

# MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

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

Redakcyjja przy ulicy Marszałkowskiej, Nr. 45.

**TREŚĆ:** O krwotokach męciężnych kobiet ciężarnych rodzących i położnic. Podług wykładu prof. CHARPENTIER'A, spisał i podał Dr. G. LEWANDOWSKI. — Przegląd piśmiennictwa lekarskiego cudzoziemskiego. O postaciach, umiejscowienia i przyrodzie gośćcowych porażek nerwu twarżowego. Podał Dr. Wł. GAJKIEWICZ. — Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej za granicą. Przemieszczanie kawałków kości. Obrączka miedzianna tkwiąca w krtańi przez lat cztery; przecięcie krtańi; wyzłrowienie. Obecność i tworzenie się mętków w ropie. Nadzwyczajna ciepłota ciała. Kwas salicylowy jako nowy środek odwietrzający i leczący błonice. — Krótkie wiadomości z Medycyny społecznej i Statystyki lekarskiej. Austryja. Opieka państwa nad obłąkanymi. — Choroby mózku w armijach europejskich. Anglija. Liczba ludności. — Kronika miejscowa. Choroby nujące w m. Kwietniu r. b. — Ogłoszenia.

## O KRWOTOKACH MĘCIĘŻNYCH KOBIET CIĘŻARNYCH, RODZĄCYCH I POŁOŻNIC, podług wykładu prof. CHARPENTIER'A.

Spisał i podał Dr. Gustaw Lewandowski, praktykujący w Wilnie.

(Ciąg dalszy. Zobacz Nr. 46—50 T. II).

Krwotoki w trzech ostatnich miesiącach ciąży i podczas porodu. Oprócz przyczyn ogólnych wskazanych w rozdziale poprzedzającym, jest jedna wyjątkowa, górująca nad wszelkimi innymi, do której można odnieść prawie wszystkie krwotoki, jakie zdarzają się w trzech ostatnich miesiącach ciąży. Tą przyczyną jest wadliwe przyczepienie łożyska (*placenta praevia*); że zaś krwotok przy wadliwym przyczepieniu łożyska powtarza się prawie zawsze także w chwili porodu, należy więc rozpatrzyć objawy takowego przez czas trwania porodu jako pewną oddzielną całość chorobową, zastrzegając sobie na później rozbiór krwotoków mogących powstać podczas pracy porodowej, lecz spowodowanych inną przyczyną.

Co należy rozumieć przez wadliwe przyczepienie łożyska? Wiadomo, że takowe przyczepia się zwykle w górnym odcinku macicy, na jej dnie, ścianie przedniej lub tylnej; gdy objaw odwrotny ma miejsce, to jest gdy łożysko przyczepia się w dolnym odcinku, mniej więcej blisko szyjki macicy, wtedy nazywamy takie przyczepienie wadliwym. W tym razie także może ono zająć różne miejsca, a mianowicie, znajdować się w sąsiedztwie szyjki, to jest ujścia wewnętrznego, lub na samej szyjce i ujściu, a podług niektórych autorów nawet we wnętrzu szyjki; ztąd różne odmiany: 1<sup>o</sup> przyczepienie brzeżne. 2<sup>o</sup> niezupełnie szyjkowe, gdy pokrywa część tylko szyjki i ujścia. 3<sup>o</sup> zupełnie szyjkowe, jeżeli cała massa łożyska pokrywa szyjkę



i ujęcie; takie nazywają także ośrodkowem (*pl. centralis*). 4<sup>o</sup> wreszcie wewnątrz szyjkowe, przyjęte tylko przez niektórych akuszerów.

Co do przyczyn wadliwego przyczepienia łożyska, pomijając wszystkie dawniejsze hipotezy, najracjonalniejszą zdaje się jest wygłoszona przez SCHRÖDER'A, to jest zwiększona objętość jamy macicy i chorobliwe wyrównanie fałdów błony śluzowej. Codzienne spostrzeżenie stwierdza tę hipotezę, gdyż wadliwe przyczepienie łożyska najczęściej spotyka się u kobiet nie pierwszy raz brzemiennych i u cierpiących na upławy przewlekłe, zatem w tych razach, gdzie jama macicy jest powiększoną, a błona jej wygładzoną. Obok tych przyczyn prawdopodobnych jest jeszcze inna niezawodna, lecz bardzo rzadko spotykać się dająca, a mianowicie wadliwy stosunek jajowodów do macicy. INGLOBY przytacza dwa przypadki, gdzie jajowody (*tubae Fallopii*) otwierały się w dolnej części macicy blisko szyjki. U jednej z tych kobiet spostrzegano 3 razy, u drugiej 10 razy wadliwe przyczepienie łożyska.

Nadmieniliśmy, że nie wszyscy autorowie zgadzają się na to, aby mogło nastąpić przyczepienie łożyska w jamie szyjki. Według wykładającego przypuszczenie to jest zupełnie możliwem, tak jak widzimy łożysko rozwijające się niekoniecznie na wewnętrznej powierzchni macicy, lecz na różnych innych tkaninach, jak np. w ciążach zewnątrz-macicznych, a znaczna liczba poronień w pierwszych miesiącach ciąży, powstałych bez znanej przyczyny, może być odniesioną do wadliwego umieszczenia jajka w jamie szyjki macicznej. Lecz krwotoki w tych razach rzadko są groźnymi, gdyż jajko w początkach swojego rozwoju wydalonym bywa łatwo; prawdziwie zaś wadliwe przyczepienie łożyska, które akuszera przeważnie zajmuje jest przyczepienie jego w dolnym odcinku macicy, w bliskości ujścia wewnętrznego macicy lub nawet na takowem.

Objawy tego są bardzo cechujące. Prawie nigdy nie uzewnętrzniają się one przed 6-ym albo 7-ym miesiącem, co usprawiedliwia wyżej przyjęty podział, lecz za to wielu autorów zgadza się, że krwotok, który pojawia się poraz pierwszy w tej epoce zależy prawie koniecznie od wadliwego przyczepienia łożyska. Podług NAEGELE'GO tem wcześniej występuje w granicach czasu wskazanych, im więcej środkowa część łożyska pokrywa ujście macicy, tem później zaś, a nawet dopiero przy końcu ciąży lub w początkach pracy porodowej, jeżeli łożysko mało dotyka się wewnętrznego ujścia macicy.

Krwotok taki występuje nagle, bez oznak poprzedzających, bez przyczyn wywołujących, często podczas nocy i snu lub najzupełniejszego spoczynku. Wyjątkowo tylko na kilka chwil przed krwotokiem kobieta czuwa kolkę i osłabienie w krzyżu i lędźwiach. Jest on zawsze zewnętrznym; krwi odpływ z początku niewielki, szybko staje się obfitszym i przybiera groźne rozmiary, lecz trwa zwykle dosyć krótko i ustaje tak jak wystąpił bez przyczyny widocznej. Krew już to wyglądu żylnego, już tętniczego ma wielką dążność do krzepnięcia, wskutek czego odchodzi na raz płynna i skrzepnięta niekiedy w ilości dosyć znacznej, tak, że sprowadza natych-

miast wysoki stopień niedokrwistości. Krwotok, jak powiedziano wyżej, jest krótko-trwały i po jego przejściu szczególnie między 6-ym i 8-ym miesiącem, kobieta nie doznaje żadnych objawów w ciągu 8 — 15 dni, a nawet dłużej. Po upływie tego czasu pojawia się nowa utrata krwi równie bez przyczyny ocenić się dającej, z tą tylko różnicą, że jest obfitszą i trwa dłużej. Następnie objawy te powtarzają się aż do chwili porodu, który rozpoczyna się jednocześnie z niezmiernie silnym krwotokiem stawiającym życie kobiety w istotnem niebezpieczeństwie. W ogóle więc przebieg jest przerywany. W niektórych tylko razach krwotok bywa ciągły, lecz w pewnych odstępach czasu zwiększa się i w tych to razach szczególnie szybko sprowadza niedokrwistość, bledosć, obrzmienie twarzy i całego ciała, skłonność do omdleń, niekiedy gorączkę, dreszcze, a niekiedy nawet napady drgawkowe.

Krwotok, jak wyżej wspomniano, bywa zwykle zewnętrznym, nie należy jednak wnosić z tego, że krew nie może się zebrać we wnętrzu macicy, lecz to może mieć miejsce tylko w małej ilości. W skutek skłonności do krzepnięcia krew może wytworzyć skrzep, który zatyka szyjkę i tamuje odpływ na zewnątrz, jednak nigdy ilość wylana na wewnątrz jamy macicznej nie jest dostateczną, aby zasługiwała na nazwę krwotoku wewnętrznego.

