

GAZETA LEKARSKA.

Dnia 4-go Listopada r. b.

zmarł w Zakopanem

D-R TYTUS CHALUBIŃSKI,

były profesor byłej Szkoły Głównej.

I. INTUBACYJA KRTANI

(METODA O'DWYER'A).

Napisał

Jan Sędziak,

b. asystent szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.

Podczas mego pobytu w Londynie postanowiłem zająć się kwestyją intubacyi krtani. Do wyboru powyższego tematu skłaniały mnie następujące powody: 1) brak zupełny w literaturze naszej pracy, powyższej kwestyi dotyczącej, co jest tem dziwniejsze, że pierwsze pomyślne wyniki tej metody jeszcze przed 4-ma laty [w r. 1885] były przez O'DWYER'a z New-Yorku ogłoszone i że w ciągu tych lat czterech metoda ta zdołała wywalczyć sobie prawo obywatelstwa w Ameryce, wytwarzając tam obszerną literaturę; 2) niczem, zdaje się, nieuzasadniony sceptycyzm, jaki względem metody O'DWYER'a zauważyć się daje nietylko u nas, lecz i w całej Europie, czego dowodem są bardzo nieliczne prace, o intubacyi krtani traktujące. Dziwnem mi się wydało to potępienie *a priori* nowej metody, nie oparte na pozytywnych danych, mianowicie na odpowiednich doświadczeniach. I dla tego to postanowiłem kwestyją tą bliżej się zająć, nie będąc ani zbyt uprzedzonym względem metody O'DWYER'a, ani też nie pokładając w niej zbyt wiele nadziei.

Chciałem się poprostu przekonać, w czym leży źródło zarówno entuzjazmu amerykańskich, jakoteż indyferentyzmu europejskich lekarzy, przypuszczając z góry, że oba poglądy są krańcowe i że prawda, jak wszędzie, tak i tu leży prawdopodobnie pośrodku. Dla gruntownego zbadania powyższej kwestyi rozpatrzyłem przedewszystkiem szczegółowo całą, nawiasowo mówiąc, olbrzymią literaturę [około 200 prac], tematu powyższego dotyczącą. Następnie postanowiłem przeprowadzić cały szereg doświadczeń na odpowiednich trupach, w końcu dopiero, posiadając dostateczną technikę, oraz gruntowną znajomość przedmiotu, przystąpić do właściwych doświadczeń na dzieciach, dotkniętych dławcem (*croup*).

Na nieszczęście nie znalazłem w Londynie, ku memu zdziwieniu, odpowiedniego materiału, t. j. dzieci, chorych na dławiec i błonicę: w specjalnych bowiem szpitalach, poświęconych chorobom gardła, do których przedewszystkiem uczęszczam, chorych powyższych zupełnie nie przyjmują; w szpitalach zaś dziecięcych, do których dzięki SIR MORELL MACKENZIE'mu miałem wstęp wolny, ilość chorych na krup i dyfteryt jest minimalną ¹⁾. Musiałem więc z konieczności na teraz zaniechać ostatniej, najważniejszej części mych doświad-

¹⁾ I tak w „*North Eastern Hospital for children*“ Hackney Road — w r. 1888 na ogólną liczbę chorych 720 — na błonicę było 33 — z zajęciem zaś krtani tylko 5. W drugim szpitalu: „*The Evelina Hospital for sick children*“ Southwark Bridge Road — na 524 — z błonicą 14 — a z *laryngitis acuta* [?] 4.

czeń ¹⁾, odkładając je na później. Tymczasem ograniczam się na przedmiotowym wyczerpującym podaniu obecnego stanu kwestyi intubacyi krtani, oraz wyników mych doświadczeń na odpowiednich trupach. Ten ostatni materyjał został mi łaskawie oddany do rozporządzenia przez miejscowego chirurga (*house surgeon*), D-ra BROCKE'a z *N. E. Hosp. f. Children*, który wspólnie z jednym z kolegów swych uprzejmie asystował mi w powyższych doświadczeniach.

Pod nazwą „intubacja krtani“ (*intubatio, catheterismus, Bougirung, tubage*) rozumiemy wprowadzanie specjalnych rur przez usta do krtani. Zanim przystąpię do opisu instrumentów, ich użycia w dławcu, oraz w innych chorobach, do opisu stron dodatnich i ujemnych metody O'DWYER'a i t. d., pozwolę sobie powiedzieć słów parę o próbach, poprzedzających właściwą metodę O'DWYER'a.

Pierwszym, który, przypadkowo wprowadził, przekonał się, że intubacja — właściwie kateteryzacja krtani — jest możliwą do wykonania, był DESAULT (35) ²⁾. Autor ten w r. 1801 przypadkowo zamiast do przełyku wprowadził kateter do krtani, gdzie takowy pozostawał przez godzin kilka bez wywołania jakichś groźniejszych objawów. Dopiero, gdy po obfitem nakarmieniu chorego, oskrzela wypełniły się masami, przeznaczonemi do żołądka, nastąpiło zejście śmiertelne. BICHAT skorzystał z tego przypadku i przy ostrym obrzęku głośni zastosował z powodzeniem kateteryzację krtani.

TROUSSEAU (173) wspomina, że DIEFFENBACH w r. 1839 używał kateteryzacji, toż samo i LOISEAU. W r. 1854 HORACE GREEN doniósł, że przy pomocy rury zakrzywionej był w stanie wejść do oskrzeli i wstrzykiwać do jam gruczolanych mocny roztwór azotanu srebra. HACK w przypadku obrzęku głośni użył rozszerzadeł SCHROETTER'owskich; chory jego, w drodze do szpitala z rurą wyjętą, porwany nowym napadem duszności, sam wprowadził sobie do krtani rurę, czem ocalił się od zaduszenia. MC. EWEN w r. 1880 przekonał się, że rura, lub kateter, wprowadzony do krtani, może zastąpić tracheotomię. MONTI z Wiednia przez dłuższy czas używał rur twardych, których jeden koniec pozostawał w krtani [po 24 godzin i więcej], drugi zaś wystawał z ust. STOCKTON z Chicago używał przez pewien czas rur srebrnych, wkrótce ich jednak zaniechał.

WEINLECHNER stosował również kateteryzację krtani. W ostatnich czasach przez REICHERT'a i innych robione były próby kateteryzacji tchawicy i oskrzeli. LANDGRAF z Berlina (173) np. wprowadzał kilkanaście razy kateter do lewego oskrzela u 52-letniego mężczyzny. CHIARI (127) wyleczył zwężenie tchawicy [w 7 lat po błonicy] u 12-letniego chłopca przez metodyczne rozszerzanie za pomocą elastycznych kateterów [po kwadransie pozostawianych *in situ*]. Intubację krtani jednak we właściwym znaczeniu w dławcu zastosował po raz pierwszy we Francyi BOUCHUT w r. 1858. Autor ten na posiedzeniu w „*Académie de Médecine de Paris*“ odczytał pracę „O nowej metodzie leczenia krupy przez intubację krtani“. Na 7 przypadków, tą metodą leczonych, w 2 nastąpiło wyleczenie, wprowadził w nich następczo po intubacji tracheoto-

¹⁾ Tem więcej, że w danym razie wielką mi były przeszkodą szalone przestranie, oddzielające 2 powyższe szpitale od miejsca mego zamieszkania.

²⁾ Cytowany u HUBER'a (173), jako DESSANEN [?].

mija musiała być wykonaną. Autor, pomimo niefortunnych ostatecznych wyników, był bardzo zadowolonym z nowej metody, której bezpośredni następstwem była zawsze znaczna ulga w duszności. Wtedy już BOUCHUT uznawał wyższość intubacji nad tracheotomią. Oto, do jakich mniej więcej wniosków autor dochodził: 1) intubacja krtani jest operacją łatwą, wykonalną przy pomocy odpowiedniej rury, poniżej strun umieszczonej, 2) funkcja nagłośni przytem nie ulega zmianie, 3) duszność mniej lub więcej zupełnie ustępuje, 4) błony łatwo przez rurę mogą być wykrztuszone.

