№ 6. Warszawa, dnia 27 Stycznia (8 Lutego) 1873 roku. Tom I.

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

w Warszawie: { rocznie..... rs. 5 / półrocznie..... „ 2 kop. 50 / kwartalnie..... „ 1 „ 25 | na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką: { rocznie..... rs. 6 / półrocznie..... „ 3

Redakcyja przy ulicy Marszałkowskiéj, Nr. 45.

TREŚĆ: — Spostrzeżenia z kliniki położniczej warszawskiéj. Zarośnięcie zupełne ust macicznych; utworzenie sztucznego otworu; poród ukończony siłami natury. Podał A. Thieme, Assystent tejże kliniki. — Przegląd literatury lekarskiéj. Wykłady kliniczne. O leczeniu chirurgicznem wysięków opłucnej, przez L. Lichtheim'a. Tłumaczył Dr. T. Heiman (dokończenie).—Kazuistyka lekarska. Rozpoznanie zagadkowego przypadku posocznicy w poprzednim numerze opisanego. — Sprawozdania z posiedzeń towarzystw lekarskich. Towarzystwa francuzkie. Sprawozdawca Dr. G. Lewandowski z Radomia.— Kronika miejscowa. Obrona rozprawy na stopień Doktora Medycyny. Dr. Wolfryng mianowany privat-docentem oftalmologii. Dzień wręczenia albumu prof. Chałubińskiemu.—Nekrologia. Ś. p. Rompalski Jan.— Korrespondencyja Wydawcy.—Ogłoszenia.

SPOSTRZEŻENIA Z KLINIKI POŁOŻNICZEJ PROF. TYRCHOWSKIEGO.

Zarośnięcie zupełne ust macicznych (Atresia ostii uteri completa acquisita); **utworzenie sztucznego otworu** (Hysterotomia); **poród ukończony siłami natury.**

podał **A. Thieme,** Assystent tejże kliniki.

K. P. lat 36 licząca, zamężna, mieszkanka prowincji, o ile zapamiętać może, zawsze była zdrową. Przed 13 laty poraz pierwszy zaszła w ciążę, a po dziewięciu miesiącach jéj trwania, rozpoczął się poród długo, albowiem $2^1/_2$ doby trwający i z takiemi połączony trudnościami, że dopiero zapomocą kleszczy ukończonym został. Pomocy téj udzieliło rodzącéj dwóch lekarzy, którzy prawie przez trzy godziny nad jéj rozwiązaniem pracowali. Jakieby były trudności porodu i jaka przyczyna tak długiego jego trwania, objaśnić nie umie. Przypadek tak ciężkiego porodu względnie dość pomyślnym nazwać można; albowiem dziecię wydobyto pozornie tylko nieżywe i dotrzeźwiono je (w 3 dni potem zmarło), matka zaś, jakkolwiek przez pół roku prawie leżała w łóżku i ciężko chorowała na zapalenie, owrzodzenie ust macicznych (według objaśnienia lekarzy) i ponawiające się krwotoki, stopniowo jednak przyszła do siebie i żadnych późniéj nie doznawała przypadłości, któreby mogły wskazywać na pozostałe jakie szczególne cierpienie wewnętrznych części rodzajnych. Miesiączka przychodziła odtąd we właściwéj porze raz na miesiąc, trwała dni pięć do sześciu i to w niewielkiéj ilości, towarzyszył jéj jednak ból krzyża dość silny; ostatnią miała w miesiącu Wrześniu roku 1871. Po tylu latach bezpłodnego pożycia, nie sądziła, aby zatrzymanie się miesiączki nową ciążę oznaczać miało; dopiero w kilka miesięcy widząc powiększającą się objętość brzucha i poczuwszy wyraźnie ruchy płodu (w m. Lutym), nie wąt-

www.dlibra.wum.edu.pl

piła już o stanie ciężarnym; ale wraz z pocieszającą nadzieją otrzymania potomka, wzbudziła się obawa porodu równie ciężkiego jak pierwszy. Myślą tą zaniepokojona udała się po radę do pobliskiego lekarza, który po zbadaniu oświadczył, że znajduje stan macicy nieprawidłowym i radzi jéj na czas porodu udać się do Warszawy. W końcu m. Maja r. z. przedstawiła się prof. Tyrchowskiemu, który znalazł u niéj ciążę w końcu 8-go lub na początku 9-go miesiąca, brzuch miernéj objętości, ruchy dziecka wyraźne, a przy badaniu wewnętrznem w pochwie dość krótkiéj dolny odcinek macicy wypełniony główką dziecka i opuszczony dość nisko. Pomimo najtroskliwszego badania nie znalazł ani części pochwowéj, ani otworu ust macicznych, ani najmniejszego śladu, gdzieby ujście to znajdować się mogło. Grubość warstwy dolnego odcinka była jeszcze wtedy dość znaczną, mianowicie od przodu; główka dość ciężka, ale jeszcze unosić się dająca. Zbadanie to mogło być dopełnione z wszelką dokładnością, albowiem z powodu krótkości pochwy, wszystkie jej okolice były łatwo dostępne. Brzemienna czuła się w ogóle dobrze, lecz nie była w stanie przypomnieć sobie, czyli od czasu ostatniego zapłodnienia, miała jakie dolegliwości w częściach płciowych wewnętrznych. Prof. Tyrchowski zalecił jej w chwili właściwéj (dla odbycia porodu) przybyć do kliniki uniwersytetu, a nadto odesłał ją jeszcze do zbadania prof. Glisczyńskiemu, który stan powyższy w zupełności potwierdził.

W d. 24 Czerwca 1872 r. rzeczona K. P. przybyła do kliniki położniczéj oświadczając, że już od kilku godzin czuje kurczenia się macicy. *K. P.* jest wzrostu średniego (146 centim.) dość silnie zbudowana z muskulaturą średnio rozwiniętą, nachylenie miednicy umiarkowane, długość konjugaty zewnętrznej 20 centim., skrzydła kości biodrowych dość rozłożyste, brzuch powiększony postać ma podłużnie jajowatą, dno macicy na 3 palce poniżéj wyrostka mieczykowatego; części drobne płodu w lewéj stronie dna macicy, bicie serca płodu wyraźnie z prawéj strony brzucha na 2 cale poniżéj pępka, obwód brzucha (na cal pod pępkiem) 90 centim. Wchód do pochwy umiarkowanie między uda wsunięty, dość obszerny; pochwa obszerna, wilgotna lecz nie głęboka; posuwając palcem po kości krzyżowéj dochodzi się bez znacznéj trudności do tylnego sklepienia pochwy, z równąż łatwością palec okrąża sklepienie z boków i z przodu; dolny odcinek macicy rozciągnięty i wypełniony dokładnie główką, dość nisko się opuszcza w próżnią miednicy, ściana jego jest tak cienką, że łatwo przez nią można rozróżnić szew strzałkowy, przebiegający w kierunku wymiaru ukośnego drugiego wchodu miednicy. Rozciągnięcie dolnego odcinka macicy najwyraźniejszém jest od tyłu, gdzie zaledwie dochodzi grubości papieru, daleko grubszym jest z przodu od kości łonowych, gdzie nawet tworzy rodzaj poprzecznie ułożonego fałdu. Pomimo ścisłego badania, na całym obszarze dolnego odcinka macicy, nie można było wynaleźć nic takiego, coby przedstawiało odległe chociaż podobieństwo do ujścia macicznego; wprawdzie w jednem miejscu prawie w środku można było wyczuć prążkę podłużnie przebiegającą (długą $1^1/_2$ centim.) wszakże tego nie można by-

www.dlibra.wum.edu.pl

ło przyjąć za miejsce otworu macicznego; pragnęliśmy dopomódz sobie zmysłem wzroku i w tym celu wprowadziliśmy wziernik dwulistny Ricord'a, wszakże oprócz ciemniejszego zabarwienia jakoby od podbiegnięcia krwią na nieznacznéj przestrzeni, nic więcéj określonego nie znaleźliśmy. Bóle porodowe były dość natarczywe i rodząca napierała.

