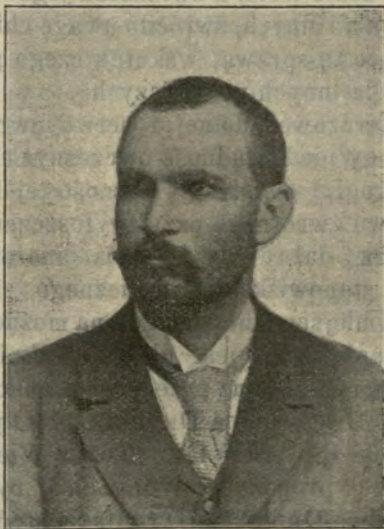


GAZETA LEKARSKA.

Ś. p. Tomasz Drobnik.



I znów legł w grobie jeden z najdzielniejszych chirurgów naszych, a śmierć wytrąciła mu nóż z ręki wcześniej, niż zdołał dla społeczeństwa rozwinąć cały zasób swej inteligencji i energii. Jakaś dola nieszczęsna, *fatum* nieubłagane ścigają szczupły nasz poczet chirurgów: padają oni kolejno, jak kłosy jeszcze niedojrzałe, świetny plon rokujące, a złą ręką wyrwane przedwcześnie. Narówni z większością najdzielniejszych jednostek z ostatniej ery naszego rozwoju, ś. p. TOMASZ DROBNIK wyszedł z biedy, wyrosł

z otoczenia, które na drogę żywota mogło go wyposażyć li tylko w zasób ogromny zapału i energii. Urodził się 8-go września 1858 w miasteczku Pleszewie; nauki gimnazjalne pobierał w Ostrowie i Poznaniu, gdzie złożył egzamin dojrzałości w r. 1880. W gimnazjum nie należał DROBNIK do uczniów celujących i, jak się to często zdarza, w życiu późniejszym kłamał opinię swych nauczycieli. Niemniej przeto, aczkolwiek z powodu swej niechęci do przeżytych nauk kla-

sycznych nie znajdował DROBNIK wielkiego uznania u kierowników, był jednakże wysoko ceniony przez kolegów, wśród których swym zapalem, wytrawnością oraz statecznością sądu wyróżniał się i rej wodził. Poświęciwszy się medycynie, studia odbywał we Wrocławiu, a później w Würzburgu, gdzie po odbytych w r 1885 egzaminie doktorskim zwolniony został od *rigorosum* wskutek przedstawienia pracy „Ueber Spondylitis der Halswirbelsäule und deren Behandlung“. Po odbyciu wojskowości DROBNIK w celu wydoskonalenia się w anatomii topograficznej udał się do Wrocławia, gdzie przez rok kształcił się pod kierunkiem profesora HASSE'go. Powołany następnie na asystenta anatomii do Strassburga, pracował tu przy profesorze JOESSL'u, pomagając temuż w prowadzeniu kursów operacyjnych, przygotowując preparaty na wykłady oraz do podręcznika anatomii topograficznej, wydawanej przez tegoż profesora. Z tego to okresu czasu pochodzą trzy wyśmienite prace DROBNIKA, które dotyczyły będących wówczas na czasie zagadnień z anatomii topograficznej. W jednej z nich [„O stosunku nerwu zwrotnego, czyli wstecznego do tętnicy tarczowej dolnej“. Gaz. Lek. 1886. Str. 771] autor na mocy własnych poszukiwań daje dokładny opis przebiegu tętnicy tarczowej dolnej i nerwu zwrotnego oraz ich wzajemnego stosunku.

Były to czasy, gdy operacyjne leczenie wola, a zwłaszcza jego wyluszczenie, dzięki pracom WÖLFLE'ra, KOCHER'a i innych, zwróciło uwagę chirurgów w tym kierunku. DROBNIK zajął się gorąco tą sprawą, wskutek czego powstała wyżej wymieniona praca, jako też i kilka innych późniejszych.

Pracując nad topografią tętnicy tarczowej dolnej i nerwu zwrotnego, DROBNIK miał na widoku z jednej strony niedokładność ówczesnych danych anatomicznych pod tym względem, z drugiej zaś strony ważność tej kwestyi ze względu na dość częste obrażenia nerwu zwrotnego przy wyluszczeniu wola. Zbadawszy 50 preparatów, DROBNIK dał dokładny opis anatomiczny, a nadto opatrzył go ważnemi uwagami ze stanowiska chirurgicznego. Z opisu tego wypływa, że najniebezpieczniejszem miejscem ze względu na możliwość zranienia nerwu zwrotnego przy wyluszczeniu wola jest okolica zetknięcia się tchawicy z krtanią, t. j. okolica, gdzie nerw leży tuż przed swem zniknięciem pod mięśniem pierścienio-gardzielowym. Druga praca DROBNIKA [„O podwiązaniu tętnicy tarczowej dolnej“. Gaz. Lek. 1887. Str. 110. Toż w Wien. med. Wochenschr. 1887. Nr. 3] powstała wskutek propozycyi WÖLFLE'ra, by leczyć wole podwiązaniem tętnic tarczowych. DROBNIK, uważając metodę LANGENBECK'a wyszukiwania tętnic tarczowych dolnych za nieodpowiednią [cięcie przed mięśniem mostko-obojęczyko-sutkowym], podał swój własny sposób, który został przyjęty przez większość chirurgów [cięcie poza wspomnianym mięśniem]. Obiedwie wymienione prace przedostały się do literatury niemieckiej w streszczeniach z Gazety Lekarskiej i tak też najczęściej bywają cytowane, o ile piszący nie uważają za odpowiednie o nich przemilczeć. Tak naprzykład prof. EISELSBERG, pisząc o wolu w wychodzącym obecnie pod redakcją BERGMANN'a, BRUNS'a i MIKULICZA zbiorowym podręczniku [Handbuch der prakt. Chirurgie], żadnej wzmianki nie czyni o DROBNIKU, pomimo że przytacza mniejszej wartości źródła. Trzecia praca DROBNIKA [„Topograficzno-anato-

