

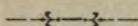
GAZETA LEKARSKA.

I. O PRYZWYCZAJENIU W CZYNNOŚCIACH OKA.

[Odczyt na posiedzeniu sekcji okulistycznej VII zjazdu Lekarzy i Przyrodników polskich we Lwowie].

Podał

Zygmunt Kramsztyk.



Zaczynam od bardzo zwykłego przypadku chorobowego. Chory dotknięty jest postępującym zanikiem nerwu wzrokowego, siła jego wzroku wyraża się niewielkim ułamkiem, określam ją, każąc choremu liczyć palce u ręki; oddalam się stopniowo, wysuwając coraz inną liczbę palców, chory rozpoznaje je dobrze do odległości 12 stóp, po za tem myli się i widzi tylko ruchy ręki. Odsuwam się obecnie na koniec pokoju, na odległość stóp 20 i zbliżam się stopniowo; jestem już od chorego tylko na 12 stóp oddalony, on jeszcze palcy nie liczy, dopiero kiedym o dalsze 3 stopy ku niemu się przysunął. Te stosunki powtarzają się z każdym chorym podobnym: siła widzenia wypada większą, gdy ją badamy, oddalając się od chorego, niż gdy, rozpoczynawszy badanie ze zbyt wielkiej odległości, stopniowo się przybliżamy.

Taki sam otrzymujemy rezultat, gdy badamy, większą naturalnie, siłę widzenia za pomocą zwykłych naszych tablic. Jeżeli badanie rozpoczniemy od wierszy dolnych, od liter najmniejszych i określimy siłę widzenia, a następnie dokonamy tego pomiaru, rozpoczynając badanie od góry, siła widzenia w tym ostatnim razie okaże się zwykle większą; jeżeli chory nie o cały wiersz więcej dojrzy, to wiersz ostatni łatwiej przeczyta i mniejszą liczbę omyłek popełni. Do badania tego faktu tablice nasze są niedogodne, bo chory mimo-woli albo świadomie przebiega okiem całą tablicę, a po kilkakrotnem badaniu pamięć w odgadywaniu znaków mu pomaga. Potrzeba więc zakryć wszystkie wiersze po nad wierszem wskazanym, a lepiej by jeszcze mieć pojedyncze litery na oddzielnych kartkach wydrukowane. Mówiąc nawiasem, takie badanie na oddzielnych kartkach byłoby zawsze ściślejsze, tylko by więcej sprawiało kłopotu. Dla badań, o których mówię, należałoby wzory druku podług drobniejszej urządzić skali, stopniowanie pomiędzy sąsiednimi wielkościami powinno być mniejsze, niż na tablicy SNELLEN'a, a więc i stopni kolejnych więcej.

U ludzi chorych, z osłabioną siłą widzenia, różnica pomiędzy rezultatem tych dwóch badań jest zwykle daleko wyraźniejszą.

Przy badaniu zwężonego patologicznie pola widzenia, granice pola wypadają dalej, jeżeli badanie rozpoczynamy od środka perymetru, aniżeli gdy wskazówkę od obwodu do środka zbliżamy.

Przy porażeniach mięśni ocznych rozległość pojedynczego widzenia okazuje się większą, gdy badanie prowadzimy od przestrzeni pojedynczego widzenia ku podwójnemu, aniżeli, gdy postępujemy w kierunku odwrotnym. Przy tych badaniach różnica dwóch rezultatów wypada może większą, niż przy poprzednio rozbiernych.

Nie prowadziłem badań podobnych odnośnie do akomodacji, ale zapewne i dla tej czynności to samo spostrzeżenie dałoby się potwierdzić.

Przypuszczać należy, że te stosunki odnoszą się nie tylko do czynności oka, ale powtarzają się i we wszystkich innych czynnościach nerwowych organizmu, chociaż natężenie tych czynności trudniej jest określić liczbami, a więc i ściśle porównywać.

Jest to więc zasada ogólna, którą wyrazić można w sposób następujący: każda czynność nerwowa ustroju zdolna jest do większego wysiłku, jeżeli natężenie jej wzrasta stopniowo. Sądzę, że można będzie lepiej tę zasadę sformułować i wiem, jak wiele zależy od ujęcia takiej zasady w wyrazy, alem tego lepiej spełnić nie zdołał.

Możnaby przypuścić, że wzmocnienie czynności zależy od zwrócenia uwagi. Jeżeli chory liczy palce i rękę stopniowo usuwamy, nie traci on jej z oczu i śledzi wciąż za nią; jeżeli zaś ręka przy początku badania znajduje się po za granicą wzroku, badany jej nie spostrzega i szuka; to samo przypuszczenie zrobić można, gdy idzie o badanie pola widzenia.

Ale gdy przestrzeń pojedynczego widzenia się rozszerza, albo gdy wzmagą się siła wzroku przy badaniu na tablicy, to już tych faktów samem zwróceniem uwagi objaśnić nie można, bo chory widzi przedmiot — podwójnie, czy pojedynczo, widzi wiersz na tablicy, który mu czytać polecamy, uwaga jego skierowaną jest należyście, samo więc natężenie czynności jest różne.

Spostrzeżenia te mogą, jak sądzę, mieć pewną wagę dla kliniki, a ważność ich polega na tem, że różnica pomiędzy największem natężeniem czynności przy badaniu jej w jednym, albo drugim kierunku, od góry lub od dołu, w stanach chorobowych zdaje się być daleko znaczniejszą, aniżeli w stanie prawidłowym, a dalej, że stosunek tych dwóch wysiłków i w różnych stanach chorobowych zdaje się być rozmaitym, co zależy zapewne od okresu sprawy chorobowej, od kierunku, w którym ona dąży i może dla jej rozpoznania nowe podać wskazówki.

Spostrzeżenia, które podałem i w pewną całość starałem się ująć, wymagają nie tylko potwierdzenia, ale i pomiarów, ścisłych, liczbowych danych. Dzisiejsze metody badania czynności oka pozwolą z łatwością poszukiwania podobne przeprowadzić i natężenie czynności, prostymi wreszcie sposobami, wymierzyć ściśle. Czuję, że, przedstawiając spostrzeżenia swoje, powinienem był te ściślejsze badania w pewnej mierze przynajmniej przeprowadzić, ale nie miałem możliwości dokonać tego.

Pewną analogię z poprzedniami mają spostrzeżenia, dokonane u krótkowzrocznych. Siła widzenia przy tym samym stopniu krótkowzroczności, badana bezpośrednio, bez pomocy szkieł wkłęsłych, jest bardzo rozmaita; znaczy to, że siatkówki różnych osób krótkowzrocznych z rozmaitą dokładnością rozpoznają obrazy rozpięchłe. Przekonałem się wielokrotnie, że przy krótkowzroczności, wynoszącej 2 dyoptrye, oko widzi bez użycia szkieł w odległości 6 metrów 3 wiersze górne na tablicy SNEILLEN'a; bezpośrednia siła widzenia tego oka wyraża się więc ułamkiem $\frac{1}{3}$. Jeżeli przed okiem prawidłowym umieścimy odpowiednią soczewkę wypukłą, to przekonamy się, że zdoła ono rozpoznać zdaleka zaledwie jeden wiersz. Podany powyżej stosunek odnosi się tylko do tych krótkowzrocznych osób, które nie przywykły do okularów; kto stale używa szkieł, ten po ich zdjęciu siłę widzenia ma mniejszą.

Zdarzają się wyjątki od tego pravidła: krótkowzroczny zdaleka ani jednej nie rozpoznaje litery; przypuszczam, że krótkowzroczność jego przenosi 4 dyoptrye; przy dalszem jednak badaniu przekonywam się, że krótkowzroczność jest bardzo słabego natężenia, dosięga 1 dyoptryi. Zachodzi więc stosunek nieprawidłowy pomiędzy stopniem krótkowzroczności, a siłą widzenia bezpośredniego. Stosunki takie zdarzają się wyłącznie u ludzi, którzy stanowczo zapewniają, że wada ich wzroku jest świeżej daty.

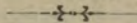
I w tych spostrzeżeniach widzimy więc, że siła czynności, której nowe postawiono zadanie, widzenie w okręgach rozpięchłych, wzrasta stopniowo przez przyzwyczajenie, tylko że tu wzmoczenie czynności dłuższego wymaga czasu i jest trwałem.

II. PRZYCZYNEK DO KAZUISTYKI TRAUMATYCZNYCH PEKNIĘĆ WĄTROBY.

Podał

M. Żołędziowski,

lekarz szpitala Ś-go Aleksandra w Będzinie.



Przypadek, który zamierzam opisać, jakkolwiek nie jest unikatem w literaturze lekarskiej, to jednak nie należy do rzędu faktów codziennych, dla tego sądzę, że zasługuje, ażeby go podać do wiadomości publicznej.

Dnia 30-go IX. 1893 r. przywieziono nad ranem do szpitala Ś-go Aleksandra w Będzinie chorego Pawła Waw... z następującymi objawami. Chory, lat 25, siedzi na łóżku, błaga, żeby go nie kłaść, gdyż w pozycji leżącej nie może oddechać i literalnie się dusi, nawet stanąć może dosyć swobodnie, byle nie leżeć. Bardzo mocna duszność, około 40 oddechów na minutę, tętno 90 miękkie, słabe.

W okolicy wątroby znajdujemy rozlany siniak, wielkości dwóch dłoni dorosłego człowieka i gdzieniegdzie na siniaku starty naskórek. Chory uskarża się na mocny ból w okolicy wątroby; ból wzmagą się znacznie przy lekkim nawet ucisku; prawie takż ból w prawym boku. Badając chorego

w pozycyi, w jakiej go znalazłem, z trudnością mogłem określić, że na linii sutkowej prawej pod 6-em żebrem zaczyna się odgłos wysoki, bębniasty, na linii zaś pachowej prawej pod 8-em żebrem zaczyna się odgłos tępy; z lewej strony klatki piersiowej wyraźnych zmian opukowych nie dostrzegłem, jak również i z tyłu. Przy wysłuchiowaniu szmer oddechowy wszędzie pęcherzykowy z nielicznymi suchymi rżeniami. Brzuch wzdęty, ścianki brzuszne mocno naprężone, wobec czego badanie brzucha nie dało żadnych rezultatów. Tętno serca słabe, lecz wyraźne.

Chory przy rozpytywaniu opowiada nam, co następuje: W nocy, t. j. mniej więcej przed 5-ciu godzinami, przechodząc w kopalni około muru, został zaskoczony zniecka i nagle przyparty do tegoż muru czterema żelaznymi wózkami, szczepionymi razem i biegnącymi z rozpędem po żelaznych szynach, poczem upadł i stracił przytomność, a co się następnie z nim działo, opowiedzieć nie może. Na zasadzie danych wywiadowczych, siniaka w okolicy prawego podżebrza i na zasadzie ciężkiego ogólnego stanu chorego można było przypuszczać jakieś cięższe uszkodzenie narządów jamy brzusznej, *resp.* wątroby, chociaż pewności rozpoznawczej obecne badanie dać nam nie mogło. Zaleciliśmy spokój, okłady lodowe na okolicę wątroby i do wewnątrz kofeinę, pozostawiając rozstrzygnięcie wątpliwości dyagnostycznej dalszemu przebiegowi choroby.

Dnia 1. X ciepłota rano 37,3°, wieczorem 37,8°, tętno 90, słabe; ból w boku *in st. quo*, wymioty; wypróżnienia nie ma. Chory całą noc przesiedział lub chodził. Zalecono łyżkę oleju ryecynowego.

Dnia 2. X ciepłota r. 37,5°, w. 37,4°, tętno 90, cokolwiek lepsze, brzuch wzdęty jednakowo, ból w boku nie zmniejszył się. Ponieważ po oleju nie było wypróżnienia, dano choremu lawatywę, poczem nastąpiło dosyć obfite wypróżnienie. Zresztą stan ciężki i wymioty dosyć częste.