Mieliśmy więc do czynienia z porodem czasowym, z położeniem czaszkowym, atoli nieprawidłowość i przeszkodę porodu stanowiło zarośnięcie otworu ust macicznych, których wcale wynaleźć nie można było. Silne kurczenie macicy, napierające główkę na coraz bardziéj cieńczejący dolny odcinek macicy, dozwalały się spodziewać, że główka przezwycięży przeszkodę i gwałtownym sposobem utoruje sobie drogę przez tylną część dolnego odcinka macicy. Był to jedyny pomyślny sposób wyjścia z tego nienormalnego położenia rzeczy,—szło jednakże przedewszystkiem o to, aby rozdarcie nastąpiło w części środkowéj a nadto, aby przy przesuwaniu się przez powstały w ten sposób otwór części dziecka przodującéj, rozdarcie macicy nie przybrało większych rozmiarów i nie przekroczyło granic sklepienia pochwowego. W tym téż celu, najprzód zachloroformowano rodzącą, aby zmniejszyć natarczywość bólów i powtóre: przez naciśnięcie palcem w miejscu najcieńszém i najbardziej wypukłoném zrobiono otwór sztuczny w macicy. Do rozcieńczonego odcinka macicy tak ściśle przylegały osłony płodowe, że przez nacisk i te ostatnie równocześnie uszkodzone zostały, przyczém wypłynęło z otworu około $^1/_2$ kwaterki płynu jakby smołką zabarwionego. Obserwując dalszy przebieg porodu, można było zachować się biernie; albowiem, zapewne w skutek poprzedniego zachloroformowania, kurczenia macicy zwolniały, główka napierając na otwór palcem zrobiony, stopniowo go zwiększała, brzegi otworu zwolna jakby rozłaziły się, stając się stopniowo chociaż nieregularnie grubszemi, a to w miarę ustępowania ich ku obwodowi miednicy. W ten sposób po upływie $1^1/_2$ godziny, główka wypełniła próżnię miednicy, przyczém utworzyło się niezbyt wielkie przedgłowie, przerznięcie się główki i urodzenie całego dziecięcia trwało zaledwie kilka minut. Urodzone dziecię płci męzkiéj głośnym krzykiem oznajmiło swe na świat przyjście, było donoszone, wagi 2,900 gramów, długość 48 centim. obwód główki 31 cent. Po urodzeniu się dziecka macica trzymała się dosyć wysoko, a gdy w dziesięć minut pojawiło się krwawienie wydobyto ręką łożysko, które chociaż już odklejone, w znacznéj jednak części znajdowało się jeszcze w macicy. Dla lepszego skurczenia macicy podano 10 gran sporyszu (Secale cornutum) i zalecono chłodny okład na dolną okolicę brzucha. Przy porodzie obecnymi także byli D-rowie Gliszczyński i Rogowicz.

Połóg odbył się pomyślnie, w pierwszych dwóch dniach położnica uskarżała się na ogólne osłabienie i bolesne chwilowe kurczenia macicy (rznięcie połogowe), to jednak po oczyszczeniu żołądka olejem rycinowym wkrótce ustąpiło. Macica zmniejszyła się stopniowo; odchody połogowe zrazu obfite i krwiste, późniéj białe, w dzień wyjścia z kliniki były już bardzo skąpe, a stan ogólny tak pożądany, że mogliśmy zadosyć uczynić życzeniu położnicy, wypisując ją z kliniki wraz z dzieckiem w d. 8 Lipca, a zatém w 14 dni po porodzie.

www.dlibra.wum.edu.pl

Przed opuszczeniem kliniki zbadano jeszcze raz chorą i znaleziono: dolny odcinek macicy nieźle już sformowany i opuszczony w pochwę dość nisko, od przodu za kościami łonowemi sfałdowanie poprzeczne, od tyłu zaś w bliskości sklepienia pochwy otwór podłużny w kierunku od przodu ku tyłowi, nierównemi ograniczony brzegami i prowadzący bezpośrednio do jamy macicy i tak obszerny że dwa palce mogły przezeń być przeprowadzone. Otwór sam i części przyległe nie miały ustroju przypominającego budowę szyi i kanału macicy. Był to więc otwór zrobiony sztucznie palcem w rozcieńczonym dolnym odcinku macicy, przez który przesunęło się podczas porodu ciało dziecięcia. Jakież więc losy spotkały szyję maciczną i naturalne do macicy wejście, którego odnaleźć nie można? Prawdopodobém jest, że ciężki pierwszy poród $2^1/_2$ doby trwający, ciężka trzygodzinna operacyja kleszczowa zrządziły uszkodzenia i wywołały zapalenie tych części i owrzodzenia części pochwowéj (o których rzeczywiście chora wspomina), których następstwem mogło być jéj zniszczenie; pozostał jednak otwór, przez który przez lat 12 wypływała krew miesiączkowa, a następnie odbyło się zapłodnienie; wszakże i ten otwór, lecz już w biegu ostatniéj ciąży, uległ zamknięciu, a miejsca jego szukać by chyba należało w fałdzistém zgrubieniu znajdującém się za spojeniem łonowém. Być może, iż w skutek dalszéj poporodowéj redukcji, stosunki anatomiczne tych części stały by się wyraźniejsze, być może że zbadanie w obecnym czasie dopełnione mogłoby nam lepiéj te wątpliwości rozjaśnić,—dotąd atoli nie udało się nam spotkać z pacyjentką, która, o ile wiadomo, wyjechała na prowincję.

Korzystając ze sposobności, zamierzam czytelnikom skreślić ogólny obraz i znane po dziś dzień wiadomości o zboczeniu porodowém, z jakiém mieliśmy do czynienia w powyżéj przytoczonym przypadku. W dzisiejszém stanie nauki klinicznie odróżniamy dwa rodzaje (formy) zarośnięcia ujścia macicznego jako zboczenia podczas porodu, mianowicie: *a*) właściwe jego zarośnięcie (*atresia ostii uterini proprie sic dicti*) i *b*) zalepienie jego (*conglutinatio orificii externi uteri*). Obie te formy wytwarzają się w przebiegu ciąży.

Właściwe zarośnięcie ujścia macicznego powstać może podczas ciąży w skutek zapalenia błony śluzowéj wyścielającéj kanał szyi macicznéj, przyczém brzegi ujścia macicznego zupełnie zrastają się z sobą, a nawet w miarę rozszerzania się procesu zapalnego przyrastają do sąsiedniéj ściany pochwy. Proces ów zapalny błony śluzowéj szyi macicznéj może być wywołany naruszeniem jéj całości, przyżeganiami szyi macicznéj, owrzodzeniami a jak niektórzy autorowie utrzymują chorobami zakaźnémi (?) jak ospa, szkarlatyna i t. p. Stosownie do natężenia przebiegłego prosesu zapalnego i do czasu jego trwania, takie zarośnięcie ujścia macicznego może być niezupełne (*atresia incompleta*) albo zupełne (*atr. completa*). Stan ten ujścia macicznego podczas ciąży w wyjątkowych tylko razach bywa rozpoznawanym, podczas zaś porodu rozpoznaje się po następujących znakach; przednie sklepienie pochwy mo-

www.dlibra.wum.edu.pl

ono rozciągnięte i ścieńczone obniża się głęboko do próżni miednicy, ujście maciczne przedstawiające się w postaci twardéj, bliznowatéj nierówności na dolnym odcinku macicy, pomimo bardzo silnych i bolesnych bólów porodowych nigdy samo przez się nie roztwiera się. W razie nierozpoznania tego stanu, lub biernego zachowania się lekarza przy tém zboczeniu, bóle porodowe które z początku były bardzo silne, stopniowo słabną i w końcu sprowadzają zupełne i ogólne wyczerpanie sił *(exhaustio virium)* rodzącéj, albo też w razie nieustających gwałtownych kurczeń macicy, przychodzi do znacznego ugniecenia sąsiednich miękkich części, a w końcu do pęknięcia macicy. I tak: Trezel [1]), Amand i Morlane [2]), d'Outrepont [3]), Wolf [4]), i inni widzieli przy takiém zarośnięciu ujścia macicznego po kilkudniowéj pracy porodowéj, usiłującéj nadaremnie roztworzyć ujście, nastąpione pęknięcie macicy *(ruptura uteri)*. Takie silne zarośnięcie ujścia macicznego należy do nadzwyczaj rzadkich przypadków napotykanych w praktyce położniczéj, a we wszystkich dotąd opisanych przypadkach zaszła potrzeba otwarcia sztuką ujścia zapomocą krwawéj operacji dokonanéj narzędziami ostremi, nożem lub nożyczkami (hysterotomia). Z 19 obserwacyj przytoczonych szczegółowo przez Churchill'a [5]) w rozdziale traktującym o zamknięciu ujścia macicznego, a w których to przypadkach wogóle uskuteczniono hysterotomię, tylko 2 przypadki odnoszą się do takiego bliznowatego zarośnięcia ujścia macicznego. Prócz tych przypadków, o ile mogłem zebrać z dzieł, które posiadam, w literaturze znane są jeszcze następne przypadki tu odnoszące się: Kilian'a [6]) jeden przypadek, Thomasa de Corral [7]), także jeden przypadek, Depaul'a [8]) trzy przypadki i Cohnstein'a [9]) jeden przypadek.

