

GAZETA LEKARSKA.

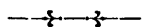
Z KLINIKI CHIRURGICZNEJ PROF. KOŚŃSKIEGO W WARSZAWIE.

I. O ROZSZCZEPIENIU KRTANI (LARYNGOFISSURA).

[Rzecz wygłoszona w dniu 29 maja b. r. na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego].

Podał

Franciszek Kijewski,
ordynator kliniki chirurgicznej.



Z rozszczepieniem krtani spotykamy się po raz pierwszy pod koniec zeszłego stulecia, wykonał je PELLETAN w roku 1788 w celu wydobycia ciała obcego. Od tego czasu do roku 1844 naliczyć można zaledwie 6 przypadków otworzenia krtani w celach leczniczych. Wszystkie te przypadki zakończyły się pomyślnie, jednak, jak widzimy, niezbyt spieszo do tego zabiegu, wskazania były bardzo ograniczone, kierowano się tu głównie obecnością ciała obcych i nowotworami. Ulepszone metody badania wewnątrz-krtaniowego, pozwalające na dokładne zdawanie sobie sprawy ze zmian chorobowych, rozwijających się w krtani, oraz postępy antyseptyki szybko pomnożyły szczupłą liczbę przypadków laryngofissury. Zdawałoby się, że przy rozwoju chirurgii endolaryngealnej, przy udoskonaleniu techniki, ułatwieniu operowania przez znieczulanie miejscowe, należałoby się uciekać do rozszczepienia krtani niezmiernie rzadko. Jednak tak w rzeczy samej nie jest, chirurgia endolaryngealna w tych przypadkach doszła do pewnego okresu, po za którym okazuje się bezsilną. Pomimo to wszystko obecnie jeszcze nie spotykamy się zbyt często z tą operacją, przynajmniej my chirurdzy z powodu braku odpowiedniego materiału nie możemy się poszczycić całemi setkami tych zabiegów. W praktyce pozaszpitalnej rzadko przystępujemy do rozszczepiania krtani, wykonując ją teraz na wielkich oddziałach i klinikach albo dobrze wyszkoleni specjaliści laryngologodzy, albo też chirurdzy.

Laryngofissura w naszej literaturze lekarskiej nie jest nowością.

W 1865 r. znajdujemy pracę KAROLA GILEWSKIEGO w Przeglądzie Lekarskim [№ 28, 29, 30]. „Rzecz o operacji polipów krtani przecięciem tejże na pionowej linii spojenia obu chrząstek tarczycowatych“.

GILEWSKI rozszczeplił krtani u 16-letniej dziewczyny skutkiem „p o l i p o w y c h w y r o ś l i”. Laryngotomię zrobił bez uprzedniego przecięcia tchawicy, wyrosłe powycinał, ranę ściągął plastrem. Po upływie 3 tygodni przypadek zakończył się wyzdrowieniem, głos powrócił, choć pozostał chrypliwym przez dłuższy czas. Chora była chloroformowana tylko podczas pierwszej części operacji, t. j. do chwili otwarcia krtani. Przytomność chorego uważa GILEWSKI za najistotniejszy środek pomocniczy przy krwotoku wydarzyć się mogącym podczas czynności najgłówniejszej podczas operacji.

W 1877 r. znajdujemy w „Dwutygodniku medycyny publicznej“ [str. 116—117] sprawozdanie z posiedzenia Towarzystwa lekarzy galicyjskich d. 3.III. 1877, na którym SZEPAROWICZ przedstawił chorą 8-letnią dziewczynkę po operacji otwarcia chrząstek tarczowych, podjętej z powodu licznych nowotworów brodawkowatych (*papillomata diffusa laryngis*). SZEPAROWICZ operację wykonał bez uspiania, bez jakiegokolwiek aparatu zabezpieczającego od zaciekania krwi do tchawicy; *papillomata* wyskrobał łyżeczką BRUNSA i całą powierzchnię przypalił 30% *liquore ferri sesquichlorati*. Rana zagoiła się po upływie 14 dni.

W następnym roku 1878 w tymże „Dwutygodniku“ [№ 9] jest sprawozdanie z posiedzenia, na którym SZEPAROWICZ zabierał głos w omawianej kwestyi. SZEPAROWICZ wspomniał, że w ubiegłym roku w praktyce prywatnej wykonał drugi przypadek laryngofisury, u 60-letniej kobiety, z powodu nowotworu złośliwego krtani; wynik operacji zadawałający, nowotwór usunięty, głos powrócił. Następnie przytacza 3 przypadek, dotyczący kobiety 29-letniej, dotkniętej sprawą podgłośniaową — *chorditis vocalis inferior hypertrophica*. SZEPAROWICZ tym razem wykonał *thyreotomiam* bez uprzedniej tracheotomii, powycinał wyrosła i ranę przypalił *liquore ferri sesquichlorati*, chrząstki ściągął następnie plastrem lepkiem. 5 dnia jednak po operacji wystąpiła duszność skutkiem obrzęku zapalnego, która zniewoliła do założenia rurki tracheotomijnej przez przecięty wiąz pierścienio-tarczowy. Po 7 dniach rurkę usunięto, a w 3 tygodnie rana się zagoiła. Głos wyraźny, trochę chryplawy, oddech swobodny.

W 1879 r. SZEPAROWICZ ogłosił obszerną pracę w „Przeglądzie Lekarskim“ № 1—7. Uwagi dotyczące cięcia krtani tarczowego (*Thyreotomia*, *Laryngofissio*, *Laryngotomia*) i opis ośnośnych 4 przypadków. Jest to krytyczny rozbiór metod operowania, wskazań i rezultatów pooperacyjnych. W pracy tej autor do poprzednich 3 spostrzeżeń dodaje jeszcze jedno, dotyczące 26-letniego mężczyzny z *papillomata* krtani, zakończono również pomyślnie.

W 1879 r. w „Medycynie“ № 41 OBALIŃSKI podał „Przyczynek do kazuistyki rozcięcia chrząstek tarczowych“. U 43-letniej kobiety z powodu *chorditis vocalis hypertrophica inferior* wykonał otwarcie krtani bez uspiania; uprzednio z przyczyny duszności była robiona tracheotomia. OBALIŃSKI na chrząstki nałożył szew. Po 10 dniach rurkę usunięto, głos pozostał chrypliwym, przytłumionym.

Następnie w roku 1890 na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie HERYNG i JAWDYŃSKI przedstawili 2 chorych, którym JAWDYŃSKI wyko-

nał laryngofisurę. W pierwszym przypadku u kobiety pod strunami na tylnej ścianie krtani znajdowała się blizna, chrząstki nalewkowe bliznowato ściągnięte krzyżowały się. Sprawa cała nastąpiła po tyfusie, chora zaczęła doznawać duszności, skutkiem czego w 1888 roku wykonano tracheotomię. Wyniki operacji podjętej przez JAWDYŃSKIEGO świetne, gdyż chora oddecha dobrze i głośno ma wyborny. W drugim przypadku u chłopaka 12-letniego nie można było usunąć rurki założonej przy tracheotomii skutkiem krupu przed 7 laty. Po otworzeniu krtani przekonano się, że całkowicie zarosła. Rezultat operacji uważa JAWDYŃSKI za pomyślny; chory mówi cicho, oddechać jednak bez rurki nie może. Właściwie operację tę możnaby nazwać laryngoplastyką. W dalszym ciągu kol. JAWDYŃSKI wygłosił szereg uwag odnośnie do samej operacji i wskazań.

W 1891 r. spotykamy w „Przeglądzie Lekarskim“ obszerną pracę PIENIĄŻKA „O laryngofisurze“, a w 1893 r. tenże PIENIĄŻEK w „Pamiętniku oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie“ szczegółowo rozpatruje 46 laryngofisur, wykonanych bądź to przez OBALIŃSKIEGO, bądź też przez niego samego.

Dalej w „Nowinach lekarskich“, w r. 1893. № 9, 10, 11 i 12. DEMBIŃSKI pomieścił: „Przyczynek do nauki o uklejach krtani z szczególnem uwzględnieniem laryngotomii. DEMBIŃSKI przytacza 4 przypadki z papillomatami i polipem krtani.

Muszę tu również wspomnieć o „Podręczniku chirurgii szczegółowej“ prof. RYDYGIERA, w którym nader treściwie i jasno jest przedstawiona sprawa rozcięcia krtani ¹⁾.

Jak widzimy, materiał, dotyczący laryngofisur, zebrany i obrobiony przez Polaków, przedstawia się wcale pokaźnie; pod tym względem można powiedzieć śmiało, że nie potrzebujemy szukać pomocy u innych.

Na klinice prof. KOSIŃSKIEGO, zawdzięczając tej okoliczności, że blisko sąsiadujemy z oddziałem chorób dróg oddechowych kol. SOKOŁOWSKIEGO, mieliśmy sposobność wykonania pewnej liczby rozszczepień krtani. Na zasadzie też tych przypadków pozwolę sobie na przytoczenie niektórych uwag odnośnie do samej operacji, techniki wykonania, wskazań i zejścia pooperacyjnego.

Od roku 1887 do chwili obecnej wykonaliśmy 20 laryngofisur u 19 osobników, z której to liczby sam operowałem 9 przypadków, przy pozostałych zaś pomagałem, a operację wykonywali bądź prof. KOSIŃSKI, bądź kol. BUKOWSKI.

Nie są to wszystkie przypadki laryngofisury, w których brałem czynny udział, lecz inne nie były robione na klinice naszej, dlatego też pomijam je.

Laryngofisura jest to zabieg, polegający na otworzeniu krtani, uprzystępnieniu sobie dojścia do wnętrza jej w tym celu, aby usunąć tkanki patologi-

¹⁾ Praca PIENIĄŻKA: O zapaleniu ochrzęstnej krtani (*perichondritis laryngea*) i zwężeniu po nim pozostającym, oraz o sposobach usuwania tego ostatniego. — „Przegląd chirurgiczny“, 1894 r., ukazała się już po napisaniu mojego artykułu, i dlatego jej nie uwzględniłem.

czne—nowotwory, owrzodzenia, blizny, lub ciała obce przypadkowo tam znajdujące się.

Dotrzeć do wnętrza krtani, oprócz drogi endolaryngealnej, można za pomocą zewnętrznego cięcia krtani, poprzecznego lub podłużnego.

O cięciu poprzecznym przez *lig. thyreocricoides* mówić nie będę, gdyż metoda ta jest niedogodna, daje małe pole operacyjne, nie odkrywa całego wnętrza krtani, nadawać się może w rzadkich przypadkach wydobywania ciał obcych.

Również pomnę tak zwaną *laryngotomiam transversam*, proponowaną przez GERSUNY'ego w Wiedniu. Polega ona na przecięciu chrząstek tarczowych pomiędzy prawdziwymi i fałszywymi strunami, równolegle do płaszczyzn tychże, przez co rozdziela się błonę śluzową zatok MORGAGNI'ego. Górną część chrząstek odchyła się ku górze. Przy tej metodzie nie można dojrzeć przestrzeni pod głosną.

Na ludziach stosowano ją zaledwie dwa razy ¹⁾.

Zwracam tu uwagę na otwieranie krtani za pomocą cięcia podłużnego w linii środkowej. W zwykłych warunkach przed przystąpieniem do laryngofisury wykonać uprzednio musimy przecięcie tchawicy, aby dać możność choremu swobodnego oddechania, a sobie ułatwić wykonanie zamierzonej operacji.

Otwieranie krtani w wyżej wspomnianych celach bez uprzedniej tracheotomii uważam za postępowanie zbyt ryzykowne dla chorego, i utrudniające sam zabieg chirurgowi. Chory zazwyczaj ma oddech uciążliwy, a przy bezpośrednim otworzeniu krtani i manipulowaniu w niej narzędziami bynajmniej podczas operacji nie poprawimy tych złych warunków oddechania. Utrudnieniem również jest chloroformowanie chorego, a stąd krztuszenie się, niespokojne zachowanie i t. p.. Decydować się można na tego rodzaju postępowanie w tym tylko razie, jeżeli chory się nie dusi, wybornie oddecha i jeżeli rękoczyn nasz w krtani nie będzie wymagał zbyt wielkiego zachodu. Przecięcie tchawicy wykonać można bezpośrednio przed przystąpieniem do rozszczepienia krtani, albo też uprzednio na pewien przeciąg czasu.

