

GAZETA LEKARSKA.

I. JAK SIĘ ZACHOWUJĄ ZMYŚŁY WŁAŚCIWE PRZY ZNIECZULENIU TWARZY?

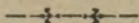
PRZYCZYNEK DO KLINIKI

hemianaesthesiae cruciatae

wskutek jednostronnego porażenia opuszkowego postaci udarowej.

Podał

D-r Med. H. Higier.



Przy ciepieniach natury funkcjonalnej wiadomo oddawna, iż zmysły właściwe wobec znieczulenia twarzy znacznemu zazwyczaj ulegają przytępieniu, oraz że wraz z częściowym lub całkowitem zniknięciem łanestezyi skóry, bądź pośrednio wskutek poddania w hypnozie lub na jawie, bądź też bezpośrednio, za pomocą leczenia elektrycznością i magnetyzmem, znika jednocześnie częściowo lub całkowicie upośledzenie zmysłów właściwych. Bardziej już chwiejnemi są wiadomości, dotyczące zachowania się narządów zmysłów wobec znieczulenia twarzy natury organicznej. Za zasadniczy przedmiot sporu, za punkt wytyczny w kwestyi tej uchodzi zwłaszcza zachowanie się narządu wzroku: czy przy organicznych znieczuleniach połowicznych powstaje jednostronne niedowidzenie skrzyżowane, czy też obustronna hemianopsya CHARCOT utrzymywał, iż przy hemianestezyach organicznych, wywołanych umiejscowieniem choroby w torebce wewnętrznej (*capsula interna*), stale istnieje jednoczesne znieczulenie narządów zmysłów jednej strony i usiłował wytłómaczyć je cierpieniem przewodów zmysłowych, mających pono siedlisko swoje w najbardziej ku tyłowi wysuniętym odcinku torebki wewnętrznej. Że się w zasadniczej tej kwestyi nie zgadzają ze sobą poglądy badaczy francuzkich i niemieckich, przypisać należy między innymi i tej, uwagi godnej okoliczności, że przypadki odnośne do wielkich zaliczają się rzadkości. „Hemianestezye natury organicznej, jednocześnie czuciowe i zmysłowe, stanowią zjawisko nader rzadkie“, brzmi zdanie MONAKOW'a ¹⁾ w jego „Patologii mózgu“, najbardziej wyczerpującej i szeroko literaturę uwzględniającej.

¹⁾ C. v. MONAKOW. Gehirnpathologie str. 367. Specielle Pathol. und Therapie v. NOSHNA-GEL T. IX. Wien. 1897.

Kwestya stosunku wzajemnego między znieczuleniem twarzy pochodzenia opuszkowego (*bulbus*) lub śródmostowego (*pons Varoli*), a osłabieniem sprawności zmysłów właściwych, zda się, o wiele jeszcze mniejszą zwracała na się uwagę klinicystów. Z tego właśnie względu uważam za właściwe skorzystać z wielce ciekawego, klinicznie dokładnie zbadanego przypadku, jaki mam pod ręką, by podstawowej kwestyi tej bliżej się nieco przypatrzeć. Spostrzeżenie samo przez się należy do względnie rzadkich, a zatem i z tego również powodu na cokolwiek szersze zasługuje opracowanie.

Spostrzeżenie. J. S., lat 49. Przed laty 12-u zaraził się syfilisem i udzielił go swej żonie, która wskutek tego uległa swoistemu cierpieniu ucha i nosa [głuchota jednostronna, nos zapadły]. Z trojga dzieci najstarsze zmarło wskutek bezgorączkowej wysypki skórnej, dwoje młodszych na zapalenie mózgu i „paraliż“ we wczesnem dzieciństwie.

Pacyent nasz zawsze cieszył się najlepszem zdrowiem i zdolnością do pracy. Od czasu do czasu *excessus in Baccho*. Trzeciorzędnym objawom syfilitycznym rzekomo nie ulegał nigdy.

31 stycznia r. b. uczył nagle wieczorem mocny zawrót głowy, a jednocześnie osłabienie i jakoby obumarcie lewych kończyn. Pospieszył zaraz na spoczynek, w łóżku wszakże choroba niebawem rozwinęła się w dotkliwy sposób: chory doznawał chryпки, zaburzeń w wymawianiu wyrazów, utrudnionego polykania, ustawicznych zawrotów, mrowienia w lewej połowie ciała, bólów i swędzenia po prawej stronie twarzy i głowy. Wymioty, gorączka, dreszcze, utrata przytomności nie miały miejsca.

Nazajutrz zrana zawieziono go do szpitala Wolskiego, gdzie pozostawał blisko dwa tygodnie, bez wyraźnej atoli poprawy. W dni mniej więcej 16 po wyż opisanym napadzie widziałem chorego po raz pierwszy i stwierdziłem co następuje:

Mięczyzna wysokiego wzrostu, tęgiej budowy. Tętno 116, nie miarowe, pełne. Ciepłota 37,3°. Tętnice na obwodzie nie stwardniałe. Granice opukowe serca prawidłowe, tętno u wierzchołka słabe, rozlane, tony serca przysłuszone, szmerów żadnych. Płuca oraz narządy brzuszne nietknięte.

Chód niepewny, chwiejny, z wybitną skłonnością zataczania się w stronę prawą. Zaburzeń w sile grubej kończyn górnych brak [siłomierz wskazuje 30—28 K.], mimo, iż chory narzeka na osłabienie lewej ręki. Słabo uwydatniony bezład (*ataria*) kończyn lewych: przy zamkniętych oczach opieranie lewej pięty na prawem kolanie niepewne; ujmowanie końca nosa palcem lewej dłoni również niezgrabne, chybione.

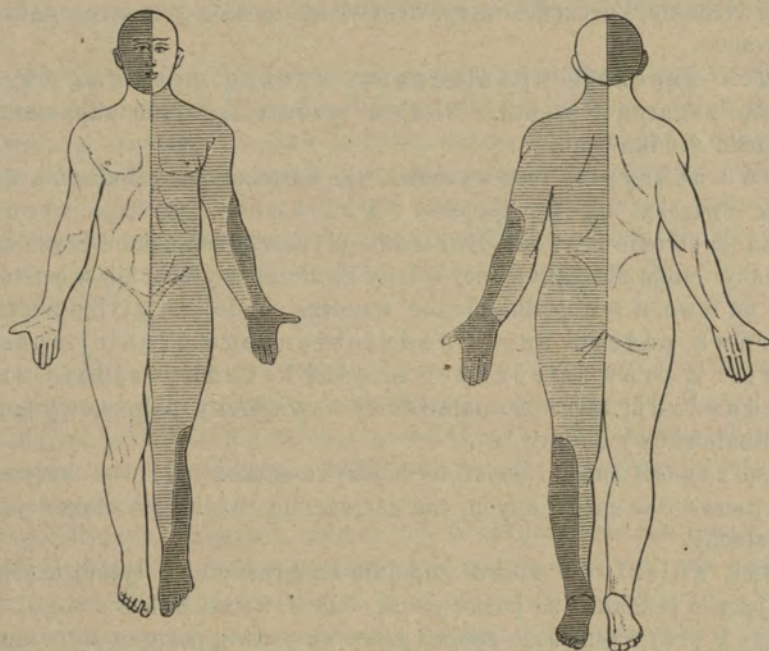
Wybitne obniżenie wszelkich gatunków czucia po lewej stronie, na kończynach i tułowiu. Zaburzenie to sięga na tułowiu linii środkowej i znika u góry na 2 ctm. poniżej granicy uwłosienia. Najbardziej dotkniętą jest wrażliwość bólowa i cieplikowa, mniej już zmysł mięśniowy i ucisku, a najslabiej dotyk. Głębokich ukłuć szpilką chory wcale nie odczuwa, albo bierze je za lekkie dotknięcie palcem. Woda lodowa daje wrażenie gorącej, wrząca wrażenie dotknięcia. Różnic w ciepłocie, wynoszących około 60—70° C., chory nie rozpoznaje. Z zamkniętymi oczyma

rzadko poznaje lewą ręką ujęty przedmiot, nie umie też określić wymiarów, ani postaci przedmiotu. Ruchy bierne palców dłoni i stóp tejże strony wtedy tylko odczuwa, gdy się je wykonywa dość gwałtownie i w rozmiarach szerszych.

Przy elektryzowaniu mięśni strony lewej odczuwa chory niezgorzej prąd na skórze [czucie faradyczne skórne], nie czuje atoli wcale drgnięć i naprężenia kurczących się mięśni [czucie faradyczne mięśniowe].

Znieczulenie najmocniej dotyka odcinki obwodowe oraz powierzchnie boczne kończyn [p. fig. I]. W anestetycznej połowie ciała chory doznaje swi-
stego przykrego wrażenia chłodu.

Fig. I.



Badanie nerwów czaszkowych dało wyniki następujące.

Znaczne stępienie węchu po stronie prawej [badanie za pomocą octu, eteru, nalewki jodowej i smrodzieńca].

Osłabienie siły wzroku prawego oka. Brodawka i środowiska oczu nie okazują zmętnienia, ani objawów zapalnych. Siatkówka prawidłowa. Nadwzroczność = 1,0 D [kol. STEINHAUS]. Prawa źrenica zwężona. Obie oddziałują żywo na światło i przy akomodowaniu. Drobnofalisty poziomy oczopląs (*nystagmus*). Mięśnie oczu nietknięte; brak zezu i widzenia podwójnego.

Prawa połowa twarzy i głowy dotknięta ciężkim zaburzeniem wszelkich odmian czucia takiejże zupełnie natury, co i lewa połowa ciała. Skóra nie czuła jest na bodźce bólowe, na zimno zaś i gorąco

odpowiada wrażeniem swędzenia. Znieczulenie ustaje w pośrodku twarzy, ku dołowi zaś sięga do skraju żuchwy. Nieczułemii następnie na dotknięcie i ukłucie są po stronie prawej: łącznica i rogówka, przegroda nosa i muszla, jama noso-gardzielowa [z wyjątkiem ściany tylnej], błona śluzowa warg i ust, tylna ściana gardła, *tonsilla pharyngea*, łuki podniebienne-językowy i podniebieno-gardzielowy, krtąń do struny głosowej włącznie. Prawa rogówka, mimo swą nieczułość, jest przezroczystą, nieprzekrwioną, nie zdradza śladów t. zw. *ophthalmiae neuroparalyticae*.

Ruchy szczęki dolnej po obu stronach wykonywane są z jednaką siłą. Układ mięśni twarzy prawidłowy: żwacz i mięsień skroniowy nie zdradzają widocznego zaniku, żuchwa nie opuszczona, zamykanie oczu, marszczenie czoła, śmiech, gwizdanie, kurczenie warg, krzywienie nosa z obu stron dokładnie są wykonywane.

Słuch znacznie upośledzony w uchu prawem, przy badaniu za pomocą zagarka i szeptu. Nieżytu przewlekłego lub zapalenia ostrego brak w uchu środkowym.

Mowa ochrypła, lecz wyraźna, nie zdradzająca zaburzeń artykulacji. Języczek zwiesza się prostopadle. Połykanie bardzo utrudnione, zwłaszcza po stronie prawej. Zwracanie płynów przez nos od czasu do czasu. Przy fonacji błona śluzowa tylnej ściany gardzieli wypina się w postaci kulisy z prawa na lewo, a łuki podniebienne wznoszą się do góry tylko po stronie lewej. Prawa połowa żagła podniebiennego głębiej opuszczona niż lewa. Z prawostronnych mięśni krtani znajdują się w stanie niedowładu: tarczowo-nalewkowy wewnętrzny, nalewkowy poprzeczny, obrączko-nalewkowy boczny ¹⁾.

W sprawności mięśni mostko-obojęczyko-sutkowych oraz kapturkowych, przez *n. accessorius* unerwianych, nie zauważono różnicy na niekorzyść którejkolwiek strony.

Smak zniesiony niemal zupełnie na przedniej i tylnej części prawej połowy języka [badanie za pomocą octu, cukru, kwasu saletrzanego].

Język przy wysuwaniu zbacza nieco na prawo, porusza się wszakże swobodnie na wszystkie strony. Odżywianie jego oraz pobudliwość elektryczna prawidłowe.

Co do czynności odruchowych stwierdzono: normalne zachowanie się wszystkich odruchów ścięgnistych i skórnych, brak po stronie prawej odruchów rogówkowego, łącznicowego i gardzielowego, osłabienie odruchów łykania i kichania.

Sprawność pęcherza i odbytnicy prawidłowa. Mocz bez białka i cukru.

Psyche nietknięta. Nieobecność cech zwyrodnienia fizycznego lub duchowego. Żadnych stygmatów histerycznych. Stan ogólny całkowicie zadowalający.

¹⁾ Stwierdzenie zaburzeń ruchowych i czuciowych w krtani i jamie noso-gardzielowej zawiązczaam kilkakrotnemu mozołnemu badaniu kol. ZIĘCIAKIEWICZA.