(Dok. nast.)

PRZEGLĄD LITERATURY LEKARSKIÉJ.

WYKŁADY KLINICZNE

O leczeniu chirurgicznem wysięków opłucni.

wykład D-ra **Ludwika Lichtheim'a** w Halli. Spolszczył Dr. **Teodor Heiman.**

(Dokończenie. Zobacz Nr. 4 i 5.)

Zachodzi pytanie, jak długo czekać winniśmy na wchłonienie dobrowolne wysięku i kiedy mamy się zdecydować na operacyję? Zależy to

---

[1]) Historia partus impediti. Altdorf 1761.

[2]) Journal d'accouchements Vol. 1 str. 282.

[3]) Abhandlungen d'Outrepont'a Bd. I str. 276.

[4]) Berl. Centralzeitung 1836 Nr. 38.

[5]) Traitè pratique des maladies des femmes par Churchill traduit de l'anglais etc. Paris. 1866 str. 179—188.

[6]) De perfecta uteri gravidi atresia. Noisten. Dissertatio. Bonn 1831

[7]) Journal de chirurgie 1845 t. III str. 216.

[8]) Traitè complet d'accouchements par. M. Joulin. Paris 1867 str. 850.

[9]) Ein Fall von Atresia orific. uteri. Berl. klin. Wochenschr. 1866 str. 468.

www.dlibra.wum.edu.pl

przedewszystkiem od obfitości wysięku. Wylewy małe ulegają wchłonieniu prawie bez wyjątku, nawet gdy takowe opóźnia się cokolwiek. W tym razie można spokojnie przez czas dłuższy czekać na wchłonienie, gdyż przy małéj ilości płynu płuco bywa niewiele uciśnięte, a nieznaczne przemieszczenie narządów sąsiednich nie wywiera prawie żadnego wpływu na ustrój. Inaczéj rzecz się ma z wysiękami wielkiemi. Wprawdzie jak wyżéj wspomnieliśmy i takie mogą niespodzianie po dłuższem trwaniu uledz wchłonieniu, na to jednak z pewnością liczyć nie możemy. Z drugiéj zaś strony każdy dzień dłuższego trwania choroby czyni wyniki operacyi gorszemi. Im dłużéj był uciśnięty miąższ płucny, im więcéj narządy przemieszczone usadowiły się w swém nowém położeniu, tém mniéj mamy widoków, że po wypuszczeniu płynu płuco napowrót się rozszerzy i tém trudniéj narządy sąsiednie zajmują swe pierwotne pomieszczenie. Dla tych powodów nie należy w podobnych przypadkach czekać długo na wchłonienie. Skoro tylko nie ma widocznych oznak chłonienia w pierwszych dwóch tygodniach po przejściu objawów zapalnych, należy płyn wypuścić. Daleko mniéj zaszkodzimy, gdy operacyję wykonamy zawcześnie, aniżeli odkładając ją zadługo.

Przez operacyję usuwamy wprawdzie wytwory chorobowe, nie zaś chorobę, która gdy pozostanie, da początek nowemu wysiękowi. Z tego wynika, że powinniśmy operować po przejściu sprawy zapalnéj. Lecz znaki, po których wnioskujemy o zniknięciu jéj są niestety po większéj części zwodnicze i w części tylko dają się zużytkować do naszego celu. Póki wysięk powiększa się możemy przyjąć z pewnością, że zapalenie trwa, a wówczas wypuszczony płyn bezwarunkowo na nowo się wytworzy. Przy wysięku wzrastającym przystąpimy do operacyi jedynie wtenczas, gdy zmuszą nas do tego objawy duszności. Lecz gdy wysięk dosięga pewnéj wysokości i wywiera pewne ciśnienie na swoje otoczenie (ściany), wówczas nie powiększa się pomimo zapalenia. Pozostawanie jego na pewnéj wysokości nie jest zatém znakiem pewnym przejścia sprawy zapalnéj i musimy zwrócić uwagę na inne objawy. Ból—tak kłócie w boku, jak i czułość odstępów międzyżebrowych na ucisk—gdzie istnieje, jest dowodem trwającego zapalenia, nie można atoli wnosić o przejściu zapalenia, gdy nie ma tego objawu. Mamy zresztą wiele przypadków zapalenia opłucni, przebiegających zupełnie bez bólu, i te przeważnie, najłatwiéj i najczęściéj kończą się wchłonieniem. Nawet w przypadkach zapalenia opłucni rozpoczynających się silnemi bólami, takowe wkrótce ustają,—nie będąc bynajmniéj zwiastunami polepszenia — i to tém wcześniéj, im obfitszy jest wysięk. To samo cośmy powiedzieli o bólu odnosi się także do gorączki. Przy gorączce ciągłéj można przyjąć że zapalenie trwa jeszcze, bynajmniéj zaś odwrotnie. Przy istniejącéj gorączce nie da się z góry powiedzieć, czy przekłócie będzie bezskuteczne i czy wysięk na nowo powstanie; znane są bowiem wypadki i ja sam zauważyłem wiele podobnych przykładów, gdzie przekłócie wykonane podczas okresu gorączkowego zostało uwieńczone najpomyślniéjszym skutkiem. Płyn nie gromadził się więcéj, ciepłota zaś wracała stopniowo do prawidłowéj. Nie można rozstrzygnąć, czy w podobnych razach zapalenie pozostaje, a znika tylko skłonność do wydzielenia większéj ilości płynu, czy téż i samo zapalenie ustępuje, a gorączka od innych przyczyn zależy.

Leczenie wysięków opłucni na drodze operacyjnéj jest przeciwwskazane w suchotach płucnych i zapaleniu przewlekłém nerek. W tych cierpieniach płyn bardzo prawdopodobnie na nowo powstanie i zmuszeni będziemy powtórzyć operacyję. Nie widzimy potrzeby dowodzić, jak szkodliwie tak znaczne utraty białka działają na chorych i dla tego chwilowa

www.dlibra.wum.edu.pl

ulga po przekłóciu ma znaczenie bardzo podrzędne i powinna być pominiętą. W podobnych razach przystąpimy do operacyi jedynie przy objawach grożących uduszeniem.

Rozważywszy to wszystko cośmy dotąd powiedzieli, wynika, że: gdy u człowieka zresztą zdrowego rozwinie się obfity wysięk w jamie opłucnéj i takowy w pierwszych dwóch tygodniach po ustaniu bólów i gorączki nie powiększy się, ale i nie zmniéjszy, należy takowy oddalić na drodze operacyjnéj.

Sposób wykonania operacyi jest jedyny i powszechnie przyjęty. Wypuszczamy płyn zapomocą przekłócia, tamując dostęp powietrza do jamy opłucni. Ostatnia ostrożność jest niezbędnym warunkiem przy wydalaniu wysięków nieropnych. W przeciwnym razie, skoro tylko wypłynie tyle wysięku, że ciśnienie wewnątrz jamy wyrówna ciśnieniu powietrza, to przy wydéchaniu będzie jeszcze występował płyn, przy wdéchaniu zaś wstąpi powietrze. Po dostaniu się jego do klatki piersiowéj, rozwija się w krótkim czasie ropienie, a raczéj pneumopyothorax. Wstąpienie przypadkowe bardzo małéj ilości pęcherzyków powietrznych nie ma znaczenia i pozostaje bez następstw.