Trzy więc są główne oznaki krwotoku z wadliwego przyczepienia łożyska: pojawienie się bez przyczyny przerwy w krwotoku, stopniowy wzrost i nagły, gwałtowny jego wybuch w chwili porodu. Zobaczmy czy mechanicznie dadzą się wyjaśnić te właściwości. Naturalnie od czasu jak poznano przyczynę krwotoku, starano się wyjaśnić i sposób jego powstawania, lecz dopiero LEVRET podał rozumowane tłumaczenie i prawdziwą teryję rozwoju tych przypadłości. Szyjka macicy, mówi on, bierze udział w ostatnich miesiącach ciąży w rozwoju jamy macicznej, łożysko więc przyczepione na jej ujściu jest przezto pociągane i odrywane, stąd powstają pierwsze krwotoki, które koniecznie powtórzyć się muszą w chwili porodu w skutek rozszerzania szyjki; ostatnia zaś utrata krwi jest tem obfitszą, im znaczniejsza część łożyska pokrywa ujście.

Teoryja powyższa wygłoszona przez człowieka niewątpliwej powagi przyjętą została przez wszystkich akuszerów tak we Francyi, jak w Anglii i Niemczech. Lecz w końcu spostrzeżono, że takowa wyjaśniając doskonale krwotoki w czasie porodu, błędnie tłumaczyła krwotoki przed porodem i podczas ostatnich miesięcy ciąży. Należało szukać innego tłumaczenia.

Wbrew zdaniu ogólnie przyjętemu, że szyjka bierze udział w ostatnich miesiącach ciąży w zmianach jamy macicznej, STOLTZ dowiódł, że szyjka pozostaje zupełnie nienaruszoną aż do ostatnich tygodni ciąży, często nawet do ostatnich dni, a zatem nie rozszerzając się, nie może być przyczyną krwotoku. Zdanie to STOLTZ'A przyjęto najprzód ogólnie w Anglii, potem w Niemczech, a najpóźniej we Francyi, gdzie dopiero DUBOIS i jego uczniowie rozpowszechnili przekonanie o nienaruszalności szyjki macicznej aż do końca ciąży.



Lecz jeżeli szyjka nie bierze udziału w rozwoju jamy macicznej, a przeto nie jest przyczyną odklejania się łożyska, to nasuwa się pytanie jaki jest powód krwotoku podczas ostatnich miesięcy ciąży? JACQUEMIER pierwszy podał teorię przyjętą dzisiaj przez wszystkich akuszerów i we wszystkich dziełach klasycznych.

„Gdy, mówi on, przyczepienie ma miejsce w dnie albo górnej części, jaje znajdując się najprzód w jamie obszernej stosunkowo do jego objętości i wzrastając proporcjonalnie do rozwoju macicy, nie rozpycha ścian takowej mechanicznie jak dopiero w późniejszym okresie ciąży; lecz wtedy rozwój dna i górnej części macicy jest mniej szybki, ponieważ i dolny jej odcinek zaczyna brać udział w powiększeniu całego narządu, a odklejenie łożyska nie jest możliwem, jak tylko w przypadkach nadmiernego rozciągania się macicy. Inne są zupełnie stosunki jeżeli łożysko przyczepia się na ujściu wewnętrznem lub miejscu mało od niego oddalonym. Jama tej części macicy tworząc przewód ciasny, pokrytą jest w znacznej części przez łożysko zwykle szerokie. Rozwój tej ciasnej jamy odbywa się z dołu ku górze, a ponieważ jest ona dosyć małą stosunkowo do jaja, wypełnia się więc wcześniej i prędzej, niżeli wtedy, gdy macica rozwija się z góry na dół, to jest od części swojej szerokiej do wąskiej. Podczas pierwszej połowy ciąży macica najprzód rozwija się szybko, a z nią razem i łożysko, co je zabezpiecza od szarpania, lecz później macica ulega mechanicznemu rozszerzeniu, ztąd niestosunek między powierzchniami przystającemi do siebie, co może powodować przedwczesne odklejanie się częściowe łożyska i utraty krwi 4-go, 5-go i 6-go miesiąca. Gdy do rozwoju organicznego macicy za którym w ślad szedł także rozwój łożyska, przyłączy się mocne rozszerzenie mechaniczne dolnego odcinka, wtedy łożysko szarpane jest mocniej, wskutek czego odkleja się na większej przestrzeni, a przeto i częstość krwotoków wzrasta w 7-ym, 8-ym miesiącu i części 9-go, chociaż ujście wewnętrzne jest zupełnie zamknięte przy pierwszym pojawieniu się takowych”.

Po rozpoczęciu porodu teoria JACQUEMIER'A staje się uzasadnioną, gdyż w tym okresie niewątpliwie rozszerzanie się szyjki jest istotną przyczyną krwotoku.

Teoria prof. JACQUEMIER przyjęta przez wszystkich panuje jeszcze dzisiaj w nauce, była jednak w ostatnich czasach zachwiana przez dwóch akuszerów, z których każdy wyszedł z innego punktu widzenia. Mianowicie BARNES odrzucając teorię prof. J. przyjmuje w każdym razie wraz z nim, że krew wypływająca pochodzi z macicy; SIMPSON zaś przypuszcza przeciwnie, że ona pochodzi w największej swojej części z łożyska. W istocie jedna okoliczność szczególnie zastanawia, to jest, że w niektórych razach przy wadliwym przyczepieniu łożyska brak jest krwotoku w chwili porodu, według zaś teorii JACQUEMIER'A i LEVRET'A takowy winien nieodwołalnie mieć miejsce w chwili rozszerzania się szyjki, co jak wiadomo ze spostrzeżeń niezawsze tak się dzieje. W przypadkach, gdzie łożysko tylko częściowo przyczepia się do szyjki, powyższa okoliczność łatwo się tłumaczy. W istocie gdy odkleiła się część łożyska sąsiadująca



z ujściem lub pokrywająca takowe i gdy odpływ krwi ustał, dążność do nowych częściowych odklejeń może zniknąć, ponieważ postęp rozwoju dolnego odcinka macicy oddala znacznie brzeg łożyska najwięcej wystawiony na nowe oderwania od środka tego odcinka, który jest częścią najwięcej mechanicznie rozciąganą i ponieważ szarpanie zmniejsza się od niżej położonego brzegu łożyska ku brzegowi górnemu znajdującemu się dosyć wysoko w jamie macicznej.

Lecz gdy łożysko jest przyczepione środkiem na ujściu (*pl. centralis*), krwotok jest nieuniknionym; dla czego takowy, pojawiwszy się kilkakrotnie w ostatnich miesiącach ciąży bez przerwania jej biegu, w niektórych razach nie odnawia się w czasie porodu, chociaż łożysko pokrywa ciągle ujście wewnętrzne i chociaż jest popychane przed głową w miarę jak rozwarcie ujścia postępuje. WALTER spostrzegł jeden, a MERCIER dwa takie przypadki; pierwszy przypuszcza, że pomimo odklejenia znajdują się połączenia dosyć znaczne, dosyć obszerne pomiędzy rozgałęzieniami żylnymi i tętniczymi i wystarczają do powrotu krwi w żyły bez odpływu jej na zewnątrz. Drugi, że pod wpływem zmienionego unerwienia wstrzymuje się krążenie.

Dwa te tłumaczenia jako oparte na błędach widocznych można odrzucić. MOREAU przypuszczał śmierć płodu i ustanie krążenia łożyskowego, lecz gdy płód jest żywy, to odklejaniu łożyska towarzyszy zawsze krwotok. JACQUEMIER tłumaczy, że w tych przypadkach łożysko było zupełnie odklejone, a przynajmniej z jednej strony w znacznej odległości od ujścia wewnętrznego, w ten sposób, że rozwarcie jego mogło odbyć się bez dalszego odklejenia i że naczynia maciczno-łożyskowe rozerwane, były najprzód zamknięte skrzepami krwi, a później sprawą obliteracyjną.

SIMPSON podnosząc starą myśl RAROLINS'A z Oxfortu oświadcza, że jeśli przez naczynia maciczne otwarte krew uchodzi, to tylko w bardzo małej części, największa zaś jej ilość wypływa z naczyń samego łożyska. W skutek tego przy każdym krwotoku część naczyń łożyska ulega zatkanii i przecina w następstwie dowóz krwi macicznej od strony oddzielonej; ustaje więc krwotok, gdy łożysko jest całkowicie oddzielone. Zdanie to SIMPSON'A chociaż oparte na prawdziwej podstawie anatomicznej, to jest zatkanii naczyń łożyskowych, jest jednak fałszywe, ponieważ krew pochodzi nie z łożyska, lecz z macicy, jak to sprawdzili wszyscy autorowie i jak tego dowodzą przypadki, w których krwotoki trwają nawet po odejściu łożyska.

