

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

w Warszawie: { rocznie..... rs. 5
 { półrocznie..... „ 2 kop. 50
 { kwartalnie..... „ 1 „ 25

na prowincyi { rocznie..... rs. 6
i w Cesarstwie { półrocznie..... „ 3
z przesyłką:

Redakcja przy ulicy Marszałkowskiej, Nr. 45.

TREŚĆ: — Spostrzeżenia z kliniki położniczej warszawskiej. Zarośnięcie zupełne ust macicznych; utworzenie sztucznego otworu; poród ukończony siłami natury. Podał A. Thieme, Assystent tejże kliniki. — Przegląd literatury lekarskiej. Wykłady kliniczne. O leczeniu chirurgicznem wysięków opluści, przez L. LICHTHEIM'A. Tłumaczył Dr. T. Heiman (dokonoczenie). — Kaziystyka 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. Wolffryng mianowany prywat-docentem oftalmologii. Dzień wręczenia albumu prof. Chałubińskiego. — 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 jej trwania, rozpoczął się poród długo, albowiem 2½ doby trwający i z takimi połączony trudnościami, że dopiero zapomocą kleszczy ukończonym został. Pomocy tej udzieliło rodzącej dwóch lekarzy, którzy prawie przez trzy godziny nad jej rozwiązaniem pracowali. Jakięby były trudności porodu i jaka przyczyna tak długiego jego trwania, objaśnić nie umie. Przypadek tak ciężkiego porodu względnie dość pomyslnym nazwać można; albowiem dziecko 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 naciczynek (według objaśnienia lekarzy) i ponawiające się krwotoki, stopniowo jednak przyszła do siebie i żadnych później nie doznawała przypadłości, któreby mogły wskazywać na pozostałe jakie szczególnie cierpienie wewnętrznych części rodzajnych. Miesiączka przychodziła odtąd we właściwej porze raz na miesiąc, trwała dni pięć do sześciu i to w niewielkiej ilości, towarzyszył jej 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-

pila 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 jej na czas porodu udać się do Warszawy. W końcu m. Maja r. z. przedstawiła się prof. TYRCHOWSKIEMU, który znalazł u niej ciążę w końcu 8-go lub na początku 9-go miesiąca, brzuch mierniej objętości, ruchy dziecka wyraźne, a przy badaniu wewnętrznym w pochwie dość krótkiej dolny odcinek macicy wypełniony główką dziecka i opuszczony dość nisko. Pomimo najtroskliwszego badania nie znalazł ani części pochwowój, 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 właściwej (dla odbycia porodu) przybyć do kliniki uniwersytetu, a nadto odesłał ją jeszcze do zbadania prof. GŁISCZYŃSKIEMU, który stan powyższy w zupełności potwierdził.

W d. 24 Czerwca 1872 r. rzeczona K. P. przybyła do kliniki położniczej oświadczając, że już od kilku godzin czuje kurezenia 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 poniżej wyrostka mieczykowatego; części drobne płodu w lewej stronie dna macicy, bicie serca płodu wyraźnie z prawej strony brzucha na 2 cale poniżej pępka, obwód brzucha (na cal pod pępkiem) 90 centim. Wehód do pochwy umiarkowanie między uda wsunięty, dość obszerny; pochwą obszerna, wilgotna lecz nie głęboka; posuwając palcem po kości krzyżowej dochodzi się bez znacznej trudności do tylnego sklepienia pochwy, z równą łatwością palec okrąża sklepienie z boków i z przodu; dolny odcinek macicy rozciągnięty i wypełniony dokładnie główką, dość nisko się opuszcza w próżnię miednicy, ściana jego jest tak cienką, że łatwo przez nią można rozróżnić szew strzałkowy, przebiegający w kierunku wymiaru ukośnego drugiego wehodu miednicy. Rozciągnięcie dolnego odcinka macicy najwyraźniwszem jest od tyłu, gdzie zaledwie dochodzi grubości papieru, daleko grubszy 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 jednym miejscu prawie w środku można było wyczuć prążkę podłużnie przebiegającą (długą $1\frac{1}{2}$ centim.) wszakże tego nie można by-