Metoda BOUCHUT'a została przez prezydującego wówczas TROUSSEAU potępioną, samo zaś wystąpienie jego przeciwko uświęconej tradycją tracheotomii, operacji *par excellence* francuzkiej, poczytano za czyn niepatryjotyczny (8). Nie wiedząc nic o swym poprzedniku, O'DWYER z New-Yorku od roku 1880 zaczął swe sumienne [przeprowadzone na trupach] doświadczenia nad nową przez siebie wynalezioną metodą leczenia dławca, t. j. nad intubacją krtani. Początkowo używał on zwykłych kateterów, wkrótce jednak wymyślił cały szereg instrumentów, specjalnie do intubacji służących. Godną zaznaczenia, jak to słusznie zauważył STERN (35) na 9-tym zjeździe międzynarodowym w Waszyngtonie, jest skromność O'DWYER'a, który 5 lat zwlekał z ogłoszeniem wyników swych badań, dopóki rzeczywiście nie przekonał się o istotnej pożyteczności nowej metody. Doświadczenia autora, ogłoszone w r. 1885, od razu znalazły odgłos w Ameryce i dały bodziec do całego szeregu prac i doświadczeń, po większej części stwierdzających doniosłość metody O'DWYER'a. Do liczby najgorliwszych zwolenników intubacji krtani należą: WAXHAM z Chicago, DILLON BROWN, NORTHRUP i BLEYER z New-Yorku, HUBER, MONTGOMERY i t. d.. Sam O'DWYER nie przestał pracować nad udoskonaleniem swej metody, wynikiem czego jest cały szereg prac, do ostatnich czasów przez niego ogłaszanych. Jeżeli w Ameryce — ojczyźnie O'DWYER'a — intubacja krtani zyskała sobie stanowczo prawo obywatelstwa, to z drugiej strony natrafiła ona w Europie na szczególną obojętność; gdyż tu ją [z małemi wyjątkami], na podstawie jedynie teoretycznych rozumowań, z góry potępiono. Wogóle można śmiało powiedzieć, że intubacja krtani należy do kwestyj, więcej niż jakakolwiek inna, traktowanych po macoszemu; dość powiedzieć, że w najnowszych podręcznikach do chorób gardła nie ma prawie o niej wzmianki. Oto, co np. pisze w tej kwestyi SCHROETTER w swych „*Vorlesungen ueber die Krankheiten des Kehlkopfes etc.*“ z r. 1887 na str. 90: „*die Einführung von Kathetern oder meinen Hartkautschukröhren kann Erleichterung bringen. Man darf sich aber nicht verhehlen, dass das Verfahren auch geradezu Gefahr bringen kann. Leicht werden nämlich in Abstossung begriffene Membranen nach unten gestossen und verlegen dort die Luftwege, auch kann der Reiz des Eingehens die Dyspnoe momentan hochgradig steigern, so dass ich das Verfahren nur anwende, wenn alles zur Laryngotomie, respective Tracheotomie bereit ist.*“

Ani słowa o właściwej metodzie O'DWYER'a!

Już to wogóle metoda powyższa szczególnie nie znalazła sympatyj wśród niemieckich lekarzy. Do rzędu nielicznych autorów, piszących w kwestyi intubacji krtani, należą: MICHAEL (173) i THOST (51) z Hamburga, THIERSCH

i REHN (166)—wszyscy przeciwni metodzie O'DWYER'a. Prócz powyższych, mniej lub więcej łaskawie wyrażają się o niej GRASER z Erlangen (125), oraz STOERK z Wiednia (11); wreszcie pisał o intubacji krtani SCHOETZ z Berlina (128).

We Francji natomiast metoda O'DWYER'a wzbudziła dość żywe zainteresowanie się, być może dlatego, że z jej to łona wyszły pierwsze próby nad intubacją krtani. Pisali o niej BOUCHUT [kilkakrotnie], ISCH-WALL (87), JACQUES (1), LUC (15), DUBRUCIL (16), D'NEILLY (42), CERNÉ (110), RÉVILLONT (112), GALLET (114), wreszcie HENDRIN i HICQUET (131) — wszyscy mniej więcej korzystnie o metodzie O'DWYER'a się wyrażają. Jeden CHABANAT (26) jest przeciwnikiem intubacji krtani, GOUGUENHEIM (103) natomiast wstrzymuje się z wypowiedzeniem swojego poglądu.

Anglija zajmuje pośrednie miejsce między Niemcami i Francją. Jeden tylko GRIFFITHS (50) jest przeciwnikiem metody O'DWYER'a. Inni, jak OGSTON (3), WOLFENDEN (5), WALDS (44), SYMONDS (37) i GRANT (48) z Londynu, MAXWELL ROSS (122) oraz prof. ANNANDALE (160), obaj z Edynburga, mniej lub więcej są zwolennikami intubacji krtani. Ta stosunkowo niewielka ilość prac, w powyższej kwestyi ogłaszanych, tłumaczy się znanym konserwatyzmem lekarzy angielskich, o czem miałem sposobność przekonać się na miejscu. Co się tyczy innych państw, to w Hiszpanii głównym propagatorem nowej metody jest prof. w Sewilli RAMON DE LA SOTA Y LASTRA, trzykrotnie w tej kwestyi zabierający głos [19, 39 i 43], oraz GOMEZ DE LA MATA z Madrytu (74).

W Szwajcaryi dwie znane mi są prace o intubacji krtani: MURALT'a z Zurichu (130) i THOMAS'a z Genewy (129). Ten ostatni nie jest zwolennikiem metody O'DWYER'a, natomiast JONQUIÈRE z Bernu (129) — jakkolwiek osobistego nie ma doświadczenia, przychylnie względem nowej metody się wyraża. Co się wreszcie naszej tyczy literatury, to jak wspomniałem we wstępie, ani jednej [o ile mi się zdaje] nie ma pracy, traktującej o intubacji krtani.

SREBRNY w swej monografii o błonicy i dławcu, ogłoszonej w roku bieżącym [1889] w Kronice Lekarskiej, której na nieszczęście nie mam pod ręką ¹⁾, o ile mi się zdaje, poświęca metodzie O'DWYER'a krótką zaledwie wzmiankę. Nie sądzi on, by intubacja krtani miała jakąś wartość.

Po tym krótkim rysie historycznym przechodzę do opisu narzędzi, oraz sposobu wykonania intubacji krtani.

Narzędzia, do intubacji krtani używane, są pomysłu O'DWYER'a. Składają się one z następujących części, stanowiących całość ²⁾:

- 1) rozwieracza ust (*gag*),
- 2) pięciu rur krtaniowych z taką ilością obturatorów,
- 3) tak zw. aplikatora, lub introduktora,
- 4) tak zw. ekstraktora, wreszcie
- 5) skali do mierzenia rur.

Co się tyczy 1-go, to jest on, mniej lub więcej, podobny do zwykle używanych przy chloroformowaniu. Zbytecznym on jest u dzieci, nie mających zębów

¹⁾ W Londynie nie ma ani jednego polskiego czasopisma lekarskiego.

²⁾ Kosztuje około 70 rubli.

[DILLON BROWN (61)]; przytem niezbyt jest praktycznym [HUBER (28)]. Modyfikację rozwieracza ust. podał WAXHAM (99).

2. Rury krtaniowe, w ilości pięciu, długości od $1\frac{3}{4}$ do $2\frac{1}{2}$ cali, w średnicy od $\frac{1}{4}$ do $\frac{1}{8}$ cala [w większych], oraz $\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{16}$ cala [w mniejszych] mające.

[C. d. n.]

II. O RANACH PRZEPONY.

Podał

Bronisław Sawicki,

Asystent kliniki chirurgicznej szpitalnej.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 44].

Teraz z kolei przechodzę do własnych wniosków, jakie mi zebrana literatura, mój przypadek i poszukiwania na trupach nastręczają. Do przepony możemy dostać się od strony opłucnej lub też otrzewnej. Pierwszy zachód niezmiernie nam utrudnia ciągły ruch przepony i płuca: choćbyśmy zdołali doprowadzić uwięźnięte trzewo, uniemożliwi on nam zeszyć brzegów rany. To-też za jedyne możebny środek uważam laparotomię. Tu jednakże znajdujemy niemałą przeszkodę z powodu znacznego wypuklania się przepony ku górze. Ażeby móżdż manewrować igłą na przeponie, musimy uprzystępnąć sobie pole operacyjne, ściągnąć przeponę możebnie jaknajwięcej na dół i ku przodowi, lub na bok, oraz zmniejszyć nieco jej napięcie. W tym celu zaleciłbym wykonać usunięcie paru przednich przyczepów przepony, oraz resekcyję żeber. Postępowanie moje byłoby następujące: cięcie dla laparotomii prowadzi się na przestrzeni kilkunastu centymetrów wzdłuż dolnego brzegu łuku żebrowego. W razie potrzeby do tego można dodać jeszcze ukośne na klatce piersiowej. Następnie należy kolejno odłuszczać opłucną i przyczepy przepony na X, IX i VIII żebrze, wycinając na każdym z nich kilka centymetrów chrząstki i kilka centymetrów kości. Usunięcie 3 przyczepów i wycięcie 3 lub 4 żeber wystarcza w zwykłych warunkach do uprzystępnienia nam operacyi na przednim, bocznym i środkowym odcinku przepony. Oddzielenie zbyt wielu przyczepów, powodując zbytne osłabienie mięśnia przeponowego, może być szkodliwem. W razie umiejscowienia otworu w tylnej części przepony, należałoby wykonać wycięcie żeber bardziej od tyłu, chociaż i to niezupełnie dostęp ułatwia.

Postępując w sposób, wyżej podany, 1) zyskujemy większe pole operacyjne i możność przyciągnięcia przepony ku sobie, 2) zmniejszamy napięcie mięśnia samej przepony, które to napięcie może spowodować rozejście się szwu, 3) sprzyjamy zbliżeniu się i zrośnięciu obu listków opłucnej ponad przeponą, wreszcie 9) zmniejszamy pojemność odpowiedniej strony klatki piersiowej, a co za tem idzie, ciśnienie ujemne w opłucnej.

Niemniej przeto projektowany przezemnie sposób może napotkać poważne zarzuty. Najważniejsze z nich są: 1) możność otworzenia opłucnej przy oddzielaniu żeber i 2) osłabienie przepony wskutek odłuszczenia jej przyczepów, co usposabia ją do wytworzenia przepukliny przeponowej prawdziwej.