Dla uniknienia dostępu powietrza wymyślono wielką liczbę rozmaitych przyrządów. Nie możemy rozstrzygnąć, który z nich jest najlepszy i czy w ogóle odpowiadają one swemu celowi. Można je podzielić na dwie gruppy. Do pierwszéj należą klapy złączone z trójgrańcem, dozwalające odpływać wysiękowi, a tamujące wstęp powietrza. Przyrząd taki najłatwiéj można przygotować sobie, gdy przywiążemy do rurki trójgrańca kawałek kiszki i takową zwilżymy. Przy wdéchaniu kiszka zostaje wciągniętą w rurkę i przeszkadza tym sposobem wejściu powietrza, podczas gdy przy wydechaniu płyn swobodnie odchodzić może. Dobrze jest przytém zamykać rurkę za pomocą kurka, ponieważ łatwo zdarzyć się może, że po wyjęciu trójgrańca powietrze wéjdzie wprzódy nim kiszkę obciągniemy na otworze rurki. W większéj liczbie przypadków jest to niemożebném, ponieważ zaraz po przekłóciu płyn wydala się ciągłym strumieniem z powodu znacznego ciśnienia wysięku. Są jednakże wysięki opłucni przy których pomimo znacznego rozszerzenia odpowiedniéj połowy klatki piersiowéj i pomimo przemieszczenia narządów, w chwili wyciągania sztyletu wpada powietrze, zamiast wydalania się płynu. Naturalnie, że w podobnych razach ciśnienie wewnątrzklatkowe nie może być większe od ciśnienia atmosferycznego i musimy przyjąć, że żebra i narządy sąsiednie, patologiczne swe położenie przyjęły niejako za normalne i jama opłucni ze swą nadmierną zawartością ułożyła się niejako do równowagi. Drugą gruppę przyrządów stanowią te, przy których wysięk odpływa pod powierzchnią innego płynu. Tu zasługuje na uwagę przyrząd korytkowy Schuh'a. Składa on się z małego korytka przymocowanego do rurki trójgrańcowéj. Ta ostatnia otworem zewnętrznym przylega do dna korytka, podczas gdy otwór wewnętrzny umieszczamy jak najwyżéj. Przez to przy każdém wdéchaniu płyn z korytka zostaje wciągnięty w jamę opłucni. Ponieważ korytko jest bardzo małe, może przy silném wdéchaniu cały płyn wstąpić w klatkę piersiową a za nim i powietrze, ażeby temu zapobiedz, umieszczamy klapę przed otworem rurki trójgrańcowéj. Można się jeszcze prościéj urządzić, jeśli według Piorry'ego, rurkę trójgrańca połączymy z rurką kauczukową, któréj drugi koniec zanurzony jest w naczyniu napełnioném wodą.

W zupełnie podobny sposób tamuje się dostęp powietrza, gdy wykonywamy przekłócie podczas przebywania chorego w letniéj kąpieli; jedna wszakże okoliczność zasługuje tu na bliższe rozpatrzenie. W kąpieli mięsza się stosunkowo mała ilość wysięku z wielką ilością wody; powietrze nie ma do-

www.dlibra.wum.edu.pl

stępu, a natomiast przy każdém wdéchaniu wchodzi do klatki piersiowéj pewna ilość wody, przy wydéchaniu zaś wystąpi pewna ilość wysięku. Wyżéj wzmiankowane postępowanie Piorry'ego różni się od tego ostatniego tém, że przy niém mała ilość wody w stosunku do wychodzącego wysięku zaledwie może być wzięta w rachubę, tak, że płyn wdéchany nie różni się prawie od wydéchanego. Dla tych to właśnie powodów zalecano przekłócie w kąpieli. Mówiąc o momentach opóźniających wchłonienie wspomnieliśmy także i o gęstości wysięku. Jeśli więc takowa stanowi jeden z głównych powodów nie ustępowania wysięku, to przy przeklóciu powinniśmy się starać wypuścić go zupełnie, lub téż zastąpić go płynem łatwo przesiąkającym. Całkowite wypuszczenie wysięku bez dostępu powietrza jest niemożebne, może on się wydalić tylko o tyle, o ile przestrzeń przez niego zajmowana wypełnioną zostanie napowrót przez rozszerzające się płuco i narządy sąsiednie wracające do położenia prawidłowego. O wypróżnieniu całkowitém możnaby zatém myśleć tylko wtenczas, gdyby podczas przekłócia płuco rozszerzyło się tak dalece, iżby przyjęło pierwotne swe wymiary, lub téż w razie niezupełnego wypełnienia niém klatki piersiowéj, gdyby takowa chwilowo się zapadła i wraz z powrotem do stanu prawidłowego narządów sąsiednich przywróciła niejako równowagę. Wszystko to mogłoby atoli nastąpić wówczas tylko, gdybyśmy byli w stanie wywrzéć silne ciśnienie ujemne na wewnętrzną powierzchnię jamy opłucni, a i wtenczas nawet musielibyśmy pozostawić wielką ilość płynu, ażeby ciśnienie nie przeszło pewnych granic. Starano się przeto pozostały wysięk wypędzić zapomocą wody, lub słabego roztworu soli kuchennéj. Pierwszy Hoppe-Seiler wpadł na tę myśl i radzi, ażeby po wypuszczeniu płynu o ile to tylko jest możebném, rurkę trójgrańca zapomocą rurki gummowéj połączyć z naczyniem napełnioném wodą i kazać choremu wdéchać wodę. Taki sam skutek otrzymujemy, gdy robimy przekłócie w kąpieli; przy silnem wdéchaniu i wydéchaniu udaje się płyn pozostały w klatce piersiowéj zaakomicie rozcieńczyć. Pomimo to postępowania tego zalecić nie mogę. Nie jest bowiem dowiedzioném, czy tak zmieniona operacyja daje lepsze wyniki, niż przekłócie zwyczajne, jest zaś bezwzględnie niebezpieczniéjszą od tego ostatniego. Zauważono wiele przypadków, gdzie po tak zmodyfikowaném przekłuciu nastąpiło sposoczenie zawartości klatki piersiowéj i pyopneumothorax. Nawet przypadek w ten sposób operowany przez Seiler'a, lubo ukończył się pomyślnie, atoli nie bez silnego odczynu *(reactio)* gorączkowego. W ogóle postępowanie Hoppe-Seilera jest nieuzasadnioném, gdy się zastanowimy nad przebiegiem zwyczajnych przekłóć. Jeśli po wykonaném przekłóciu płyn nie nagromadzi się powtórnie, to brak chłonienia pozostałéj ilości wysięku należy do największych rzadkości. Można zatém przyjąć, że przeszkodą najważniéjszą dla wchłonienia wysięku nie jest gęstość płynu, ale ilość jego i ciśnienie jakie wywiera na ściany klatki piersiowéj, zatém ażeby przekłócie nie pozostało bez skutku i płyn nie nagromadził się powtórnie, nie powinniśmy na nowo wywoływać zapalenia. Skoro zaś chory wciągać będzie wodę lub roztwór soli kuchennéj, płyny w każdym razie nieobojętne dla opłucni i drażniące ją więcéj niż sam wysięk, podobniejszy do surowicy krwi niż owe płyny, to łatwo może na nowo wystąpić zapalenie. Dla tych samych powodów powinno także być zaniechane forsowne wypuszczenie wysięku zapomocą przyrządów ssących. Sposób ten próbowany przez Guerin'a został przyjęty w nowszych czasach a to w celu wywołania ciśnienia ujemnego i zmuszenia przez to płuca do rozszerzenia się. Powrót płuca do wymiarów prawidłowych nastąpi z pewnością we wszystkich tych wypadkach, gdy ono jest jeszcze rozszerzalne i gdy wielka ilość wysięku nie ulegająca wchłonieniu nie stawa temu na przeszkodzie. Przez to postępowanie można zatém w przypadkach pomyślnych najwyżéj skrócić okres gojenia. Że przytém wydala się cokolwiek więcéj płynu, nie stanowi to jeszcze

www.dlibra.wum.edu.pl

tak wielkiéj korzyści według tego cośmy wyżéj powiedzieli i nie wyrównywa niebezpieczeństwu wywołanemu ciśnieniem ujemném sprowadzającém gwałtowne rozszerzenie płuca i przepełnienie naczyń krwionośnych. Wypuszczamy przeto płynu tyle, ile na to zezwala samowolne rozszerzenie się płuca i przesunięcie się narządów przemieszczonych. Skoro tylko odpływ zatrzymuje się, należy rurkę wyciągnąć.