ło przyjąć za miejsce otworu macicznego; pragnęliśmy dopomóc sobie zmysłem wzroku i w tym celu wprowadziliśmy wziernik dwulistny RICORD'A, wszakże oprócz ciemniejszego zabarwienia jakoby od podbiegnięcia krwi na nieznacznej przestrzeni, nie więcej 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 weale wynaleźć nie można było. Silne kureczenie macicy, napierające główkę na coraz bardziej cieńszą dolny odcinek macicy, dozwalały się spodziewać, że główka przewycięży przeszkodę i gwałtownym sposobem utworzy sobie drogę przez tylną część dolnego odcinka macicy. Był to jedyny pomysłny sposób wyjścia z tego nienormalnego położenia rzeczy,—szło jednakże przede wszystkim o to, aby rozdarcie nastąpiło w części środkowej a nadto, aby przy przesuwaniu się przez powstały w ten sposób otwór części dziecka przodującej, rozdarcie macicy nie przybrało większych rozmiarów i nie przekroczyło granic sklepienia pochwowego. W tym też celu, najprzód zachloroformowano rodzącą, aby zmniejszyć natarczywość bólów i powtóre: przez naciśnięcie palcem w miejscu najcieńszem i najbardziej wypukłym zrobiono otwór sztuczny w macicy. Do rozciągniętego odcinka macicy tak ściśle przylegały osłony płodowe, że przez nacisk i te ostatnie równocześnie uszkodzone zostały, przyczem wypłynęło z otworu około $\frac{1}{2}$ kwatereki płynu jakby smołką zabarwionego. Obserwując dalszy przebieg porodu, można było zachować się biernie; albowiem, zapewne w skutek poprzedniego zachloroformowania, kureczenia macicy zwolniały, główka napierając na otwór palcem zrobiony, stopniowo go zwiększała, brzegi otworu zwolna jakby rozłaziły się, stając się stopniowo chociaż nieregularnie grubszy, a to w miarę ustępowania ich ku obwodowi miednicy. W ten sposób po upływie $1\frac{1}{2}$ godziny, główka wypełniła próżnię miednicy, przyczem utworzyło się niezbyt wielkie przedgłowie, przerznięcie się główki i urodzenie całego dziecięcia trwało zaledwie kilka minut. Urodzone dziecię płci męskiej głośnym krzykiem oznajmiło swe na świat przyjsię, 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 znacznej jednak części znajdowało się jeszcze w macicy. Dla lepszego skureczenia macicy podano 10 gran sporyszu (*Secale cornutum*) i zalecono chłodny okład na dolną okolice brzucha. Przy porodzie obecnymi także byli D-rowie GŁISCZYŃSKI i ROGOWICZ.

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

Przed opuszczeniem kliniki zbadano jeszcze raz chorą i znaleziono: dolny odcinek macicy nieże już sformowany i opuszczony w pochwę dość nisko, od przodu za kosciami łonowymi sfaldowanie poprzeczne, od tyłu zaś w bliskości sklepienia pochwy otwór podłużny w kierunku od przodu ku tyłowi, nierównymi 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 rozciągniętym 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? Prawdopodobem jest, że ciężki pierwszy poród $2\frac{1}{2}$ doby trwający, ciężka trzygodzinna operacja kleszczowa zrzuciły uszkodzenia i wywołały zapalenie tych części i owrzodzenia części pochwowój (o których rzeczywiście chora wspomina), których następstwem mogło być jej 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 ostatniej ciąży, uległ zamknięciu, a miejsca jego szukać by chyba należało w fałdowatym zgrubieniu znajdującym się za spojeniem łonowem. Być może, iż w skutek dalszej poporodowej redukcji, stosunki anatomiczne tych części stałyby się wyraźniejsze, być może że zbadanie w obecnym czasie dopełnione mogłoby nam lepiej te wątpliwości rozjaśnić,—dotąd toli nie udało się nam spotkać z pacjentką, która, o ile wiadomo, wyjechała na prowincję.

Korzystając ze sposobności, zamierzam czytelnikom skreślić ogólny obraz i znane po dziś dzień wiadomości o zбочeniu porodowem, z jakim mieliśmy do czynienia w powyżej przytoczonym przypadku. W dzisiejszym stanie nauki klinicznie odróżniamy dwa rodzaje (formy) zarośnięcia ujścia macicznego jako zбочenia podczas porodu, mianowicie: *a*) właściwe jego z a r o ś n i ę c i e (*atresia ostii uterini proprie sic dicti*) i *b*) z a l e p i e n i e j e g o (*conglutinatio orificii externi uteri*). Obie te formy wytwarzają się w przebiegu ciąży.

Właściwe zarośnięcie ujścia macicznego powstać może podczas ciąży w skutek zapalenia błony śluzowój wysielającej kanał szyi macicznej, przyczém brzegi ujścia macicznego zupełnie zrastają się z sobą, a nawet w miarę rozszerzania się procesu zapalnego przyrastają do sąsiedniej ściany pochwy. Proces ów zapalny błony śluzowój szyi macicznej może być wywołany naruszeniem jej całości, przyżeganiem szyi macicznej, owrzodzeniami a jak niektórzy autorowie utrzymują chorobami zakaźnemi (?) jak ospa, szkarlatyna i t. p. Stosownie do natężenia przebiegłego procesu 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-

eno rozciągnięte i scieżczone obniża się głęboko do próżni miednicy, ujście maciczne przedstawiające się w postaci twardej, bliznowatęj 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 zбочeniu, bóle porodowe które z początku były bardzo silne, stopniowo słabną i w końcu sprowadzają zupełne i ogólne wyczerpanie sił (*exhaustio virium*) rodzącej, albo też w razie nieustających gwałtownych kureczeń 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 takiem zarośnięciu ujścia macicznego po kilkudniowej pracy porodowej, usiłującej nadaremnie roztworzyć ujście, następienne pęknięcie macicy (*ruptura uteri*). Takie silne zarośnięcie ujścia macicznego należy do nadzwyczaj rzadkich przypadków napotykaných w praktyce położniczej, a we wszystkich dotąd opisanych przypadkach zaszła potrzeba otwarcia sztuką ujścia zapomocą krwawęj operacji dokonanej 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 uskuteczniiono 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 LEKARSKIEJ.

