



Dissertatio medica inauguralis continens duas historias morbi, in Nosocomio Amstelodamensi suburbano observatas

<https://hdl.handle.net/1874/313280>

DISSERTATIO MEDICA INAUGURALIS.

DISSERTATIO MEDICA INAUGURALIS

CONTINENS

DUAS HISTORIAS MORBI,

IN NOSOCOMIO AMSTELODAMENSI SUBURBANO OBSERVATAS;

QUAM,

FAVENTE SUMMO NUMINE,

EX AUCTORITATE RECTORIS MAGNIFICI

Henrici Egberti Vinke,

THEOL. DOCT. ET PROF. ORD.

NEC NON

AMPLISSIMI SENATUS ACADEMICI CONSENSU

ET

NOBILISSIMAE FACULTATIS MEDICAE DECRETO,

PRO GRADU DOCTORATUS,

SUMMISQUE IN MEDICINA HONORIBUS ET PRIVILEGIIS

in Academia Rheno-Trajectina

RITE ET LEGITIME CONSEQUENDIS,

PUBLICO ET SOLEMNI EXAMINI SUBMITTIT

GUILIELMUS BAARSLAG, Jr.,

AMSTELODAMENSIS,

AD DIEM VII M. JULII MDCCCLIV, HORA I

IN AUDITORIO MAJORI.



AMSTELODAMI,

APUD VIDUAM L. VAN HULST & FIL.

MDCCCLIV.

PARENTIBUS OPTIMIS
CARISSIMIS

SACRUM.


PRAEFATIO.

Quae jam, suadente cl. praeceptore VORHELM SCHNEEVOOGT, inceperam cum Stethometro SIBSONI experimenta, ut inauguralis dissertationis mihi materiem praeberent, his, propter ipsius instrumenti difficillimam atque incertam, ut mihi videbatur, applicationem et usum, desistendum mihi putabam, et lubenter ideo arripui, quam mihi benevolentia et humanitas illius viri cl. in Nosocomio suburbano dedit, occasione, ut meo minus periti tironis adhuc captui non impar opus aggrederer, observationes nempe a me ipso factas, duce illo clarissimo et optime de me merito viro, cui quam maximas gratias agere hic mihi pium et dulcissimum est officium.

Non minus gratus recordor illos cl. viros, aestumatissimos in cursu meo academico praeceptores, quorum consilia et lectiones animo quantum potui infigere, ob illorum benevolentiam et humanitatem, dulce mihi et utilissimum semper fuit conamen.

Tibi porro, promotor aestumatissime, vir cl. L. C. VAN GOUDOEVER ex intimo animo gratias ago pro insigni humanitate et benevolentia, qua me ultimis hisce diebus es prosecutus.

Vos denique, commilitones in cursu academico, valetate omnes meique memores estote.



CASUS I.



APOPLEXIA.

HISTORIA MORBI.



J. H. K....., 38 annos natus, nuptus, nauta, septimo die mensis Martii 1854 in Nosocomio suburbano recipitur, querens de dolore et oppressionis sensu in pectore, jam ante tres hebdomades ortis, postquam frigori, corpore sudore tecto, expositus fuerat.

Aeger staturae brevis, robustae est, non offert habitum phthisicum, ad aspectum vero habet congestivum. De hacce re interrogatus narrat se per tres annos congestionibus ad caput cum vertiginibus esse vexatum, quae symptomata cuncta ultimis temporibus multum increvisse affirmat.

Examine physico instituto, organa respirationis nil abnormale nobis offerunt; soni cordis frequentissimi et vehementes, praesertim quidem in regione ventriculi

sinistri, audiuntur; sonus obtusus regionis cordis se longe extendit. Pulsus frequens. Lingua aliquantulum obsessa; alvus regularis. Praescr. *Mixt. cum mur. ammon. et extr. taraxaci.*

Per aliquot dies eandem porreximus mixturam, semel autem, aucta ad caput congestione, hirudines naribus applicavimus et quidem bono successu, ita ut aeger jam aliquantum melius se habere nobis videretur. Nono vero postquam receptus est die, 16 igitur mensis Martii hora quarta p. m. subito magna oppressione cum vertigine et vomitu corripitur. Incedere conatur, at subito latus sinistrum versus cadit. Ipso momento hoc latere paralyticus fit, lingua titubat, sed plane compos mentis est; capitis calor auctus; inter pupillas discrimen non est; pulsus oppressus. Praescr. *Pulveres de calomelane et jalapp.,* hirudines ad nares, clyisma c. *acet. vini*, epithemata frigida, sinapismi ad suras.

Vespertina hora octava calor capitis diminutus, pulsus magis evolutus, non celer sed frequens est. Porro angulus oris sinister deorsum pendet, linguae motus bonus est; in musculo pectorali sinistro manifeste contractio fibrillaris observatur; respiratio sat tranquilla sine rhoncho; alvus et urina involuntariae.

Diebus proxime sequentibus conditio non magnam mutationem subit; medicatio semper adhuc derivatoria est usque ad diem 26^{um} mensis Martii; quo scilicet ob pulsum parvum et magnam virium depressionem *Inf.*

valerianae propinatur, quo sumpto conditio universa minus depressa videtur.

Die 30 mensis Martii e nare sinistro materies glutinosa mucosa effluere coepit, cui symptomati post aliquot dies succedit otitis externa sinistra cum erysipelate faciei praecipue sinistri lateris; pulsus semper adhuc celer, frequentia 128 ictuum.