BARNES przedstawia tłumaczenie następujące: biorąc za podstawę zdanie STOLTZ'A o nienaruszalności szyjki w przebiegu ciąży tłumaczy on krwotok pierwszy tem, że łożysko szybciej się rozwija niżeli szyjka, która nie jest przeznaczona na miejsce jego przyczepienia, ani na to, aby rozwijać się w równowadze z łożyskiem. W czasie odpowiadającym odpływowi miesięcznemu krew napływa do macicy i łożyska; ostatnie brzmieje i staje się zanadto szerokiem w stosunku do powierzchni na której jest ustalonym; odkleja się przy brzegach ujścia wewnętrznego i tworzy krwo-



tok. Potem pod wpływem zadrażnienia wywołanego przesiąkającą krwią w tkaninę łożyska i skrzepami między łożyskiem, a ścianą maciczną mogą powstać skurcze maciczne. Dolny odcinek macicy ściągając się, może w następstwie oddzielić większą część łożyska, lecz to odklejenie nie przejdzie nigdy granic tego odcinka. Prawdziwa przyczyna ustania krwotoków spoczywa w ściąganiu się energicznym macicy i jeżeli, jak to spostrzeżenia stwierdzają, po odklejeniu łożyska bądź dobrowolnym, bądź sztucznym nastąpiło wstrzymanie krwotoku, to dla tego, że w pierwszym razie były skurcze dobrowolne, które wywołały odklejenie, a w drugim razie akuszer usiłując odkleić łożysko pobudził skurcze silniejsze od tych, przy których powstał krwotok.

Aby udowodnić tę teorię, BARNES dzieli powierzchnię wewnętrzną macicy na trzy odcinki. Przy przyczępieniu łożyska w odcinku górnym nie ma żadnych przypadłości nieprawidłowych; przy przyczępieniu w odcinku środkowym poród bywa powolnym i krwotoki po porodzie występują; przy przyczępieniu w dolnym odcinku występują groźne przypadłości: cała część łożyska tam przyczępiona musi oddzielić się przedwcześnie, gdyż ujście wewnętrzne macicy rozszerza się w skutek skurczów i zmniejszania obrybu szyjowego macicy, a zatem nie pozwala łożysku pozostać przyczępionem. Dopóki odklejenie nie dosięgnie krańców odcinka szyjowego, dopóty ma miejsce krwotok, gdy dosięgnęło tych krańców i macica ściąga się czynnie, to krwotok ustaje. Lecz dwie są przyczyny, które stawiają przeszkodę skurczom macicznym: niedojrzałość macicy i utrata krwi powtarzająca się wielokrotnie przed zwykłym kresem ciąży; ponieważ przed tem, nim macica nabędzie całej swojej potęgi, szyja mało jest usposobiona aby uleść rozszerzeniu i skróceniu pod działaniem skurczów. Utrata krwi ze swojej strony zmniejsza siłę życiową i sprawia osłabienie znaczne ustroju ciężarnej. Ztąd skurcze są słabe albo żadne, a krwotok trwa dotąd, dopóki szyjka nie dosięgnie rozmiarów dolnego obrybu macicy, równającego się średnicy dużej szklanki. Oprócz tego, mówi BARNES, często krwotok pochodzi z naddarć, z ran szyjki zrobionych wprowadzającą ręką.

W tym względzie BARNES stoi w sprzeczności ze zdaniem ogólnie przyjętym. Prawie wszyscy akuszerowie zgadzają się na to, że w ogóle w przypadkach wadliwego przyczępienia łożyska szyjka pod wpływem samych krwotoków rozmięka, spłaszcza się, gdy zaś BARNES przeciwnie przypuszcza, że stawia opór, który przyrównywa do oporu przy poronieniach.

Prelegent nie uważa swego doświadczenia za dostateczne, aby wypowiedzieć w tej kwestyi zdanie stanowcze. Jednak w 16 przypadkach, które miał sposobność dotąd spostrzegać, nigdy nie spotkał tego oporu szyjki, o którym mówi BARNES, przeto skłania się do zdania wszystkich swoich nauczycieli i poprzedników.

Zatem dwie są teoryje: według jednej krew pochodzi z łożyska i jego naczyń, ta jest zupełnie nieprawdopodobną; druga przypuszcza pochodzenie krwi z macicy, z tą różnicą, że podług zdania znacznej liczby zwo-



lenników tej teorii krwotok koniecznie trwa przez cały przeciąg porodu za wyłączeniem rzadkich bardzo wyjątków, podług zaś BARNES'A ustaje on koniecznie, skoro praca porodowa dosięgnie pewnego stopnia. W każdym razie nadmienić należy, że teoria BARNES'A niezupełnie jest nową, gdyż już w r. 1865 (w *Archives de Médecine*) Dr. LEGROUX ogłosił rozprawę bardzo zajmującą, w której rozwinął obszernie podobne zasady.

**Przebieg.** Powróćmy do objawów, o których wyżej wspomnieliśmy i rozpatrzmy przebieg krwotoków, ich wpływ na poród i odwrotnie porodu na takowe. Wspomnieliśmy o zdaniu NAEGELE'GO, który przypuszcza, że krwotok występuje prędzej, jeżeli łożysko jest przyczepione na ujściu, później, gdy jest przyczepione w sąsiedztwie jego. Fakta zupełnie usprawiedliwiają to zdanie i w ostatnim przypadku nie rzadko pojawia się krwotok tylko przy końcu ciąży lub w początkach porodu. Lecz trzeba zawsze, jak powiada DUNAL, aby przyłączyła się przyczyna ogólna, moment wywołany jedną z przyczyn powyżej wskazanych, które działając własnym wpływem, albo łącząc się z jednoczesnem róższerzeniem dolnego odcinka macicy i szyjki, wywołują krwotok w pewnej epoce ciąży.

Krwotok jest zawsze zewnętrzny i następuje zaraz bezpośrednio po odklejeniu się łożyska; w niektórych razach może on wstrzymać się przez powstanie skrzepów zatykających, lecz to tylko chwilowo i po pewnym czasie krew pojawia się zawsze. Zwykle jeżeli odpływ jest obfity i kilkakrotny—rozmiękcza szyjkę, rozszerza ją i wywołuje pracę porodową. Często poród jest przedwczesny, lecz prelegent nie może zgodzić się na zdanie GENDRIN'A, który utrzymuje, że poród nie zaczyna się jak dopiero wtedy, gdy oznaki przerwanej ciąży przez śmierć płodu są widoczne; przypadki, w których dzieci rodzą się żywe i siłami samej macicy przeczą najzupełniej powyższemu przypuszczeniu.

Przejdźmy do wpływu pracy porodowej na krwotok.

Ujście wewnętrzne macicy może nie otworzyć się, jak dopiero w chwili porodu albo też rozszerzyć się już pod wpływem wielokrotnych, obfitych krwotoków. Bóle z początku słabe, zwiększają się stopniowo, równie jak i krwotok. Lecz zwykle skurcze macicy są słabe, niezupełne, co pochodzi od stanu osłabienia, w który kobieta popada, a szczególnie jej narząd krwi bezpośrednio pozbawiony. Ztąd powstaje po pewnym czasie zupełne zatrzymanie pracy porodowej, wymagające szybkiego wdania się naszego, aby zachować życie dwóch istot, za które akuszer jest odpowiedzialnym.

Jednak niezawsze tak się dzieje, a w niektórych rzadkich przypadkach siły samej przyrody wstrzymują utratę krwi jużto przez szybkie ukończenie porodu, już też podczas jego przebiegu. To ma miejsce szczególnie: 1<sup>o</sup> Jeżeli kobieta nie jest zbyt wycieńczoną, szyjka miękka, jej ujście łatwo daje się rozszerzyć; jeżeli miednica jest dobrze ukształtowaną, położenie płodu prawidłowe i nadewszystko jeżeli dzielne skurcze macicy trwają bez przerwy. 2<sup>o</sup> Przy przyczepieniu łożyska brzeżnem, gdy po pęknięciu osłon i odejściu wody część przodująca płodu zstępuje i tworzy zatykadło wewnętrzne. 3<sup>o</sup> Gdy łożysko rozdziera się w swoim środku



(przypadki niezmiernie rzadkie) albo przy swoim brzegu i tworzy przejście dla wody i płodu. 4<sup>o</sup> W końcu gdy łożysko spychane przez płód wydalone jest przed takowym. Zobaczmy później, że SIMPSON oparł na tej możliwości swój sposób leczenia.