WYKŁADY KLINICZNE

O leczeniu chirurgiczném 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 wchłonięcie 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) Traité pratique des maladies des femmes par CHURCHILL traduit de l'anglais etc. Paris. 1866 str. 179—188.

6) De perfecta uteri gravidit. atresia. NOISTEN. Dissertatio. Bonn 1831

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

8) Traité complet d'accouchements par. M. JOULIN. Paris 1867 str. 850.

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

przedewszystkiem od obfitości wysięku. Wylewy małe ulegają wchłonięciu prawie bez wyjątku, nawet gdy takowe opóźnia się cokolwiek. W tym razie można spokojnie przez czas dłuższy czekać na wchłonięcie, gdyż przy małej ilości płynu płuco bywa niewiele ucisnione, a nieznaczne przemieszczenie narządów sąsiednich nie wywiera prawie żadnego wpływu na ustrój. Inaczej rzecz się ma z wysiękami wielkimi. Wprawdzie jak wyżej wspomnieliśmy i takie mogą niespodzianie po dłuższem trwaniu ulec wchłonięciu, na to jednak z pewnością liczyć nie możemy. Z drugiej strony każdy dzień dłuższego trwania choroby czyni wyniki operacyi gorszymi. Im dłużej był ucisniony miąższ płucny, im więcej narządy przemieszczone usadowiły się w swém nowém położeniu, tém mniej mamy widoków, że po wypuszczeniu płynu płuco napowrót się rozszerzy i tém trudniej narządy sąsiednie zajmują swe pierwotne pomieszczenie. Dla tych powodów nie należy w podobnych przypadkach czekać długo na wchłonięcie. Skoro tylko nie ma widocznych oznak chłonięcia w pierwszych dwóch tygodniach po przejściu objawów zapalnych, należy płyn wypuścić. Daleko mniej szkodliwy, gdy operacyję wykonamy zawczasie, 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 zapalnej. Lecz znaki, po których wnoskujemy o zniknięciu jej są niestety po większej części zwoownicze 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 osiąga pewnej wysokości i wywiera pewne ciśnienie na swoje otoczenie (ściany), wówczas nie powiększa się pomimo zapalenia. Pozostawianie jego na pewnej wysokości nie jest zatem znakiem pewnym przejścia sprawy zapalnej i musimy zwrócić uwagę na inne objawy. Ból—tak klócie 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 oplucni, przebiegających zupełnie bez bólu, i te przeważnie, najłatwiej i najczęściej kończą się wchłonięciem. Nawet w przypadkach zapalenia oplucni rozpoczynających się silnemi bólami, takowe wkrótce ustają,—nie będąc bynajmniej zwiastunami polepszenia—i to tém wcześniej, im obfitszy jest wysięk. To samo cośmy powiedzieli o bólu odnosi się także do gorączki. Przy gorączce ciąglej można przyjąć że zapalenie trwa jeszcze, bynajmniej zaś odwrotnie. Przy istniejącej 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 uwięzione najpomyślniejszym skutkiem. Płyn nie gromadził się więcej, ciepłota zaś wracała stopniowo do prawidłowej. Nie można rozstrzygnąć, czy w podobnych razach zapalenie pozostaje, a znika tylko skłonność do wydzielienia większej ilości płynu, czy też i samo zapalenie ustępuje, a gorączka od innych przyczyn zależy.

Leczenie wysięków oplucni na drodze operacyjnej jest przeciwwskazane w suchotach płucnych i zapaleniu przewlekłym 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

ulga po przekłóciu ma znaczenie bardzo podrzędne i powinna być pominięta. W podobnych razach przystąpimy do operacji jedynie przy objawach groźących uduszeniem.

Rozważwszy to wszystko cosmy dotąd powiedzieli, wynika, że: gdy u człowieka zresztą zdrowego rozwinię się obfity wysięk w jamie opłucni i takowy w pierwszych dwóch tygodniach po ustaniu bólów i gorączki nie powiększy się, ale i nie zmniejszy, należy takowy oddalić na drodze operacyjnej.

Sposób wykonania operacji 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 wdychaniu będzie jeszcze występował płyn, przy wdychaniu zaś wstąpi powietrze. Po dostaniu się jego do klatki piersiowej, rozwija się w krótkim czasie ropienie, a raczej pneumopyothorax. Wstąpienie przypadkowe bardzo małej ilości pęcherzyków powietrznych nie ma znaczenia i pozostaje bez następstw.