Hocce tempore insuper observatur per aliquot dies ad vesperam symptomatum exacerbatio, secretione sudoris, cutis temperatura adauctis, pulsu celeriore et frequentiore facto, quam ob causam die secundo mensis Aprilis ei *mixt. c. sulph. chinini gr. xii* propinatur, eo effectū, ut die sequente remissio manifesta adsit.

Interea ex aure sinistra effluvium materiei purulentae magna quantitate continuat, paralysis eodem gradu manet, rhonchus mucosus in bronchis oritur; magnus est collapsus, ita ut tertio die, loco *mixt. c. sulph. chinini, pulv. d. subcarb. ammoniac* administrentur.

Symptomata collapsus universalis attamen magis magisque augentur, sudor frigidus, viscidus oritur, respiratio paullisper stertorosa fit, pulsus vix ac ne vix quidem tangendus, dieque 7 mensis Aprilis hora undecima vespertina diem supremum obiit aeger.

SECTIO CADAVERIS.

HORÂ 16^{MA} POST MORTEM.

Dum cranium serrae ope dissecatur, ejus ossa valde dura apparent. In dura meninge hyperaemia venosa sine exsudato seroso reperitur; glandulae Pachioni valdopere evolutae, gyri, praesertim dextro latere, depressi; pia mater sicca.

Haemispheriis stratim dissectis, in ventriculo dextro sanguis extravasatus invenitur, a corpore striato dextro usque ad partem anteriorem ventriculi valde dilatati extensa. Corpus striatum ipsum magna pro parte destructum, striis videlicet per aliquam vim quasi invicem semotis. In parte extravasationem circumdante encephalo-malacia rubra observatur. In thalamo optico dextro parva cystis serosa prostat, colore brunneo in circuitu (residuum apoplecticum). Ependyma valde incrasatum. Caeterum cerebrum, etiam ad basin, sanum est.

In vasis majoribus, quae in basi cerebri sunt, pluribus locis degenerationem atheromatosam invenimus. Cerebro e cavo cranii remoto, et osse petroso sinistro serrae ope dissecto, hoc totum materie purulenta est imbibitum. Processus vero mastoideus sanus.

Thorace aperto, pleura pulmonalis nonnullis locis pleurae costali pseudo-membranarum ope adhaeret. Pulmones ipsi universi sani; lobi inferiores tantummodo hypostatici.

Pericardium serum non continet, cor ipsum hypertrophicum, praesentim autem ventriculus sinister dilatatus cum parietibus valde crassis et duris; valvulae normales. Aortae descendens lumen, cordis hypertrophici habitatione, parvum est; nonnullis locis depositiones atheromatosae observantur.

Hepatis consistentia et volumen normalia; partibus vicinis organon istud nonnullis locis filamentorum ope adhaeret.

Renes valde adiposi, praesertim in substantia corticali; pyramides non bene discernuntur, nonnullis locis atrophici jam facti. Sub capsula, a parenchymate difficulter separanda, cystides parvae reperiuntur.

Lien normalis.

Tractus intestinalis nil memoratu dignum offert.

E P I C R I S I S.

Casus supra memoratus multa nobis offert ratione tam pathologica et diagnostica, quam physiologica, magni momenti, quapropter nobis dignus videtur quem sedulo animo circumspeciamus.

Ut vero quidam in contemplatione nostra ordo sit, apte, ut nobis videtur, primo loco ad momenta anamnestica attendemus, dein symptomata tam singula quam inter se comparata considerabimus. Symptomatibus tali modo contemplatis, diagnosin constituemus et de instituta medicatione loquemur. Denique ex inventis in autopsia diagnosin durante vita factam dijudicabimus, simulque efficere conabimur, utrum querelae antecedentes, aut conditio potius, quae iis ansam dedit, tamquam veri prodromi morbi considerandae sint nec ne.

Quod ad anamnesin attinet, notatu sane dignum est, aegrum, quamvis ipse levem oppressionem ut et dolorem in pectore maximi momenti esse putaret, antea vero per longum tempus in Polyclinico auxilium petiisse propter

cephalaeam cum vertigine ex congestione orta, quibus et postea semper vexabatur, quam ob rem evacuatio sanguinis localis magno certe cum levamine jam antea instituta erat. Hic si addas staturam brevem et robustam cum hypertrophia cordis, praecipue sinistri, verum habes habitum vulgo dictum apoplecticum.

Si porro attendimus ad symptomata, quae in insultu ipso nec non isto praeterito sese manifestarunt, multa sunt digna quae animadvertantur.

Primo quidem loco insultus ipse subito intrans. Aeger satis bene se habet, brevi ante, famulo affirmante, aliquid nutrimenti ceperat, subito vero vertigine cum oppresione corripitur et in latus sinistrum cadit. Plane vero mentis compos est. Quid haecce symptomata significant?

Causam cerebralem adesse, quis est qui dubitet, si vertiginem et hemiplegiam extensam spectet? Hemiplegia praesertim, insultus subito invadentis habita ratione, apoplexiam adesse significare nobis visa est. Apoplexiam enim dicimus quaecumque functionum cerebralium perturbationem, motu et sensu diminutis vel sublatis, ortam e sanguinis in cerebro circulatione subito impedita. Inquirendum vero erat, quaenam apoplexia hic adesset, *Apoplexia serosa*, an *vascularis* aut *sanguinea*.

