

GAZETA LEKARSKA.

Ś. P.

WŁADYSŁAW

MATLAKOWSKI,

Znakomity chirurg, wielce zasłużony badacz sztuki
ludowej na Podhalu, wzór szlachetnego człowieka
i obywatela,

Zmarł w Zbijewie d. 26 b. m. w 44 roku życia.

Jeden z najbliższych Numerów Gazety Lekarskiej poświęcimy rozbirowi działalności tego Męża, który był miłością naszego grona, jego ozdobą i chlubą.

I. FRENULA LABIORUM LATERALIA, PRZYZYNEK DO ANATOMII JAMY USTNEJ JAKOTEŻ PATOGENEZY JEJ OWRZODZEŃ.

Napisał

D-r B. Dzierżawski,

zarząd. kliniką w Warsz. szkole dentystrycznej.

W podręcznikach Anatomii [SAPPEY ¹⁾, CRUVEILHIER ²⁾, HENLE ³⁾, GENBAUR ⁴⁾, LUSCHKA ⁵⁾], znajdujemy wzmiankę o jednym tylko wędzidełku na każdej wardze — *frenulum labii superioris et inferioris*, pomieszczonym na linii środkowej warg, przyczem niektórzy, np. CRUVEILHIER, dodają, że wędzidełko wargi górnej więcej jest rozwinięte, aniżeli dolnej, inni zaś, jak np. ZUCKERKANDL ⁶⁾, wędzidełko środkowe wargi dolnej zupełnem pomijają milczeniem. Wędzidełko środkowe wargi dolnej rzeczywiście nie u wszystkich osobników znajdujemy wyraźnie rozwinięte.

Z 67 zbadanych przezemnie w tym kierunku osobników, u 15 wędzidełka środkowego przy wardze dolnej nie znalazłem, zastępuje je zaś kilka cienkich i drobniotkich fałdek błony śluzowej, których podstawa w rowku dziąsłowo-wargowym (*sulcus gingivo-labialis*) jest w tem miejscu cokolwiek ku górze wzniesiona [t. j. rowek ten jest w tem miejscu nieco płytszy aniżeli po bokach].

Wziąwszy wargi w okolicy kątów ust w palce i odciągając je w kierunku na zewnątrz i nieco ku tyłowi, zauważyć łatwo możemy, że w miejscach tych u bardzo wielu ludzi istnieją fałdy błony śluzowej, idące od warg do dziąsła; są to niejako wędzidełka warg boczne — *frenula labiorum lateralia* i które dotychczas, o ile sprawdzić mogłem, nigdzie opisane nie zostały.

Na wardze górnej boczne te wędzidełka przedstawiają się w postaci pojedynczej fałdy, dość grubej, około 3 do 5 i więcej milimetrów wysokiej, idącej od podstawy wargi do dziąsła i przyczepiającej się tutaj naprzeciw zęba pierwszego małego trzonowego, bliżej strony jego środkowej. Jest to typ najczęstszy: takie wędzidełko przy wardze górnej spotkałem u 39 [28 dorosłych i 11 noworodków] z 67 zbadanych przezemnie w tym kierunku osobników. Obok jednak fałdy pojedynczej, stanowiącej typ główny, spotykany u przeważnej liczby osobników, w mniejszości przypadków spotykamy jeszcze inne typy wędzidełka wargi górnej bocznej.

Tak u 12 osobników dorosłych obok wysokiej [od 3 do 5 mm.] fałdy, idącej i przyczepiającej się w kierunku takim samym, jaki powyżej dla główne-

¹⁾ Paris. 1879.

²⁾ V-me édit, Paris. 1879.

³⁾ Handb. der Eingeweidelehre des Menschen. II Aufl. Braunschweig. 1873.

⁴⁾ Leipzig. 1890.

⁵⁾ 1865.

⁶⁾ Anatomie der Mundhöhle mit besond. Berücksicht der Zähne. Wien. 1891.

go typu opisałem, dystalnie i mezjalnie od poprzedniej fałdy znajdujemy jeszcze fałdki niższe, idące również od wargi do dziąsła i przyczepiające się tutaj naprzeciw dystalnej strony kła, lub też naprzeciw drugiego małego trzonowego.

Drugi więc typ będzie: wysoka fałda naprzeciw pierwszego małego trzonowego, obok niej 2 fałdy niższe, dodatkowe, z których jedna przednia przyczepiająca się naprzeciw kła, druga tylna [dystalna] naprzeciw drugiego małego trzonowego.

U 7 z 54 zbadanych osób dorosłych wybitnego *frenulum labii sup. laterale* nie znalazłem. W przypadkach tych w okolicy zębów małych trzonowych i kła znajdowałem drobne fałdeczki, od 1 do 2 mm. wysokości. Jest to typ trzeci.

U 4 z 54 osób dorosłych *frenulum laterale* znalazłem w postaci podwójnej, t. j. 2 fałd, równej wysokości, z których jedna przyczepiała się naprzeciw dystalnej [odśrodkowej] strony kła, druga więcej ku tyłowi naprzeciw 1-ego małego trzonowego—typ IV.

Bocznego górnego wędzidełka ani śladu nie znalazłem u osobników 4 [3 dorosłych, 1 noworodka].

Streszczając powyższe, możemy rezultat naszych badań streścić w tablicy następującej.

Ogólna liczba zbadanych osobników 67.

Z tych	noworodków 13	dorosłych 54
<i>Frenul. lab. super. lateral</i> w postaci pojedynczej fałdy [typ I] u	11	28
Obok <i>frenul. later. labii sup.</i> dodatkowe fałdy [typ II] u	0	12
Zamiast <i>fren. labii super. lat.</i> drobne fałdy [typ III] u	0	7
<i>Frenul. lab. sup. lat.</i> podwójne [typ IV] u	0	4
Ani śladu fałd w okolicy zębów 3,4,5 u	2	3

Wracając do opisu grubości i wysokości bocznego wędzidełka wargi górnej, zaznaczyć muszę, że fałdy typu I-go, III-go i główne fałdy w typie II-im są dość grube, mięsiste, brzeg ich zwrócony do jamy przedsionka przedstawia się zaokrąglonym. Wysokość wynosi od 3 do 5 mm., do brzegu dziąsła fałda zwykle nie dochodzi. W przypadkach atoli 5 [u 2 noworodków i 3 dorosłych] wędzidełko wargi górnej boczne do samego brzegu dziąsła dochodziło. Gdy wędzidełko boczne zastąpione było przez drobne fałdki, jak w typie III-im, drobne te fałdki przedstawiały się w postaci cienkich, przezroczystych, z ostrym wolnym brzegiem zdwojeń błony śluzowej. Takież sam wygląd mają fałdy dodatkowe, obok wędzidełka bocznego głównego w typie II-im pomieszczone.

W przypadkach, w których wędzidełko boczne wargi górnej dobrze jest wykształcone, przesuwając po rowku dziąsłowo-policzkowym *resp.* wargowym zgłębnikiem lub palcem, wyczuwamy na miejscu wędzidełka wyraźne zahaczenie i opór.

Wykonywając podobną procedurę odciągania z wargą dolną, t. j. odciągając podobnie jak i górną w okolicy kąta ust na zewnątrz i ku tyłowi, możemy i tu zauważyć podobne fałdy błony śluzowej w rowku dziąsłowo-wargowym.

Rezultaty mych badań co do wargi dolnej zestawie tu od razu tabelarycznie. Tak na 60 zbadanych osobników.

	Dzieci 13	Dorosłych 50
Boczne wędzidełko wargi dolnej w postaci pojedynczej fałdy [typ I]	8	22
Obok bocznego wędzidełka wargi dolnej fałdy dodatkowe [typ II]	0	"
Wędzidełko wargi dolnej boczne w postaci drobnych fałdek [typ III]	2	12
Wędzidełko boczne podwójne [typ IV]	0	3
Wędzidełka bocznego ani śladu	3	2

Osób dorosłych zbadałem 54, u 4 jednak boczne wędzidełka przy wardze dolnej znalazłem po obu stronach nie jednakowe, np. po jednej stronie typu I-go po drugiej—III-go; dla uproszczenia rzeczy w tablicę tych 4 przypadków nie wciągam.

Co do wysokości i wyglądu wędzidełka wargi bocznej dolnego zaznaczyć wypada, że wysokość jego w typie I-ym, II-im i IV-ym waha się mniej więcej w granicach 2 do 5 mm.. W jednym tylko przypadku [u dorosłego] wędzidełko wargi dolnej boczne dochodziło do samego brzegu dziąsła. W tym przypadku wysokość jego wynosiła 8 mm. Co do grubości wędzidełka wargi dolnej bocznej, to przedstawia się ono zawsze prawie w postaci cienkiej, przeświecającej, o ostrym brzegu fałdy, a zatem inaczej niż wędzidełko wargi górnej bocznej. Grube i mięsiste boczne wędzidełko wargi dolnej znalazłem tylko w 2 przypadkach.

Dodać tu musimy, że dziąsłowy przyczep wędzidełka bocznego wargi dolnej jest posunięty nieco więcej ku przodowi, niż wędzidełka wargi górnej, mianowicie: pojedyncza fałda w typie I-ym, główna fałda typu II-go znajduje się tu zawsze naprzeciw odśrodkowej strony kła. W razie fałdy podwójnej jedna przyczepia się w okolicy kła odśrodkowo, druga pozostaje w tymże samym stosunku do pierwszego małego trzonowego.

Przesuwając palec lub zgłębnik po dolnym rowku dziąsłowo-policzkowym, i tutaj, podobnie jak na górze, w razie rozwiniętego wędzidełka bocznego spotykamy zahaczenie i opór. Dodać tu muszę, że, naciągając wargi nie prosto na zewnątrz, lecz więcej ku przodowi, ku linii środkowej, fałdy wyżej opisane, owe wędzidełka boczne, zwłaszcza dolne, zupełnie prawie, acz nie we wszystkich przypadkach, ulegają wygładzeniu.

Jeżeli wargi z dobrze rozwiniętymi wędzidełkami bocznymi naciągając przestaniemy, odchylamy jednak wolny ich brzeg w ten sposób, aby rowek wargowo-dziąsłowy był widoczny, to zauważyć możemy, że aczkolwiek wędzidełko boczne przy tem położeniu wargi się zupełnie wygładza i znika, to jednak na odśrodkowej stronie tegoż możemy wyraźnie zauważyć w tem miejscu płytki dołek, którego realność zgłębnikiem sprawdzić można. W razie wędzidełka bo-

cznego podwójnego, obie te fałdki przy puszczonej, acz nieco odchyłonej war-
dze, ograniczają jakoby otwór małego, płytkiego uchyłka w rowku dziąsłowo-
wargowym. Ostatnio wymienione stosunki najwyraźniej występują przy war-
dze dolnej.

Badania moje skuteczniałem, jak wyżej wspomniano, na 54 osobach *s. v. verbo* dorosłych, w wieku od lat 15 do 35, przeważnie uczniach i pacyentach tu-
tejszej szkoły dentystycznej, przyczem w rachubę nie wciągam wcale osobni-
ków z brakami zębów w terenie mych badań, gdyż w takich przypadkach nie
mógłbym wykluczyć bliznowatego pochodzenia tych fałd. 13 noworodków
w wieku od 2 tygodni do 4 miesięcy zbadałem, dzięki uprzejmości kol. KAMIEŃ-
SKIEGO, w domu podrzutek szpitala Dzieciątka Jezus.

Czy można uważać opisane powyżej wędzidełka boczne za twory stałe, za
ekwiwalenty, że tak powiem, anatomiczne, mających oddawna już prawo oby-
watelstwa w anatomii wędzidełek warg środkowych? Zdaje mi się, że na to
pytanie mogę odpowiedzieć twierdząco, gdyż aczkolwiek, jak widać z powyż-
szych zestawień, wędzidełkom warg bocznym właściwą jest pewna *polymorphia*,
to daje się ona spostrzegać i na wędzidełkach warg środkowych. Tak
w przypadkach 15-tu wędzidełka wargi dolnej środkowe znalazłem zastąpione
przez drobne fałdeczki, co się zdarza z wędzidełkiem bocznem nie częściej; przy
wędzidełku wargi górnej środkowem wielopostaciowość wyraża się tem, że i tu
czasami [w 5 na 67 przypadkach] obok wędzidełka środkowego właściwego,
głównego, znajdujemy boczne fałdy dodatkowe, mniejszej wysokości, idące roz-
bieżnie od linii środkowej wargi do dziąsła w kierunku środkowych, a nawet
i bocznych siekaczy¹⁾.