Streszczając dane skreślonej historii choroby, otrzymujemy pokrótce następujący rezultat badania klinicznego i danych anamnestycznych. Mężczyzna w sile wieku, przed laty zarażony syfilisem, zkądnął zupełnie zdrowy, nadużywający od czasu do czasu napojów wyskokowych, ulega nagle napadowi silnego zawrotu głowy bez utraty przytomności, napadowi, z którym łączy się wystąpienie swoistego znieczulenia twarzy i błon śluzowych po stronie prawej, tułowia zaś i kończyn—po lewej. Jednocześnie rozwijają się w ciągu tegoż dnia: porażenie sprawności połykowej, chrypka, zбочenia w ruchach języka, prawostronnego podniebienia miękkiego i mięśni krtani, przyspieszenie i niemiarkowatość tętna, zniesienie po stronie prawej większej części odruchów błon śluzowych oraz czynności zmysłów właściwych, wybitna skłonność do zataczania się na prawy bok przy chodzeniu, lekki wreszcie bezład lewych kończyn.

Co do dalszego przebiegu choroby nadmienimy tu dodatkowo, że w przeciągu następnych 2—3 miesięcy znikły całkowicie, zarówno niesprawność ruchów kończyn lewych [zwykła *ataxia spinalis*] jak i wzmiankowane zбочenia koordynacyjne w chodzie (*ataxia cerebellaris*), tudzież niedowład języka, porażenie zaś połykania, stępienie zmysłów właściwych, oraz zaburzenia dotyku i zmysłu mięśniowego znacznie złagodniały. Inne objawy chorobowe w całej swej rozciągłości bez wybitnej pozostały zmiany. Leczenie było przeciwsyfilityczne [Hg. J].

* * *

Zastrzegając sobie gruntowniejszą ocenę powyższego spostrzeżenia w innym miejscu, ocenę w kierunku różniczkowo-rozpoznawczym wspólnie z dwoma analogicznymi, w sposób przewlekły powstałymi całokształtami objawów przy guzie mózdzka i syringomyelii opuszkowej, dotknę tu jedynie kwestyi siedliska i natury cierpienia.

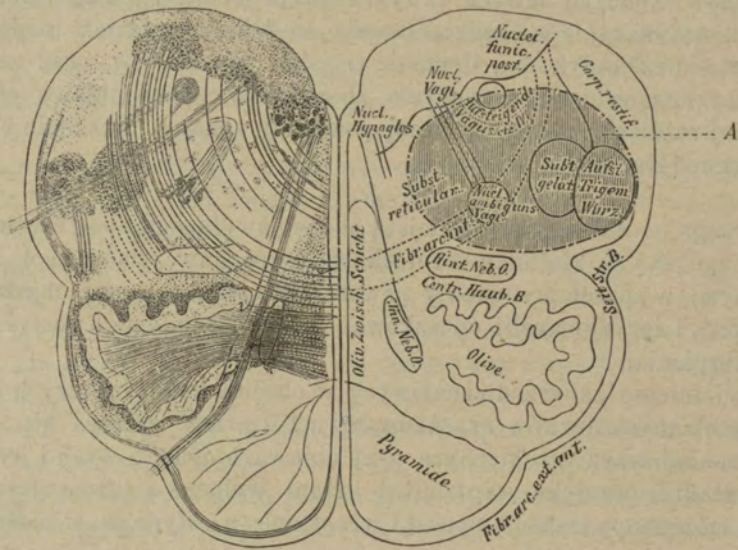
Współistnienie zaburzeń czuciowych w obrębie kończyn lewych z porażeniem skrzyżowanych nerwów czaszkowych już *a priori* wyłącza histeryę, nieobecność zaś zaburzeń psychicznych przy objawach opuszkowych i jednostronnym niedowładzie przetyku, gardzieli i krtani wyłącza z dużym prawdopodobieństwem mózgową porażenie opuszki wrzekome (*paralysis pseudobulbaris*). *Heminaesthesia cruciata*, cechująca przypadek nasz, stanowi sama przez się typowy objaw chorób mostu VAROLA, opuszki i górnej części mlecza pacierzowego, w tych bowiem trzech okolicach przewody czuciowe kończyn oraz tułowia w nader blizkiem znajdują się sąsiedztwie z przewodami skrzyżowanego nerwu trójdzielnego.

Jeżeli pominiemy nierówność źrenic, objaw właściwy cierpieniom wzgóreków czworaczych (*corpora quadrigemina*), objaw, który u naszego chorego, jako dotkniętego syfilisem, mógł być dawniejszej daty, i o którym zresztą pomówimy niżej, wówczas źródła nakreślonego wizerunku chorobowego należałoby, zdaniem naszym, najwłaściwiej szukać w jakimś ognisku, umiejscowionem ściśle w prawej połowie opuszki, z jednej bowiem strony zbywa na zwykłych objawach rdzeniowych (*paraplegia spinalis*, zbiór objawów według typu BROWN-SÉQUARD'a), z drugiej zaś na znamienych objawach ze strony mostu VAROLA

[porażenie nerwu twarzowego, *n. oculomotorii*, *n. abducentis*, części ruchowej *n. trigemini*¹⁾].

Rozbiór kliniczny poucza dalej, iż domniemane ognisko patologiczne nie przekracza ku dołowi granicy górnej skrzyżowania dróg ruchowych (*decussatio pyramidum*) i czuciowych (*decussatio lemnisci*), ku górze zaś granicy dolnej rozgałęzienia śródpuszkowego nerwu słuchowego oraz jąder jego [brak cięższych zaburzeń słuchowych]. Uszkodzenie ze strony tego ogniska prawostronnego położonych w obrębie wskazanym jąder: *n. glossopharyngei*, *vago accessorii*, *hypoglossi* oraz korzenia wstępującego *n. trigemini*, tłumaczy w sposób dostateczny prawostronny bezwład gardzieli, podniebienia i krtani, niedowład języka, zniesienie wszelkich odmian czucia na twarzy i błonach śluzowych po stronie prawej, upośledzenie smaku w połowie języka, przyspieszenie i niemiarowość tętna.

Fig. II.



Jeżeli wszakże łatwem jest określenie podłużnego wymiaru ogniska, to określenie rozciągłości jego w poprzek większe nieco napotyka trudności [p. fig. II]. Kwestyę tę wyświeśla nam poniekąd rozbiór pojedynczych własności czucia skórno i mięśniowego oraz czynności koordynacyjnych. Jak wiadomo, przeważna część włókien pęczka tylnego, zawierającego przewody

¹⁾ Wobec spostrzeżeń MANN'a [Berl. klin. Woch. 1892. p. 245], SRIEGLITZ'a [Neurol. Ctrbl. 1893 p. 149] i BECHTEREW'a [Deut. Zeitschr. f. Nervenheilk. 1895 p. 141], które stwierdziły zupełne znieczulenie w obrębie *n. trigemini* przy cierpieniach górnej części rdzenia szyjowego, *resp.* opuszki, trudno zgodzić się ze zdaniem niektórych autorów, a zwłaszcza WALLEMBERG'a [Arch. f. Psych. 1. XXVII. p. 29]. Jakoby znieczulenie wszystkich gałęzi nerwu trójdzielnego zachodzić miało wyłącznie przy ogniskach śród i powyżej mostu położonych.

dotyku i pokrewnych temu zmysłów, po opuszczeniu swoich jąder opuszkowych (*nucleus funiculi cuneati et teretis*) oraz po skrzyżowaniu w szwie opuszki pod postacią t. zw. włókien łukowatych wewnętrznych (*fibrae arcuatae internae*), zbiera się w przeciwległej warstwie międzyoliwkowej, ewentualnie w pętli środkowej (*lemniscus medialis*) [EDINGER]. W tejże warstwie zdają się leżeć przewody zmysłu mięśniowego oraz koordynacyi [WERNICKE, SENATOR, GOLDSCHIEDER], co do których rdzeniowego przebiegu mniej pewne posiadamy dane. Bardziej natomiast boczną okolicę opuszki zajmują przewody bólowe, termiczne i naczynioruchowe: po wtargnięciu do rogu tylnego rdzenia pacierzowego i skrzyżowaniu w szarej substancji tegoż, wstępują one w bliskości pęczków bocznych [t. zw. *Grundbündel*] strony przeciwnej ku górze, na wysokości skrzyżowania piramid kierują się ku środkowi i przechodzą w *formatio reticularis*, w której znajdują się w najbliższym sąsiedztwie z substancją galaretowatą, towarzyszącą wstępującemu korzeniowi nerwu trójdzielnego [BECHTEREW, HOLZINGER, LAEHR].

Najdobitniej zaznaczone u chorego naszego uporczywość i natężenie zaburzeń we wrażliwości na ból i ciepłość, przypominające do pewnego stopnia t. zw. *dissociation syringomyélique*, powolne ustępowanie zбоceń dotykowych i nieprawidłowości w odczuwaniu ucisku i zmysle mięśniowym, — dowodziłyby więc, iż głównego ogniska na przecięciu poprzecznym poszukiwać należy w układzie siatkowym (*formatio reticularis*), czyli w tylnej i bocznej połowie opuszki, w której zburzyło całkowicie drogi bólowe i termiczne, pozostałe zaś drogi czuciowe pozbawiło, prawdopodobnie wskutek obocznych zaburzeń w krwiobiegu, tylko czasowo zdolności przenoszenia bodźców zewnętrznych ku narządowi świadomości.

Słaby stopień parezy języka poucza też, iż znacznie wzdłuż rozpostarte jądro nerwu podjęzykowego, jakoteż długie włókna jego korzeni dotknięte zostały w ograniczonym tylko zakresie opuszki. Mocniej natomiast ucierpiał od sprawy chorobowej boczne odcinki prawego przecięcia poprzecznego, zawierające jądra i korzenie śródupuszkowe nerwów V, IX, X i XI-go.

Co się tyczy wzmiankowanego powyżej z wężenia żrenicy po stronie dotkniętego nerwu trójdzielnego, to ciekawym jest fakt, iż wielu autorów nie bez podstawy przypisuje temuż nerwowi rolę nerwu tęczówkowego. Nie-równość żrenic stwierdzono niejednokrotnie po wyluszczeniu nerwu trójdzielnego u podstawy mózgu [KRAUSE], przy ogniskach rozmiękczenia w opuszcze z zaburzeniami czucia twarzowego [LEYDEN, LEMCKE, OORDT], przy analogicznych sprawach w moście [HOLMBERG, ALLEN STARR], przy doświadczalnym drażnieniu *n. trigemini* [BROWN-SÉQUARD], przy uszkodzeniu wstępującego korzenia tegoż nerwu (*ramus ascendens n. quinti*). WALLENBERG'owi ¹⁾ udało się nawet stwierdzić w opuszcze królików istnienie ograniczonego pasma we wstępującym korzeniu nerwu trójdzielnego, którego zniszczenie wywoływało stale maksymalne po tejże stronie z wężenie żrenicy. Niektórzy badacze przypuszczają, iż nerw trójdzielny posiada zarówno z wężające, jak i rozszerzające

¹⁾ WALLENBERG. *Neuroi. Ctb.* 1896. p. 873.

źrenicę włókna [MAYER, HIRSCHL]. Pomijam wreszcie pogląd tych niezbyt licznych fizyologów, którzy w odcinku dolnym opuszki umiejscawiają *centrum cilio-bulbare*, czyli ośrodek górny, analogiczny z niżej położonym ośrodkiem BUDGE'go: *centrum cilio-spinale*. Wszystkie te dane wystarczają nam zupełnie do wytłómaczenia niezrozumiałego na pierwszy rzut oka u pacjenta naszego zwężenia źrenicy prawej.

Stwierdzony na początku choroby zwykły bezład ruchowy (*ataxia*) kończyn lewych [warstwa międzyoliwkowa skrzyżowana] oraz zataczanie się przy chodzeniu w stronę prawą [prawe *corpus restiforme* lub przewód prawego pęczka boczno-mózdzkowego] przemawiają z pewnem prawdopodobieństwem za uszkodzeniem pierwotnem, pod wpływem bodźca patologicznego, odcinków opuszki zarówno najbardziej ku środkowi położonych, jak i najbardziej ku zewnętrznej stronie *oblongatae* wysuniętych.

Że wreszcie ognisko, umiejscowione przez nas powyżej skrzyżowania piramid, nie przekracza nigdzie na lewą połowę opuszki, dowodzi też godny zaznaczenia fakt, że ruchy, czucie i koordynacja kończyn prawych pozostały przez cały czas choroby nietknięte.

Jakiej natury jest owe ognisko, którego granice, jak widzimy, we wszelkich kierunkach ściśle niemal określić się dają? Ponieważ kwestya ta specjalna niewiele nas w tem miejscu obchodzi, to powiemy tylko tyle, iż dokładna ocena anamnezy oraz przebiegu choroby pozwala bez trudności wyłączyć ostre zapalenie substancji szarej opuszki (*poliencephalitis bulbi*), zapalenie opuszki uciskowe (*myelitis bulbi e compressione*) wskutek tętniaka, gumatu, zapalenia syfilitycznego opony twardej tylnej jamy czaszkowej, a wreszcie i syryngomyelię przewlekłą, która się nieraz przejawia w postaci napadów urazowych i w przebiegu naśladuje częstokroć jednostronne porażenie opuszkowe. Za najprawdopodobniejsze uważamy istnienie ograniczonego rozmięczenia wskutek zakrzepowego zamknięcia (*thrombus*) światła jednego z dotkniętych sklerozą błony wewnętrznej naczyń prawej połowy opuszki. Krwotoki opuszkowe łączą się zazwyczaj z ciężką utratą przytomności, ewentualnie miewają zejście śmiertelne, zatory zaś, o ile nie mają źródła w zakrzepowo-zwyrodniałem naczyniu, bywają zawsze następstwem wady serca. Pomimo iż w przypadku naszym zbywało na typowych zwiastunach *arteriitidis syphiliticae* [mocne bóle głowy, przemijające porażenia, zaburzenia psychiczne], możemy bez wahania, opierając się na anamnestycznie stwierdzonym fackie przebytego syfilisu, oraz na skuteczności leczenia jodowego i rtęciowego, uznać naturę swoistą przypuszczalnego cierpienia naczyniowego opuszki.