Antequam hanc quaestionem indagemus, opus esse nobis videtur definire, quid nominibus istis sit intelligendum, ut dein consideremus, utrum distinctiones illae servandae an rejiciendae sint.

Saepeius disputatum est de quaestione, utrum distinctio *apoplexiae serosae* servanda, an, ut plurimi volunt, plane rejicienda sit. Quid sub hoc nomine intelligimus?

ROKITANSKY in opere suo anatomico-pathologico sequentes apoplexiae causas refert: 1^o serum subito in sacco arachnoideae exsudatum; 2^o infiltrationem serosam piaie meningis; 3^o infiltrationem piaie meningis et laminae arachnoideae internae, pontis ad instar illam superjacentis; 4^o serum subito in ventriculis exsudatum; 5^o infiltrationem serosam cerebri ipsius.

Apoplexia *serosa* igitur dicenda esset functio cerebri subito impedita ob largam seri exsudati quantitatem, hyperaemiam secutam.

Ab apoplexia serosa idcirco revera distinguatur hyperaemia quaecunque oriunda e morbis praegressis, v. c. inflammatione, pseudoplasmatibus, caet, qui seri exsudationem producunt; porro quaevis seri exsudatio chronica inter membranas, spatii vacui causa ortas; (hydrops ex vacuo).

Si nunc animum ad hoc vertimus, quod serum saepius subito in aliis cavernis et membranis, sacci formam referentibus, exsudatur v. c. in peritoneo, in pleurae sacco, in pericardio et sic porro, negari ut nobis videtur nequit, exsudationes serosas subito incidere posse in cerebrum ejusque membranas sacci formam referentes, atque igitur, cerebro illis presso, functionem cerebralem tolli, ut ita dicam paralyticam fieri.

Argumentum, quod nonnulli attulerunt, ut probarent

apoplexiam serosam rejiciendam esse, est, quod massa cerebrialis ubicunque membranis et cranio ipso tali modo circumdetur et prematur, ut spatium ad seri exsudationem nullum supersit: si autem hoc verum esset, eadem ratione neque apoplexia sanguinea admitti posset: extravasatione nempe sanguinis aequae ac seri exsudatione, nihil aliud, primis saltem temporibus, fit nisi dislocatio massae cerebrialis.

Enimvero quidem animadvertendum est, massam cerebralem revera dislocari et indurari posse, ut perspicue patet e pseudo-plasmatibus in cerebro, in morbo Brightii, in quo, si oedema universalis adest, etiam cerebrum infiltratum invenitur, sine ulla cerebri atrophia, massa vero ipsa infiltrata.

Ex hisce omnibus igitur argumentis laeulenter patere putamus, apoplexiam serosam admittendam et re vera ab apoplexia vascolari vel sanguinea esse distinguendam.

Causa serosae apoplexiae, ut referunt auctores, quaerenda est in vitio valvularum, quod stasin sanguinis cum exsudatione consecutiva profert; in pseudoplasmatibus, quae ob pressionem, quam in venas exercent, prohibent quominus sanguis venosa ad cor reducatur, in hyperaemia universali, in intoxicatione uraemica in morbo Brightii.

Ex his omnibus causis nulla apud aegrum nostrum observatur, e contrario, uti jam commemoratum est, cordis sonos, quamvis vehementes, nullus strepitus abnormalis comitatur. Praeterea aegrotantis victus ratio semper

talis fuit, ut rebus necessariis numquam caruisset, ut et aspectum hydraemicum nullo modo referret. De causa ultimo loco memorata, uraemica nempe intoxicatione, fortasse cogitavissemus, si cognitum nobis fuisset, quod postea autopsia docuit, renes in secundo morbi Brightii stadio versari; attamen hoc non ignorato apoplexiam serosam adesse nihilominus negavissimus, quia nulla symptomata uraemica aderant.

De apoplexia *serosa* igitur hic nulla est quaestio.

Apoplexia *vascularis* dicitur, si subito hyperaemia vasorum oritur cum cerebri pressione, quae hyperaemia vel ad spatium parvum definita esse potest, vel magis extenditur. Sub apoplexiae *sanguineae* vero nomine ea intelligitur, quae non tantum hyperaemiâ efficitur sed extravasatione sanguinis vera ob parietes vasorum degeneratos et fragiles factos.

Hae ambae universe ad easdem causas remotas referri possunt, quae vel in cerebro ipso vel extra illud sitae sunt, quarum porro natura vel activa vel passiva est. Ad causas remotas naturae activae in cerebro ipso referendae sunt: hyperaemia quam vocant activa, momentanea cujusdam vasis sanguiferi dilatatio. Inter causas naturae passivae praecipue memoranda est hyperaemia passiva propter venarum pseudo-plasmatibus pressionem. Causa remota naturae activae extra cerebrum dici potest, si justo major sanguinis quantitas ab impetu cordis ad cerebrum propellitur; porro hypertrophia cordis cum

lumine aortae descendentis, ipsius hypertrophiae habita ratione, nimis parvo: causae denique naturae passivae extra cerebrum vitia sunt valvularum organica, vel pressio externa in venas.

In ipso insultus momento hae apoplexiae igitur eadem symptomata proferre et invicem aegre discerni possunt. Attamen in apoplexia vasculari symptomata citius tolluntur quam si, ut fit in apoplexia sanguinea, sanguis ipse e vasis prodiit. In nostro casu tamen apoplexia vera sanguinea nobis adfuisse videtur, sequentes praecipue ob causas.