Uprzedzając zarzut, że moje wędzidełka boczne są tylko tworem sztucz-
nym, powstałym od naciągania wargi, dodam, że i wędzidełka wargi górnej
środkowego, nawet najwięcej wyrażonego, bez odciążenia wargi zobaczyć nie
można.

Co do wewnętrznej budowy wędzidełek warg bocznych, to podobnie jak
i wędzidełka środkowe są one prostem zdwojeniem błony śluzowej, wyścielają-
cej rowek wargowo- *resp.* policzkowo-dziąsłowy i wewnątrz nic, oprócz pęczka
włókienek tkanki łącznej, nie zawierają, co kilkakrotnie na trupach stwierdzi-
łem. W wędzidełka atoli wargi górnej boczne wstawiają się, w pewnych przy-
najmniej przypadkach, niżej przyczepione pęczki mięśnia unoszącego kąt wargi
(*caninus, s. levator anguli oris proprius*); tem się tłómaczy względna tych wędzide-
łek mięsistość i grubość.

Zwracając się do oceny doniosłości opisanych wyżej fałdek, osmielam
się przypuścić, że fałdy te przedstawiają pewien interes tak z punktu wi-
dzenia anatomicznego, jak i praktycznego.

¹⁾ Dodam tu w nawiasie, że z 54 przypadków osób dorosłych w 7 na *frenulum lab. supe-
rioris mediale* spotykałem mniejsze lub większe *fibromata pendula*. Jest to więc miejsce szczególnej
predylekcyi dla tych nowotworów.

Co do pierwszego, to, jak wiadomo, jamę ust zwykli dzielić anatomowie na 2 części: jamę ust właściwą, t. j. część położoną za zębami i przedsiónek (*vestibulum oris*), położony przed zębami, pomiędzy temiż a wargami, *resp.* policzkiem. Obie te części łączą się ze sobą przy zamkniętych zębach przez szpary pomiędzy zębami i, oprócz tego, przez t. zw. *spatium maxillare posterius* [ZUCKERKANDL], t. j. przez wolną przestrzeń, jaka pozostaje poza trzecimi zębami trzonowymi i *pars ascendens* żuchwy. GEGENBAUR w przedsiönku rozróżnia jeszcze jamę policzkową — *cavum buccale*, której jednak od przedsiönka w ogóle nie odgranicza. Sądzę, że odróżnianie w przedsiönku jamy policzkowej w myśl GEGENBAUR'a jest zupełnie racjonalne, za granicę zaś pomiędzy przedsiönkiem właściwym, *vestibulum oris proprium*, położonym pomiędzy wargami i zębami przednimi do kłów, *resp.* pierwszych bikupidatów, a jamą policzkową (*cavum buccale*) można by właśnie, zdaniem mojem, uważać opisane powyżej wędzidełka boczne, tembardziej, że przy wypełnionym, *resp.* naciągniętym policzku, napinają się one niejako jako niezupełne, rudymentarne zastawki, *cavum buccale* od właściwego przedsiönka odgraniczające. Odgraniczenie takie tem więcej jest racjonalne, że po za temi zastawkami, po za zębami małymi trzonowymi, naprzeciw wielkich trzonowych rowek policzkowo-dziąsłowy jest głębszy i zupełnie gładki, żadnych już fałd dalej nie zawiera.

Rola zastawkowa wędzidełek bocznych przy naciągniętym, *resp.* napełnionym policzku, nasuwa mi jeszcze przypuszczenie o pewnej analogii, które, jak sądzą, nie jest pozbawione pewnej podstawy. Oto, jak wiadomo, niektóre zwierzęta z rzędu gryzoniów [do tych należą z więcej znanych: zając, królik, wieśniórka, mysz, bóbr i t. p.] mają t. zw. kieszonki, czyli torebki twarzowe, (*abajoues*, *Backentaschen*), to jest wypukliny niejako policzków z jamą gębową połączone. W tych kieszonkach mogą te zwierzęta przechowywać pewien zapas pokarmów, żując go w miarę czasu dowolnie, ewentualnie niektóre z nich z kieszonek tych korzystają jako z przyrządu transportowego, znosząc w nim latem zapasy do kryjówek swych na zimę. Podobne kieszonki mają także pewne gatunki małp starego świata, jako to: pawiany, makaki i kotawce (*cercopitheci*). U tych kieszonki twarzowe są bardzo obszerne, opuszczają się nawet niżej dolnej szczęki, a komunikują z jamą ustną za pomocą otworu położonego nieco na wewnątrz (?) od spojenia warg¹⁾. U małp człekokształtnych [gibon, orangutang, goryl, szympan] torebek tych brak jakoby zupełnie.

Z początku sądziłem, aczkolwiek z wielu względów mało mi się to prawdopodobnem wydawało, że może *cavum buccale* człowieka mojami wędzidełkami bocznymi ograniczone, będzie homologiem, acz rudymentarnym do wyżej wspomnianych kieszonek twarzowych gryzoniów *resp.* wyżej pomienionych małp. Dlatego to właśnie badania moje skierowałem i ku noworodkom, w przekonaniu, że jeżeli mam do czynienia z rudymentem, tu ten powinien by być więcej

¹⁾ MILLNE-EDWARDS. Leçons sur la physiologie et l'anatomie comparée de l'homme et des animaux. Paris. 1860. T. VI, str. 16.

wyrażonym u noworodków. Rezultat jednak badań mych w tym kierunku nie dał mi nic pozytywnego, zbadanie zaś preparatu gryzonia chomika (*cricetus frumentarius*), jak również zachowanego w spirytusie trupa małpy kotawca (*cercopithecus sabaeus*), laskawie mi w gabinecie anatomii porównawczej tutejszego Uniwersytetu przez prof. MITROFANOWA dozwolone, rychło mnie przekonały o niezasadności mych przypuszczeń co do tej homologii jamy policzkowej człowieka z kieszonkami twarzowymi wyżej pomienionych zwierząt. U chomika kieszonka twarzowa przedstawia się w postaci wąskiego, a bardzo długiego i głębokiego uchyłka, rozpoczynającego się bez żadnych zastawek jeszcze w przedsionku jamy gębowej. Podobnież u kotawca kieszeń twarzowa, acz mniej niż u chomika rozwinięta wyrażona, zaczyna się także w przedsionku, fałd zaś w rowku dziąsłowo-wargowym u kotawca nie znalazłem żadnych. O homologii więc nie może tu być mowy, jest a toli pewna analogia, gdyż jama policzkowa niewątpliwie, acz na małą skalę, u człowieka odgrywa rolę magazynu, w którym przynajmniej podczas żucia pewna część pokarmu zatrzymywana bywa. Wędzidełka boczne, ewentualnie zastawki przedsionkowo-policzkowe, które przy napełnionej jamie policzkowej muszą być napięte, są tu przeszkodą, niepozwalającą pokarmom, w danej chwili w jamie tej zawartej, wypadać na zewnątrz podczas rozmowy, ewentualnie przy otwieraniu ust, w celu dalszego przyjmowania pokarmów.

Co do praktycznego znaczenia bocznych wędzidełek, to zaraz postaram się je uzasadnić. Pan * * * zgłosił się do mnie w październiku r. z. w celu leczenia zębów, które rzeczywiście były w stanie opłakanym. W dwa tygodnie po skończonej robocie pan * * * zgłosił się do mnie ponownie, z prośbą o pomoc z powodu owrzodzenia, jakie bez żadnej widocznej przyczyny zrobiło się mu na dziąśle w okolicy prawego pierwszego dolnego trzonowego [VI]. We wskazanym miejscu tuż przy podstawie dziąsła, jak również w rowku policzkowo-dziąsłowym znalazłem małe owrzodzenie, wielkości średnicy grochu polnego, powierzchniowe, z brzegami równymi, nie podminowanymi, pokryte ziarniną z ciemnym, żółtawym nalotem. Błona śluzowa dziąsła i policzka w okolicy owrzodzenia obrzmiała i zaczerwieniona. Owrzodzenie sprawia ból przy jedzeniu, a nawet i mówie, zęby w okolicy owrzodzenia zdrowe. Zapędzowałem choremu owrzodzenie nalewką jodową pół na pół z *t-ra gallarum*, zaleciłem płukania antyseptyczne i ściągające. W kilka dni później zgłosił się do mnie pacjent z owrzodzeniem oczyszczonym z nalotu, z mniejszą reakcją zapalną na około owrzodzenia, które jednak w dalszym ciągu istniało. Zapędzowałem teraz owrzodzenie kwasem chromnym i po tem jednak zagojenie nie nastąpiło. Później przez 2 miesiące pan * * * nie zgłaszał się do mnie, zasięgając przez ten czas porady co do swego owrzodzenia u brata swego, lekarza, zagojenie jednak nie nastąpiło. W marcu r. b. pacjent zgłosił się ponownie do mnie. Uporczywe trwanie owrzodzenia u mego pacjenta, przy zupełnym braku u niego objawów jakiegokolwiek bądź skazy ogólnej, bardzo mnie zastanawiało, zwłaszcza wobec tej powszechnie znanej łatwości, z jaką goją się rany w ustach [z temi czyste i do tego niekonstytucjonalne owrzodzenia porównać chyba możemy]. Z początku nie umiałem sobie tej uporczywości objaśnić. Badając

pacyenta teraz, przy drugim powrocie, zauważyłem, że dno płaskiego zresztą i położonego w rowku dziąsłowo-policzkowym owrzodzenia stanowi jakoby ślepy kąt z wystającą na przodzie tegoż owrzodzenia przy odciągniętej wardze fałdą błony śluzowej. Przyczyna uporczywości owrzodzenia stała się teraz dla mnie jasną, tkwiła ona właśnie w tym ślepym kącie, przy fałdzie błony śluzowej, który to kąt stanowił samo centrum owrzodzenia. Zatrzymywanie w tym kącie ropy, jak również resztek pokarmów i śliny zdawało się mi być niewątpliwą przyczyną uporczywości owrzodzenia. Wobec takiego stanu rzeczy rozciąłem nożyczkami ową fałdę błony śluzowej, aby znieść inkryminowany ślepy kąt. Po tym zabiegu owrzodzenie, jako też łącząca się z niem ranka od przecięcia, pokryła się na kilka dni szarawym nalotem i wystąpiła pewna reakcja zapalna w najbliższym sąsiedztwie, w 10 dni jednak po przecięciu nastąpiło zupełne, acz z pozostawieniem blizny, zagojenie.

Co do fałdy błony śluzowej, jaka tu była przyczyną uporczywości owrzodzenia, oto z początku sądziłem, że jest ona wytworem bliznowatego skurczenia w okolicy owrzodzenia na skutek częściowego tegoż zagojenia. Gdy jednak obejrzałem i okolicę kła na drugiej stronie jakoteż dziąsła około kłów na szczęcie górnej, przekonałem się, że to pierwotne tłómaczenie moje było błędne, gdyż i tu, pomimo braku owrzodzeń, podobne fałdy napotkałem. Wtedy to powziąłem podejrzenie, co do normalnego tych fałd istnienia i ten to właśnie przypadek był punktem wyjścia wyżej wyluszczonej badań. Fałdy te przez dentystów nie mogły nie być zauważone, w dostępnej mi jednak, dość obszernej, literaturze dentystycznej opisu ich nie znalazłem.

Aczkolwiek badania moje mógłbym z łatwością przeprowadzić na znacznie większej liczbie osób, uważam to jednak za zbyt wiele, wobec niezbyt wielkiej doniosłości przedmiotu.

Z ODDZIAŁU GINEKOLOGICZNEGO SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE.

II. POCHWOWE PRZYSZYCIE MACICY TYŁOZGIĘTEJ.

(*vaginofixatio uteri retroflecti*)

I OTWARCIE POCHWOWE JAMY BRZUSZNEJ (*koeliotomia vaginalis*)

CELEM WYCIĘCIA NOWOTWORÓW W PRZYDATKACH MACICY (*adnexa uteri*).

