podłużne złamanie kości biodrowej lub krzyżowej, zwykle w okolicy otworów tejże kości. Tego rodzaju złamania wymagają znacznej siły. Powstają one od przywalenia znacznym ciężarem, spadnięcia z wysoka, zgniecenia między buforami. Według autora siła przytem działa zwykle w kierunku poprzecznym, od jednego boku do drugiego, a nie w kierunku strzałkowym, t. j. przednio-tylnym jak to zwykle przyjmują. Różnica w kierunku działania siły objaśnia dokładnie rodzaj i sposób obrażenia. I tak, jeśli pewna siła, naciskając na miednicę z boków, nie ustaje z chwilą, kiedy spowodowała złamanie kości, to działając dalej, pociąga za sobą przemieszczenie odłamków; boczny odłamek kieruje się ku środkowi, środkowy ku zewnątrz. Z tego wypada, iż opuszka i część błoniasta cewki wystawioną jest na wielkie niebezpieczeństwo ze strony odłamka bocznego. Inaczej rzecz się ma, jeśli siła działa z przodu ku tyłowi. Tutaj odłamek środkowy kieruje się ku tyłowi, boczny ku przodowi; na niebezpieczeństwo wystawionym jest pęcherz, a nie cewka, obrażającym odłamkiem jest środkowy. Przypadki kliniczne potwierdzają to objaśnienie w zupełności.

Jeśli cewka w ten lub ów sposób całkowicie przerwana została, to najpierwszym objawem będzie krwawienie z cewki. Kiedy chory usiłuje mocz oddać, to ten ostatni dochodzi tylko do miejsca rozdarcia, miesza się tam z krwią wylaną i jeśli wcześniej nie przyjsć z pomocą, wywołuje nacieczenia moczowe ze wszystkimi następstwami.

Leczenie w tych przypadkach ma na celu odpowiedzieć trzem najważniejszym wskazaniom: zapewnić swobodny odpływ moczu, przeszkodzić zakażeniu i przywrócić normalną drożność kanału moczowego. Aby wypełnić wskazanie pierwsze, należałoby zaprowadzić cewnik, ale nie udaje się to tutaj tak łatwo, jak przy rozdarciu niezupełnem. Pęcherzowy odcinek cewki oddzielony zupełnie od obwodowego, swobodnie się porusza w jamie, mniej lub więcej obszernej. Usiłowanie wprowadzenia cewnika po razy kilka jest z tego względu przeciwwskazanem, że wznawia krwawienie, a zarazem może działać jako bodziec zapalny. W tym razie cewnik powinien tylko odgrywać rolę zgłębnika dla stwierdzenia rozpoznania.

Przekłucie pęcherza najprędzejby doprowadziło do pożądanego celu. Gożąco też ono było zalecanem przez niektórych chirurgów francuzkich. Inni jednak autorowie, przeważnie niemieccy, występują przeciwko tej operacji raz, że przekłucie pęcherza jest tylko środkiem tymczasowym, a powtóre, że zupełnie nie zabezpiecza od zakażenia pierwotnej rany. Bodźce zakaźne mogą być wprowadzone z cewnikiem przy badaniu, a z drugiej strony w skutek silnego stłuczenia i nadmiernego wypełnienia pęcherza dość często muskulatura zwieracza ulega bezwładowi i mocz pomimo przekłócia, chociaż w małej ilości, przesiąkać będzie do cewki, do rany. Wprawdzie i przy rozdarciu częściowem cewki po zaprowadzeniu cewnika mocz może wyciekać obok niego i dochodzi do rany, a pomimo to nie wywołują zakażenia, tłumaczy się to jednak tem, że mocz tutaj nie zatrzymuje się w ranie, lecz wypływa na zewnątrz obok cewnika, a z drugiej strony rana przy rozdarciu częściowem jest bardzo nieznaczna. Z resztą przekłucie i dla samego pęcherza obojętnem nie jest, bo chociażby je wykonać podług najlepszej metody, może spowodować niezbyt pęcherza, złuszczenie i owrzodzenie błony śluzowej, zapalenie i ropienie w miedniczkach nerko-

wych. Tym sposobem do przekłucia pęcherza należy się uciekać tylko w nadzwyczajnych przypadkach, gdzie inny sposób postępowania nie prowadzi do celu.