Im cieńszego kalibru jest trójgraniec, tém mniéjsze będzie podrażnienie wywołane raną i tém powolniéj oswobodzi się jama opłucni od ucisku wewnętrznego. Przy wysiękach bardzo obfitych, wypuszczanie zapomocą trójgrańca próbnego jest bardzo zmudne i dla tego można użyć narzędzia grubszego kalibru. Im takowe jest grubsze, tém częściéj należy zatrzymywać odpływ. Przy zaniedbaniu téj ostrożności ulegają łatwo pęknięciu cienko-ścienne naczynia nowo-wytworzonéj tkanki łącznéj i krwawe zabarwienie płynu powinno operatora dostatecznie przestrzedz.

Co się tyczy miejsca operowania i tutaj również niewiele zależy na wyborze punktu najniżéj położonego. Nie biorąc zbyt wysokiego odstępu międzyżebrowego, rurka zawsze po dokonaniu nakłócia będzie niżéj od poziomu płynu. Do przekłócia obieram zwykle to samo miejsce, jak do przecięcia.

Operacyja jest nadzwyczaj łatwa, szczególne przypadłości są nader rzadkie. Gdy opłucnia żebrowa jest bardzo zgrubiałą, zdarzyć się może, co i mnie się raz przytrafiło, że takowéj nie przebijemy, przez co po wyjęciu sztyletu, płyn nie występuje. Skoro jesteśmy pewni naszego rozpoznania, wsuwamy sztylet napowrót w rurkę i przebijamy tkanki dopóty, dopóki nie napotykamy na znacznie zmniéjszony opór. Jeśli po wyciągnięciu sztyletu ukazuje się niespodzianie ropa, uczynimy najlepiéj, gdy odpływ zatrzymamy i przystąpimy natychmiast do przecięcia. Wysięk krwawy jest zawsze objawem bardzo niepomyślnym, istnieje bowiem w ogóle przy gruzełkach i raku opłucni. Tutaj także najwłaściwiéj będzie powstrzymać odpływ, chyba że groźne objawy duszności wymagają zmniejszenia zawartości klatki piersiowéj. Zemdlenia pokonywają się ułożeniem poziomém i dostarczeniem wina. Skoro płyn w takiéj ilości wypłynął, że płuco zaczyna się znowu rozszerzać, wówczas skutkiem drażnienia pęcherzyków płucnych i drobnych oskrzeli wchodzącém powietrzem powstaje kaszel uparty i bardzo męczący. Można go znakomicie złagodzić przez zastrzyknięcie podskórne morfiny przed operacyją; zupełnie usunąć go nie można. Po wyjęciu rurki opatrunek jest zbyteczny, rana zalepia się kawałkiem angielskiego plasterka; goi się zawsze przez bezpośrednie zabliźnienie (*per primam inten.*). Stan chorego polepsza się bez wyjątku i poprawa jest widoczną nawet wtenczas, gdy objawy trudnego oddéchania były nieznaczne. W pierwszych dniach po operacyi chory powinien pozostawać w łóżku; pożywienie uszczuplamy tylko w razie gorączki.

W wypadkach pomyślnych ciepłota ciała po operacyi nie podnosi się. Jeśli chory był wolny od gorączki przed operacyją, to i po niéj takowa nie występuje, gdy zaś przedtém istniała, to bynajmniéj potém nie podnosi się. Powierzchnia płynu podnosi się zwykle w pierwszych dniach po operacyi, nawet w wypadkach kończących się szybkiém wchłonieniem resztek wysięku. Czasem jest to tylko pozorne i zostaje wywołane powrotem narządów przemieszczonych do położenia prawidłowego; niezawsze jednak ma to miejsce. Podnoszenie się płynu trwa tylko przez kilka dni, wkrótce przy powiększonéj znacznie ilości moczu następuje wchłonienie.

W wypadkach niepomyślnych nie napotykamy także zbyt silnego odczynu gorączkowego po operacyi. Odróżniają się one od pomyślnie przebiegających, że podnoszenie się płynu trwa ciągle, i takowy w krótkim czasie dochodzi do dawnéj wysokości. Nie powinniśmy się wówczas bardzo

www.dlibra.wum.edu.pl

śpieszyć z powtórzeniem przekłócia; w czém jednak napotykamy znaczne trudności, gdyż chorzy doznawszy chwilowéj ulgi po pierwszém przekłóciu, domagają się koniecznie powtórzenia operacyi.

Wypadki, w których po przekłóciu nastąpiło ostre przejście wysięku w ropę, należące zresztą do rzadkości, odznaczają się silnemi objawami gorączkowemi zaraz po operacyi. Zresztą ropienie zdradza się objawami opisanemi przy wysięku ropnym (*empyema*) i wymaga naturalnie takiego samego leczenia.

KAZUISTYKA LEKARSKA.

Rozpoznanie zagadkowego przypadku posocznicy (septicaemia).

W N-rze 5-tym „Medycyny" autor artykułu pod nazwą: „**Septicaemia consecutiva post fulminantem neoplasmatis ramolitionem, traumate provocatam? Metritis acutissima? septica? gangrena uteri non puerperalis?**, kończy takowy wyrazami: „O rozpoznanie proszę." Czyniąc zadość prośbie jego skreśliliśmy niniejsze zapatrywanie się nasze.

Tak z zakończenia jak i ze znaków zapytania pomieszczonych w tytule, widzimy, że autor poczytuje swoje rozpoznanie za wątpliwe, z czém się też zupełnie zgadzamy. Żałować przytém należy, że rozpoznanie to chociaż wątpliwe, nie jest oparte na żadnym racyjonalnym wywodzie, w całym bowiem artykule spotykamy się jedynie z opisem objawów chorobowych i krótką wzmianką o leczeniu, nigdzie zaś z poglądem samego autora na znaczenie wszystkich objawów chorobowych. W tém też może i szukać należy przyczyny niepewności rozpoznania.

Co do nas wczytując się w opis tego przypadku przychodzimy do wniosków zupełnie przeciwnych niż wnioski autora, pytamy bowiem czyż może być mowa: o septicemii wywołanéj szybkim rozpadem nowotworu, tam gdzie nie znajdujemy żadnego dowodu na istnienie nowotworu? czyż może być mowa o posokowatém zapaleniu macicy i o jéj gangrenie tam gdzie autor powiada, że na 10-y dzień choroby: „usta zewnętrzne macicy w postaci poprzecznéj bruzdy były zamknięte." (Str. 75 w. 14 od dołu)? Ale nie uprzedzając ostatecznego naszego wywodu przejdźmy do szczegółów.