Dla uzyskania miejsca, aby rurka tracheotomijna nie przeszkadzała przy manipulowaniu wewnątrz krtani, przecinam tchawicę na wysokości pierwszych pierścieni, ale nie poniżej gruczołu tarczowego, lecz ten ostatni odsuwam ku dołowi, tym sposobem, jeżeli zachodzi potrzeba rozszerzenia pola operacyjnego, można połączyć bezpośrednio ranę tracheotomijną z przecięciem krtani, nie obawiając się zupełnie krwotoku. Wystarcza również niekiedy *crico-tracheotomia*, tembardziej, że i tak zwykle przecinamy chrząstkę pierścieniową.

Przez ranę w tchawicy wprowadzam aparat TRENDLENBURG'a w celu ułatwienia choremu oddechania, zabezpieczenia go od zaciekania krwi do oskrzeli i spokojnego chloroformowania podczas operacji.

Zaciekania krwi do płuc można uniknąć przez operowanie przy zwieszonej głowie chorego,—ten rodzaj postępowania, gorąco zaleca PIENIA-

¹⁾ Beiträge zur Chirurgie. BILLROTH's Festschrift. 1892, str. 168;—Nowiny lekarskie. 1893, str. 617.

żek. Przyznaję, że metoda ta może okazać nam usługi w niektórych przypadkach, szczególnie jeżeli mamy do czynienia z krótką i małą krtanią, np. u dzieci. Za zasadę jednak tego postępowania nie przyjmuję, raz, że wymaga odpowiedniej pomocy lub przyrządu do przytrzymania chorego, a powtóre, że aparat TRENDLENBURG'a, założony do tchawicy, pola operacyjnego nie zmniejsza, sam zaś działa wybornie, jeżeli tylko jest dobrze założony, i tamponowanie gazą naokoło rurki okazuje się zupełnie zbytecznym, potrzeba zaś wyjmowania aparatu podczas operacji zdarza się niezmiernie rzadko, chyba chodzi o sprawy w samej tchawicy.

Po takim przygotowaniu i zabezpieczeniu chorego przeprowadzam szerokie cięcie w linii środkowej krtani niemal od kości gnykowej przez wszystkie części miękkie aż do samych chrząstek tarczowych. Po starannem zatamowaniu krwawienia oznacza się dokładnie spojenie pomiędzy chrząstkami i pionowym cięciem noża, rozdziela spojenie chrząstkowe i błonę śluzową krtani. Tu należy być niezmiernie ostrożnym, aby z jednego boku więcej nie odłuszczyć błony śluzowej, aby napróżno nie kaleczyć i nie przecinać strun głosowych.

PIENIAŻEK ułatwia to sobie w ten sposób, że wprowadza herniotom przez ranę w tchawicy, wchodzi pomiędzy struny głosowe i jednym cięciem przecina chrząstki.

Po otworzeniu krtani pomocnik hakami ostrymi rozszerza jamę, jeżeli zaś okaże się, że otwór jest zbyt ciasny, w miarę potrzeby posuwam cięcia ku górze lub ku dołowi. W tym razie zupełnie się nie krępuję, aby nie przecinać spojenia pomiędzy strunami głosowymi; w moich spostrzeżeniach nie widziałem, aby przecięcie to okazywało wpływ ujemny w następstwie na głos. Również śmiało przecinam w miarę potrzeby *membranam thyreo-cricoideam, cartil. cricoideam*, szczególnie przy krtaniach małych.

We wnętrzu krtani manipuluję bądź to nożem, bądź też nożyczkami lub łyżeczką. Próbowałem w niektórych przypadkach po wycięciu kawałków tkanki resztki pozostałe przypalać żegadłem PAQUELIN'a, ale występowało potem znaczne obrzmienie części otaczających i oddzielenie się strupa trwało dłużej. To skłoniło mnie do zaniechania przyżegań, tembardziej że z łatwością można przypalić głębiej leżące tkanki, staram się też, wszystko, w miarę możliwości, usuwać nożem lub nożyczkami, rzadko zaś posilkuję się łyżeczką ostrą, przy owrzodzeniach na przykład. Mając na względzie niezbyt obszerne pole operowania przede wszystkim w tych razach należy dbać o robotę czystą, nie zostawiać strzępów, nie pozwalać na zalewanie pola operacyjnego krwią. Z samej krtani krwawienie nie bywa zbyt silne, naczynia krwawiące błony śluzowej chwytam szczypcami i nie przewijuję, ale uciskam przez pewien czas, a pozostałe pole operacyjne uciskam gazą wyjałowioną i to wystarcza do zatamowania krwawienia.

Następnie dokładnie oglądam w celu kontroli wnętrze krtani, tamponuję paskiem gazy jodoformowej, który wyprowadzam na zewnątrz przez dolną część rany obok rurki tracheotomijnej. W dalszym ciągu usuwam aparat TRENDLENBURG'a, a zakładam zwykłą rurkę tracheotomijną, krtani zaś samą zesztywiam, starając się o ile możliwości nie przebijać igłą chrząstek, a tylko czę-

ści pokrywające je. Zwykle 3 szwy jedwabne wystarczają do zamknięcia krtani. Następnie zakładam szew na ranę zewnętrzną, pamiętając o tem, aby pomiędzy krtanią a skórą nie pozostawała wolna przestrzeń.

Jak widzimy, operacya nie jest zbyt trudną, raczej można by ją nazwać możną, wymaga ona dobrze wyćwiczonej pomocy, aby wszystko szło składnie i szybko.

Trudności napotkać można u osobników tłustych, z krótkimi szyjami i przy długotrwałej duszności; wtedy i krwawienie występuje znaczniejsze i dostanie się do wnętrza krtani jest trudniejsze. Przy krtaniach małych i głęboko osadzonych manipulowanie wewnątrz jest jeszcze więcej utrudnione przez brak należytego oświetlenia. Chorych wtedy należy odwracać do światła, a nawet przydałoby się oświetlenie za pomocą reflektora

Cała operacya zatem składa się z 3 części: tracheotomii, otworzenia krtani i usunięcia części zmienionych chorobą, a ewentualnie ciała obcego.

Podczas całej operacyi chorych chloroformuję, staram się ich utrzymać w pełnej narkozie i dlatego nie widziałem potrzeby stosowania kokainy w celu znieczulenia błony śluzowej krtani, jak to robi PIENIAŻEK. Jeżeli chory dobrze jest zachloroformowany, przy podrażnieniu krtani kaszlu nie będzie.

Nieprzyjemne powikłanie podczas operacyi stanowić mogą wymioty, gdyż wtedy zawartość żołądka dostawać się może na ranę. Dlatego też przy pierwszych ruchach wymiotnych usiłuję zabezpieczyć ranę przez tamponowanie gazą górnej jej części.

Przebieg pooperacyjny jest bardzo zależny od stanu ogólnego chorego i od przyczyny, wywołującej potrzebę laryngofisury. Zazwyczaj podniesienia ciepłoty skutkiem samego zabiegu niema, w jednym tylko przypadku 3 dnia po operacyi musiałem szwy usunąć, ranę rozszerzyć i goić przez ziarninowanie. Tampon z gazy jodoformowej, wprowadzony do krtani w celu zatamowania krwawienia, jako też i wyprowadzenia wydzieliny na zewnątrz, usuwam już następnego dnia; dłuższe pozostawianie gazy w większości przypadków uważam za zbyt uczynne, gaza taka obecnością swoją drażni krtani i powiększa ilość wydzieliny. Dłuższe pozostawienie w ranie tamponu jodoformowego i ponowne wprowadzenie świeżego odpowiednie jest tam, gdzie obrażenia są znaczne, gdzie należało posilkować się żegadłem, gdzie krtani pozostawiamy otwartą, aby sprawdzić naocznie po upływie pewnego czasu, czy resztki, guza na przykład, nie pozostały, jak to uczyniliśmy w przypadkach wycinania nowotworów złośliwych.

Rurkę tracheotomijną pozostawiam w tchawicy na kilka dni, po upływie 2, 3, 4 lub nawet więcej dni usuwam ją, przyczem kieruję się zmianami, jakie znajdujemy przy laryngoskopowaniu takich chorych. Jeżeli obrzęk strun fałszywych i prawdziwych jest znaczny, jeżeli odczyn zapalny wyraźnie występuje, rurki nie usuwam, dopóki nie zginą objawy obrzęku.

Po usunięciu rurki ranę w tchawicy ściągamy plastrzem lepkiem; zabliznienie jej następuje po upływie 10—12, a czasem i więcej dni od wykonania operacyi, co zależne jest nieraz od stanu oskrzeli i płuc chorego. W naszych przy-

padkach, w jednym nie mogłem otrzymać zabliznienia się rany po tracheotomii; w tym celu wykonałem nawet dwa razy plastykę, ale bezskutecznie, pozostała na zawsze mała szparka. Ta trudność zagojenia się rany zdarzyła się u suchotnika z daleko posuniętymi zmianami w płucach. Ów otwór był niejako dla chorego klapą bezpieczeństwa na wypadek nawrotu cierpienia w krtani.

U drugiego chorego z rakiem krtani, u którego usunęliśmy część chrząstki tarczowej, również po kilku miesiącach jeszcze pozostała niewielka szczelina.

Blizna na szyi po laryngofisurze jest nieznaczna, gdyż zagojenie się rany zewnętrznej następuje doraźnie, pozostawać może do zagojenia przez ziarninowanie niewielka przestrzeń, gdzie założono rurkę tracheotomijną.

Do bezpośrednich następstw, spowodowanych przez samą operację, zaliczyć można utrudnione połykanie lub zupełną niemożność połykania, albo zaciekanie płynów do krtani, co zniewala do karmienia chorych za pomocą zgłębnika. Przeszkoda ta jednak szybko się wyrównywa, w naszych przypadkach rzadko nawet uciekał się do pomocy zgłębnika, jak również nie widziałem, aby pokarmy lub napoje dostawały się do krtani. Ostatnia okoliczność może mieć miejsce przy cięciach zbyt rozległych, jeżeli przecięto *lig. thyreo-hyoideum* lub samą kość gnykową, albo też operowano samą na głosnię.

W kilku przypadkach zauważyłem po operacji rozwój *bronchitidis* z wydzieliną obfitą, a nawet niekiedy cuchnącą. Objasniam to skutkiem drażnienia zbytniego błony śluzowej oskrzeli, a bardziej jeszcze przez zaciekanie do tchawicy wydzieliny z rany krtani. Takiemu zajęciu oskrzeli towarzyszyć może niekiedy podniesienie ciepłoty.

Opierając się na naszych przypadkach, twierdzić mogę, że rozszczepienie krtani nie przedstawia zgoła niebezpieczeństwa dla chorego, bynajmniej nie jest zabiegiem cięższym od tracheotomii, i wykonana według ścisłych prawideł nie naraża głosu chorego, a przynajmniej nie czyni go gorszym, aniżeli przed operacją.

Notowano jednak, szczególnie w czasach przedantyseptycznych, przypadki śmierci po tym zabiegu. Rzadko to się zdarzało, ale MACKENZIE na przykład podaje 8,3% śmiertelności, inni autorzy cokolwiek mniej; niesprawiedliwe to jednak są obliczenia, gdyż, jak to już wykazali HUETER, SZEPAROWICZ i inni, brano w rachubę przypadki zakończone śmiercią w odległym czasie po operacji. BECKER na 120 laryngofisur przytacza 7 z zejściem śmiertelnym: 1 raz skutkiem dyfterytu rany, 1 — krupę oskrzeli, 1 — upadku sił po operacji, a pozostałe skutkiem zapalenia płuc, jako następstwa zaciekania krwi.