Lecz krwotok nie zawsze ustaje po porodzie, a bezwład następny macicy wikła często położenie rzeczy i prowadzi do grobu kobietę, która zdawała się już uniknąć niebezpieczeństwa, jakie ją osiągnąć miało.

Co do wpływu krwotoku na pracę porodową, to tylko wtedy, gdy on jest obfity, następuje rozmięczenie warg i lekkie rozszerzenie ujścia, które jeśli dosięga tego stopnia, że można przeprowadzić palec, to oznacza rozpoczęcie pracy porodowej, przy której łatwo wysledzić łożysko. Takowe stawia przeszkodę tworzeniu się pęcherza z wodą płodową, w skutek czego po pewnym czasie następuje wstrzymanie bólów i bezwład macicy, utrata zaś krwi trwa ciągle aż do zupełnego wyciężenia kobiety.

Przy krwotokach słabych szyjka otwiera się tylko bardzo wolno, z kąd powstaje nowe niebezpieczeństwo, które będzie tem groźniejsze, im więcej łożysko pokrywa ujście wewnętrzne. Jeżeli łożysko pokrywa je tylko częściowo, wtedy pod wpływem stopniowego jej rozszerzenia, brzeg wolny łożyska znajdzie się coraz więcej oddalony od ujścia wewnętrznego; wskutek tego osłony płodowe, które przyczepiają się do owego brzegu pojawiają się z kolei w ujściu. Dalej powstaje dążność do tworzenia się pęcherza płodowego, której sprzyja niekiedy położenie poprzeczne albo wysokie płodu. Pęcherz ze swojej strony działa na ujście, rozszerza je, sam zwiększa się, następuje wreszcie jego pęknięcie i opuszczenie części przodującej płodu, która działa z kolei także na ujście rozszerzając takowe; sprawa porodowa postępuje jednostajnie, szczególnie jeżeli położenie płodu jest prawidłowe i kobieta dobrze zbudowana. Zobaczmy przy rozbiórce leczenia, że naturalny ten przebieg praktycznie spożytkowano. (d. c. n.)

## PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA LEKARSKIEGO CUDZOZIEMSKIEGO.

O postaciach, umiejscowieniu i przyrodzie gościcowych porażen  
nerwu twarzowego (*paralysis rheumatica nervi facialis*).

Podał Wl. Gajkiewicz.

Kilka uwag dotyczących tego przedmiotu, które już to osobiście słyszeliśmy na kursie Elektroterapii i Patologii chorób nerwowych prof. ERBA w Heidelbergu, już to poczerpnęliśmy z pracy jego pomieszczonej w *Deutsches Archiv f. klin. Med. XV Bd. I H.* jako dodatek do obszernego dzieła (patrz *Ziemssen's Handbuch der speciel. Path. u. Ther. XII Bd.*), ośmielamy się podać czytelnikom „MEDYCYNĘ” ze względu na wartość ich praktyczną i naukową.

Odróżniano dotychczas 2 postaci porażen gościcowych (reumatycznych) n. twarzowego: lekką i ciężką. Za podstawę do tego podziału przyjęto zachowanie się nerwu i mięśni przezeń zaopatrywanych pod wpływem prądu elektrycznego. W lekkiej postaci cierpienia pobudzalność elek-



tryczna nerwu i mięśni, tak przy użyciu prądu przerywanego, wzbudzonego (faradyzacyjnego) jak i stałego (galwanicznego), jest prawidłowa podczas całego przebiegu choroby. Rokowanie (*prognosis*) w tych lekkich postaciach jest bezwarunkowo pomyślne, mogą one przejść po 2—4 tygodniach nawet bez leczenia. Przeciwnie ciężkie postaci porażenia góscowego n. twarzowego odznaczają się zmienioną pobudzalnością elektryczną nerwu i mięśni, a mianowicie, tak nazwanym przez prof. ERB'A „o d e c z y n e m z w y r o d n i e n i a” (*Entartungsreaction*)<sup>1)</sup>. Rokowanie w nich wzglę-

<sup>1)</sup> Jakkolwiek odstępimy od głównego przedmiotu, przez wzgląd jednak iż nazwa ta niedawno (1872) do nauki wprowadzona, nie dla wszystkich może być dobrze znana, podajemy krótkie jej objaśnienie. Użył jej pierwszy prof. ERB, celem krótkiego oznaczenia pewnej liczby zmian elektrycznych, jakościowych i ilościowych, jakie zachodzą w mięśniach i nerwach porażonych. Jak wiadomo mięśnie i nerwy ciała naszego możemy pobudzać do czynności za pomocą prądu elektrycznego. Otóż przy porażeniu jakiegokolwiek nerwu (ruchowego), pobudliwość ta ulega zmianom, które różne są w nerwie i mięśniach w jakich się on rozkrzewia. I tak: w nerwie, w krótkim czasie po porażeniu go (2—3 dnia) pobudliwość faradyczna i galwaniczna powoli lecz ciągle się zmniejsza a wreszcie (7—12 dnia) zupełnie znika, tak iż wtedy najsilniejszy nawet prąd elektryczny nie wywoła najmniejszego nawet drgnięcia mięśnia, czem jak wiadomo mierzymy czynność nerwu w nim się kończącego. W mięśniu, odmiennie się zachowuje pobudliwość faradyczna i galwaniczna. Względem strumienia faradycznego mięsień porażony zachowuje się tak samo jak nieczynny nerw, to jest pobudliwość jego stopniowo zmniejszającą się, ginie w końcu najzupełniej. Co do pobudliwości galwanicznej mięśnia porażonego to ta w pierwszym tygodniu również się zmniejsza, lecz już w przebiegu drugiego tygodnia zaczyna się zwiększać a w następnych podnosi się coraz więcej, tak iż, jeżeli np. w zwykłym stanie mięsień potrzebuje do wywołania w nim skurczu 6—8 elementów przyrządu galwanicznego STÖRER'A, to mięsień unerwiany przez nerw porażony kurczy się już przy użyciu 4 lub nawet 2 elementów. Oprócz tej zmiany ilościowej, to jest zwiększenia pobudliwości galwanicznej mięśnia, spostrzegamy i zmiany jakościowe. Mianowicie, zazwyczaj skurcze mięśniowe wywołane elektrycznością są szybkie, krótkotrwałe, prędkości błyskawicy; tymczasem w porażonym mięśniu, mimo iż przychodzą one do skutku już pod wpływem bardzo słabych prądów, są leniwe, powolne i trwają długo. Zachodzą w mięśniu porażonym i inne jeszcze zmiany jakościowe. Z Fiziologii nerwów (prawa drgań PFLÜGER'A) wiadomo, że działanie pobudzające bieguna ujemnego (*Kathode*) silniejszym jest jak dodatniego (*Anode*), tak iż przy traktowaniu nerwu ruchowego prądem galwanicznym, pierwszy skurcz w mięśniu przezeń unerwionym pozostaje przy *Ka* i to przy zamknięciu jego (dla krótkości oznaczamy *KaZS*) a przy wzrastającej mocy prądu przystępuje do *KaZS* po kolei: skurcz przy otwarciu *An* (*AnOS*), skurcz przy zamknięciu *An* (*AnZS*) a najsilniejszego trzeba prądu by powstał skurcz przy otwarciu *Ka* (*KaOS*). Otóż przy „odczynie zwyrodnienia” następuje taka zmiana jakościowa w tych prawach skurczu, iż *AnZS* następuje tak łatwo, lub nawet łatwiej jak *KaZS*, a przy otwieraniu prądu *KaOS* prędzej jak *AnOS*. Dla uzupełnienia obrazu „odczynu zwyrodnienia” inniśmy dodać, że i pobudzalność mechaniczna mięśnia (przy uderzeniu palcem lub zwykłym młotkiem opukowym) jest zwiększoną, to jest iż tak lekkie uderzenia młoteczkami, jakie w zwykłym stanie przechodzą bez śladu, wywołują już tutaj skurcz mięśnia, którego gałęzie nerwowe daje nerw porażony. Zebrawszy to wszystko w krótkości, powtarzamy iż w Elektroterapii rozumie się obecnie pod nazwą: „odczyn zwyrodnienia” zniknięcie pobudliwości faradycznej i galwanicznej nerwu porażonego, zaniknięcie pobudliwości faradycznej w mięśniu, powiększenie pobudliwości jego galwanicznej, zmiany jakościowe (w prawie drgań i przyrodzie skurczów) powyżej opisane i powiększenie pobudliwości mechanicznej mięśnia porażonego. Te uderzające różnice w zachowaniu się mięśnia odnośnie do prądu faradycznego i galwanicznego, objaśnia się tem, iż mięsień utracił zdolność oddziaływania na pobudzenia jego tak krótko trwające, jak to ma miejsce przy prądzie