Cięcie na kroczu, odnalezienie przerwanej cewki i zaprowadzenie cewnika zadość uczyni wszystkim wskazaniom. Odszukanie jednak pęcherzowego odcinka cewki uważają zwykle za tak trudne, że często ono zupełnie się nie udaje. O b e r s t uważa zaś je za dość łatwe, jeśli operację wykonać w sposób następujący: układamy chorego jak do cięcia kamienia, wprowadzamy zgłębnik, przewodnik, lub cewnik do samego rozdarcia, następnie robimy cięcie od 5—8 ctm. długie, dochodzące prawie do odbytu, tym sposobem dojdziemy do obwodowego odcinka cewki. Jamę wypełnioną skrzepami dokładnie oczyszczamy, brzegi rany odchylamy haczykami tępymi i jeśli cięcie było dostateczne, wtedy na dnie rany ujrzymy środkowy odcinek cewki, podobny do skrzepu krwi i przedstawiający się jako ruchomy wyrostek, silnie krwią podbiegnięty, zawsze nieco krwawiący. Jeśli go mimo to odnaleźć nie można, należy naciskać dłonią na pęcherz i uważać czy w jakim miejscu mocz się nie ukaże; w miejsce to wprowadza się gruby cewnik. Jeśli operację tę wykonamy przy rozdarciu częściowym cewki, które zwykle się zdarza na ścianie tylnej, to miejsce rozerwane łatwo udaje się dojrzeć, jeśli zaś rozdarta jest ścianka przednia, to cięcie podłużne wykonane na cewniku łatwo doprowadzi do celu.

Zdarza się jednak, że pomimo wszelkich starań pęcherzowego odcinka cewki nie odnajdziemy. I wtedy jeszcze nie należy spieszyć się z przekłuciem pęcherza, odpływ moczu bowiem przez rozszerzoną ranę dostatecznie odbywać się będzie. Dopiero gdy pomimo cięcia, lub też później przy ziarninowaniu rany odpływ moczu jest w wysokim stopniu trudny, należy przystąpić do przekłucia pęcherza, albo jeszcze lepiej do wysokiego cięcia pęcherza (*sectio alta*), po wykonaniu którego za pomocą kateteryzmu tylnego (*catetherismus posterior*) bieg cewki odnajdziemy.

Po utorowaniu drogi dla moczu winniśmy się zająć postawieniem rany w warunkach pomyślnych dla sprawy gojenia. W tym celu należy usunąć pierwiastki zakaźne, jakie już w ranie zagnieździć się mogły, a zarazem zabezpieczyć ją od nowego zakażenia. Wypełnienie tego wskazania szczególnie jest ważnem przy rozdarciach cewki, powstałych wskutek przemieszczenia odłamków miednicy. Mamy tu nieraz do czynienia z jamą, przerażającą swemi rozmiarami. Palec śledzący sięga pod spojenie łonowe, na boki pod poślądki i granic jamy dosięgnąć nie może. Jama ta wypełniona jest skrzepami krwi, tkankami rozmiążdżonemi, odłamekami kości. Po dokładnem oczyszczeniu rany wkładamy w nią grube dreny, starając się, aby doszły aż do miejsca złamania. W razie potrzeby robimy przeciwotwory lub przeprowadzamy obszerniejsze cięcia. Następnie wszystko starannie przemywa się 3% roztworem kwasu karbolowego i opatruje przeciwgnilnie, wypełniając dokładnie jamę kawałkami muslinu karbolizowanego. Tamponowanie jamy ma na widoku dwa zadania: zatamowanie krwawienia, które szczególnie znacznem bywa przy obrażeniu opuszki i utwierdzenie cewnika. Tak postępując, zapewniamy ranie dość szczęśliwy przebieg, pomimo że trudno ją zupełnie uchronić od zanieczyszczenia przez mocz a nawet i kał niekiedy. Opatrunek zmienia się od 1—2-óch razy dziennie. Po upływie 2—3 dni usuwa się cewnik, wprowadzony przez ranę na krocz i zamiast niego wprowadza się przez otwór zewnętrzny cewki, gruby cewnik N e l a t o n'a. Następnie po dniach 6-ciu lub 10-ciu kiedy już rana dobrze ziarninuje, można cewnik i opatrunek zupełnie usunąć. Od tej chwili wprowadzamy codziennie cewnik lub zgłębnik R o s e r'a, aby uniknąć zwięzienia cewki. Po upływie 5 do 6 tygodni chory prawie że wszystek mocz oddaje drogą naturalną. Przez dłuższy czas jednak jeszcze nie należy zapominać o zaprowadzaniu cewnika.