Na błonicę, jako na powikłanie operacji, obecnie nie możemy kłaść nacisku, gdyż przy zachowaniu odpowiednich środków zdołamy z łatwością tego się ustrzedz. Daleko ważniejszym jest zaciekanie krwi do płuc. Uniknąć jednak tego możemy przez operowanie przy zwieszanej głowie, albo też przez staranne zabezpieczenie tchawicy; tradniej o wiele zapobiedz zaciekaniu wy-

dzieliny samej rany. Ta ostatnia okoliczność u osobników osłabionych może być źródłem bardzo poważnych powikłań. [C. d. n.]

Z KLINIKI CHOROÓB DZIECIĘCYCH PROF. GERHARDT'A W BERLINIE.

II. PRZYPADEK WRODZONEGO ZWĘŻENIA AORTY.

Podał

Dr Kazimierz Ciągłiński [z Siedlec].

Uczęszczając na wyżej wymienioną klinikę, miałem sposobność obserwowania przypadku, zasługującego na uwagę z tego choćby powodu, że liczba podobnych i rozpoznanych za życia w wieku dziecięcym na jednostki jeszcze w literaturze się liczy, liczba zaś wszystkich opisanych dochodzi do 100. Cierpienie to, oprócz naukowego, ma i ważne praktyczne znaczenie; wczesne bowiem rozpoznanie tej wrodzonej wady krążenia pozwala przepisać choremu odpowiedni tryb życia, co jest bardzo dla rokowania ważnem.

D. 31. I. dostawiono do kliniki cztero-letniego chłopca. Chłopiec wzrostu odpowiedniego wiekowi, budowy kostnej dobrej, tkanki tłuszczowej posiada mało; skóra blada, sinicy na twarzy i kończynach niema; na karku i plecach kilka wykwitów *herpes tonsurans*; w górnej 3-iej części lewego uda guz wielkości małego jabłka; skóra na nim naprężona, czerwona; na dotyk jest on bolesny. Chłopiec czuł się dotąd zawsze dobrze, ostrego gościa stawowego nie przebywał; od kilka dni dopiero narzeka na nogę.

Na pierwszy rzut oka uderza wzmożone tętnienie w okolicy serca i „*in jugulo sterni*“; mocne uderzenie wierzchołkowe widzieć można nieco za linią sutkową lewą; położywszy rękę na mostku, czuć pomruk koci, poza rękocięciem mostka wyczuwa się jasno pulsacyę; tętno w tętnicy promieniowej 76 na minutę [uderzająco rzadkie, jak na ten wiek], wielkie, szybkość i napięcie umiarkowane; pulsacyę tętnic szyjowych widać jasno; położywszy rękę na bokach małego pacjenta i między łopatkami, wyczuwa się pulsacyę małych tętnic; w tętnicy udowej, podkolanowej i przy *malleolus externus* goleni tętno uderzająco małe z obu stron, ledwo wyczuwalne. Granice tępości serca: u góry na IV-tem żebrze, na prawo i na lewo mało co przekraczają poza normalne granice. Granice wątroby i śledziony prawidłowe. Przy wysłuchiwanii: u podstawy serca przeciągły, dmuchający szmer, przyczem początek pierwszego tonu czysty, potem zaczyna się szmer, pokrywający drugi ton całkowicie; u aorty wyraźniejszy, niż w tętnicy płucnej; u wierzchołka słychać szmer tegoż charakteru, ale słabszy. Szmer ten słychać i w tętnicach szyjowych, a także z tyłu na lewej stronie kręgosłupa.

Przyłożywszy stetoskop na plecach około wewnętrznych brzegów łopatek od góry, wysłuchujemy szmer podobny do słyszalnego w macicy ciężarnej; ten

sam szmer wysłuchuje się i z przodu klatki piersiowej w górnej części. Przy tem wszystkim nigdzie śladu obrzęków lub sinicy; odżywianie dolnych kończyn nie przedstawia nic do życzenia.

Rozpoznanie. Powiększone wymiary serca, szmer, słyszalny na wszystkich punktach serca i z tyłu z lewej strony kręgosłupa, pulsacya łuku aorty (*jugulum sterni*) i tętnic szyjowych nie pozwalają wątpić, że mamy do czynienia z cierpieniem serca organicznem. Brak w anamnezie ostrego gościa stawowego, zupełny brak objawów naruszenia równowagi cyrkulacji w anamnezie, a po części i wiek chorego przemawiają za wadą wrodzoną. Specyfikacya wrodzonych wad serca u dzieci jest, jak wiadomo, bardzo trudna. Najczęściej musimy się zadowolić rozpoznaniem prawdopodobnem: wiemy, że idzie albo o skutki przebytego w czasie życia płodowego zapalenia wsierdza, które umiejscawia się prawie zawsze w sercu prawem, a najczęściej w otworze tętnicy płucnej, albo o niezarośnięcie dróg krążenia płodowych i w tym ostatnim razie często bywa mniej lub więcej silna sinica.

W danym jednak przypadku mamy punkty wytyczne, które mogą nas na właściwą drogę naprowadzić: szmer słyhać najwyraźniej u aorty i w niej się on rozprzestrzenia [słyhać go nawet z tyłu na lewo od kręgosłupa]; zupełny brak sinicy. Wszystko to pozwala z wielkiem prawdopodobieństwem lokalizować zmianę chorobową w otworze aortowym lub nieopodal w samej aorcie. Prawdopodobieństwo to przy rozpatrzeniu innych warunków zmienia się w pewność: znaczna różnica tętna w górnych i dolnych kończynach [w *art. radiales* wielkie, w *art. crurales* i *popliteae* bardzo małe ledwo wyczuwalne], wyraźna wyczuwalność pulsacyi tętnic międzyżebrowych, szmery słyszalne na plecach około łopatek i na piersiach [które objaśnić można niezwykle rozszerzeniem sieci małych tętniczek] same nieledwie wystarczają do postawienia rozpoznania; wskazują bowiem na przeszkodę w krążeniu, która mieścić się musi w aorcie między wyjściem głównych pni dla górnej części tułowia i takichże pni dla dolnej, jednym słowem: jasno wskazują na tę specyjalną formę zwężenia aorty, którą się obserwuje poniżej odejścia *art. subclaviae sinistrae*, na miejscu przyczepu przewodu tętniczego BOTALA. Dodajmy dla pełności obrazu, że: szmer, zaczynający się później niż pierwszy ton, a pokrywający całkowicie drugi, rozszerzenie łuku aorty (*pulsatio in jugulo*), rzadkie (76), wolne i wielkie tętno w tętnicy promieniowej, wymownie świadczą przeciw zwężeniu lewego ujścia tętniczego. O niedomykalności zastawek aorty w danym przypadku mowy być nie może. Rozpoznanie więc brzmieć będzie: *stenosis aortae congenita in loco insertionis ductus arteriosi* BOTALI.

Subiektywne objawy tego stanu patologicznego w wieku dzieciennym najczęściej równają się zeru; oboczne krążenie wytwarza się, jak to zobaczymy poniżej, tak dokładnie, i to nie tylko przy zwężeniu aorty, ale i przy zupełnem zamknięciu jej światła [co zresztą w danym razie wielkiej różnicy nie stanowi, zwężenia bowiem bywają zwykle bardzo wysokiego stopnia], że odżywianie nic na tem nie cierpi. To też jeśli rozpoznanie stawia się za życia, ma to miejsce najczęściej przypadkowo: chory zwraca się do lekarza z całkiem innych powodów, jak np. w danym przypadku; w dostępnej mi literaturze znalazłem

tylko 3 przypadki, gdzie u dzieci wystąpiły objawy zaburzenia w krążeniu: WRANY'ego—chłopiec 8-mioletni, KRIEGK'a—chłopiec lat 11 i REDEMBACHER'a chłopiec lat 8.

W późniejszym życiu obciążone większą pracą serce i rozszerzona powyżej miejsca zwężenia aorta łatwiej podlegają zmianom zapalnym, które też powodują odpowiednie objawy kliniczne; dalej osoby takie nierzadko umierają nagle skutkiem porażenia serca lub pęknięcia tętniaka aorty. LEBERT (VIRCH. *Sp. Path. und Therapie*) odróżnia dwa okresy kliniczne tego cierpienia: 1) skryty—mogący się ciągnąć bardzo długo, 2) okres, w którym występują objawy niedomogi serca, trwający zwykle od $\frac{1}{2}$ do paru lat. Że okres skryty może trwać długo u obciążonego tą wadą osobnika, dowodzi statystyka KRIEGK'a [patrz niżej]: z 56 zebranych przez niego przypadków w jednym śmierć nastąpiła w 92 roku życia, w 7—od 50 do 70 lat; w 18—od 30 do 50; w 10—od 20 do 30 lat; w 15—przed 20-tym rokiem życia; w 5 wiek nie był podany. Dla rozpoznania różniczkowego najważniejszymi objawami są: 1) różnica w tętnie w górnych i dolnych kończynach: w tych ostatnich zawsze jest znacznie mniejsze, a czasami ledwie je wyczuć można, 2) pulsacya łuku aorty *in jugulo sterni*, 3) objawy rozwiniętego krążenia obocznego, wyczuwalność pulsacyi drobnych tętnic i wysłuchiwanie w nich szmeru w górnej części tułowia.

Przechodząc do opisu zmian anatomicznych, zaznaczę, że pod tym względem panuje pomiędzy autorami najzupełniejsza zgodność. Z wężenie znajdujemy zawsze poniżej łuku aorty w miejscu przyczepu przewodu BOTALL'a; często odpowiada ono miejscu temu ściśle, wydarza się jednak niekiedy nieco wyżej lub niżej tegoż. KRIEGK podaje: 8 razy nad przyczepem, 17—w samym miejscu, a 21 pod przyczepem przewodu BOTALL'a; w 10-ciu przypadkach miejsce nie było oznaczone. Stopień zwężenia różny—od $\frac{1}{4}$ objętości normalnej światła do wielkości łebka od szpilki; długość od kilku milimetrów do centymetra najwyżej; na zewnętrznej górnej powierzchni aorty widać siodełkowate zagłębienie, wyczuć zaś można twardą obrączkę na wewnętrznej, sierpowate zdwojenie błony wewnętrznej w formie pierścienia lub grzebieni kogucich; rzadko bywają dwa pierścieniowate zwężenia, którym na błonie wewnętrznej odpowiadają wyżej opisane wyrostki; między nimi zaś rozszerzenie światła aorty, jak np. w przypadku MARTENS'a, gdzie przy drugim zwężeniu poniżej przewodu BOTALL'a zdwojenie błony wewnętrznej tworzyło zupełną przegrodę. Zupełne zamknięcie światła bywa o wiele rzadziej niż zwężenie: KRIEGK na 56 przypadków podaje 11 atrezyi; MARTENS na 100 dotąd znanych liczy tylko 13 zupełnego zamknięcia. Aorta powyżej zwężenia bywa zawsze rozszerzona, może się zwęzać lekko, lub nie; przewód BOTALL'a najczęściej bywa zarośnięty, w rzadszych jednak przypadkach [podług MARTENS'a w 8%] pozostaje otwartym i wtedy rozrośnięta jego błona wewnętrzna może się wypuklać do światła zwężonej aorty. Poniżej zwężenia aorta rozszerza się i czasem dochodzi do zwykłych rozmiarów; na wewnętrznej jej błonie znajdujemy często tłuszczowe lub miażdżycowe zwyrodnienie nawet u osobników młodych; częściej ponad zwężeniem, czasami jednak i poniżej, przy czem sama tkanka może być niezwykle cienką. W sercu znajdujemy stale przerost lewej komórki różnych stopni. Oboczny krwiobieg wytwarza się przez rozsze-

rzenie wszystkich tętnie górnej połowy ciała, poczynawszy od łuku aorty i pni z niego wychodzących aż do drobnych rozgałęzień, mniej więcej podług następującego szematu: *aa. mammaria interna, intercostalis prima, intercostales anteriores et posteriores, epigastrica inferior, thyreoidea, transversa scapulae, transversa colli, dorsalis scapulae, intercostales posteriores etc.*, aż do *arteria lumbalis et iliaca*.