Okolica, w której siedlisko rozmięczenia upatrujemy [p. Fig. II], ukrwienie swe otrzymuje, jak wiadomo, od tętnicy kręgowej prawej (*art. vertebralis*). Trudno wszakże przypuszczać w przypadku naszym współdziałanie całej tej tętnicy. Górny jej odcinek, u wyjścia *art. basilaris*, jest niewątpliwie wolny, gdyż przy zakrzepie w tem miejscu zwykle następuje nagła śmierć [GOWERS] wskutek niedokrwistości ostrej ośrodka oddechowego, przez odcinek ów tętnicy w krew zaopatrzono. Nienaruszoność czynności ruchowej kończyn zezwala

też na wyłączenie zakrzepu dolnej gałęzi tętnicy kręgowej, t. j. *art. spinalis ant.*, zaopatrującej piramidę. Pozostaje przeto jedynie tylno-dolna tętnica mózdkowa (*art. cerebelli post. inf.*), gałąź, odbiegająca od pnia o 2 blizko ctm. poniżej połączenia obu tętnic kręgowych. W naczynku tem, zaopatrującem, zdaniem DURET'a ¹⁾, boczne i tylne okolice rdzenia przedłużonego, skonstatowano też, w rzeczy samej, niejednokrotnie obecność zakrzepów bądź drogą oględzin pośmiertnych, bądź drogą dedukcyi klinicznej [sposprzeżenia LEYDEN'a, SENATOR'a, REINHOLD'a, EISENLOHR'a, van OORDT'a, WALLENBERG'a, COHN'a].

Na dowód tego, że najbliżej jesteśmy prawdy, uważając wzmiankowane naczynie za punkt wyjścia rozmiękczenia, za jedyne źródło ogniska chorobowego, przytoczymy zdanie, zamykające wyczerpującą pracę van OORDT'a ¹⁾, w której krytycznie roztrząsnięto wszystkie przypadki *paralysis bulbaris* postaci udarowej: „Zakrzep *art. cerebelli post. inf.*, albo ognisko w jej obrębie, wywołuje charakterystyczny zbiór objawów, zawdzięczający pochodzenie swe niewielkiej okolicy, zaopatrywanej przez ową tętnicę, a mianowicie, bocznej i tylnobocznej części rdzenia przedłużonego. Mamy tu na myśli połączenie pewnej grupy objawów opuszkowych — porażenie połykania, dyzartryę, zboczenia w nerwach IX—XI—z zaburzeniami czucia skrzyżowanego, po większej części tylko skór nego, ze współludziałem po tejże lub po przeciwnej stronie nerwu trójdzielnego czuciowego, czemu częstokroć towarzyszy zawrót głowy i zataczanie się ku jednej stronie. Poważniejszych zboczeń w ruchach kończyn, w zmyśle mięśniowym oraz innych nerwach czaszkowych, zwłaszcza zaś w podjęzykowym, nigdy prawie nie widać“.

Kończąc epikryzę, zastrzedz się jeszcze musimy przeciwko jednemu często stawianemu zarzutowi, iż niepodobna rozpoznać zakrzepu, gdzie sprawa rozpoczęła się, jak u nas, w sposób dość ostry. W kwestyi tej powołać się jedynie chcemy na poważne studia odnośnie GRASSER'a, dzielącego objawy i przebieg zakrzepu na 3 zasadnicze grupy, z których jedna cechuje się ostrym początkiem i powolnym przebiegiem. Również i MONAKOW w wymienionem powyżej dziele ³⁾ utrzymuje, że tu i owdzie napotkać można przypadki, w których zakrzep tętniczy charakteru lokalnego „wbrew utartemu pogładowi przejawia się występującym nagle napadem udarowym, bez najmniejszych zwiastunów, wzgl. jakichkolwiek zmian w osobie chorego“. Wreszcie, co się tyczy specjalnie w mowie będącej *art. cerebelli inf. post.*, to zakrzep samoistny lub wtórny jest tu jedynie dopuszczalnym choćby już z tego względu, iż wątpić należy, by się do niej mógł dostać zator, wobec jej nachylenia prostokątnego, wielokrotnie przez anatomów stwierdzonego.

Szczegółowszemu nieco rozbiorowi poddać zamierzam w artykule niniejszym pewien zbiór objawów, dobitnie u pacjenta zarysowany, a dotąd, przy

¹⁾ DURET. Arch. de physiol. norm. et pathol. 1873 Mai.

²⁾ van OORDT. Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk. T VIII. p. 183.

³⁾ C. v. MONAKOW. Loc. cit. p. 842.

stawianiu rozpoznania i określeniu siedliska choroby, zupełnie przezemnie nie uwzględniony. Mam tu na myśli osłabienie po prawej stronie czynności wszystkich bez wyjątku zmysłów: wzroku, słuchu, smaku i węchu.

Choćbyśmy o upośledzenie słuchu winili, dajmy na to, uszkodzenie odcinka dolnego jąder nerwu słuchowego w opuszce, a stępienie smaku kładli na karb cierpienia nerwu trójdzielnego lub języko-gardzielowego ¹⁾, to jeszcze pozostaje zupełnie niewytłómaczonym osłabienie siły wzroku, tudzież całkowite zniesienie węchu, chyba że przypuścimy obok rozpoznanej choroby opuszkowej jakieś rozsiane cierpienie ośrodkowego układu nerwowego. Nerwy wzrokowy i węchowy na całym swym przebiegu wewnątrzczaszkowym, począwszy od zakończenia obwodowego aż do ośrodka korowego, nie znajdują się w pobliżu opuszki, o bezpośrednim zatem uszkodzeniu odnośnych przewodów i mowy być nie może. Chcąc wyjaśnić szczególny ten, ze stanowiska fizyologicznego, ciekawy wielce fakt, nawiasem mówiąc, przez żadnego niemal klinicystę nie poruszany, szukać musimy oparcia w doświadczeniach BECHTEREWA ²⁾, który, obserwując klinicznie analogiczny z naszym przypadek, usiłował drogą eksperymentalną rozwiązać kwestyę wzajemnego stosunku pomiędzy znieczuleniem zwykłym a zmysłowem.

W spostrzeżeniu BECHTEREWA u młodego mężczyzny, jako następstwo rany postrzałowej w okolicy rdzenia przedłużonego rozwinęły się:

1) przemijający niedowład, znieczulenie bólowe i termiczne oraz silne stępienie wrażliwości dotykowej i uciskowej, przy zachowaniu zmysłu mięśniowego, na całej lewej połowie ciała z wyjątkiem twarzy;

2) pierwotnie całkowity bezwład, z czasem zaś tylko pareza oraz wybitne stępienie wrażliwości dotykowej i uciskowej z utratą zmysłu mięśniowego na całej prawej połowie ciała z wyjątkiem twarzy;

3) zniesienie wszelkich rodzajów czucia po lewej stronie twarzy, głównie zaś w obrębie górnych dwóch gałęzi nerwu trójdzielnego;

4) po stronie znieczulenia twarzy wyraźne upośledzenie czynności zmysłów właściwych: wzroku, słuchu, smaku i węchu.

Na podstawie obrazu klinicznego i kierunku kanału postrzałowego rozpoznał BECHTEREW obrażenie prawej strony *medullae oblongatae* w najniższym jej odcinku.

¹⁾ Jak wiadomo, niema dotąd jednomyślności w kwestyi dotyczącej przebiegu włókien smakowych. Podczas gdy większość klinicystów, z ERB'em na czele, uważa, że wrażeń smakowe języka zależą w przednich $\frac{2}{3}$ od nerwu trójdzielnego [za pośrednictwem *n. lingualis*] w tylnej zaś $\frac{1}{3}$ od nerwu języko-gardzielowego, mniema GOWERS, iż cierpienie korzeni *n. trigemini* jest w stanie wywołać zupełne zniesienie smaku po jednej stronie języka. BRUNS zaś stwierdził zupełny brak zmysłu smakowego całej połowy języka przy ciężkim porażeniu prawostronnem nerwu twarzowego oraz zupełne zachowanie smaku u tegoż chorego po stronie lewej języka, pomimo cierpienia nerwu trójdzielnego lewego. Również i DANA widział zachowanie smaku przy cierpieniu *n. trigemini* i umiejscawia przeto wszystkie włókna smakowe wyłącznie w nerwie języko-gardzielowym [porów. BERNHARDT. Erkrankungen der peripherischen Nerven. p. 149. Wien. 1895].

²⁾ W. BECHTEREW. Niewrologiezskij Wiestnik. 1893. Zeszyt II. p. 3. Deut. Zeitsch. f. Nervenheilk. 1895. T. VIII. p. 119.

Podobny we wszystkich niemal szczegółach obraz udało mu się też w drodze doświadczenia wywołać u psów, którym przez obnażoną błonę potyliczo-szczytową (*membrana occipito-atlantoidea*) ponacinał za pomocą nożyka GRAEF'go dolny odcinek opuszki po stronie prawej: znieczulenie bólowe zupełne prawej połowy twarzy oraz lewej strony tułowia i lewych kończyn, zniesienie, ewentualnie stępienie zmysłu mięśniowego w obu prawych kończynach, osłabienie czucia dotykowego wszystkich kończyn.

Badanie pośmiertne zwierzęcia wykazało zajęcie po jednej stronie opuszki okolicy jąder pęczków klinowych, włókien skrzyżowania tylnego, korzeni nerwu trójdzielnego, oraz położonych w sąsiedztwie okolic pola zewnętrznego *formationis reticularis* aż do jądra pęczka bocznego. Ku górze ognisko zwyrodnienia sięgało do *calamus scriptorius*, ku dołowi do poziomu części dolnej *decussationis pyramidarum*.

Na uwagę ze wszech miar zasługuje okoliczność, iż, pomimo obdukcijnie stwierdzonego ograniczonego cierpienia opuszki u psa, obok znieczulenia twarzy istniało po tejże stronie znaczne osłabienie sprawności narządów zmysłów właściwych.

Jak wytłómaczyć się daje ciekawe to zjawisko? Jak należy wyobrazić sobie z punktu widzenia fizyologicznego związek pomiędzy znieczuleniem skóry a stępieniem zmysłów właściwych?

A priori już przemawia bardziej do przekonania naszego, iż pierwotnym tu objawem jest znieczulenie twarzy i odpowiednich błon śluzowych, uszkodzeniem nerwu trójdzielnego uwarunkowane.

Dwojaką może być droga następczego upośledzenia czynności zmysłów: albo porażenie nerwu trójdzielnego jednocześnie ze stępieniem czucia skóry i błon śluzowych pociąga za sobą zmiany czynnościowe w obwodowych narządach, percepcyę załatwiających, albo też wywołuje zaburzenia wtórne w narządach ośrodkowych kory, *resp.* śródmózdzia. W tym ostatnim przypadku mielibyśmy do czynienia bądź z hamowaniem bezpośredniem czynności komórek zwojowych ośrodką, bądź z pośredniem osłabieniem takowej wskutek zaburzeń naczynioruchowych (*Vasoconstrictoren*).

Że atoli zaburzenia ośrodkowe w podobnych razach jest bardzo wątpliwe, aż nazbyt dowodzi fakt, że spostrzega się zwykle nie ślepotę połowiczną lecz niedowidzenie jednostronne.

Jeżeli tedy mamy do czynienia z cierpieniem obwodowem narządów zmysłów, zachodzi znów pytanie, jakiej natury jest to cierpienie: troficznnej, czy naczynioruchowej?

LANNEGRACE¹⁾, który się kwestyą tą, zwłaszcza zachowaniem narządu wzroku, zajmował, przypuszcza na podstawie rozmaicie modyfikowanych doświadczeń na zwierzętach, iż zachodzą w tych razach zmiany wyłącznie natury

¹⁾ LANNEGRACE. Arch. de méd. expérim. 1889. II, str. 320.

odżywczej. Doświadczenia LANNEGRACE'a są jednak zbyt skomplikowane, do wody przeto teorii jego nie bardzo przekonywające.