Nigdy prawie cała ta sprawa nie obywa się bez wywołania lekkiego niezytu pęcherza moczowego, dlatego też dopóki cewnik pozostaje w pęcherzu na-

leży ten ostatni przeplukiwać rozczynek kwasu salicylowego. Po oddaleniu cewnika nieżyt szybko ustępuje. Koenig zamiast cewnika przez środkowy odcinek cewki zaleca przeprowadzać nitkę, sposób ten jednak nie wszędzie da się zastosować, nadto nie zapewnia dokładnego opróżniania pęcherza, w następstwie zaś może utrudnić utorowanie drogi cewki w skutek przemieszczenia odcinka pęcherzowego.

Pozostaje nam jeszcze napomknąć o rozdarciach cewki poza opuszką, bliżej lub nawet przy samej szyjce pęcherza. I tutaj przeważnym objawem jest niemożność oddawania moczu. Rozumie się, że w tym przypadku cewnik można dalej przeprowadzić niż przy rozdarciach części błoniastej lub opuszkowej, wprowadzenie jednak cewnika do pęcherza przy rozdarciu zupełnem jest całkowicie niemożliwem. I tutaj również zagraża zatrzymanie moczu, nacieczenie moczowe i rozkład gnilny. Ponieważ obrażenie znajduje się tutaj ponad powięzią głęboką krocza, a nienaruszona powięź czyni niemożliwem wylanie się na zewnątrz tak zawartości pęcherza jak i krwi lub produktów zapalnych, nacieczenie więc rozszerza się po luźnej tkance miednicy, prowadząc za sobą groźne następstwa, jeśli rychło nie pospieszymy z odpowiednią pomocą. Dlatego też przedewszystkiem robimy cięcie na kroczu, aby dojść do miejsca obrażenia i dać odpływ moczowi i wydzielinom z rany. Jeśli odszukanie pęcherzowego odcinka cewki przy rozdarciu się części błoniastej lub opuszkowej było bardzo trudnem, to tutaj jest ono zupełnie niemożliwem. Ponieważ z upływem czasu nic pod tym względem zyskać nie możemy, to należy rychło przystąpić do wysokiego cięcia pęcherza (*sectio alta*) i do wprowadzenia cewnika od tyłu, przez otwór pęcherzowy (*catheterismus posterior*). Operacja ta, pierwszy raz wykonana przez Volkmana, a następnie zalecana przez Neuber'a i Ranke'go, wykonywa się w sposób następujący: po otwarciu pęcherza nad spojeniem łonowem przez ranę wprowadzamy cewnik metalowy do pęcherza i odpowiednio nim kierując, staramy się koniec jego przez otwór pęcherzowy cewki wyprowadzić na zewnątrz przez ranę poprzednio wykonaną na kroczu. Przez okienko cewnika przeprowadzamy nitkę, do której przywiązany jest cewnik Nelaton'a i tym sposobem wprowadzamy go do pęcherza. Z drugiej strony przez otwór zewnętrzny cewki wprowadzamy znów cewnik metalowy i postępując jak wyżej, wyprowadzamy drugi koniec cewnika Nelaton'a przez cewkę od tyłu ku przodowi. Tym sposobem mamy przeprowadzony cewnik przez naturalny kanał do pęcherza, a nitki znajdujące się na końcach cewnika, odpowiednio przymocowane, zabezpieczają od wyslizgnięcia się takowego. Najtrudniejszym aktem w tej operacji jest odszukanie otworu pęcherzowego i dlatego też każdy z autorów zaleca odmienny rodzaj cewnika. Po utorowaniu normalnej drogi staramy się o zagojenie obu ran, według ogólnych zasad dzisiejszej chirurgii.

(*Samml. Klinisch. Vorträge Volkmann's N. 210*).

Fr. Jawdyński.