Zupełnie czysty obraz anatomiczny znajdujemy prawie wyłącznie na trupach dziecięcych [jeden tylko przypadek 92-letniego starca, u którego nawet znacznego przerostu serca nie było]. Zwykle zaś u starszych znajdujemy także późniejsze przypadkowe zmiany.

Odnosna literatura jest dosyć bogatą. H. LEBERT podaje 18 znanych przypadków, KRIEGER 59, BARIÉ 21, a dołączwszy jeszcze świeższe pojedyncze opisy, będziemy mieli około setki. Wadę tę spotyka się częściej u osobników męzkich: KRIEGER podaje na 54 przypadki 12 kobiecych; ROKITANSKY określa ten stosunek, jak 20:5. Pierwsze wiadomości spotykamy już przy końcu zeszłego i początku bieżącego wieku [DESAULT. *Journ. de Chir.* 1789. GRAHAM. 1814. MECKEL'S *Archiv.* 1827]. Dopiero jednak w połowie tego stulecia H. LEBERT, opisując dwa nowe przypadki, wyodrębnia ten rodzaj zwężenia od innych. W tym też czasie zaczęto zwracać uwagę na objawy kliniczne; opisy zaczynają się mnożyć [patrz niżej], starają się wyjaśnić patogenezę tej nieprawidłowości; głównymi zaś przedstawicielami dwóch odnośnych teorii są ROKITANSKY i SKODA: pierwszy bierze za punkt wyjścia aortę, drugi zaś przewód BOTALL'a.

Wiadomo, że w pewnym okresie życia płodowego aorta dostarcza krwi tylko dla górnej połowy ciała, dolna zaś otrzymuje krew z naczynia będącego przedłużeniem tętnicy płucnej; połączenie między temi dwoma naczyniami odbywa się za pomocą cienkiego pnia odchodzącego od aorty nieopodal *a. subclavia sinistra* i wpadającego do *a. pulmonalis* w miejscu jej łukowatego zgięcia; przy późniejszym wykształceniu się *aortae descendantis* — pień ten tętniczy, stanowiący połączenie górnej aorty z dolną, pozostaje przez pewien czas węższym i nosi nazwę *isthmus aortae*; powyżej leżący odcinek tętnicy płucnej pozostaje jako przewód BOTALL'a. Otóż, przetrwanie tego fizjologicznego zwężenia leży, podług ROKITANSKY'ego, w osnowie tego rodzaju zwężeń aorty; jako moment wspomagający działa tu zarośnięcie i bliznowate skurczenie się przewodu BOTALL'a: przy normalnie rozszerzonym „*isthmus*” siła trakcyi działa na stosunkowo małą część światła tegoż, przy węższym zaś na cały obwód; że jednak moment ten koniecznym nie jest, dowodzą przypadki wrodzonych zwężeń aorty, przy których przewód BOTALL'a znajdowano otwartym. Różne umiejscowienie zwężenia w stosunku do przyczepu przewodu BOTALL'a objaśnia ROKITANSKY mniej lub więcej skośnym przebiegiem „*isthmus*” i nieco wyżej lub niżej następującem połączeniem najwęższego jego miejsca z łukiem tętniczym. Przewód BOTALL'a gra w mechanizmie powstawania tej wady ważną rolę, że tak powiem, klapy bezpieczeństwa; dopóki się oboczny obieg dostatecznie nie wytworzy, odżywianie dolnej połowy odbywa się za jego pośrednictwem; wobec tego bardzo jest naturalnem, że w niektórych przypadkach pozostaje otwarty i nadal. SKODA, wychodząc z tego punktu widzenia, że sercu łatwiej rozszerzyć *isthmus*, niż

całą sieć tętnic, odrzuca powyższą teorię, sam zaś czyni zwężenia aorty zależnemi od sprawy zarastania przewodu BOTALL'a: ma tu mieć miejsce niejako wciągnięcie odpowiedniego odcinka aorty w sprawę proliferacyjną, odbywającą się w ściankach przewodu. Że teoria ta nie objaśnia przypadków zwężenia przy niezarośniętym przewodzie BOTALL'a, to rzuca się w oczy; nie wdając się jednak w krytykę, zaznaczę tylko, że większość autorów przyjmuje teorię ROKITANSKY'ego; KRIEGK rozbiera obie szczegółowo w niżej cytowanej pracy i do niej też odsyłam ciekawych po szczegóły.

L I T E R A T U R A.

H. LEBERT. Pract. Arzt in Paris. VIRCHOW's Arch. Band IV. 1852. Heft 3. Str. 327 i nast. [Ueber die Verengerung der Aorta in der Gegend des Ductus arteriosus]. — ROKITANSKY. Lehrbuch der pathologischen Anatomie. Wien. 1856. Band II. Str. 337 i nast. — RAUCHFUS. VIRCHOW's Archiv. Band 18, 1860. Str. 544 i nast. — LEBERT. VIRCHOW's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Erlangen, 1867. 2-te Auflage. Band V. Abtheil. 2, str. 456 i nast. — QUINCKE. ZIEMSEN's Handbuch der speciellen Pathol. u. Ther. Leipzig. 1876. Band VI. Str. 425 i nast. RAUCHFUS. GERHARDT's Handbuch der Kinderkrankheiten. Tübingen, 1875 r. Band IV. Abtheilung 1. Str. 135 i nast. — KRIEGK. Vierteljahrsschrift für die praktische Heilkunde, herausgegeben von der medicinischen Facultät in Prag. 35 Jahrgang. 1878 r. [str. 47 i nast.] Band I. — BARIÉ. Revue de Médecine. 1886 r. — MARTENS J. VIRCHOW's Archiv. Band 121. 1390. Str. 322. i nast..

III. PRZYZYNEK DO SYMPTOMATOLOGII DRGAWEK PORODOWYCH.

Podał

D-r F. Rapczewski [z Turzysk gub. Wołyńskiej].

Pani M. M..., lat 20, zameżna od lat trzech, pochodzi z rodziny zdrowej, sama cieszyła się zawsze dobrym stanem zdrowia, żadnych cięższych chorób nie przebywała. Miesiączka w 15 roku życia, co 4 tygodnie 4—5 dni. Przed półtora rokiem urodziła siłami natury dziecię płci żeńskiej zdrowe, donoszone; ciąża przebiegała prawidłowo bez żadnych dolegliwości i powikłań. Obecnie jest w ciąży w 7-mym miesiącu.

Dnia 14. I. 1894 r. zasięgała mojej porady z powodu osłabienia kończyn dolnych. Znalezione wtedy nieznaczny obrzęk nóg, w moczu białka niema, po zatem czuje się pacjentka zupełnie zdrową.

W nocy z d. 25 na 26 stycznia r. b. zachorowała nagle: częste wymioty, niezwykle silny ból głowy w okolicy potylicowej i ciemieniowej, przy wymiotach mimowolne oddawanie moczu. Stan taki trwał cały dzień 26. I: wymiotowała około 30 razy, wymioty poprzedzane były nudnościami i nasileniem bólu głowy. Jeszcze 25. I., kiedy czuła się zupełnie zdrową, uskarżała się na pewne osłabienie w zroku, nie przypisując wreszcie temu żadnego znaczenia. Dnia 26. I. wśród wymiotów i bólu głowy zaniewidziała zupełnie, przytem jednocześnie twarz nieznacznie obrzękła.

Chorą [mieszka na wsi] widziałem dnia 26. I. o godzinie 8-ej wieczorem. Zaraz na wstępie dowiedziałem się, że od godziny 3-ej do 8-mej, t. j. do mego przybycia, chora miała dwa napady drgawek. Przy badaniu znaleziono: ciepłota ciała 37,6, tętno 70. Chora przytomna, lecz otaczających i lekarza poznaje po głosie, g d y ż n i e w i d z i z u p e ł n i e, uczucie światła zachowane [badanie przy lampie], lecz przedmiotów nie odróżnia, o drgawkach nie wie, uskarża się na silny ból głowy, „tak silny, mówi, że chyba zwaryuję“. Badanie serca i płuc daje wynik ujemny, żrenice cokolwiek rozszerzone, twarz nieznacznie obrzękła, kończyny dolne nie obrzękłe. Objętość macicy i wysokość dna odpowiada mniej więcej 7-mu miesiącowi ciąży.

W krótkim czasie po mojem przybyciu przy ukłuciu igłą PRAVAZ'a, dla wstrzyknięcia pod skórę morfiny, dostaje chora drgawek: typowy obraz *eclamptiae*, napad dość silny, trwa około 3 minut. Potem śpiączka około godziny. Chora budzi się na wpół przytomna, czuje się lepiej, mniejszy ból głowy, nudności niema, w i d z i i o d r ó ż n i a p r e d m i o t y i o t a c z a j ą c y c h z u p e ł n i e d o b r z e.

O godzinie 11³/₄ uskarża się na silniejszy ból głowy, nudności, z u p e ł n e z a n i e w i d z e n i e, w dziesięć minut potem napad drgawek taki sam jak poprzednio. Po napadzie wpół przytomna, czuje się lepiej, w i d z i d o b r z e.

O godzinie 1¹/₂ znowu silniejszy ból głowy i z u p e ł n e z a n i e w i d z e n i e, zaraz potem napad drgawek cokolwiek dłużej trwający. Po napadzie tym, który był już ostatnim, chora wciąż senna [przyjmuje w dużych dawkach chloral], chwilami budzi się, czuje się nieźle, bólu głowy, nudności niema w i d z i z u p e ł n i e d o b r z e.

Dnia 27. I. Napady drgawek nie powtarzały się, chora czuje się dobrze, senna, na twarzy niema obrzęku wcale—w nieznacznym stopniu na kończynach dolnych. Oddawanie moczu odbywa się prawidłowo. Zebrany mocz wykazuje 1¹/₂% białka [według ESSBACH'a]. Moczu pod drobnowidzem nie badałem.

Stan chorej stopniowo poprawiał się i chora powróciła do zwykłych swych zajęć, czując się zupełnie zdrową do dnia 15. II., kiedy wieczorem nagle wśród rozmowy przy stole wystąpiło omdlenie bez żadnych zwiastunów; chora, czując się cokolwiek osłabioną, udała się na spoczynek, spała wybornie całą noc. Rano 16. II. przebudziła się z niezwykle silnym bólem głowy; nudności, wymioty. O godzinie 1-ej po południu znalazłem: tętno 70, ciepłota ciała 37,5, nadzwyczaj silny ból głowy w potylicowej i nadczodołowej okolicy; chora niespokojna, jęczy, rzuca się; wymioty od rana 4 razy; powieki obrzękłe; obrzęku kończyn dolnych niema. N i e w i d z i z u p e ł n i e. Około godziny 3-ej popołudniu uspokoiła się i zasnęła. Po parogodzinym śnie bólu głowy niema, czuje się dobrze, w i d z i z u p e ł n i e d o b r z e. W nocy z dnia 17 na 18 lutego urodziła dziecię żywe, płci żeńskiej, przedwczesne, niedonoszone [mniej więcej w 8-mym miesiącu]. Odtąd chora czuje się zupełnie dobrze.

Przypadek opisany, nie różniący się w ogólnych zarysach od wielu innych obserwowanych przypadków drgawek porodowych, zwrócił moją uwagę wyłącznie z tego powodu, że każdy napad był poprzedzany pewnemi zaburzeniami, które powtarzały się z zupełną prawidłowością.

Przeglądając dostępną mi literaturę, zauważyłem, że symptomatologia drgawek porodowych traktowaną jest wogóle bardzo pobieżnie.