Dokonał i opisał

D-r Jakób Rosenthal,

ordynator oddziału.

Wiadomo powszechnie, iż zboczenia w położeniu macicy, a szczególnie ku tyłowi, powodują najrozmaitsze dolegliwości, tak czynnościowe narządu tego, jak i ogólne nerwowe. Każdy lekarz, w praktyce swej spostrzegł nie-

jednokrotnie podobne przypadki; chora wędruje od jednego do drugiego lekarza, szukając porady na swe cierpienia. Jeżeli jest ono jeszcze krótkotrwałem, to odprowadzenie macicy i założenie wianka odpowiedniego sprowadza ulgę. Inaczej bywa, gdy cierpienie trwało lata całe; gdy zdążyły się wytworzyć zrosty, utrzymujące macicę w niewłaściwem położeniu. Tu o odprowadzeniu macicy mowy być nie może, a założony wianek nie tylko nie sprowadza ulgi, lecz przeciwnie zwiększa cierpienia.

Z rozwojem ginekologii operacyjnej, zaczęto przemyśliwać o leczeniu zбочenia tego na tej drodze. Z czasem wytworzyły się różne sposoby operacyjne, mające za zadanie umocowanie (*fixatio*) zgiętej macicy w położeniu, jeżeli nie prawidłowem, to doń zbliżonem. W tym celu przyszywano macicę do przedniej ściany brzusznej [OLSHAUSEN, SAENGER, CZERNY, LEOPOLD]; skracało więzy obłe [ALQUÉ-ALEXANDER-ADAMS]; wiązywano w ścianie brzusznej końce obu więzów obłych z sobą [MATLAKOWSKI]; szyję macicy sztucznie umocowywano ku tyłowi (*retrofixatio colli uteri retroflexi* SAENGER), wraz z przyszyciem dna do przedniej ściany pochwy [JACOBS]; w końcu przymocowywano ciało macicy do pochwy [SCHUECKING, ZWEIFEL].

Sposoby powyższe, zachwalane przez swych wynalazców, dawały w ręku innych operatorów różne wyniki. W 1892 r. jednocześnie prawie MACKENRODT i DUEHRSEN przedstawili każdy z osobna w Berlińskiem Towarzystwie położniczo-ginekologicznem sposoby swoje operowania, które nazwali „pochwowem umocowaniem [przyszyciem] macicy tyłozgiętej“. Oba te sposoby w zasadzie nie różnią się od siebie, gdyż polegają na przyszyciu ciała lub dna macicy do ściany przedniej pochwy; różnica zachodzi tylko w sposobie dokonywania operacji. Kolegom niespecyalistom, interesującym się tym przedmiotem, polecić mogę do przeczytania wykłady powyższych autorów w Tow. Berlińskiem (*Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynaekologie* T. 24. str. 315-368), artykuły tychże i WINTER'a (*Centralblatt für Gynaekologie* 1893 Nr. 27. 29. 30), artykuł MACKENRODT'a (*Berliner klin. Wochensh.* 1894. str. 713 i 734) a szczególnie pracę DUEHRSEN'a, opartą na 207 operowanych jego metodą przypadkach (*Archiv f. Gynaekologie* T. 47. zeszyt III str. 284).

Przebywając w r. z. w Berlinie, miałem niejednokrotnie sposobność widzieć, a niekiedy brać czynny udział w operacji tej, dokonywanej przez obu autorów, w ich klinikach. Z porównania obu sposobów nabrałem przekonania, że jakkolwiek metoda DUEHRSEN'a jest trudniejszą pod względem technicznym, jednakże, uwidoczniając całą macicę, dozwala na wykonanie ściślejsze i pewniejsze i powinna dawać lepsze wyniki. Sposobem też DUEHRSEN'a, przy zastosowaniu jego keliotomii pochwowej, postanowiłem w danym razie operować. Pogląd mój znalazł obecnie potwierdzenie w artykule D-ra WERTHEIM'a z kliniki prof. SCHAUFY w Wiedniu, który, wypróbowałszy oba sposoby, t. j. MACKENRODT'a i DUEHRSEN'a, oddaje pierwszeństwo pod względem pewności i wyników sposobowi DUEHRSEN'a (*Centralbl. f. Gynäk.* 1895. Nr. 18).

Nie będę opisywał techniki operacyjnej obu sposobów, gdyż sądzę, że kolegom-ginekologom jest ona dostatecznie znaną, a koledzy nie specjaliści znajdą ją poniżej w opisie pierwszego przypadku; przechodzę zaś do operowa-

nych przezemnie przypadków. W dwóch z nich wskazaniem było tyłozgięcie ruchome macicy; poprzednie kilkoletnie leczenie nie dało żadnego dodatniego wyniku, i w nich dokonałem przyszcicia dna macicy do ściany przedniej pochwy (*vaginofixatio intraperitonealis*); w dwóch drugich dokonałem otwarcia pochwowego jamy brzusznej (*koeliotomia vaginalis*) celem usunięcia torbieli jajników.

1-o. *Vaginofixatio intraperitonealis uteri retroflecti*. F. B., lat 28 licząca, zamężna, wyniszczona, małokrwista, w ciągu 9-letniego małżeństwa rodziła trzy razy na czasie, przed rokiem zaś poroniła w 3-im miesiącu. Miesiączkowanie co 4 tygodnie, o typie 5-o dniowym, bardzo obfite. Uskarża się na bóle w krzyżu, w dolnej części brzucha, bóle głowy, mdłości, *globus hystericus*. Leczona odprowadzaniem macicy i zakładaniem wianków macicznych. Po usunięciu ich po pewnym czasie, wszystkie przypadłości wracają. Przy badaniu części płciowo-rodzajnych znaleziono macicę nieco powiększoną w tyłopochylenio-zgięciu, ruchomą, łatwo odprowadzalną. Przydatki macicy zdrowe.

W d. 12 listopada 1894 r. dokonałem operacji *vaginofixationis* sposobem DUEHRSEN'a, w asystencji kol. ZWEIGBAUMA, JUROWSKIEGO, FINKELKRAUTA, GOTTARDA. Po uśpieniu chorej w położeniu grzbietowym, odciągnięto łyżką SIMS'a tylną ścianę pochwy i ująwszy kulociągami przednią wargę macicy, ściągnąłem nimi część pochwową aż do wejścia do pochwy. Następnie poprowadziłem cięcie poprzeczne, nieco ku górze wypukłone, przez całą szerokość przyczepu ściany przedniej pochwy do części pochwowej. Ująwszy brzeg przeciętej pochwy szczypczykami PÉAN'a, uniostem go do góry i dałem do trzymania asystentowi, sam zaś, naciągając lewą ręką kulociągi, palcem prawej ręki odłuszczyłem tępo ścianę pochwy od szyjki macicznej. W ten sposób doszedłem do fałdy pęcherzowo-maciczej, którą ująłem pincetą i nożyczkami przeciąłem przez całą szerokość. Górny listek przeciętej fałdy przyszyłem z obu boków i w środku do brzegu przeciętego ściany przedniej pochwy katgutem, po związaniu którego zostawiłem długie końce. Przez przednią ścianę widocznego ciała macicy nad przeciętą fałdą otrzewnową przeprowadziłem grubą igłą ligaturę jedwabną, której końce związałem z sobą. Ligatura ta miała służyć za lejce przy wyprowadzaniu macicy na zewnątrz. Teraz zdjąłem kulociągi z części pochwowej, a zwierciadłem SIMS'a wsunąłem ją w głąb pochwy, starając się utrzymać ją ku tyłowi, pociągając jednocześnie ku dołowi za powyższe lejce. Takich ligatur, służących do ściągnięcia macicy, założyłem jeszcze dwie coraz wyżej, aż w końcu, gdy w otworze pokazało się dno macicy, takowe ująłem kulociągiem i pociągając lekko ku sobie, w ten sposób wyprowadziłem całe ciało macicy przed srom. Ta część operacji stanowi *koeliotomiam vaginalem* i polega ona na otworzeniu fałdy otrzewnej pęcherzowo-maciczej i wyprowadzeniu macicy na zewnątrz. Przekonawszy się przez wyprowadzenie za pomocą pociągania jajników i jajowodów na zewnątrz, że takowe są zdrowe, a przez wymacanie palcem tylnej ściany macicy, że żadnych przyczepów (*strang*) i zrostów okołomaciczych niema, wsunąłem napowrót przydatki do

jamy miednicy i przystąpiłem do przyszcicia dna macicy do pochwy. W tym celu nitkę *fil de de Florence* nawleczoną w mocną, krótką igłę przeprowadziłem na $\frac{1}{2}$ ctm. od brzegu przez ścianę pochwy wraz z otrzewną do niej katgutem przytwierdzoną, i przez dno macicy, wkłuwając igłę w odległości 1-go ctm. od ujścia jajowodu i wyprowadzając w odległości 1 ctm. od wklucia. Takich szwów przeprowadziłem trzy, t. j., po jednym z każdego boku macicy i jeden przez środek dna. Szwów tych nie zacisnąłem, lecz końce każdego z nich ująłem w szczypczyki PÉAN'a. Naprężywszy otwór w sklepieniu pochwy przez pociąganie ku przodowi pozostawionych długich końców ligatur katgutowych, wprowadziłem z powrotem ciało macicy do jamy miednicy, i teraz dopiero związałem mocno szwy z *fil de Florence* w ten sposób, aby węzeł wypadł na ścianie pochwy, i niezbyt krótko obciąłem. Obciąwszy krótko ligatury katgutowe łączące otrzewną z ścianą pochwy i usunąwszy ligatury jedwabne, odgrywające rolę lejców, schwyciłem znowu kulociągami za część pochwową ku tyłowi zwróconą i pociągając ją ku przodowi zaszyłem sklepienie pochwy w kierunku pionowym szwem ciągłym katgutowym. Ta część operacji stanowi właściwą *vaginofixationem uteri intraperitonealem*, w przeciwstawieniu do *extraperitonealis*, przy której nie otwiera się fałdy otrzewnej, lecz szew przez nią się zakłada wtedy, gdy ściągnięta macica dnem swoim wypukła fałdę. Z różnych przyczyn, których ramy tego artykułu nie pozwalają mi rozbiierać, DUERHISSEN sposób zewnątrz-otrzewnowy porzucił, i każdej waginofiksacji dokonywa na drodze keliotomii waginalnej, w sposób jak powyższy.

Pochwę po operacji wypełniłem lekko gazą jodoformową. Operacja wraz z uspianiem chorej trwała blisko godzinę.

Przebieg pooperacyjny nie pozostawiał nic do życzenia. Najwyższa ciepłota wynosiła 37,1^o C.. Tętno 76—84. Bólów żadnych operowana nie uczuwała. Dziesiątego dnia, t. j. 22. XI. przy badaniu znaleziono macicę w przodopochyleniu. Zagojenie *per primam* przecięcia sklepienia. W d. 2. grudnia wypisała się ze szpitala, t. j. w trzy tygodnie po operacji. W trzy tygodnie później, t. j. w 6 tygodni po operacji szwy *fil de Florence* usunąłem. Chorą od czasu do czasu widuję; macica znajduje się w przodopochyleniu, a operowana żadnych dawnych dolegliwości nie uczuwa.

2-o. *Koelioovariotomia vaginalis c. vaginofixatione intraperitoneale uteri retroflecti*. R. F., lat 35 licząca, zamężna, rodziła troje dzieci; ostatnie przed 5-iu laty; miesięczka zawsze o kilka dni przyspieszona, w ostatnich czasach bardzo obfita. Uskarża się na bóle w krzyżu, przechodzące w pachwiny. Znaleziono tyłozgięcie macicy, lekko odprowadzalne, jajnik prawy znacznie, jajnik lewy nieco powiększony.