Nie ulega kwestyi, że odluszczenie okostnej, a głównie ochrzęstnej łatwo może spowodować otworzenie opłucnej. Sądzę jednakże, iż powikłaniu temu nie trzeba przypisywać nazbyt wielką wagę. Wszak i przy każdym innym postępowaniu nie można tego podczas operacji uniknąć, ażeby się powietrze nie dostało do opłucnej przez otwór w przeponie. RIEDINGER (47) w swej pracy przytacza kilka przypadków jednoczesnego otwarcia obu jam, przy usuwaniu złośliwych nowotworów. LEISRINK z powodu mięsaka wycinał trzy żebra z kawałkiem przepony. Przy otwarciu opłucnej wystąpiła zapaść, którą usunięto eterem i drażnieniem *n. phrenici*. Ranę przepony zaszyto, opłucną przemyto kwasem salicylowym i przedrenowano. Śmierć nastąpiła wskutek *bronchitidis capillaris*. MAAS z tego powodu robi uwagę, iż w podobnych przypadkach należy unikać oziębiania płuca i drażnienia płynami antyseptycznemi. HUMBERT w przypadku mięsaka wyciął na znacznej przestrzeni VII, VIII i IX żebro, a nadto wyciął część przepony i otrzewnej. Ranę przepony zamknęto 5 ściegami z kat-gutu. Nastąpiło na razie szybkie wyzdrowienie, choć o dalszym losie chorego nic nie wspomniano.

U nas także wykonywano kilkakrotnie podobną operację. Prof. KOSIŃSKI z powodu złośliwego nowotworu żeber (*chondrosarcoma*) wyciął IX, X i XI prawe żebro, usunął część opłucnej i otrzewnej. Pozbawioną przyczepów przeponę przyszył do części miękkich, zamknął oddzielnie jamę opłucnej i jamę otrzewnej, poczem nałożył szew na części miękkie, założywszy w jednym kącie rany gazą jodoformową. Opłucnej specjalnie nie przemywał. Chory dobrze znosił chloroform. Tylko po otwarciu opłucnej oddech był nieco szybszy i cięższy. W ciągu pierwszych dni po operacji wystąpiło niewielkie zapalenie prawej opłucnej z wysiękiem i umiarkowanym podniesieniem ciepłoty. Po upływie dni 9 rozeszło się ono i ciepłota spadła do normy. Chory umarł w 3 miesiące po operacji wskutek wznowienia się choroby i charłactwa.

Zupełnie podobną operację wykonał D-r KRAJEWSKI, z powodu *mycosarcomatis* klatki piersiowej. Przytem wyciął część VIII, IX i X prawego żebra, usunął na znacznej przestrzeni miękkie części ściany brzusznej z wyjątkiem skóry, wyciął trójkąt w przeponie. Dostęp do ostatniej po wycięciu żeber był bardzo łatwy. Ranę przepony operujący zeszył i samą przeponę przytwierdził do XI żebra i do skóry, poczem na ranę zewnętrzną szwy nałożył. W ciągu pierwszych 5 dni stan zadawałający, bezgorączkowy. 5-go dnia szwy zdjęto; 6-go chory sam wstał i zaczął chodzić, przyczem rana pękła, kiszki wypadły i tak pod opatrunkiem przez noc do rana przeleżały. *Pleuritis i peritonitis suppurativa*. *Mors*. Sekcja wykazała, że szew, łączący brzegi rany przeponowej, trzymał bardzo dobrze.

Na mniejszej przestrzeni otworzył opłucną i otrzewną D-r BUKOWSKI, przy wyluszczeniu także złośliwego nowotworu klatki piersiowej. Nie miało to jednakże wpływu na przebieg operacji i późniejszego leczenia [chora zmarła w parę miesięcy potem].

Powyżej przytoczone przypadki świadczą, że samo otworzenie jednocześnie opłucnej i otrzewnej nie stanowi jeszcze tak ważnego zarzutu, by unikać wycięcia żeber przy zaszewianiu ran przepony.

Ważniejszym przedstawia się nam drugi zarzut, dotyczący osłabienia przepony wskutek odłuszczenia jej przyczepów i wycięcia żeber. OBTUŁOWICZ opisał przypadek, w którym po usunięciu na znacznej przestrzeni żeber wytworzyła się *hernia vera*. 27-letni mężczyzna przed 4 laty został postrzelony kulą karabinową, która weszła około lewej brodawki sutkowej, strzaskała kilka żeber i wyszła pod kątem łopatki. W ciągu kilkomiesięcznej choroby trzykrotnie usuwano kawałki żeber; wreszcie rany zamknęły się, lecz w dolnej części lewej połowy klatki piersiowej wytworzył się obrzęk, objętość którego wynosiła połowę głowy dziecka. Brak w VI, VII, VIII i IX żebrze. Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego przypadek ten rozpatrywano drobniostkowo, przyczem wszyscy przyszli do wniosku, że w danym razie miano do czynienia z wypukleniem się przepony do opłucnej. Wypuklenie takie mogło być tu jednakże spowodowane nietyle odłuszczeniem przyczepów przepony, ile długotrwałą sprawą ropną, połączoną z uciskiem płuca, zrostami przepony z opłucną ścienną i t. d..

Niejakich danych pod tym względem może nam dostarczyć także operacyja ESLANDER'a i SCHEDE'go przy ropnym otoku opłucnej. Wykonywano ją w Warszawie kilkakrotnie [trzy przypadki KRAJEWSKIEGO, jeden WASILIEWA i jeden LESZCZYŃSKIEGO]. Przepona prawie zawsze na odpowiedniej stronie unosiła się bardzo wysoko i niewiele przyjmowała udziału w ruchach oddechowych. Trzeba jednakże mieć tu na względzie stan płuca, który i bez wycięcia żeber sprzyjał takiemu wypukleniu. Przesunięcie takie przepony ku górze specjalnych dolegliwości chorym nie sprawiało.

Teoretycznie sądząc, możnaby przypuścić, że wykonane przy zdrowem płucu wycięcie żeber, a co zatem idzie, zmniejszenie ujemnego ciśnienia w opłucnej powinnyby zmniejszyć usposobienie do przepukliny prawdziwej, wytworzone odłuszczeniem przyczepów przepony. Być może, iż doświadczenia na zwierzętach będą nam mogły choć nieco daną kwestyję wyjaśnić.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, na którym chorego swego w d. 5 Lutego r. b. przedstawiałem, D-r MATLAKOWSKI podał inny sposób, mający na celu ułatwienie przystępu do przepony. Radzi on cięciem ukośnem przeciąć części miękkie na klatce piersiowej, przeciąć następnie sposobem podokostnym kilka żeber i wówczas, uchwywszy mocnym hakiem łuk żebrowy, odciągnąć dolną część klatki piersiowej ku przodowi i ku górze. W ten sposób niejako odłamujemy i odchylamy część przedniej ściany klatki piersiowej, zasłaniającą nam dostęp do przepony. Sposób ten, bardzo prosty i mniej obrażający od podanego przezemnie, starałem się wypróbować na trupach. Z tego wyprowadziłem wniosek, że nadawałby on się zwłaszcza przy ranach, leżących w pobliżu przedniej części łuku żebrowego. Ujemną stronę jego stanowi to, iż nie zmniejsza napięcia brzegów rany, a w czasie zszywania nawet znacznie je powiększa. Wobec tego można się obawiać o wytrzymałość szwu, który łatwo może się rozejść wobec znacznego napięcia brzegów, które powiększa jeszcze ujemne ciśnienie w opłucnej. Zresztą praktyka tylko i poniekąd doświadczenia na zwierzętach mogą nam dostarczyć więcej danych w omawianej kwestyi.

Spis przypadków, nie objętych statystyką Lacher'a.

Numer bież.	Nazwisko autora.	Płeć, zajęcie i wiek.	Wywiady.	O b j a w y.	Leczenie i zejście.	Badanie pośmier- tne.	Uwagi.
1	BAR DEN- HEVER.	Męż- czyzna lat 32.	Przed 7 laty postrzał pod lewą łopatkę. Częste zaburzenia w trawieniu.	Objawy uwięźnięcia wewnętrznego.	Laparotomija, odbył sztuczny, ponieważ miejsca zaciśniętego nie znaleziono. Śmierć.	W lewej połowie przepony otwór, przepuszczający pa- lec. W lewej opłu- nej sieć i <i>flexura</i> <i>coli sin.</i>	
2	THIRIAR.	Męż- czyzna lat 39.	Spadł przed 1½ ro- kiem, łamiąc sobie 4 i 5 lewe żebro. Od- tąd częste bóle w le- wej połowie piersi.		Śmierć z <i>delirium tre- mens.</i>	W lewej połowie przepony 12 ctm. długa szczelina; w le- wej opłucnej: żołą- dek, część kiszki gru- bej i cienkiej.	
3	SCALZI.	Męż- czyzna lat 35.	Uraz.	Złamanie 8 i 9 lewe- go żebra, powikłane 5 ctm. długą raną ze- wnętrzną i wypad- nięciem trzew.	Ranę rozszerzono, trzewa z opłucnej odprowadzono do otrzewnej, nałożono szew. <i>Pleuritis</i> . Po 2 miesiącach wyzdrowie- nie z wytworze- niem przepukliny po- między zrośniętymi niedokładnie odła- mami żeber.		W ośm lat po obrażeniu wy- stająca nad powierzchnią klatki piersio- wej przepu- klina miała długości 8 c., szerokości 4 ctm.. Praco- wać choremu nie przeszkadza- ła.
4	JÖSSEL.	Ka- prał.	Przebitą bagnetem.	Rana w 5 lewym międzyżebżu, dusz- ność, sinica. Od 3 przestrzeni między- żebrowej odgłos bębnisty, szmer od- dechowy zniesiony, dźwięk metaliczny; przesunięcie serca.	W 11 dni po zranie- niu śmierć.	Cała lewa połowa przepony oderwana; od tyłu tylko pozos- tały małe strzępki. Z <i>centrum tend.</i> pozos- stał środek i część prawa, w lewej opłu- nej: sieć, część <i>coli</i> <i>trans. et descend.</i>	Przepuklina była widocz- nie oddawna nabyta. Przy- czyna jej nie- wiadoma.
5	DIETZ.	Ogro- dnik lat 60.	Spadł z drzewa przed 14 laty i stłukł prawie biodro. Na drugi dzień ból w le- wej połowie klatki piersiowej, który po- tem ustąpił. W 3 la- ta potem przewróco- ny przez krowę zła- mał prawe przed- udzie. Przed 6 laty pierwsze wymioty, które odtyd wystę- powały często. Od 4 lat nie pracuje z po- wodu kłócia i bólu w lewej połowie piersi. Zaburzenia w trawieniu.	Objawy raka wątro- by.	Śmierć z wyniszcze- nia.	Obok raka wątroby 7 ctm. długi otwór w lewym listku ośrod- ka ścięgniętego. W lewej opłucnej: sieć, żołądek, pętlica poprzeczniczy i kiszki cienkiej. Sieć i <i>cardia</i> przyrośnięte do brze- gów otworu.	