dnie jest niepomysłne. Do wyleczenia potrzebują długiego czasu i nie zawsze jest ono zupełne (czasem pozostają przykurczenia mięśni od zmiany ich w bliźnię powoli scągającą się). Spostrzeżenia jednak kliniczne okazały, że jest i trzecia postać — pośrednia między 2-ma tu przytoczonymi, w której rokowanie jest także pomysłne. Postać ta pośrednia odznacza się tem, że w niej pobudliwość faradyczna i galwaniczna nerwu jest lekko zmniejszoną, bynajmniej jednak nie zniesioną, podczas gdy w mięśniach mamy „odeczyn zwyrodnienia.” Jeśli z zachowania się mięśnia i nerwu pod wpływem elektryczności możemy sądzić o zmianach jego anatomicznych (co jak wnosząc z uwag przytoczonych przy „odeczynie zwyrodnienia” do pewnego stopnia jest możebnem), to w tych postaciach pośrednich mielibyśmy w mięśniu powyżej (w odsyłaczu) opisane zmiany zwyrodnienia, gdy tymczasem utkanie nerwu byłoby niezmiennem. Czy to jest możliwem, nie można jeszcze wyrzec w obecnym stanie nauki, bo też nie zgodzono się jeszcze czy zmiany zachodzące w mięśniu porażonym przypisać należy przejściu zapalenia z nerwu na tkankę mięśni (*neuritis ascendens propagata*) czy tak zwanym nerwom odżywczym (*nervi trophici*) nie przez wszystkich przyjmowanym.

Co do siedliska przyczyny porażającej, to wszyscy obecnie zgadzają się iż jest obwodową, to jest że dotyka nerw dopiero po wyjściu jego z mózgu, a sądząc z zajęcia wszystkich mięśni twarzowych, porażonym być musi sam pień nerwu twarzowego. Pień ten, jak wiadomo, leży po części na podstawie czaszki, po części przebiega w przewodzie słuchowym wewnątrz, w przewodzie Fallopiusza, a nawet pewna jego część leży zupełnie na zewnątrz tego ostatniego, to jest na zewnątrz części twardej czaszki. Większa część badaczy skłania się, iż siedlisko cierpienia goścącego nerwu twarzowego jest w przewodzie Fallopiusza. Na podstawie licznych faktów fizjologicznych i patologicznych, a mianowicie z uwzględnienia zachowania się pojedynczych gałęzi n. twarzowego, możemy dokładniej jeszcze oznaczyć miejsce choroby. I tak, zaczynając od obwodu, to pierwszą gałęzią jaką oddaje pień nerwu twarzowego w przewodzie Fallopiusza tuż przy otworze rylco-sutkowym (*foramen stylomastoideum*) jest nerw uszny tylny (*n. auricularis posterior*). Stanowi on granicę między częścią pnia nerwu twarzowego, położonego na zewnątrz i wewnątrz przewodu Fallopiusza. Ztąd z udziału jego w porażeniu, wnosimy czy przyczyna porażająca jest poniżej lub powyżej tej granicy. Porażenie jego poznajemy z porażenia mięśni które on unerwia (*m. occipitalis, retrahens auriculae etc.*). Mało jednak ludzi jest w stanie dokonywać dobrowolnie ruchy temi mięśniami, tak że o udziale nerwu usznego tylnego w porażeniu przeko-

faradycznym, gdy tymczasem odpowiada silniejszymi jak prawidłowo skurozami na długotrwałe pobudzenia jego prądem galwanicznym. Przy zejściu niepomysłnem, zwiększona pobudzalność mięśni galwaniczna i mechaniczna także z czasem znika. Zmiany te w zachowaniu się elektrycznem mięśni i nerwów stoją w ścisłym związku i zależą od zmian histologicznych jakie w nich zachodzą. W nerwie następuje zanik (*atrophia*) włókienek składających go. po poprzednim skrzepnięciu, rozpadzie i stłuszczeniu rdzenia (*Markscheide*); nitka osiowa (*Axencylinder*) zostaje niezmienną (lekkie przypadki), lub także zanika (ciężkie przypadki). Jednocześnie z zanikiem pierwiastków nerwowych, następuje przerost tkanki łącznej (*cirrhosis nervi*), mianowicie samego onerwia (*neurilemma*) jak i tkanki przedzielającej włókienka. W mięśniu znów następuje także zanik włókienek skurozowych, prążkowanie ich poprzeczne staje się niewyraźnem, przerost jąder mięśniowych, zmiana chemiczna istoty kurczliwej (*wachstartige Degeneration*) a nadto podobnie jak w nerwie bujanie tkanki łącznej (*cirrhosis*). Zmiany te w nerwie i mięśniach usprawiedliwiają nazwę „odeczyn zwyrodnienia.”



nywa nas dopiero badanie elektryczne. Porównawszy zachowanie się nerwu tego i mięśni przez niego unerwianych z obu stron, dostrzeżemy w razie zajęcia jego na jednej stronie „odezwy zwyrodnienia.” Drugą gałęzią pnia nerwu twarzowego w przewodzie Fallopiusza jest struna bębenkowa (*chorlata tympani*). Jest ona nerwem smakowym dla  $\frac{2}{3}$  części przedniej odpowiedniej połowy języka. Liczne bardzo spostrzeżenia patologiczne okazują, iż przy porażeniu nerwu twarzowego bywają zbożenia w smaku. Jeżeli więc przy takowem porażeniu smak na przedniej części języka jest zmieniony lub zniesiony, to wskazuje to iż siedlisko przyczyny porażającej jest powyżej odejścia struny bębenkowej. Pytanie tylko, czy w podobnym przypadku, przyczyny szukać mamy w całej części nerwu twarzowego który leży powyżej struny bębenkowej, czy też tylko w pewnym jego kawalku, innemi słowy, czy włókna struny bębenkowej przebiegają w n. twarzowym aż do mózgu, czy też go prędko opuszczają i w innym kierunku dostają się do mózgu. Liczne fakta, mianowicie: zupełne zniknięcie smaku na odpowiedniej stronie języka po przecięciu w czaszce nerwu trójdzielnego (*n. trigeminus*) całego lub 2 pierwszych jego gałęzi, zniesienie smaku po wycięciu zwoju klinopodniebiennego (*ganglion sphenopalatinum*) lub po przecięciu połączeń jego z n. twarzowym z jednej a z n. trójdzielnym z drugiej strony, zmiany smakowe jakie spotrzegamy przy porażeniu n. trójdzielnego na podstawie czaszki przy nietkniętym n. twarzowym (na co prof. ERB przytacza 15 opisów chorób podanych przez różnych badaczy, które dla braku miejsca opuszczamy), przypadki w których cierpieniu n. twarzowego na podstawie czaszki brak było wszelkich zmian smakowych; wszystkie te dane skłoniły większość badaczy do przyjęcia zdania SCHIFF'A, iż włókna struny bębenkowej opuszczają n. twarzowy na wysokości zwoju kolankowego (*ganglion geniculatum*) i różnemi drogami (*n. petrosus superficialis major*, *ganglion sphenopalatinum*, *ganglion oticum* etc.) dostają się do n. trójdzielnego, mianowicie 2-eh pierwszych jego gałęzi, a z nim do mózgu. Odnosnie do naszego zadania, mianowicie rozpoznania siedliska porażenia, możemy powiedzieć: jeżeli przy porażeniu n. twarzowego obecnymi są zmiany smakowe, to przyczyna porażenia musi leżeć na jakimkolwiek miejscu powyżej odejścia struny bębenkowej, aż do zwoju kolankowego włącznie. Prócz czynności smakowych jak wiadomo struna bębenkowa jest nerwem wydzielniczym dla slinianek. Niezawsze jednak przy porażeniu jej mamy zmniejszenie wydzieliny śliny—suchość jamy ust. Zresztą nie zwracano na ten punkt przy porażeniu nerwu twarzowego dotąd dostatecznej uwagi. Trzecią gałęzią n. twarzowego jest n. strzemiączkowy (*stapedius*). Udział tego nerwu w porażeniu powoduje zmiany słuchowe, tak zwane *Hyperacusis WILLISIANA* v. *Oaryokoia* (WOLFF). LUCAE znalazł, iż małe mięśnie ucha służą do nastrajania (akkomodacyi), nateżacz bębenka (*tensor tympani*) do akkomodacyi tonów muzykalnych, a strzemiączkowy do najwyższych tonów niemuzycznych. Przy porażeniu n. strzemiączkowego wszelkie szmery odczuwają się bardzo głośno i boleśnie. Jeżeli więc ten objaw istnieje przy porażeniu n. twarzowego, to miejsce porażenia jest powyżej odejścia n. strzemiączkowego. Z powodu bardzo częstego jednoczesnego cierpienia usznego, *Hyperacusis* nie jest częstym objawem. Czwartą i ostatnią gałęzią pnia n. twarzowego, którą on wydaje przebiegając przez przewód Fallopiusza jest nerw skalisty powierzchniowy większy (*n. petrosus superficialis major*), biegnący od zwoju kolankowego do zwoju klinopodniebiennego. W tym przebiegu przyczynia się on do utworzenia n. Vidiusza (*n. Vidianus*). Jakiś wyżej widzieli, zawięra on prawdopodobnie wielką część włókien smakowych struny bębenkowej. Prócz tego posiada on włókna ruchowe dla mięśni podniebienia miękkiego (*palatum molle*) i języczka