Z początku autor przytacza krótkie szczegóły z poprzedniego życia choréj, mianowicie, że w ogóle była zdrową, rodziła pomyślnie 5 razy i że od 2-ch lat doznawała dosyć obfitego białego odpływu z części płciowych i dolegliwości przed miesiączką, która zawsze regularnie się odbywała, że zasięgała porady lekarzy w Warszawie, którzy przepisali jéj jedynie pigułki żelazne. Oto są dane, na których jak się domyślamy, autor buduje całe swe przypuszczenie istnienia nowotworu, którego rozpad spowodował septicemiję i śmierć. W dalszym ciągu wprawdzie przytaczając rezultaty śledzenia 3-o i 10-o dnia choroby, autor mówi, że objętość macicy cokolwiek powiększona, część pochwowa obrzmiała i bolesna, ale gładka. Wszystko to jednak zdarzać się może i przy innych chorobach macicy i narządów ją otaczających i zupełnie nie przemawia za nowotworem którego istnienie, zdaniem naszém, należy zupełnie odrzucić, a to z następujących powodów. Nowotwór przez ciąg dwóch lat istnienia, mógłby dojść do znacznéj objętości i powiększenie objętości macicy powinno być w takim stopniu, że ta z łatwością dała by się wymacać przez ściany brzuszne jako guz dosyć znacznych rozmiarów. Przypuszczać zaś by należało istnienie nowotworu

www.dlibra.wum.edu.pl

znacznych rozmiarów dla tego: że tylko nowotwory szybko rosnące i nie twardéj konsystencyi mogą podlegać prędkiemu sposoczeniu. Oprócz tego nie mamy w danym przypadku żadnych innych objawów towarzyszących rozwojowi nowotworu, ani bólów, ani zaburzeń w miesiączkowaniu, a nawet znajdujemy wzmiankę, że miesiączka zawsze regularnie przychodziła. Odrzucając więc samo istnienie nowotworu nie potrzebujemy nawet wspominać, że odrzucamy zdanie jakoby sposoczenie jego miało być przyczyną choroby. Zresztą przypuściwszy nawet pierwsze, jeszcze można odrzucić drugie, sposoczenie bowiem guza następuje zwykle albo w skutek silnego ucisku wywieranego nań z zewnątrz w skutek przeszkód mechanicznych niedozwalających mu się powiększać, albo też jeśli rozwój jego tak szybko postępuje, że nowo powstające elementa tkankowe same na siebie ucisk wywierają przez co odżywianie ich upada i następuje rozpad poczynający się od wewnątrz. Często także obserwujemy rozpad nowotworu przy częściowém jego wycinaniu, a szczególniéj nakłówaniu, jak np. przy użyciu akidopeirastiki dla rozpoznania. W danym przypadku żadnego z tych trzech momentów nie obserwowano, a przyczyny choroby jakie autor podaje, dadzą się wytłomaczyć daleko stosowniéj i prawdopodobniéj w inny sposób.

Odrzucając jednak te przypuszczenia autora co do natury cierpienia, zgadzamy się z nim co do siedliska to jest, że punktem wyjścia były wewnętrzne części płciowe, daléj zaś badając przyczyny, sposób rozwoju choroby, znaczenie pojedyńczych objawów i szczególniéj wyniki śledzenia wewnętrznego, łatwo przyjdziemy do wniosku, że autor wpowyższym przypadku miał do czynienia z krwistekiem około-macicznym *(haematocele periuterina)* o dosyć typowym przebiegu, który po kolei postaramy się objaśnić. I tak:

Chora, na kilka dni przed początkiem choroby, tańczyła całą noc, z wielkiém zmęczeniem, mając już od kilku dni obfitą miesiączkę. Nazajutrz odpływ miesiączkowy wstrzymał się, ale niedługo potém pojawił się i ustał zupełnie na drugi dzień, poczém chorarwybrała się w długą i niewygodną podróż, żywiła się niestrawnemi pokarmami i napojami, przyczém spotykamy wzmiankę: Coitus vehementer et nimis saepe. repetitus. Podobneokoliczności jak silne ruchy i zmęczenie w czasie trwającéj miesiączki (taniec, podróż) oraz zbyt często i gwałtownie powtarzane spółkowanie, prawie nieodstępnie towarzyszą powstawaniu krwisteku okolomacicznego. Jako też zaraz na drugi dzień podróży spotykamy u choréj: gwałtowne dreszcze, nudności. zemdlenia, ból głowy etc., co powtarzało się kilka razy w podróży, a po powrocie do domu następnego dnia mamy ciągłe napady dreszczów trzęsienie, nudności poprzedzone wielką trwogą, wymioty, drgawki, a następnie czkawka, oraz bolesność brzucha całego, a szczególniéj dolnéj jego okolicy; z miejscowych zaś objawów zatrzymanie moczu i stolca, śluzowy odpływ z pochwy, obrzmienie (jak się autor wyraża) sklepienia całéj górnéj połowy pochwy i części pochwowéj macicy; obrzmienie to gładkie, ale bolesne, konsystencyja znacznie powiększona szczególniéj po stronie prawéj. Wszystkie te objawy naocznie prawie przekonywają nas o istnieniu krwisteku około macicznego i o rozwijającém się częściowém, a może nawet i ogólném zapaleniu otrzewni, jeśli jeszcze dodamy ciągłą i ciągle zwiększającą się gorączkę, dochodzącą niekiedy (jak można się przekonać z dołączonych spostrzeżeń nad temperaturą bardzo często mierzoną) do 41,5°C. nawet do 41,8°C. Że zaś wyłączyć możemy w danym przypadku zapalenie tkanki łącznéj około macicy *(Perimetritis*, a podług niektórych *Phlegmone periuterinum)*, na to mamy dowody z następujących potém objawów.

Badanie wewnętrzne wykazało 10-o dnia choroby, kiedy chora skar-

www.dlibra.wum.edu.pl

żyła się ciągle na przykre uczucie w pochwie i dolnéj części brzucha, bardzo wielkie obrzmienie, szczególniéj przedniéj i górnéj połowy pochwy i części pochwowéj macicy. Cała górna połowa pochwy była wypełniona dwiema kulistemi fałdami stykającemi się z sobą, bardzo bolesnemi na dotknięcie i niedozwalającemi na ścisłe zbadanie sklepienia pochwy. Ujście maciczne zewnętrzne w postaci brózdy poprzecznéj zamknięte. Powierzchnia części obrzmiałych wszędzie gładka i bolesna, temperatura podniesiona. Odpływ obfity, szaro-różowy z domieszką zupełnie ciemnych zmienionych strzępków skrzepłéj krwi. We dwa dni potém odpływ stał się posokowaty i nadzwyczaj cuchnący, warga większa prawa obrzmiała i była bolesną, na błonie śluzowéj pochwy potworzyły się plamy szare, dające początek owrzodzeniom. Stan ogólny coraz gorszy, temperatura wysoka, ciągłe odbijanie, czkawka, upadek sił i wśród takich objawów nastąpiła śmierć 15-go dnia od początku choroby.

Wszystkie wyżéj przytoczone objawy potwierdzają nasze pierwotne przypuszczenie, że istotą choroby był tu krwistek okołomaciczny, a krew wylana w tkankę łączną okołomaciczną, a może i w jamę otrzewni z początku tworzyła wypuklenie ścian pochwy znacznéj konsystencyi, w miarę jednak jak coraz bardziéj ulegała rozpadowi, konsystencyja się zmniejszała, części sąsiednie w skutek drażnienia produktami rozpadu przechodziły w zapalenie, które od samego początku objawiło się na otrzewni otaczającéj. Przy wyłączeniu zapalenia tkanki łącznéj okołomacicznéj opieramy się na tém, że skoro rozpad doszedł do tego stopnia, że prawdopodobnie nastąpiło przeżarcie ściany pochwy i produkta rozpadu mogły już odpływać przez pochwę, wtedy łatwo w nich było dostrzedz zmienione strzępki rozpadających się skrzepów krwi.

Istnienie septicaemii w danym przypadku nie podlega wątpliwości; na istnienie jednak metritidis acutissimae septicae nie mamy żadnych dowodów, z macicy bowiem jak sam autor powiada nie wydzielały się żadne posokowate odchody, gdyż ujście jéj było zamknięte. Jeżeli macica cierpiała to jedynie per contiguitatem z powodu rozkładu wynaczynionéj krwi na około dolnéj jéj części.

Badania temperatury w danym przypadku bardzo często powtarzano, życzyćby należało, aby zwyczaj ten coraz więcéj wchodził w użycie, szkoda tylko, że w danym przypadku nie przyczyniły się do rozjaśnienia dyagnozy i że nie są objaśnione. Widzimy bowiem, że codziennie miały miejsce znaczne wahania temperatury dochodzące do 2°C., a nawet wyżéj, nie wiemy czy wpływ ten należy przypisać zimnym kąpielom, gdyż autor wspomina, że 13-o dnia choroby zimna kąpiel wcale nie wywarła wpływu, a jednak dnia tego różnice między cyframi temperatury są 0,7°C.—1,3°C.—1,6°C. Około dnia tego także autor wspomina, że nie może być mowy o wprowadzeniu wziernika, na' to się zgadzamy; ale należało go użyć wcześniéj, na początku choroby, a udałoby się zobaczyć granatowe zabarwienie błony śluzowéj pochwy, tak charakterystyczne dla krwisteku okołomacicznego.