SCHROEDER w znanym swoim podręczniku akuszerii poświęca temu przedmiotowi zaledwie parę wierszy, mówiąc, że zwykle napad zaczyna się nagle i niespodziewanie, bez wszelkich zwiastunów, rzadziej bywają, jako zapowiedź napadu ból i zawrót głowy, niepokój, zaburzenia wzroku, nudności. Daleko obszerniej traktuje tę kwestyą OLSHAUSEN [O drgawkach porodowych. Odczyty kliniczne № 39. 1892 r., tłum. St. KONDRATOWICZ]. OLSHAUSEN, między innemi, mówi, że w j e d n y m p r z y p a d k u, jako objaw zapowiadający, widział ślepotę przy zupełnie zachowanej przytomności umysłu, a zatem zupełnie analogicznie, jak to miało miejsce w przypadku moim, gdyż, czytając historię choroby, rzuca się to w oczy, że każdy napad drgawek był poprzedzany przez zupełne zaniewidzenie, na co zwracała uwagę nawet sama chora, jakkolwiek nie wiedziała, że to jest zapowiedzią napadu. Objaw ten, t. j. występowanie ślepoty przed napadem drgawek, widocznie nie jest tak częstym, jeżeli OLSHAUSEN, na 200 przypadków obserwował go tylko raz jeden.

Tamże dalej mówi OLSHAUSEN: „Co się tyczy następnych napadów, to wiadomo jest, że występują one bez żadnych zapowiedzi. Nie przypominam sobie, bym spotkał w literaturze jakąkolwiek wzmiankę, przeczącą temu faktowi. Dlatego też szczególne znaczenie posiadają 3 nasze przypadki, w których istniały niewątpliwie objawy aury i t. d.“. Otóż myślę, że do trzech cytowanych przypadków OLSHAUSEN'a można dołączyć i mój analogiczny, a wyróżniający się od innych tem, że każdy napad drgawek poprzedzany był regularnie pewnem zaburzeniem wzroku, *resp.* ślepotą. Czy nazwiemy objaw ten aurą, czy też zwiastunem, nie stanowi to, myślę, żadnej różnicy, przynajmniej teraz, kiedy i przyczyna owej ślepoty nie może być objaśnioną, jak nie dowiedzioną pozostaje istota całej choroby drgawek porodowych.

Drugi punkt, który zwrócił moją uwagę, to obrzęki. Obrzęk nóg w moim przypadku mógł być odniesiony na karb ciąży. Pytanie zachodzi co do obrzęku twarzy, który wystąpił na parę godzin przed pierwszym napadem drgawek. SCHROEDER, omawiając symptomatologię tego cierpienia, wcale nie wspomina nawet o obrzękach. OLSHAUSEN zaś mówi, że na 200 przypadków 40 razy zanotowano, że obrzęki wystąpiły przed wybuchem drgawek i zaburzenie to trwało od niezbyt długiego czasu i nie było w znacznym stopniu. Czy tu mowa o obrzęku kończyn dolnych, czy też twarzy, a może pierwszych i drugiej razem—nie wiadomo. W każdym razie myślę, że obrzęk twarzy nie należy do objawów częstych i zwykłych przy omawianem cierpieniu, a jego zjawianie się przy drgawkach porodowych i jednoczesnych zmianach w moczu przemawiałoby za teorią LEYDEN'a o ostrem tłuszczowem zwyrodnieniu nabłonka nerkowego, jako pośredniej przyczynie owych drgawek, nie objaśniając jeszcze naturalnie najbliższej i najpewniejszej przyczyny owego zwyrodnienia.

Powtórne zaburzenia u naszej chorej dnia 16 II. uważam za niezupełny, niekompletny napad drgawek porodowych.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

—•—•—•—

60. Szczerbak. O zmianach w układzie nerwowym pod wpływem jadu dyfterytycznego.

Jeszcze w r. 1862 CHARCOT i VULPIAN znaleźli zapalenie nerwów podniebiennych w jednym przypadku bezwładu dyfterytycznego podniebienia miękkiego. Pomimo jednak, iż od tego czasu anatomie patologiczną wzbogaciła wielka ilość badań w tym kierunku, kwestya pochodzenia tych porażen pozostaje jeszcze sporną. Jedna teoria przemawia za centralnem ich pochodzeniem, druga za obwodowem, trzecia głosi myopatyczne pochodzenie tych bezwładów, wreszcie czwarta twierdzi, że zmiany patologiczne elementów nerwowych są następstwem zmian w naczyniach krwionośnych.

Doświadczenia swoje S. robił na królikach i świnkach morskich. Oprócz przypadków, w których wywoływano bezwłady dyfterytyczne przez zaszczerpienie, badano także układ nerwowy i tych zwierząt, które poddano otruciu dyfterytycznemu, ostremu lub przewlekłemu, bez następczego porażenia.

Rezultaty, otrzymane z tych doświadczeń, były następujące: hodowle dyfterytyczne żywe [w bulionie] i jad, otrzymany przez filtrowanie tych hodowli, wywołują u zwierząt te same zmiany w układzie nerwowym, co i u człowieka. Znalezione wylewy krwawe i lekki stopień zapalenia w oponach, wylewy krwawe w szarej substancji rdzenia, lekki stopień *poliomyelitidis*, zwyrodnienia w korzonkach rdzeniowych, zapalenia nerwów obwodowych, nareszcie sprawę mięszową i śródmięszową w mięśniach, słowem, zmiany, znajduwane już nieraz u ludzi i opisywane przez wielu autorów, jak: OERTEL, BUHL, DÉJERINE, HOCHHAUS i inni. Ta zgodność zmian znalezionych u zwierząt ze zmianami napotykanymi u człowieka wskazuje, że te rozmaite zaburzenia nerwowe, które widzimy przy dyfterycie u człowieka, występują rzeczywiście jako skutek działania jadu dyfterytycznego, a nie innych przyczyn wypadkowych [twierdzenie często spotykane w literaturze lekarskiej].

Co do pochodzenia bezwładów dyfterytycznych, to z doświadczeń SZCZERBAKA wypływa, że zależą one od sprawy zapalnej w nerwach obwodowych, i że wszystkie zmiany w rdzeniu mają znaczenie drugorzędne, albowiem w większości przypadków są nieznaczne, umiejscowione są przeważnie około *canalis centralis*, a nie w przednich rogach, i wreszcie ani natężeniem swem, ani rozciągłością nie odpowiadają dziwnemu, kapryśnemu umiejscowieniu bezwładów.

Tak na przykład zmiany w rdzeniu mogą występować szczególnie wyraźnie w nabrzmieniu lędźwiowem, gdy tymczasem niedowład może się ograniczyć na jednej z przednich kończyn zwierzęcia. Otrucie przewlekłe małymi dawkami, tak szczególnie sprzyjające rozwojowi *poliomyelitidis*, często wcale nie wywołuje bezwładu; przeciwnie zaś, w tych przypadkach, w których się zjawiał bezwład, znajdowano ś w i e ż e zapalenie nerwów odpowiedniej kończyny obok śladów d a w n y c h zmian w szarej substancji rdzenia.

Wogóle w rdzeniu przeważają zmiany w naczyniach, podczas gdy zanik komórek nerwowych występuje później i przedstawia objaw następczy.

Zmiany patologiczne w mięśniach przy bezwładach bywają rozmaite. Czasem spotykamy prosty zanik, czasem zaś zapalenie (*myositis*) śródmięszowe i mięszkowe. Nigdy jednak zapalenie nie było dość silnem, aby mogło wytłumaczyć objawy porażenia, tembardziej, że zawsze istniały jednocześnie zmiany patologiczne w odpowiednich nerwach.

Odwrotnie się rzecz ma z zapaleniami nerwów: we wszystkich przypadkach bezwładów zmiany w nerwach odpowiadały i natężeniu i umiejscowieniu objawów porażenia. Zmiany znajdują się przede wszystkim w tych gałązkach nerwowych, które dochodzą do mięśni, i występują w cylindrach osiowych [nabrzmienie] i w jądrach otoczki SCHWANN'a [mnożenie się jąder i nabrzmienie protoplazmy]; cylindry osiowe następnie zanikają i otrzymuje się klasyczny obraz zwyrodnienia.

Trzeba tu zauważyć, iż niema zupełnie przyczynowego stosunku pomiędzy zapaleniem nerwów obwodowych i patologicznymi zmianami w rdzeniu; przypadki bowiem ostrego otrucia wykazały, że przy zapaleniu nerwów obwodowych w początkowym okresie rozwoju w rdzeniu można było zaledwie wykryć tylko przekrwienie w komórkach nerwowych.

Natężenie zapalenia nerwów zależy głównie od wielkości dawki jadu; przy małych dawkach zapalenie bywa słabo wyrażone, przebiega bez objawów klinicznych i kończy się regeneracją włókien, czyli, podobnie jak u człowieka, wyzdrowieniem.

(*Revue neurologique* Nr. 7. 15. IV. 1893).

Tadeusz Jasiński.

61. E. Enriquez B. L. Hallion. Zapalenie rdzenia wywołane doświadczalnie przez toksyny dyfterytyczne.

W pracy tej autorowie zwracają uwagę na to, że nie tylko nerwy obwodowe ulegają poważnym zmianom pod wpływem otrucia dyfterytycznego, jak to twierdzi wielu autorów, a między innymi SZCZERBAK. Przeciwnie, znaleźli oni poważne zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym.

Doświadczenia wykonywano na psach. Psom wstrzykiwali filtrowany bulion, w którym przez 5 do 6 tygodni hodowano mikroba dyfterytycznego.

Badanie rdzenia wykryło w różnych miejscach przekrwienie i unaczynienie, szczególnie w szarej substancji. Prócz tego znaleziono wylewy krwawe i ogniska zapalne w białej substancji, w przednich rogach szarej i w spoidle szarem. Przy silniejszym powiększeniu widać było: 1-o bujanie neuroglii, której włókna, zwiększone w swej objętości, tworzyły gęstą siatkę; gdzieś — gdzie zauważyć było można komórki z wyrostkami; obraz ten przedstawiał stwardnienie neuroglii (*sclérose neuroglie*) we wczesnym okresie rozwoju; 2-o dalej włókna nerwowe w rozmaitych okresach zniszczenia; 3-o elementy w postaci komórek z jądrami [były to prawdopodobnie ciała ziarniste] i nareszcie 4-o rozszerzone naczynia włoskowate w wielkiej ilości.

Opony na tejsze wysokości nie przedstawiały żadnych zmian widocznych, prócz znacznego rozszerzenia żył. Ani zapalenia tętnic, ani zakrzepu nie można było wykryć.

Jaki byłby dalszy rozwój tych zmian w razie, gdyby zwierzę przeżyło? Czy wywołałyby one zwyrodnienia następne włókien nerwowych? Czy może zmienione tkanki powróciłyby do stanu normalnego w całości lub częściowo? Czy też przeistoczyłyby się w sklerotyczną tkankę, powodując tym sposobem stałe objawy kliniczne?... Oto pytania, które autorowie stawiają w końcu niniejszej pracy, pozostawiając je bez odpowiedzi. Zauważyć tu można, że niektórzy patologowie, a przedewszystkiem STRUMPELL i P. MARIE są zdania, że *scélèrose en plaque* ma prawdopodobnie za przyczynę poprzednią jakąś infekcję.

Autorowie niniejszej pracy, oprócz opisanych doświadczeń na psach, wstrzyknęli tyksynę dyfterytyczną małpie, która, przebywszy ciężką chorobę, wyzdrowiała.

Pozostały u niej jednak objawy bezwładu i drżenia, co świadczy, według nich, o zmianach w ośrodkowym układzie nerwowym. W przyszłości małpa ta da możliwość uzupełnienia badań w tym kierunku.

(*Revue neurologique*, Nr. 10. 31. V. 1894).

Tadeusz Jasiński.

62. W. Kopfstein. Przyczynek do charakterystyki nowotworów t. zw. gruczołu tętnicy szyjowej. (*Glandula carotica*).

Gruczoł tętnicy szyjowej ma kształt podłużny i leży nawewnątrz od tętnicy szyjowej wewnętrznej, tuż ponad rozdzieleniem pnia głównego. ANDERSCH nazwał go „*ganglion intercaroticum*“, jako zwoik nerwowy w jego mniemaniu. LUSCHKA znalazł tutaj tkankę gruczołową, powiązaną siecią włókien nerwowych, biorących początek ze zwoju szyjowego górnego; ze względu jednak na przewagę tkanki gruczołowej zalicza narząd pomieniony do t. zw. gruczołów nerwowych [jak gruczoł ogonowy, nadnercza, *hypophysis cerebri*] i daje mu nazwę „*glandula carotica*“. ARNOLD na preparatach, nastrzykniętych odpowiednią masą, wykazał tu przewagę naczyń krwionośnych z układem typowym i dla tego obstał przy nazwie „*glomeruli arteriosi intercarotici*“. Narząd ten, zgodnie z dokładnym opisem MARCHAND'a, składa się z wielkiej liczby okrągłych na przecięciu ziarenek, wypełniających gęstą siatkę włókien nerwowych; tu i owdzie przebiegają dość znaczne naczynia. Kilka ziarenek tworzy skupienie, zawarte we wspólnej torebce; skupień takich na przekroju naliczyć można 15 do 20-tu. Ziarenka zbudowane są z naczyń i komórek, wypełniających przestrzenie między nimi. Wobec tego MARCHAND uznał narząd powyższy za szczątkowy i nazwał go „*nodulus caroticus*“.