Dla uniknięcia 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 grupy. Do pierwszej należą klapy złożone z trójgranicem, pozwalające odpływać wysiękowi, a tamujące wstęp powietrza. Przyrząd taki najłatwiej można przygotować sobie, gdy przywiążemy do rurki trójgranicza kawałek kiszki i takową zwilżymy. Przy wdychaniu kiszka zostaje wciągnięta w rurkę i przeszkadza tym sposobem wejściu powietrza, podczas gdy przy wydechnaniu płyn swobodnie odchodzić może. Dobrze jest przytém zamknąć rurkę za pomocą kurka, ponieważ łatwo zdarzyć się może, że po wyjściu trójgranicza powietrze wjdzie wprzód, nim kiszka obciążniemy na otworze rurki. W większej liczbie przypadków jest to niemożliwem, ponieważ zaraz po przekłóciu płyn wydala się ciągłym strumieniem z powodu znacznego ciśnienia wysięku. Są jednakże wysięki opłucni przy których pomimo znacznego rozszerzenia odpowiedniej połowy klatki piersiowej i pomimo przemieszczenia narządów, w chwili wyciągania sztyletu wpada powietrze, zamiast wydalania się płynu. Naturalnie, że w podobnych razach ciśnienie wewnątrz-klatkowe nie może być większe od ciśnienia atmosferycznego i musimy przyjąć, że żebra i narządy sąsiednie, patologicznie swe położenie przyjęły niejako za normalne i jama opłucni ze swą nadmierną zawartością ułożyła się niejako do równowagi. Drugą grupę 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 trójgranicowej. Ta ostatnia otworem zewnętrznym przylega do dna korytka, podczas gdy otwór wewnętrzny umieszczamy jak najwyżej. Przez to przy każdym wdychaniu płyn z korytka zostaje wciągnięty w jamę opłucni. Ponieważ korytko jest bardzo małe, może przy silnym wdychaniu cały płyn wstąpić w klatkę piersiową a za nim i powietrze, ażeby temu zapobiedz, umieszczamy klapę przed otworem rurki trójgranicowej. Można się jeszcze prościej urządzić, jeśli według PIORRY'EGO, rurkę trójgranicza połączymy z rurką kauczukową, której drugi koniec zanurzony jest w naczyniu napełnionem wodą.

W zupełnie podobny sposób tamuje się dostęp powietrza, gdy wykonujemy przekłócie podczas przebywania chorego w letniej 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-

stępu, a natomiast przy każdym wdychaniu wchodzi do klatki piersiowej pewna ilość wody, przy wydychaniu zaś wystąpi pewna ilość wysięku. Wyżej wzmiankowane postępowanie Piorry'ego różni się od tego ostatniego tem, że przy niem mała ilość wody w stosunku do wychodzącego wysięku zaledwie może być wzięta w rachubę, tak, że płyn wdychany nie różni się prawie od wydychanego. Dla tych to właśnie powodów zalecano przekłócić w kąpiel. Mówiąc o momentach opóźniających wchłonięcie wspomnieliśmy także i o gęstości wysięku. Jeśli więc takowa stanowi jeden z głównych powodów nie ustępowania wysięku, to przy przekłóceniu powinniśmy się starać wypuścić go zupełnie, lub też zastąpić go płynem łatwo przesiąkającym. Całkowite wypuszczenie wysięku bez dostępu powietrza jest niemożliwe, może on się wydalić tylko o tyle, o ile przestrzeń przez niego zajmowana wypełniona zostanie napowrót przez rozszerzające się płuca i narządy sąsiednie wracające do położenia prawidłowego. O wypróżnieniu całkowitem można by zatem myśleć tylko wtenczas, gdyby podczas przekłócenia płuca rozszerzyły się tak dalece, iżby przyjęło pierwotne swe wymiary, lub też w razie niezupełnego wypelnienia niem klatki piersiowej, 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 wywrzeć 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 kuchennej. Pierwszy Hoppe-Seiler spadł na tę myśl i radzi, ażeby po wypuszczeniu płynu o ile to tylko jest możliwem, rurkę trójgraniczną zapomocą rurki gummowej połączyć z naczyniem napełnionem wodą i kazać choremu wdychać wodę. Taki sam skutek otrzymujemy, gdy robimy przekłócić w kąpiel; przy silnem wdychaniu i wydychaniu udaje się płyn pozostały w klatce piersiowej zaakomicie rozcieńczyć. Pomimo to postępowania tego zalecić nie mogę. Nie jest bowiem dowiedzionem, czy tak zmieniona operacyja daje lepsze wyniki, niż przekłócić zwyczajnie, jest zaś bezwzględnie niebezpieczniejszą od tego ostatniego. Zauważono wiele przypadków, gdzie po tak zmodyfikowanym przekłóceniu nastąpiło sposoczenie zawartości klatki piersiowej 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 nieuzasadnionem, gdy się zastanowimy nad przebiegiem zwyczajnych przekłóć. Jeśli po wykonanem przekłóceniu płyn nie nagromadzi się powtórnie, to brak chłonięcia pozostałej ilości wysięku należy do największych rzadkości. Można zatem przyjąć, że przeszkodą najważniejszą dla wchłonięcia wysięku nie jest gęstość płynu, ale ilość jego i ciśnienie jakie wywiera na ściany klatki piersiowej, zatem ażeby przekłócić 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 kuchennej, płyny w każdym razie nieobojętne dla opłucni i drażniące ją więcej 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 wchłonięciu nie stawia temu na przeszkodzie. Przez to postępowanie można zatem w przypadkach pomysłnych najwyżej skrócić okres gojenia. Że przytém wydała się cokolwiek więcej płynu, nie stanowi to jeszcze