Dnia 3. X przy ciepłocie prawidłowej wystąpiły dosyć jasne objawy zapaści: tętno 110 miękkie, słabe, twarz blada, błony śluzowe warg i łącznice blade. W dolnej części brzucha za pomocą obmacywania i opukiwania można stwierdzić obecność płynu. Duszność wzmagą się. Ogólny stan chorego bardzo ciężki. Objawy upadku sił, obecność płynu w jamie brzusznej, obok braku gorączki i innych wyraźnych objawów ostrego zapalenia otrzewnej, wskazywały na wylew krwawy do jamy otrzewnej wskutek obrażenia jakiegoś wewnętrznego narządu; umiejscowienie zaś bólu i miejsce siniaka dowodziły, że najprawdopodobniej uszkodzoną jest wątroba. Wobec takiego pojmowania sprawy laparatomia zdawała się być konieczną; toteż zaproponowaliśmy najjutrz choremu operację, na którą stanowczo się nie zgodził.

Dalszy przebieg choroby aż do 9. X był mniej więcej ten sam, tylko z każdym dniem objawy upadku sił wzmagaly się; wystąpiło obok tego żółtawe zabarwienie twardówek oczu i wypróżnienia były mniej zabarwione, niż to zwykle się spotyka.

Dopiero 9. X wystąpiła gorączka, mianowicie 38° rano, 38,5° wieczorem tętno 114 słabe, brzuch znacznie powiększony, zabarwienie twardówek jeszcze wyraźniejsze, jednocześnie wystąpiło żółte zabarwienie skóry. Za pomocą szprycki Pravaz'a wydobyto z jamy brzusznej trochę płynu krwawego z od-

cieniem zielonawym, a następnie przyrządem POTAIN'a wypompowano z jamy otrzewnej 1000 grm. tegoż płynu, poczem brzuch silnie ściśnięto bandażem.

Dnia 10. X ciepłota rano i wieczór prawidłowa, objętość zaś brzucha pomimo zabandażowania powiększyła się na 5 centymetrów, przy ogólnem osłabieniu chorego i bardzo słabem, prawie nitkowatym tętnie 110. W takim stanie chorego dnia 11. X przystąpiłem do laparatomii przy łaskawej pomocy kolegów CZAJKOWSKIEGO, KRÓLIKOWSKIEGO, FRYDEGO i w obecności kol. DEHNLA.

Po należytem przygotowaniu chorego i uśpieniu go, poprowadzono cięcie równoległe do prawego łuku żebrowego, tuż przy łuku, zaczynając od prawego brzegu mięśnia prostego brzucha, prawie do wolnego brzegu 12-go żebra. Ponieważ otwór ten okazał się za małym do zbadania i obejrzenia dolnej powierzchni wątroby i pęcherzyka żółciowego, przeto poprowadzono od zewnętrznego końca tej rany prostopadle na dół drugie cięcie, długości około 8 centymetrów. Po otworzeniu jamy brzusznej i wypuszczeniu obfitej ilości krwawo-zielonego płynu obejrzano szczegółowo pęcherzyk żółciowy, który okazał się nienaruszonym, prawie pustym i lekko przyklejonym do pętlicy kiszki. Znalazłszy tym sposobem dolną powierzchnię wątroby nie uszkodzoną, trzeba było zbadać górną, co przyszło z wielką trudnością. Próbowałem ściągnąć wątrobę do dołu tak, żeby była dostępną dla oka górna jej powierzchnia, lecz to zupełnie mi się nie udało; najpierw niezmiernie trudno było choć trochę poruszyć na dół wątrobę; a powtórnie forsować nie można było z obawy, by nie powiększyć przypuszczalnej rany na górnej powierzchni wątroby. Z trudnością wtedy wprowadziłem rękę między wątrobę i przeponę i wymacałem prawie pośrodku górnej powierzchni prawego płata wątroby ranę podłużną, biegnącą skośnie od jednego boku do drugiego; ranę tę w formie szczeliny mogłem wymacać na przestrzeni około 6 centymetrów długości, o głębokości zaś nie powiedzieć nie mogę, gdyż brzusec palca przeniknąć w głąb rany nie mógł; to samo znalazł kol. CZAJKOWSKI.

Chcąc mieć dostęp do rany w celu ewentualnego zaszycia jej, próbowałem przedostać się do niej przez przeponę i w tym celu wyciąłem część prawego IX-go żebra. Podczas operacji tętno chorego było tak słabe, że trzeba było jak najprędzej zakończyć zabieg chirurgiczny; zdecydowałem się przeto na możliwie dokładne wytamponowanie rany wątroby, co też natychmiast uskuteczniłem, zrobiwszy przedtem toaletę jamy brzusznej za pomocą suchych tamponów z gazy wyjałowionej. Następnie zaszyto ranę brzuszną, zostawiwszy niewielki otwór dla wydobywania i zakładania tamponów.

Dnia 12. X ciepłota rano 36,2°, wieczorem 36,5°; tętno 112 średnio napięte, wymioty znacznie rzadziej się pojawiają. Opatrunek obficie przesiąknięty ciemno-zielonym płynem. Górne warstwy opatrunku usunięto i zamieniono świeżemi.

Dnia 13. X ciepłota rano 37,1°, wieczorem 37,8°, tętno 100 wcale niezłe, brzuch miękki, niebolesny; wymiotów nie ma, opatrunek obficie przesiąknięty ciemno-zielonym płynem. Ogólny stan dobry, chory śpi doskonale. Wypróżnienie było nie zabarwione.

Dnia 14. X. Ciepłota rano 37,6°, wieczorem 39°, tętno 100, dobre. Opatrunek przesiąknięty czystą żółcią. Wypróżnienie było bezbarwne. Mocz zielonego koloru w znacznej ilości.

Dnia 15. X. Ciepłota rano 37,8°, wieczór 38°, tętno 100 dobre. Opatrunek, przesiąknięty żółcią, zmieniono zupełnie, tampon usunięto i założono świeży, ranę przemyto 4%-wym roztworem kwasu borowego.

Dnia 16. X. Ciepłota rano 37,5°, wieczorem 37,2°, tętno 90, niezłe; brzuch miękki; opatrunek mniej przesiąknięty żółcią; ogólny stan dobry.

Dnia 17, 18 i 19. X. Ciepłota rano i wieczór prawidłowa, opatrunek suchy, wypróżnienia codzienne, bezbarwne, brzuch miękki, żółtaczka z każdym dniem mniejsza.

Dnia 20. X. Ciepłota prawidłowa, opatrunek, obficie przesiąknięty żółcią, zmieniono całkowicie.

Dnia 21, 22, 23 i 24. X ogólny stan doskonały; ciepłota prawidłowa; opatrunek bardzo mało przesiąknięty żółcią; nie zmieniono go.

Dnia 25. X. Opatrunek, przesiąknięty trochę ropą, zmieniono całkowicie, a tampon z rany wątroby zupełnie usunięto. Ogólny stan nie pozostawia nic do życzenia.

Od dnia 25. X. do 1. XI przebieg bardzo dobry, ciepłota stale prawidłowa, opatrunek zmieniano w miarę tego, jak był przesiąknięty żółcią lub ropą.

Dnia 1. XI zauważono, że wypróżnienie jest zabarwione prawidłowo żółcią i od tego czasu opatrunki co dzień mniej były zabarwione czystą żółcią, a częściej ropą.

Od 7—4 XI żółć na opatrunkach zupełnie się nie pokazywała; ciepłota zaś podniosła się wieczorem do 38,6° i stale była wieczorami podniesiona w granicach od 38° do 39°.

Dnia 24. XI znów pokazała się żółć na opatrunku i występowała od czasu do czasu w niewielkiej, co prawda, ilości aż do 1. XII; ciepłota zaś stale była wieczorami podniesiona.

Od 1. XII żółci na opatrunku już więcej nie zauważono. Ponieważ i nadal ciepłota wieczorami stale była podniesioną, przypuszczałem, że gdzieś w wątrobie lub w jej okolicy zatrzymuje się ropa; wprowadziłem przeto do rany sączek i zaleciłem choremu utrzymywać przeważnie pozycję pionową, dając tym sposobem najlepsze warunki dla odpływu na zewnątrz ropy. Nie przesądzam, czy *post hoc ergo propter hoc*, ale od chwili wprowadzenia sączka, ciepłota spadła do stanu prawidłowego, wydzielina ropna obficie wypływała z rany i chory z każdym dniem znakomicie się poprawiał. W trakcie tego chory w pierwszej połowie grudnia wyszedł na nieopalaną korytarz szpitalny, zaziębił się i dostał bardzo uporczywego i forsownego kaszlu, a następnie lekkiej zadyszki. Przy badaniu chorego znaleziono rozlany ostry nieżyt oskrzeli—głównie w prawem płucu—który pod wpływem leczenia, jakkolwiek powoli, jednak stopniowo się zmniejszał. Około 20. II rana zupełnie się zagoiła, stan ogólny chorego znakomicie się poprawił, chory zaś przy zupełnie prawidłowej ciepłocie ciała, doskonałym apetycie i codziennych wypróżnieniach, zaczął

się skarżyć na utrudniony oddech szczególnie przy szybkim chodzeniu i na jakieś latające bóle, to w okolicy blizny, to między łopatkami, to w lewym boku. Przy szczegółowym badaniu żadnych zmian w narządach wewnętrznych wykryć mi się nie udało, zaleciłem przeto choremu niewinne środki, jak: smarowanie jodyną i okład rozgrzewający. Po takim leczeniu ból z boku i krzyża wkrótce ustąpił, a trzymał się tylko uporczywie w okolicy blizny. Jednocześnie zauważyłem, że blizna, biegnąca równolegle do łuku żebrowego, zaczyna się wypuklać i wypuklenie to daje wysoki odgłos bębnowy; taka zmiana blizny i uporczywe bóle w niej, pozwoliły przypuszczać, że podczas forsownego kaszlu rozeszły się słabo jeszcze na onczas zrosnięte brzegi otrzewnej ściennej i wytworzyła się tym sposobem szczelina, w którą wciska się pętlica kiszki, *resp.* wytworzyła się w ścianie brzusznej przepuklina.

Wobec takiego rozumowania zostawiłem chorego jeszcze na jakiś czas w szpitalu, chcąc przekonać się o prawdziwości mego przypuszczenia, ewentualnie dać mu radykalną pomoc. Kiedy 13 marca bóle się tak wzmogły, że chory ani spać, ani jeść nie mógł i całą noc przejeżdżał z bólu, 15 marca po należytem przygotowaniu chorego, przy pomocy kol. WRÓBLEWSKIEGO i FRYDEGO powtórnie otworzyłem jamę brzuszną w bliźnie wypukłej i znalazłem, co następuje: brzegi otrzewnej ściennej odsunięte od blizny, do samej blizny zaś przyrosnięta na pewnej przestrzeni sieć wielka i dolny brzeg wątroby. Zrosty były dosyć słabe, tak, że z łatwością pooddziałem je palcem i, wstrzymawszy za pomocą tamponów nieobfite krwawienie, zaszyłem ranę brzuszną, zajmując tym razem w szew otrzewną na dosyć znacznej odległości od brzegów rany.

Przebieg pooperacyjny bardzo dobry. Ciepłota nie podniosła się ani razu wyżej nad 37,5° C., tylko 5-go dnia po operacji uderzył mnie znaczny upadek sił chorego; wystąpiło bowiem obrzmienie dżiąseł, lekkie krwawienie z nich i jakieś nieznaczne wybroczyny na skórze nóg: wszystkie te objawy robiły wrażenie poczynającej się plamicy krwotocznej — *morbus maculosus*.

Dnia 28. III szwy zdjąłem z zamiarem jak najprędszego wypisania chorego ze szpitala, gdyż pobyt w nim uważałem za najbliższą przyczynę owego upadku sił. Jakież jednak było moje zdziwienie, kiedy na drugi dzień kazałem choremu zejść z łóżka, a ten mi oświadczył, że nie jest w stanie ruszyć nogami, gdyż, jak powiada, ścierpły mu nogi, a ponieważ ścierpięcie to przypisywał leżeniu, nie mi przeto o tem nie wspominał, pamiętał tylko to, że to ścierpięcie wystąpiło w ciągu jednego dnia.

Przy szczegółowym badaniu chorego znalazłem, co następuje: znieczulenie i porażenie kończyn dolnych, części dolnych brzucha i klatki piersiowej aż do wyrostka mieczykowatego, odruchy ścięgniste i skórne dolnych kończyn wzmoczone, odruch brzuszny i jądrowy znacznie osłabiony, zatrzymanie stolca i moczu, który przez dwa dni był krwawy, jednym słowem: objawy, świadczące o jakiejś ciężkiej chorobie mlecza pacierzowego

Wkrótce do tych objawów przyłączyły się nieznośne bóle opasujące na wysokości 12-go kręgu grzbietowego.