(*uvula*) i dla tego widzimy niekiedy przy porażeniu n. twarzowego, porażenie mięśni wymienionych dopiero części. Wymienienie mięśni podniebiennych i języczka zaopatrywanych przez n. twarzowy i objawy jakie powstają gdy takowe zostaną porażone, opuszczamy jako wychodzące poza granice przedmiotu o którym postanowiliśmy mówić. Wspomnieliśmy tylko musimy iż skosne położenie języczka nie dowodzi jeszcze porażenia n. skalistego pow. więk., bo bywa i u zdrowych zupełnie osób. Dla nas obecnie jest to ważnem, iż udział podniebienia miękkiego w porażeniu pozwala nam wnosić, iż przyczyna powodująca je leży powyżej zwoju kolankowego.

Jak więc widzimy z przytoczonego, w wielu przypadkach możliwym jest dokładne oznaczenie miejsca porażenia. Podzielić możemy pień n. twarzowego (jak to czyni prof. ERB) na 6 części: 1) Pień na zewnątrz przewodu Fallopiusza. Objawy porażen w tem miejscu: porażenie wszystkich gałęzi twarzowych, n. uszny tylny (*n. auricularis post.*) nie zajęty— w smaku, słuchu, wydzielinie śliny, w ruchach podniebienia nie nieprawidłowe. Nadmienić musimy, iż to umiejscowienie jest bardzo rzadkie. ERB z własnej dość licznej praktyki nie może podać żadnego wypadku a i w literaturze podobnego, opisanego nie znalazł; powiada jednak, iż prawdopodobnie tak zwane „lekkie postaci” gościcowego porażenia n. twarzowego tu należą i radzi zwrócić na to uwagę. 2) Pień wewnątrz przewodu Fallopiusza a poniżej odejścia struny bębenkowej. Objawy: porażenie wszystkich gałęzi nerwowych zewnętrznych (to jest, twarzowych i n. usznego tylnego)—smak, słuch, wydzielanie śliny, zachowanie się podniebienia miękkiego prawidłowe. 3) Pień nerwowy od odejścia struny bębenkowej aż do n. strzemiączkowego. Objawy: prócz porażen opisanych pod 2, to jest porażenia wszystkich mięśni twarzowych i mięśni zaopatrywanych przez nerw uszny tylny, mamy wtedy zmiany smakowe na odpowiedniej połowie języka (czasem zmniejszenie ilości śliny); słuch i ruchy podniebienia nie zmienione. 4) Pień od n. strzemiączkowego aż do zwoju kolankowego (*ganglion geniculatum*). Objawy porażenia tej części: porażenie gałęzi twarzowych, n. usznego tylnego, zmiany smakowe, zmiany w wydzielaniu śliny, zboczenia słuchowe, czynność podniebienia miękkiego nie zmienione. 5) Okolice samego zwoju kolankowego. Objawy: porażenie wszystkich gałęzi zewnętrznych twarzowych, n. usznego tylnego, struny bębenkowej, n. strzemiączkowego i n. skalistego powierzchownego większego, to jest porażenie wszystkich gałęzi jakie n. twarzowy wydaje w przewodzie Fallopiusza, a więc brak czynności któremi te gałęzie rządzą. 6) Pień n. twarzowego powyżej zwoju kolankowego aż do wejścia go do mózgu. Objawy: takie same jak przy porażeniu części 5, tylko ponieważ przebieg struny bębenkowej od ośrodka nerwowego aż do obwodu nie jest przerwany, smak niezmieniony.

Zachodzi teraz pytanie, jak się zachowuje gościcowe porażenie n. twarzowego odnośnie do umiejscowienia jego? Z 35 podobnych przypadków, jakie prof. ERB pytaacza już to z własnej praktyki, już też znalazł w literaturze opisane, 23 a więc blisko  $\frac{2}{3}$  pochodziło od porażenia pnia n. twarzowego poniżej odejścia struny bębenkowej, 4 przypadki porażenia 3-ej części, 5 przypadków porażen 4-ej części, 1 tylko porażenia 5-ej części, wreszcie 2 przypadki (i to bardzo wątpliwe) porażenia 6-ej części, innymi słowami, gościcowe porażenie n. twarzowego jest cierpieniem, które zajmuje pień n. twarzowego zwykle poniżej odejścia struny bębenkowej (a więc w najniższej części przewodu Fallopiusza), w małej tylko liczbie przypadków rozszerza się dalej w górę aż na wysokość struny bębenkowej i n. strzemiączkowego, a bardzo rzadko wyżej. Podstawiając w to zdanie, ogólnie obecnie przyjmowane twierdzenie, iż podobne porażenia gościcowe zależą od lekkiej sprawy zapalnej w onerwii (*neurilemma*), to cierpienie opisywane można określić



jako zapalenie n. twarzowego (*neuritis facialis*), napadające nerw u wyjścia jego z otworu rylosutkowego, które to zapalenie albo ogranicza się do tego punktu i najbliższego jego otoczenia, lub co rzadziej, może się posuwać wzdłuż samego nerwu coraz wyżej. Miejscowe warunki (małe rozmiary przewodu) tłumaczą, dla czego nawet bardzo małe zapalne obrzmienie onerwia wywołuje wysokiego stopnia ucisk nerwów, zniesienie przewodnictwa jego, co się wyraża „odezynem zwyrodnienia.” Która znów część pnia aż do wyjścia struny bębenkowej, 1-a czy 2-ga z wyżej przytoczonych porażoną zostaje, rozstrzygnąć może udział w cierpieniu n. usznego tylnego, na co dotychczas uwagi nie zwracano. Prof. ERB wypowiedział przekonanie, iż w lekkich postaciach porażenia goścowego n. twarzowego siedlisko cierpienia jest zewnątrz przewodu Fallopiusza (część pierwsza), w tem to bowiem miejscu nerw twarzowy leży w luźnej tkance, przy obrzmieniu więc goścowym onerwia nie może być silnie uciśnięty; ztąd i brak „odezynu zwyrodnienia.” W ciężkich zaś przypadkach porażenia, cierpienie jest umiejscowione w dolnej części przewodu Fallopiusza (część 2), przy czem z powodu ograniczenia przestrzeni, ucisk nerwu a więc i „odezyn zwyrodnienia” są niemiuniknione. Odpowiednio temu prof. ERB we wszystkich ciężkich przezeń spostrzeganych przypadkach widział porażenie i n. usznego tylnego. O zachowaniu się tego ostatniego nerwu w lekkich przypadkach nie powiedzieć nie może, bo lekkiego goścowego porażenia n. twarzowego dotąd nie widział. Gdyby się sprawdził ten domysł, to w badaniu elektrycznym zyskalibyśmy wygodny sposób rozpoznawczy. Mianowicie przy zupełnie zachowanej pobudliwości elektrycznej nerwu, porażonymby był pień n. twarzowego na zewnątrz przewodu Fallopiusza leżący, to jest cz. 1, przeciwnie gdybyśmy znaleźli przy badaniu elektrycznym „odezyn zwyrodnienia” to cierpienie byłoby w części leżącej najniżej w przewodzie Fallopiusza (część 2). Nadto nabrałyby przez to większej pewności nasze pojęcia o przyrodzie cierpień goścowych.