tak wielkiej korzyści według tego cośmy wyżej powiedzieli i nie wyrównywa niebezpieczeństwu wywołanemu ciśnieniem ujemnym sprowadzającym 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 mniejsze będzie podrażnienie wywołane raną i tém powolniej oswobodzi się jama oplucni od ucisku wewnętrznego. Przy wysiękach bardzo obfitych, wypuszczanie zapomocą trójgrania próbego jest bardzo znużde i dla tego można użyć narzędzia grubszego kalibru. Im takowe jest grubsze, tém częściej należy zatrzymywać odpływ. Przy zaniedbaniu tej ostrożności ulegają łatwo pęknięciu cienkościenne naczynia nowo-wytworzonej tkanki łącznej i krwawe zabarwienie płynu powinno operatora dostatecznie przestrzedz.

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

Operacja jest nadzwyczaj łatwa, szczególnie przypadłości są nader rzadkie. Gdy oplucnia żebrowa jest bardzo zgrubiałą, zdarzyć się może, co i mnie się raz przytrafiło, że takowej nie przebijamy, przez co po wyjęciu sztyletu, płyn nie występuje. Skoro jesteśmy pewni naszego rozpoznania, wsuwamy sztylet napowrót w rurkę i przebijamy tkanki dopoty, dopóki nie napotykamy na znacznie zmniejszony opór. Jeśli po wyciągnięciu sztyletu ukazuje się niespodzianie ropa, uczynimy najlepší, gdy odpływ zatrzymamy i przystąpimy natychmiast do przecięcia. Wysięk krwawy jest zawsze objawem bardzo niepomyślnym, istnieje bowiem w ogóle przy gruźlkach i raku oplucni. Tutaj także najwłaściwiej będzie powstrzymać odpływ, chyba że groźne objawy duszności wymagają zmniejszenia zawartości klatki piersiowej. Zemdlenia pokonywają się ułożeniem poziomem i dostarczeniem wina. Skoro płyn w takiej ilości wypłynął, że płuco zaczyna się znowu rozszerzać, wówczas skutkiem drażnienia pęcherzyków płucnych i drobnych oskrzeli wehodzącem powietrzem powstaje kaszel uparty i bardzo męczący. Można go znakomicie złagodzić przez zastrzyknięcie podskórne morfiny przed operacją; zupełnie usunąć go nie można. Po wyjęciu rurki opatrunek jest zbyt czyny, rana zalepia się kawalkiem angielskiego plasterku; goi się zawsze przez bezpośrednie zabliźnienie (*per primam inten.*). Stan chorego polepsza się bez wyjątku i poprawa jest widoczna nawet wtenczas, gdy objawy trudnego oddychania były nieznaczne. W pierwszych dniach po operacji chory powinien pozostawać w łóżku; pożywienie uszczuplamy tylko w razie gorączki.

W wypadkach pomyślnych ciepłota ciała po operacji nie podnosi się. Jeśli chory był wolny od gorączki przed operacją, to i po niej takowa nie występuje, gdy zaś przedtém istniała, to bynajmniej potem nie podnosi się. Powierzchnia płynu podnosi się zwykle w pierwszych dniach po operacji, nawet w wypadkach kończących się szybkim wehlonieniem 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 powiększonej znacznie ilości moczu następuje wehlonienie.

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

śpieszyć z powtórzeniem przekłócia; w czym jednak napotyamy znaczne trudności, gdyż chorzy doznawszy chwilowej ulgi po pierwszym przekłóciu, domagają się koniecznie powtórzenia operacji.

Wypadki, w których po przekłóciu nastąpiło ostre przejęcie wysięku w ropę, należące zresztą do rzadkości, odznaczają się silnymi objawami gorączkowymi zaraz po operacji. Zresztą ropienie zdradza się objawami opisanymi 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 provocata? Metritis acutissima? septica? gangrena uteri non puerperalis?*”, kończy takowy wyrazami: „O rozpoznanie proszę.” Czyniąc zadość prośbie jego skreśliliśmy niniejsze zapytywanie się nasze.

Tak z zakończenia jak i ze znaków zapytania pomieszczonych w tytule, widzimy, że autor poczytuje swoje rozpoznanie za wątpliwe, z czym się też zupełnie zgadzamy. Żałować przytém należy, że rozpoznanie to chociaż wątpliwe, nie jest oparte na żadnym racjonalnym 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 wzytując się w opis tego przypadku przychodzimy do wniosków zupełnie przeciwnych niż wnioski autora, pytamy bowiem czy może być mowa: o septicemii wywołanej szybkim rozpadem nowotworu, tam gdzie nie znajdujemy żadnego dowodu na istnienie nowotworu? czy może być mowa o posokowatém zapaleniu macicy i o jej gangrenie tam gdzie autor powiada, że na 10-y dzień choroby: „usta zewnętrzne macicy w postaci poprzecznej bruzdy były zamknięte.” (Str. 75 w. 14 od dołu)? Ale nie uprzedzając ostatecznego naszego wyводу przejdźmy do szczegółów.