Rodzi się przeto kwestya, skąd powstało tak ciężkie powikłanie. Jakkolwiek nie wątpię, że pewną odpowiedź możemy otrzymać tylko na stole sekcyjnym, to jednak na podstawie klinicznych danych i ogólnego wrażenia, jakie wywiera na nas chory, możemy sobie objaśnić przynajmniej prawdopodobną przyczynę tego powikłania.

Mimowoli przychodzi nam na myśl, że powikłanie to powstało przy pierwotnem uszkodzeniu, mianowicie iewskutek zgniecenia tułowia powstało jednocześnie nadłamanie 12-go kręgu grzbietowego, niedostępne dla zewnętrznego badania, w następstwie zaś tego nadłamania wytworzyła się blizna, która, uciskając na mlecz pacierzowy, wywołała wszystkie następcze objawy. Przeciwno takiemu objaśnieniu mamy jednak następujące dane: chory w ciągu 6-ciu miesięcy po wypadku nie zdradzał żadnych objawów ze strony mlecza pacierzowego, a zatem formowanie się blizny byłoby zbyt długie; powtórne, ucisk mlecza nastąpił prawie nagle w ciągu jednej doby, tymczasem blizna w miarę wzrostu wywoływałaby zmiany stopniowo.

Zdaje się, że racjonalniejsze objaśnienie owego powikłania znajdziemy w płamicy krwotocznej, która wystąpiła u chorego zaraz po drugiej operacji.

Wiadomo, że przy płamicy powstają wybroczyny krwawe w różnych tkankach i narządach; u naszego więc chorego mógł powstać wylew krwawy w mleczu pacierzowym ¹⁾ (*haematomyelia*), pęcherzu moczowym i tkance podskórnej; dlaczego zaś wylew powstał na wysokości XII-go kręgu grzbietowego, a nie w innem miejscu mlecza, to łatwo odpowiemy, pamiętając, że mlecz pacierzowy w tem mianowicie miejscu uległ przy wypadku czy to kontuzji, czy zgnieceniu, czy wreszcie jakiej innej zmianie, że zatem w tem mianowicie miejscu pozostała mniejsza odporność tkanki, sprzyjająca następnie krwawej wybroczynie. Szybkie powstanie ²⁾ objawów rzeczowego powikłania i brak ich w pierwszych miesiącach po uszkodzeniu: wszystko to, zdaje się, przeczy pierwszej przyczynie, a w drugiej znajduje dostateczne usprawiedliwienie. Na podstawie tych wszystkich danych sędzę, że mamy najprawdopodobniej do czynienia z powikłaniem, powstałem wskutek płamicy krwotocznej, t. j. wylewem krwawym do rdzenia i następczemi zmianami, zależnemi od tego wylewu. Chory dotąd pozostaje w szpitalu i jakkolwiek apetyt ma dobry i odżywia się należycie, to jednak porażenie dolnej połowy ciała wcale nie ma się ku lepszemu, przeciwnie odleżyny na krzyżu i biodrach i podniesiona od czasu do czasu ciepłota świadczą o pogarszaniu się sprawy.

A teraz słów kilka o uszkodzeniach wątroby wogóle, o objawach, rokowania i leczeniu.

Ze wszystkich narządów gruczołowych, zawartych w jamie brzusznej, wątroba najczęściej podlega uszkodzeniu; BRYANT ³⁾ np. podaje, że na 17

¹⁾ WŁ. BIEGAŃSKI. Dyagnostyka różniczkowa. Str. 489.

²⁾ WŁ. BIEGAŃSKI. Tamże.

³⁾ Cyt. u EDLER'a. Die traumatischen Verletzungen der parenchymat. Unterleibsorgano. Arch. für klin. Chirurg. von LANGENBECK. Bd. 34. pag. 345.

kontuzji brzucha, powikłanych przez pęknięcia różnych gruczołów brzusznych, wątroba była uszkodzona 9 razy.

Składają się na to następujące dane: wątroba ze wszystkich narządów brzusznych jest największa, przeto dużą powierzchnią bezpośrednio przylega do dolnych prawych żeber i najwięcej wystawiona jest na urazy zewnętrzne; powtórnie, wątroba nie posiada włókien elastycznych, które by jej pozwalały ugiąć się, przystosowywać do pocisków zewnętrznych, jak to bywa np. z żebrami, ale przeciwnie, będąc wtłoczoną między sąsiednie narządy i dosyć mocno przytwierdzoną za pomocą więzów (*lig. suspensorium et coronarium*), nie może wykonywać szerokich ruchów. Wreszcie ciężar wątroby gra niepoślednią rolę przy uszkodzeniu przez t. zw. przeciw-udar (*contre-coup*), przy upadnięciu z pewnej wysokości na głowę lub na nogi.

Uszkodzenia wątroby bywają podskórne bez obrażenia powłok zewnętrznych i otwarte z ranami zewnętrznymi: pierwsze zadane najczęściej tępem narzędziem, albo przez zgniecenie tułowia między dwiema siłami, lub przez upadnięcie z pewnej wysokości; drugie zaś—zadane kulą lub ostrem narzędziem. Ponieważ uszkodzenia wątroby otwarte nie przedstawiają takich trudności dyagnostycznych, jak to bywa przy uszkodzeniach podskórnych, rozpatrzmy przeto te ostatnie szczegółowiej, gdyż w tem znajdziemy bardzo wiele danych, które całkowicie mogą być zastosowane do ran otwartych.

Dotąd na stole sekcyjnym obserwowano trzy rodzaje uszkodzeń wątroby podskórnych ¹⁾: a) pęknięcie tkanki wątrobowej z jednoczesnem rozerwaniem kapsuły, jak to miało miejsce w naszym przypadku; b) oderwanie kapsuły od miąższu wątroby, z wylewem krwawym między kapsułą i substancją wątroby bez uszkodzenia kapsuły i wreszcie c) tak zwana apopleksya wątroby, gdy wylew krwawy powstaje w głębi organu, bez żadnego uszkodzenia otoczki, przyczem wylew taki może ograniczyć się do jednego ogniska albo uformować kilka ognisk. Co się tyczy momentów, wywołujących oddzielne rodzaje tylko co wymienionych pęknięć, to szczegółowego opisu ich znaleźć nie mogłem, sam zaś zaledwie o przyczynach pierwszego z tych rodzajów mogę cośkolwiek powiedzieć, dzięki doświadczeniom, przeprowadzonym na 15-tu trupach. Doświadczeń tych dokonywałem w sposób następujący: stawiałem trupa przy murze, lub też kładłem go na stole i dużą cegłą uderzałem z całych sił kilkakrotnie w okolicę wątroby, czyli wytwarzałem sztucznie te warunki, w jakich nastąpiło uszkodzenie u naszego chorego. We wszystkich 15-tu przypadkach otrzymałem większe lub mniejsze pęknięcie w kształcie linii na wypukłej powierzchni wątroby, to na lewym, to na prawym płacie, a żadnego uszkodzenia na dolnej, czyli wklęsłej powierzchni; kierunek tych pęknięć był po największej części od jednego boku do drugiego, głębokość zaś rozmaita, zależna od siły uderzeń.

Na podstawie tych bardzo nielicznych zresztą doświadczeń pozwalam sobie wyprowadzić następujący wniosek: we wszystkich przypadkach, w których

¹⁾ D-r S. EDLER. Die traumatische Verletzungen der parenchymatösen Unterleibsorgane. Archiv für klin. Chirurg. von LANGENBECK. Band 34, pag. 375.

następuje pęknięcie wątroby przez zgniecenie tułowia za pomocą dwóch sił, z których jedna znajduje się w spokoju, a druga jest w ruchu, czy też za pomocą obydwóch znajdujących się w ruchu, pęknięcie to dotyczy przeważnie wypukłej, t. j. górnej, albo przedniej powierzchni i jest w formie mniej lub więcej prawidłowej linii, gdyż wątroba ulega, że się tak wyrażę, przelamaniu. A ponieważ przytoczone przez nas momenty po największej części są przyczyną uszkodzeń wątroby, przeto najczęściej mamy do czynienia z ranami na górnej powierzchni wątroby. Dodać tu muszę, że wybierałem do doświadczeń trupy z możliwie normalnymi wątrokami.

Przechodzimy do objawów rozpoznawczych. Jednym z ważnych objawów pęknięcia wątroby jest szok; nie zawsze jednak towarzyszy on temu uszkodzeniu: znane są bowiem fakty ¹⁾, że chory zaraz po wypadku zachował całą przytomność umysłu, przez pewien czas na nic się nie skarżył, a nawet chodził; powtóre ten sam objaw, jak zresztą ogólnie wiadomo, może towarzyszyć uszkodzeniu innych narządów, a nawet prostemu uderzeniu w brzuch bez wywołania jakichkolwiek zmian anatomicznych.

Drugim specjalnie odnoszącym się tu bardzo ważnym objawem jest—ból w okolicy wątroby; ból ten warunkuje się tylko uszkodzeniem kapsuły, która, jak wiadomo, posiada nerwy czuciowe i jest bardzo wrażliwa, gdy tym czasem sama tkanka wątroby jest mało unerwiona, według NESTOROWSKY'EGO ²⁾ posiada tylko czuciowe pęczki nerwu sympatycznego. Dla tego też EDLER ³⁾ powiada, że natężenie bólu wcale nie daje nam pojęcia o wielkości pęknięcia wątroby, bo jeżeli to pęknięcie nawet bardzo znaczne będzie wewnątrz wątroby, zdaleka od kapsuły, to chory może wcale nie czuć bólu, i opisano, powiada, przypadki, w których na sekcji znajdowano blizny wewnątrz wątroby, świadczące o dawnem uszkodzeniu wątroby, tym czasem z anamnezy chorego nic o tem nie wiadomo; z drugiej strony nieznaczne pęknięcie wątroby tuż pod kapsułą z nieznacznym wylewem krwawym, uciskającym ją, może spowodować straszne bóle.

Trzeci również ważny objaw—ból w prawym boku, już z dawna uważany jako objaw przy wszelkiego rodzaju uszkodzeniach i zapaleniach wątroby, a nawet w okolicy wątroby, według EDLER'a jednak nie zawsze towarzyszy uszkodzeniom wątroby.

Czwarty znak rozpoznawczy — żółtaczka, którą odróżniają jako pierwotną, występującą w pierwszych dniach po uszkodzeniu i wtórną zjawiającą się później; tę ostatnią FRERICHS ⁴⁾ nazywa zastoinową, a PROELSST objaśnia jako powstającą drogą wessania żółci, wylanej do jamy otrzewnej. Żółtaczkę, według EDLER'a ⁵⁾, dotąd notowano w 21,6% wszystkich przypadków.

Piąty objaw—cukromocz, któremu Niemcy nie przypisują prawie żadnego znaczenia, Francuzi zaś wielkie.

¹⁾ L. EDLER. Ibidem, str. 346.

²⁾ Cit. u L. EDLER'a. Ibidem.

³⁾ EDLER. Ibidem, str. 351.

⁴⁾ Cit. u EDLER'a. Ibidem.

⁵⁾ Cit. u EDLER'a. Ibidem.

Szósty — wymioty, które wtedy tylko mają wartość rozpoznawczą, jeżeli możemy je wykluczyć, jako objaw zapalenia otrzewnej, shoku lub podrażnienia żołądka.

Ostatni objaw — ciężki oddech i męczący kaszel — wtedy możemy brać pod uwagę, jeżeli nie jest spowodowany złamaniem żebra i podrażnieniem opłucnej, lub też innymi czynnikami.

Tu wreszcie dodać muszę jeszcze jeden znak rozpoznawczy, który mnie oddał bardzo wielką usługę, mianowicie: wyciągnięcie za pomocą szpryki PRAVAZA płynu z jamy otrzewnej i zbadanie tego płynu dla określenia w nim żółci.