Dotąd operowano sześć nowotworów gruczołu tętnicy szyjowej. W przypadku pierwszym RIEGNER z Wrocławia podwiązał żyłę szyjową i wyciął część tętnicy szyjowej wspólnej; śmierć 9-tego dnia po operacji; oględziny pośmierne wykryły przecięcie nerwu błędnego i współczulnego. MAYDL z Wiednia w przypadku podobnym podwiązał wszystkie trzy pnie tętnicy szyjowej, nadto tętnicę tarczową i gardzielową wstępującą, a części ich zrośnięte z nowotworem wraz z ostatnim wyluszczył; piątego dnia bezwład połowiczny; wreszcie wyzdrowienie, bez recydywy, z afazją. Chory DITTEL'a, po podwiązaniu trzech tętnic głównych wraz z żyłą, zmarł w kilka godzin po operacji wskutek krwotoku. GERSUNY wraz z nowotworem wyciął pomyślnie całe rozdwojenie tę-

nicy szyjowej wspólnej. ALBERT wyluszczył takiż nowotwór bez podwiązania tętnic. Wreszcie w przypadku MAYDL'a, opisanym szczegółowo w niniejszej pracy, wypadło podwazać żyłę i trzy pnie tętnicze wraz z tętnicą gardzielową; wyleczenie całkowite bez recydywy.

Wydobyty tu nowotwór, kształtu podłużnego, wielkości $6 \times 4 \times 2,5$ ctm. sześć., zawarty był w naprężonej włóknistej torebce, a na przekroju przypominał wole mięszone ze znaczną ilością naczyń. Badanie drobnowidzowe wykazało, że guz ma budowę alweolarną z rusztowaniem łącznotkankowym, miejscami uległemu przeistoczeniu szklistemu. Przestrzenie alweolarne wypełnione są komórkami olbrzymimi o 5 lub 6 jądrach. Siatki międzykomórkowej nigdzie uwidocznić niepodobna.

Porównyując opis powyższy z budową histologiczną „gruczołu tętnicy szyjowej“, PALTAUF i MARCHAND, każdy samodzielnie, przyszli do wniosku, że punktem wyjścia dla danego nowotworu może być tylko ów gruczoł. Resztę dowodów autor zestawia w następujący sposób: 1) typowe umiejscowienie, 2) kierunek rozrastania się od wewnątrz ku zewnątrz, 3) brak „gruczołu tętnicy szyjowej“ na tej stronie szyi, na której rozwinął się nowotwór, 4) najdalej posunięte przeistoczenie szkliste w sąsiedztwie tętnicy, co przemawia za tem, że w tych miejscach nowotwór jest dawniejszym, 5) ścisły stosunek między unerwieniem tak nowotworu [MARCHAND], jak i „gruczołu tętnicy szyjowej“ [LUSCHKA] a włóknami nerwu współczulnego.

Nowotwory te nie należą do złośliwych; nie wznawiają się bowiem, nie dają przerzutów i nie dziurawią swych torebek. O powikłaniach niewiele możemy dowiedzieć się z opisów do tej pory ogłoszonych, być może dlatego, że nowotwory dość wczesnie stosunkowo były wyluszczane. Inaczej należałoby się spodziewać bądź to objawów ze strony serca i narządów oddechowych wskutek ucisku na nerw błędny, bądź też zmian w źrenicy wskutek zajęcia włókien nerwu współczulnego. Przy rozpoznawaniu nowotwór omawiany łatwo pomylić za chłoniaka albo za tętniaka i dlatego należy mieć na względzie następujące niezawodne oznaki: 1) umiejscowienie (*fossa carotica*), 2) niesamodzielność tętnienia, 3) niekiedy szmery powyżej nowotworu, 4) powolny wzrost nowotworu bez cech złośliwości. Rokowanie jest zadawalające wobec tego, że możność wyluszczenia całkowitego została dowiedziona. Sama operacja należy do trudnych i niebezpiecznych, zwłaszcza z uwagi na konieczność podwiązki tętnicy szyjowej. Zauważyć jednak należy, że rękoczyn ten przy nowotworach daje jeszcze najlepsze wyniki.

(Časopis lékařů českých. 1894. № 4. 5. 6).

J. Idzikowski.

63. F. Schroeter [z kliniki SONNENBURG'a w Berlinie]. 0 gastroenterostomii.

Gastroenterostomię uważano początkowo za rękoczyn li tylko łagodzący ostatnie chwile tych chorych z rakiem odźwiernika, u których resekcja stała się niemożliwą, t. j. gdy nowotwór rozpostarł się szeroko na ścianach żołądka i pozrastał się z narządami sąsiednimi. Oprócz gastroenterostomii w takich razach stosowano jeszcze enterostomię (*duodeno* lub *jejunostomia*), po tym jednak

rękoczynnie chorzy, aczkolwiek mogli być odżywiani, nie doznawali nigdy uczucia nasyceń, ponieważ ani apetyt, ani smak ich zaspokojony być nie mógł; usuwająca zaś tę ostatnią dolegliwość rurka TRENDLENBURGA nie znosiła u chorych przykrej świadomości kalectwa. Powyższe strony ujemne enterostomii słusznie powstrzymują wielu od wykonywania tego rękoczynu.

Wskazania do gastroenterostomii w przypadkach złośliwych guzów odźwiernika są następujące: 1) rak odźwiernika ogarniający znaczną powierzchnię ściany żołądka, 2) zwyrodnienie rakowate gruczołów oraz przerzuty w innych narządach, 3) rozległe zrosty żołądka z trzustką, siecią małą, krezką okrężnicą, dwunastnicą oraz wątrobą, 4) nawroty rakowe po wycięciu odźwiernika.

Oprócz zwężeń odźwiernika, powstałych wskutek nowotworów złośliwych, drugim wskazaniem do gastroenterostomii są zwężenia odźwiernika bliznowate, a więc natury łagodnej. W tych razach gastrostomia staje się rękoczynem radykalnym, wskazaniami zaś bliższymi będą: 1) zadawnione owrzodzenia odźwiernika, 2) zwężenia bliznowate w następstwie wrzodu okrągłego, zranień, owrzodzeń gruczolich, syfilisu, 3) zwężenia dwunastnicy, 4) rozszerzenie żołądka wraz ze znacznem osłabieniem czynności ruchowej żołądka bez zwężenia odźwiernika, wreszcie zrosty żołądka z powłokami brzuszniemi poniżej pępka.

Typów rękoczynu istnieje kilka. WOELFLER łączy przednią ścianę żołądka ze ścianą jelita przeciwną do krezki, które umieszcza przed okrężnicą (*gastroenterostomia anterior antecolica*). COURVOISIER i V. HACKER przeprowadzają jelito przez szczelinę zrobioną na tępo w krezce okrężnicy poprzecznej i łączą je z tylną ścianą żołądka; brzegi owej szczeliny przyszywają również do tylnej ściany żołądka, aby uniknąć uwięźnięcia pętlicy kiszek; rękoczyn ten (*gastroenterostomia posterior retrocolica*) ma tę dodatnią stronę, że okrężnica poprzeczna i sieć duża nie zmieniają zupełnie swego położenia.

Trzecim typem rękoczynu jest *gastroenterostomia anterior retrocolica*, wykonana po raz pierwszy przez BILLROTH'a, a różniąca się od powyższego sposobu tylko przyszcieniem jelita do przedniej ściany żołądka.

Aby zapobiedz wstępowaniu zawartości żołądka do doprowadzającej [t. j. wyłączonej] pętlicy kiszek, WOELFLER to właśnie doprowadzające jelito przyszywa po raz wtóry do nieuszkodzonej ściany żołądka. KOCHER, LUECKE i inni wybierają do przyszcienia pętlę jelita, przebiegającą ze strony lewej ku prawej; tym więc sposobem ruchy robaczkowe żołądka przechodzą bezpośrednio na kiszkę, żółć zaś i sok trzustkowy z jelita wyłączonego z łatwością przechodzą dalej do kiszek, nie wlewając się do żołądka.

Niektórzy autorowie dla ominięcia powyższego powikłania radzą przeciąć zupełnie jelito czcze, ramię tegoż odprowadzające połączyć z żołądkiem, a doprowadzające wszyć do odprowadzającego, inni jeszcze radzą oprócz gastroenterostomii wykonać enteroanastomozę pomiędzy ramieniem pętlicy kiszek doprowadzającym i odprowadzającym.

W celu uniknięcia zakażenia jamy otrzewnej BARKER otwiera kışkę i żołądek dopiero po zeszcieniu częściowem błon surowiczych i mięsnych, Post-

NIKOW zaś wycina ze ściany jelita i żołądka dwa płaty owalne sięgające błon śluzowych, poczem zeszywa tylne brzegi obu ran, następnie nakłada podwiązkę na wystające odcinki błony śluzowej jelita i żołądka, wreszcie kończy szew; tym sposobem błona śluzowa ani kiszki, ani żołądka nie zostaje bynajmniej otwartą, otwór zaś powstaje wskutek zgorzeli błony śluzowej dopiero po upływie dni 3—4, t. j. wówczas, gdy obie błony surowicze już dobrze się zrosły

SENN polecił sposób, którego główną zaletą jest zupełna pewność co do trwałości szwu. Sposób ten w zarysach ogólnych polega na tem, że po przecięciu ściany żołądka i jelita wprowadza się do żołądka i do kiszki odpowiednio przygotowane płytki z kości udowej wołu; płytki te szczelnie przylegają do błon śluzowych, dzięki czemu błony surowicze stykają się na znacznej przestrzeni; ostatecznie otrzymuje się trwały zrost błon surowiczych żołądka i kiszki. BARĄCZ radzi płytki z kości wołu zastąpić płytkami z brukwi.

SONNENBURG w ostatnich czasach w dwu przypadkach wykonał gastroenterostomię według sposobu następującego. Ranę jelita obszywa szwem węzełkowym z katgut, nitki obcina krótko; podobnie postępuje z raną żołądka, nitek jednak nie obcina, lecz końce ich łączy w jeden węzeł. Następnie robi niewielką szczerbę w ścianie kiszki w kierunku poprzecznym na 2 ctm. poniżej poprzedniej rany, do tej ostatniej wprowadza wspomniany wyżej węzeł nitek szwów żołądkowych i wyprowadza na zewnątrz przez ową szczelinę. Tym sposobem ściana żołądka lejkowato zagłębia się w światło jelita odprowadzającego, które znów kolisto obejmuje szczelnie część ściany żołądka. Z kolei następuje szew LEMBER'a, nitki wystające ze szczeliny kiszki obcina się, końce zaś pogrąża w światło kiszki, wreszcie szczelinę w kiszce zaszywa szwem węzełkowym z katgut.

Sposób ten daje połączenie trwałe pomiędzy kiszka i żołądkiem, nie spowodowadza zwężeń następnych, a wykonać się daje dość szybko.

(*Deut. Zeitschrift f. Chirurgie. 1894. Bd. 38. H. 2 u. 3.*)

Wacław Łapiński.