BECHTEREW ¹⁾, uznając stan odżywiania narządu zmysłu, jako *ultima ratio*, czyni go jednak nie bez słuszności zależnym od zachowania nerwów naczynioruchowych. Wiadomo powszechnie, iż przy wzmożonym przyплиwie krwi wzmaga się percepcya narządu, przy ograniczonym zaś słabnie; iż zwężenie naczyń skórnych pod wpływem zimna, eteru i t. p. obniża wrażliwość skóry, rozszerzenie ich wskutek ciepła, przyszydeł podnosi ją; iż przekrwienie siatkówki wywołuje jej nadczułość w postaci światłowstrętu, niedokrwistość zaś jest źródłem stopienia wzroku czyli amblyopii. *Mutatis mutandis*, da się to samo powiedzieć o stosunku pełności naczyń narządu słuchu, błon śluzowych nosa i języka do natężenia słuchu, węchu i smaku. O bezpośredniem zwężeniu naczyń przy znieczuleniu przekonywają nas z łatwością obserwacye, dokonywane na histerykach, hemianestezyą dotkniętych: nieczuła połowa ciała chłodniejszą jest w dotknięciu, mniej promieniuje ciepła, słabiej się poci, jest bledszą, przy ukłóciach głębokich krwi prawie nie wydziela, a na bodźce zewnętrzne [ucisk, klucie, ogrzanie] jej nerwy naczynioruchowe reagują o wiele leniwiej od nerwów strony zdrowej.

Takież zwężenie naczyń z następczą niedokrwistością oraz niedostatecznem przystosowaniem układu naczynioruchowego względem bodźców zewnętrznych, jakie na skórze bez trudu stwierdzić możemy, zachodzi prawdopodobnie i w narządach zmysłów, dotkniętych znieczuleniem, wywołując osłabienie percepcyi zewnętrznych wrażeń swoistych [BECHTEREW miał nawet stwierdzić za pomocą wziernika przy histeryi zwężenie naczyń siatkówki w oku znieczulonym i niedowidzącym].

Niepoślednią zapewne rolę odgrywa też w narządach węchu i smaku, których swoiste czucie nie należy zbyt ściśle odróżniać od zmysłu dotykowego i czucia ogólnego, niedostateczna wilgoć niedokrwistych wskutek znieczulenia błon śluzowych, w narządach zaś słuchu i wzroku ograniczona zdolność przystosowania mięśni, biorących udział w czynności zmysłów (*M. tensor tympani*, *M. ciliaris*) ²⁾.

W tym mniej więcej duchu brzmi hipoteza BECHTEREWA, poparta zarówno przez doświadczenie kliniczne, jak eksperyment anatomo-fizyologiczny. Obszerniejsze streszczenie hipotezy tej uważaliśmy za stosowne, ponieważ w najmniej sztuczny sposób zdoła ona tłómaczyć zależność obniżenia czynności zmysłów właściwych od znieczulenia skóry w przypadku naszym, w którym nerw trójdzielny, zaopatrujący we włókna czuciowe twarz, po jednej stronie całkowitemu uległ porażeniu.

Hipoteza ta powinna by również ułatwić rozwiązanie niektórych podobnych, niewytłómaczonych dotąd, zagadnień z semiotyki neurologicznej. Nie-

¹⁾ BECHTEREW. l. c. str. 16.

²⁾ Wiadomo np. iż w narządzie słuchu m. napinający błonę bębenkową pełni przy akcji słuchania właściwą sobie czynność. Skurcze mięśniowe jego są natury odruchowej, zależnymi są przeto bardzo od stanu błony bębenkowej [napełnienie krwią?]. Analogiczna rola przypada nerwowi rzęskowemu w narządzie wzroku.

rozstrzygnięciem pozostaje np. dotąd pytanie co do zachowania się zmysłów właściwych przy hemianestezji organicznej pochodzenia torebkowego [nb. bez uszkodzenia wzgórka wzrokowego]. CHARCOT, jakeśmy nadmienili, stwierdził przy umiejscowieniu tem osłabienie wszystkich czynności zmysłowych po stronie anestetycznej i usiłował je objaśnić za pomocą danych anatomicznych, utrzymując, iż w najbardziej ku tyłowi posuniętym odcinku torebki wewnętrznej, w t. zw. *carrefour sensitif*, przebiegają wszystkie drogi czuciowe i zmysłowe. Tłómaczenie to, przez szkołę francuską przyjęte, a powagą CHARCOT'a poparte, jest jednak podwójnie fałszywem. Przedewszystkiem, przewody węchowy i słuchowy, mając uleść uszkodzeniu w torebce wewnętrznej, musiałyby stale tędy drogą swą obrać, co wszakże wcale się nie zgadza z istotnym stanem rzeczy: ani przewód węchowy w swej drodze od *bulbus olfactorius* na podstawie mózgu aż do ostatecznej stacyi korowej w zwoju skroniowym, ani przewody słuchowe w długiej swej wędrówce od pętlicy dolnej (*lemniscus inferior*) przez wzgórek czworaczy tylny i wewnętrzne ciało kolankowe aż do ośrodka korowego w płacie skroniowym, bynajmniej nie krzyżują się z torebką wewnętrzną. Powtóre, przy uszkodzeniu wewnątrzmoźgowego przewodu wzrokowego nastąpićby musiało, jak to już niejednokrotnie zaznaczono, nie jednostronne niedowidzenie, lecz hemianopsya, co wszakże przy wzmiankowanej hemianestezji miejsca niema. CHARCOT wprawdzie usiłował wytłómaczyć tę słabą stronę hipotezy swojej, przyjmując obok znanego *chiasma n. opticorum* drugie, bardziej ku tyłowi położone skrzyżowanie dróg wzrokowych. Anatomia wszakże dotychczas nie potwierdziła tego przypuszczenia.

O ile przeto łatwiej i prościej, bez uciekania się do wątpliwych przypuszczeń anatomicznych lub fizjologicznych, tłómaczyć sobie możemy zarówno amblyopię skrzyżowaną, jak inne zaburzenia w obrębie zmysłów, posługując się omawianą hipotezą BECHTEREWA.

Tąż samą drogą należałoby, zdaniem naszym, tłómaczyć owe, rzadkie wprawdzie, przypadki syringomyelii opuszkowo-szyjowej, przy których stwierdzono stępienie jednostronne wszystkich zmysłów. Jeżeli w przypadkach takich, jako gliozy rozpoznanych, mamy przed sobą znieczulenie połowy twarzy, wówczas wzmiankowane nieprawidłowości ze strony zmysłów już za życia należy przypisać jedynie cierpieniu śródrdzeniowemu nerwu trójdzielnego, nb. uprzednio wyłączywszy współistnienie wiądu rdzenia [zanik nerwów wzrokowych], wodogłowia wewnętrznego [zapalenie nerwu wzrokowego] i histeryi [stygmaty typowe].

Co się tyczy bliższych szczegółów mechanizmu, zaklucającego drogą naczynio-ruchową czynności zmysłów, oraz kwestyi stosunku anatomo-fizjologicznego między przewodami czuciowymi a naczynioruchowymi nerwu trójdzielnego, to tu przy najlepszych chęciach ani na krok wyjść nie można poza obręb przypuszczeń oraz mało uzasadnionych teorii. Dorywcze, po większej części na zwierzętach dokonane spostrzeżenia nie wiele dotychczas zastosowania praktycznego znalazły w klinice. Zauważyć się tylko godzi, iż wobec nader blizkiej analogii między czuciowym nerwem trójdzielnym, wzgl. wstępującym jego korzeniem (*radix ascendens* ROLANDO), a tylnymi korzeniami rdzenia z je-

dnej strony [STRICKER], oraz między jądrem czuciowem *n. trigemini* a jądrami czuciowemi pęczków tylnych rdzenia z drugiej [HOESEL]—dane, na drodze eksperymentalnej osiągnięte, a dotyczące nerwów naczynio-ruchowych w obrębie pęczków tylnych, winny być rozciągnięte i na przewody naczynio-ruchowe nerwu trójdzielnego.

Przed laty już GOLTZ znajdował w korzeniach tylnych nerwy naczynio-ruchowe, które STRICKER później uznał jako naczynio-rozszerzacze. MURAT i GAERTNER stwierdzili następnie słuszność przypuszczenia STRICKER'a, posiłkując się przy doświadczeniach bodźcem elektrycznym. MURAT'owi ¹⁾ udało się też dowieść, iż nerwy naczynio-ruchowe dośrodkowych korzeni czuciowych należą do przewodów o kierunku ośrodkowym, oraz że siedlisko ich w rdzeniu i ośrodek troficzny w zwoju międzykręgowym [temu ostatniemu odpowiada w nerwie trójdzielnym zwój GASSER'a] należą wspólnie i do przewodów czuciowych. BIEDL ²⁾ dosyć przekonywająco usiłował tłómaczyć naczynio-ruchowo-odżywcze objawy, jakie otrzymywał w swych doświadczeniach z przecięciem wstępującego korzenia *n. trigemini*, podrażnieniem rzeczonych włókien naczynio-ruchowych; masowo zwyrodniałym w kierunku dolnym, czyli zstępującym, włóknom korzeniowym przypisywał on przewodnictwo czuciowe, niewielką zaś ilość włókien, w kierunku górnym, czyli wstępującym, zwyrodniałych uważał za włókna odśrodkowe, naczynio-ruchowe. BIEDL przeto drogą następczego zwyrodnienia stwierdził siedlisko anatomiczne nerwów naczynio ruchowych nerwu trójdzielnego w jego przebiegu wewnątrz-opuszkowym. Na innej zupełnie drodze drażnienia fizyologicznego udało się KIRCHNER'owi ³⁾ zdemonstrować istnienie nerwów naczynio-ruchowych w części obwodowej nerwu trójdzielnego. Autor ten za pomocą elektryzowania czuciowej gałęzi żuchwowej (*n. mandibularis*) wywoływał znaczne nastrzyknięcie naczyń i zbieranie się w jamie bębnekowej rzadkiego, wodnistego śluzu.

Jak widzimy z tych nielicznych prac eksperymentalnych, jakimi piśmiennictwo lekarskie rozporządza, omawiana wyżej hipoteza BECHTEREWA posiada też pewne oparcie w danych, drogą badań anatomicznych i fizyologicznych osiągniętych. W naszym, klinicznie spostrzeganym przypadku choroby opuszkowej, znajduje ona świetne zastosowanie, tłómacząc nam pewne, na pozór dosyć zagadkowe fakty.

¹⁾ MURAT. Arch. d. physiol. norm. 1892.

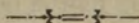
²⁾ BIEDL. Wien. klin. Wochenschr. 1895. 33.

³⁾ KIRCHNER. Jubel-Festschrift d. Würzburger Universität cytow. podług BERNHARDT a Loc. cit..

II. Z KAZUISTYKI ZABIEGÓW OPERACYJNYCH PRZY ZANIEDBANEM POPRZECZNEM POŁOŻENIU PŁODU.

podat

D-r med. Henryk Ruppert. [Ciechocinek].



W dniu 23 kwietnia 1895 r. zostałem wezwany przez kol. S. dla dania pomocy położnicy we wsi Białobłota, nad granicą pruską położonej.

Włościanka, lat 36, dobrze zbudowana i odżywiona, 8-my raz rodzi, poprzednie porody odbywała prawidłowo. Poród obecny rozpoczął się bólami przed 5 dniami, wody odeszły przed 4-ma. Przy bliższych oględzinach okazuje się, że ze szpary sromnej wystaje obrzękła prawa rączka, ramię mocno wtłoczone. Naskórek z całej kończyny schodzi płatami.

Przy wewnętrznym badaniu po za rączką wyczuwa się wypadniętą i nie tętniącą pępowinę. Idąc w górę palcem śladem wypadniętej rączki i ramienia dochodzimy do szyi płodu i wzdłuż tejże, nadzwyczaj wydłużonej, jedynie końcem palca do postawy czaszki, mieszczącej się w lewym dole biodrowym i objętej skurczoną macicą. Macica, w stanie tężca, nie pozwala ani od tyłu ani w żadnym innym kierunku wsunąć dalej ręki, ani palców nawet, w celu odszukania nóżki i dokonania obrotu. Wymiary miednicy wydają się zupełnie prawidłowe, pochwa obszerna. Po zachloroformowaniu chorej stan macicy a zarówno i położenie płodu w niczem się nie zmieniło. Wobec takiego stanu rzeczy, po naradzie z kol. S. postanowiłem dokonać rozkawalenia płodu, mianowicie dekapitacyi, aby najprzód wydobyć tułów a następnie pozostałą główkę. W tym celu po wyluszczeniu wypadniętej rączki w stawie ramieniowym, za pomocą haka BRAUN'a ściągnąłem szyję, [nie usiłując jednak przerywać ciągłości kręgosłupa] do szpary sromnej o tyle, aby najniższa jej część była widoczną dla oka. Następnie przytrzymując silnie rękojeść haka lewą ręką, prawą przeciąłem za pomocą skalpela miękkie części szyi ze strony dostępnej dla oka, w kierunku poprzecznym, a następnie więzy międzykręgowo pomiędzy 5 i 6 kręgiem szyjowym i nadciąłem opony rdzeniowe. Wówczas stała się rzecz nieoczekiwana, mianowicie z miejsca nadciętego kanału kręgowego raptem wytrysnął obficie strumień masy mózgowej, zmieszanej oczywiście z pewną ilością płynu mózgo-rdzeniowego. Zaprzestawszy dalszego przecinania szyi poczułem jednocześnie, że główka posuwa się ku dołowi do ujścia miednicy i wkrótce też, nawet przy niemocnym pociąganiu hakiem za szyję, wynurzyła się całkowicie nazewnątrz szpary sromnej. Pojemność więc czaszki przez częściowe opróżnienie z zawartości mózgowej, przy trwającym wciąż skurczu tężcowym macicy, do tego stopnia zmniejszyła się, że w tak niezwykle sposób główka wywiązaną być mogła.