31. Landau Leopold. Nerka wędrująca u kobiet. (*Die Wanderniere der Frauen. Berlin. 1881. str. 104*).

Już od dość dawna przypuszczano, że nerka pod wpływem rozmaitych czynników, może opuścić swe zwykle miejsce, lecz prace na tem polu były niewyczerpujące i zasadzały się li tylko na spostrzeżeniach, czynionych na chorych. Pierwszy Aberle w roku 1826 ogłosił dokładny opis 4-ch przypadków nerki wędrującej, podając obok spostrzeżeń klinicznych także opis sekcji, dokonanych we wszystkich pomienionych przypadkach. Od czasu spostrzeżeń Raye'r'a zaczęto się pilniej zajmować tą kwestyją, tak, że w r. 1859 już Fritz zdołał zebrać w literaturze 35 przypadków. Dietl bardzo wiele przyczynił się do wzbogacenia symptomatologii nerki wędrującej; przypuszczał on, że zwłaszcza Polacy często podlegają temu cierpieniu. Rollet pierwszy napisał wyczerpującą monografię w tej kwestyi.

Na zasadzie spostrzeganych dotąd przypadków, zauważono, że nerka wędrująca występuje przeważnie u ludzi należących do niższych warstw społecznych, zmuszonych oddawać się ciężkiej pracy fizycznej, przytem częściej podlegają jej kobiety niż mężczyźni. L a n d a u podaje, że w ogóle na 314 przypadków nerki wędrującej, ogłoszonych w różnych czasach, 273 razy znaleziono ją u kobiet, a 41 razy u mężczyzn. Co do wieku, w którym najczęściej można ją obserwować, to L a n d a u podaje następujące cyfry: na 100 przypadków było od 1 roku do 10 lat — 6, od lat 10 do 20 — 2, od lat 20 do 30 — 15, od 30 do 40 — 43, od 40 do 50 — 21, od 50 do 60 — 9 i od lat 60 do 70 — 4. Co do tego, która nerka częściej bywa ruchomą, L a n d a u podaje, że na 173 przypadki, 152 razy ruchomą była nerka prawa, 12 lewa i 9 razy obie nerki.

Nerkę, która pod wpływem jakichbądź czynników opuściła zwykle swe miejsce, znajdujemy najczęściej w okolicy II—III kręgu lędźwiowego obok kręgosłupa, zawsze prawie pokrytą przez kiszki cienkie. Oprócz zmiany położenia nerka taka wykonywa zwykle obrót około jednej ze swych osi, lub też około obydwu osi naraz. Ciepsem brzeg zewnętrzny nerki zwraca się ku górze, górny koniec ku wewnątrz, a dolny ku zewnątrz, w skutek czego wnęka zwróconą jest ku wewnątrz i ku dołowi; czasami obrót następuje tylko około osi poprzecznej, tak, że wnęka zwraca się ku górze; nadzwyczaj rzadko dolny koniec nerki zwróconym jest ku przodowi; najczęściej jednak nerka przyjmuje położenie ukośne od góry i zewnątrz ku dołowi i ku wewnątrz. Prawa nerka może poruszać się w odcinku kuli, której punktem środkowym jest ujście żyły nerkowej prawej, lewa w odcinku kuli o punkcie środkowym w miejscu początku lewej tętnicy nerkowej. Im niżej zstępuje nerka, tem więcej poprzeczny kierunek przyjmuje jej oś podłużna, im zaś więcej posuwa się ku przodowi, tem bardziej brzeg wewnętrzny i koniec górny kieruje się ku przodowi. Wskutek tych zmian położenia następują zбочenia w przebiegu naczyń nerkowych i moczowodów; w miarę opuszczania się nerki naczynia zginają się pod kątem mniej lub więcej ostrym, wskutek zaś obrotu około osi naczynia i moczowód skręcają się i zginają w rozmaity sposób, wskutek tego światło ich traci zwykły swój wymiar.