In apoplexia enim vasculari non valde extensa, ut saepius fit absque ullo nocivo effectu, cujus causa igitur in unius vasis sanguiferi dilatatione quaerenda est, paralysis non adeo extensa foret quam apud aegrum nostrum, uti quoque omnia symptomata citius fuissent sublata. Quid quod si tam extensa fuisset, ut per totum cerebrum hyperaemia adfuerit, etiam paralysis non solummodo hemiplegica sed magis universalis fuisset.

Si porro attendimus lumen vasorum cerebralium tali modo posse dilatari ut vehementem cerebri pressionem exercent, patet apoplexiam vascularem praecipue in vasis cerebri superficialibus fieri, unde facile intelligendum est, quod jam experientia clinica affirmatur, hacce apoplexia intellectum etiam turbari, id quod, ut jam saepius commemoravimus, in nostro casu locum non habuit.

Symptomatibus dein in ipso morbi decursu consideratis, nobis perspicue patebit, diagnosin, quae apoplexiam sanguineam statuebat, veram fuisse.

Inter symptomata memoratu digna omnino citari meretur hemiplegia sinistra per morbi decursum non sublata, apoplexiam quippe sanguineam significans, et quidem in haemispheria dextra, secundum legem decussationis, quam ROMBERG omnium legum cerebro-physiologicarum certissimam dicit, nullam fere exceptionem patientem.

Quamvis fere omnes observationes hancce legem affirmant, interdum vero casus offendimus, quales etiam auctores enarrant, qui hujus legis exceptiones esse videntur, ita ut nostra fert opinio hanc legem non in omni sensu esse accipiendam, uti nonnulli Physiologi volunt. Jure igitur NASSE de hacce quaestione dicit: (*) „Der Stand unserer dermaligen Kenntnisse von der feineren Anatomie und Physiologie giebt uns noch nicht die Mittel an die Hand über diese so wie manche andere wichtige Frage auf diesem Gebiete eine endgültige Entscheidung zu fällen.“

Difficilius est efficere in quam cerebri parte extravasatio obtinuerit; omnes enim Physiologi in eo con-

(*) Ueber die sogenannte gleichseitige Hemiplegie. Zeitschrift für Psychiatrie u psychisch-gerichtliche Medicin von Damerow, Flemming u Roller 1849. 6 B.

sentiunt, nexum partium cerebri cum quibusdam functionibus tantummodo nonnullarum, haudquaquam omnium ejus partium notum esse et demonstrari posse, et nonnullas functiones a pluribus simul partibus pendere.

Extensae paralyseos ratione habita focus apoplecticus in cerebro valde notabilis videtur. Verisimiliter in substantia corticali sedem non tenet, nam ut observationes physiologicae docuerunt, intellectus in hac substantia residere videtur; noster vero aeger mentis plane compos erat.

Observationes nec non experimenta physiologica nos docuere organon sensus, quamvis a toto cerebro dependeat, praecipue a partibus cerebri maxime interioribus dependere. Ideirco nostra fert opinio hic focum in parte cerebri interiori esse, sensu nempe ut jam diximus diminuto. Haecce experimenta et observationes pathologicae porro nos docuere, laesionem thalami optici et corporis striati maximi, quod ad motum musculorum faciei, praecipue vero musculorum extremitatum attinet, esse momenti. Nonnulli quidem Physiologi paralyisin extremitatum superiorum pendere volunt a thalamo optico laeso, extremitatum inferiorum e contra a corporis striati laesione. Experientia verumtamen docuit, paralyisin extremitatum tam superiorum quam inferiorum et a corporis striati, et a thalami optici laesione oriri posse. Haec omnia argumenta indicare nobis videntur, focum hic vel in thalamo, vel in corpore striato sedem habere.

Diagnosi apoplexiae sanguineae nec non sede foci apoplectici, quantum fieri possit, jam constitutis, antequam symptomata accessoria contemplemur, paucis verbis institutae medicationis rationem reddamus.

Quamvis minime credamus in quavis apoplexia sanguinea sanguinis evacuationem esse instituendam, quippe qua causa eius praedisponens tolli nequeat, nobis tamen videtur in hoc casu evacuationem localem non tantummodo non fuisse contraindicatam sed revera prodesse potuisse, congestionis ad caput ratione habita. Non adeo ut apoplexiae sequelas praeveneremus, sed potius ut, circulatione liberiore in cerebro restituta, sanguinem e sinibus detrahentes praecaveremus, ne iterum stasis fieret, quae apoplexiam renovaret, minime gentium vero ut massa sanguinis diminueretur. Hanc ob causam duae hirudines ad nares applicatae sunt.

Sed ne momento quidem venaesectio nobis in mentem venit, quippe quae cruore diminuto sanguinis crasin magis hydraemicam redderet, ita ut, parietes vasorum sanguiferorum minus bene nutriti fragiliores redderentur: ultra quod venaesectio, crasin hydraemicam provocans, apoplexiae serosae ansam dare posset.

Capitis caloris nec non congestionis causâ praeterea fomenta frigida capiti adhibentur, dum interne, ut ad tractum intestinalem dirivetur, *pulveres de calomelano et jalappa* propinantur.

Ut in historia morbi legimus, eandem medicationem

derivatoriam, excepta vero evacuatione sanguinis, usque ad diem decimum post insultum continuavimus, quo die propter virium collapsum excitans, scil. *inf. valerianae* praescribitur.

Etiam paucis verbis explicare debemus *sulph. chinini* administrati rationem.