Wydobycie następnie tułowia i całego płodu, a wreszcie samoistne wywiązanie łożyska odbyło się już bez żadnych trudności. Drogi porodowe, ani zewnętrzne części płciowe nie uległy żadnemu uszkodzeniu, to też przebieg poporodowy odbył się zupełnie prawidłowo, po 8 dniach położnica wstała z łóżka.

Płód płci męskiej był zupełnie donoszony; objawy gnicia, zaszłego wewnątrz macicy były wyraźne, główka zwykłych rozmiarów, ciemiączka miernie szerokie, kości czaszkowe niemiękkie.

Zastanawiając się nad mechanizmem wywiązania główki w przypadku opisanym, widocznym jest, że jedyny powód tegoż wywiązania—wytrysk masy mózgowej po nacięciu kanału kręgowego—mógł nastąpić tylko dzięki temu, że konsystencya mózgu i rdzenia była zmniejszoną, z powodu rozpoczętej sprawy gnicia płodu wewnątrz macicy, przy jednoczesnym nadzwyczaj silnym ucisku główki ze strony macicy tężcowo skurczonej, a nadto, że ściągając szyję ku dołowi hakiem BRAUN'a, nie usiłowałem przerwać ciągłości kręgosłupa, jak to każą przepisy, i tym sposobem przy dokonywaniu nacięć skalpelem otworzyłem kanał kręgowy, mający ściany silnie napięte i wyciągnięte, lecz nie porwane.

Nie sędzę, aby wynik tak niespodziewanie przezemie otrzymany, w podobnych przypadkach, nawet przy zupełnie analogicznych warunkach, mógł się zawsze powtórzyć. Jednakże możliwość takiej ewentualności przy dokonywaniu należycie wskazanej dekapitacji płodu, można mieć na uwadze przy zaniedbanych poprzecznych położeniach, gdy płód od kilku dni nie żyje, gdy więc jest w pewnym stopniu wymiękły, *ergo* i konsystencya mózgu zmniejszona, nie mówiąc już o tych przypadkach, w których możemy podejrzewać jednocześnie obecność wodogłowia. Nie należy tylko przy użyciu haka BRAUN'a starać się o przerwanie podskórne ciągłości kręgosłupa, i po ostrożnem ściągnięciu szyi płodu do szpary sromnej do nacięć użyć nie nożyczek, lecz zwyczajnego skalpela.

Jeśli po nacięciu opon rdzeniowych wypływ mózgu nie nastąpi, należy naturalnie dokończyć dekapitacji i dalej wedle prawideł sztuki postąpić.

Przy niezwięzonej miednicy, zdaniem mojem, obawy co do możliwości wydobycia pozostałej w macicy główki, tuż po wywiązaniu odciętego tułowia są mocno przesadzone. Niezwalezonych trudności unikniemy, jeśli przy przeciąganiu główki ku drodze porodowej za pomocą palców, włożonych do jamy ustnej i opartych o szczękę dolną, pamiętać będziemy o przystosowaniu wymiarów główki do odpowiednich wymiarów miednicy.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

101. A. Hoffa. Wyprostowywanie garbu metodą Calot'a.

Do ostatnich czasów garb uważano, jako *noli me tangere*. Obawiano się wszelkich zabiegów w celu wyprostowania chorego kręgosłupa, mając na względzie nawroty cierpienia, porażenia następcze, tworzenie się ropni, roz-

powszechnienie (*generalisatio*) gruźlicy na inne dotąd zdrowe narządy. SAYRE powziął myśl leczenia garbów za pomocą odpowiednich gorsetów: przy nakładaniu gorsetu zastosowywał on umiarkowane wyciąganie chorego kręgosłupa; próby SAYRE'a nie dały żądanych wyników. Inni autorowie wieszali pacjentów za głowę, zastosowywali więc bardzo silne i gwałtowne wyciąganie kręgosłupa; w ten sposób wielu chorych przeplaciło życiem chęć pozbycia się garbu. Od czasu tych prób wyprostowanie garbu pozostało nadal *pium desiderium* ortopedystów.

W końcu 1897 roku lekarz francuski CALOT ogłosił 37 przypadków leczenia garbu wskutek *spondylitis tuberculosa*. Sposób jego polegał na tem, że po uprzednim odurzeniu chloroformem, kładł on chorego na brzuch, asystenci silnie ciągnęli pacyenta za ręce i nogi, sam zaś CALOT, po ewentualnej resekcji wyrostków ciernistych [następnie przez niego zarzuconej], rękami, ułożonemi na najwyższym punkcie garbu, wywierał najprzód słaby, a potem coraz silniejszy ucisk na garb do zupełnego jego wyprostowania; przy rękoczynie tym często słychać było wyraźny trzask. Następnie nakładał CALOT gorset gipsowy na tułów i głowę, trzymał pacyenta w tym pancerzu przez 3—4 miesiące, poczem nakładał świeży gorset jeden lub dwa razy przez ten sam przeciąg czasu.

W 2-ch przypadkach, w których opisany rękoczyn nie dał żadnych wyników, CALOT wyciął cały garb. Z 37 opisanych przez niego przypadków w żadnym chory nie zmarł; nigdy nie było porażeń, uprzednie ropnie goiły się, a w 2-ch przypadkach nowopowstałe ropnie też w krótkim czasie uległy zabliznieniu.

Zachęcony temi danymi HOFFA udał się do zakładu CALOT'a i tam natychmiast przekonał się, że kręgosłup dzieci, leczonych przez CALOT'a, był prawie prosty, dzieci chodziły dobrze, również dobrze zginały się w celu podnoszenia różnych przedmiotów z ziemi; po zabiegu CALOT'a ropnie HOFFA nie widział. Największą uwagę zalecał CALOT zwracać HOFFIE na dokładne położenie unieruchamiającego gorsetu.

HOFFA wykonywa zabieg CALOT'a tak, jak i sam projektodawca, z 5-ciu asystentami. Z 3-ch stojących u wezglowia — dwóch ujmują górne kończyny chorego powyżej stawu łokciowego, środkowy zaś wyciąga głowę za pomocą 2-ch bandaży, 70—80 ctm. długich. Jeden z tych bandaży obejmuje *protuberantia occipitalis externa*, drugi — podbródek; oba bandaże HOFFA umocowuje za pomocą szpilek nad uszami; pozostają w ten sposób końce 2-ch bandaży, za które asystent może wyciągać głowę z dostateczną siłą. Chloroformujący umieszcza się między rękami kolegi, wyciągającego głowę. Dwaj pozostali asystenci ujmują chorego za kończyny powyżej kolan. Na dany znak wszyscy powoli i równomiernie wyciągają chory kręgosłup; siła wyciągania winna się stopniowo zwiększać, dochodząc u każdego z asystentów do 80—100 klg.. Przy takim postępowaniu garb zaczyna się prostować, a w niektórych przypadkach już po tym zabiegu HOFFA obserwował prawie zupełne wyprostowanie chorego kręgosłupa. Jeśli pomimo należytego wyciągania ze strony asystentów garb więcej się nie zmniejsza, natenczas następuje właściwe uciskanie garbu. Chorego HOFFA kładzie na volkmanowską ławeczkę i poleca klęczącemu asystentowi podłożyć ręce pod środkową część tułowia uspiętego chorego. Następnie operator kładzie na część kręgosłupa, podlegającą wyprostowaniu kawałek filcu [dla uniknięcia *decubitus*] i płaską ręką uciska na garb, polecając wciąż asystentowi wyciągać kończyny i głowę. Daje się czuć wtedy, a nawet słyszeć trzeszczący szmer i zamiast garbu dostajemy raczej wgłębienie na miejscu poprzedniego garbu. U młodych osobników kręgosłup po takim rękoczynie staje się nawet lordotycznym. Za tym aktem następuje utrwalenie kręgosłupa w żądanym położeniu za pomocą gorsetu gipsowego, przyczem korzystnem jest bardzo użycie wąskiej blaszanej lub aluminiowej

szyny; nakładamy ją wzdłuż całego kręgosłupa, poczynając od kości potylicowej aż do kości krzyżowej. Ważną część opatrunku stanowi kilka warstw waty, którą układamy na miejscu poprzedniego garbu w formie rusztowania. Watę umocowujemy za pomocą bandaży gipsowych naokoło tułowia i głowy, pozostawiając otwartymi usta, nos i oczy. Część gorsetu, pokrywająca głowę, powinna stanowić jedną całość z gorsetem, pokrywającym tułów. W nakładaniu opatrunku leży, według HOFFA'y, główna tajemnica leczenia garbu: z jednej strony gorset winien być mocno nakładany, aby utrzymywał wyprostowany kręgosłup *in statu quo*, z drugiej strony nie powinien on przeszkadzać trawieniu i oddechaniu pacjenta.

Pierwszy opatrunek pozostawia HOFFA przez 3—4 miesiące, następnie nakłada drugi taki sam też na 3—4 miesiące, na koniec po upływie tego czasu zastosowuje lżejszy gorset. Energiczne pielęgnowanie skóry i mięśni, masaż i gimnastyka dopełniają leczenia.

Żaden z tak leczonych przez CALOT'a chorych nie zmarł bezpośrednio wskutek wyprostowania garbu. Zdaniem HOFFA'y, nie należy się obawiać śmiertelnego zejścia wskutek samego zabiegu, o ile do leczenia wybieramy przypadki niezbyt zastarzałe i o ile nie staramy się *par force* wyprostowywać każdego garbu; należy zwracać także baczną uwagę na stan odżywiania chorego i na jego wiek. W przeciwnym razie, można łatwo wywołać złamanie kręgosłupa, pęknięcie naczyń i narządów klatki piersiowej.

Z krytycznej oceny przytoczonych w artykule HOFFA'y czterech przypadków śmiertelnego zejścia wskutek zabiegu CALOT'a wynika, że prostowanie garbu należy wykonywać u osobników młodych z niedawnymi skrzywieniami, Doskonałym wskazaniem do wyprostowania garbu *par force* może służyć stopień zmniejszania się garbu przy wyciąganiu chorego za kończyny i głowę. Jeżeli podówczas garb się zmniejsza, można próbować zastosowania ucisku na okolicę garbu, w przeciwnym razie należy się ograniczyć częściowem wyprostowaniem, odkładając dalsze prostowanie do następnego posiedzenia. Przeciwwskazaniem do zabiegu CALOT'a może być także rozległość garbu. MÉNARD wykazał, że już przy bardzo nieznacznym garbie, wskutek wyprostowania tegoż, tworzy się w kręgosłupie luka wielkości 3—4 ctm., a przy garbie, zajmującym 3 kręgi, luka dochodzi do wielkości 5, a nawet 8 ctm.; trudno sobie wyobrazić, w jaki sposób przy tak znacznej luce w kręgosłupie potrafi on nadal utrzymywać w równowadze tułów.

Sprawa gojenia się po wyprostowaniu garbu daje się łatwo zrozumieć, jeżeli przyjmijemy pod uwagę skłonność do nowotworzenia się kości przy *spondylitis*. Tkanka ziarninowa między sąsiednimi kręgami ulega zwyrodnieniu bliznowatemu, a następnie blizna zamienia się na kość; powrót do względnej normy ułatwiają boczne wyrostki kręgów, które, jak i przy samoistnym zagojeniu się *spondylitidis* zrastają się między sobą. Niekiedy w bliźnie kostnej znajdujemy także tylny łuki kręgów, a nawet przylegające tu części żeber. Niedostatecznej wytrzymałości kręgosłupa po wyprostowaniu garbu należy się obawiać tylko przy garbach, zawierających 3—4 zniszczone kręgi. Znaczna luka, jaka się tworzy w kręgosłupie po wgnieceniu garbu, chroni od ucisku mlecz, a więc zapobiega zjawianiu się porażeń kończyn, kiszki stolcowej i pęcherza. Te zaś porażenia, które nastąpiły przed wyprostowaniem garbu, ustępują w większości przypadków natychmiast po zabiegu CALOT'a, jak to stwierdził CALOT, autor, BILHAUT, LANGE i TAUSCH.

Jedynym ciemnym punktem w całej omawianej sprawie stanowi tworzenie się ropni przed i po wyprostowaniu garbu. CALOT nie uważa obecności ropni za przeciwwskazanie do wyprostowania garbu, natomiast w gorsecie gipsowym robi otwór w odpowiednim miejscu i leczy ropnie, jak zwykle, przekłuciem i wstrzykiwaniem zawiesiny jodoformowej.

Rozpowszechnienie (*generalisatio*) gruźlicy po rękoczynie CALOT'a daje się zauważyć rzadko, aczkolwiek *a priori* wydaje się to bardzo możliwem. Czem ogólniej będziemy wykonywali wyprostowanie garbu, tem rzadziej będziemy mieli w następstwie ropnie, rozpowszechnienie gruźlicy lub *meningitis tuberculosa*. Ważną rolę odgrywa tu także zupełne unieruchomienie kręgosłupa i ułożenie chorego w łóżku. Pod umiejętnie nałożonym gorsetem łatwiej następuje odgraniczenie chorego miejsca od pozostałych zdrowych części.