Numer bieg.	Nazwisko autora.	Płeć, zajęcie i wiek.	Wywiady.	O b j a w y.	Leczenie i zejście.	Badanie pośmier- tne.	Uwagi.
6	DIETZ.	Murarz lat 41.	Przysypany przez obwalającą się ziemię, przyczem upadł lewym bokiem na belkę.	Złamanie żebra po lewej stronie, duszność, krwiotłucie, ściskanie i kłucie w lewej połowie piersi, odgłos bębniasty, drżenie zniesione, oddech dzbanowy, szmer wstrząsania, kruczenie. Objawy to zmniejszały się, to powiększały.		Wyzdrowienie.	Chory pracował pomimo nieustających objawów przepukliny przeponowej.
7	HJEET i LINDAU.	Męż- czyzna lat 21.	Spadł z wysokości 50 stóp na nogi. Od- tad stałe zaparcia. W 7 miesięcy po spadnięciu, po gwałtownem poruszeniu z wysiłkiem, wystąpiły objawy uwięźnięcia.	Objawy uwięźnięcia.	Po 2 dniach śmierć.	Rozszerzenie <i>foraminis oesoph.</i> w kształcie półksiężycowego otworu; w lewej opłucnej: żołądek częścią <i>duodeni</i> i <i>ilei</i> , sieć. W okolicach otworu podbiegnięcia.	
8	BEALE.	Młody człowiek.	Przejechał przez prawą połowę brzucha.	Ból w prawej części brzucha, <i>respiratio costalis</i> . <i>Peritonitis chronica</i> . Nacieczenie prawego płuca, rozszerzenie prawej połowy klatki piersiowej. Krwawa, potem ropna płwocina, oddech oskrzelowy, czkawka, rozwolnienie.	Śmierć z wyniszczenia w 2 1/2 miesiące po obrażeniu.	Ropień pomiędzy wątrobą i przeponą, zawierający dwa kawalki zmartwiałego płuca. Przepona, zrośnięta z płucem, miała pęknięcie. <i>Peritonitis chron.</i> , przedziurawienie kiszczyka cienkiej i ropień kałowy w małej miednicy.	Autor przypuszcza, że przez pęknięcie wypadła część prawego płuca, uwięzła, zmartwiała i spowodowała ropień.
9	LLOYD.	Kobieta.	Spadła ze schodów i tu ją znaleziono martwą.		Śmierć.	Pęknięcie w lewej połowie przepony. W lewej opłucnej: żołądek, śledziona.	
10	BRANCA- CCIO.	Męż- czyzna lat 51.	Przed 17 laty otrzymał 13 pchnięć nożem. Przed 3 laty znowu 3 pchnięcia do jamy brzusznej i opłucnej, poczem we 3 miesiące spadł z wysokości 2 metrów. Od tego czasu boleści w nadpępczu.	Rozszerzenie lewej połowy klatki piersiowej, zmniejszenie jej ruchomości, odgłos bębniasty, szmer oddechowy zniesiony.	Śmierć wskutek apopleksyi w szpitalu.	Otwór w <i>centrum tend.</i> o średnicy 5 1/2 ctm.. W lewej opłucnej: żołądek i część <i>duodeni</i> .	
11	WEED.	Męż- czyzna lat 40.	Spadł przed 5 laty.	Objawy niedrożności Wlewania wywołały stolec.	Śmierć po 11 dniach z wyczerpania	W lewej połowie przepony otwór. W lewej opłucnej: żołądek, <i>colo trans.</i> i część <i>desc.</i> . Przedziurawienie <i>coli</i> .	

Numer bieg.	Nazwisko autora.	Płeć, wiek i zajęcie.	Wywiady.	O b j a w y.	Leczenie i zejście.	Badanie pośmier- tne.	Uwagi.
12	HUBER.	Męż- czyzna	Pchnięcie w plecy.	Rana pod dolnym ką- tem łopatki lewej; rozszzerzenie lewej połowy klatki pier- siowej; duszność, od- głos bębniasty, meta- liczny, połykanie tru- dne, zwracanie po- karmów.	Śmierć we 12 go- dzin.	Rana lewego płuca i lewej połowy prze- pony. W opłucnej żołądek.	
13	GLEESON.	Robot- nik.	Spadł z wozu i uległ złamaniu żeber.	Duszność, objawy niędzyżołądka.	Śmierć we 4 dni po obrażeniu.	Rozzerwaniu lewej połowy przepony. W lewej opłucnej: sieć, <i>jejunum, c. trans.</i>	
14	BRINTON.	Męż- czyzna lat 32.	Uderzony spadające- mi częściami ma- szyny.	Złamanie żuchwy, nadechność wokolicy dolnych lewych że- ber bez ich złama- nia, duszność, roz- szerzenie lewej po- łowy klatki pier- sio- wej. Zmniejszenie jej ruchów, odgłos bębniasty, szmer od- dechowy przytlu- miony z odcięciem dżbanowym, serce przesunięte, brzuch zapadnięty.	Śmierć.	Dwa pęknięcia prze- pony. Jedno nie- wielkie w prawej części przepony pro- wadziło poza prawą nerkę. Drugie, 8 ctm. długie, poczyniło się przy <i>foramen oesoph.</i> i biegnęło do lewych żeber rzekomych. Przez ostatnie do lewej opłucnej wy- padły: żołądek, sieć, <i>c. tran., ileum, śle- dziona.</i>	
15	HOROCH.	Rze- źnik lat 48.	Pchnięty nożem w plecy.	Rana w lewym 8 międzyżebrowym, du- szność, sinica, ból w lewej połowie pier- si, niemożność leże- nia na lewym boku, odgłos bębniasty, szmer oddechowy zniesiony, wymioty.	Śmierć we dwa dni po obrażeniu.	Szczelina w lewej połowie części ściąg., 8 ctm. długa, z ostre- mi brzegami. W le- wej opłucnej część żołądka. Żołądek i płuco zranione.	
16	ALBERT.	Męż- czy- zna.	Przed 16 laty po- strzał w lewą poło- wę piersi. Po zago- jeniu zauważył małe obrzemie na 4 pal- ce poniżej <i>mamil- lae sin.</i> , które po- większało się pomału bez szczególniej- szych dolegliwości		Herniotomia z po- wodu uwięźniętej przepukliny pachwi- nowej, odbył sztu- czny, w kilka tygo- dni potem szew kisz- kowy; po upływie 5 dni śmierć.	W lewej połowie przepony, tuż przy ścianie klatki pier- sio- wej, otwór 9 ctm. długi i 5 ctm. sze- roki. W lewej opłuc- nej: sieć, dno żołąd- ka, pętlące <i>jejuni</i> , <i>flexura coli sin.</i> ; jeli- to odprowadzalne, reszta przyrosła. Wypadnięte кишки zrosnięte były ze so- bą i otoczone deli- katną błoną, która tworzyła worek, zro- śnięty od przodu ze ścianą klatki pier- sio- wej, od tyłu z płu- cem.	