Uruchomiona nerka zwykle bywa mniejsza i lżejsza od drugiej, która nie opuściła swego miejsca i zmuszoną jest często działać za obie. Jeśli nieprawidłowe położenie nerki przeciąga się cokolwiek dłużej, najczęściej znajdujemy zmiany w jej istocie, jakoto zwyrodnienie tłuszczowe, przerost tkanki łącznej i wodonercze (*hydronephrosis*). Tłuszcz w torebce tłuszczowej nerki zanika zwykle bardzo szybko, w skutek tego otrzewna pokrywająca nerkę może się wyciągać i powstaje rodzaj krézki nerkowej (*mesonephron*), która nawet nieraz dochodzi do dość znacznych rozmiarów powstawania tej krézki; przypisywano jej dawniej główną przyczynę zбочenia nerki z jej położenia prawidłowego. Ze zmian w organach sąsiednich wymienić należy zsuniecie zgięcia okrężnicy prawego i lewego wraz z krézką ku dołowi i ku zewnątrz; często zdarza się, że nerka wędrująca może wsunąć się między dwa listki krézki okrężnicy i w ten sposób wywierać ucisk na kiszkę. Sąsiednie organy mięszone pozostają zwykle bez zmiany; nawet nadnercze zawsze pozostaje niezmienione w swem zwykłym miejscu. Bardzo często następują zrosty nerki ruchomej z dolną powierzchnią wątroby, pęcherzykiem żółciowym i poprzecznicą. Nadzwyczaj rzadko spotykamy zakrzep żyły głównej dolnej, spowodowany przez nerkę wędrującą.

Przyczyny nerki wędrującej są bardzo różnorodne. Pominąwszy to, że rozwój jej przypisywano błędnie powstawaniu krézki nerkowej i przemieszczeniu kiszki, co właściwie trzeba uważać za skutek, nie zaś za przyczynę, czynniki wywołujące nerkę ruchomą można rozdzielić na dwie grupy; na czynniki anatomiczne i mechaniczne. Co do pierwszych, to guzy wątroby i śledziony nie są w stanie wywołać nerki wędrującej, gdyż ucisk wywierany przez nie, jest skierowany głównie na przednią powierzchnię nerki,

nie zaś na os podłużną; tylko guzy trzustki i nadnercza mogą być przyczyną zmiany położenia nerek. Guzy samej nerki, jak raki, mięsaki, wodonercze, mogą być przyczyną jej przemieszczenia. Próchnienie ostatniego kręgu grzbietowego i *psoritis* mogą również wywołać nerkę wędrującą. Najglówniejszą i najczęściej spotykaną przyczyną rozwoju nerki ruchomej jest z a n i k t ł u s z c z u w t o r e b c e t ł u s z c z o w e j (*capsula adiposa*) i zluźnienie otrzewnej pokrywającej nerkę. Jeśli zanik taki napotykanymy u osobników młodych, to niezawsze następuje ruchomość nerki, gdyż więzy mogą się o tyle wzmocnić, że zdołają utrzymać nerkę w zwykłym jej położeniu; jeśli zaś tłuszcz zanika szybko u starych, wycieńczonych, (zwłaszcza u tych, którzy przebyli tyfus, zimnicę), to już cokolwiek silniejszy nacisk tłoczni brzusznej może wywołać nerkę wędrującą. Wydatną rolę w etjologii nerki wędrującej odgrywają cierpienia ścian brzucha u kobiet. Jeśli tylko brzuch staje się obwisłym, czy to wskutek guzów ścian brzucha, czy też jako pozostałość po licznych porodach lub poronieniach, to już mamy sprzyjające okoliczności do uruchomienia nerki. Przyczyną powstawania nerki wędrującej w takich okolicznościach będzie to, że umiarkowany nacisk tłoczni brzusznej, służący do utrzymania nerki w jej prawidłowym miejscu, zostaje zniesiony w tych razach. Prócz tego u osobników z obwisłym brzuchem, w pozycji stojącej, kiszki ciągle pociągają ku dołowi organy leżące nad nimi, a więc i nerki; ważną rolę gra także ta okoliczność, że z obwiśnięciem brzucha i rozciągnięciem jego ścian idzie zawsze w parze zwiotczenie otrzewnej, pokrywającej przednią powierzchnię nerki. Rozumie się samo przez się, że przepukliny również sprzyjają powstawaniu nerki wędrującej. Niektórzy, jak *Bequet*, *Lanceraux*, *Fourrier*, wielki wpływ przypisują miesiączkowaniu, na zasadzie niewyjaśnionego jeszcze dotąd związku, istniejącego pomiędzy splotem jajnikowym i nerkowym.

(D. c. n.)

Wiadomości bieżące.