In historia morbi narravimus ad vesperam sudoris excretionem augeri et pulsum magis celerem ac frequentem fieri. Conditionis endemicae Nosocomii habita ratione, quae talis est ut in omnibus fere morbis typus magis minusve manifestus prodeat, non mirum, nos hic etiam conditionem aliquam typicam subesse suspicatos ei idcirco antitypicum per excellentiam propinasse, quam opinionem non adeo falsam fuisse probat febris remissio medicamenti administrationem secuta.

Hisce de medicatione allatis, duae res adhuc in morbi decursu restant, nostra attentione dignae, *otitis* scilicet *externa* et *erysipelas faciei*.

Otitide se manifestante, quaestionem posuimus, utrum meatus auditorius externus esset affectus an causa profundior in osse petroso ipso quaerenda. Examine locali instituto, quod verumtamen debilitatis aegri causa difficulter institui poterat, meatus ille non apparebat affectus; verisimiliter igitur in osse petroso ipso otorrhoeae causa quaerenda erat. Altera quaestio vero restabat, scilicet utrum otitis illa complicatio tantum habenda esset, an nexus foret inter illam et focum apoplecticum. Cum otitis in

latere sinistro faciei se manifestaret, focus apoplecticus vero in hemisphaeria dextra sedem habere crederetur, multa probare nobis videbantur, causam in osse petroso ipso esse quaerendam; hoc quidem modo: hyperaemia universalis ansam praebuit stasi in membrana mucosa cavitatum ossis petrosi, fortasse in osse ipso, cum exsudatione consecutiva, quod exsudatum deinde in pus conversum causa otorrhoeae purulentis fuit.

Res ultima in morbi decursu mentione digna est *erysipelas*, quae denuo argumentum praebet genii endemici Nosocomii suburbani: etenim nullus fere processus inflammatorius, nulla praecipue inflammatio externa, hic observatur sine erysipelate intercurrente.

Praecipuis symptomatibus in morbi decursu nunc contemplatis, nexuque quantum fieri posset inter illa et diagnosin demonstrato, denique paucis verbis consideremus, utrum quae in autopsia inventa sunt cum diagnosi congruant nec ne.

Extravasatum ipsum omnino diagnosim probavit, tam quod ad sedem, quam quod ad extensionem.

Porro in autopsia praeclare causa praedisponens visa est. Atheromatosa nempe parietum degeneratio; hypertrophia insuper cordis cum lumine aortae descendens, hypertrophiae cordis habita ratione, nimis parvo, ita ut quavis systole major sanguinis quantitas ad cor propelleretur quam per venas reduci posset; duo momenta apoplexiae luculenter adsunt; praedispositio enim ad congestiones

caput versus, cum degeneratione et fragilitate parietum vasorum.

Diagnosin nostram denique quoad otorrheam purulentam etiam autopsia confirmavit; totum os petrosum enim, excepto processu mastoideo, pure infiltratum erat.

CASUS II.

LUXATIO ATLANTIS CUM FRACTURA PROCESSUS ODONTOIDEI.

HISTORIA MORBI.

E. B., 65 annos nata, non nupta, die 10^{mo} mensis Aprilis hujus anni Nosocomium suburbanum intrat, querens de vehementi in occipite dolore motuque extremitatum tam superiorum quam inferiorum imminuto. Interrogata enarrat se ante sex menses gradus descendentem cecidisse in occiput et dein per horam integram mentis impotem fuisse. Ab hoc inde tempore dolore vehementi capitis, praecipue in regione occipitali, se laborasse affirmat; aliis vero molestiis lapsus se vexatam esse strenue negat. Extremitatum motum diminutum, quo jam non diutius quam per quatuor dies laborat, quem nocte se manifestasse affirmat, ipsa potius debilitati universali attribuit.

Plura quoad anamnesin, quam hic commemoravimus,

ex illa audire non potuimus; debilitatis et provectoris aetatis causa quaestionibus aliquantum vage ac diffuse repondente.

Jam statim, illâ receptâ, obliqua capitis positio ejusque motus turbatus, nec non obliqua colli inversio nobis in oculos cadunt, quod tamen primo adpectu contractioni musculorum colli attribui poterat.

Examine vero locali accuratiore instituto, invenimus processus spinosos vertebrarum colli superiorum manifeste latus dextrum versus esse dislocatos, dum simul capite leviter moto crepitationem audimus in articulatione atlantis cum epistropheo. Hic porro excavatio quasi adest, loco, qui superficiei columnae vertebralis anteriori respondet, contra leviter elevato, ut digito in pharyngem inducto sentitur. In reliquarum vertebrarum positione dislocatio se non manifestat.

Natura et extensione motus turbati deinde examinatis, patet *paralysin* completam adesse extremitatum superiorum, *paresin* tantummodo extremitatum inferiorum, motus passivos vero turbatos non esse; porro *formicationem* adesse attamen sine anaesthesia, stimulis quippe externis perceptis in quacumque extremitatum parte administratis.

Praeter haec de aliis functionibus turbatis non queritur aegra.

Respiratio, quamvis quodammodo difficilis, attamen nec superficialis, nec praeter modum frequens est; etiam

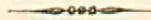
examen physicum nil abnormale praebet; dum et organa circulationis sana videntur; pulsus tamen aliquantum celer et frequens. Ipsa affirmante alvus constipata est; appetitus bonus, lingua non obsessa, cutis calida et sicca. Applicantur hirudines in nucha ut et elysma.