Numer bieg.	Nazwisko autora.	Płeć, wiek i zajęcie.	Wywiady.	O b j a w y.	Leczenie i zejście.	Badanie pośmier- tne.	Uwagi.
17	KORT- RIGHT.	Męż- czyzna lat 54.	Spadł z 3 piętra.		W pół godziny śmierć.	W lewej połowie mięśnia przepony szczelina 3 cale dłu- ga, o pół cala odle- gła od <i>centrum tend.</i> W lewej opłucnej: żołądek, <i>col. trans.</i> , sieć; serce przesu- nięte na prawo i u- stawione pionowo.	
18	SICK.	Robot- nik lat 26.	Uraz na długo przed śmiercią.			Przypadkiem na sek- cyi znaleziono otwór w tylnej części le- wej połowy przepony (pomiędzy <i>pars</i> <i>lumb.</i> i <i>cost.</i>). W o- tworze leżała lewa nerka z nadnerczem oraz bryła tkanki tłuszcz. Wszystko to od góry otoczone błoną, wytworzoną prawdopodobnie z o- płucnej. Szczelina 11 ctm. długa w le- wej tylnej części przepony, poczynają- ca się w odległo- ści 2 ctm. od <i>fora-</i> <i>min. oesoph.</i> i prze- biegająca do XI żeb.	
19	KAUF- MANN.	Mu- rarz.	Spadł z 1 piętra, uderzając lewym bo- kiem o belkę.	Leżyc może tylko na prawym boku. Zła- manie 5, 6 i 7 lewe- go żebra. Następne- go dnia pogorszenie. ból w lewej połowie piersi, duszność. Przesunięcie serca na prawo. Odgłos bę- bnisty z metalowym odcieniem, szmer od- dechowy dzbanowy, szmer pluskania.	Śmierć.	W lewej opłucnej: żołądek i sieć.	
20	KIR- SCHEN.	Dziew- czyna lat 20.	Wstrząśnienie wsku- tek obsypania się ziemi.	Rana kroczą.	Śmierć we 3 godzi- ny.	Rozzerwana ścięgni- sta część przepony. W lewej opłucnej: żołądek, <i>colo.</i> , <i>ileum.</i>	

[D. n.]

III. K I L K A U W A G

NAD PRZYMIOTEM UKŁADU NERWOWEGO.

[Rzecz, czytana na posiedzeniach Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego].

Skreślił

Aleksander Fabian.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 44].

Krótko tylko przychodzi mi wspomnieć o cierpieniach nerwów obwodowych przymiotowego pochodzenia. Stwierdzenie, że istotnie w danym przypadku mamy do czynienia z nerwicą, nerwobólem, lub porażeniem przymiotowym, opierać się musi na tych ogólnych danych rozpoznawczych, o których mówiliśmy już przy przymiocie mózgu. Wykrycie śladów, lub udowodnienie, że dany osobnik przebywał, lub przynajmniej mógł przebywać przymiot i tu, oczywiście, należy do logicznych wymagań rozpoznawczych, gdyż samo nerwowe cierpienie, jako takie, niczem się może nie różnić od podobnych cierpień, powstałych z przyczyn odmiennych, chyba samym sposobem pojawiania się i przebiegu, oraz, jak to już zresztą mówiliśmy, pewnem upodobaniem w częstszym nagabywaniu jednych nerwów, niżeli drugich i t. p..

Pod tym względem nadmienić wypada, że np. z pomiędzy nerwobólów [pomijając nerwobóle trzewowe] i przy przymiocie najczęściej spotykamy się z pośród czaszkowych z neuralgią nerwu trójdzielnego, z pośród zaś nerwów tułowia najczęściej z neuralgią kulszową, wogóle najczęstszym z nerwobólów w późniejszych okresach przymiotu, chociaż i nerwobóle w zakresie splotu szyjowego i barkowego zdarzają się przy przymiocie, lecz niewątpliwie o bardzo wiele rzadziej. Jedną z cech klinicznie ważnych dla przymiotowego charakteru nerwobólów stanowi [obok anamnezy i współczesnego istnienia odosobnionych porażen i t. p.] uporczywość nawrotów cierpienia przy najrozmaitszem leczeniu [dopóki nie zastosujemy kuracyi swoistej], oraz napadowe pojawianie się z bardzo wyraźnemi nasileniami nocnemi.

Nie jest to oczywiście znaną patognomoniczne, bo i innego pochodzenia nerwobóle wzmagają się nocą — lecz zdaje się, że jednakowoż przy przymiotowych zdarza się to najczęściej i zawsze budzić powinno podejrzenie w tym kierunku.

Co do nerwów czaszkowych ruchowych, jakoteż zmysłowych, to mówiliśmy już o nich, kładąc nacisk na pojawianie się ich cierpień w pewien właściwy sposób, jako porażenia odosobnione i t. p., oraz na przeważny ich udział przy cierpieniach przymiotowych w ośrodkach nerwowych, do rozpoznawania których wielokrotnie posłużyć mogą. Co zaś do nerwów ruchowych tułowia i kończyn, to mogą one również ulegać cierpieniom przymiotowym, zarówno bezpośrednio, jakoteż wskutek spraw przymiotowych, odbywających się w ich sąsiedztwie. Podobnie jak w ośrodkach, tak i w nerwach obwodowych,

cierpienie przymiotowe bierze początek w częściach łącznotkankowych, a więc w onerwnej i w pochwach nerwowych.

Na zakończenie słów parę o ogólnem rokowaniu w cierpieniach przymiotowych układu nerwowego. Dotykaliśmy go już cokolwiek, przy roztrząsaniu charakteru zmian anatomicznych w mózgowiu, przez przymiot wywoływanych, tu jeszcze kilka szczegółów klinicznych i praktycznych dodać nam wypada. Oczywiście i one również opierają się na większej lub mniejszej trwałości wytworów przymiotowych, na ich większej lub mniejszej doniosłości dla życia całego ustroju lub pewnych jego części.

Ostatniemi czasy, kwestyję rokowania przy przymiocie nerwowym opracował bardzo szczegółowo NAUNYN ⁴⁶⁾, na zasadzie ścisłych porównań statystycznych. Przedewszystkiem wypadł z nich ten fakt osobliwy, poprzednio mało uwzględniany i uznawany, że cierpienia układu nerwowego wcale nie należą przeważnie do późnych objawów przymiotu, lecz przeciwnie, często występują już w ciągu pierwszego roku po zakażeniu. [Niezawodnie, choć o tem NAUNYN nie wspomina wyraźnie, mieści się wśród nich znaczna liczba owych zwiastunnych zjawisk nerwowych ogólnych, o których była mowa powyżej]. Wynika z nich dalej, że: 1-o, wiek chorego w chwili wystąpienia objawów nerwowych wpływa znacznie na rokowanie. Do 40-go roku życia mniej więcej jednakie, po 40-tym pogarsza się nieco.

2-o. Zależnie od tego, czy objawy nerwowe wystąpiły wcześniej lub później po pierwotnem zakażeniu, zdaje się, nie ma wielkiej różnicy, o ile nie wystąpiły później, niżeli w lat dziesięć. Te bardzo spóźnione przypadki zdają się mieć rokowanie mniej pomyślne.

3-o. Co do tego, ile czasu upłynęło między ostatniemi innego rodzaju objawami przymiotu, a wystąpieniem objawów nerwowych, to nie widać różnicy, chyba że czas ten przekracza lat 10, po którym to czasie rokowanie staje się gorszem.

4-o. Co do zależności od tego, czy wcześniej lub później od pierwszych objawów nerwowych rozpoczęto leczenie swoiste okazało się, iż rokowanie jest stanowczo lepszem, gdy bezpośrednio po wystąpieniu cierpienia przystąpiono do kuracyi swoistej, gdy zaś już pierwsze cztery tygodnie upłyną bez leczenia, to potem już wszystko jest jedno, czy krócej lub dłużej z rozpoczęciem leczenia poczekamy — rokowanie nie pogarsza się już nawet przez czekanie cały rok!!

5-o. Najważniejszą jest zależność rokowania od postaci chorobowej, pod jaką cierpienie przymiotowe występuje. Pod tym względem NAUNYN wyróżnia siedm grup chorobowych: a) padaczkę właściwą, b) przypadki podrażnienia mózgu z bólami głowy, zawrotem, wymiotami, objawami podniecenia, lecz bez objawów ogniskowych, c) cierpienia neurytyczne, do których należą nie tylko nerwobóle, lecz także porażenia nerwów czaszkowych podstawowych, a więc oftalmoplegije oraz porażenia nerwu twarzewego, które mogą polegać na

⁴⁶⁾ NAUNYN. „Zur Prognose und Therapie der syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems“ w Mittheilungen aus der medicinischen Klinik in Königsberg. Leipzig. 1888.

cierpieniu pni nerwowych, d) monoplegije i hemiplegije, e) paraplegije i wreszcie f) postaci mieszane z różnych objawów grupy c—e, oraz g) ciężkie postaci rozlane. Z pomiędzy wymienionych grup najlepsze rokowanie dają przypadki trzech pierwszych kategorii, a zwłaszcza epilepsja, cierpienia neurotyczne, oraz podrażnienie mózgowe, najgorsze—postacie mieszane i postać rozlana bez wyraźnych objawów ogniskowych, a więc postacie, objawiające się ogólną niemocą lub niedomogą mięśniową, wraz z porażeniami różnorodnych dziedzin nerwowych, lub też podobne do obrazu *dementiae paralyticae*, czyli tak zwana przez FOURNIER'a *pseudoparalysis generalis*.

Co do leczenia, to stosować się ono musi do wskazań ogólnych. Rtęć, jod, kąpiele siarczane i t. p., ze względu na swoistość cierpienia stosować należy energicznie, wytrwale i przez czas długi, powtarzając leczenie w pewnych odstępach czasu, a nie zaniedbując przytem, oczywiście, i leczenia nanerwnego, przy którym elektryczność w rozmaitej postaci i tutaj na pierwszym miejscu postawić wypada.

L I T E R A T U R A.