64. Carl Lauenstein. Skręcenie się jądra.

W roku 1877 VOLKMANN opisał przypadek samoistnej zgorzeli jądra u 15-letniego chłopca, u którego wkrótce po wystąpieniu objawów ostrych [wymioty, ból i obrzmienie lewej moszny] podczas zabiegu stwierdzono w chorem jądrze zawał krwotoczny obok niezwykle obfitego ropienia oraz zapalne przekrwienie naczyń sznurka nasiennego i zator w żyłach splotu wicinowatego (*plexus pampiniformis*). Przypadek uznano za ostre zapalenie przyjądrza, a dla wytłomaczenia sobie przyczyny, wywołującej zawały krwawe w jądrze, przedsięwzięto szereg doświadczeń na psach, które wykazały niezwykłą czułość tego narządu na wszelkie zaburzenia w jego krwiobiegu. W roku 1855 NICOLADONI, opierając się na dwóch operowanych pomyślnie przypadkach, wygłosił pogląd, że wnętrwate (*kryptorchismus*) lub późno do worka mosznowego opuszczające się jądro wisi swobodnie na sznurku nasiennym, a więc może łatwo obrócić się naokoło swej osi na 180° i więcej stopni, wywołując w ten sposób skręcenie się sznurka i, co za tem idzie, zawał krwotoczny z jego na-

stępstwami. HELFERICH, w podobnym przypadku znalazł sznurek nasienny, skręcony na 360°, który po odkręceniu tworzył dwa pasma. Badanie wyciętego jądra drobnowidzowe wykazało w mięszu tegoż liczne zawały krwotoczne obok zgorzeli warstw powierzchownych.

Przypadek autora dotyczy 25-letniego wyrobnika z jądrem wnetrowatem w prawej pachwinie. Pacjent, podźwigawszy się, poczuł mocne bóle w dolnej części brzucha, poczem wkrótce nastąpiły wymioty. Przy badaniu stwierdzono powyżej prawego więzu POUPLART'a gładki, bolesny, sprężysty, wielkości jaja kurzego guz. Po przecięciu powłok brzusznych znaleziono pod mięśniem brzucha skośnym zewnętrznym wysłaną przez błonę surowiczą jamę, zajmującą przestrzeń od wzgórka łonowego aż do przedniogórnego kolca biodrowego, która ani z jamą otrzewnową, ani też z moszną nie łączyła się wcale. Jama owa jakby przegrodą dzieliła się na dwie mniejsze, z których głębiej leżąca, prócz pewnej ilości płynu krwawego, zawierała ciemnobrunatne na 180 stopni przekręcone jądro, druga zaś połowa obok surowiczego płynu mieściła w sobie płaski i w miejscu przyczepu do jądra skręcony sznurek nasienny. Po odkręceniu jądra sznurek rozwikłano łatwo. Ponieważ jądro po odkręceniu nie zmieniało swej ciemnej barwy, zostało więc po podwiązaniu sznurka nasienne go wycięte. Usunięty narząd nie przedstawiał na przekroju ani śladu budowy właściwej; wypełniony skrzepami krwi posiadał spoistość twardą i skórzastą, pod drobnowidzem zaś wykazał doszczętne wypełnienie krwią nie tylko kanalików, lecz również i między-kanalikowych przestrzeni.

Co się tyczy przyczyny skręcenia się sznurka, to autor na pierwszym miejscu kładzie wysiłki cielesne, podczas których mięśnie brzucha ulegają mocnemu napięciu, albo rozkurczowi; wówczas wnetrowate jądro, luźno ułożone w jamie surowiczej, przekręcić się może dokoła osi pionowej. NICOLADONI i HELFERICH rozpołowienie się sznurka nasienne go poczytują również za jedną z częstszych przyczyn skręcania się tegoż. Wreszcie krótkość sznurka nasienne go, jak również płaski kształt jądra, stanowią okoliczności, wielce sprzyjające skręceniu. Przy rozpoznaniu powinniśmy nadewszystko uwzględnić nagły wybuch cierpienia, a dalej: odruchowo występujące jedno lub kilkorazowe wymioty, jak również obecność miejscowej sprawy zapalnej i gorączkę; rozpoznanie zaś różniczkowe ułatwia się przez stwierdzony jednostronny brak jądra w worku mosznowym.

Z zabiegiem chirurgicznym ociągać się nie należy, widoki bowiem samoistnego odkręcenia się jądra są prawie żadne. Po usunięciu skręcenia, jeżeli drożność naczyń jądra zachowaną została, wyluszczenie jego nie jest koniecznem, lubo wyznać należy, że nadzieja uchronienia jądra od następczego zaniku przy znanej wrażliwości narządu na wszelkie w krwiobiegu zmiany nader jest słabą; jądro z licznymi ogniskami zawałowemi bezwarunkowo wycinać należy.

(*Sammlung klin. Vortr. Nr. 92. 1894.*)

K. Niedzielski.

65. Bókai. O znaczeniu zepchnięcia błon przy intubacji i zatkaniu rurki.

Przeciwnicy intubacji pomiędzy innymi zarzutami przytaczają możność zepchnięcia na dół błon wrzekomych podczas intubacji oraz możność następcze-

go zatkania światła w rurce. B. stara się na mocy osobistego doświadczenia, jakoteż i prac innych autorów wykazać, o ile obawy te mogą być uzasadnione. W znajdującym się pod kierunkiem autora szpitalu wykonano przeszło 500 intubacji i ani razu nie miano przypadku śmierci wskutek zepchnięcia na dół błon, aczkolwiek 3, czy 4 razy rzeczywiście się to przytrafiło. W takim razie wykonana natychmiast ekstubacja zażegnywała niebezpieczeństwo. Następce zatkanie się rurki błonami wrzekomymi zdarzało się wielokrotnie. Powikłanie takie wywoływało zazwyczaj gwałtowny kaszel, przyczem rurka zostawała wykrztuszana razem z błonami. Jeżeli dziecko nie było w stanie wykrztusić rurki, sytuację ratowała natychmiastowa ekstubacja, o ile, rozumie się, po wyjęciu rurki, chory zdołał wyrzucić błony wrzekome. B. nie miał ani jednego przypadku śmierci, spowodowanego zatkaniem się rurki.

Autor na końcu pracy stawia następujące wnioski: 1) Zepchnięcie błon wrzekomych podczas intubacji zdarza się rzadko, wyjątkowo zaś tylko mogłoby być śmiertelne. Występujące po takim zepchnięciu uduszenie najczęściej daje się usunąć za pomocą natychmiastowej ekstubacji, jeżeli tylko zepchnięte błony mogą być wykrztuszone. Gdyby to nie mogło nastąpić, wskazany jest oddech sztuczny, lub też natychmiastowa tracheotomia. 2) Zatkanie rurki błonami nie należy także do powikłań częstych. Jeżeli ma ono miejsce, zwykle chory dostaje napadu kaszlu, przy którym wyrzuca rurkę wraz z błonami. Niemniej przeto chory powinien być otoczony ciągłą opieką, by w razie niemożności wykaszlnięcia rurki natychmiast wykonać ekstubację. Ostatnią może skutecznie każdy laik, pociągając za nitkę, zawiązaną naokoło szyi dziecka. Intubację uważa B. za rękoczyn, który winien znaleźć rozległe zastosowanie.

(*Wien. med. Presse*, 1894. Nr. 22).

Sawicki.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie kliniczne dodatkowe z d. 29. V. 1894.

SAWICKI przedstawił chorą, której przed 5 laty wykonał resekcję stawu kolanowego. Wynik pooperacyjny bardzo pomyślny: chora pomimo skrócenia kończyny o 6 centymetrów chodzi, prawie nie kulejąc.

KIJEWSKI miał odczyt „o laryngofissurze“. Praca umieszczoną jest w *Gazecie Lekarskiej*.

W dyskusyi JAWOYŃSKI zaznacza, że oprócz przytoczonych przez prelegenta dwóch przypadków, przedstawił przed paroma laty w Towarzystwie chorego z gruźlicą krtani, u którego, po wykonaniu laryngofissury, usunął wszystkie nacieki. Chory, któremu groziła śmierć głodowa, w stanie względnie dobrym żył 1½ roku; zmarł skutkiem gruźlicy kiszek. Zalecane przez prelegenta tamponowanie za pomocą przyrządu TRENDLENBURG'a, J. uważa za możliwe w bogatych oddziałach chirurgicznych, gdzie zniszczenie przyrządu nie ma wielkiego znaczenia. We wszystkich swoich przypadkach z wyjątkiem

jednego J. tamponował krtani wacikami na sznurku. Zresztą zaciekanie krwi do krtani nie sprawia tak złych następstw, jak to dawniej przypuszczano i dawniejsze przypadki t. zw. *Schluck-Pneumonie* zależały prawdopodobnie głównie od wadliwego pooperacyjnego traktowania rany. Nie zgadza się następnie J., aby wynik operacyjny, jak to twierdzi prelegent, w jednym z jego J. przypadków nie był zadawalający; przeciwnie J. uważa go za doskonały, gdyż u chorego, u którego po 7 latach noszenia rurki tracheotomijnej nastąpiło całkowite zarośnięcie krtani, wytworzoną została droga do przechodzenia powietrza: chory mógł ustami oddechać i mógł mówić. Wynik niepomysłnym był o tyle tylko, że nie można było zagoić rany w tchawicy. J. miał zamiar później wykonać operację plastyczną, której dokonać miał podobno SAWICKI również bez rezultatu pomyślnego. Przy tej okazji J. zwraca uwagę, aby, robiąc tracheotomię, nie odsuwać gruczołu tarczowego, lecz przeciąć go śmiało, przecięte części ująć w pincety i robić dalej operację; jedynie strzedz się należy, aby, przecinając gruczoł, nie przeciąć jednocześnie tchawicy, w tym razie bowiem napływ krwi do tchawicy mógłby być niebezpiecznym.

KIJEWSKI odpowiada, że przyrząd TRENDLENBURGA można nawet w małych oddziałach naprawiać samemu bardzo małym kosztem, a operacja z nim jest daleko dogodniejsza i daleko szybsza. Wynik pooperacyjny w przypadku, o którym JAWOYŃSKI wspomina, nazwał dla tego ujemnym, że chory pozostał z raną w tchawicy, szczegółów zaś, przytaczanych przez JAWOYŃSKIEGO w protokole z posiedzenia Towarzystwa, na którym chory był przedstawiany, nie znalazł; obecnie jednak opis tego przypadku sprostuje. Co do tracheotomii, to gruczoł nie przecinał umyślnie, a odsuwanie go hakiem uważa za bardzo łatwe.

WRÓBLEWSKI zaznacza, że wyniki po laryngofissurze nie zawsze są tak świetne, jak je przedstawia KIJEWSKI; na dowód tego przypomina 6 przypadków z własnej praktyki, z których w 5 wynik był ujemny. Przypadki te są: 1) Nowotwór łagodny podgłośniowy; śmierć po operacji skutkiem zaduszenia z powodu zatkania rurki. 2) Granulacye w krtani u dziecka; wynik dobry. 3) *Laryngitis hypertrophica subglottica* bez rezultatu. 4) Rak krtani, wynik pooperacyjny dobry, po 3-ch miesiącach recydywa. 5) Zwężenie krtani gruźlicze z utrudnionem łykaniem; śmierć na 4-y dzień po operacji z powodu zachyłkowego zapalenia płuc. 6) Przepona podgłośniowa tuż pod strunami; dwukrotna laryngofissura, po której rurki nie można było usunąć.

KIJEWSKI zwraca uwagę, że w przypadkach tych wynik laryngofissury bynajmniej nie jest zły, a na to, czego nie jesteśmy w stanie wyleczyć, poradzić trudno, to zaś, co można było osiągnąć, osiągnięto.

SAWICKI co do techniki operacji nadmienia, że Niemcy radzą dla ułatwienia dodawać do podłużnego cięcia poprzeczne; jest to wystarczające w przypadkach łatwych, przy krtani szerokiej, przy wąskiej jednak nie daje i to dostatecznego dostępu do pola operacyjnego i należy cięcie przedłużać, a często nawet przecinać chrząstkę obrączkową. Przy wycinaniu tkanki bliznowej na niewielkiej przestrzeni, gojenie nie trwa długo i wtórne blizny nie są duże, ale przy znacznych częściach wyciętych, może nastąpić zwężenie, i aby go uni-

knąć SCHIMMELBUSCH radzi robić plastykę THIERSCH'a. Co się tyczy chorego, o którym wspominał JAWDYŃSKI, to w celu zamknięcia rany w tchawicy S. zrobił początkowo tylko plastykę górną za pomocą zdwojonego płatu, który, chociaż przyrósł, lecz zapada się i chory oddecha z trudnością; z tego powodu nie próbował już nawet zakrywać dolnej części.