Z początku autor przytacza krótkie szczegóły z poprzedniego życia chorój, mianowicie, że w ogóle była zdrową, rodziła pomysłnie 5 razy i że od 2-eh lat doznawała dosyć obfitego białego odpływu z części pleciowych i dolegliwości przed miesiączką, która zawsze regularnie się odbywała, że zasięgała porady lekarzy w Warszawie, którzy przepisali jej 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 sledzenia 3-o i 10-o dnia choroby, autor mówi, że objętość macicy ewolucyjnie 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 naszym, należy zupełnie odrzucić, a to z następujących powodów. Nowotwór przez ciąg dwóch lat istnienia, mógłby dojść do znacznej 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

znaczących rozmiarów dla tego: że tylko nowotwory szybko rosnące i nie twardziej konsystencyi mogą podlegać przedkiemu 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 częściowem jego wycinaniu, a szczególnie 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 stosowniej i prawdopodobniej 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, dalej zaś badając przyczyny, sposób rozwoju choroby, znaczenie pojedynczych objawów i szczególnie wyniki sledzenia wewnętrznego, łatwo przyjdziemy do wniosku, że autor w powyższym przypadku miał do czynienia z krwistekiem okołomacicznym (*haematocoele periuterina*) o dosyć typowym przebiegu, który po kolei postaramy się objaśnić. I tak:

Chora, na kilka dni przed początkiem choroby, tańczyła całą noc, z wielkiem zmęczeniem, mając już od kilku dni obfitą miesiączkę. Nazajutrz odpływ miesiączkowy wstrzymał się, ale niedługo potem pojawił się i ustał zupełnie na drugi dzień, poczem chorarwybrała się w długą i niewygodną podróż, żywiła się niestrawnymi pokamami i napojami, przyczem spotykamy wzmiankę: *Coitus vehementer et nimis saepe repetitus*. Podobnieokoliczności jak silne ruchy i zmęczenie w czasie trwającej 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 chorej: gwałtowne dreszcze, nudności, zemdlenia, ból głowy etc., co powtarzało się kilka razy w podróży, a po powrocie do domu następnego dnia mamy ciągle napady dreszczów trzęsienie, nudności poprzedzone wielką trwogą, wymioty, drgawki, a następnie czkawka, oraz bolesność brzucha całego, a szczególnie dolnej jego okolicy; z miejscowych zaś objawów zatrzymanie moczu i stolca, sluzowy odpływ z pochwy, obrzmienie (jak się autor wyraża) sklepienia całej górnej połowy pochwy i części pochwowój macicy; obrzmienie to gładkie, ale bolesne, konsystencyja znacznie powiększona szczególnie po stronie prawej. Wszystkie te objawy nacznie prawie przekonywają nas o istnieniu krwisteku okolo macicznego i o rozwijającym się częściowem, a może nawet i ogólnem 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 łącznej okolo macicy (*Perimetritis*, a podług niektórych *Phlegmone periuterinum*), na to mamy dowody z następujących potem objawów.

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

żyła się ciągle na przykre uczucie w pochwie i dolnej części brzucha, bardzo wielkie obrzmienie, szczególnie przedniej i górnej połowy pochwy i części pochwowej macicy. Cała górna połowa pochwy była wypełniona dwiema kulistymi fałdami stykającymi się z sobą, bardzo bolesnymi na dotknięcie i niedozwalającymi na ścisłe zbadanie sklepienia pochwy. Ujście maciczne zewnętrzne w postaci brzozy poprzecznej zamknięte. Powierzchnia części obrzmiąłych wszędzie gładka i bolesna, temperatura podniesiona. Odpływ obfity, szaro-różowy z domieszką zupełnie ciemnych zmienionych strzępków skrzepłej krwi. We dwa dni potem odpływ stał się posokowaty i nadzwyczaj cuchnący, warga większa prawa obrzmiąła i była bolesna, na błonie śluzowej pochwy potworzyły się plamy szare, dające początek owrzodzeniom. Stan ogólny coraz gorszy, temperatura wysoka, ciągle odbijanie, czkawka, upadek sił i wśród takich objawów nastąpiła śmierć 15-go dnia od początku choroby.

Wszystkie wyżej 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 otrzewną z początku tworzyła wypuklenie ścian pochwy znacznej konsystencji, w miarę jednak jak coraz bardziej ulegała rozpadowi, konsystencyja się zmniejszała, części sąsiednie w skutek drażnienia produktami rozpadu przechodziły w zapalenie, które od samego początku objawiło się na otrzewni otaczającej. Przy wyłączeniu zapalenia tkanki łącznej okołomacicznej opieramy się na tem, że skoro rozpad doszedł do tego stopnia, że prawdopodobnie nastąpiło przeżarcie ściany pochwy i produktu 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 wydzielaly się żadne posokowate odchody, gdyż ujście jej było zamknięte. Jeżeli macica cierpiała to jedynie per contiguitatem z powodu rozkładu wynaczynionej krwi na około dolnej jej części.