### KRÓTKIE SPRAWOZDANIA Z POSTĘPU WIEDZY LEKARSKIEJ ZA GRANICĄ.

Przemieszczanie (*transplantatio*) kawałków kości. Śmiały pomysł zapelniania braków kostnych na drodze przenoszenia kawałków kości, jak pisze prof. NUSSBAUM w Monachijskiem *Aerzil. Intelligenzblatt*, Nr. 8—1875, od czasu do czasu staje się przedmiotem doświadczeń, po większej części jednakże bezowocnych, skutek bowiem nie był zadawalniający: zazwyczaj przemieszczone kawałki kości obumierały. MEEKREN'owi szczęśliwie udało się zastąpić wycięty kawałek czaszki na drodze przeniesienia takiej samej wielkości wycinka kostnego z czaszki psa razem z przyległemi częściami miękkimi. Z drugiej strony zawsze niepomysłnie się kończyły próby BÜNRING'A zastąpienia braku podniebienia twardego przez dwa kawałki kości, a nawet często pozostawał brak większy, jak poprzednio. Prof. N. pierwszy czynił odnośne doświadczenia na kończynie i przytacza jeden przypadek z pomyslnem zejściem. U oficera K r a u s'a w skutek postrzału w r. 1870 nastąpiło złamanie kości łokciowej w jej środku, w następstwie czego w tem miejscu utworzył się staw rzekomy. Zaostrzone końce ułamków kostnych łączyły się ze sobą tylko za pomocą cienkiego bliznowego pasemka. Jakkolwiek kość promieniowa była nietknięta, to jednak czynność kończyny tak była małą a ruchy nieprawidłowe tak dalece znaczne, iż K. uważano za inwalidę. To zmusiło go do poddania się rękoczynowi, który wykonał prof. N. 14 Lipca 1873 r. Po zachloroformowaniu chorego przedewszystkiem obnażył rzekomy staw i za pomocą nożyc odciął ostre końce chrząstkowate i wązkie wiązadło rzekome. Następnie przepiłował poprzecznie do połowy kość łokciową w części górnej w odległości około 5 centim. od końca i za pomocą dłota i młotka oddzielił kawałek górny tejże kości łącznie z okostnią jednak w ten sposób, żeby oddzielony kawałek kostny był połączony małym mostkiem. Nareszcie pomiędzy górny i dolny ułamek kostny



przełożył oddzielony kawałek kości w taki sposób, iż powierzchnia jego górna stała się obecnie zewnętrzną, dolna wewnętrzną, zewnętrzna zaś powierzchnia—górną. Przy tem krwawienie tamował za pomocą ciągłego polewania wodą z domieszką kwasu karbolowego. Brzegi rany połączył szwem i nałożył okienkowy opatrunek gipsowy. Oddziaływanie było nieznaczne, po paru tygodniach oddzieliła się obumarła blaszka kostna, bardzo cienka i na 2 cetim. długa. Przy końcu Sierpnia chory opuścił szpital w znacznie polepszonym stanie, w Grudniu zaś 1874 r. na powrót wstąpił do wojska, gdyż postrzelona kończyna odzyskała wszystkie prawidłowe ruchy.

T. Ż—a.

Obrażeczka miedzianna tkwiąca w krtani przez cztery lata; przecięcie krtani pod kością gnykową (*laryngotomia subhyoidea*); wyzdrowienie. Opisany przypadek tyczy się chłopczyka A. B., liczącego lat  $6\frac{1}{2}$ , który przypadkowo przed 4-ma laty połknął obrączkę miedzianną, poczem natychmiast wystąpiła znaczna duszność i sinica. Wówczas jedna z osób otaczających wprowadziwszy palec do gardzieli dziecka, poczuła w niej ową obrączkę i popchnęła ją głębiej, w skutek czego dziecko zaczęło oddychać swobodniej. Wezwany wkrótce lekarz usiłował wyjąć obce ciało, lecz bezskutecznie i wniósł iż przeszło ono do żołądka. Jednakże zastosowanie środków wymiotnych i przeczyszczających pozostało bez skutku. W nocy oddech stał się świszczącym i pozostał takim do chwili operacji, sen jednak był zupełnie spokojnym. Od dnia wypadku zjawiał się lekki bezgłos i kaszel, trwający już później ciągle, dziecko zaczęło blednąć i słabnąć. Od 6-ciu tygodni chory począł doznawać ziębienia, oddech jego stał się ciężkim, głos zniknął i co noc występowały długie i gwałtowne napady kurezu krtaniowego. Nakoniec w ostatnim tygodniu napady te powtarzały się 5 do 6-u razy w ciągu jednej nocy; przytem godnem jest uwagi, iż przełykanie ciągle pozostawało zupełnie swobodnem. Przyzwany do chorego Dr. LEFFERT za pomocą badania wziernikiem krtaniowym odkrył ową obrączkę utkwioną w krtani. To skłoniło go do wykonania przecięcia krtani. Przedtem jednakże, chcąc choremu ułatwić oddychanie podczas tego rękoczynu i zapobiedz przykrym skutkom zapalenia następowego, wykonał uprzednie przecięcie tawicy. Następnie dopiero przystąpił do rękoczynu głównego. Naprzód odszukawszy położenie kości gnykowej zrobił cięcie równoległe do jej brzegu dolnego na 3 cale długie; w ten sposób po przecięciu skóry, tkankę łączną podskórną i części wewnętrzną mm. mostko-obojęczykowych i tarczko-gnykowych, odkrył błonę tarczko-gnykową, którą następnie przeciął lecz na mniejszej przestrzeni, odkrywając tym sposobem pod nią leżącą warstwę komórkowo-tłuszczową. Tu w celu uniknienia niebezpieczeństwa zranienia nagłośni, zacementował haczykiem o tę warstwę komórkowo-tłuszczową i mocno ściągnął nagłośnię ku dołowi, wówczas nożem (*bistouri*) obróconym ostrzem ku górze i dotykającym brzegu dolnego kości gnykowej przebił z lewej strony błonę śluzową, oddzielającą podstawę języka od nagłośni; w otwór wprowadził zgłębnik żłobkowany i po nim otwór ten rozszerzył ku stronie prawej. Następnie Dr. L. uchwycił nagłośnię i przyciągając ją ku przodowi pozyskał możność dokładnego obejrzenia części górnej głośni w której znajdowała się obrączka. Uchwyciwszy ową obrączkę szczypekami wydobyl ją bez wielkiej trudności. W końcu brzegi rany błony śluzowej połączył szwem z nitki jedwabnej, z wierzchu zaś nałożył szew metalowy. Skutki szwu na błonę śluzową nałożonego, były bardzo pomysłne; przez ranę podczas przełykania nie przechodził ani płyn, ani pęcherzyki powietrza. Wyzdrowienie nastąpiło bardzo szybko.

Obecność i tworzenie się mętlików (wibryjonów) w ropie. A. BERGERON uzupełniając pracę GOSSELIN'A nad znaczeniem czynników w chorobach chirurgicznych, z okazji opatrunku watowego GUERIN'A (o czem podaliśmy wiadomość w Nr. 10 „MEDYCYNY” z r. b.) przyszedł do następujących wniosków: 1) Mętliki zdarzają się w ropie ropni, niezawsze wywołując ciężkie zaburzenia w ustroju. Obecność ich nie należy przypisywać zetknięciu z powietrzem 2) Podobnie nie należy przypuszczać w tych przypadkach, ażeby mętliki dostawały się do ropni drogą układu chłonnego lub krwionośnego, które mogą być od nich zupełnie wolne. 3) Ropa t. z. ropni gorących (*absc. calidi*) u osób dorosłych zawiera często mętliki; jeżeli zaś zdarzają się w ropniach u dzieci, to nierownie rzadziej; B. ani razu nie znalazł ich u tych ostatnich. 4) Ropnie zimne (*absc. frigidi*)



niewawierają ich nigdy, ani u dorosłych, ani u dzieci. 5) Mętwiki można uważać za wskazówkę ciężkiego stanu zapalnego i pewnej skłonności do rozkładu soków zawierających je. Najczęściej jednakże nie wywierają one na ustroj żadnego wpływu trującego. 6) Bynajmniej nie należy odrzucać przyczyniania się mętwików do powstawania zakażenia gnilnego, tak iż rzadkość występowania posocznicy u dzieci przypisywać możemy ich nieobecności w ropniach gorących u tych ostatnich. 7) Podług B. roztwór podsiarkonu sody stanowi płyn najwłaściwszy do niszczenia mętwików. (*Gaz. méd. de Paris. Nr. 9—1875.*) St. Kw.