W d. 20 II. r. b. przystąpiłem do operacji w asystencji powyżej wymienionych kolegów. Technika operacyjna jak w poprzednim przypadku. Po wydobyciu na zewnątrz jajnika lewego, ten, wielkości orzecha włoskiego, posiadał na powierzchni swej kilka małych torbieli, które przekłuto i jajnik z powrotem do jamy miednicy odprowadzono. Jajnik prawy, wielkości brzoskwini, w całości był zwyrodniony, stanowiąc torbielak. Po podwiązaniu jedwabną ligaturą *continua* więzu szerokiego, jajnik wyciąłem. Płaszczy-

znę odcięcia przypaliłem żegadłem PACQUELIN'a. Przymocowanie trzema nitkami dna macicy do pochwy, odprowadzenie macicy do jamy brzusznej, zamknięcie sklepienia pochwy podłużnie szwem ciągłym katgutowym, w sposób jak w poprzednim przypadku.

W rekonwalescencji ciepłota ciała, skutkiem zatrzymania wypróżnień, podniosła się 5-o dnia do 38° C., lecz po użyciu środka wypróżniającego spadła do 37,2° C. Trzynastego dnia po operacji dokonane badanie wykazało, że rana w sklepieniu pochwy nie zagoiła się. Przeczekawszy jeszcze tydzień, w d. 12. III. odświeżyłem brzeg przecięty sklepienia pochwy i macicy i zeszyłem je poprzecznie z sobą. Zagojenie przez bezpośrednie zrośnięcie.

Skutkiem lekkiego nacieczenia w lewym *parametrium*, zakładano do pochwy tampony z ichtyolem. Przy wyjściu chorej ze szpitala w d. 7 IV. po zdjęciu szwów z *fil de Florence*, macica znajduje się w przodopochyleniu.

3-o. *Koeliovariotomia bilateralis vaginalis*. F. L..., z osady Ciechanowca, gub. Grodzieńskiej, skierowana do mnie przez kol. WOLFFA z Ciechanowca, przyjętą została do szpitala d. 30 IV. r. b.. Dobrze zbudowana, lat 28 licząca, zameżna 8 lat, raz tylko rodziła przed 7-iu laty. Miesiączka od 5-u lat nieprawidłowo się odbywa; pojawiała się najpierw co 3 tygodnie, a po skończeniu następowały plamy krwawe, trwające do pojawienia się nowej miesiączki. Przed rokiem dokonane zostało wyłyżeczkowanie macicy, po którym miesiączka, zamiast stać się prawidłową, pojawiła się co 2 tygodnie, dość obficie, z następnymi plamami krwawymi. Przy badaniu znaleziono macicę niepowiększoną w przodopochyleniu; z prawej strony macicy, tuż obok niej, wyczuwa się guz wielkości dużej pomarańczy, sprężysty, ruchomy, dający się od macicy oddzielić. Z lewej strony wyczuwa się takież sam guz, tylko mniejszy, nie przechodzący wielkości brzoskwini, usadowiony w górze macicy, lecz dający się od niej oddzielić, sprężysty, ruchomy. Rozpoznano torbiele obustronne jajników.

Operacji dokonałem w d. 14 V. r. b, przy pomocy kol. JUROWSKIEGO, ZWEIGBAUMA, ADOLFA POZNAŃSKIEGO i GOTTARDA. Technika operacyjna jak w poprzednich. Po wyprowadzeniu ciała macicy przed srom, za pomocą leje z ligatury jedwabnej, założonej przez dno macicy, ściągnięto tę ostatnią ku dołowi i na prawo. W ten sposób ułatwiłem sobie wydobyć palcem przydatków wraz z torbielą lewą. Wycięcie torbieli nastąpiło w sposób jak w poprzednim przypadku. Szypułę przypaliłem żegadłem PACQUELIN'a. Wydobyć na zewnątrz torbieli prawego jajnika napotkało na trudność skutkiem jej wielkości. Pociąganie macicy ku dołowi i na lewo nie pomagało. Wprowadziłem więc na palcu igłę aspiratora POTAIN'a, którą torbiel *in situ* przekłółem, a po wypuszczeniu z niej części zawartości kleistej, schwyciłem kulię cięciem i z łatwością na zewnątrz wyprowadziłem. Podwiązawszy wiąz szeroki i jajowód ściśle z torbielą spojony, za pomocą jedwabnej ligatury *continua*, odciąłem nowotwór, szypułę zaś przypaliłem żegadłem PACQUELIN'a. Macicę wprowadziłem z powrotem do jamy brzusznej, zeszyłem z sobą listki przeciętej fałdy otrzewnej pęcherzowomaciczej trzema szwami katguto-

wemi i w końcu przyszyłem poprzecznie przednią ścianę pochwy do części pochwowej macicy szwem ciągłym katgutowym.

Rekonwalescencya bez najmniejszych zaburzeń. Ciepłota ciała przez cały czas nie przechodziła 37,4° C. przy tętnie 72—76. Czwartego dnia podano olej rycynowy celem wywołania wypróżnienia. Dziesiątego dnia po operacji przy zbadaniu chorej znaleziono zeszycie pochwy zrośnięte bezpośrednio. Pacjentka zdrową wypisana została ze szpitala w d. 31. V. r. b..

4-o. *Koelioovariotomia dextra vaginalis*. D. F..., tolerantka, lat 31 licząca, przybyła do oddziału d. 15. V. r. b., uskarżając się na bóle nad prawą pachwiną, nie pozwalające jej oddawać się swemu procederowi. Bóle te wystąpiły kilka miesięcy temu i coraz więcej stają się dolegliwymi. Dawniej cieszyła się dobrem zdrowiem, dzieci nie rodziła, miesiączka przychodzi prawidłowo. Wzrostu wysokiego, szatynka, źle odżywiona; podkład tkanki tłuszczowej podskórnej zanikły, barwa skóry szaro brudna, błony śluzowe widzialne i łącznica oczu blade. Przy badaniu wewnętrznem znaleziono macicę niepowiększoną w przodopochyleniu i odsuniętą na lewo. Na prawo od macicy wyczuwa się guz, wypuklający sklepienie ku dołowi, kulisty, na dotyk sprężysty. Guz ten wielkości prawie dwóch pięści łączy się z macicą za pomocą sznurka grubego na palec, a długiego 2—3 ctm. i jest ruchomy, gdyż daje się unieść nieco ku górze. Rozpoznano torbiel jajnika prawego i zaproponowałem chorej operację doszczętną, na którą się zgodziła.

Zachęcony poprzednim przypadkiem, postanowiłem dokonać keliotomii na drodze pochwowej. Operację uskuteczniłem w d. 22. V. w asystencji kol. JUROWSKIEGO, ADOLFA POZNAŃSKIEGO, FINKELKRAUTA i GOTTARDA. Skutkiem, zdaje się, przebytych zapaleń szyi macicznej, oddzielenie ściany przedniej pochwy od szyi macicy i przedostanie się do fałdy otrzewnej pęcherzowomaciczej było nadzwyczaj utrudnione i trwało przeszło 1½ godziny. Niejednokrotnie podczas oddzielania, dokonywanego na tępo i nożyczkami, krwawiły dość grube tętnice, które zmuszony byłem podwiązywać. Sama otrzewna była grubą najmniej na 5 milimetrów. Po poprzecznem otwarciu i przyszyciu przedniego jej listka do brzegu ściany pochwy, poprowadziłem na ostatniej cięciu pionowe 4 ctm. długie i oddzieliłem ścianę pochwy od pęcherza. Teraz dopiero za pomocą łąjców i kulociągów, nałożonych na ciało i dno macicy, takową wyprowadziłem przed srom. Nałożoną ligaturą katgutową na wiąz obły i jajowód prawy, przy jednoczesnem odciąganiu macicy ku dołowi i na lewo, zbliżyłem guz do otworu w sklepieniu pochwy. Przekłuwszy go *in situ* trójgrańcem aspiratora POTAIN'a, aspirowałem część zawartości jego, stanowiącej płyn jasny, opalizujący, nieco kleisty. Schwyciwszy podczas aspiracji guz kulociągami, wraz ze zmniejszaniem się jego, lekko zań pociągając, w zupełności wy dobyłem go na zewnątrz. Podwiązawszy szypułę, będącą więzłem szerokim, guz odciąłem i szypułę przypaliłem żegadłem PACQUELIN'a. Usunąwszy założone na jajowód ligatury katgutowe, naddarcia, spowodowane wyrwanieniem się kulociągów z macicy zaszyłem katgutem i wsunąłem macicę do jamy brzusznej. Listki fałdy pęcherzowomaciczej społem katgutem i zeszyłem prze-

cięcia pionowe i poprzeczne pochwy w właściwych kierunkach. Operacja pod chlórformem, wskutek powyżej opisanych trudności, trwała $2\frac{1}{2}$ godziny, i pod koniec jej, u chorej następowały chwile braku oddechu.

Wieczorem tegoż dnia ciepłota ciała $36,5^{\circ}$ C., przy tętnie 98 słabem. Następnego dnia, t. j. 23. V. z rana, brak tętna zupełny, ciepłota 38° C., chora niespokojna, przytomna, brzuch miękki, na ucisk niebolesny. Mając przed sobą wszelkie objawy zapadu, spowodowane upośledzoną nadzwyczaj czynnością serca, podaliśmy środki podniecające, jak: kamforę, *coffeinum natro-benzoicum*, eter z kamforą podskórną; pomimo tego jednak czynność serca nie podniosła się i chora tegoż dnia o godzinie 10-ej wieczorem życie zakończyła.

Dokonana sekcya w 36 godzin po śmierci wykazała: w małej miednicy nieco płynu krwawego macica nie przekrwiona, na szwach, nałożonych na nadarciach macicy, niema najmniejszego nalotu, szypuła podwiązana wygląda zupełnie świeżo, otrzewna ścienna i jelita nawet nie zacerwienione, mają barwę zupełnie normalną, lśniącą. Wyniki te, otrzymane przy badaniu miejscowym po śmierci, dowodzą, pomimo niedokonania z powodów od nas niezależnych rozbioru klatki piersiowej, że śmierć prawdopodobnie była następstwem zwyrodnienia mięśnia sercowego, w skutek zbyt długiego chloroformowania. Przemawiały za tem także objawy za życia spostrzegane.

Zastanawiając się nad powyższymi przypadkami, pozwolę sobie zrobić kilka uwag, które mi nastęrczyły. Najpierw co się tyczy wyniku *vaginofixationis*, to ten uznać muszę za zadawalający; w obu przypadkach, w jednym po 7-iu, w drugim po 3-ich miesiącach macica znajduje się w przodopochyleniu. Żadnych dolegliwości, tak zaraz po operacji, jak i obecnie niema. Czas rekonwalescencyi jest bardzo krótki, gdyż już ósmego dnia, po zagojeniu się rany w pochwie, pacjentka wstać może z łóżka, a nawet wypisaną być z zakładu.

Otwarcie pochwe jamy brzusznej (*koeliotomia vaginalis*) doskonale się nadaje przy wycinaniu niewielkich nowotworów w macicy i w przydatkach jej, i z prawdziwą korzyścią rywalizować może z keliotomią brzuszną. Przedewszystkiem zaleca się daleko krótszym okresem zdrowienia i nie pozostawia blizny na brzuchu, usposabiającej tak często do powstawania przepuklin brzusznych. Prawda, że technika koeliotomii pochwowej jest daleko trudniejszą i zmudniejszą niż keliotomii brzusznej, ale gdzie korzyść pacjentki odgrywa rolę, tam o większym lub mniejszym trudzeniu się mowy być nie może.