Medicatione derivante per aliquot dies instituta, proximis diebus motus voluntarius quodammodo redire videtur, praecipue extremitatis inferioris sinistrae; caeterum conditio fere eadem; continuo adhuc febre vexatur. Die vero 22 ejusdem mensis oedema manuum et pedum se manifestat, deglutitio difficilior fit et lingua titubat; quae ultima vero duo symptomata postero die aliquantum meliora se ostendunt.

Post aliquot dies motu voluntario magis magisque imminuto, collapsu universali et oedemate manuum pedumque adauctis, urina involuntarie profluit. Pulsus minimus fit, vix ac ne vix quidem tangendus, respiratio stertorosa, dieque 30 ejusdem mensis moritur.

SECTIO CADAVERIS.

26^{TA} POST MORTEM HORA.



Corpus valde emaciatum. Nuchae et occipitis cute et partibus mollibus usque ad vertebrae scalpelli ope dissectis, processum spinosum epistrophei aliquantum latus dextrum versus dislocatum et spatium inter arcum prioris vertebrae et secundae praeter normam magnum esse liquet.

Vertebris colli ab occipite resectis et separatim examinatis, atlas latus dextrum versus et aliquantum antrosum luxatus, ligamenti non disruptis, ita ut superficie articulationis epistrophei ante oculos posita, istius processus odontoideus fractus sit et *ante* corpus vertebrae secundae positus.

Superficiem fragmentorum jam aliquanto tela conjunctiva obtectam esse nunc patet. Examen porro fracturam processus transversi dextri partis anterioris monstrat, cujus fracturae fragmenta etiam tela conjunctiva involuta sunt.

Residua exsudationis sive extravasationis ad mēinges non observantur. Medulla in loco vertebrae primae in angulum fere rectum reflexa est; substantia vero normalis.

In parte anteriori piaie meningis, prope superficiem cerebri, exsudatum serosum invenitur, et nonnullis locis maculae albae exsudati plastici observantur; venae valdopere expansae sunt.

Cerebrum magna pro parte oedematosum; ventriculis magna seri quantitas inest. Caeterum nil memoratu dignum reperitur.

Pulmones atrophici et oedematosi; de reliquo nil notatu dignum. Nonnullis locis pleura pulmonalis pleurae costali adhaeret.

Pericardium parvam seri quantitatem continet. Cor ipsum sanum, nec non valvulae sanae.

Renes etiam nil praeter normam ostendunt.

Hepatis consistentia et magnitudo normales sunt.

Lien mollis, coloris atro-rubri.

Tuba intestinalis nil notatu dignum offert.

EPICRISIS.

Casum supra commemoratum valdopere notatu dignum esse quis est qui dubitet, si spectet ad laesionem ipsam raro observatam, nec non ad permulta, quae ad aspectu physiologico et pathologico adeo magni sunt momenti.

Observationes vero atque experimenta de medulla spinali ejusque functionibus ultimo tempore tanto numero instituta sunt, opiniones de illis et earum explicationes tantopere inter se differunt, ut earum literatura sola jam ambitum supra tironis captum acquisiverit. Praeterea controversiae de nervorum origine, inter quam et functionum medullae ipsius explicationem strictus est nexus, tam numerosae sunt, argumentisque tam gravibus demonstrantur, ut plus scientiae et peritiae, nec non experientiae opus sit, quam quae brevi temporis studiis dedicati spatio colligi potest, ut bene discernatur quid verum, quid falsum sit.

Propositum igitur nobis est tantummodo nonnullas res paucis verbis movere, quae praecipue sunt animadverten-

dae: primo loco laesionem ipsam tam rare observatam, deinde magnum quod inter laesionem traumaticam ipsam et hanc quidem symptomatibus medullae oppressae manifestatam fuit temporis spatium.

Rerum chirurgicarum periti tam anteriorum quam nostrum temporum in eo conveniunt omnes, luxationem atlantem inter et epistropheum ob ligamentorum firmitatem rarissime observari, et facilius processum odontoideum frangi quam ligamenti elongatis sive disruptis luxari. Si aliquando observatur, cujus rei inter alios STROMEYER (*) casum refert, tunc propter firmitatem ligamentorum cruciatorum lateralium et ligamenti suspensorii dentis, vis, qua medulla ipsa a processu odontoideo, medullae habitatione dislocato, laeditur, saltem premitur, tam vehemens esse debet ut statim mors vel paraplegia sequatur.

Haec in animo versantes, duas res praecipue animadvertimus: 1^o Fracturam processus odontoidei facilius fieri quam luxationem atlantem inter et epistropheum. Tantummodo in infantibus post lapsum violentum in caput vel in mentum STROMEYER subluxationem atlantis observavit. In nostro casu vero et una et altera adest. 2^o Ligamenti disruptis vel elongatis, statim mortem saltem vero paraplegiam sequi, medulla quippe a processu odontoideo, ipsius habitatione retrorsum dislocato, pressa.

(*) STROMEYER, Handbuch der Chirurgie, s. 609.

Hic vero processus fractae vertebrae non retrorsum sed antrorsum dislocatus fuit, et paraplegia, quae hic secuta est, post sex demum menses intravit.

Medulla igitur in casu narrato premitur vertebra colli secunda, isto quidem loco, quo processus fractus est, nec non processu odontoideo ipso vertebrae fractae, a qua hic separatus atlantem antrorsum secutus est. Tali modo latere suo acuto in medullam penetravit, quae statu sano parvam curvaturam describens, hic fere in angulum rectum erat inflexa.