Oprócz wymienionych w tekście, porównać należy następujące prace:

- 1) BARDUZZI. La Sifilide ereditaria tardiva, w Collezione italiana di letture sulla Medicina. 1881. — 2) LECHNER KAKL. Zur Pathogenese der Gehirnblutungen derluetischen Frühformen. Wien. 1881. Jahrbücher für Psychiatrie. — 3) SIEMERLING. Zur Lehre von der congenitalen Hirn und Rückenmarkssyphilis. Arch. f. Psychiatrie. Bd. XX. 1888. — 4) JÜRGENS. Ueber Syphilis des Rückenmarks und seiner Häute. Charité-Annalen. Jahrg. 10. — 5) JARISCH. Ueber Syphilis congenita. Vierteljahresschr. f. Dermat. und Syphilis. 1881. — 6) LAUFENAUER K. Adatok az agybujaakór gyógykezeléséhez. [Przyczynek do cierpien umysłowych w przebiegu przymiotu], w peszteńskim piśmie lekarskiem „Orvosí hetilap“. Peszt. 1879. — 7) FÜRTH LUDW. Die Pathologie und Therapie der hereditären Syphilis. Wien. 1879. — 8) MAYAND. Syphilis secondaire et tertiaire du système nerveux. Paris. 1873. — 9) BUZZARD. Clinical aspects of syphilitic nervous affections. London. 1874. — 10) BRAUS O. Die Hirnsyphilis. Berlin. 1873. — 11) DOWSE TH. Str., The brain and its diseases. Vol. I. Syphilis of the brain. London. 1879. — 12) CAIZERGUES Z. Des myélites syphilitiques. Montpellier. 1878. — 13) MAURIAC. Mémoire sur les affections syphilitiques précoces des centres nerveux. Paris. 1879. — 14) CHAUVET CH. Influence de la syphilis sur les maladies du système nerveux. Paris. 1880. — 15) KEYES. E. L., Syphilis of the nervous system. New-York. 1870. — 16) LJUNGRÉN ALRIK. Ueber Syphilis des Gehirns und Nervensystems 1872 [osobne odbicie z Arch. f. Dermatol.]. — 17) VIARD J. S. De l'épilepsie d'origine syphilitique. Paris. 1878. — 18) HANOT. De la syphilis cérébrale. 1877. — 19) BEHREND GUSTAW. Ueber Syphilis haemorrhagica. 1878. Deutsch. Zeitsch. für prakt. Medicin. Nr. 25. — 20) ERLENMEYER A. Dieluetischen Psychosen. Neuwied. 1876. — 21) SCHÜLE. Hirnsyphilis und Dementia paralytica. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 28. 1872. — 22) MANSSUROW N. Die tertiäre Syphilis. Wien. 1877. — 23) ZIEMSSSEN HUGO. Die Syphilis der Nervensystems. Leipzig. 1888. — 24) TOUTON. Neuere Arbeiten über die Contagion der Syphilis. SCHMIDT's Jahrb. 1886. Bd. 210. — 25) ROSENTHAL MOR. Ueber Hirnsyphilis und deren Localisation. Deutsch. Arch. f. klin. Medicin. 1886. Bd. 38. — 26) LUYSS. Les syphilomes de l'encephale. L'Encephale. Tome VI. 1886. — 27) HIRSCHBERG. Ueber specifische Netzhautentzündung. Berlin. klin. Wochenschr. 1888. Nr. 46. — 28) RIEGER. Statistische Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen progressiver Paralyse u. Syphilis. SCHMIDT's Jahrb. 1886. [Rozebrano tu prace: MENDEL'a, SNELL'a, OBERSTEINER'a, LANGE'go, ROHMELL'a, EICHHOLT'a, GOLDSTEIN'a i NASSE'go]. — 29) GERHARDT. Ueber Hirnsyphilis. Berlin. klin. Wochenschr. 1886. — 30) BIANCHI. La patogenesi della tabe, con speciale riguardo alla syfilide. Messina. 1886. — 31) ANDRONICO CARMELO. La relatione de la syfilide e lo tabes 1886. — 32) KAHLER. Die multiple syphilitische Wurzelnuritis. Zeitschr. für Heilkunde. 1886. — 33) LEUDET R. Des. hémiatrophies de

la langue d'origine syphilitique. Annales des maladies de l'oreille. 1886.—34) BUTTERSACK. Zur Lehre von den syphilit. Erkrankungen des Nervensyst. nebst Bemerkungen über Polyurie und Polydipsie. Arch. f. Psychiatrie. Bd. XVII. — 35) GRANDICHIER. [Thèse de Paris. 1886]. De la syphilis cérébrale précoce. — 36) HALLOPEAU. Angine de poitrine d'origine syphilitique. Ann. de Dermat. et Syphils. 1887.—37) JACCOUD. Anévrysmes de l'aorte d'origine syphilitique. Semaine médic. 1887.—38) MILLI. Poliomyelitis and multiple neuritis of syphilit. origin. New-York med. Journ. 1887. — 39) SUCKLING C. W. On the diagnosis of the syphilis of the brain and spinal cord. London. 1887. — 40) DA COSTA. Clinical lectures on a case of cerebral syphilis with glycosuria. Philadelph. med. Journ. 1887. — 41) SANDOZ G. Contribution à l'étude de l'hydrocéphale interne dans la syphilis héréditaire. Revue méd. de la Suisse. 1887. — 42) BUSS O. Ein Fall von acuter disseminirter. Myelitis Bulbi nebst Encephalitis bei einer Syphilitischen. Arch. f. Klin. Med. 1887. Bd. 41. — 43) CHOTZEN. Ueber Streptococcen bei hereditärer Syphilis. Arch. f. Dermat. Bd. XIV. 1837. — 44) FOURNIER. Cas de syphilis héréditaire survenue à l'âge de trente ans. Gazette hebdomad. 1886. — 45) MURRI. La diagnosi delle lesioni sifilitiche dell cervello. Bologna. 1886. — 46) PEPPER and STARR. A system of practical Medicine by American Authors. Vol. I. Pathology and general diseases. New-York. 1885. — 47) JASTROWITZ. Ueber einen Fall von Lues universalis insbesondere des Nervensystems. Berlin. klin. Wochenschr. 1887. — 48) ALTHAUS. Das syphilitische Coma. Berlin. klin. Wochenschr. 1887. Nr. 5. — 49) THIERSCH. Zur Casuistik der Hirnsyphilis. Münchener med. Wochenschr. 1887. Nr. 24—25. — 50) SPILLMANN. Contribution à l'étude des anévrysmes des artères cérébrales d'origine syphilitique. Ann. de Dermat. 1886.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

52. Dieulafoy. Przymiot płuc i opłucnej.

W ostatnich czasach prof. DIEULAFOY w Paryżu miał odczyty o tym przedmiocie, które zostały ogłoszone drukiem w *Gazette hebdomadaire*, a następnie przeszły do *Wiener med. Presse*. Nr. 29 i *Med. Neuig*. Nr. 31.

Anatomicznie przymiot płuc może występować w trójakiej formie: pod postacią gumatów, pod postacią rozsianych ognisk bliznowatych [bujanie tkanki łącznej, *sclerosis*], na koniec w formie mieszanej obu tych postaci jednocześnie. Kliniczny obraz choroby zależy od zmian anatomicznych tkanki płucnej; do zmian tych zwykle przyłączają się analogiczne zmiany w oskrzelach i opłucnej. Dla łatwiejszego oryjentowania się DIEULAFOY załącza następujący podział kliniczny: 1) Typ ostry gruźliczego zapalenia oskrzeli i płuc (*broncho-pneumonia*). 2) Typ zwykłej gruźlicy płuc. 3) Zapalenie opłucnej natury swoistej współcześnie z bliznowatami stwardnieniami w tkance płuc. 4) Kombinacja gruźlicy z przymiotem płuc. 5) Wrodzony przymiot płuc.

Co do 1-go. W niektórych przypadkach przymiot płuc występuje pod kliniczną postacią ostrej gruźlicy i wyróżnia się skutkami leczenia, jeżeli natura choroby została rozpoznana. Tak np. jedna chora przy zapisaniu się do szpitala, przy badaniu okazała silne podniesienie ciepłoty, trwające już od dni ośmiu, stępienie ze strony lewej i z tyłu klatki piersiowej, powiększenie drżenia głosowego, oddech oskrzelowy z wilgotnemi rżenieniami. W następnych dniach stan chorej stopniowo się pogarszał, wystąpiła krwawo zabarwiona płwocina, poty, osłabienie; trwało to przez cztery tygodnie. Prof. DIEULAFOY, biorąc na uwagę znaczne powiększenie gruczołów pachowych i barkowych, wypadanie włosów i owrzodzenia na tylnej ścianie pochwy, podobne do rozpadłego gumatu, zalecił leczenie swoiste. Po sześciu tygodniach chora ze znaczną poprawą opuściła szpital; od tego czasu upłynęło lat siedm, a zdrowie chorej jest w należytm stanie.

Inny chory w wieku lat 30 zachorował od dni pięciu: silne dreszcze, kaszel, gorączka, brak tchu, krwawa płwocina, ból głowy od dwóch tygodni; przy bada-

niu wykryć można było z tyłu i w górnych częściach klatki piersiowej tępość i oddech oskrzelowy. Ponieważ w płwocinie brakło łaseczników gruźliczych, a chory sam przyznawał się, że przechodził przymiot, przeto zalecono leczenie swoiste, po którym nastąpiło szybkie polepszenie.