Gdy się czyta opisy metod operacyjnych, zalecanych przez ich autorów, wydają się one nam zwykle łatwemi do wykonania. Niejednokrotnie przekonałem się, że jest to złudzeniem. To samo ma miejsce z keliotomią pochwową DUEHRSSEN'a. Przedewszystkiem, jakkolwiek DUEHRSSEN utrzymuje (*Ueber vaginale koeliotomie bei zwei Fällen von Tubarschwangerschaft. Centralbl. f. Gynäk. 1895. Nr. 15.*), że otwarcie fałdy otrzewnej pęcherzowomaciczej jest dlań grząską (*spielend leicht*), to pozwolę sobie, na zasadzie mych operacyi, o temi

wątpić. Albo twórca operacyi nabył tak ogromnej wprawy, albo też, pomimo bardzo znacznej liczby przezeń operowanych, nie zdarzyło mu się mieć przypadku takiego, jak mój czwarty, po przebytych niejednokrotnych zapaleniach szyi macicznej, skutkiem których nastąpiło zgrubienie i rozrost tkanki łącznej szyjowopochwowej. Tam nie wystarczy „*ein Messerschnitt, zwei Scherenschläge*“, aby oddzielić pochwę od szyi macicy! Oddzielanie w tym przypadku trwało przeszło $1\frac{1}{2}$ godziny, a rozwinięte naczynia, które w zbitej tkance łącznej zmuszony byłem podwiązywać, dowodzą, do jakiego stopnia tkanka była rozrosłą i zgrubiałą. Po przecięciu fałdy otrzewnej pęcherzowomaciczej wyprowadzenie macicy na zewnątrz nie jest trudnem, ale nadzwyczaj nieprzyjemnem dla operującego jest wrywanie się zakładanych kulociągów na macicę, skutkiem czego bywa poszarpanie macicy. Jakkolwiek D. radzi, w razie wrywania się kulociągów, zakładać na macicę podwiązki tymczasowe [lejce] i za nie pociągając, wyprowadzić macicę na zewnątrz i utrzymuje, że podwiązki takie nigdy nie wrywają się;—ale zawsze mają niedogodność, mianowicie: przekłucie miększu macicy krwawi dość obficie i często nawet nałożony na otwór, z ukłucia pochodzący, szew nie jest w stanie krwawienia zatrzymać. Celem uniknięcia tego wszystkiego, postanowiłem w przyszłości ciało macicy wyprowadzać na zewnątrz za pomocą dość szerokiego haka, odpowiednio przezemnie obmyślanego, do zaczepiania się o całą szerokość dna macicy.

Co się tyczy przecięcia w sklepieniu pochwy, to podłużne zeszyte jego, jak je uskutecznia DUEHRSEN, jest, zdaniem mojem, tam tylko wskazaniem, gdzie z powodu krótkości przedniej ściany pochwy pożądanem jest jej przedłużenie; w każdym innym przypadku jest ono niepotrzebnem, gdyż przyszywając przecięte sklepienie pochwy do macicy poprzecznie, tak jak je odeń odcięliśmy, zachowujemy w zupełności anatomiczne stosunki, jakie istniały przed operacją.

III. O MACZKOWATEM ZWYRODNIENIU ŁĄCZNICZY.

Napisał

W. K a m o c k i,

ordynator Instytutu Oftalmicznego.

— ✂ —

[Dokończenie. — Patrz Nr. 25].

Przechodząc do sprawy wzajemnego stosunku szklistego i maczkowatego zwyrodnienia, zastrzedz się muszę z góry, że wnioski moje w tej kwestyi dotyczą jedynie łącznicy oka. Pomimo słusznie zauważonych przez Vossius'a różnic w makroskopowym wyglądzie uległych zwyrodnieniu tkanek, posiadają one w obu razach też same własności optyczne, też samą oporność względem odczynników chemicznych, tak samo wreszcie przeistoczoną znajdujemy tylko istotę międzykomórkową oraz ścianki naczyń krwionośnych.

[W jednym z opisanych przezemnie przypadków szklistego zwyrodnienia łącznicy ślady tegoż zauważyć się dawały i w komórkach tkanki adenooidalnej; zmiany podobne jednak, aczkolwiek nie w tej obfitości co w danym przypadku, spotykać się dają w wielu ziarninowych tworach, a między innymi przy przewlekłych przerostowych zapaleniach łącznicy, jak to już VENNEMAN [12] sprawdził. Czy zwyrodnienie komórek spostrzegane przez VAN DUYSSE'a w przypadku również szklistego zwyrodnienia było identyczne z widzianem przezemnie, nie umiałbym orzec stanowczo].

Opierając się na istnieniu przypadków mączkowatego zwyrodnienia łącznicy, w których nie wszystkie przeistoczone tkanki dają odczyn VIRCHOW'a oraz odpowiednie barwne odczyny z anilinowymi barwnikami, a nadto na spostrzeżeniu, że w przypadkach recydywy mączkowatego zwyrodnienia niekiedy nie udaje się otrzymać tychże reakcyi, wypowiedział RAEHLMANN zdanie, że szkliste i mączkowate zwyrodnienie są tylko różnymi stopniami rozwojowymi tej samej sprawy, oraz że mączkowatemu zwyrodnieniu ulegają tylko tkanki poprzednio szklisto przeistoczone. Z tego samego założenia wychodząc, podzielili zapatrywanie RAEHLMANN'a i PORYWAJEW, RUMSZEWICZ i RAABE, a niemniej VAN DUYSSE, chociaż w obu przypadkach swoich miał do czynienia tylko ze szklistym zwyrodnieniem bez śladów mączkowatego.

Odczyn VIRCHOW'a jest dość kapryśnym i nie zawsze równie łatwo wywołać się daje; niemniej też i zabarwienie mas mączkowatych w poszczególnych przypadkach różni się bardzo, dając całą gamę barw od brunatnej przez brudno-zieloną, brudno-fioletową aż do czystego błękitu. Wyradza to niezaprzeczenie pewną dowolność w zaliczeniu do jednej lub drugiej kategorii zwyrodnienia mniej wyraźnych przypadków, w których tylko żółto-brunatne zabarwienia otrzymać się daje; podobnież i anilinowe barwniki: fiolet metylowy, jodowy i gencyanowy, oraz zieleń metylowa i jodowa nie zawsze dają stałe i zgodne wyniki.

Z drugiej znów strony posiadamy dla szklistej istoty, prócz ujemnej charakterystyki—braku odczynu VIRCHOW'a—i pewną dodatnią, jeżeli nie w mikrochemicznych odczynach w ścisłym znaczeniu, to przynajmniej w zachowaniu się względem całego szeregu metod barwienia, których czułość mogłem wielokrotnie sprawdzić przy moich badaniach nad szklistym zwyrodnieniem łącznicy, otrzymując zawsze zgodne wyniki. Tutaj wymienić musimy przedewszystkiem zalecone dla badań bakteryologicznych metody GRAM'a, WEIGERT'a, EHRLICH'a, jak również RUSSEL'a, które nadawały hyalinie niezmiernie intensywne i nawet po kilku latach nie znikające zabarwienie, podczas gdy amyloid w tych warunkach natychmiast doszczętnie odbarwionym zostaje.

Nadzwyczaj cennym dla swej polichromii barwnikiem okazała się thionina, zalecona przez prof. HOYERA, ojca, jako odczynnik na mucynę, której nadaje piękną purpurowo-czerwoną barwę. Hyalina otrzymuje w niej seledynowo-zielone zabarwienie, wyraźnie odbijające od ciemno-niebieskiego tła normalnych tkanek, podczas gdy amyloid, według KANTOROWICZA (*Centralbl. f. allg. Path. u. Path. Anat.* 1894. Nr. 3.), barwić się ma na kolor bzu. Co do mnie otrzymywałem również zabarwienie to na preparatach przemytych tyl-

ko wodą; przy odwadnianiu jednak, czy to absolutnym alkoholem, czy też Weigertowską mieszaniną oleju anilinowego i ksylołu, następowała stale zmiana zabarwienia na więcej niebieski odcień, raczej turkusowy. Niektóre tylko miejsca otrzymywały purpurowy odcień, którego występowanie można sobie tłumaczyć albo powinowactwem amyloidu z mucyną, jakie niejednokrotnie już upatrywano [MOROCHOWETZ, RAEHLMANN], albo, co może jest rzeczą prawdopodobniejszą, poczynajacem się w tych właśnie miejscach odkładaniem soli wapiennych. Mianowicie pierwszy kol. GERNER, syn, w przypadku szklistego zwyrodnienia łącznicy, połączonego ze skostnieniem i zwapnieniem, którego opis niebawem się w druku ukaże, zauważył różowo-karminowe zabarwienie części zwapniałych i skostniałych; z mojej strony miałem sposobność przekonać się na zwapniałych wyroślach szklistych naczyńki, iż przed odwapnieniem ich ziarnka soli wapiennych barwiły się thioniną pięknie purpurowo, po odwapnieniu zaś zabarwienia tego nie można już było otrzymać.

Zalecany w ostatnich czasach jako odczynnik na szkliste zwyrodnienie polichromowy błękit metylenowy ma barwić hyalinę na kolor niebiesko-fioletkowy. Jak barwi się hyalina w łącznicy nie miałem możności sprawdzić; amyloid otrzymywał intensywną ciemno-szafirową barwę, przyczem na grubszych skrawkach w niektórych miejscach występował purpurowy odcień. Nie można w tem jednak upatrywać dowodu powinowactwa z istotą szklistą, albowiem właśnie rzeczony miejsca otrzymywały już od samego jodu czysto błękitną barwę, a zatem najmniej ze wszystkich uważane być mogły jako stopień przejściowy pomiędzy istotą szklistą a mączkowatą.

Przed niedawnym czasem ogłosił ERNST w całym szeregu prac metodę VAN GIESON'a jako najpewniejsze *criterium* dla rozróżnienia zwyrodnień: klejowatego, mączkowatego i szklistego; mianowicie zaś kolloid miał przy tem otrzymywać zabarwienie pomarańczowe, hyalina purpurowe, amyloid zaś miał się odbarwiać. Oddając metodzie tej wszelkie pochwały, jako pięknemu bardzo sposobowi różniczkowego barwienia tkanek, pozwalającemu na niezwykle plastyczne uwidocznienie wielu morfologicznych szczegółów, nie mogę jednak oprzeć się wątpliwości, że ERNST znacznie przecenił znaczenie barwienia tego, jako mikrochemicznego odczynu. Przynajmniej hyalina w łącznicy barwiła się stale na kolor mocnożółty, podobnież i kropelki szkliste w komórkach limfoidalnych [t. zw. ciała RUSSEL'a]. Bądź co bądź, wyniki i tego sposobu barwienia bynajmniej nie przemawiają za powinowactwem amyloidu i hyaliny, ponieważ istota mączkowata otrzymywała — przytem nikle, szaro-różowe zabarwienie.

Fakt istnienia z jednej strony wielkiej liczby przypadków wyłącznie szklistego zwyrodnienia i wyłącznie mączkowatego ze wszystkimi charakterystycznymi odczynami z drugiej bynajmniej nie wyłącza możliwości postaci przejściowych pomiędzy nimi; ale też nic chyba nie przeczy i możliwości istnienia przypadków, w których pomimo mączkowatej natury wytworów zwyrodnienia, z przyczyny mniejszej czystości istoty mączkowatej, a może i zaniedbania pewnych ostrożności w badaniu, nie we wszystkich zwyrodniałych

częściach charakterystyczny odczyn otrzymać się daje. W każdym razie na stronnikach jedności obu zwyrodnień cięży obowiązek złożenia dowodu, że części zwyrodniałych tkanek nie dające odczynów amyloidu są istotnie szklisto przeistoczonymi: nie wszystko bowiem, co nie jest amyloidem, musi być *eo ipso* hyaliną. Nie chcę bynajmniej przeceniać doniosłości dawniejszych badań moich, zdaje mi się jednak, że znaczna liczba badanych przypadków i zgodność wyników pozwalają mi powątpiewać o jedności szklistego i mączkowatego zwyrodnienia, dopóki przekonany nie zostanę, że nie dające odczynu Virchow'a zwyrodniałe tkanki okazują odpowiednie zachowanie się względem powyżej podanych sposobów barwienia.

Nie same zresztą mikrochemiczne dane skłaniają mię do oświadczenia się stronnikiem poglądu Vossius'a; odmiennym w wielu punktach jest i obraz drobnowidzowy obu spraw pomimo jednakiego punktu wyjścia. W krótkości różnice te możnaby scharakteryzować w sposób następujący: przy szklistem zwyrodnieniu sprawa nosi raczej charakter sklerozy, stwardnienia—przy mączkowatem rozpęcznienia włóknistej siateczkowej istoty zasadniczej różnych typów tkanki łącznej; czegoś podobnego do „kostek“ Vossius'a, nadających w pewnym okresie mączkowatego zwyrodnienia tkankom nader swoisty wygląd, przy szklistem nie spotykałem nigdy. Wogóle przy szklistem zwyrodnieniu daleko mniej może zachodzić wątpliwości, co do punktu wyjścia zmian nekrobiotycznych: zwyrodniałe pierwiastki tkankowe daleko dłużej zachowują swoją, że tak rzekę, indywidualność. Mając jedno tylko własne spostrzeżenie mączkowatego zwyrodnienia, nie chciałbym się wystawić na zarzut zbytniego uogólniania wniosków, nigdy jednak przy szklistem zwyrodnieniu nie spotykałem tak szerokich naczyń włosowatych, pozbawionych własnych ścianek prócz wysłania śródbłonkowego. Przeciwnie, rzucały się one zawsze odrazu w oczy, jako sztywne, szkliste cewki, lub na poprzecznem przecięciu jako szkliste pierścienia. Prawdziwą trudność rozpoznania z li tylko drobnowidzowego obrazu nastroczać by mogły jedynie najstarsze, zupełnie jednolite bryłki.