Rem igitur sequenti modo se habuisse credimus.

Ob vehementem in occiput lapsum verisimiliter repente processus odontoideus fractus est, fragmentis tamen fere non dislocatis, quorum superficiem in autopsia jam aliquantum tela conjunctiva obtectam invenimus.

Dislocatio ipsa fragmentorum brevi post lapsum tantummodo minima fuisse debet, quum primis temporibus nulla medullae pressae symptomata, ut aegra ipsa affirmavit, se manifestarent. Porro fieri potest ut ligamentis per lapsum quodammodo elongatis et magis elasticis factis, ut et fractura processus odontoidei, causa luxationis atlantis completae praedisponens, jam adfuerit. Causa occasionalis nocte se praebuisse videtur. Improbabile esse non credimus eam, capitis positione flexa fortiori motu, dum lectum petens dorso in pulvinar decumberet, subito adaucta, facile esse provocatam et tali modo medullam pressam fuisse.

Quamvis haud dubie contra sententiam nostram multa sint afferenda, argumentis tamen ex analogia et experientia deductis illa defendi posse nobis videtur.

Mirum quidem videri posset, luxationem cum paralysi insecuta non prius quam diu post lapsum se manifestasse, attamen plures tales casus narrati sunt; sic ultimo tempore quidem mentio facta est de casu, in quo paralysis brevique ei insecuta mors etiam sex mensibus post laesionem traumaticam intravit. (*)

Porro sententia nostra, quoad causam proximam, fortasse quodammodo audax dici posset. Attamen multae luxationes variis temporibus sunt observatae, quae eodem modo ex levi etiam causa ortae sunt. In casu nostro motum non ita vehementem sed subito institutum causam proximam praebuisse diximus. Inter alios auctores hic nominandus est DESAULT, qui casum enarrat Jureconsulti, qui caput subito vertens, luxatione processus articularis correptus est.

HYRTL (†) etiam de pluribus luxationibus vertebrarum colli mentionem facit, tam cum fractura processus odontoidi complicatis, quam subito ortis, insequente morte. Hic auctor etiam casus analogos in regno animali a VARRONE narratos, ingeniose memorat. Juxta VARRONEM (§) enim anseres juniores, prae voracitate collum ad nutrimentum

(*) Revue médico-chirurgicale, Janvier 1854.

(†) Handbuch der topographischen Anatomie.

(§) De re rustica, lib. III. Cap. 10.

arripiendum nimis extendentes, nonnumquam tali modo luxatione vertebrarum colli corripuntur.

Casus igitur illi allati scopo nostro sufficiunt, ad demonstrandum scilicet hypothesin nostram non ita audacem esse et melius posse probari, quam quidem primo adpectu videretur.

Si nunc animum vertimus ad symptomata objectiva durante vita in regione colli obvia, statim obliqua et flexa capitis directio nec non incavatio inter vertebram primam et secundam, cum loco quadammodo elevato ad anteriorem columnae vertebralis superficiem, occurrit.

Symptomata vertebrarum colli luxationis referuntur sequentia: caput in unum latus inclinatum, et quidem in latus luxationi oppositum, processus spinosi dislocati, cum vehementi dolore in loco luxato, quae quippe symptomata, nunc hoc nunc illo magis manifesto, in aegra nostra sunt observata.

Verumtamen contractura musculorum colli aderat, cui primis momentis capitis obliqua directio attribui poterat.

Sed, praeter processus spinosos dislocatos cum vehementi dolore, symptoma aderat, quod nullum fere dubium, quoad luxationem et quidem antrorsum versus, nobis reliquit, levis scil. incavatio anteriori parte respondens loco columnae ad posteriorem partem eminentiori. E cunctis his symptomatibus deduximus, luxationem duarum vertebrarum partis colli superioris esse factam, qua caput in latus et quidem antrorsum proclinetur.

Ad hanc diagnosin statuendam argumenta nobis prae-

buere experimenta a VAN DEEN, SCHILLING et aliis physiologis facta, e quibus luculenter patuit, medullae laesionem ejusque functionum perturbationem in loco vertebrae colli secundae, quoad motum extremitatum superiorum, magni esse momenti.

Luxatione igitur admissa et e dictis observationibus virorum praestantissimorum probata, qui asseverant hanc luxationem fieri fere non posse nisi per fracturam processus odontoidei complicatam, diagnosi fracturae hujus processus non agnoscere nequit.

Autopsia nostram diagnosin plane affirmavit et insuper indicavit locum elevatum non tantummodo e luxatione vertebrae ortum esse, sed et e dislocatione processus odontoidei ante corpus epistrophei.

Diagnosi instituta nullus erit qui medicationem aliam quam expectativam et derivatoriam hic fuisse instituendam censeat, quiete et diaeta nimirum probe observatis, ut et capitis positione tali servata, qualis aegrae facillima erat.

De repositione sermo esse nullus poterat, qua nempe tentata procul dubio pressio in medullam adaucta fuisset. Laesio insuper jam nimis chronica erat, ut et de facta fractura non adeo certi eramus, licet luxationem cum fractura processus odontoidei complicatam auguraremur.

Quid quod si luxatio tantummodo lateralis fuisset, non tamen conatus ad repositionem instituissimus, periculum jure timentes, quod repositio praesertim vertebrarum colli adferre debet.