Inny znowu chory po okresie przekrwienia płuc, duszności, gorączki zaczął szybko chudnąć; choroba występowała pod postacią gruźlicy płuc. Jednocześnie chory cierpiał od dni kilku na obrzmieniu lewego jądra; okoliczność ta skierowała podejrzenie na przymiot; chory przyznał się, a zastosowane leczenie swoiste spowodowało wyzdrowienie.

Inny chory przy objawach stępienia w środkowych częściach prawego płuca, wilgotnych rżeniach i ciężkich objawach ogólnych życie zakończył. Ostrej gruźlicy przy sekcji nie znaleziono, natomiast znaleziono gumat wielkości orzecha, składający się z oddzielnych małych guzików w różnych okresach rozpadu.

Na zasadzie badań drobnowidzowych DIEULAFOY uważa za prawdopodobne, że ostry przymiot płuc występuje pod postacią zapalenia oskrzeli i płuc (*bronchopneumonia*), które w końcu doprowadza do zwyrodnienia serowatego. Objawy fizykalne są takie same, jak przy gruźlicy płuc. Siedliskiem choroby bywają zwykle środkowe części prawego płuca w 3 i 4 międzyżebżu. Duszność występuje bardzo silna i nie znajduje się w prostym stosunku do zmian fizykalnych w płucach. Obecność zmian natury przymiotowej na kościach, lub inne jakiegokolwiek współczesne objawy przymiotu, bez obecności łaseczników gruźliczych, skłaniają do rozpoznania przymiotu.

Co do 2-go. Najczęściej przymiot płuc występuje pod postacią gruźlicy, jak to miało miejsce w następującym przypadku: Przed czterema laty DIEULAFOY został wezwany do chorego na gruźlicę z zapytaniem, czy te kilka tygodni życia, które choremu prawdopodobnie jeszcze pozostają, nie dobrze byłoby przepędzić gdziekolwiek na południu. DIEULAFOY poznał w chorym syfilityka, który nie dawno zasięgał jego porady względem owrzodzeń przymiotowych na barku. Przy badaniu chorego wykryto dużą jamę pod prawą łopatką. Zalecono użycie wcierań szaruchy i jodek potasu. Po trzech tygodniach leczenia, chory, skazany przedtem na śmierć niechybną, wyjechał w dobrym stanie zdrowia na południe.

Tak zwane suchoty syfilityczne o przewlekłym przebiegu powstają według DIEULAFOY z rozpadu gumatów. Początek choroby występuje pod postacią zapalenia oskrzeli, bólu w piersiach i duszności, często do tych objawów dołącza się nieznosne krwioplucie. Zmiany w płucach występują zwykle w środku prawego płuca, na wysokości grzebienia łopatki z tyłu, z przodu zaś w III lub IV międzyżebżu. Do choroby w dalszym ciągu dołącza się płwocina kłębkowata, podniesienie ciepłoty, nocne poty. Jeżeli w tym czasie nie będzie przedsięwzięte leczenie swoiste, chory z wyniszczenia umiera. Podniesienie ciepłoty i ogólne wyniszczenie przypisuje autor wtórnemu zakażeniu z rozpadu płuc; przymiot bowiem bywa powodem powstawania jam rozpadowych, do których następnie przenikają bakteryje, te, mnożąc się tu w wielkiej ilości, sprowadzają ropienie i częściowe obumarcie tkanek.

Co do 3-go. Postać ta charakteryzuje się przerostem tkanki łącznej płuc. Przebieg kliniczny odpowiada przewlekłemu włóknistemu zapaleniu płuc (*bronchopneumonia fibrosa chronica*); zmiany anatomo-patologiczne występują pod postacią twardego szaro-różowego guzika, otoczonego rozszerzonymi oskrzelami (*bronchiectases sacciformes*) i pokrytego ze strony opłucnej znacznym zgrubieniem. Miąż płuc często przebiegają pasma zbitej tkanki łącznej; tak więc forma ta występować może albo jako niepowikłana marskość (*sclerosis*), albo jako marskość z dołączeniem gumatów, ale nakoniec występuje pod postacią, która u dzieci nosi miano: *pneumonia alba*.

Rozpoznanie kliniczne tej formy jest bardzo utrudnione, bo chociaż można rozpoznawać: *bronchopneumonia*, *pneumonia fibrosa* i *bronchiectases*, lecz przyczyna

choroby zwykle pozostaje nieznana, jeżeli jakieś inne współczesne cierpienie syfilitycznej natury nie ułatwi rozpoznania. I tutaj też specyficzne leczenie daje dobre wyniki.

Przymiot opłucnej występuje albo jako pierwotne cierpienie, albo dołącza się do cierpienia płuc, przy znacznym wysięku w jamie opłucnej. Wypuszczenie wysięku mało wpływa na zmniejszenie duszności, natomiast swoiste leczenie daje dobre wyniki.

Co do 4-go. Połączenie przymiotu z gruźlicą występuje w dwojakiej formie. Przymiot płuc dołącza się do gruźlicy, albo gruźlica kombinuje się z przymiotem. W pierwszym wypadku przymiot powiększa bezkrwistość i osłabienie. Wtórna gruźlica dołącza się przy tak zwanych objawach trzeciorzędnych; u zdrowego syfilityka podczas pierwszego i drugiego okresu przymiotu, rozwój trzeciorzędnych objawów w płucach nierzadko daje pochop do rozwoju gruźlicy. To nam wyjaśnia, dlaczego, jak to często bywa, u syfilityka z chorobą płuc długo poszukuje się bez skutku laseczników gruźliczych i dopiero w dalszym ciągu choroby znajduje się je.

Co do 5-go. Przymiot dziedziczny płuc bywa wrodzony, albo też późny. Pierwszy ma tylko znaczenie anatomo-patologiczne i znajduje się albo u płodów martwych z przymiotem dziedzicznym, albo też u ssawców, zmarłych podczas pierwszych miesięcy życia i znajduje się przy sekcji.

Tak zwana *pneumonia alba* występuje pod postacią zgrubień ścianek najdrobniejszych oskrzeli i pęcherzyków powietrznych i tak zwanego nabłonkowego zapalenia płuc (*pneumonia desquamativa*).

Późny dziedziczny przymiot płuc jest o wiele rzadszym. DIEULAFOY przytacza w tym względzie następujący przypadek. W 1884 roku został wezwany do 15 miesięcznego chorego dziecka, ojca którego leczył na przymiot. Dziecko było chore na oczy, wypływ ropny z ucha, zapalenie okostnej na kościach przedramienia. W dwa lata potem znalazł u tegoż dziecka jamę w środku prawego płuca i ogólny obraz gruźlicy. Ponieważ przymiot ojca był mu dobrze znanym, postawił rozpoznanie przymiotu i zalecił kurację swoistą, uwieńczoną pomyślnym skutkiem. Gdyby dziecko to było leczone przez lekarza, któremu przymiot ojca nie był znanym, postawionoby rozpoznanie gruźlicy płuc, co by dziecko przypłaciło życiem.

Syphilis pulmonum hereditaria tarda rozpoznaje się *ex juvantibus*; u dzieci należy się go często spodziewać, ponieważ zdarza się częściej, niż to ogólnie przyjmują. Wielka bowiem ilość dzieci, które są uważane za skrofuliczne, są prosto dziedzicznymi syfilitykami.

Śmierć z powodu przymiotu płuc występuje albo z wyniszczenia, albo wskutek gruźlicy.

Chociaż gruźlica płuc częściej się zdarza, niż przymiot, DIEULAFOY poleca w każdym przypadku zbadać przeszłość chorego względem przymiotu i w razie uzasadnionego podejrzenia natychmiast zalecić swoiste leczenie.

Przy leczeniu zaleca użycie wcierań szaruchy na dawkę 3—5—6 gramów z współczesnym użyciem jodku potasu 5—12 gramów na dobę.

(*Medicinishe Neuigkeiten N. 31*)

Wł. Kopytowski.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Na posiedzeniu klinicznym d. 1. X. r. b. kol. BUJWID mówił o wynikach badań bakteriologicznych mleka warszawskiego. Mleko, według badań kol. B., zawiera przeciętnie w 1 litrze od 50 tysięcy do 2 milionów bakterij [powietrze atmosferyczne Warszawy zawiera ich 30, prze-

strzenie mieszkalne 150, woda filtrowana 25, niefiltrowana 400 w jednym litrze]. Bakteryje te nie należą do chorobotwórczych, ani szkodliwych dla zdrowia, czego dowiodły próby szczepień różnych gatunków mleka do jamy otrzewnej królików, dokonane przez kol. GRODECKIEGO. Raz tylko, gdy w mleku był *staph. pyog. aureus* i *albus* oraz *bacill. pyog. foetid.* zwierzę zdechło wskutek ropnia podskórnego. W mleku kol. B. spotykał zwykle ogromną ilość *oidium lactis*. Jedna z mleczarni warszawskich według wskazówek kol. B. sterylizuje mleko w taki sposób, że mleko w szczelnie zamkniętem, dobrze wymytem naczyniu poddaje ciepłocie 100° C. przez 10 minut; w lecie takie ogrzewanie powtarzano dwukrotnie. Mleko takie po 24 godz. stania zawiera tylko nieznaczne ilości bakteryj.