Widzimy przeto, że rozpoznanie podskórnego uszkodzenia wątroby należy do bardzo trudnych zadań, gdyż żaden z wyżej przytoczonych objawów nie jest wyłączną cechą tego cierpienia, a niekiedy brak nam najwyraźniejszych objawów, jakimi są: shok i ból; drogą więc tylko szczegółowego rozpoznania różniczkowego i wykluczenia uszkodzeń innych narządów brzusznych możemy postawić rozpoznanie.

Nierównie łatwiejszem jest dla rozpoznania otwarte uszkodzenie wątroby, z powodów zresztą bardzo zrozumiałych: miejsce i kierunek rany już w znacznej mierze ułatwiają nam zadanie.

Co się tyczy rokowania, to dawniej wszelkie uszkodzenia wątroby uważano za bezwarunkowo śmiertelne; dopiero chirurdzy ostatnich trzydziestu lat, a głównie podczas ostatnich wojen dali dowody możliwości wyleczenia dosyć dużych uszkodzeń wątroby. Nie będziemy tu powtarzali zdań różnych autorów, gdyż mały zakres mojej pracy nie pozwala na to, ale dla zorientowania się czytelnika przytoczę statystykę D-ra EDLERA¹⁾; z niej jasno widać, jaki procent śmiertelności dały dotąd podskórne i inne uszkodzenia wątroby, powikłane ranami pęcherza żółciowego.

	Ilość przy- padków.	Ilość wy- zdrowień.	Ilość śmier- telnych prz.	Śmiertel- ność.
Rany podskórne	189	27	162	85,7%
„ postrzałowe	289	130	159	55,0%
„ klute i cięte	65	23	42	64,6%
Razem	543	180	363	66,8%

Dla porównania przytaczamy statystykę MAYER'a, która tak się przedstawia:

	MAYER	EDLER
Rany podskórne	86,6%	85,2%
„ postrzałowe	34,4%	55,0%
„ klute i cięte	56,5%	64,6%

Wreszcie statystyka uszkodzeń wątroby, niepowikłanych ranami pęcherza, jest następująca:

¹⁾ EDLER. Ibidem. pag. 383.

	Ilość przy- padków.	Ilość wy- zdrowień.	Ilość śmier- telnych prz.	Śmiertel- ność.
Rany podskórne	96	21	75	28,1%
„ postrzałowe	110	67	43	39,0%
„ klute i cięte	32	20	12	37,5%
Razem	238	103	130	154,6%.

Ze wszystkich tych statystyk widzimy, że daleko większa śmiertelność jest przy ranach zakrytych.

Nie od rzeczy, zdaje się, będzie powtórzyć te wnioski, do jakich dochodzi EDLER ¹⁾ na podstawie statystycznych, klinicznych, anatomo-patologicznych i doświadczalnych danych:

1) Największe niebezpieczeństwo uszkodzeń wątroby leży w powikłaniach.

2) Rany wypukłej powierzchni wątroby, jako nie zawierające dużych naczyń krwionośnych i przewodów żółciowych, dają lepsze rokowanie, aniżeli rany dolnej powierzchni.

3) Uszkodzenia wątroby dają mniejszą śmiertelność, aniżeli to dawniej przypuszczano.

4) Uszkodzenia pęcherza żółciowego i jego przewodów nie jest zupełnie śmiertelne.

L e c z e n i e. Pierwszem zadaniem naszym przy rozpoznaniu, a nawet przypuszczeniu tylko, że wątroba jest uszkodzona, ograniczyć krwotok wewnętrzny z rany, gdyż ten bezpośrednio zagraża życiu chorego, a następnie należy zmniejszyć bóle, jeżeli są. Dla zadosyć uczynienia pierwszemu wskazaniu zalecimy: spokój, lód, lub okłady lodowe na okolicę wątroby; dla wypełnienia drugiego wskazania: bańki lub pijawki, a w miarę potrzeby środki kojące lub podniecające. Jeżeli z dalszego przebiegu choroby widzimy, że upadek sił chorego dosyć szybko postępuje, a przytem w jamie otrzewnej skonstatujemy płyn, rodzaj którego łatwo określić możemy, wydobywszy go za pomocą szpryki Pravaz'a, jednym słowem: jeżeli mamy wszystkie dane, świadczące o nieustającym krwotoku wewnętrznym, to bezzwłocznie powinniśmy przystąpić do laparotomii, wyszukać miejsce krwawiące i, jeżeli można, nałożyć szew na brzegi rany, jak to już robią chirurdzy, albo też wytamponować ranę wątroby za pomocą gazy wyjałowionej, jak to zrobił CZERNY w przypadku podanym przez Hess'a ²⁾ i jak myśmy postąpili w naszym przypadku, a następnie leczyć jako ranę otwartą, zmniejszwszy, o ile można, otwór w ścianie brzusznej. A teraz rodzi się kwestya: kiedy mianowicie mamy przystąpić do laparotomii? Jakkolwiek wyżej przytoczone wskazania dosyć jasno ten czas nam określają, to ośmielę się tu jeszcze dodać, że czem prędszej przystąpimy do operacji, tem lepiej, pamiętając, że tem lepsze wyniki otrzymuje się przy zabiegu chirurgicznym, czem więcej sił żywotnych posiada chory, a zdaniem naszym prawie nigdy

²⁾ EDLER. *Ib'dem.*

¹⁾ D-r W. HESS. Beitrag zur Lehre von den traumatischen Leberrupturen. Archiv für patol. Anatom. VIRCHOW'S. Band 121, str. 158.

interwencya chirurgiczna w tych przypadkach nie jest za wczesna; bo przypuszczam, że operujemy w tym momencie, kiedy ustał krwotok sam przez się, t. j. kiedy minęło największe niebezpieczeństwo dla chorego, tak, że operacya jest niby zbyt późną, to i wtedy nie przyniesie ona szkody choremu, gdyż podzielam zdanie tych chirurgów, którzy twierdzą, że laparotomia robiona aseptycznie nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa dla operowanego.

A teraz idźmy dalej: jeżeli dla jakichkolwiek powodów straciliśmy tę właściwą chwilę dla operacyi i znajdziemy się wobec chorego, który resztkami sił już goni, czy mamy prawo opuścić ręce i, przewidując złe zejście, pozostawić chorego własnemu jego losowi. Wcale nie. Najlepszym dowodem jest nasz przypadek; przystąpiliśmy bowiem do operacyi prawie *in extremis*, i to bez tego chirurgicznego doświadczenia, jakie posiada chirurg zawodowy, i bez wielu innych potrzebnych rzeczy, które można mieć tylko we wzorowo urządzonych klinikach i oddziałach chirurgicznych, a pomimo to uratowaliśmy chorego od niechybnej szybkiej śmierci, a mocno wierzymy w to, że gdyby nie ciężkie powikłanie ze strony mleczka piersiowego, chory cieszyłby się dziś dobrem zdrowiem.

Co się zaś tyczy sposobu wykonywania laparotomii, to mnie osobiście zdawało się, że cięcie poprzeczne, równoległe do łuku żebrowego lepiej mi uprzystępni całą wątrobę, aniżeli cięcie w smudze białej; okazało się zaś, że to cięcie było za małe, musieliśmy je więc powiększyć przez cięcie podłużne. Nie moją przeto rzeczą jest zalecać ten lub inny sposób, gdyż nie posiadam do tego należytego doświadczenia; nadmienię tylko to, że większość chirurgów zaleca dziś z wielu względów otwierać jamę brzuszną przy operacyach na wątrobie za pomocą cięcia podłużnego w smudze białej.

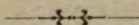
Tu pozwolę sobie podziękować serdecznie kolegom: CZAJKOWSKIEMU i KRÓLIKOWSKIEMU, którzy, jakkolwiek mieszkają po za granicami Będzina, jednak chętnie ofiarują mi swą pomoc przy każdej operacyi, oraz kol. H. FRYDEMĘ, który także nie odmawia mi swej pomocy.

III. PRZYCZYNEK DO NAUKI O PADACZCE JACKSON'A.

[Rzecz czytana na posiedzeniach Towarzystwa Lekarskiego d. 5 i 19 czerwca r. b.].

Podał

A. Wizel i K. Rychliński.



[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 36].

Wśród setek obserwacyi padaczki JACKSON'a, jakie są opisane, znajdujemy, co prawda, po największej części sprawę patologiczną umiejscowioną na powierzchni kory mózgowej, istnieją wszakże obserwacye, dowodzące, że spr-

wa ta może być umiejscowiona pod korą, w białej substancji, a nawet w bardziej odległych od kory częściach mózgu, jak: *thalamus opticus, corpus striatum, corpora quadrigemina, pons Varolii, cerebellum etc.* ROLLAND, którego monografia o padaczce JACKSON'a odznaczoną została złotym medalem, na 109 zebranych obserwacji przytacza tylko 5 z umiejscowieniem podkorowem (3 w centrum semiovale i 2 w *thalamus opticus* i *corpus striatum*). Z przytoczonej wszakże poniżej tablicy mogą się Sz. Panowie przekonać, że liczba obserwacji, w których częściowa padaczka występuje przy podkorowem umiejscowieniu sprawy chorobowej, jest o wiele znaczniejszą.

Obserwacya.	Wiek.	Płeć.	Objawy ze strony sfery.					Uwagi.	Sekcyja mózgu wykazała.
			Ruchowej.	Czuciowej.	Zmysłowej.	Inteligencyi.	Narządów wewn.		
BRIGHT. Sammlung zur Kenntniss der Gehirnkrankheiten. 1840.	?	—	Przeważnie lewostronne drgawki, raptowny niedowład prawostronny, w końcu ogólny bezwład.	Bóle głowy w tylnej części. Prawostronne znieśnienie bólowego czucia.	Ślepotą z początku lewostronna, później i prawostronna. Głuchota. Utrata smaku.	Oslabienie pamięci.	Obstrukcyja.	—	Z lewej strony pod tentorium guz miękki, cisnący na mlecze przedłużony, most i mózdzek.
CRUVEILHIER Gazette d'Hôpitaux. 1842.	19	ż.	Drgawki konwulsyjne w prawej połowie twarzy. Sztywność i kurcze kończyn lewej strony.	Bóle głowy najpierw w czołowej części następnie w potylicowej i w prawym barku. Znieczulenie prawej połowy twarzy.	Obustronna ślepotą. Rozszerzenie źrenic. Głuchota. Utrata węchu lewostronna.	Przywidzenia.	—	Choroba trwała 7 lat i 3 miesiące.	Z lewej strony guz uciskający na mlecze przedłużony, na most i na 5, 7 i 8 parę czaszkowych nerwów. Nerwy wzrokowe i węchowe zanikłe.
VERRON. Thèse de Paris. 1874.	10	m.	Napady padaczki. Lewostronny niedowład twarzy.	Bóle głowy.	Obustronna ślepotą.	—	—	Wymioty	Guz zajmujący całe dno 4 ej komory, rozszerzający się na wzgórze czworacze i wzgórkę oczne, jak również do centrum lewej półkuli mózdzku.
STEFFEN. Berlin. klin. Wochenschr. Nr. 25—28. 1867.	3 1/4	m.	Niedowład lewych kończyn, od czasu do czasu drgawki w lewej ręce. Nagle niedowład lewostronny twarzy. Napady padaczkowe w lewej połowie ciała później ogólne. Niedowład prawego barku.	Bóle w lewym kolanie. Bólów głowy nie było.	Zez lewego oka. Rozszerzenie źrenic. Zez zbieżny o zmiennej trwałości. Ptosis prawej górnej powieki.	Sopor pod koniec odłączenia mózgu i inteligencyi.	—	Wymiotów nie było	Prawie cały most zajęty przez gruzłek. Przesiek w komorze.