Warszawa. „Gazeta Lekarska“ jako przedstawiciela swego wysłała na Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze kolegę *Matlakowskiego*. Tym sposobem będziemy w możności Czytelnikom naszego pisma dać dokładne sprawozdanie o takowym Zjeździe.

Sekretarz stały Towarzystwa lekarskiego tutejszego zawiadomił nas listownie, iż na zjeździe Pragskim reprezentować ma Towarzystwo deputacja złożona z wice-prezesem *D-ra Gepnera* i członków: *Krasińskiego*, *Kosmowskiego*, *Mayzla*, *Talki*, *Dobieszewskiego* i *Rewolińskiego* (z Radomia).

Berlin. Odsłonięto tu w d. 22 b. m. pomnik dla *A. Graefego*.

— Wystawa higieniczna na kilka dni przed otwarciem uległa spaleniowi wraz z wieloma przedmiotami.

Greifswald. Zmarł tu w 44 r. życia prof. *Hueter*.

NADEŚLANO DO REDAKCYI:

Hr. Kutuzow. Odpowiedź generałowi *Skobielewowi*. Nakład *A. Lesmana*. 1882.

Iwanowski. Diagnostyczne znaczenie ciepłych siernych i żelaznych wód w łatentnych formach sifilisa. Iz *Wojenno-Medicynskawo* żurnala. 1881. Nr. 10 i 11.

Zbiór prac z kliniki lekarskiej prof. *D-ra Korezyńskiego* w Krakowie. Zeszyt VI.

Zabłudowski. Materiały k woprosu o diejstwiu masaży na zdrowych ludziej. *Petersburg*. 1882.

Kowanówko pod Obornikami

w Wielkiem Ks. Poznańskim

Zakład leczniczy dla nerwowo-umysłowych chorych

4 mile na północ **Poznania**, tuż przy stacyi kolejowej **Oborniki**, w zdrowem pięknem miejscu położony, przyjmuje każdego czasu chorych płci obojej na kuracyję.

Zakład tutejszy poczyna 25 rok swego istnienia. Z każdym rokiem odpowiednio postępowi nauki i wymaganiom czasu polepszany, dostarcza chorym z jednej strony wszelkich środków i sposobów leczniczych, z drugiej strony nie tylko wygod i warunków dobrobytu pod każdym względem, ale i przyjemności najrozmaitszych, zwłaszcza też sposobności do pożycia w rodzinach lekarzy.

Pensya za miejsce 1-szej klasy wynosi 300 marek, za miejsce 2-giej klasy 200 marek miesięcznie.

Szczegółowych prospektów dostarcza na żądanie *Dyrekcya Zakładu*

Dr. Żelasko

Dr. Karczewski.

Tajny Radca Zdrowia.

12—5

APTEKA JULJUSZA EKERKUNST

w Warszawie, Leszno Nr. 28.

Zakład wód mineralnych, egzystujący od 1873 r. Zatwierdzony przez Ministra Spraw Wewnętrznych, obejrzany i otworzony przez urząd Lekarski M. Warszawy. Wyrabia wszystkie gatunki wód mineralnych w użyciu będące i utrzymuje gotowe, tak w syfonach jako i butelkach. Z wód przezemnie wyrabianych polecam uwadze PP. Doktorów; wody żelazne jako to: **Krynicka**, **Egerska** i t. p.. Nadto Apteka wyrabia na sposób Wiedeński **Globulae Gelatinosae** zawierające w jednej 5 gr. Jodoformu, jak również z Alunu po 5 gran. w każdej; z „Zincum Sulpho-Carbolicum“, z „Plumbum Aceticum“, z „Taninum“ z „Ferrum sesquichloratum“ po 3 gran. w każdej; mogą być na żądanie przygotowane z różnemi dodatkami.—Umyślnie sprowadzane z Paryża **Gramilae Dioscoroidae** (ex Acido Arsenico), po 2 miligramy w jednej, dla Szanownych P. P. Doktorów do przepisywania w ilościach dowolnych. Drageae Sulphat. Chinini po jednym granie w każdej. Aether Sulphureus do znieczulenia, Chloroform Dunkana stałe utrzymuję. Rabarbar chiński w słoikach z łyżeczkami i w kawałkach w ilościach dowolnych.