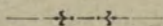
Jedna jeszcze okoliczność musi tu być wspomniana: oto KRUCH i FUMAGALLI [13] przed rokiem niespełna opisali przypadek czystego mączkowatego zwyrodnienia łącznicy, w którym znaleźli w tkankach i wyhodowali z nich dwa gatunki drobnoustrojów, z których jeden okazał się *staphylococcus pyogenes albus*, drugi lasecznikiem LOEFFLER'a. Lubo ani szczepienie zwyrodniałych tkanek pod łącznicę i do komórki przedniej, ani szczepienie czystych hodowli nie dały dodatnich wyników, autorowie wspomniani uważają tę etyologię cierpienia za prawdopodobną.

L I T E R A T U R A.

- 1) A. LEBER. Ueber amyloide Degeneration der Bindehaut des Auges. Arch. f. Ophth. XIX. 1. 1873.
Tenze. Ueber die Entstehung der Amyloidartung etc. Archiv f. Ophthalm. XXV. 1. 1879.

- 2) E. RAEHLMANN. Ueber hyaline und amyloide Degeneration der Conjunctiva des Auges. Virch. Arch. LXXXVII, str. 325—326.
Tenże. Zur Lehre von der Amyloide degeneration des Conjunctive. Arch. f. Augenheilk. X. str. 129, i nast.
- Tenże Ueber amyloide Degeneration des Augenlides. Tamże XI. str. 402.
- 3) v. HIPPEL. Ueber amyloide Degeneration der Lider. Arch. f. Ophth. XXV. 2.
- 4) ZWINGMANN. Die Amyloidtumoren der Conjunctiva. Dorpat Inaug. Diss. 1879.
- 5) VOSSIUS. Ueber Amyloide Degeneration der Conjunctiva. ZIEGLER's Beiträge z. path. Anat. u. allg. Path. V, 4, str. 337 i nast.
- 6) K. RUMSZEWICZ. O szklistem i mączkowatym zwyrodnieniu łącznicy, Przegląd Lekarski. 1891.
- 7) VOSSIUS. Ueber die hyaline Degeneration der Conjunctiva. ZIEGLER's Beiträge z. Path. Anat. u. Allg. Path. V, 3, str. 293 i nast.
- 8) KAMOCKI Badania anatomopatologiczne nad szklistem zwyrodnieniem łącznicy. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1892. LXXXVIII.
- 9) RAABE. Beiträge zur pathologischen Anatomie der äusseren Augenerkrankungen. Inaug. Diss. Marburg. 1893, str. 60.
- 10) VAN DUYSSE. Deux cas de dégénérescence hyaline de la conjonctive. Archives d'ophth. 1894. XIV, st. 742 i nast.
- 11) KAMOCKI. O szklistem zwyrodnieniu łącznicy. Gaz. Lek. 1886.
- 12) VENNEMANN. Boules hyalines ou corps coloraires dans les tissus de la conjonctive enflammée. Bulletins et Mémoires de la Société française d'Ophtalmologie. 1892, str. 364.
- 13) G. KRUCH et A. FUMAGALLI. Dégénérescence amyloide de la conjonctive. Annales d'oculistique. Juillet. 1894, str. 39.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



55. Prof. Otto Biuswanger. Różniczkowe rozpoznanie porażenia postępującego ogólnego.

Przy różniczkowem rozpoznaniu tego cierpienia od innych podobnych powinniśmy zwracać uwagę na: 1) anatomiczne zmiany, 2) etyologię i 3) kliniczny przebieg.

1) Do najważniejszych oznak mózgowych należą: a) zmniejszenie wagi mózgu, b) zanik kory mózgowej zawojów czołowych i ciemieniowych, wysepki REIL'a i przedniej części zrazu skroniowego, c) rozszerzenie komórek, *hydrocephalus internus*, *ependymitis granularis*, d) *hydrocephalus ext.*, ogólny obrzęk mózgu, *leptomeningitis chr.*, e) *pachymeningitis haemorrhagica*. Pod wpływem prac DUCHEK'a i L. MEYER'a cierpienie opony miękkiej (*leptomeningitis*) uważane było za najważniejszy i pierwszy objaw porażenia postępowego ogólnego, lecz z czasem zebrano wiele obserwacji, przeczących temu pogładowi, między innymi BINSWANGER na 106 sekcji z kliniki w Jena znalazł w 70 przypadkach cierpienie to wysokiego natężenia, w 28 słabego, a w 8 nie było nawet śladu tego cierpienia. Co do zmniejszenia się wagi mózgu [około 100 grm. i więcej], autor przestrzega, iż ono nie jest stałem, zdarzają się bowiem przypadki niewątpliwego porażenia postępującego ogólnego bez zmniejszenia wagi mózgu.

Także niepewnem jest kryterium co do makroskopowego zaniku kory mózgowej; bywają przypadki, w których wysoko rozwinięta, trwająca lata spr-

wa chorobowa, doprowadzała do zupełnego upadku umysłowego bez makroskopowo widocznego zaniku kory mózgowej. Na miejsce zanikającej tkanki nerwowej może rozwinąć się tkanka łączna, a jeśli się to zdarzy we względnie wczesnym wieku, wtedy kora mózgowa przypomina obraz *sclerosis cerebri diffusa*, właściwej wyłącznie wiekowi dzieciinnemu. Błąd w rozpoznaniu możliwym jest wtedy, gdy przy *sclerosis cerebri diffusa* śmierć następuje po długim trwaniu, a więc w wieku, w którym się spotyka przeważnie porażenie postępujące ogólne, albo gdy ono ma miejsce w wieku dzieciinnym. Pod względem anatomicznym przy *sclerosis cerebri diffusa* rozrost tkanki łącznej jest zjawiskiem pierwotnym; przy porażeniu postępującem zaś wtórnym w praktyce rozpoznanie przedstawia wielkie trudności. Łatwiej od porażenia postępującego odróżnić gliozę kory mózgowej, gdyż wtedy mamy guzy (*tubera*) i ziarnistość (*granula*) na powierzchni kory, doprowadzające do tworzenia się jam.

Do najniezawodniejszych oznak porażenia postępującego ogólnego należało *ependymitis granularis*. Według zdania autora, nieobecność *ependymitis gran.* czyni rozpoznanie porażenia postępującego wątpliwem, lecz obecność nie jest wyłącznie charakterystyczną dla omawianego cierpienia, trafia się i przy innych organicznych cierpieniach mózgu, szczególnie przy nowotworach mózgu; autor spotykał nieraz *ependymitis gran.* i przy czynnościowych psychozach. Granulacje znajdują się tylko w tylnych częściach dna 4-ej komórki, na zewnętrznym brzegu *alve cinereae* i po bokach sklepienia 4-ej komórki; prócz tego na zewnętrznym brzegu *striae corneae* w bocznej komórce.

Jednem słowem, ani obecność, ani brak jednego z tych objawów zgoła nie przemawia za rozpoznaniem, ani przeczy rozpoznaniu porażenia postępującego ogólnego; lecz rozpoznanie anatomiczne jest pewnem, gdy kilka tych typowych oznak równocześnie znajdujemy.

Drobnowidzowe badanie przy dzisiejszym stanie metod badania przedstawia wiele trudności rozpoznawczych. Tylko w przypadkach silnie rozwiniętych, w których makroskopowe rozpoznanie nie ulega wątpliwości, drobnowidzowe badanie potwierdza zanik tkanki nerwowej w korze mózgowej, w połączeniu ze zwyrodnieniem naczyń krwionośnych i z rozrostem tkanki łącznej. Pod względem anatomicznym wielkie podobieństwo z porażeniem postępującem przedstawia *encephalitis subcorticalis chron. progressiva*, która charakteryzuje się zanikiem kory mózgowej jednego albo wielu zwojów mózgowych; najbardziej dotkniętymi bywają: zraz potylicowy i skroniowy, najmniej lub wcale—czołowy. Cierpienie to zdarza się bardzo rzadko [autor w przeciągu ostatnich 11 lat obserwował je tylko 8 razy], zwykle między 40—50 rokiem życia. Jeszcze większe podobieństwo z porażeniem postępującem pod względem anatomicznym i klinicznym przedstawia cierpienie mózgu zależne od miażdżycy naczyń (*arteriosclerotische Hirndegeneration*). Przy sekcji znajdujemy wtedy szeroko rozgałęzioną sprawę miażdżycową: wszystkie naczynia krwionośne, szczególnie wieńcowe serca i nerkowe zwyrodniałe; czasem naczynia mózgowe są słabiej dotknięte od innych naczyń; naokoło naczyń krwionośnych już makroskopowo widać zabarwienie tkanki mózgowej na jasno-szary lub ciemno-czerwony kolor; waga mózgu znacznie zmniejszona; komórki bardzo rozszerzone. Zmiany miażdżycowe podobne

spotykamy i przy porażeniu postępującem, ale nie często [na 106 przypadków autor spostrzegł 22 razy, przytem tylko 3 razy przed 40 rokiem życia]. Dla różniczkowego rozpoznania pod względem anatomicznym ważną jest obecność licznych wylewów krwi, różnej wielkości, przy cierpieniu mózgu miażdżycowem.

2) Co do etyologii, to dzisiaj uważamy porażenie postępujące ogólne za wynik czynnościowego wyczerpania całego ośrodkowego układu nerwowego, szczególnie zaś mózgu, w czem biorą udział najróżnorodniejsze czynniki, przede wszystkim syfilis, którego stosunek do porażenia postępującego ogólnego jest jeszcze niewyjaśniony. Przy różniczkowym rozpoznaniu obecność syfilisu w anamnezie nie wiele pomaga, gdyż i w innych chorobach znajdujemy go, np. przy neurastenii lub hypochondryi. Szczególniejszą trudność przedstawia czasem odróżnienie syfilisu mózgu od porażenia postępującego ogólnego, gdyż ani czas, jaki ubiegł między pierwotnem zakażeniem a cierpieniem mózgu, ani obecność innych oznak syfilisu, ani przebieg kliniczny nie dają możliwości odróżnienia tych cierpień od siebie. Do innych przyczyn porażenia postępującego ogólnego zaliczamy dziedziczność i alkoholizm. Nieregularny, wyczerpujący umysłowo i cieleśnie tryb życia [przy syfilitycznem zakażeniu, lub bez niego, przy alkoholizmie lub bez niego] w jednym przypadku doprowadza do typowego porażenia postępującego ogólnego, w drugim do czynnościowej nerwicy, w innym zaś do cierpienia naczyń krwionośnych. Tutaj niezawodnie przy jednych i tych samych szkodliwych czynnikach tylko anatomiczne i czynnościowe własności ustroju wpływają na szczególną lokalizację i rozwój cierpienia.