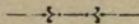
Obserwacya.	Wiek.	Płeć.	Objawy ze strony sfery.					Uwagi.	Sekcyja mózgu wykazała.
			Ruchowej.	Czuciowej.	Zmysłowej.	Inteligencyi.	Narządów wewn.		
FREDET. Union med. 1875.	22 m.		Drgawki kloniczne prawostronne w twarzy na kilka minut przed śmiercią. Odrzucanie głowy z tej samej strony.	Ból głowy od 2 lat. Bóle newralgiczne w prawej połowie twarzy.	—	—	—	Smierć niespodziewanie nastąpiła. Za życia żadnych objawów, niedowładu.	W górnej części prawej strony mostu torbiel wielkości orzecha.
LAUTENBACH. Philad. med. Times. 1876.	36 ż.		Niedowład całego prawego [?] nerwu twarzowego. Drgawki i niedowład prawych kończyn	Zniesienie uczucia na ból w lewej połowie ciała. Ból głowy. Zawroty.	Lewy <i>abducens</i> paretyczny. Podwójne widzenie.	Lekkie zaburzenia mowy.	Pod koniec wysoka ciepłota [wskutek podrażnienia ośrodka].	Wymioty.	Kilak w lewej połowie mostu. Mlecz przedłużony nie zajęty. W powiększonym <i>hypophysis cerebri</i> ropień wielkości grochu.
CHARLES MILLS. Brain. Part. 1880.	35 m.		Ogólna padaczka, od czasu do czasu tylko prawostronna. Żadnych niedowładów.	Bóle głowy w skroniach i oczodołach.	Zanik nerwu wzrokowego. Ślepotą.	Utrata pamięci. Przygnębiene usposobienie.	Nudności i wymioty.	Nudności i wymioty.	Guz wielkości 1/4 ct. w oponie miękkiej od środka ku przodowi mostu. Przednia środkowa część mostu rozmięczona, wreszcie wylew krwawy w mleczu przedłużonym
ROMBERG. CASPER'S Wochenschr. Nr. 3. 1834.	4 ż.		Napady padaczki [w prawej ręce.	Od czasu szkarlatyny bóle głowy, przeważnie w czołowej części.	—	Senność.	—	Wymioty. Łaknienie niejednakowe Gorączka.	Komora rozciągnięta. Na dolnej powierzchni półkuli mózdzku 4 twarde żółtawe gruzelki.
HÉRARD. Annales de la Soc. anat. 1846.	—		Oslabienie, kontraktury i napady drgawek z lewej strony.	—	—	—	—	—	(gruzelek w mózdzku.
GRIESINGER. Archiv f. der Heilkunde. 1860.	20 m		Bezwład; kurcze na 6 tygodni przed śmiercią Drgawki w lewych kończynach, a czasami i ogólne.	Bóle głowy. Zawroty.	—	—	Wymioty.	—	Rak, wychodzący z górnego robaka i cisnący na wzgórze czworacze przeważnie prawe.
A. W. FOOT. Dubl. Journ. of med. Scien. 1872.	19 m.		Bezwład w nogach. Niedowład w lewej nodze. Napady padaczki bez utraty przy-	Ból w prawej potylicowej części. Zawroty przy podnoszeniu	Ślepotą w 4 miesięcy.	Apatya.	Mlecz normalny.	Wymioty. Ouanizm.	Duży gruzel (<i>tuberc. solitare</i>) w prawej półkuli mózdzku. Otaczająca tkanka rozmięczona. Ostry obrzęk.

Obserwacya.	Wiek.	Płeć.	Objawy ze strony sfery.				Uwagi.	Sekeya mózgu wykazała.	
			Ruchowej.	Czuciowej.	Zmysłowej.	Inteligencyi.			Narządów wewn.
GJÖR. SCHMIDT'S Jahrb. 1869.	51	ż.	tomności. Ciężenie do upadnięcia w tył. K'wający się chód. Osłabienie w kończynach przeważnie prawych. Drgawki w prawej połowie twarzy. Niedowład tej samej strony. Język na prawo. Faradyczna pobudliwość niezmierną.	się z pozycji leżącej. Bóle głowy w potylicznej okolicy. Zawroty. Przytępienie czucia w prawej połowie twarzy.	Z prawego ucha oddawna wypływa. W oczach nie znalaziono.	Niewyraźna mowa. Utrata inteligencyi.	—	Śmierć raptowna. <i>Sarcoma (fusiforme)</i> wielkości kurczego jaja między <i>tensorium</i> i prawym zrazem mózdzku. Ucisk na nerw twarzowy, trójdzielny i blokowy z prawej strony.	
WEBBER. Brit. med. and surgie. Journ. 1870.	21	m.	Niedowład lewej połowy twarzy. Osłabienie lewostronne. Drgawki w lewej ręce i nodze.	Ból głowy. Zawroty przy chodzeniu i staniu. Ból w lewej połowie twarzy. Znieczulenie lewego policzka i lewego oka.	Głuchota na lewe ucho od 6 lat. Niedowidzenie z początku lewostronne później i prawostronne.	<i>Stupor.</i>	Nudności. Wysmioty.	—	Dwa ropnie w lewej półkuli mózdzku, które się rozwinęły z gliomy.
LITTLE. The Br. med. Journ. 1872.	dziecko.		Napady padaczki tylko prawostronne i niedowład z tejże strony.	Bóle głowy w potylicznej okolicy i tylko z prawej strony.	<i>Amaurosis</i>	Inteligencya nie naruszona.	—	Żadnego znużenia nie było po napadzie drgawek.	Nowotwór złośliwej natury (?) w prawej połowie mózdzku.
PAGET. Med. times and gaz. feb. 1855.	4	m.	Niedowład twarzy lewostronny. Teżecowe kurcze z lewej strony. Napady padaczki w prawej ręce. Kontraktura palców u tej samej ręki.	Znieczulenie prawej ręki. Zawroty głowy.	Osłabienie siły wzroku. Podwójne widzenie. <i>Ptoxis sinistr.</i> Zez zbieżny. Niedowład lewego nerwu okoruchowego.	Utrata pamięci. Mowa niewyraźna.	<i>Incontinētia urinae.</i> Objstrukcyja.	Choroba trwała 7 miesięcy.	Znaleziono w <i>pes pedunculi dextr.</i> na brzmienie długości 1 cala i grubości $\frac{1}{2}$ cala.
FRERICHS. Deutsche Klinik, 1856	44	m.	Osłabienie w prawej ręce i nodze, lekkie drgawki w tych kończynach. Nie-	Mrowienie w prawej ręce. Bóle głowy. Zawroty.	<i>Ptoxis sinistr.</i> Zez zbieżny w lewym oku. Żrenice nieruchome. Nie-	—	—	Gorączka. Utrata przytomności.	<i>Meningitis exsudativa.</i> W <i>pes pedunculi sin.</i> guz, który dotykał do prawego <i>pes pedunculi</i> i dosięgał

Obserwacya.	Wiek.	Płeć.	Objawy ze strony sfery.					Uwagi.	Sekcja mózgu wykazała.
			Ruchowej.	Czuciowej.	Zmysłowej.	Inteligencji.	Narządów wewn.		
RUEHLE. Greifswalder med. Beitr. 1863.	44 m.		dowład twarzy prawostronny i napady padaczki z tej samej stro- ny.		dowład pra- wego nerwu okoruchowe- go.				wzgórz czwora- czych.
			Oslabienie w kończynach z prawej strony. Napady pada- czki prawo- strone.	Bóle w pra- wej ręce. Za- wroty.	Niedowład lewego ner- wu okorucho- wego, później i prawego.	—	Gorą- czka. Śmierć przy obja- wach upad- ku sił.	Choroba trwała 9 mie- sięcy.	W <i>pes pedunculi sin-</i> <i>guz wielkości orze-</i> <i>cha włoskiego, dą-</i> <i>żący do wzgórz</i> <i>czworaczych i ni-</i> <i>szeżący prawy nerw</i> <i>okoruchowy.</i>
STEFFEN. Berl. klin. Woch. 1867.	1 m		Niedowład lewo- stronny twarzy. Niedowład lewo- stronny kończyn. Drgawki w lewej dolnej kończynie. Kontraktura obu górných koń- czyn. Drgawki w całym ciele.	Zniesienie czucia w le- wych koń- czynach.	—	—	Coma.	—	Pod i przed <i>corp.</i> <i>striatum dextr.</i> , wy- chodzący z <i>pes pe-</i> <i>dunculi dextr.</i> gru- zel.

[C d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



82. M. Sānger. Przyczynek do techniki miejscowego leczenia jamy macicy.

Najwięcej używanem narzędziem do traktowania wnętrza macicy płynami jest bez wątpienia aluminiowy zgłębnik PLAYFAIR'a. OBERMANN w Lipsku używa w tym celu zgłębnika, zrobionego z miękkiego drzewa; zgłębnik ten po użyciu zostaje zniszczonym. Rękoczyn polega na tem, że przednią wargę ust macicznych chwytny kulociągami, następnie wprowadzamy do wnętrza macicy przez otwór szyjki wyżej wzmiankowany zgłębnik, okręcony na końcu wata, nasyconą odpowiedniem lekarstwem.

SAENGER w swoim artykule wspomina o zgłębniku, do tegoż celu służącym, który mu zarekomendował prof. SALIN ze Sztokholmu; nie umiał mu jednak nazwać wynalazcy tego narzędzia.

Jest to zgłębnik z czystego srebra, 22 cm. długości, obsadzony w posrebrzanej mosiężnej ręczce, tak, że całe narzędzie ma mniej więcej 30 cm. długości.

W przedniej trzeciej części zgłębnik ten jest zupełnie płaski, grubości kartki brystolu; w środkowej trzeciej części swojej długości staje się grubszy i przy jednakowej szerokości stopniowo przyjmuje kształt cylindryczny. Na całej długości zgłębnik jest zupełnie gładki, miękki i giętki, jak świeczka, nie posiada jednak elastyczności tej ostatniej, t. j. przy zginaniu nie powraca do kształtu pierwotnego. Dzięki temu można to narzędzie, okręcone watą, nasyconą danym środkiem, wprowadzić przez usta macicy do jej wnętrza nawet przy jej największym zgięciu bez potrzeby umocowania przedniej wargi ust macicznych za pomocą kulociągu.

Należy jednak umiejętnie okręcić koniec zgłębnika watą; pierwszym warunkiem do tego jest, aby tej waty było nie dużo i żeby była w jednym kawałku. Ponieważ zgłębnik jest gładki, trzeba watę na końcu jego podwójnie założyć, następnie okręcić.

Wykonywając wycieranie wnętrza macicy za pomocą tego zgłębnika, należy część jego okręconą watą, a pozostającą przed ustami macicznymi uchwycić szczypcami, aby wata, zeslizgnąwszy się ze zgłębnika, nie pozostała w macicy.

Rozumie się, że dla zastosowania jakiegokolwiek zgłębnika koniecznym jest udostępnienie szyjki macicznej. Do tego służą różnego rodzaju wzierniki. Wzierników pochwojących mamy bardzo znaczną ilość, lecz bez wątpienia najdogodniejszym dla lekarza-praktyka jest *speculum bivalvum* prof. NEUGEBAUERA. Toż samo zaznacza i SAENGER w swoim artykule, podając przytom szczegółowy opis i sposób użycia tego wziernika. Nie będę tego tu powtarzał, gdyż u nas w kraju większość lekarzy używa tego wziernika, zwłaszcza zaś uczniowie śp. profesora, których tak znaczną miał liczbę.

Wiadomo, że cały komplet wzierników NEUGEBAUER'a *sen.* składa się z kilku łyżek węższych i szerszych. D-r NEUGEBAUER *jun.* połączył węższe i szersze łyżki ojca w dwie; obydwie końce każdej z nich stanowią dwie łyżki: jeden szerszą, drugi węższą.

W dalszym ciągu SAENGER mówi o działaniu rozmaitych lekarstw, o sposobach ich zastosowania oraz w ogóle o sposobach leczenia błony śluzowej wnętrza macicy.

Wycieranie wnętrza macicy za pomocą zgłębnika, okręconego watą, nasyconą lekarstwem jest, obok wyskrobania wnętrza macicy (*abrasio intrauterina*), najczęściej używanem.

Silne środki drażniące, jak: *Argent. nitr. fusum*, *Cuprum sulf.*, *Liqu. ferri sesquichl. crystall. etc.*, są przykre dla chorych i dla tego je zarzucono.

Zastrzykiwanie środków drażniących za pomocą szprycy BRAUN'a do wnętrza macicy [najczęściej jodyny], według SAENGER'a, może być zastąpione wycieraniem wnętrza macicy wyżej opisanym zgłębnikiem. Wstrzykiwanie płynu jest niebezpiecznem ze względu na następstwo kolki, gdyż łatwo może się zdarzyć, że część płynu pozostanie w macicy, nie mogąc wypłynąć przez zwarte ujście wewnętrznej macicy.