Taki jest nasz pogląd na opisany przypadek i niewątpimy, że autor przypomniawszy sobie wiele szczegółów obserwacyi zgodzi się na nasze rozpoznanie.

---

www.dlibra.wum.edu.pl

SPRAWOZDANIA Z POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Towarzystwa francuzkie.

Sprawozdawca Dr. **Gustaw Lewandowski**, praktykujący w m. Radomiu.

Akademia nauk ścisłych. Prof. BOUCHUT przedstawił Akademii nauk nowe poszukiwania odnoszące się do błonicy (*diphtheritis*) i dławca (krup). Stwierdzają one: 1° Brak czucia w skórze, które autor zauważył jeszcze w r. 1858, a którego pojawienie się pozwala rozróżnić przejście dławca z drugiego okresu w trzeci. Jeśli brak czucia jest zupełny, dowodzi on najwyższego stopnia zaduszania (*asphyxio*). Brak czucia pochodzi, jak to autor wykazał, od niedostatecznego utlenienia w skutek braku tlenu, a przesycenia krwi kwasem węglanym. 2° Leukocytozę ostrą, istnienie któréj w błonicy autor wykazał przed kilkoma laty, a która przez swój stopień daje miarę wielkości złego. 3° Albuminuryję difterytyczną, którą autor wraz z dr. EMPIS jeszcze w r. 1858 nauczył poznawać. 4° W końcu, endocarditis i myocorditis z ich licznemi następowemi zawałami (*infarctus*) płucnemi, które są przedmiotem najnowszych badań autora. Dawniejszemi poszukiwaniami wykazał on przy dławcu i błonicy jądra udarowe (apoplektyczne), zawały i ropnie przerzutowe (metastatyczne) w płucach i pod skórą i podawał je jako dowody anatomiczne wchłonienia (*resorbtio*) podobnego do wchłonienia ropnego. Nowsze poszukiwania inaczéj nakazują całą tę sprawę wyjaśniać. Przy badaniach ciał zmarłych w skutek błonicy autor znajdywał bardzo często endocarditis i myocarditis. Takowe są przyczyną tworzenia się osadów włóknika bezbarwnego, który przylega do brzegów zastawek sercowych zajętych chorobą, albo między wiązkami mięśniowémi serca. Gdy te małe skrzepy włóknika oddzielą się i zostaną uniesione z krwią do tętnic płucnych, jeżeli pochodzą z prawego serca lub do aorty, jeżeli pochodzą z lewego serca, wtedy powstają zatory (*embolia*) w płucach, narządach brzusznych lub skórze. Zatory te tworzą jądra zawałów udarowych (infarktów apoplektycznych) i ropni (*abscessus*); ostatnie tworzą się z zawałów rozmiękłych na drodze dalszych zmian (*regressio*).

Daléj autor przytoczył szczegółowy opis dwóch spostrzeżeń. Pierwsze dotyczyło krupu z zapaleniem błonicowém gardła u dziecka 4-ry lat wieku liczącego. Gdy już twarz była fijoletową, sinica (*cyanosis*) na wargach bardzo wydatną, szmer pęcherzykowy niesłyszalnym, czucie skórne znacznie zmniejszoném i sność (*analgesia*) widoczną, wykonano przecięcie tchawicy (*tracheotomia*). Byłto 5-y dzień choroby. Po operacyi zmniejszyły się objawy zaduszenia, lecz stan ogólny nie uległ zmianie, brak czucia nie ustępował, ciepłota ciała wzrastała, w moczu pokazało się białko. 6-go dnia choroby osłuchiwanie staranne serca nie wskazywało żadnego szmeru nieprawidłowego, tony serca jednak były nieregularne i niejako przymglone. 7-go dnia choroby pokazały się ograniczone wylewy krwi (*ecchymosis*) podskórne na wewnętrznéj powierzchni uda lewego. Badanie zwłok wykazało oprócz właściwych zmian w gardle i krtani, atelectasis zupełną lewego płuca, a w sercu ostre zapalenie jego błony wewnętrznéj (*endocarditis acuta vegetans*), które stwierdzono odpowiedniém badaniem mikroskopowém. Co do wylewów krwi podskórnych, takowe były następstwem zatorów krwistych wytworzonych przez przeniesienie drobniutkich skrze-

www.dlibra.wum.edu.pl

pów włóknikowych, któremi pokrytą była zastawka dwudzielna *(valvula mitralis)*.

Drugi przypadek dotyczy dziecka 6 lat mającego, uległego błonicy *(diphtheritis)*. W przebiegu choroby, która zakończyła się 8-go dnia śmiercią, spostrzegano sność *(analgesia)* skóry prawie zupełną na twarzy i czole, lecz nieczułość *(anaestesia)* mniéj zupełną, w moczu znaleziono znaczną ilość białka, a we krwi ogromnie powiększoną liczbę białych jéj ciałek. Odnogi górne i dolne pokryte były wylewami krwi podskórnemi z wydatnością we środku; wielkość ich dochodziła do $1\frac{1}{2}$ centimetra kwadratowego. Wkrótce potém, dziecię zmarło. Przy badaniu zwłok *(autopsia)* oprócz zmian właściwych błonicy, wykryto w sercu endocarditis vegetans w lekkim stopniu i bardzo wydatne myocarditis z wynaczynieniami *(extravasatum)* krwistemi w miąższu, które autor szczegółowo opisał i badaniami mikroskopowemi stwierdził. Przytém znaleziono zakrzepy w sercu, w żyle wrotnéj *(v. portae)* w żyłach osłon mózgowych i w zatoce osłony twardéj *(dura mater)*.

Zatém endocarditis i myocarditis ze skrzepami włóknikowemi, którym one dają początek zasługują na bliższe poznanie ze względu na stosunek ich do zatorów płucnych i skórnych. Pod tym względem nie były one dawniéj badane. Werner w Austryi, Winkler w Niemczech, Richardson w Anglii, Meigs w Ameryce, Robinson we Francyi wspominali o zakrzepach sercowych, które w błonicy zamykają otwory serca i powodują śmierć podług Richardson'a przez przecięcie krwi obiegu, lecz żaden z badaczów nie wspomniał dotąd o zapaleniu wsierdzia błonicowém *(endocarditis diphtheritica)* i o skrzepach włóknikowych dających początek zatorom tętniczym i zatorom albo ropniom płucnym i skórnym.

Dopiero autor badając znaczną liczbę ciał dzieci zmarłych w skutek błonicy i dławca, znalazł w wielu razach w sercu wszystkie cechy myocarditidis i endocarditidis z osadami włóknika odbarwionego, mniéj więcéj przylegającego i łatwego do oderwania. Brzegi zastawek dwudzielnéj i trójdzielnéj są czerwone, zgrubiałe, nastrzępione, pokryte nierównościami tworzącemi ziarninę *(granulatio)*. Niekiedy nierówności przedstawiają istotne wyrośle (wegetacyje) na zastawkach, dające się wyczuć palcami. Podobne zmiany mają miejsce na brzegach lub na podstawie zastawek półksiężycowych. Endocarditis parietalis przedstawia często małe zatory czerwonawe, nieregularne, które przenikają w miąższ serca na 3—4 milimetrów; włókno mięśniowe jest żółtawe, miękkie łatwe do rozdarcia, traci prążki, które posiada w stanie prawidłowym. Na słupach mięsnych serca i na ścięgnach zastawkowych znajdują się niteczki włóknika bezbarwnego, podobne do włóknika wydzielonego z krwi przez ubijanie. Niteczki te krwi — obieg może unieść w rozgałęzienia aorty i tętnicy płucnéj. Dołączywszy do tego wielkie skrzepy wpół przeźroczyste komórek i uszek serca spostrzegane przez Richardson'a, Meigs'a i innych, przedstawi się obraz zmian w sercu dostępnych dla gołego oka w błonicy.