miczne spostrzeżenia w zakresie nerwu współczulnego szyi⁴. Przegl. Lek. 1887. Str. 585 i 602. Toż po niemiecku w Archiv. f. Anatomie u. Physiologie 1887] zajmuje się stosunkiem nerwu współczulnego do tętnicy tarczowej dolnej, połączeniami tegoż nerwu na szyi z innymi nerwami, wreszcie rozgałęzieniami jego w gruczole tarczowym. Autor stara się sprawdzić i uzupełnić niedokładne, a często wprost sprzeczne opisy różnych anatomów. Pomiędzy innymi DROBNIK obala ogólnie przyjęte twierdzenie, że gruczoł tarczowy zaopatrzony jest we włókna współczulne tylko za pomocą spłotów, owijających tętnicę tarczową górną i dolną. W końcu swej pracy zwraca DROBNIK uwagę na możliwość uszkodzenia rozgałęzień nerwu współczulnego przy podwiązywaniu tętnicy tarczowej dolnej. Dla uniknięcia tego radzi podwiązywać też tętnicę nie na wewnątrz od tętnicy karkowej wstępującej, lecz pomiędzy tą ostatnią a tętnicą powierzchowną. Szkoda wielka, że zarówno ta praca, jak i dwie poprzednie nie zostały zaopatrzone w odpowiednie rysunki. W przytoczonych wyżej pracach DROBNIKA przebija się wpływ na niego tak dobrego anatoma topograficznego, jakim był JOESSEL, dawny profesor szkoły francuskiej, który następnie wskutek zmian politycznych znalazł się w uniwersytecie niemieckim.

Obok anatomii pracował DROBNIK w tymże czasie nad bakteriologią, prowadząc badania pod kierunkiem prof. DE BARY. W kwietniu 1887 roku opuszcza DROBNIK Strassburg i obejmuje asystenturę w klinice chirurgicznej prof. MIKULICZA w Królewcu, gdzie pozostaje do kwietnia 1890 r. W tym czasie ogłasza on swą pracę doświadczalną nad zmianami, występującymi po wycięciu gruczolu tarczowego [„O charłactwie śluzowo-opuchlinowem“. Gaz. Lek. 1889. Str. 128 i 151; także Pam. Tow. Lek. War. 1889. Str. 197. Toż po niemiecku w Archiv. f. experim. Pathologie]. Autor na mocy swych doświadczeń na psach przychodzi do wniosku, że występujące u nich zaburzenia po wycięciu gruczolu tarczowego nie zależą od wypadnięcia funkcji tego narządu, lecz przedstawiają tylko odruch, zależny od rany. Jak wiadomo, późniejsze doświadczenia innych badaczy obaliły to twierdzenie. Z obfitego materiału kliniki Królewieckiej często DROBNIK czerpał w późniejszych pracach swoich, które ogłaszał już w Poznaniu. Tam też ogłosił spostrzegane w Królewcu dwa przypadki wycięcia sposobem MIKULICZA III-ej gałęzi nerwu trójdzielnego [„Die Resection des dritten Trigeminusastes nach MIKULICZ“. Archiv. f. klin. Chir. XLV. Z. 2].

W r. 1900 opuszcza DROBNIK Królewiec i przenosi się do Poznania, gdzie zaraz w następnym roku dostaje oddział chirurgiczny w szpitalu dzieciennym św. Józefa. Odtąd rozpoczyna się jego samodzielna praca chirurgiczna. Społeczeństwo szybko oceniło zdolności DROBNIKA i już po upływie dwóch lat miał on, pomimo pewnych przeszkód i niechęci, opinię ustaloną. Poza pracą zawodową przyjmuje DROBNIK czynny udział w życiu społecznym, wchodzi do redakcji Nowin Lekarskich, zabiera głos na posiedzeniach Towarzystwa Przyjaciół Nauk, wreszcie ogłasza liczne prace. W skreślonym na czyjeś żądanie, a łaskawie mi przez kolegę JARNATOWSKIEGO udzielonym krótkim swym życiorysie DROBNIK wyraża się o swej produkcji naukowej z tego okresu czasu jakby z zalem, iż jest ona tylko kliniczna; tłumaczy się on z tego brakiem

w Poznaniu jakiegokolwiek instytucji naukowej, gdzieby można było przeprowadzić badania teoretyczne.