Bardzo skutecznymi okazały się przepłukiwania wnętrza macicy środkami przezegającymi sposobem BANDL'a. W tych razach jednak ujście zewnętrzne szyjki macicznej musi być dość duże, aby mogło przepuścić kateter i aby ten

ostatni nie uwiązł w ujściu wewnętrznem w razie, gdy nastąpi skurcz szyjki pod wpływem działania leku. Zdarzyć się też może zatkanie otworu w kateterze, a wówczas środek leczniczy zatrzymany zostanie przez dłuższy czas we wnętrzu macicy. Lepiej więc zastąpić ten sposób nacieraniem błony śluzowej przy pomocy srebrnego zgłębnika.

Elektro-chemiczne działania prądu na wnętrze macicy może być skutecznem przy niektórych krwawieniach; lecz nie ma istotnej wartości przy zapaleniach nieżytych, połączonych z nadmierną wydzieliną. Środek ten stosujemy zazwyczaj przy krwawieniach macicznych, przypadających podczas okresu klimakterycznego. Takie krwawienia nie zależą od stanu zapalnego błony śluzowej macicy, lecz od jej zaniku uwiądowego lub też od zwyrodnienia naczyń w błonie śluzowej i mięsnej (*sclerosis, atheromatosis*). Zmiany te często bywają w związku z odśrodkowym przerostem mięszu macicy. Nawet w tych przypadkach chemiczne działanie na wnętrze macicy płynów takich, jak np. chlorek cynku, jest bez wątpienia skuteczniejsze, aniżeli działanie elektro-chemiczne.

Co się tyczy wyskrobania błony śluzowej macicy z następczem wstrzykiwaniem zaraz po operacji nalewki jodowej lub roztworu półtorachlorku żelaza [co w praktyce jest dotąd bardzo w użyciu], to SAENEER uważa postępowanie takie za zupełnie błędne. Według jego zdania, płyn wstrzyknięty do macicy zaraz po jej wyskrobaniu, nie styka się bezpośrednio ze ścianą macicy, gdyż narząd cały jest wówczas wypełniony krwią; płyn więc wstrzyknięty miesza się z tą krwią, może tedy wywołać skrzepnięcie krwi i zatkanie wewnętrznego ujścia macicy z następczemi kolkami, czyli napadami bólów kurczowych.

Do niekrwawych sposobów leczenia zapalenia przewlekłego trzonu i szyi macicznej należy, oprócz wycierania wnętrza macicy, metodyczne przepłukiwanie. Głównym zwolennikiem tej metody jest B. S. SCHULTZE oraz jego uczniowie.

Przed przystąpieniem do przepłukiwania należy uprzednio rozszerzyć szyjkę maciczną, by wprowadzenie kateteru ułatwić. Wpływ przepłukiwań polega na mechanicznem i chemicznem, dezynfekującym działaniu, zależy więc po części od tego, jakiego płynu użyjemy w danym przypadku. Przy ropnem przewlekłym, zwłaszcza tryprowem, zapaleniu wnętrza macicy sposób ten bywa bardzo skutecznym. Już samo rozszerzenie szyjki macicznej ułatwia nam wszelkie następcze rękoczyny, jak np. nacieranie błony śluzowej, któremu większą skuteczność zapewnia uprzednie przepłukiwanie wnętrza macicy roztworem sody.

Następnie bardzo rozpowszechnionem jest przy przewlekłych zapaleniach wewnątrzmacicznych tamponowanie macicy suchą gazą jodoformową, co, według zdania VULLIETT'a, wywołuje skurcz ciała macicy, drażni błonę śluzową macicy i staje się przyczyną obfitej wydzieliny. W tych razach gazą jodoformową ma służyć jako dren, zapewniający możność wypływania owej wydzieliny. Zdanie to, według SAENGER'a, jest mylne: gazą jodoformową, znajdującą się w jamie macicznej, przesącza tylko płynną część wydzieliny, gęste zaś części składowe jej oraz kawałki oddzielającej się błony śluzowej pozostają, utrudniając dalszy wypływ. Można się o tem łatwo przekonać, zwróciwszy uwagę na gazę, wyjętą z macicy: ileż to na niej gęstego śluzu pozostało, ile kawałków błony śluzowej na

takim knocie wisi! Spostrzeżenia kliniczne uczą, że przy tamponowaniu macicy za pomocą gazy często następuje zatrzymanie się wydzielin, co wywołać może wyraźne podniesienie ciepłoty ciała. Gaza tedy w tych przypadkach nie może być użytą jako sączek. Tamponowanie macicy mechanicznie ją drażni, stać się więc może przyczyną jej skurczów, a więc wywołać powiększenie się ilości wydzielin. Po wyjęciu tamponu należy działać na podrażnioną błonę śluzową macicy środkami chemicznymi, aby osiągnąć wyleczenie. W ten sposób tamponowanie macicy gazą można uważać za rękoczyn przygotowawczy do dalszego działania.

SAENGER w swoim artykule zaznacza, iż po większej części środki, drażniące błonę śluzową macicy, w celach leczniczych stosowane bywają zupełnie błędnie. Dla tego też stawia pytania: „Na czem właściwie polega działanie tych środków zazwyczaj żrących, stosowanych do wnętrza macicy?” Każdy z używanych środków zależnie od dawki i od przeciągu czasu, w jakim był stosowany, niszczy do pewnej głębokości chorą tkankę, lub też o tyle chorą błonę śluzową uszkadza, że ją do stopniowego zaniku prowadzi. Zniszczona pod wpływem działania tych środków chemicznych lub termicznych tkanka oddziela się tedy, a na jej miejsce tworzy się tkanka nowa, normalna. A zatem, aby osiągnąć ten błogi skutek po działaniu zastosowanego środka, potrzeba pewnego czasu: tkanka zniszczona musi się oddzielić i na miejsce jej musi się utworzyć nowa. To wszystko są rzeczy wiadome. Lecz nie wszystkim wiadomo, jakiego czasu wymaga ten lub ów stosowany środek, aby dał odpowiednie wyniki dodatnie.

SAENGER przedstawia tablicę, w której wykazuje, jak długo działają rozmaite środki w szyjce macicznej (*errosio, pseudoerrosio v. ectropium*), zanim wywołają po jednorazowym stosowaniu pożądaný wynik, t. j. odnowienie zdrowej błony śluzowej.

<i>Acid. nitr. fumans</i>	18—20 dni
<i>Zinc. chloral. 50%</i>	14—16 „
„ „ 30%	10—12 „
<i>Argent. nitr. fusum</i>	8—10 „
<i>Sol. argent. nitr. 50%</i>	6—7 „
<i>Jod-alkohol (1:5)</i>	5—6 „
<i>Tinct. jodi, liq. ferri sesquichl.</i>	2—3 „

Ostatnie środki należą do tych, które, jak: alun, pyoktanina, tanina, ichtyol i inne, silnie drażnią nabłonek i wywołują szybkie jego odluszczenie.

Jeżeli zatem, używając którego z wyżej wzmiankowanych środków, nie wyczekamy całego okresu czasu działania, lecz stosujemy go częściej, to nie możemy się spodziewać dodatnich wyników, przeciwnie — ujemnych. Oprócz tego, stosując środki zbyt silne, można otrzymać zwięźenie szyjki macicznej z bardzo uciążliwymi następstwami dla chorej.

W podręcznikach oraz w dziełach specjalnie tę rzecz omawiających nigdzie nie zwracano uwagi na rzecz tak ważną. SCHRAEDER po uprzedniem wyskrobaniu zaraz stosuje środki przyżegające i następnie powtarza skrobanie, aby przyspieszyć wydzielenie się zniszczonej przez środek ów tkanki; stosuje jednak te

rękoczynny bez żadnej prawie przerwy— co prawda, leczy on w ten sposób katary, erozyę i pseudoerozyę; lecz następnie tworzą się zwężenia szyjki macicznej.

Z drugiej strony używanie środków słabo działających, jak: pedzłowanie nalewką jodową, roztworem półtorachloru żelaza i t. p., tylko drażni błonę śluzową szyjki macicznej, pogarszając sprawę.

SAENGER zatem zaleca stosować środki silnie działające i stosować je ze znacznemi przerwami.

Do silnych i najlepiej działających środków zalicza SAENGER 50% roztwór chlorku cynku. Jest to środek wprowadzony w użycie przez RHEINSTAEDTER'a. Chlorek cynku jest bardzo skutecznym tak przy nieżytych zapaleniach wewnątrzmacicznych, jak i przy przewlekłych sprawach zakaźnych, lub przy t. zw. *endometritis haemorrhagica*. Jednak SAENGER ostrzega, aby przy wężkim ujściu szyjki macicznej, zwłaszcza u pańien lub nierodzących, stosować tylko 10% roztwór cynku i przytem nie chwytąć szyjki za pomocą kulociągu, aby uniknąć następczego zwężenia. W ogóle od czasu, jak SAENGER używa srebrnego zgłębnika, o którym wyżej była wzmianka, nie potrzebuje forsownie ciągnąć za szyjkę i nie chwytą jej kulociągami. Przy takim postępowaniu nigdy nie wywołał następczego zwężenia szyjki oraz nigdy nie widział przypadku omdlenia chorej zaraz po zastosowaniu leczniczego nacierania błony śluzowej. Wiadomo, że raptowne omdlenia chorych następują skutkiem mniej lub więcej silnego drażnienia szyjki macicznej.

SAENGER przy leczeniu nieżytych zapaleń błony śluzowej macicy stosuje nacieranie 50% roztworem chlorku cynku i nie powtarza go aż po upływie 16—20 dni. Często udawało mu się po jednorazowym zastosowaniu tego środka osiągnąć zupełne wyleczenie. Przy leczeniu nadżarę lub pseudoerozyi (*ectropium*), o ile te ostatnie nie kwalifikują się do operacji EMMET'a, SAENGER postępuje w sposób następujący. Kawalek waty, zmoczonej w 50% roztworze chlorku cynku, przykłada na 2 minuty do części pochwowej, dopóki miejsca zaczerwienione nie zbieleją, lub też wyciera wewnątrz szyjki srebrnym zgłębnikiem, owiniętym watą, nasyconą tymże roztworem. W celach praktyczno klinicznych rozróżniamy 2 główne rodzaje *endometritidis chronicae* niezakaźnego pochodzenia: *endometritis metrorrhagica* i *endometritis hypersecretoria*, które, rozumie się, mogą ulegać powikłaniom.

Endometritis metrorrhagica powstaje skutkiem przewlekłego zapalenia endometrii (*endometritis interstitialis*) lub skutkiem przerostu tkanki wewnątrzmacicznej (*endometritis hyperplastica, fungosa*), lub też skutkiem zaniku tkanki wewnątrzmacicznej (*endometritis atrophicans, endometritis climacterica senilis*); tego rodzaju cierpienie wymaga wyskrobania wnętrza macicy z następczem przyżeganiem.

Endometritis hypersecretoria, która po większej części ogranicza się na cierpieniu szyjki macicznej, jako *endometritis cervicalis*, może być najskuteczniej wyleczona także za pomocą skrobania; jednak w obu razach przed przystąpieniem do wyskrobania (*abrasio*) można stosować przyżeganie wnętrza macicy za pomocą srebrnego zgłębnika, owiniętego watą, nasyconą roztworem chlorku

cyunku lub jakim innym przyzeganym środkiem i w większości wypadków z zupełnie zadawalającym wynikiem.

Kazimierz Kraków.

(*Centralblatt f. Ginekologie*. 1894, 25).

83. Herhold. Dwa przypadki obrażeń mózgu.

Przypadek 1. Dwudziestoczteroletni mężczyzna został uderzony w głowę tępym narzędziem, przytomności jednakże nie stracił, tylko dostał wymiotów. Trzeciego dnia po wypadku zauważył nagle osłabienie w lewych kończynach, które stopniowo w przeciągu kilku godzin przeszło w zupełny bezwład tychże.

Na oddziale chirurgicznym, dokąd chory się zapisał, stwierdzono stan następujący: w okolicy czołowej prawej, 1 ctm. ku przodowi i 1 ctm. na prawo od środka szwu wieńcowego, widać ranę, długości 1 ctm., na dnie której błyszczą obnażona z okostnej kość czołowa. Całość tej ostatniej jest naruszona; pośrodku bowiem obnażonej kości znajduje się dołek, z którego wypływa różowo-żółtawa masa, uznana za istotę mózgową. Odłamków kości nie znaleziono.