Zgłębiając przedmiot więcéj przez badanie mikroskopem, znajdujemy, jak to Labadie-Lagrave wskazał, zboczenia następujące: w zastawkach poprzednio stwardniałych w wyskoku, na brzegu zgrubiałym i zmienionym chorobowo, znajdujemy znaczną liczbę komórek zarodkowych z wydatnemi jądrami po dodaniu kwasu octowego. Bujanie to komórek ma miejsce na listku wewnętrznym wsierdzia *(endocardium)* i w części środkowéj zastawek, wskazuje zmiany, które z utratą prążków włókien mięsnych serca jest oznaką endocarditis i myocarditis.

Wskazywać ważność tych zmian chorobowych znalezionych w sercu byłoby zbytecznem. Jeżeli w skutek endocarditis mają miejsce zakrzepy

www.dlibra.wum.edu.pl

włóknikowe lekko przylegające, wtedy zatory w innych narządach są możliwe i w istocie powstają. Autor przyznaje, że zdanie jego wygłaszane od od 10 lat co do jąder apoplektycznych w płucach i w tkance podskórnéj, co do drobnych ropni płucnych i skórnych, dzisiaj dopiero zostaje sprostowaném. Poczytywał on zatory i ropnie jako następstwo wchłonienia ropnego podobnego do tego, jakie ma miejsce u operowanych i chorych na nosaciznę, lecz podług obecnych badań należy je uważać jako skutek zatorów włosowatych zrodzonych przez zapalenie wsierdzia sprawdzonego przy wielu bardzo badaniach pośmiertnych. Przy dokładniéjszych nawet badaniach znaleziono w płucach i tkance łącznéj podskórnéj pośrodku niektórych zatorów niezupełnie jeszcze rozmiękłych, naczynie zatkane skrzepem powstałym w skutek zawału w naczyniu włosowatém.

Zatory płucne są apoplektyczne albo regresyjne. Pierwsze tworzą jądra zaokrąglone albo koniczne z podstawą na zewnątrz, a wierzchołkiem ku osadzie płuca. Są brunatne, kruche, zgęsłe, nieprzenikalne dla powietrza, opadają na dno naczynia z wodą i są utworzone przez nasięk (*infiltratio*) krwi w pęcherzyki płucne. Odnaleźć można w nich niekiedy naczynie środkowe, zatkane skrzepem, który można śledzić czasami aż na odległość jednego centimetra zewnątrz zatoru. Jądra regressyjne przeciwnie są szare, zbite, nasiąkłe materyją ropiastą, jak przy zapaleniu płuc zrazikowém (*pneumonia lobularis*), w okresie zwątrobienia szarego. Ta tylko jest różnica od zwątrobienia szarego, że w zrazikach w ten sposób zmienionych zaburzenie spowodowane zatorem, otoczone jest pręgą szaro-brunatną, czego przy zwątrobieniu nie ma. W niektórych zaś przypadkach, jeśli chory żył dosyć długo, środek zatoru przedstawia zupełne rozmiękczenie, tworzy ognisko ropne, szarawe, otoczone pręgą czarniawą i ograniczone tkanką płuc rozmiękłą i zmienioną w materyję tłustą i ropę. Są to prawdziwe ropnie przerzutowe (metastatyczne).

Podobne zatory, a niekiedy ropnie spotykane bywają w tkance łącznéj podskórnéj kończyn — na innych częściach ciała nigdy ich autor nie dostrzegał. Znajdywano je także, lecz rzadziéj, w nerkach, które zwykle są siedliskiem zapalenia. Dwa razy spotkał je autor w mózgu, gdzie spowodowały raz rozmiękczenie mózgu, bezwład (paraliż) i śmierć; w drugim razie śmierci towarzyszyły objawy tężcowe (tetaniczne) i drgawkowe (konwulsyjne). Autor nigdy ich nie dostrzegał ani w wątrobie, ani w śledzionie.

W końcu, autor streszczając całą swoją pracę uważa za dowiedzione do pewnego stopnia, że w błonicy, dławcu i innych chorobach gnilnych (septycznych) szybko tworzy się endocarditis i myocarditis. Takowe zapalenia, których naturę proliferacyjną histologia wykryła, wywołują osady włóknikowe na częściach chorych i wielkie zakrzepy w komórkach sercowych. Cząstki tych osadów przylegających do zastawek mogą się oddzielić i być uniesione przez krew do aorty lub tętnicy płucnéj i utworzyć zawały (*embolia*), które dają początek zatorom (*infarcta*) płucnym i podskórnym z ropniami następowemi lub bez takowych — i zatorom mózgowym mogącym wywołać rozmiękczenie tego narządu.

KRONIKA MIÉJSCOWA.

Obrona rozprawy na stopień doktora medycyny. W dniu 2 b. m. o godzinie 1-éj po południu w sali uniwersytetu warszawskiego p. Mokrycki, lekarz wojskowy bronił swéj rozprawy p. n. „O niepośredstwiennom wlijani dawlenija krowi na sko-

www.dlibra.wum.edu.pl

rost udarow serdca" (o bezpośrednim wpływie ciśnienia krwi na prędkości ruchów serca). Oponentami przez wydział lekarski wyznaczonemi byli prof. Fudakowski, Nawrocki i Hoyer. Nadto jako oponent wystąpił prof. Andrejew. W właściwym dziale pomieszczoném będzie sprawozdanie z téj rozprawy. Dziś zaznaczamy jedynie sam fakt uwieńczony pomyślnym skutkiem dla autora, któremu stopień doktora medycyny został przyznanym

Dr. Wolfryng, starszy ordynator szpitala ujazdowskiego został mianowanym privat docentem oftalmologii w uniwersytecie tutejszym, z wynagrodzeniem 1,200 rs. rocznie, z wakującéj płacy docenta katedry oftalmologii.

Dzień wręczenia albumu pamiątkowego b. prof. Chałubińskiemu, został oznaczonym na dzień 20 b. m. i r. O ile nam wiadomo ma to nastąpić na składkowym koleżyńskim obiadku, w którym nietylko b. uczniowie prof. Ch. zamieszkali w Warszawie, ale i inni koledzy mają wziąć udział. Słyszeliśmy, że wielu wychowańców naszéj szkoły, zamieszkałych na prowincyi, ma zamiar osobiście uczestniczyć w téj uroczystości; dla nich to głównie wiadomość powyższą podajemy. *J. R.*

Nekrologia.

W dniu 18 z. m. zmarł w Pilicy ś. p. Dr. **Rompalski Jan**, autor kilku, o ile nam wiadomo, artykułów z dziedziny praktyki lekarskiéj drukowanych w „Klinice".

Korrespondencyja Wydawcy.

W-mu D-rowi. Haciskiemu w Niżnim Nowgorodzie, żądane książki w tych dniach wysłaliśmy. Należność wynosi; za atlas rs. 8, za podręcznik Ultzmann'a kop. 96 porto kop. 64,—razem rs. 9 kop. 60. (kopiejki przyjmiemy markami.)

Ogłoszenia.

Smołowniczki (goudroniery) t. j. przyrządy do ulatniania smoły przez nadanie tejże o ile można wielkiéj powierzchni, podług modeli francuzkich wyrabia fabryka wyrobów metalowych K. Minter w Warszawie.

Smołowniczki zastosowano z bardzo dobrym skutkiem w szpitalach, w mieszkaniach prywatnych, jako też i w szkołach, warsztatach, itp. zakładach, w celu odwietrzenia (desinfekcyi) i odświeżania powietrza.

Ogłoszenia prywatne treści lekarskiéj zamieszcza Medycyna za opłatą:

Od prenumeratorów: po kop. 10 za wiersz pierwszego ogłoszenia, za następne po kop. 7½ za wiersz.

Od nieprenumerujących: po kop. 20 za wiersz pierwszego ogłoszenia, za następne po kop. 15 za wiersz.

Redaktor odpowiedzialny, Dr. **K. Benni.** Wydawca, Dr. **J. Rogowicz.**

Дозволено Цензурою.—w Druk. J. Jaworskiego, Ul. Krak-Przedm. N. 415.—Cena pojedyńczego N-ru k. 15 (złp. 1.

www.dlibra.wum.edu.pl