3) Co się tyczy klinicznego przebiegu, to BINSWANGER nie podaje wszystkich psychicznych i somatycznych objawów porażenia postępującego ogólnego, lecz zwraca uwagę na błędy rozpoznawcze w początkowych okresach, przy nietypowych przypadkach porażenia postępującego ogólnego, w których jest bardzo trudno odróżnić to cierpienie od pokrewnych mu organicznych cierpień mózgu. Najpierwej autor rozbiera t. zw. miażdżycowe zwyrodnienie mózgu (*arteriosclerotische Hirndegeneration*); dzieli je na 2 grupy: jedną z szybkim przebiegiem [około 2 lat] i drugą z powolnym przepuszczającym przebiegiem, w którym przerwy mogą trwać lata. Pierwsza grupa różni się od porażenia postępującego ogólnego tem, iż przerwy zjawiają się nagle i trwają bardzo krótko, z początku godzinami, a potem tylko chwilowo, gdy tymczasem w porażeniu postępującem mamy dłuższe lub krótsze przerwy, przyczem podczas przerwy względna poprawa umysłowa idzie powoli i wtedy chorzy zdolni są do prostych umysłowych operacji. Druga grupa pod względem umysłowym zupełnie przebiega podobnie, jak i porażenie postępujące, jedynie brak chorem tego nastroju błędnego paralityków postępujących; przeciwnie chorzy bardzo często mają złe pojęcie o swoim cierpieniu i z tego powodu są w rozpaczliwym nastroju ducha. Pod względem somatycznych objawów wiele jest podobieństwa z porażeniem ogólnem postępującem, lecz niektórych objawów brak zupełnie, np. brak zmian w reakcyi źrenic, brak porażenia mięśni ocznych i charakterystycznego porażenia mowy: mowa jest powolna, bez zacinania się, bez skandowania i opuszczania oddzielnych sylab, jak to ma miejsce w porażeniu ogólnem postępującem. Przy różniczkowym rozpoznaniu pomocnem jest badanie moczu, gdyż przy miażdżycowym

dźycowem zwyrodnieniu mózgu mamy do czynienia z taką samą sprawą w nerkach, a i tętno może dać ważne wskazówki. Miażdżycowe zwyrodnienie mózgu spotyka się wyłącznie około 50 roku życia, t. j. wtedy, kiedy może wystąpić i *dementia senilis*; odróżnienie szczególnie w początkowych okresach przedstawia wiele trudności, lecz względnie szybko postępujące cierpienie w początku i przepuszczający typ [z przerwami] odróżniają miażdżycowe zwyrodnienie mózgu od zwykłej *dementia senilis*.

Okolo 40—50 roku życia bywają przypadki t. zw. *dementia praesentis*, która ma wiele cech wspólnych z porażeniem postępującem, jak: ogólny upadek inteligencji z zanikiem wielu estetycznych i etycznych wyobrażeń; różni się brakiem objawów ze strony źrenic, mowy charakterystycznej, wyraźnych porażen, oraz tem, iż cierpienie to nie ma charakteru postępującego. *Encephalitis subcorticalis chron. progres.* przedstawia wiele cech wspólnych z porażeniem postępującem, lecz odróżnia się od niego: 1) brakiem przerw w objawach (*intervalla lucida*), 2) powoli postępującym zanikiem włókien asocjacyjnych między niektórymi ośrodkami korowymi ruchowymi i zmysłowymi; 3) nierównie dłuższym przebiegiem cierpienia.

Dementia post apoplexiam nie przedstawia wiele rozpoznawczych trudności, gdyż rozwój cierpienia, związek somatycznych objawów z psychicznymi, a także przebieg cierpienia, pomagają rozpoznać właściwe cierpienie.

Wielkie trudności rozpoznawcze dla porażenia postępującego przedstawia *lues cerebri*, gdyż przy obu tych cierpieniach mamy do czynienia z jednakowymi objawami, szczególnie w początkowych okresach, tylko bardzo ścisła obserwacja, przedewszystkiem wpływ swoistego leczenia mogą doprowadzić do właściwego rozpoznania. *Dementia alcoholica* pomimo wielkiego podobieństwa z porażeniem postępującem odróżnia się od niego brakiem objawów ze strony źrenic, brakiem charakterystycznej mowy, typowego osłabienia władz sądenia, przytem nawet ciężkie objawy *dementiae alcoholicae* [zapalenia nerwów obwodowych] poprawiają się względnie z usunięciem alkoholu.

Jeżeli do trwającego już pewien czas wiađu rdzenia dołączy się porażenie postępujące ogólne (t. zw. *tabo-paralysis*), to przebieg tego ostatniego cierpienia niezwykle się przedłuża [8—10 lat]. Przytem długi czas pomimo porażen ruchowych i stanów podrażnień braki umysłowe są tak nieznaczne, iż tylko bliższe otoczenie zauważyć może zanik pewnych etycznych i estetycznych wyobrażeń: chorzy tacy zatracają poczucie obowiązków, są nieporządni, marnotrawni.

Na zakończenie swej pracy autor wspomina o możliwości pomyłek rozpoznawczych przy czynnościowych neurozach, *resp.* psychozach. Do rozpoznania pomaga nam przy neurozach brak niektórych somatycznych objawów [ze strony źrenic, objawu WESTPHAL'a]; przy psychozach zaś zawsze nad objawami, właściwymi porażeniu postępującemu [osłabienie pamięci, zanik etyczny, osłabienie zdolności sądenia], górują objawy psychiczne podrażnienia lub depresji. Pod względem rokowania wszystkie te organiczne cierpienia ośrodkowego nerwowego układu są równoznaczne, z wyjątkiem syfilisu mózgu, który przy wczesnem i właściwem leczeniu może zupełnie być uleczoney.

Pod względem praktycznym odróżnienie porażenia postępującego ogólnege od nerwic *resp.* psychoz czynnościowych, ma wielkie znaczenie nie tyle co do przyszłości samych chorych, ile dla otaczających.

(*Berlin. klin. Wochensch.* 49, 50 i 52. 1894).

K. Stróżewski.

56. A. Garé [z Tübingie]. Nawrotowe zapalenie stawu wywołane przez ograniczone ognisko zapalne w szpiku kostnym.

Że ograniczone ognisko zapalne w kości w bliskości stawu może być powodem nawrotowego zapalenia stawu, dowodzą przypadki spostrzegane przez KELLER'a, MUELLER'a, SCHNITZLER'a, jak niemniej i przypadek autora. Choroba może trwać lata, a od czasu do czasu tylko niepokoić chorego z powodu nagłego niespodziewanego obrzmiewania stawu, bolesności utrudnionych ruchów oraz stanu podgorączkowego. Wszystkie te objawy, mogące w błąd wprowadzić lekarza [ze względu na podobieństwo z ostrym gośćcem stawowym], po paru dniach odpoczynku, względnie—leżenia, znikają. Jeśli zajęty jest staw dostępny dla badaniu, wtedy zgrubienie odpowiedniego końca stawowego, elastyczny guz, ograniczone zaczerwienienie mogą rozpoznanie na drogę właściwą wprowadzić. Inaczej rzecz się dzieje, jeśli sprawa ma miejsce np. w stawie barkowym: tu warunki badania są trudne i przeto rzadko kiedy uda się z góry cierpienie rozpoznać. Przypadek autora dotyczył 21 letniego mężczyzny, który od 5-iu lat zapadał od czasu do czasu z powodu zapalenia stawu golenio-skokowego (*art. tibio-tarsalis*). Nad stawem w kostce wyczuwało się elastyczny guz, który pod naciskiem się zmniejszał. Dokonana operacja wykryła w kości ognisko ropne, w którym leżał bardzo niewielki martwak kostny. Bakteryologiczne badanie wykazało w prope gronkowca złocistego (*staphylococcus pyogenes aureus*). W porę tygodni po operacji chory w zupełnem zdrowiu klinikę opuścił.

(*Beiträge zur Chirurgie.* Tom. XI. Hft 3).

M. Wolkowicz.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE,

Posiedzenie kliniczne z d. 7. V. 1795 roku.

RAUM przedstawia przypadek guza, zapalnego pochodzenia, w którego środku znajdowała się oś rybia długości 2,5 ctm., dotyczący 55-letniego mężczyzny. Chory ten, przy przybyciu do szpitala Praskiego, skarżył się na tępy ból w lewym podżebrzu, wzdęcie brzucha i wymioty. Przy badaniu stwierdzono guz mało ruchomy w górnej części brzucha, wielkości głowy noworodka, sięgający poniżej pępka, o granicach niewyraźnych. Przy operacji okazało się, że guz ten zrosnięty był przednią swoją powierzchnią z mięśniami brzucha oraz że wychodzi z żołądka i okrężnicy poprzecznej. Guz obcięto przy żołądka i okrężnicy, a przecięcie guza przypalono PACQUELIN'em. Pomimo

znacznego defektu w mięśniach brzucha i w otrzewnej ściennej przebieg pooperacyjny był bardzo pomyślny. Po 4 tygodniach chory powrócił do swych zajęć.

Następnie RAUM demonstruje dwa preparaty drobnowidzowe, pochodzące ze ściany rakowo zwyrodnionego pęcherzyka żółciowego. Jest to rak wielkomórkowy i okrągłomórkowy. W licznych gniazdach rakowych widać, obok olbrzymich komórek jednojądrowych, jeszcze większe komórki z 15 i 20 jądrami, w których protoplazmie zauważyć można wąziutkie jasne smugi, które wskazują, że wielojądrowe komórki pozostały ze skupienia i zlania się kilku lub kilkunastu komórek mniejszych.

GRZANKOWSKI przedstawia chorą, która przybyła do szpitala Dzieciątka Jezus z powodu bezwiednego wyciekania moczu, zależnego od tyłopochylenia macicy. Po ustaleniu macicy w przodonachyleniu za pomocą *vaginofixatio uteri* chora została wyleczoną.

BREGMAN przedstawia chorego lat 26, dotkniętego *diplegia facialis*. Badanie wykazuje objawy następujące: Zupełne porażenie twarzy i zniesienie wszelkich ruchów mimicznych. Oczu chory nie jest w stanie zamknąć; odruchy łącznicy zniesione, innych zaburzeń wzrokowych niema. Przy otwieraniu ust chory doznaje bólów w szczękach; mowa niewyraźna, żucie pokarmów i łykanie utrudnione. Punkty uciskowe *n. supraorbitalis, supramaxillaris, mentalis* są bolesne zwłaszcza ze strony prawej, również jak i pewne punkty w okolicy potylicowej. Słuch z obu stron dobry; ze strony prawej *hyperacusis* [podczas jazdy chory zatyka ucho prawe]. Odruchy ścięgnowe kończyn górnych jakoteż i odruchy kolanowe wzmożone. Porażenie w danym przypadku B. uważa za obwodowe i przypuszcza, że cierpienie nerwu twarzowego dochodzi ze strony prawej aż do oddzielania się *n. stapedi*, ze strony zaś lewej dosięga zaledwie do struny bębenkowej. Na zaznaczenie zasługuje również fakt, że porażenie nie ogranicza się na samych nerwach twarzowych, lecz dotyczy i innych nerwów: trójdzielnych, potylicowych, prawego splotu ramieniowego. Jest to przeto *polyneuritis* z osobnem umiejscowieniem w nerwach twarzowych.

DOBROWOLSKI demonstruje 3 przypadki polipów usznych u dzieci, dotkniętych przewlekłym ropnym zapaleniem ucha środkowego.

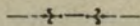
BORYSSOWICZ miał odczyt p. t.: „Wynik 20 tu operacji, dokonanych w celu doszczętnego leczenia nowotworów złośliwych macicy“.

Operacje doszczętne przy raku macicy dzieli prelegent na 2 kategorie: 1) przypadki raka macicy we wcześniejszym okresie sprawy nowotworowej, w których guz lub owrzodzenie rakowate jest otoczone przez tkankę mięsną macicy, nie przedstawiającą zmian [przy badaniu ginekologicznem]; 2) przypadki raka macicy w późniejszym okresie rozwoju sprawy nowotworowej, gdzie zachodzi wątpliwość, czy zajęte sklepienia pochwy lub zgrubiała szyja maciczna nie uległa już całkowicie zwyrodnieniu nowotworowemu, lub też czy guziczki i powrózki wyczuwane w tkance przymacicznej oraz skrócenia więzadeł macicznych zależą od przybytych spraw zapalnych lub od nacieczeń nowotworowych. Z 20 operowanych przypadków raka macicy w celu doszczętnego leczenia B. do pierwszej kategorii zalicza 9, do drugiej 11 przypadków.

Z 9 przypadków pierwszej kategorii B. wyłącza przypadek gruźlicy; chora ta zmarła w 6 lat po dokonanej operacji na suchoty płucne bez odnowienia się cierpienia w bliźnie pooperacyjnej. Również wyłącza B. przypadek raka części pochwowej, powikłany ciężą 2 miesięczną, który zakończył się śmiercią 7 dnia po całkowitem wycięciu macicy wskutek zakażenia posoczniczego [posocznica ujawniła się w kilka godzin po zbadaniu chorej z zachowaniem wszelkich prawideł antyseptyki]. Z 6 pozostałych przypadków w jednym amputowaną była część pochwowa, w pozostałych zaś 6-ciu dokonano całkowitego wycięcia macicy. Odnowienie się cierpienia nastąpiło w jednym tylko przypadku.