Obie źrenice są umiarkowanie rozszerzone i reagują prawidłowo. Lewa kończyna górna obwisła, palce tejże kończyny nieco zgięte; ruchów żadnych ręką chory wykonywać nie jest w stanie. Podobnie ruchy czynne są osłabione w lewej dolnej kończynie. Przy ruchach biernych w powyżej wzmiankowanych kończynach odczuwa się pewne napięcie mięśni, szczególnie, jeśli te ruchy polegają na raptownem zginaniu. Odruchy rzepekowe i trójgłowy z lewej strony wzmożone, natomiast mosznowy, brzuszny i podeszwowy—osłabione; również wyraźne jest z lewej strony drżenie stopowe. Czucie na całej lewej połowie ciała zmienione: chory nie odróżnia dokładnie ukłuc szpilką od dotknięcia łąpką szpilki.

Ponieważ wskazań do operacji nie było, nałożono tylko opatrunek. Piątego dnia po uderzeniu dostał chory drgawek w porażonych kończynach; szóstego dnia drgawki pod postacią powolnych klonicznych skurczów, trwających pięć minut, powtórzyły się, a jednocześnie chory uskarżał się na ból w okolicy czołowej prawej. Wobec tego przystąpiono do operacji, która polegała na przedłużeniu cięcia skórniego, odluszczeniu okostnej i wydlutowaniu pewnego odcinka czaszki; okazało się przytem, że bezpośrednio w istocie mózgowej tkwiły cztery odłamki kości, które też usunięto. Już nazajutrz po operacji chory mógł poruszać palcami lewej ręki; stopniowo objawy porażenia kończyny górnej, a następnie i dolnej przeszły.

Dokładne wymiary czaszki u tegoż chorego wykazały, że obrażenie mózgu miało miejsce w odległości 7 ctm. od brzozy ROLAND'a; jeśli jednakże mimo to objawy chorobowe wskazywały na zajęcie zwojów centralnych, objaśnić sobie to możemy tylko w ten sposób, że ograniczona *meningo-encephalitis* zwoju czołowego górnego wywołała następczy obrzęk zapalny sąsiednich zrazików centralnych. Zaburzenia czucia lewej połowy ciała świadczą, że, jak to niejednokrotnie już przypuszczano, zwoje centralne nie są wyłącznie ośrodkiem ruchowym. Wzmożenie odruchów ścięgniętych na lewych kończynach i „*Fussclonus*“ także są wyrazem zstępującego zwyrodnienia wtórnego ruchowych włókien nerwowych.

Przypadek 2. Kobieta, wieku lat 22 mająca, została uderzona kijem w głowę, wskutek czego padła zemdlona; w pół godziny potem zjawily się drgawki w obu prawych kończynach. Na oddziale chirurgicznym stwierdzono w okolicy ciemieniowej lewej ranę blisko dwucentymetrową, sięgającą do kości; ta ostatnia złamana i wtłoczona w głąb czaszki. Prawe kończyny są w stanie niedowładu: chora może zaledwie kilka sekund utrzymać rękę uniesioną, poczem kończyna bezwładnie opada. Palce ręki prawej są słabo zgięte; odruchy ścięgniaste—osłabione. Wszystkie rodzaje czucia po prawej stronie wybitnie zmniejszone lub zniesione.

Autor wykonał chorej operację, polegającą na usunięciu odłamków po uprzednim wydłutowaniu kości ciemieniowej. Zaburzenia czuciowe na porażonych kończynach zaczęły występować już nazajutrz po operacji i niebawem się wyrównały; zaś strona ruchowa zachowywała się znacznie oporniej, tak, że dopiero po upływie 6 tygodni od operacji można było stwierdzić prawidłową czynność prawych kończyn. Wymiary czaszki, dokonane tu przy pomocy kraniocefalometru KOEHLER'a, wykazały, że tylny brzeg rany kostnej sięgał do brzozy ROLAND'a, czyli że porażony był przedni zwój ośrodkowy; znaczna odległość [1,5 ctm.] rany od szwu strzałkowego były powodem tego, że porażenie prawej kończyny górnej było silniej wyrażone i zdrowienie jej bardziej długotrwałe, niż dolnej.

(*Deut. med. Woch.* 24. 1894).

Witold Żurkowski.

SPRAWOZDANIE Z SEKCYI CHIRURGICZNEJ na 7-ym Zjeździe lekarzy i przyrodników we Lwowie.

W № 34. Gaz. Lek. pomieszczono sprawozdanie z posiedzeń ogólnych VII-go zjazdu i z posiedzeń sekcji medycyny wewnętrznej. To mnie zupełnie uwalnia od powtarzania się, a przystąpię od razu *ad rem*, t. j. do przedstawienia treści posiedzeń sekcji chirurgicznej, której byłem uczestnikiem. Będą to tylko luźne notatki, nie mające wcale pretensji do urzędowej ścisłości, a za ich późne nadesłanie raczy Szanowna Redakcyja wybaczyć, uwzględniając okoliczności, niewinniające sprawozdawcę.

Wszystkich posiedzeń było 5, z tych jedno w połączeniu z sekcją ginekologiczną; odbywały się one pod patronatem D-ra ZIEMBICKIEGO, który na pierwszym posiedzeniu zaproponował na członka honorowego zjazdów chirurgicznych kolegę MATLAKOWSKIEGO; projekt został jednogłośnie przyjęty. Posiedzeniom przewodniczyli na przemianę goście przybyli z różnych stron do Lwowa.

Pierwszy wypowiedział odczyt SZUMAN: „O narkozie eterowej według metody JUILLIARD'a“, w całości drukowany w № 37 Gaz. Lek.. Z powodu tego odczytu zabierał głos prof. RYDYGIER, który zwraca uwagę na to, że narkoza eterowa jest bardzo niewygodna przy laparotomiach, gdyż chorzy przy niej zachowują się bardzo niespokojnie: używał on z początku maski JUILLIARD'a, później WANTSCHER'a, a ostatnio koszyka CZERNY'ego; wyżej niż maskę JUILLIARD'a, zakrywającą całą twarz chorego, stawia on koszyk WEJNY z Budapesztu, nie-

niedawno pomysłany, przy którym można obserwować wargi chorego w czasie narkozy. Prof. OBALIŃSKI ze zwykłym swym zapalem przemawia na korzyść narkozy eterowej, dodając, że osiągał uspienie w przeważnej liczbie przypadków już w ciągu 6 minut: do narkozy spotrzebowywał od 25—100 grm. eteru; posiłkował się maską WANTSCHER'a; koniecznym warunkiem jest czystość preparatu. KADER, asystent prof. MIKULICZA, oświadcza, że ostatni używa teraz tylko chloroformu ze względu na to, że przy narkozie eterowej występują objawy silnego podrażnienia krtani i oskrzeli, bardzo obfite ślinienie, a kontrola nad oddechaniem jest bardzo utrudniona. Oprócz tych przemawiali jeszcze KRYŃSKI, SCHRAMM, ZIEMACKI, BARĄCZ i inni, w ogóle więcej sceptycznie zapamiętując się na wyższość narkozy eterowej wobec chloroformu.

Następnie RYDYGIER dla czasowego wypiłowania szczęki górnej poleca inne cięcie, niż LANGENBECK'a [kształt ____], mające wyższość nad tem ostatniem pod tym względem, że unika się przecięcia gałązek nerwu twarzowego. Operację wykonywa dłutkiem.

DROBNIK mówi o leczeniu porażen dziecięcych za pomocą przenoszenia czynności mięśni: jest to dalszy ciąg pracy, drukowanej w № 5 Gaz. Lek. z roku 1893.

RYDYGIER w wykładzie swoim o „leczeniu włókniaków macicy“ zaleca *hysterectomy supravaginalem per laparotomiam*: kikut po uprzednim przypaleniu szyjki macicznej i obszyciu jej otrzewną pozostawia wewnątrz jamy brzusznej; nie nakłada na niego żadnych grubych podwiązek, a postępuje, jak w ogóle przy wyluszczeniu guzów, t. j. nakłada oddzielnie podwiązki na więzadła szerokie, i oprócz tego podwiązuje każde naczynie osobno.

OBALIŃSKI mówił o „wyluszczeniu włókniaków z macicy“. Wobec tego, że odsetka śmierci przy wyluszczeniu była większą, niż przy odjęciu macicy nadpochwowem, gdyż dochodziła do 30% i najczęściej była zależną od krwotoków lub od zakażenia, prelegent w dwóch przypadkach, idąc za radą WEOLFLEER'a i HACHER'a, po wyluszczeniu włókniaków z macicy brzezi otrzewnej tej ostatniej przyszył do otrzewnej ściennej; ranę brzuszną zeszywał u góry i u dołu, a środek wypełniał gazą jodoformową. Powyższą metodę traktowania macicy zwnątrz-otrzewnie prelegent bardzo zachwala i uważa ją za operację zupełnie niewinną; na poród ma ona nie wpływać ujemnie. Na zasadzie danych statystycznych dowodzi, że jest bardzo dużo takich przypadków, w których nie trzeba się uciekać do odcięcia macicy, a ograniczyć się można na enukleacyi włókniaka; tę pierwszą operację robi tylko wtedy, kiedy jest wiele dużych guzów, lub kiedy znajdują się one tak głęboko na tylnej ścianie macicy, że przystęp do nich zupełnie jest niemożliwy. Powstawania przepuklin brzusznych nie spostrzegał. Z powodu tego odczytu zabierało głos wielu kolegów, między nimi RYDYGIER i SCHRAMM przemawiali przeciw tej metodzie, oddając pierwszeństwo traktowaniu wewnątrz-otrzewnowemu, t. j. zeszyciu otrzewnej na macicy po wyluszczeniu z niej guza.

DEMBOWSKI przedstawia przyrząd własnego pomysłu do unoszenia macicy ku górze. Przyrząd ten, podług BYLIŃKIEGO, nie przedstawia tych zalet, jakie w nim widzi wynalazca.

Na tem samym posiedzeniu, połączonem z sekcją ginekologiczną, NEUGEBAUER ze zwykłą swą swadą wypowiedział odczyt „*stenosis et atresia vaginae*“, znany tutejszym czytelnikom z posiedzeń Tow. Warsz. Lek.

KRYŃSKI treściwie i jasno przedstawił referat o „chirurgicznem leczeniu zapaleń otrzewnej“. Na zapalenie otrzewnej mówca patrzy jak na sprawę zakaźną, ale nie swoistą, przy której spotyka się mnóstwo drobnoustrojów, ale trudno jeden z nich tylko posądzić o przyczynę choroby. Zapalenia tej błony nie można utożsamiać z zapaleniem innych błon surowicznych, a terapia musi być inną, już chociażby ze względu na ogrom jej powierzchni, wynoszącej około 17 metrów kwadratowych.

Odróżnia on trzy grupy zapaleń: 1) zapalenia, które towarzyszą uszkodzeniom narządów wewnętrznych pochodzenia urazowego, lub wskutek owrzodzenia z przedziurawieniem; 2) zapalenia, które towarzyszą cierpieniom narządów wewnętrznych bez widocznych uszkodzeń, jak np. przy uwięźnięciu wewnętrznem; 3) przypadki zapaleń, w których nie można wykazać choroby wewnętrznych narządów. Przy pierwszej postaci uważa za najodpowiedniejsze leczenie jak najwcześniejsze otworzenie jamy brzusznej. Przy drugiej postaci laparatomia również jest wskazaną, tylko dotychczas pozostaje sporną kwestya co do czasu, w którym należy ją wykonywać. Przy trzeciej postaci, jeżeli jest wysięk ropny, laparotomia może być niekiedy pożyteczną. Przy zapaleniu gruźliczem otrzewnej, oprócz wykonania laparotomii, należy, podług badań CENERELLI'ego i GATTE'go, robić jeszcze przepłukiwania jamy otrzewnej roztworem tymolu dla zapobieżenia powrotom choroby.