Wyprostowanie garbu według CALOT'a stanowi niezaprzeczenie wielki krok naprzód, nie należy jednak mniemać, że uda się w ten sposób leczyć radykalnie wszystkie garby, zarówno jak i przy ciężkich formach *coxitis* niezawsze można dopiąć zupełnego wyleczenia bez zniekształcenia kończyny.

Autor w leczonych przez siebie przypadkach trzymał się ściśle pierwotnych przepisów CALOT'a, podczas gdy BILHAUT, LANGE, a nawet sam CALOT w ostatnim czasie stosowali różnego rodzaju przyrządy w celu zmniejszenia ilości asystentów. Zdaniem autora, żaden przyrząd nie może zastąpić ręki ludzkiej przy zastosowaniu umiarkowanego wyciągania i ucisku. Również zarzucił autor resekcję wyrostków ciernistych na miejscu garbu [CALOT też zaprzestał dokonywać tej przedwstępnej operacji], gdyż doszedł do wniosku, że odleżyny wskutek ucisku wyrostków ciernistych można uniknąć, używając dużej ilości waty pod gorset gipsowy.

W 8-iu leczonych przez siebie przypadkach autor otrzymał zadawalające wyniki. Przy niewielkich i nierównych garbach otrzymywał autor zupełne wyprostowanie kręgosłupa; przy dawniejszych zaś i obszerniejszych — skrzywienie po zabiegu CALOT'a było bardzo nieznaczne. Czas i doświadczenie nauczy, czy poprawa po zabiegu CALOT'a jest stałą; w każdym jednak razie po gipsowym gorsecie należy chorym zalecić w przeciagu kilku lat nosić lekkie gorsety. Rozumie się, że podczas samego leczenia należy zwracać baczną uwagę na odżywianie i dostarczanie świeżego powietrza mumjom, bo takie wrażenie robią dzieci w gipsowych gorsetach CALOT'a.

W kwestyi metody CALOT'a nie można, według autora wypowiedzieć jeszcze ostatniego słowa, w każdym jednak razie byłoby rzeczą wielkiej wagi, gdyby zabieg CALOT'a umożliwił tylko zapobieganie powiększeniu garbu, nie mówiąc już o zupełnem jego wyprostowaniu.

Prócz HOFFA'y przypadki leczone sposobem CALOT'a ogłosili: LORENZ [pogorszenie się bezwładu po wyprostowaniu garbu], VULPIUS — zaleca położenie *tête en bas* [BILHAUT] przy zmianie gorsetu na świeży, NEBEL zaleca własny przyrząd zamiast rąk asystentów, HELFERICH używa zamiast gorsetu CALOT'a aparatu swego pomysłu, JONNESCO też ma własny przyrząd, BRUN i CIVEL ogłosili 2 śmiertelne przypadki [w jednym śmierć nastąpiła podczas odurzenia chloroformem, w drugim wskutek zapalenia płuc]. Najważniejsze są dane, jakie ogłosił sam CALOT podczas ostatniego zjazdu w Moskwie: z 204 przypadków tylko u 2 ch nastąpiła śmierć (*bronchopneumonia* i *meningitis*). Na fotografiach RÖNTGEN'a wykonanych przez CALOT'a i jego asystenta DUCROQUET widać, że na miejscu wyprostowanego garbu następuje kostne zabliznienie na przedniej powierzchni odpowiednich kręków. Nie ulega więc wątpliwości, że kręgosłup po wyprostowaniu garbu może nadal dźwigać na sobie tułów.

(*Deutsche med. Wochenschrift*, 1898. Nr. 1, 3).

Ant. J. Goldman.

102. J. Nowak. Zmiany histologiczne w organizmie zależne od jądów żmij i skorpionów.

Toksyny, wyrabiane przez drobnoustroje, z jednej strony i niektóre substancje trujące, dostarczane przez świat zwierzęcy i roślinny, z drugiej, tak są do siebie podobne pod względem działania na organizm zwierzęcy, że nale-

ży przypuszczać istnienie pewnej analogii i co do zmian anatomopatologicznych przez nie wywoływanych.

Z takiego założenia wychodząc, zajął się autor zbadaniem jadu żmij i skorpionów, który wprowadzał zwierzętom [myszy, króliki, psy] pod skórę. Jady omawiane wywołują zmiany dwojakie: miejscowe, zapalne i ogólne: toksyczne. Chcąc badać wyłącznie te ostatnie, autor posługiwał się jadami ograniczonymi do 80° i przefiltrowanymi, usuwając w ten sposób możliwość występowania zjawisk zapalnych.

Jady żmij i skorpionów tem się różnią od toksyn drobnoustrojowych, że, wprowadzone w odpowiedniej ilości, są w stanie powodować śmierć natychmiastową w ścisłym znaczeniu tego wyrazu. Zwierzęta były zarażane rozmaitemi dawkami w ten sposób, że jedne z nich ginęły w kilka minut po wstrzyknięciu, inne w kilka godzin, nawet dni. Głównym siedliskiem zmian anatomopatologicznych są: wątroba, nerki i płuca.

W pierwszej najbardziej uderza zwyrodnienie tłuszczowe, występujące nawet u tych zwierząt, które giną w $\frac{1}{2}$ godziny po zarażeniu. W miarę opóźniania się śmierci, wzrasta stopień zwyrodnienia. Prócz tego, protoplazma komórek ulega jeszcze nekrozie; przy odpowiedniej ilości jadu, ta ostatnia może się rozwinąć niemal we wszystkich komórkach narządu. Naczynia włosowate są znacznie rozszerzone, a dokoła kanalików żółciowych widać nacieczenie komórek limfatycznych.

W nerkach, aczkolwiek również widać zwyrodnienie tłuszczowe, jednak przeważają zmiany nekrotyczne i wysiękowe. Zwyrodnienie nie rozwija się tak prędko i nie dochodzi do takiego stopnia, jak w wątrobie. Kropelki tłuszczowe znajdują się w komórkach nabłonkowych kanalików moczowych [zwłaszcza krętych], w przybliżeniu otoczek BOWMAN'a i kłębków. Nekroza poraża te same części składowe organu, co zwyrodnienie tłuszczowe.

Naczynia krwionośne są bardzo rozszerzone i miejscami porozrywane; od tego uszkodzenia naczyń zależą niewielkie wylewy krwawe do śródmiąższu. Wnętrze otoczek BOWMAN'a napełnione jest wysiękiem, który się składa w części z masy bezkształtnej, w części z drobiutkich włókienek.

W płucach pierwsze miejsce zajmują zjawiska zapalne. Makroskopowo miejsca dotknięte przedstawiają się jako pozbawione powietrza, silnie przekrwione i twardsze, niż normalnie. Pod drobnowidzem widać rozdętą naczynia włosowate, szczególnie napełnione ciążkami czerwonymi. Pęcherzyki płucne zawierają wysięk zapalny, czasami charakteru czysto ropnego.

Autor zwraca uwagę, że zmiany w wątrobie są rażąco podobne do tych, jakie bywają wynikiem żółtej febrzy. Na to samo zwrócił już przedtem uwagę SANARELLI, który przy wspomnianem cierpieniu znalazł i w innych narządach zmiany bardzo zbliżone do tych, jakie obserwował NOWAK w swych pracach nad jadem żmij. Różnica polega tylko na tem, że N. niemógł wykryć w przewodzie pokarmowym zmian, które są bardzo charakterystyczne dla żółtej febrzy, a znalazł natomiast zjawiska zapalne w płucach.

(Extrait des annales de l'institut Pasteur, str. 14 i 2 tablice litografowane).

Zdzisław Markiewicz.

103. Jules Courmont i Duffan. Rola śledziona w zakażeniach.

Dla zbadania kwestyi powyższej, autorowie w pracowni prof. ARLOING'a wykonali u 46 królików operację wycięcia śledziona, wstrzykując następnie tym zwierzętom rozmaite hodowle grzybków chorobotwórczych lub jady z czystych hodowli otrzymane. Oto wyniki licznych doświadczeń.

1) Rola śledziona w walce ustroju z zakażeniem jest niewyjaśnioną; badacze, którzy się tą kwestyą zajmowali doszli do wyników z pozoru sprzecznych między sobą.

2) Te sprzeczności wytłómaczyć można różnorodnością czynników, jaka w zjawisku tem odgrywa rolę. Przedewszystkiem decyduje tu wybór jadu wstrzykiwanego. Splenektomia różnie działa na różne zakażenia. Śledziona nie pełni jednolitej i jednakowej czynności w walce z różnymi zakażeniami drobnoustrojowemi. W jednych przypadkach staje się ona użyteczną w innych szkodliwą w walce organizmu. Drugim ważnym czynnikiem jest czas, jaki upłynął między splenektomią a zakażeniem.

3) Operacya daje się wykonać z łatwością u królika i nie prowadzi za sobą żadnych zaburzeń poważniejszych w zdrowiu zwierzęcia.

4) Królik świeżo lub dawno operowany jest czulszym na *bacillus pyocyaneus* niż zwierzę zdrowe.

5) Królik świeżo operowany jest czulszym na zakażenie gronkowcem ropnym, niż nieoperowany; wynik jest wprost odwrotny, gdy mamy do czynienia ze zwierzęciem dawno splenektomizowanym.

6) Królik świeżo operowany okazuje się wytrzymalszym niż nieoperowany względem paciorkowca MARMOREK'a silnego, czy też osłabionego; wynik jest odwrotny, gdy śledziona wyluszczonej została dawno.

7) Królik, operowany na 6 do 34 dni przed wstrzyknięciem toksyn gronkowca ropnego, jest wytrzymalszy niż zwierzę zdrowe; wynik jest odwrotny, gdy operacyę wykonamy dużo wcześniej. Widzimy więc, iż splenektomia różny wpływ wywiera stosownie do tego, czy zwierzę zostanie zakażone [drobnoustrojami], czy też zatrute [toksynami drobnoustrojów] za pomocą gronkowca; nie możemy więc wytłómaczyć sobie wrażliwości królika operowanego względem gronkowców specjalną jego wrażliwością na toksyny tych bakteryi.

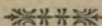
8) Królik z wyciętą śledzioną zdaje się być wytrzymalszym względem toksyny błonicowej.

9) Dla wytłómaczenia sobie różnorodności skutków splenektomii przy rozmaitych zakażeniami, należy przypuścić występowanie różnych zmian w sokach zwierzęcia operowanego. Surowica królika operowanego przed 8 dniami jest nieszkodliwą, nawet sprzyjającą (*microbiophile*) względem gronkowca ropnego, jest natomiast zlekka bakterjobójczą (*bactericide*) względem paciorkowca MARMOREK'a. Śledziona więc wydziela pewne substancye, które są pożyteczne, albo szkodliwe dla ustroju w walce jego z tym lub owym grzybkim chorobotwórczym.

10) Królik operowany może być uodporniany względem gronkowca ropnego lub paciorkowca MARMOREK'a; czy brak śledziony oddziaływa nieco na siłę lub szybkość uodporniania — autorowie wstrzymują się z odpowiedzią.

(Arch de med. experim. Nr. 3. 1898).

A. Lande.



TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie z dnia 3. V. 1898.

1) KRAUZE przedstawia dziecko 18-dniowe, urodzone z przepukliną mózgowia (*encephalocèle*) wielkości główki noworodka, zajmującą część potylicową czaszki. Sama czaszka, szczególnie w okolicy czołowej, jest źle rozwinięta. Zresztą innych zbroczeń w ustroju dziecka wykryć nie można. Ucisk guza nie wywołuje drgawek.

2) STANKIEWICZ demonstruje: a) dziecko ze stopą szpotawą trzeciego stopnia, które po wyleczeniu za pomocą operacyi będzie znouwu przedstawione w Towarzystwie; b) preparat stawu gruzliczego operowanego.

3) SĘDZIAK odczytał rzecz p. n. „Przyczynek do ważności badania krtani, oraz zastosowania promieni ROENTGEN'a przy tętniakach aorty“. Odczyt ten został w całości zamieszczony w №№ 21 i 22 „Gazety“ z r. b..

W dyskusyi WRÓBLEWSKI zwraca uwagę, że chociaż w większej liczbie przypadków porażenia nerwu zwrotnego należy mieć na uwadze możliwość tętniaka aorty, to jednak w niektórych przypadkach porażenie takie zależeć może od ucisku, wywieranego na nerw przez gruczoły chłonne, powiększone wskutek syfilisu, lub też przez nowotwór śródpiersia. Czy prześwietlanie promieniami ROENTGEN'a będzie mogło uwydatnić różnicę między nowotworem a tętniakiem, wątpić należy.

TRZCIŃSKI nie ma pewności, czy tętniący cień na ekranie w przypadku, opisanym przez SĘDZIAKA był rzeczywiście tętniakiem, a nie miażdżycowato zmienionym łukiem aorty.

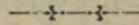
SĘDZIAK uważa za możliwe odróżnienie za pomocą promieni ROENTGEN'a nowotworu od tętniaka, który daje cień o ostrych i prawidłowych konturach. Że w przypadku omawianym cień zależy od tętniaka, a nie od łuku aorty za tem przemawia jego wielkość.

Prof. BARANOWSKI wątpi, czy w przypadku SĘDZIAKA był rzeczywiście tętniak: prócz porażenia nerwu zwrotnego, które zależeć może i od innych przyczyn, nie było tu żadnych innych objawów tętniaka, a chory nadto wyzdrowiał.