**Nadzwyczajna ciepłota ciała.** Dr. ECALÉ na posiedzeniu tow. klinicznego w Londynie opisał szczególny przypadek, który tu w streszczeniu podajemy. Pewna kobieta 5 Września r. z. wskutek spadnięcia z konia złamała dwa żebra (5-te i 6-te). W 6 godzin po tym wypadku ciepłota jej ciała wynosiła  $101^{\circ}$  F. ( $38,3^{\circ}$  C.). W dwa tygodnie potem chora miała się tak dobrze, że skarżyła się jedynie na lekki ból w stosie kręgowym. 3-go Października ciepłota ciała ze  $100^{\circ}$  F. podniosła się do  $101^{\circ}$  i wystąpiły lekkie skurcze w mięśniach kończyn dolnych;—od tej chwili ciepłota ciała ciągle się wzmagala pomimo okładów z lodu stosowanych na stos kręgowy. W ciągu trzech dni następnych ciepłota ciała chorej doszła do  $122^{\circ}$  F. ( $50,6^{\circ}$  C.) z bardzo krótkimi zwolnieniami: spadała rano do  $114^{\circ}$  F. ( $45,5^{\circ}$  C.), aby wieczorem znowu dojść do  $122^{\circ}$  F. W ciągu m. Grudnia ciepłota zwolna opadła do  $110^{\circ}$  F. ( $43,8^{\circ}$  C.) i dopiero w Styczniu doszła do prawidłowej wysokości. Przytomność umysłu była ciągle zachowaną u tej chorej pomimo tak wysokiej ciepłoty; żadnego bezwładu nie dostrzeżono, jedynie lekkie osłabienie w kończynie dolnej prawej. Tak przed tem jak i po wypadku spadnięcia z konia, osoba ta podlegała n a p a d o m h y s t e r y c z n y m. Nadzwyczajna ciepłota w tym przypadku była ściśle i wielokrotnie spawdzoną już to przez ECALÉ'A,—który naumyślnie kazał przygotować dwa ciepłomierze z bardzo obszerną podziałką, które zakładał spólcześnie po jednym w każdą pachę,—już też przez innych lekarzy. (*The Lancet* z 6 Marca 1875 r.) Tym sposobem ta nadzwyczajna wysokość ciepłoty nie ulega powątpiewaniu. Trudno zaiste pojąć możność istnienia ustroju ludzkiego przy tak wysokiej jego cieplocie. Wprawdzie przy obrażeniach mlecza kręgowego występuje bardzo znaczne podwyższenie ciepłoty niekiedy do  $43^{\circ}$  C. dochodzące, lecz w tym razie wyraźnego obrażenia mlecza kręgowego nie było, a co dziwniejsze, że przy  $50,6^{\circ}$  C. całkowita przytomność umysłu była zachowaną, kiedy jak wiadomo, już przy  $41^{\circ}$  C. mąjaczeczenie zwykle ma miejsce. Spostrzeżenie to znowu wykazuje, że u hysteryczek występują takie zjawiska, o jakich.... nawet HIPPOKRATES'OWI się nie śniło. J. R.

Użycie kwasu salicylowego jako środka odwietrzającego i leczącego błonicę. Ze względu na niszczenie przykrej woni i niewywoływanie podrażnienia ciała, kw. salicylowy przewyższa w swem działaniu wszystkie dotychczas znane środki odwietrzające (*desinficientia*). Prof. WINCKEL używał go ze świetnymi wynikami przy wrzodziejącym włóknaku macicy, tudzież do drenowania jamy brzusznej po operacyi wycięcia jajnika (*ovariotomia*); w tym ostatnim przypadku w stosunku 1:600. Doświadczenia L. LETZERICHA (*Berl. allg. med. Central-Zeitung.* z 27 Lutego 1875), czynione nad działaniem tego kwasu na niższe postacie ustrojów błonicowych, jakoto: bakteryje, pecherzyki mikrokokków i swobodne mikrokokki, pokazały, że ruchy zygakowate bakteryj znikaly przedzej lub później, a to stosownie do stopnia nasycenia roztworu kwasu salicylowego. Co się tycze użycia tego środka przy błonicy, to Dr. L. nie wydaje o tem żadnego sądu, gdyż wyleczył nim dopiero dwa przypadki i to lekkich postaci błonicy. Oba te przypadki, w których stosował ten środek tak miejscowo na błonę śluzową, jakoteż wewnątrznie (po 2—4 granów w proszkach) powinny zachęcić do dalszych prób. (*Allg. Wien. med. Zeitg. Nr. 9—1875.*) T. Ż.—a.

### Krótkie wiadomości z Medycyny społecznej i Statystyki lekarskiej.

**Austria.** Opieką państwa nad obłąkanymi. W r. 1871 w dolnej Austrii liczącej 1,800,000 mieszkańców, było obłąkanych umieszczonych w zakładach 1,150; na wolności zaś 829, zatem razem około 2,000 chorych. W ogóle jednak w Austrii liczą na 700 mieszkańców jednego obłąkanego.



Nowe przepisy z d. 14 Maja 1874 r. wymagają, aby każda gmina, a przedewszystkiem lekarze (cyrkulowi, miejscy i powiatowi) znali chorych będących na swobodzie i czuwali nad ich dobrobytem; a w razie potrzeby aby ichumieszczali w zakładach publicznych. Każdy obłąkany powinien mieć opiekuna, a władze sądowe uwiadamiają zakłady o opiekunach nowo-mianowanych. Więcej jednakowoż byłoby do życzenia, aby o każdym obłąkanym natychmiast uwiadamiąną była władza miejscowa.

Chorzy ubodzy utrzymują się w zakładach nie kosztem pojedynczej gminy, lecz tego mianowicie kraju koronnego (prowinicy) w którym chory jest zapisany.

(*Irrenfreund* Nr. 8—1875.)

**Samobójstwa w armijach europejskich.** Stosunek samobójstw w armijach europejskich w ciągu ostatnich lat 10-ciu t. j. 1862—1871 był:

w armii	Angielskiej	jak	0,379	do	1000
„	Francuzkiej	„	0,490	„	1000
„	Belgijskiej	„	0,450	„	1000
„	Pruskiej	„	0,640	„	1000
„	Austryjackiej	„	0,850	„	1000

W Anglii samobójstwo w armii trzy razy większe, aniżeli pomiędzy mieszkańcami cywilnemi.

**Anglija.** Ostatnie ogólne obliczenie ludności w Anglii dokonane dnia 1-go Kwietnia 1871 roku wykazało co następuje. Ogólna liczba mieszkańców wynosiła 31,845,379, w tej liczbie znajdowało się:

ślepych.....	31,150	czyli 1 na	1,015	mieszkańców
„ od urodzenia..	1,968	„ 1 „	16,182	„
głuchoniemych.....	19,237	„ 1 „	1,644	„
idyjotów.....	24,652	„ 1 „	1,302	„
obłąkanych.....	39,567	„ 1 „	574	„

(*Annales Médico-Psychologiques*. 1874. *Septembre*.) Dr. med. A. Rothe.

## KRONIKA MIEJSCOWA.

Choroby panujące w m Kwietniu r. b. były następujące: o dra dosyć często, rzadziej ospa wietrzna i płońca się zdarzały; wszystkie z łagodnym w ogóle przebiegiem. Spozregano nadto ciężkie przypadki gorączki połogowej, krupowe zapalenia płuc, błonicowe zapalenie gardła i zapalenia drobnych oskrzeli, zwłaszcza u dzieci; wreszcie durzyeć wysypkową, różę i zimnicę złośliwą. Jeżeli do tego dodamy dosyć częste przypadki niezłytu ostrego żołądka i kiszki z wymiotami i biegunką, to, z pewnem prawdopodobieństwem przewidywać można że i z cholera w tym roku się spotkamy.

## O g ł o s z e n i a.

### Dr. DOBIESZEWSKI

zawiadamia Szanownych Kolegów, że w mającej nastąpić porze kąpielowej w r. b. już dnia 15 Maja przybędzie do Marienbadu i mieszkać będzie w Villa Schönbrunn na parterze. Dodaje przytem, iż w swem mieszkaniu leczyć będzie elektrycznością: tak prądem stałym jak i przerywanym.

Za leczenie elektrycznością płaci się osobno po 2 rs. (3 złr.) za posiedzenie.

Mam zaszczyt podać niniejszem do wiadomości Szanownych Kolegów moich, że i w roku bieżącym podczas sezonu kuracyjnego w Reichenhall zajmować się będę praktyką lekarską.

w Reichenhall, Willa-Maximiliansbad.

Dr. Józef Bergson.