Licet denique magis perito casus supra narratus plurima argumenta offerre possit, quibus leges physiologicae explicentur et confirmentur, nos tantummodo modeste nonnullas observationes memorabimus, quibus clinicae considerationes hujus casus praecipue ansam praebent.

Quamvis multae paralyses difficulter distinguantur tam quoad causam centralem quam quod ad periphericam tantum attinet, hic tamen nullum dubium supererat. Ad aliam vero quaestionem, quae saepe in paralysibus proponitur, sed quibus vario modo respondetur, scilicet quod sedem ipsam laesionis centralis attinet, in nostro casu clarius ut nobis videtur responderi potest.

Etenim causa paralysis extremitatum superiorum in parte medullae cervicali, illa vero extremitatum inferiorum in parte lumbali quaeri solet. In nostro casu tamen ob pressionem, cui pars cervicalis exposita erat, paralysis et extremitatum superiorum et inferiorum aderat. An haec opinio de sede causae tamquam dubia est rejicienda? Non credimus, et quidem primo, quia experimenta physiologica circa hanc legem nec non observationes pathologicae satis abundant ut de veritate hujus opinionis non sit dubium; 2^o quia paralysis extremitatum inferiorum non ita completa fuit quam superiorum.

Si porro opinio nonnullorum Physiologorum vera est, fibras nerveas, quibus extremitates inferiores obediunt, magis in media parte medullae ponentium, inde sequitur pressionem in has fibras minorem fuisse, et earum func-

tionum perturbationem non tam completam quam illarum quae extremitates superiores regunt; dum illae, quae in parte exteriori sitae sunt, a partibus osseis dislocatis magis pressae fuerunt.

Alius adhuc modus in nervorum functione hic memorari debet. Etenim nonnullae fibrae nerveae praesertim extremitatum superiorum inertes erant, dum aliae spasmodicam contractionem musculorum colli provocaverant. Non enim partium dislocatio colli rigiditatis sola causa erat, musculis colli nempe manifeste contractis. Nonne hoc in casu poni debet fibrillas nerveas in musculos colli propagatas plus quam solent stimulas fuisse?

Sic quidem putamus. Nam solus stimulus in fibras motorias allatus spasmos, non vero paralyin efficere solet.

Qui in pressionem influebat modus, ille et in vitae manifestationem hic influisse nobis videtur.

Opinio nostra exposita praeterea confirmatur casu morbi, de quo VOGEL et DITMAR mentionem fecere, (*) in quo casu ex vertebrae colli quartae exostosi primum paralyis extremitatum superiorum dein inferiorum orta est, unde etiam concluderunt, nervos motorios extremitatum superiorum in medullae partis cervicalis stratis superficialibus formari, ut adeo maxime pressioni expositi essent: illos vero extremitatum inferiorum magis in media parte decurrere, et ideo pressionem minoris momenti subire.

(*) Deutsche Klinik. Zeitung für Beobachtungen aus Deutschen Kliniken und Krankenhäusern. 1851. B. III. s. 408.

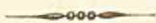
Alia res physiologica denique attentione nostra digna est, nempe, licet paralysis sat universalis adesset, attamen functionum medullae spinalis perturbationem sphincterum ani et vesicae paralytin non provocasse. Etenim in ultimo demum vitae stadio urina involuntaria fuit, quum ob universalem virium collapsum voluntatis stimulus in sphincterem vesicae uti in fere omnes musculos voluntarios diminutus erat.

Exinde igitur quidem concludi posse nobis videtur, nervos, quibus horum musculorum contractiones provocantur, praesertim ex inferiori medullae parte originem ducere.

Quam vim hoc symptoma habeat ad probandam nonnullorum, VOLKMANNII imprimis, HALLII aliorumque opinionem qui statuunt in medulla spinali revera loca esse quae tamquam musculorum irritationis fontes habenda sunt (automatische Erregungstellen), nos quidem nullo modo dijudicare audemus.

TANTUM.

T H E S E S.



I.

Distinctio inter apoplexiam *sanguineam*, *vascularem*
et *serosam* tenenda est.

II.

In fere omni apoplexia a venae sectione abstinendum
est.

III.

Leges physicae et chemicae ad medicamentorum effec-
tus explicandos non sufficiunt.

IV.

Ab albuminis coagulatione ope acidi nitrici non est
concludendum ad vim illius medicamenti in morbo
Brightii.

V.

Therapia generalis jure clavis dici potest ad Therapiam specialem.

VI.

Recte GALENUS: „in morbo omnia symptomata spectare oportet Medicum neque uni fidere.

VII.

Die Hauptkunst besteht darin die Krankheiten möglichst zu generalisiren, die Kranken zu individualisiren.

HUFELAND.

VIII.

In consideratione morborum physiologiae leges nimis negligi solent.

IX.

Recte SCANZONI: „jede Wehe ist eine reflexwirkung.

X.

Vulnera capitis, etiam leviora, cautam requirunt prognosin.

XI.

Arteriarum ligatura in plerisque casibus torsioni est praeferenda.

XII.

Distinctio inter tumores benignos et malignos est rejicienda.

XIII.

Causa cordis contractionis rhythmicæ in nervis organi ipsius quaerenda.

XIV.

Nondum methodus exstat, quâ sanguinis quantitas in corpore statuatur.

XV.

Improbandi Art. 309 et 311 codicis poenalis, quibus minores vel majores poenae constituuntur, prout quis vulneratus intra viginti dies munere suo fungi potuerit vel non potuerit.