SĘDZIAK odpowiada, że jak badanie krtani, tak i prześwietlanie promieniami ROENTGEN'a mają znaczenie przedewszystkiem w przypadkach tętniaków, które nie dają innych objawów. Że zaś poprawa stanu chorego może w przypadkach tętniaków występować, dowodzą tego spostrzeżenia SCHMIDT'a.

W odpowiedzi na uwagę WRÓBLEWSKIEGO, że guzy śródpiersia powinny dawać taki sam cień, jak tętniaki, powołuje się SĘDZIAK na słowa PUŁAWSKIEGO, który w przypadku nowotworu śródpiersia, przedstawionym na jednym z poprzednich posiedzeń Towarzystwa, widział obraz, zupełnie różny od kryptogramu tętniaka.

Towarzystwa lekarzy prowincjonalnych,



Towarzystwo Lekarskie m. Łodzi.

Posiedzenie z dnia 5 stycznia 1898 r..

Sekretarz odczytał sprawozdanie z działalności Tow. za rok 1897.

Bibliotekarz przedstawił stan biblioteki, kasyer—stan funduszków Tow.

Nastąpiły wybory członków zarządu i wybrano: na prezesa D-ra JONSCHERA, na wiceprezesa D-ra GOLDSOBŁA, na sekretarza D-ra RUNDO, na bibliotekarza D-ra K. JASIŃSKIEGO i na kasyera D-ra KRUSCHEGO. Dotychczasowy prezes D-r LOHRER obrany został członkiem honorowym Towarzystwa.

Posiedzenie z dnia 19 stycznia 1898.

1) Kol. PRZEDBORSKI przedstawił 14-letnią chorą, która przed 6 tygodniami przybyła do szpitala Poznańskich po przecięciu sobie gardła kozikiem. Rana jakkolwiek duża, krwawiła nieznacznie; *lig. conoideum* było przecięte, założono rurkę tracheotomiczną. Obecnie, po wyjęciu rurki i zagojeniu się rany [pozostała tylko małeńka fistułka], chora przedstawia stale pewien stopień duszności, która, jak pokazuje badanie krtani, zależy od paraliżu prawej strony krtani wskutek przecięcia *n. laryng. inf.*

LIKIERNIK zapytuje, czy duszność nie pochodzi od blizny zwężającej krtani, STERLING—czy przyczyną jej nie jest histerya. P. odpowiada, że paraliż połowy krtani dostatecznie ten objaw tłómaczy. STERLING przytacza, że PLATT, na zasadzie 35 podobnych przypadków leczonych przez niego, utrzymuje, że

ranę zamiast tchawicy należy zaszyć, a następnie, jeżeli zachodzi potrzeba, zrobić tracheotomię *lege artis*.

2) GOLTZ [syn] przedstawił syfilityka ze znaczną blizną po *ulcus primit.* powyżej spojenia łonowego; przebieg też choroby był niezwykły, z powodu, że chory nie znosił wcierań; nastąpił upadek odżywiania, dopiero odwar ZYTMANA okazał wpływ pomyślny. Obecnie [3 miesiące po zarażeniu], chory przedstawia jeszcze *syph. cutanea papulosa lenticularis et pustulos.* szczególnie na kończynach.

PINCUS mówił: 1-o O epidemiologii miejscowej w ogólności, radząc, aby z danych statystycznych ułożyć topografię szczegółową chorób zakaźnych, i w tym celu rozdzielić miasto na części wschodnią i zachodnią po obu stronach ulic Zgierskiej, Nowomiejskiej i Piotrkowskiej, a każdą z tych na 4 części podług ulic: Północnej, Dzielnej i Głównej z jednej strony i Ogrodowej, Zielonej i Ś-tej Anny z drugiej strony. Podług tych 8 części grupować następnie dane statystyczne, które możnaby ewentualnie w każdej z tych części podzielić jeszcze na pewną ilość części.

2-o O chorobach zakaźnych miasta Łodzi od 1. paźd. 1897 r. do 1. stycznia 1898 r. podług kartek meldunkowych dla chorych zakaźnych w tym celu wprowadzonych, które, jakkolwiek dają materyał, wiele do życzenia pozostawiający, dają jednak choć przybliżone pojęcie o ruchu chorych zakaźnych m. Łodzi.

Kwartalna zatem liczba chorych wynosi według nich 1045, miesięcznie: paźd. 586; listop. 279, i grud. 180.

Liczby miesięczne zachorowań są: na szkarlatynę, krztusiec, odrę, błonicę, tyfus brzuszny i *ang. follic.*; w październiku 205, 83, 64, 73, 50, 45; w listop. 108, 28, 58, 21, 16, 12; w grud. 50, 33, 40, 22, 10, 4.

Ogólne liczby miesięczne przypadków zachorowań w każdej oddzielnej części wschodniej strony miasta wynosiły: w paźd. 45, 100, 110, 106; w listop. 15, 50, 58, 54; w grud. 14, 33, 46, 22, razem 654; w zachodniej zaś: w paźd. 30, 55, 99, 41; w listop. 11, 30, 53, 8; w grud. 11, 21, 25, 7, razem 391.

Biegunka krwawa, gorączka połogowa i ospa zjawiały się tylko sporadycznie. *Mening. cerebr. sp. epid., typhus exent. i recurrens* wcale się nie ukazały.

KRUSCHE demonstrował preparat *carcinomatis penis*; członek, po nałożeniu ligatury ESMARCH'a, amputowano powyżej rowka żołądździ, tętnice obkluto, ranę obszyto skórą; *prima intentio*.

Posiedzenie z d. 2. II. 1898 r.

1) KOLIŃSKI zakomunikował o przypadku *anophtalmiae bilateralis congenitae*, dotyczącym 4-tygodniowego dziecka, pochodzącego z rodziców zdrowych [ojciec 22, matka 24 lata] i zupełnie zresztą zdrowego i dobrze rozwiniętego Gałek ocznych ani śladu, oczodoły wysłane błoną śluzową, narządy łzowe i powieki normalne.

2) PRZEDBORSKI mówił o zakłóceniach zmysłu smaku. PINKUS nadmieniał, że terminy, oznaczające to zakłócenie, dają się dobrze spolszczyć: *hypergeusia*-przesmak, *hypogeusia*-niedosmak, *ageusia*-bezsmaek, *parageusia*-rozsmak. Następnie zwrócił on uwagę na to, że ośrodek korowy smaku przypuszcza się nie w *uncus*, ale wogóle w *gyrus hippocampi*, także w korze podstawy mózgu, mianowicie w pewnych cząsteczkach jej z przodu każdego rowu SYLWIUSZA.

GUTENTAG przypomniał, że zakłócenia smaku przytrafiają się także u dzieci rachitycznych.

PAŃSKI zaznaczył, że niesłusznie zaliczono do zakłóceń smaku niesmak, towarzyszący niekiedy cierpieniom jamy ustnej i noso-gardzielowej, albowiem wtedy zmysł smaku jest normalny, a działają nań bodźce niezwykle.

[C. d. n.].

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

— 2 — 3 —

15 *Extractum Thymi saccharatum*, s. *Pertussinum*. Wyciąg Macierzanki, czyli *Pertussyna*. Tymianek pospolity (*Thymus vulgaris*) i Macierzankę (*Thymus Serpyllum*) od najdawniejszych czasów zachwalano jako środki skuteczne przeciw rozmaitym cierpieniom.

Nie będę tu wyliczał wszystkich rodzajów chorób, przeciw którym przetwory owych roślin stosowano, ale zaznaczyć tu muszę, że za najbardziej wskazane uważano je w astmie, w nieżycie oskrzeli i przy pewnych zaburzeniach przewodów pokarmowego.

Oprócz tego wysoce ceniono własności zachowawcze [konserwujące] wzmiankowanych roślin; wobec tych roślin, lub ich przetworów, niektóre produkty spożywcze długo utrzymywać się mogą bez zepsucia. Obecnie, wiedząc o tem, że jednym z głównych składników tych roślin jest tymol (*thymolum*) jeden z najlepszych środków antyseptycznych, rozumiemy dobrze tę tajemniczą ich własność.

W nowszych czasach wprawdzie rzadko, jednakże tu i owdzie napotkać można wzmiankę o skuteczności przetworów Tymianku i Macierzanki.

JOSER (*Revue de therapeutique*. 1862. *Fevrier*) na mocy własnych spostrzeżeń dochodzi do wniosku, że przetwory Macierzanki, są poprostu specyfikami przeciwko spazmodycznym cierpieniom dróg oddechowych — „*le spécifique des affections spasmodiques et convulsives des voies aériennes*“. Takie same pochwały znajdujemy i u CAZIN'a (*Traité pratique et raisonné des plantes médicinales*. Paris. 1886), który zajmował się medycyną ludową.

Wogóle wszakże powiedzieć należy, że ostatecznie prawie zupełnie zapomniano o leczniczych własnościach Tymianku i Macierzanki.

Dopiero w ostatnich latach pojawił się przetwór Macierzanki, a mianowicie wyciąg (*extractum fluidum*) pod nazwą *pertussinum*, jako „specyfik“ przeciw kokluszowi.

Z Macierzanki otrzymuje się zwykłym sposobem wyciąg płynny (*extractum fluidum*), który należy zmieszać ze zwyczajnym syropem w takim stosunku, aby mieszanina odpowiadała naparowi (*infusum*) 1:7. Żadnych innych domieszek przetwór wzmiankowany nie zawiera.

Przez zmieszanie oficynalnego olejku tymiankowego (*oleum Thymi*) ze syropem można wprawdzie otrzymać przetwór bardzo podobny do *pertussyny* pod względem zapachu, smaku, a nawet i pod względem działania, jednakże mieszanina ta okazuje się daleko gorszą od *pertussyny*, gdyż pozostawia po sobie w gardzieli uczucie drapania i u wielu osób mocno drażni żołądek.

Pertussyna przedstawia się pod postacią płynu brązowego, zapach ma aromatyczny, a smak dość przyjemny. Pacjenci, a nawet drobne dzieci, chętnie przyjmują to lekarstwo.

Dzieciom do dwóch lat można podawać 4 razy dziennie po łyżeczce od herbaty, nieco starszym po łyżce deserowej, a jeszcze starszym, np. 6—10-letnim po $\frac{3}{4}$ łyżki stołowej.

FISCHER (*Deutsche medic. Wochenschrift*. 1898. 27), profesor chirurgii w Strasburgu, przypadkowo przekonał się o skuteczności wzmiankowanego

przetworu w kokluszu. Pięcioro dzieci zachorowało mu na dość ciężki koklusz. Po bezskutecznym stosowaniu rozmaitych środków, zaczął dzieciom podawać pertussynę. Ta, jak się wyraża prof. FISCHER, wywarła działania „zadziwiająca” — „*die Wirkung war eine überraschende*“. Wprawdzie koklusz nie znikł ani od razu ani nawet w ciągu paru dni, jak reklama o tym środku głosi, jednakże natężenie choroby ogromnie się zmniejszyło: napady stały się bardzo łagodnymi i mniej częstymi; wydzielina śluzowa stała się płynniejszą, a sinica i dławienie więcej napadom nie towarzyszyły.

Toż samo pomysłne działanie spostrzegali prof. FISCHER u innej chorej na koklusz.

Zachęcony tym wynikiem zaczął prof. FISCHER stosować pertussynę nie tylko w kokluszu ale i w innych chorobach przewodu oddechowego i doszedł do tego ogólnego wniosku, że wyciąg tymiankowy i macierzankowy ma wydatne działanie przeciwkuczowe (*antispasmodicum*) i roztwarzające wydzielinę śluzową. Dlatego też środek wzmiankowany okazuje się bardzo skutecznym w ostrych i w przewlekłych niezżytach krtani i oskrzeli, oraz w rozedmie płucnej.

Wiktor Grostern.

16. Leczenie przewlekłego podagrycznego zapalenia stawów. D-r LEVISON z Kopenhagi (*klin. therap. Wochenschr. 1898. 26. 27*) utrzymuje, że leczenie przewlekłego podagrycznego zapalenia stawów zyskało wiele przez zastosowanie metody EDISON-LABATUR'a.

Przetwory lityny, jak wiadomo, od dawna uchodziły za środki prawie swoiste przeciw podagrze. Istotnie w próbówce przetwory lityny rozpuszczają ogromne ilości kwasu moczowego. Spodziewano się też, że i w ustroju nastąpi także samo rozpuszczenie złogów w nerkach, w stawach i w innych tkankach. Wszakże w rzeczywistości najczęściej skutek nie odpowiada owym wywodom teoretycznym. Po doświadczeniach MENDELSON'a ostatecznie zrozumiiano powód owego niepowodzenia. Okazało się, że lityna w połączeniu z moczem traci zupełnie swe pierwotne własności: już nie może wówczas utrzymywać kwasu moczowego w roztworze.

Zdawałoby się, że na tem powinna się była skończyć rola przetworów lityny, jako środków, stosowanych przeciw podagrze. Tymczasem większość lekarzy według dawnej rutyny przepisuje w dalszym ciągu przetwory lityny. Oprócz wyżej wspomnianego doświadczenia MENDELSON'a, jeszcze dwie inne okoliczności przemawiają przeciwko takiemu zalecaniu, a mianowicie: po pierwsze, lityna w żołądku przy prawidłowem trawieniu przechodzi w chlorek lityny (*lithium muriaticum*), a ten, jako taki, może rozpuścić tylko niezmiernie małe ilości kwasu moczowego; powtóre, człowiek nigdy nie zniesie tak wielkich dawek lityny, jakichby trzeba było, aby całą krew tak dalece lityną nasycić, żeby owa krew w stanie była rozpuścić osady z soli dwumoczanowych.