Badania temperatury w danym przypadku bardzo często powtarzano, życzyliby należało, aby zwyczaj ten coraz więcej wchodził w użycie, szkoda tylko, że w danym przypadku nie przyczyniły się do rozjaśnienia diagnozy i że nie są objaśnione. Widzimy bowiem, że codziennie miały miejsce znaczne wahania temperatury dochodzące do 2°C., a nawet wyżej, 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 wcześniej, na początku choroby, a udałoby się zobaczyć granatowe zabarwienie błony śluzowej pochwy, tak charakterystyczne dla krwisteku okołomacicznego.

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

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^o 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 zaduszenia (*asphyxio*). Brak czucia pochodzi, jak to autor wykazał, od niedostatecznego utlenienia w skutek braku tlenu, a przesyceń krwi kwasem węglanym. 2^o Leukocytozę ostrą, istnienie której w błonicy autor wykazał przed kilkoma laty, a która przez swój stopień daje miarę wielkości złego. 3^o Albuminuryję dityrytyczną, którą autor wraz z dr. EMPIS jeszcze w r. 1858 nauczył poznawać. 4^o W końcu, *endocarditis* i *myocarditis* z ich licznymi następstwami zawałami (*infarctus*) płucnymi, 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 wchłonięcia (*resorbatio*) podobnego do wchłonięcia ropnego. Nowsze poszukiwania inaczéj nakazują całą tę sprawę wyjaśniać. Przy badaniach ciał zmarłych w skutek błonicy autor znajdował bardzo często *endocarditis* i *myocarditis*. Takowe są przyczyną tworzenia się osadów włóknika bezbarwnego, który przylega do brzegów zastawek sercowych zajętych chorobą, albo między wiązkami mięśniowemi serca. Gdy te małe skrzepy włóknika oddzieli 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 fioletową, sinica (*cyanosis*) na wargach bardzo wydatną, szmer pęcherzykowy niesłyszalnym, czucie skórne znacznie zmniejszoném i sność (*analgesia*) widoczną, wykonano przecięcie tchawicy (*tracheotomia*). Było 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 przymgłone. 7-go dnia choroby pokazały się ograniczone wylewy krwi (*ecchymosis*) podskórne na wewnętrznej powierzchni uda lewego. Badanie włók wykazało oprócz właściwych zmian w gardle i krtani, *atelectasis* zupełną lewego płuca, a w sercu ostre zapalenie jego błony wewnętrznej (*endocarditis acuta vegetans*), które stwierdzono odpowiedniém badaniem mikroskopowém. Co do wylewów krwi podskórnych, takowe były następstwem zatorów krwistych wytworzonych przez przeniesienie drobnutkich skrze-

pów włóknikowych, któremi pokryta 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 snosć (*analgesia*) skóry prawie zupełną na twarzy i czole, lecz nieczułość (*anaesthesia*) mniej zupełną, w moczu znaleziono znaczną ilość białka, a we krwi ogromnie powiększoną liczbę białych jej ciałek. Odnogi górne i dolne pokryte były wylewami krwi podskórnymi z wydatnością we środku; wielkość ich dochodziła do 1½ centymetra kwadratowego. Wkrótce potem, dziecko zmarło. Przy badaniu zwłok (*autopsia*) oprócz zmian właściwych błonicy, wykryto w sercu *endocarditis vegetans* w lekkim stopniu i bardzo wydatne *myocarditis* z wyznaczynieniami (*extravasatum*) krwistemi w mięszsu, które autor szczegółowo opisał i badaniami mikroskopowemi stwierdził. Przytóm znaleziono zakrzepy w sercu, w żyłce wrotnej (*v. portae*) w żyłach osłon mózgowych i w zatoce osłony twardej (*dura mater*).

Zatém *endocarditis* i *myocarditis* zeskrzepami 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 dawniej badane. WERNER w Austrii, 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 badaczy nie wspominał dotąd o zapaleniu wsierdzia błonicowém (*endocarditis diphtheritica*) i o skrzepach włóknikowych dających początek zatorom tętniczym i zatorom albo ropniom płucnym i skórny.

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 włókniaka odbarwionego, mniej więcej przylegającego i łatwego do oderwania. Brzegi zastawek dwudzielnej i trójdzielnej są czerwone, zgrubiałe, nastrożone, pokryte nierównościami tworzącemi ziarninę (*granulatio*). Niekiedy nierówności przedstawiają istotne wyrosłe (vegetacje) na zastawkach, dające się wyczuć palcami. Podobne zmiany mają miejsce na brzegach lub na podstawie zastawek półksiężycowych. *Endocarditis parietalis* przedstawia często małe zatory czerwone, nieregularne, które przenikają w mięszs serca na 3—4 milimetrów; włókno mięśniowe jest żółtawe, miękkie łatwe do rozdarcia, traci prężność, którą posiada w stanie prawidłowym. Na słupach mięsnych serca i na ścięgnach zastawkowych znajdują się niteczki włókniaka bezbarwnego, podobne do włókniaka wydzielonego z krwi przez ubijanie. Niteczki te krwi — obieg może unieść w rozgałęzienia aorty i tętnicy płucnej. Dołączywszy do tego wielkie skrzepy wół przezroczyste 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 więcej przez badanie mikroskopem, znajdujemy, jak to LABADIE-LAGRAVE wskazał, zboczenia następujące: w zastawkach poprzednio stwardniałych w wysokoku, 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 środkowej zastawek, wskazuje zmiany, które z utratą prążków włókien mięsnych serca jest oznaką *endocarditis* i *myocarditis*.