W dyskusyi kol. REJCHMAN robi uwagę, że najlepiej chyba jest gotować mleko, gdyż to zapobiega rozwojowi bakteryj, a przytem mleko gotowane trawi się lepiej od surowego.

Prezes BRODOWSKI zaznacza, że jednorazowe 10 minutowe ogrzanie nie może wystarczać do sterylizacyi: mogą zginąć formy vegetacyjne, lecz zarodniki pozostaną, a z nich następnie rozwiną się nowe formy vegetacyjne. Gdyby chodziło o zabicie w mleku saprofitów, taka sterylizacyja byłaby wystarczającą, ale nigdy nie jest ona dostateczną dla zniszczenia zarodników, drobnoustrojów chorobotwórczych, o co nam głównie chodzić powinno.

Kol. BUJWID odpowiada, że w pierwszych chwilach po dojeniu są tylko formy vegetacyjne, dla zniszczenia których jednorazowe ogrzanie wystarcza.

Kol. KRYSIŃSKI nie zgadza się na to, aby znaczna większość drobnoustrojów w mleku kwaśnem składała się z *oidium lactis*. To, co podciągają pod tę nazwę, składa się z różnych postaci bakteryj, czy też pleśniowców.

Prezes BRODOWSKI dodaje, że *oidium lactis* należy przeciw do pleśniowców i nie gra żadnej roli przy kwaśnieniu mleka, występując dopiero przy jego gniciu. Kol. BUJWID odpowiada, że w jego badaniach większość grzybków bezwarunkowo należy do rodzaju *oidium lactis*. Następnie vice-prezes PRZEWOSKI okazał preparat i mówił obszernie o torbielach zaotrzewnowych [retroperitonealnych].

W dyskusyi kol. MATLAKOWSKI zaznacza, że termin „*cystis retroperitonealis*“ nie jest ściśły, ściślej byłby „*cystis mesenterialis*“. Co do pochodzenia takich torbieli, to, jakkolwiek pociągającym jest objaśnienie prelegenta, nie jest ono wyczerpującem. Podobne objawy można otrzymać przy wynaczynieniu dróg limfatycznych i przy *peritonitis saccata*.

Kol. SZTEYNER również jest zdania kol. M., wszyscy opisują takie torbiele, jako krezkowe. Prof. KOŚCIŃSKI opisał 2 operowane przez się przypadki: raz była to torbiel *mesocoli*, drugi raz — *cystis chylosa* z krezki kieszki cienkiej.

Vice-prezes PRZEWOSKI odpowiada, że gdyby *mesocolon* można zaliczyć do *mesenterium*, to możnaby się zgodzić na taką nazwę; lecz tutaj rozumieją wszelkie torbiele, powstałe w tkankach poza otrzewną i że, podając taką nazwę, P. miał na celu wzgląd teoretyczny i praktyczny, chcąc wskazać miejsce, z kąd torbiel wzięła początek.

Prezes BRODOWSKI do kazuistyki torbieli dodaje przypadek KOBLENZ'a — *cystis retroperitonealis praevertebralis paradoxa*. Autor ten nie mógł sobie wytłómaczyć, z kąd wzmiankowana torbiel wzięła początek: nie przypuszczał, żeby z ciała WOLFF'a, gdyż umiejscowienie torbieli nie odpowiadało miejscu tworów szczątkowych. W przypadku, opisanym przez kol. P., gdyby początek dały przewody MUELLER'a, byłyby zachowane resztki nabłonka rzęskowego. Prawdopodobnie niezawsze narządy szczątkowe dają początek torbielom.

Kol. MATLAKOWSKI, zwracając się do strony klinicznej opisanego przypadku, robi uwagę, że chociaż guz był duży, ale nie było dużych zrostów — a więc przypadek nadawał się do operacyi. W takich przypadkach należy

przedsięwziąć operację, o ile rozpoznanie jest ścisłem. W danym przypadku kwestyja, czy płyn w brzuchu pochodził z przesięku, czy zawierał się w torbieli, mogła być roztrzygniętą przez opukiwanie brzucha w różnych położeniach.

Kol. SZTEYNER nadmienia, że według zdania autorów wyłuszczenie takich torbieli wogóle jest rzeczą trudną.

Kol. HEWELKE obserwował za życia wyżej opisany przypadek. Przy położeniu na boku trudno było ocenić, czy to był przesięg; po wypuszczeniu 13000 ctm. sześć. płynu z jamy brzusznej, brzuch nie wiele się zmniejszył, a płyn przestał sam wypływać.

Wiadomości terapeutyczne.

25. Leczenie chorób rdzenia za pomocą odpowiednich gorsetów. Na jednym z posiedzeń ostatniego zjazdu naturalistów i lekarzy niemieckich w Heidelbergu przedmiotem ożywionej dyskusyi był — mechaniczny sposób leczenia wjadur rdzenia. Pominawszy część rozpraw, tyczącą się metody MOCZUTKOWSKIEGO-CHARCOT'a [przez zawieszanie], zwrócę tylko uwagę na inny sposób mechanicznego leczenia wjadu, t. j. na metodę, stosowaną już od kilkunastu lat w zakładzie ortopedycznym HESSING'a w Augsburgu.

Przy chorobach rdzenia HESSING nakłada gorset z cienkimi szynami stalowymi w ten sposób, aby nastąpiło do pewnego stopnia wyciągnięcie kolumny kręgowej i aby ta ostatnia została oswobodzoną od ciężaru. Taki gorset nosi chory całemi latami. Wyciąganie kolumny kręgowej za pomocą owego gorsetu nie uskutecznia się gwałtownie od razu, ale stopniowo coraz więcej. Przed nałożeniem gorsetu zawieszają się chorego lekko pod ramiona, a następnie dopiero nakłada się ściśle gorset na klatkę piersiową. Gorset ma podpory w jamach pachowych i na miednicy, przez co kolumna kręgowa zostaje oswobodzoną od ciężaru i stale zostaje wyciągniętą. Jeżeli i część szyjowa rdzenia kręgowego ulega cierpieniu, to i ciężar głowy trzeba przenieść z kolumny kręgowej na miednicę przez dodanie do gorsetu odpowiednich podpór.

JÜRGENSEN, który właśnie mówił na zjeździe o wzmiankowanym sposobie leczniczym (*Wiener Klin. Wochenschr.* N. 40, 1889), sam zna sześciu chorych z wjadem rdzenia, w ten sposób leczonych. U wszystkich tych chorych można było zauważyć pod wpływem tego leczenia znaczną poprawę, a mianowicie: zaburzenia pęcherzowe i odbytnicowe ustępowały; bóle strzelające znikły; chorzy zaczęli spokojnie spać; objaw ROMBERG'owski znikł, a chód stawał się możliwym i bardziej prawidłowym; w jednym nawet przypadku i odruchy ścięgnowe powróciły w słabym stopniu.

Rozumie się, że i metoda HESSING'a nie jest w stanie doszczętnie wyleczyć chorego z wjadu rdzenia, ale, bądź co bądź, może ona sprowadzić wielką poprawę, a więc „względnie leczyć.“

Dodać tu należy, że HESSING przy stosowaniu wzmiankowanej metody wymaga od chorego, aby pozostawał przynajmniej rok w zakładzie pod ciągłą obserwacją.

Zdaje się, że względna skuteczność tego sposobu leczenia zależy od stałego oswobodzenia kolumny kręgowej od ciężaru, przez co warunki krążenia w całym rdzeniu i kanale kręgowym znacznie się poprawiają i odżywianie się wzmacnia, a wskutek tego i sprawa zapalna przyciecha i powoli ustępuje.

ERB, który dawniej był wogóle przeciwnym leczeniu przez zawieszanie, cofnął na tym zjeździe swój dawny pogląd; sam bowiem się przekonał, że w niektórych przypadkach istotnie następuje poprawa po systematycznym zawieszaniu. Co się zaś tyczy wzmiankowanej metody HESSING'a, to dotąd widział dwa przypadki (*sclerosis multilocularis*, *myelitis transversa*), w których rzeczywiście po stosowaniu tego leczenia nastąpiła znaczna poprawa podmiotowa.

NAUNYN wzmiankuje, że u kilku chorych, leczonych metodą HESSING'a z dużą poprawą, w tej chwili następowało pogorszenie, skoro tylko gorset zdejmowano.

Przy tej sposobności dodać mi wypada, że kol. GAJKIEWICZ na swoim oddziale w Szpitalu Starozakonnych, oprócz zawieszania metodą MOCZUTKOWSKIEGO-CHARCOT'a, od pewnego czasu zaczął stosować dłuższą trwającą wyciąganie kolumny kręgowej. Metoda ta polega na tem, że chorego sadowia się na krześle albo na łóżku i w takiej pozycji zawieszają; pomiędzy łóżkiem albo krzesłem i posładkami w pierwszej chwili pozostaje tyle swobodnego miejsca, iż można rękę przesunąć; następnie jednak chory ciężarem swoim na tyle się opuszcza, że prawie siedzi, a przez to kolumna kręgowa zostaje wyciągniętą. Tego rodzaju zawieszenie, a raczej wyciąganie kolumny kręgowej, trwa z początku pół godziny, następnych dni zaś coraz dłużej, do kilku godzin.

Wiktor Grostern.