Z tego wynika, że litynę należy stosować wprost na to miejsce, gdzie ma nastąpić rozpuszczenie kwasu moczowego. Otóż, cel taki osiągnąć można za pomocą tak zwanej kataforezy, czyli, jak ją LEVISON nazywa, za pomocą metody dielektrycznej.

Podczas gdy zdrowa skóra bardzo mało pochłania, tak, że o jakimś działaniu leczniczem kąpeli litynowych mowy być nie może, to można bardzo łatwo przez skórę przeprowadzić do ustroju pewne wydatne ilości lityny za pomocą stałego strumienia elektrycznego. Tyczy się to zresztą tak lityny, jak i innych związków chemicznych, które można następnie wykryć w moczu, jak to wykazali EDISON i LABATUR dla lityny i arsenu, a PERSONALI—dla jodu.

Sposób postępowania podaje LEVISON następujący. Chory staw należy pogrążyć w dwuprocentowym roztworze chlorku lityny, (*lithium muriaticum*),

zalkalizowany mocno za pomocą węglanu lityny (*lithium carbonicum*). Jednocześnie inna jakabądź część ciała tegoż chorego powinna się znajdować w bardzo słabym roztworze soli kuchennej. Strumień elektryczny, stały 20—25—30 miliamperów przeprowadza się w ten sposób, aby biegun dodatni [elektroda powinna być z węgla], nie dotykając się zanurzonej części ciała chorego, znajdował się w roztworze litynowym, a elektroda węglana ujemna w takiż sam sposób mieściła się w roztworze soli kuchennej. Pod wpływem elektryczności lityna odszczepia się w roztworze i wnika do ustroju wraz ze strumieniem dodatnim

LABATUT za pomocą wielu doświadczeń na zwierzętach wykazał, że substancje, wprowadzone do ustroju za pośrednictwem strumienia elektrycznego, gromadzą się przedewszystkiem w miejscu wprowadzenia i w tkankach sąsiednich, a dopiero potem przechodzą do krwi i do całego ustroju.

Ilość wprowadzonej w ten sposób lityny nie bywa wprawdzie na każdym pojedynczym posiedzeniu nadmiernie wielką, jednakże owa ilość lityny, jako *in statu nascendi* będąca, odznacza się za to ogromną rozpuszczalnością kwasu moczowego, a zresztą owo działanie na staw chory można zwiększyć przez częstsze i dłuższe posiedzenie.

Większość chorych podagryków bardzo znacznie się poprawia pod wpływem tego leczenia.

Na wynik leczenia, o ile się zdaje, nie wpływa ani czas trwania choroby ani liczba stawów zajętych cierpieniem, ani stopień zaburzeń czynności danego stawu, ani nawet wiek podeszły. Pomiędzy chorymi, którzy najwięcej korzyści osiągnęli z danej metody leczniczej, przytacza LEVISON takich, którzy od 10 lub 20 lat cierpieli na podagrę; którzy mieli dużo stawów chorobą zajętych i którzy z początku leczenia nie mogli zupełnie korzystać ze swych chorych kończyn.

To wszakże twierdzić można, że u pacjentów, u których napewno można było postawić rozpoznanie „*arthritis urica*“, wyniki bywały o wiele lepsze, aniżeli u chorych z rozpoznaniem niepewnym lub z cierpieniem stawów natury niepodagrycznej.

W końcu zaznaczyć tu należy, że przy leczeniu elektrycznością guzów podagrycznych (*tophi uratici*), te wprawdzie zmniejszały się i miękły, jednakże nie znikwały w zupełności, co wreszcie łatwo pojąć, gdy rozważymy, że taki guz podagryczny jest nie tylko nagromadzeniem samych moczałów, ale i hyperplazją tkanki łącznej i nagromadzeniem komórekokrągłych. Zupełnie toż samo powiedzieć można o zniekształconych stawach, np. o palcach; pod wpływem leczenia metodą dielektryczną wraca ruchliwość w stawach i ból znika, ale postać zmieniona pozostaje, np. zniekształcenie palców bardzo małej ulega zmianie.

Wiktor Grostern.

17. Ułatwianie wydechania. Jeszcze w roku 1873 prof. GERHARDT podał mechaniczną metodę leczniczą w celu ułatwienia wydechania u chorych, dotkniętych rozedmą płuc, a mianowicie: rytmiczne uciskanie rękami łuków żebrowych i brzucha. Od owego czasu rozmaici lekarza, idąc w tym samym kierunku, podali rozmaite przyrządy, służące do tego samego celu, jak gorsety elastyczne, specjalne krzesła, cylindry z rozrzedzonym powietrzem do wydechania, specjalne harmoniki do wydechania i t. d..

W każdym razie to należy przyznać, że bardzo często mechaniczne ułatwienie wydechania bywa bardzo pożytecznym przy lekkich napadach astmy i w niektórych formach przewlekłego zapalenia oskrzeli.

Obecnie prof. GERHARDT (*Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie* 1 Bd. 1 Heft) podaje nowy sposób, za pomocą którego takie ułatwienie

wydechania chory sam na sobie może skutecznie bez pomocy drugiej osoby i bez żadnego specjalnego przyrządu.

Chory leży na brzuchu, ręce ma skrzyżowane na grzbiecie, a podeszwami opiera się o dolny koniec łóżka, albo końce palców mocno przyciska do materaca. Mała poduszka powinna leżeć pod górną częścią klatki piersiowej, a na drugiej poduszcze leży oparte czoło.

Przy głębokich ruchach oddechowych chory przy każdym wydechaniu robi silny ruch wyprostny w stawach stopy, a przez to klatka piersiowa zostaje przyciśnięta do poduszki.

Bardzo skutecznym jest ten sposób wydechania szczególnie u osób, dotkniętych przewlekłym nieżytem oskrzeli z obfitą wydzieliną.

Wiktor Grostern.

Wiadomości drobne

— † = † —

— U zdrowych osób po dłuższym niespaniu, lub też o pewnych godzinach występuje silna chęć snu. Jeśli zaś taka chęć snu występuje bez uprzedniego zmęczenia, czy też o niezwykłej porze, to robi wrażenie stanu nienormalnego. GÉLINEAU starał się wyosobnić oddzielną nerwicę, nazwaną przez niego „*narcolepsie*“, która polega na tem, że od czasu do czasu nagle występuje nieprzyzwyczajona potrzeba snu. Inni autorowie twierdzą, że sen taki jest tylko objawem, spotykanym przy bardzo wielu cierpieniach. FÉRÉ, zgadzając się zupełnie z tem ostatniem zdaniem, odpiera pogląd LEMACQ'a, jakoby podobny sen nie przytrafiał się u epileptyków. Przeciwnie FÉRÉ często spostrzegał go u epileptyków, a nawet objaw ten występował jako równoważnik zamiast napadu drgawek i ulegał wpływom środków, zmniejszających napady epileptyczne. Na dowód FÉRÉ podaje szczegółowo 3 spostrzeżenia kliniczne.

(*Revue de Méd.* Nr. 5. 1898).

K. S.

— KROMAYER. Czem są ziarenka keratynowe ERNST'a? Autor twierdzi, że tworzy, które pod tą nazwą ERNST niejednokrotnie opisał i których istnieniu nikt jeszcze dotąd nie przeczył, są niczem innym, jak tylko sztucznym produktem barwienia—osadem barwnika na powierzchni komórek rogowych i wewnątrz ich istoty. Do takiego przekonania przyszedł K. na zasadzie: 1) różnicy w wynikach barwienia metodą GRAM'a [ERNST] i metodą WEIGERT'a [autor]; 2) spostrzeżeń, czynionych pod drobnowidzem nad oddzielnymi fazami sprawy barwienia się według GRAM'a. Wśród warstw rogowych skóry normalnej oraz dotkniętej rakiem spotyka się pewną ilość takich miejsc, w których sprawa rogowienia nie dosięgła jeszcze swego kresu, tak iż w komórkach można wykazać obecność jąder. W warstwach tych, zabarwionych metodą GRAM'a, widać najwyraźniej ziarenka ERNST'a; przy zastosowaniu jednak metody WEIGERT'a, pewna część preparatu zdaje się być kompletnie jednolitą, a w drugiej, leżącej bliżej tkanki łącznej, widać dokładnie włókna protoplazmy. Powstawanie ziarenek ERNST'a, jak wykazuje drobnowidz, następuje w chwili, gdy się preparat odbarwia wysokim, lub [co daje pomyślniejsze wyniki] roztworem tego ostatniego w ksylolu w stosunku 1:3—4.

(*Centrbl. f. allgem. Pathol. u. Pathol. Anat.* Bd. IX. Nr. 11/12).

Z. M.

— TAILHEFER zwraca uwagę na zaburzenia ze strony pęcherza, towarzyszące rakom odbytnicy i macicy. Zaburzenia te mogą powstawać bądź wówczas, gdy rak nie przeszedł jeszcze na pęcherz, bądź też wówczas, gdy nowotwór już się na pęcherz rozszerzył. W pierwszym razie zaburzenia mogą powstać wskutek ucisku nowotworu na pęcherz. Z drugiej strony mogą być one wywołane odruchowo. Najczęściej w ten sposób występuje przekrwienie ścian pęcherza, wywołane uprzedniem przekrwieniem odbytnicy lub macicy, który to objaw zwykle przy raku tych narząd-

dów ma miejsce. Przekrwienie pęcherza usposabia ten organ do zapaleń. Jako czynnik, wywołujący te ostatnie należy uważać drobnoustroje, które się przedostają do pęcherza z cewki moczowej lub nawet z rozpadającego się nowotworu macicy lub odbytnicy. Na poparcie ostatniego przypuszczenia T. przytacza doświadczenia na królikach, którym wstrzykiwano w żyłę uszną hodowlę *bacterii coli*, a jednocześnie wywoływano w wyrostku robaczkowym przekrwienie za pomocą drażnienia. W ten sposób otrzymywano ropień, a nawet przedziurawienie wyrostka robaczkowego. Jeżeli nowotwór przechodzi na pęcherz, to wywołuje on także zaburzenia w czynności tego ostatniego. Dopóki nowotwór zajmuje tylko pokrywającą pęcherz otrzewną, zaburzenia mają charakter odruchowy, gdy jednakże rak przeszedł już na błonę mięśniową, występuje upośledzenie sprawności tej ostatniej. Zajęcie błony śluzowej przejawia się ropieniem, krwotokami, bólami, parciem, częstym moczeniem, wreszcie przetokami pęcherzo-macicznymi i pęcherzo-odbytnicowymi.

(*Ann. d. mal. gen. urin. 1898. Nr. 1.*)

B. S.

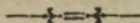
Wiadomości bieżące.

— **Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.** *Przegląd Lekarski*, Nr. 30. KROKIEWICZ. W sprawie diazoreakcy EHRlich'a w moczu. BALLABAN, O cewkowatych utworach łącznotkankowych w ciałku szklanem. (Dok.). ALBARRAN i MOTZ. Badania kliniczne wyników obustronnego trzebieńcia w przypadkach przerostu gruczołu krokowego. — Nr. 31. KRZYŻKOWSKI, Torbielowate zwyrodnienie nerek u noworodka. KROKIEWICZ, W sprawie diazoreakcy EHRlich'a w moczu (C. d.). ALBARRAN i MOTZ. Badania kliniczne wyników obustronnego trzebieńcia w przypadkach przerostu gruczołu krokowego. (Dok.). — *Medycyna*, Nr. 30. K. SACIEWICZ. O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego. — Nr. 31. A. TUCHENDLER, Rak pierwotny płuca. K. SACIEWICZ. O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego. (C. d.). — *Kronika Lekarska*, Nr. 15. J. SĘDZIAK. Z kazuistyki laryngologicznej. — *Przegląd Dentystyczny*, Nr. 7. S. ESSIGMAN. Z kazuistyki rwy twarzowej pochodzenia zębowego. W. ZIELIŃSKI. O przypadkach przy wyjmowaniu zębów. (C. d.).

— **Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych** w wykonaniu warunku w testamencie śp. D-ra JANA BĄCEWICZA zastrzeżonego, ogłasza nazwiska 5-u wdów po lekarzach polakach, którym na posiedzeniu Komitetu w d. 16 czerwca r. b. przyznane zostały wsparcia z legatu D-ra BĄCEWICZA, każdej po rs. 90, a mianowicie: Anteckiej Alinie, Lib-kind-Lubodzieckiej Stefanii i Różyckiej Józefie w Warszawie zamieszkałym, oraz Pawluć Ludwice w Grójcu i Barkłowskię Aleksandrę w Mińsku.

Z upoważnienia Komitetu, Członek zarządzający Kasą Wsparcia,
Fr. Śliwicki.

DO PP. PRENUMERATORÓW.



Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty za 2-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.

Доводено Цензурою Варшава 23 Юля 1898. Druk Kowalewskiego. Warszawa, Mazowiecka 8.