STANKIEWICZ zapytuje prelegenta, czy rzeczywiście zamiast wycinać przerosty nożem, używał w tym celu żegadła PAQUELIN'a, po którym to zabiegu występują obrzęki i blizny znaczne? Co się tyczy techniki tracheotomii, to S. jest zdania, aby tam, gdzie przesmyk gruczołu jest wązki i cienki, odsuwać go, a tam, gdzie jest duży i obrzmiały, przecinać.

KIJEWSKI odpowiada SAWICKIEMU, że cięcia boczne uważa za niepotrzebne i dlatego o nich nie wspominał; na zapytanie zaś STANKIEWICZA objaśnia, że początkowo używał żegadła PAQUELIN'a, ale przekonawszy się, że po tym zabiegu występują obrzęki i znaczna wydzielina, zaniechał go i zaleca, aby operować wyłącznie nożem.

SZTEYNER jest zdania, że przy przecinaniu gruczołu tarczowego żegadłem PAQUELIN'a krwawienia niema, ale przy robieniu nożem mało wprawny chirurg, zwłaszcza przy małej pomocy, może się znaleźć nieraz w bardzo trudnym położeniu; widział raz przy wypadkowym nadcięciu gruczołu nadzwyczaj silny krwotok żylny, który z wielką trudnością zdołano zatamować.

JAWDYŃSKI odpowiada, że niewprawny chirurg często nie może sobie również dać rady z gruczołem, chcąc go odsuwać; ogromna przytem jest różnica pomiędzy nadcięciem gruczołu, a szybkim przecięciem i natychmiastowym ujęciem w kleszczyki.

SAWICKI obawiałby się tylko przecinać gruczoł, robiąc tracheotomię przy dyfteryście.

Wice prezes SOKOŁOWSKI zwraca uwagę, że po usunięciu za pomocą laryngofissury nowotworów łagodnych recydywujących możliwem bywa następcze błoniaste zrośnięcie strun. Przypadek taki spostrzegał S. u chorego, operowanego przez KIJEWSKIEGO. S. rozciął błonę i następnie rozszerzał krtani za pomocą dylatorów. Słusznie, według zdania mówcy, prelegent zwrócił uwagę na doniosłość przypadku gruźlicy, w którym robił laryngofissurę. Leczenie gruźlicy na drodze laryngofissury, o ile się zdaje, ma przyszłość większą, aniżeli wewnątrzkrtańowe leczenie chirurgiczne; zdanie to wygłosił S. na zjeździe w Rzymie w dyskusyi nad leczeniem gruźlicy krtani.

WRÓBLEWSKI na dowód, jak obosieczną broń stanowią przy gruźlicy krtani zabiegi chirurgiczne, przytacza dwa przypadki; w jednym z nich przy bardzo małych zmianach w płucach i przy względnie dobrym stanie ogólnym tracheotomia spowodowała gwałtowne pogorszenie, w drugim, przy rozpaczliwym stanie ogólnym i znacznym rozpadzie w płucach nastąpiła po tej operacyi poprawa: chora żyła jeszcze dwa lata.

SOKOŁOWSKI przed ośmiu laty obserwował wspólnie z JAWDYŃSKIM dwa przypadki, w których wyniki po tracheotomii przy gruźlicy krtani były bardzo dobre. W jednym z nich u kobiety z rozległymi zmianami gruźliczemi

w krtani i w płucach tracheotomia dokonana została z powodu silnego zwężenia krtani. Chora ta po kilku miesiącach wypisała się ze szpitala bez rurki tracheotomijnej; owrzodzenia w krtani zablizniły się bez żadnego leczenia miejscowego, a nawet i sprawa w płucach i stan ogólny chorej znacznej uległy poprawie. Pierwszym, który jeszcze w r. 1871 ogłosił dobre wyniki tej operacji przy gruźlicy krtani, występującej w przebiegu gruźlicy płuc, był SERKOWSKI ze Lwowa. SOKOŁOWSKI uważa tracheotomię za środek wielce pożyteczny nie tylko przy leczeniu suchot krtaniowych, lecz wogóle suchot płucnych. Bez kwestyi, ujemne wyniki tracheotomii mają także znaczenie, lecz rodzi się kwestya, jak w obec nich unormować wskazania do tej operacji i w ogóle interwencji chirurgicznej w suchotach gardlanych. Przypuszczać należy, że nie rozległość sprawy i czas jej trwania odgrywa tu rolę, lecz że wogóle za normę prognostyczną uważać należy sam przebieg sprawy zasadniczej [gruźlicy płuc] i jej tendencję do zejścia pomyślnego. Wogóle S. sądzi, że w tych przypadkach, w których stan ogólny chorego przedstawia się nieźle, a sprawa płucna przedstawia tendencję do zejścia pomyślnego, jeżeli zajdzie potrzeba z powodu zwężenia krtani, pochodzenia gruźliczego do wykonania tracheotomii w tych razach bezwarunkowo należy wykonać następnie laryngofissurę i usunąć produkty gruźlicze; tą bowiem drogą uwalniamy chorego od noszenia stałej rurki, wyświadczając mu w ten sposób wielką przysługę.

Wiadomości bieżące.

— Zwykle podają, że okres wylegania w różyczce (*rubeola*) trwa 14—21 dni. D-r A. MICHAELIS miał sposobność dokładnie go obserwować u 2 swoich córek. Siedmioletnia uczennica E. H. [która w rok potem przechodziła odrę, a przed 3-ma laty szkarlatynę], zachorowała na nader lekką różyczkę, której po upływie 3-ch dni nie pozostało ani śladów. Uczennica ta w 16 dni po zachorowaniu odwiedziła dwie swoje koleżanki, córki D-ra M. [do szkoły nie uczęszczały one jeszcze], przyczem bawiła się zwłaszcza z młodszą, 5-letnią dziewczynką. Ta ostatnia w 19 dni potem zachorowała na różyczkę; po 3-ch dniach wysypka całkiem zginęła, lecz oto również w 19 dni potem zachorowała starsza córeczka, dziewczynka 7-letnia. Ze spostrzeżeń tych wyprowadza D-r M. wniosek, że okres wylegania w różyczce trwa równe 19 dni, że jeszcze w 16 dni po zniknięciu tejże choroby jest ona zaraźliwą i że jest całkiem oddzielną chorobą zakaźną, którą należy ściśle odróżniać zarówno od odrę, jak od szkarlatyny. (*Der Kinderarzt. Heft V. 1894*). J. W.

— DURANTE prof. kliniki chirurgicznej w Rzymie otrzymywał bardzo dobre wyniki w przypadkach gruźlicy gruczołów, stawów, a nawet płuc po wstrzykiwaniach podskórnych płynu, według przepisu: Rp. *Jodi* 0,2—1,0, *Kali jodati* 2,0, *Aq. destillatae* 20,0 *MDS*. D. wstrzykiwał po jednej szprycze PRAWA'a owego płynu, poczynając od 1% roztworu jodu i stopniowo zwiększając dawkę do 5% roztworu. Najlepsze wyniki otrzymywał w przypadkach gruźlicy gruczołów, następnie stawów, wrzeczcie oskrzeli i płuc. Stan miejscowy we wszystkich przypadkach wielkiej ulegał poprawie, niemniej jak i stan ogólny. Wstrzykiwania owe jodu dały również pomyślny wynik w jednym przypadku gruźlicy nerek i cewki, w którym inne środki żadnej poprawy nie dały. (*La Sem. Méd. 1894. Nr. 31*). W. E.

— VERNEUIL na posiedzeniu 29 maja r. b. Akademii Medycznej w Paryżu omawiał patogenezę krwotoków z nosa w wieku młodzieńczym, oraz krwotoków no-

sowych występujących dziedzicznie. V. wbrew mniemaniu autorów klasycznych, jakoby krwotoki z nosa były zwiastunami gruźlicy oraz gościca, lub też wywołane były przez krwistość (*plethora*), wycieńczenie, nałmiar pracy lub onanizm, na zasadzie swych własnych spostrzeżeń dochołdzi do wniosku, iż krwawienia owe z nosa spotyka się najczęściej u osobników pochodzących z rodziców, dotkniętych dyatezą moczannową; nie mniejszą również rolę w etiologii krwawień nosowych grają i cierpienia wątroby, które według V. w wieku dziecięcym do rzadkości bynajmniej nie należą. Spostrzeżenia owe VERNEUIL'a, wskazujące na artrytyzm oraz cierpienia wątroby, jako na przyczyny krwawień nosowych, kierują i leczenie tychże na drogę właściwą, którą jest odpowiednia dyeta oraz podawanie alkaliu. (*La Sem. Méd.* 1894. Nr. 32). W. E.

— Prof. SCHUELLER z Berlina zaleca bardzo przy leczeniu ran jodofeninę (*Jodopheninum* s. *Jodophenacetinum*), zawieszoną w kolodyonie; środek ten nie nadaje się jednak do leczenia ran świeżych wskutek nader szybkiego odszczepiania się jodu. Jodofenina, proszek czekoladowego koloru, pod względem działania przeciw-bakteryjnego, przewyższa sublimat, w roztworze bowiem 1:1000 w przeciągu dwu minut zabija gronkowca złocistego ropotwórczego. (*Wien. klin. Wochschr.* 1894. Nr. 16). W. E.

— LE DENTU spostrzegł 68 przypadków *delirium* w następstwie zranień lub rękoczynów chirurgicznych; przeszło w połowie, bo w 38 przypadkach, *delirium* występowało po operacjach na narządach płciowych kobiecych. We wszystkich przypadkach autor w zupełności mógł wyłaczyć przewlekły alkoholizm, usposobienie dziedziczne, jak również wpływ chloroformu lub jodoformu. (*Wien. klin. Wochschr.* 1894. Nr. 16). W. E.

— Przypominamy czytelnikom naszego pisma, iż VII zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie odbędzie się od 23—26 Lipca r. b..

— Koledzy BENNI i GURANOWSKI otworzyli przy ulicy Brackiej Nr. 20 zakład leczniczy dla chorych na uszy.

— Kol. SOKOŁOWSKI został zaproszony na referenta z prac polskich do „*Internationales Centralblatt für Laryngologie*“ i uprasza niniejszem kolegów o nadsyłanie mu odbitek z prac z dziedziny laryngologii i rynologii, ogłaszanych w czasopiśmie lekarskich polskich, zaczynając od 1 lipca r. b..

— Kol. M. SADOWSKI został mianowany ordynatorem w szpitalu Dz. Jezus.

— KITASATO, znany bakteriolog japoński, zawiadomił prof. Kocn'a w Berlinie, iż udało mu się w panującej obecnie morowej zarazie (*pestis*) w Hong-Kong wykryć bacylusa, powodującego tę chorobę. Ma być on wielce podobnym do bacylusa cholery kur.

— W Tunisie w czerwcu r. b. otwarto instytut leczenia chorych, wściekliczną zagrożonych. Urządzony on został przez D-ra LOIR, ucznia i siostrzeńca PASTEUR'a.

— Uniwersytet w Halli obchodzić będzie między 2—4 sierpnia r. b. jubileusz dwóchsetletniego istnienia.

— Kongres chirurgów francuskich odbędzie się w początkach października r. b. w Lyonie.

— W Würzburgu zawiązał się „*Verein zur Errichtung eines Sanatorium für unbemittelte Lungenkranke im Spessart*“. Potrzebnych jest 250,000 marek. Zebrano dotąd 50,000 marek.

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty na II-gie półrocze r. b., tych zaś Pp. Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Доволено Цензурою, Варшава 30 Іюня 1894 г.

Druk K. Kowalewskiego, Królewska Nr. 29.