Z 11 przypadków, należących do drugiej kategorii, 1 przypadek zakończył się śmiercią po upływie 4 miesięcy z powodu szybkiego rozwoju torbieli obu jajników, w 9 przypadkach cierpienie się odnowiło w ciągu 2—3 miesięcy i nastąpiło zejście śmiertelne po 9—15 miesięcy po operacji. Jedyny tylko przypadek pomyślny dotyczy chorej, u której przed 4 laty B. wyłuszczył macicę po wyjęciu górnej $\frac{1}{3}$ części pochwy z powodu raka, który zniszczył część pochwową, zajął sklepienia i rozszerzył się na $\frac{1}{3}$ górną część przedniej ściany pochwy.

Wiadomości bieżące.



— M. NONNE. Przyczynek do nauki o cierpieniach rdzenia w przebiegu niedokrwistości, kończącej się śmiercią (*anaemia letalis*). Niniejsza praca jest dalszym ciągiem pracy tegoż autora, ogłoszonej w WESPHAL'S Archiv'ie [Bd. XXV. Heft 2]. Autor ogłasza wyniki klinicznej obserwacji i drobnowidzowego poszukiwania w 17 przypadkach *anaemiae letalis*. Z punktu widzenia anatomicznego NONNE dzieli swoje obserwacje na 3 grupy; pierwsza grupa obejmuje 7 przypadków, w których drobnowidzowe badanie dało ujemny wynik; druga grupa, najwięcej nas interesująca, obejmuje 3 przypadki, w których widzimy początkowy okres charakterystycznego dla *anaemiae letalis* cierpienia rdzenia, mianowicie małe ogniska zwyrodnienia zawsze w bezpośrednim sąsiedztwie z naczyniem krwionośnym. Do trzeciej grupy należą przypadki, charakteryzujące się jasno wyrażonym i mniej lub więcej rozległym zwyrodnieniem rdzenia. Najpierw ogniska zwyrodnienia zjawiają się w sztywnej części rdzenia, przyczem umiejscawiają się w środkowych korzeniowych zonach (*die mittleren Wurzelzonen*), później dopiero w bocznych i przednich pęczkach. Autor potwierdza zdanie LICHTHEIM'a i MINNICH'a, iż tutaj tylko wewnątrz-rdzeniowa biała substancja bywa porażona; zewnątrz-rdzeniowa zaś biała, jak również tylna i przednia szara substancja rdzenia zostają nietknięte. Autor jest zdania, iż ogniska zwyrodnienia zależne są jedynie od rozgałęzień zwyrodniałych naczyń i że o systemowej pęczkowej degeneracji mowy być nie może. Według MINNICH'a, najpierw zachorowuje okołonaczyniowa tkanka łączna, z *periarterium* sprawa rozprzestrzenienia się na *intima* naczynia. Nerwy obwodowe nie wykazały żadnych zmian. Co zaś do klinicznych objawów ze strony układu nerwowego notowano: w 5 przypadkach objaw WESTPHAL'a; w 2 lekką ataksję, w 3 obiektywne zaburzenia czuciowe; raz notowano ciągnące bóle i raz objaw ROMBERG'a. W przypadkach, w których drobnowidz nie wykrywał żadnych zmian w rdzeniu, lub też początkowe zmiany, tam nie obserwowano żadnych objawów klinicznych; w tych zaś przypadkach, w których drobnowidz wykrywał znaczne zmiany, tylko 2 razy nie konstatawano objawów klinicznych, w innych zaś były notowane wyżej wzmiankowane objawy. Co do etyologii *anaemiae letalis*, praca

autora nie daje nic pozytywnego. Na zakończenie NONNE zwraca uwagę na różnicę, jaka zachodzi między omawianą przez niego *anaemia leucis* a *anaemia perniciosa*. Obie mają to wspólne, iż są pierwotne, klinicznie zaś i anatomicznie różnią się od siebie. (*Deut. Zeitschr. für Nervenheilk. Bd. 6. H. 3 u. 4 1895*). K. Stróżewski.

— Na VII zjeździe chirurgów polskich w Krakowie [16 i 17 lipca r. b.] zapowiedzieli odczyty: DROBNIK. Dalsze doświadczenia nad przeniesieniem i rozdzielaniem czynności mięśni przy porażeniach dziecięcych. Tenże. Leczenie operacyjne głowy skręconej (*caput obstipum*). Tenże. Sposób powstawania i leczenie operacyjne torbieli trzustki. Tenże. Operacyjne leczenie wrodzonego zwicnięcia w stawie biodrowym (*luxatio congenita coxae*). GABRYSZEWSKI. O operacjach upiększających. Tenże. Zmiany stawowe w syringomyelii. Tenże. O bólu w chirurgicznym znaczeniu. JASIŃSKI ROMAN. Antrooatytomia.

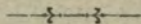
— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie na posiedzeniu odbytem w dniu 18 b. m. z 9 prac nadesłanych na konkurs imienia KOCZOROWSKIEGO nagrodziło następujące: BIERNACKIEGO. Gazy krwi żyłnej w stanach patologicznych, specjalnie w stanach anemicznych i autointoksykacyjnych. CHEŁCHOWSKI i SAWICKI. Wykaz wszystkich prac lekarskich polskich ogłoszonych drukiem od r. 1830 do 1890. GEDROYĆ. Historia szpitala św. Łazarza od założenia do chwili obecnej. HEWELKE. Badania bakteriologiczne krwi u suchotników. FAYTT. Stosunek anatomo-topograficzny moczowódów do macicy i pęcherza u kobiety.

— D-r MICHAŁ ZIELEŃIEWSKI na pamiątkę pięćdziesięcioletniej rocznicy swej doktoryzacji złożył w kancelaryi Komitetu Opieki szpitala dla dzieci Ś-go Ludwika w Krakowie tysiąc koron w liście zastawnym galicyjskiego Towarzystwa kredytowego ziemskiego z odnośnymi kuponami, ku powiększeniu żelaznego funduszu na utrzymanie filii wspomnianego szpitala, istniejącej w Rabce.

— Wyszedł z druku wydany staraniem apteki KARPIŃSKIEGO w Warszawie „Przewodnik informacyjny dla szukających porady rekarskiej w Warszawie“. Jest to książka o 139 stronicach druku, podzielona na 4 działy. W I mieszczą się adresy lekarzy praktykujących w Warszawie. W II spis lekarzy z uwzględnieniem specjalności i godzin przyjęć. W III podano lecznice dla przychodzących chorych i prywatne domy zdrowia. Wreszcie w IV dziale wymienione są ważniejsze miejscowości kuracyjne krajowe i zagraniczne, oraz wskazówki co do wyboru drogi i kosztów przejazdu. Niepodobna żądać, aby w przewodniku takim, mimo starań wydawcy, nie zakradły się tu i ówdzie błędy. „Przewodnik“ pomimo to korzystnie wyróżnia się między podobnymi wydawnictwami [Kalendarze lekarskie i t. p.] i dlatego może być prawdziwą pomocą dla niejednego chorego, zwłaszcza przyjeźdnego.

— Berliński instytut medyko-chirurgiczny Fryderyka Wilhelma obchodzić będzie 2 grudnia r. b. 100-letnią rocznicę założenia.

DO PP. PRENUMERATORÓW.



Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty na II-gie półrocze r. b., tych zaś Pp. Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозв. Ценаурою, Варшава 16 Юня 1895 г.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

Liquor Ferri albuminati 0,4^o/_o Fe.

Liquor Ferri peptonati 0,4^o/_o Fe.

Liquor Ferro-Mangani peptonati 0,6^o/_o Fe i 0,1 Mn.

Chloroformium purissimum

do operacyi

flaszki oranżowe, objętości 60, 90, 180 i 360 gramów.

PREPARATY D^{ra} HEBRA

Ungt. diachil. Hebrae, Tr Rusci v. Waldheim i Tr Rusci
własna Ol., Rusci spissum i Ol. Rusci liquidum.

Wszystkie wina lecznicze.

TRANY LEKARSKIE

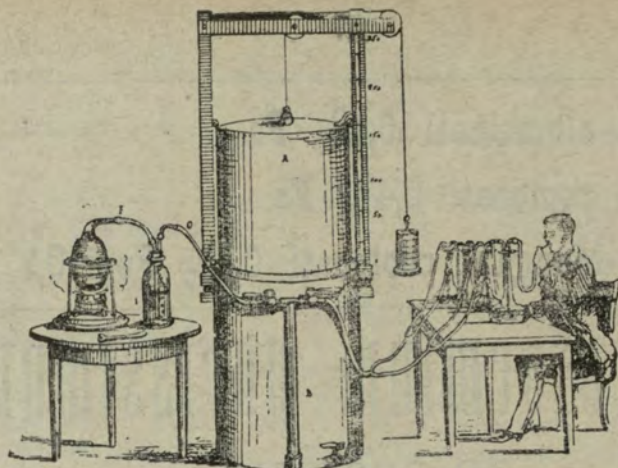
oprócz białego i żółtego Lofoden z następującymi
środkami: z jodem, z jodkiem żelaza, z tlenkiem
żelaza, z fosforem i z jodkiem potasu.

Apteka H. BIERTÜMPFLA

Marszałkowska róg Ś-to Krzyskiej.

APTEKA

Magistra farmacyi



dawniej Senatorska wprost Miódowej.

Miódowa № 4,

H. KUCHARZEWSKIEGO.

Zaopatrzoną jest w dostateczną ilość przenośnych przyrządów z balonami dla wdychania tlenu, które w każdym czasie bywają napełnione szybko i wydawane na miasto. Wdechania tlenu wracają szybko siły ludziom starym jakoteż wyniszczonym wskutek chorób lub zbytniej pracy umysłowej; słowem działają ożywczo i odmładzająco, są nadzwyczaj korzystne w przypadkach, gdzie chory ma zalecony pobyt na wsi, lub nad morzem, a nie jest w możności uskutecznienia tego.

Przyrząd składa się z balonu kauczukowego zawierającego tlen, połączonego z naczyniem napełnionem wodą i pełniącym funkcję oczyszczenia gazu z ciał obcych przypadkiem do balonu dostać się mogących; używa się wdychając po 20 do 30 litrów tlenu codziennie przez 3 do 4-tych tygodni. Dla P.P. lekarzy lub osób potrzebujących powyższej kuracji na prowincyi, wysyła się kompletne aparaty z mieszaniną służącą do otrzymywania tlenu.

Nadto przyrządza się tlen z tlenkiem azotu.

12—2

3—2

Dr Paniński

z Poznania, specjalista w chorobach nerwowych,

praktykować będzie od 1-go Lipca do końca sezonu w **Norderney** Kaiserstrasse 6.

Dr Andrzej Lorentski

ordynuje od 4-go Czerwca jak lat ubiegłych w **Krynicy**. 4—3

WODY MINEALNE NATURALNE.

6—6

Centralny Skład przy Aptece

LILPOP I FREUTLER,

ulica Nowy-Świat Nr. 60 róg Ordynackiej, w Warszawie,

poleca się ze świeżo otrzymanymi tegorocznymi wodami mineralnymi. Sprowadza je wprost od zarządów źródłanych i w miarę potrzeby ciągle nowymi zapasami uzupełnia.

Wraz z wodami mineralnymi nadchodzą produkty źródłowe, jako to: Sole, Pastyłki, Mydła, Ługi, Szlamy i inne.

Broszurki nadsyłane ze źródeł, oraz przewodnik dla leczących się wodami mineralnymi i cennik, dołączane są bezpłatnie.

Dostarcza do wszystkich stacyj kolei żelaznych na zaliczenie (per Nachnahme) możliwie szybko bez doliczania kosztów odwózki i ekspedycji.

Do przygotowania serwatki, apteka wyrabia Pastyłki, za pomocą których najłatwiej otrzymuje się dobra serwatka. Maszynki z termometrami do ogrzewania wód mineralnych.