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

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 podskórnej, co do drobnych ropni płucnych i skórnych, dzisiaj dopiero zostaje sprostowaniem. Poczytywał on zatory i ropnie jako następstwo wehlonienia 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 dokładniejszych nawet badaniach znaleziono w płucach i tkance łącznej podskórnej pośrodku niektórych zatorów niezupełnie jeszcze rozmiękłych, naczynie zatkanie skrzepem powstałym w skutek zawału w naczyniu włosowatym.

Zatory płucne są apoplektyczne albo regresyjne. Pierwsze tworzą jądra zaokrąglone albo koniczne z podstawą na zewnątrz, a wierzchołkiem ku osadzie płuca. Są brunatne, kruche, zgęśłe, 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, zatkanie skrzepem, który można śledzić czasami aż na odległość jednego centymetra zewnątrz zatoru. Jądra regresyjne przeciwnie są szare, zbite, nasiąkłe materją ropiastą, jak przy zapaleniu płuc zrazikowcm (*pneumonia lobularis*), w okresie zwątrobienia szarego. Ta tylko jest różnica od zwątrobienia szarego, że w zrazikach w ten sposób zmienionych zaburzenie spowodowane zaturem, otoczone jest pręgą szaro-brunatną, czego przy zwątrobieniu nie ma. W niektórych zaś przypadkach, jeśli chory żył dosyć długo, środek zatoru przedstawia zupełne rozmięczenie, tworzy ognisko ropne, szarawe, otoczone pręgą czarniawą i ograniczone tkanką płuc rozmiękłą i zmienioną w materję tłustą i ropę. Są to prawdziwe ropnie przerzutowe (metastatyczne).

Podobne zatory, a niekiedy ropnie spotykane bywają w tkance łącznej podskórnej kończyn — na innych częściach ciała nigdy ich autor nie dostrzegł. Znajdywano je także, lecz rzadziej, w nerkach, które zwykle są siedliskiem zapalenia. Dwa razy spotkał je autor w mózgu, gdzie spowodowały raz rozmięczenie mózgu, bezwład (paraliż) i śmierć; w drugim razie śmierci towarzyszyły objawy tężcowe (tetaniczne) i drgawkowe (konwulsyjne). Autor nigdy ich nie dostrzegł 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. Częstki tych osadów przylegających do zastawek mogą się oddzielić i być uniesione przez krew do aorty lub tętnicy płucnej i utworzyć zawały (*embolia*), które dają początek zatorom (*infarcta*) płucnym i podskórnym z ropniami następowemi lub bez takowych — i zatorom mózgowym mogącym wywołać rozmięczenie tego narządu.

KRONIKA MIÉJSCOWA.

Obrońca rozprawy na stopień doktora medycyny. W dniu 2 b. m. o godzinie 1-jej po południu w sali uniwersytetu warszawskiego p. Mokrycki, lekarz wojskowy bronił swęj rozprawy p. n. „O niepośrodstwiennom wlijani dawlenija krwi na sko-

rost n darow serca" (o bezpośrednim wpływie ciśnienia krwi na prędkości ruchów serca). Oponentami przez wydział lekarski wyznaczonemi byli prof. Fuda kowski, Nawrocki i Hoyer. Nadto jako oponent wystąpił prof. Andrejew. W właściwym dziale pomieszczonej będzie sprawozdanie z tej rozprawy. Dziś zaznaczamy jedynie sam fakt uwieńczony pomyslnym skutkiem dla autora, któremu stopień doktora medycyny został przyznany.

Dr. Wolfryng, starszy ordynator szpitala ujazdowskiego został mianowanym prywatnym docentem oftalmologii w uniwersytecie tutejszym, z wynagrodzeniem 1,200 rs. rocznie, z wakującej placę 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 naskładkowym koleżeńskim obiadku, w którym nietylko b. uczniowie prof. Ch. zamieszkali w Warszawie, ale inni koledzy mają wziąć udział. Słyszeliśmy, że wielu wychowalców naszej szkoły, zamieszkałych na prowincyi, ma zamiar osobiście uczestniczyć w tej 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 lekarskiej 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. (kopiejkę przyjmujemy markami.)

Ogłoszenia.

Smołowniczi (goudroniery) t.j. przyrzady do ułatniania smoly przez nadanie tejże o ile można wielkiej powierzchni, podług modeli francuzkich wyrabia fabryka wyrobów metalowych K. Minter w Warszawie.

Smołowniczi 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 lekarskiej zamieszcza MEDYCINA za opłatą:

Od prenumeratorów: po kop. 10 za wiersz pierwszego ogłoszenia, za następne po kop. $7\frac{1}{2}$ za wiersz.

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

R. daktor odpowiedzialny, Dr. K. Benni.

Wydawca, Dr. J. Rogowicz.