W dyskusyi zabierali głos SZUMAN, który robił 4 razy laparotomię przy gruźliczem zapaleniu otrzewnej i tylko w jednym przypadku miał miejsce szybki powrót cierpienia; w innych zaś, gdzie był wysięk surowiczy z gruzelkami, chorzy po 2-ach latach mieli się jeszcze dobrze. Zdanie KOENIG'a, że laparotomia *per se* może już dodatnio wypłynąć na przebieg choroby, wydaje mu się słusznem, gdyż dzięki sklejanju się otrzewnej i wytwarzaniu nowych granulacyi odżywianie starych gruzelków upada.

ZIEMBICKI miał po samej laparotomii ze 12 przypadków pomyślnych. DROBNIK widzi wyłącznie w *bacterium coli commune* przyczynę zapalenia otrzewnej, opierając się na badaniach, przy których z mnóstwa innych bakteryi, ta ostatnia najczęściej się rozwijała na gruntach odżywczych. Przy rozlanem zapaleniu otrzewnej radzi robić kilka otworów w ścianie brzusznej. BARĄCZ robił 2 razy laparotomię przy gruźliczem zapaleniu otrzewnej, a idąc za radą LAUENSTEINA, wystawiał otrzewną na działanie powietrza słonecznego, jakoby z dobrym skutkiem. KADER odróżnia 2 postacie zapalenia otrzewnej: 1) *peritonitis foudroyante* [intoksykacyjna], przy której gazy mają działać zabójczo na serce i 2) zapalenie z bardziej przewlekłym przebiegiem, przy którym infekcyja drobnoustrojami działa wolniej, i w którym z mnóstwa bakteryi daje się wyhodować tylko *bact. coli commune*.

Przy gruźliczem zapaleniu otrzewnej odróżnia 3 formy: 1) z wysiękiem surowicznym, któremu towarzyszą nieliczne gruzelki, 2) gdzie jest bardzo dużo gruzelków; przy tej postaci lepiej w paru miejscach otworzyć jamę brzuszną,

3) gdzie następuje zserowacenie gruzelków i przedstawia się najczęściej pod postacią guzów. Podług niego, zabójczo na gruzelki ma oddziaływać nie brak odżywiania, ale właśnie przekrwienie, na zasadzie czego RIES oparł swą metodę leczenia gruźlicy stawów.

WEHR zwraca uwagę na trudności rozpoznawcze pomiędzy gruźlicą zserowaciałą otrzewnej a promieniłą.

KOZŁOWSKI, asyst. prof. RYDYGIERA, przy leczeniu guzów krwawnicowych na drodze operacyjnej zaleca zamiast metody LANGENBECK'a, sposób ESMARCH'a, t. j. odcięcie guzów z następczym nałożeniem szwu, dzięki czemu ma się otrzymywać doraźne zagojenie.

MAJEWSKI opisuje 2 przypadki przewlekłego wgłobienia, przy których po dokonaniu laparatomii w klinice prof. RYDYGIERA udało się wyciągnąć wgłobioną kiszki bez rezekcji.

WEHR przedstawił chorego, u którego dokonał przecięcia przelyku od zewnątrz dla wydobycia połkniętych sztucznych zębów w kilka godzin po wypadku; na przelyk nałożył szew.

ZIEMBICKI przedstawia chorą, u której z powodu połknięcia kości i rozwinętego następczo obrzęku złośliwego szyi wykonał w kilka dni po wypadku operację; przelyk był już przedziurawiony, a kość znajdowała się na zewnątrz, ropienie obfite *in loco* i zatrzymywanie się ropy *in mediastino poster.*. Mówca w obec długotrwałego ropienia zamierzał przystąpić do otworzenia *mediast. postici* od tyłu po wycięciu 2—3 żeber i po odklejeniu opłucnej [sposób zalecony po raz pierwszy przez NASIŁOWA, a opracowywany później przez HARTMAN'a i QUENU], jednakże tamponowanie powoli sprowadziło zagojenie.

BARĄCZ przedstawił chorego w rok po wykluczeniu całkowitem jelita ślepego.

DEMBOWSKI przy nosie siodełkowatym zaleca brać płat z czoła rombooidalny.

W wykładzie o „leczeniu gruźlicy stawów“ RYDYGIER, opierając się na statystyce BRUNS'a i pracy EISELSBERG'a podnosi z naciskiem to, że na nasze postępowanie chirurgiczne wpływać powinny przy tej chorobie socyalne stanowisko pacjenta, jego wiek i jaki staw jest zajęty, oraz w jakim stanie znajdują się kości. Do rezekcji najodpowiedniejszy uważa staw kolanowy, później łokciowy i barkowy przy *caries sicca*. Osiągnięcie zeszywnienia uważa za najpożądany rezultat. Cięcia przy operacji zaleca robić obszerne, aby można było wszystko chorobliwe widzieć i usunąć, gdyż to najlepiej zabezpiecza przed powrotami choroby. O ile doskonalsze są środki konserwatywne, którymi chirurg może rozporządzać, tem łatwiej operacja nie staje się tak konieczną; mówca jednak, uważając za bardzo pożyteczne i pomocnicze różne przyrządy wyrabiane i zalecone przez LORENZ'a i HESSING'a, wcale się nimi nie entuzjazmuje.

GABRYSZEWSKI przedstawia statystycznie wyniki operacyjnego leczenia gruźlicy stawów w klinice prof. RYDYGIERA; dokonano 135 typowych rezekcji. Po wypiłowaniu stawu przedramienia rezultat pod względem czynnościowym nie był zadawalający wskutek występującego zanikania mięśnia naramiennego. Po wypiłowaniu łokcia wczesne ruchy pogarszały sprawę.

KADLER mówił „o chirurgicznem leczeniu choroby BASEDOW'a*. Przynotował najpierw rozmaite teorie, objaśniające rozwój tej choroby to zmianami w tętnicach wieńcowych, to podrażnieniem nerwu błędnego, to, jak FRIEDREICH, porażeniem nerwu współczulnego, lub, jak BENEDIKT, podrażnieniem tegoż nerwu. Najbardziej słuszną wydaje się mówcy ta ostatnia teoria, ale sądzi, że przy powstawaniu tej choroby grają współrzędne role podrażnienie i nerwu współczulnego i nerwu błędnego; podług MIKULICZA właśnie podrażnienie zwoju szyjowego środkowego, przez który przechodzi tętnica tarczowa dolna, ma najwięcej przyczyniać się do rozwoju tej choroby. W 2 przypadkach MIKULICZ wykonał wycięcie wola i w obu choroba BASEDOW'a ustąpiła.

Na zakończenie prof. RYDYGIER z gospodarzem sekcji ZIEMBICKIM zaproponowali przygotowanie referatów na przyszły zjazd: 1) o *perityphlitis* i *paratyphlitis*, 2) o kamieniach pęcherzyka żółciowego i 3) o *peritonitis perforativa* przy tyfusie.

Posiedzenia były dość licznie uczęszczane, a uczestnicy, pomimo nieznośnych upałów, nie zdradzali pośpiechu w jaknajprędzszym wyczerpaniu materiału naukowego; uprzejmość zaś gospodarza sekcji, podejmującego serdecznie swych gości, pozostawiła po sobie miłe wspomnienie.

A. Gabszewicz.

Wiadomości terapeutyczne.

34. Leczenie niemożliwych do operowania raków macicy, za pomocą miąższowych zastrzykiwań alkoholu absolutnego. VULLIET z Genewy (*Wiener med. Presse.* 1894. 26. *Berlin. klin. Woch.* 1894. 38.) przeprowadził wzmiankowane leczenie w dwojakiego rodzaju przypadkach raka macicy: popierwsze, w przypadkach, w których operacja okazała się niemożliwą, a więc tam, gdzie nowotwór przeszedł już na więzy i na sąsiednią tkankę łączną, tak, że nawet przy zupełnem wycięciu narządów rodnych nie dałoby się całkowicie nowotworu usunąć; powtóre, w przypadkach, w których po całkowitem wycięciu narządów rodnych nastąpił powrót choroby.

Metoda VULLIET'a polega na tem, że za pomocą szprycki PRAVAZ'a wstrzykuje do miąższu nowotworu — alkohol absolutny. Chorą układa się rączkiem, t. j. na łokciach i kolanach. Pochwę i szyjkę maciczną trzeba dokładnie wydezynfekować. Wówczas do środka nowotworu wstrzykuje się 3 lub 4 szprycki alkoholu absolutnego. Na jednym posiedzeniu można igłę zostawić tkwiącą w nowotworze, a samą szprykę napełniać alkoholem, ile razy tego potrzeba. Jeżeli zaś chora jest mniej wrażliwa, to na jednym posiedzeniu można zrobić 9—12 wstrzyknięć do rozmaitych miejsc nowotworu. Stopniowo wstrzykiwania należy robić coraz bliżej obwodu.

Działanie tych wstrzykiwań ma polegać na ściąganiu się i twardnieniu (*sclerosis*) tkanki; po tych wstrzykiwaniach podobno powstaje marskość (*sclerosis*) miejscowa, wskutek której następuje zwężenie i zanik naczyń krwionośnych i limfatycznych, a przez to obniża się odżywianie tkanek zajętych cierpieniem; jednym słowem, ma tu zachodzić to samo, co przy marskości wątroby, t. j. zanik miąższu, a więc w tym razie miąższu nowotworu.

Rozumie się, że metoda ta najzupełniej nie wyłącza operacyi, którą przedsięwziąć zawsze trzeba, skoro tylko znajdą się odpowiednie wskazania i warunki. To tylko należy powiedzieć, że w przypadkach zrozpaczonych wstrzykiwania miąższowe alkoholu więcej korzyści przynoszą, aniżeli wyskrobywania, wypalania i przyżegania chlorkiem cynku.

Wiktor Grostern.

Wiadomości bieżące.

— Z oddziału dla chorych cholerycznych w szpitalu starozakonnych. Od dnia 9. IX do 15. IX włącznie chorych przybyło 10, wyzdrowiało 11, zmarło 3.

Od początku zatem istnienia oddziału było chorych 440, z tych wyzdrowiało 268, zmarło 160, pozostaje na obserwacyi 12.

Z Warszawy przybyło 4 z następujących ulic: Miła Nr. 68, Bagno Nr. 3, Muranowska Nr. 38, Krochmalna Nr. 23. Z Pragi 1: Moskiewska Nr. 25; Z okolic zamiejskich mieliśmy 4 chorych: Wola [2 prz.], Koło [1 przyp.], Powązki [1 przyp.]. Z prowincyi przybył jeden chory: z gub. Wileńskiej. Z przybyłych chorych 1 był podejrzany [niecholeryczny]. Razem niecholerycznych przez cały czas mieliśmy 32.

W liczbie przybyłych chorych było kobiet 6, mężczyzn 4.

Podług wieku chorych można ugrupować w sposób następujący:

	Nowoprzybyłych		
Do 10 lat włącznie było	2	chorych, zmarło	1
Od 11—20 lat	3	”	0
Od 21—40 ”	3	”	0
Od 41—60 ”	1	”	1
Powyżej 60 ”	1	”	0
	Razem 10		Razem 2

Najmłodszy chory miał lat 5 [zmarł], najstarszy — 68 lat i ten pozostaje na obserwacyi.

Ruch chorych podług dni był następujący:

Dnia	9. IX.	Z nowoprzybyłych		
		Przybyło	Wyzdrowiało	Zmarło
	9. IX.	1	0	0
”	10	1	0	0
”	11	2	0	0
”	12	2	0	0
”	13	3	1	0
”	14	0	0	0
”	15	1	0	1
	Razem	10	1	1

Z przybyłych przed dn. 9. IX wypisało się w tygodniu sprawozdawczym 10, a zmarł 1.

W jednym z poprzednich sprawozdań mówiliśmy, że krwawe stolce, występujące w okresie odczynowym, wprawne oko łatwo odróżni od stoleców dyzenterycznych. Otóż przekonaliśmy się, że nie zawsze tak bywa. W tym tygodniu obserwowaliśmy u jednego chorego [rabin z gubernii Wileńskiej] nazajutrz po napadzie cholerycznym stolce, składające się ze śluzu i krwi, których by nikt, zdaje się, nie odróżnił od wypróżnień dyzenteryjnych. Wydymania były niewielkie. Biegunka zwiastunna trwała 6 dni. Chory zmarł.

Warszawa, dnia 15. IX. 1894 r.

St. Pechkranc.