Z tego okresu pochodzą następujące prace: „Nowy sposób operacji podwójnej wargi zajęczej” Now. Lek. 1890 str. 536. Sposób autora, podobny do metody MAAS'a, polega na wycięciu z obu bocznych części wargi rozszczepionej dwóch czworoboków z szypułkami, zwróconemi na zewnątrz, które to czworoboki D. łączy ze sobą pod środkowym odcinkiem wargi. Do rzędu bardzo dobrze pomyślanych i wykończonych prac należy zaliczyć: „Leczenie wrodzonej stopy szpotawej u dzieci”. Now. Lek. 1890 str. 205, 251, 297. Opierając się na badaniu preparatów patologicznych, DROBNIK zastosował w celu leczniczym przecinanie ścięgien mięśni: goleniowego tylnego i długiego zginacza palców nogi; następnie zamiast gipsu lub aparatów ortopedycznych, zastosował odpowiednio nałożoną taśmę z plastrem lepkiem. Metoda ta, jak to DROBNIK dowodzi licznymi przykładami, dała wyniki świetne, lepsze od innych, zwykle używanych. Na nieszczęście nikt, zdaje się, z polskich chirurgów nie zainteresował się tem i głosu w tej sprawie nie zabrał. Spotkawszy się w Poznaniu z uprzedzeniem do tracheotomii przy dyfteryście, DROBNIK pisze artykuł w tej sprawie, a następnie jeszcze parokrotnie do niej powraca. W ten sposób powstały: „Dwadzieścia tracheotomii, wykonanych w jesieni 1890 r. w Poznaniu, oraz uwagi, dotyczące leczenia i przebiegu dławca i błonicy”. Now. Lek. 1891 str. 331. „Leczenie dławca za pomocą tracheotomii wobec surowicy BEHRING'a”. Now. Lek. 1896 str. 294. W pracach tych, mających na celu głównie stronę dydaktyczną, pomieszcza DROBNIK jednakże sporo uwag osobistych, przytacza swą statystykę [111 wyzdrowień na 186 tracheotomii], wyprowadza wniosek ujemny o skuteczności leczenia surowicą przeciwbłonicy.

Dużo stosunkowo miejsca w pracach swoich poświęcił DROBNIK przepuklinom: „O radykalnej operacji przepuklin”. Now. Lek. 1893 str. 108. „O radykalnej operacji wrodzonych przepuklin pachwinowych u dzieci”. Now. Lek. 1896 str. 88. „Spostrzeżenia herniologiczne”. Now. Lek. 1897 str. 36. „Radykalna operacja przepuklin pachwinowych u dzieci”. Now. Lek. 1898 str. 33. W pracach tych autor omawia sprawę operacji radykalnej, śmierci po herniotomii, zgorzeli jelita uwięźniętego i inne zagadnienia. Na szczególne zaznaczenie tu zasługuje polecany przez DROBNIKA sposób radykalnej operacji przepukliny pachwinowej u dzieci. Nie otwierając worka, DROBNIK odluszcza go w okolicy szyi, podwiązuje, odcina i pozostawia poza tem na miejscu. Mniej udatnym wydaje mi się pomysł radykalnej operacji u dorosłych, polegający na wytworzeniu twardej blizny wokoło szypuły, którą DROBNIK okręca na przestrzeni 2 ctm. nitką jedwabną. Zresztą ten sposób był zalecany przez DROBNIKA wówczas, gdy inne, powszechnie dziś stosowane, nie uzyskały sobie jeszcze prawa obywatelstwa.

Z innych dziedzin chirurgii DROBNIK stosunkowo wiele zajmował się cierpieniami kości. Do tej kategorii prac należy zaliczyć: „Operatywne leczenie rachitycznych skrzywień przedudzia”. Now. Lek. 1893 str. 606; autor zaleca tu, zamiast pospolicie używanej osteoskazyi, osteostomię z przecięciem

ścięgną Achillesa. „Wrodzone zniekształcenie goleni“. Now. Lek. 1896 str. 87. „O zasadach leczenia chirurgicznej gruźlicy za pomocą limfy Кош'a“. Now. Lek. 1891 str. 122 [autor, pomiędzy innymi uwagami, zaleca ostrożność w stosowaniu limfy i w wyprowadzaniu wniosków]. „O żłobkowaniu kostnej stawu kolanowego“. Now. Lek. 1891 str. 161; także po niemiecku Centralbl. f. Chir. 1892 s. 25. Autor w tej ostatniej pracy podaje opis przypadku, w którym z powodu gruźlicy kolana wyskrobał na znacznej przestrzeni istotę gąbczastą w końcach stawowych, a następnie, zrobiwszy otwór na przedniej powierzchni kości goleniowej, wprowadził przez tenże do kanału kości, a względnie do jamy stawowej kawał gazy jodoformowej. Zmieniając następnie co pewien czas gazę, DROBNIK otrzymał dobry wynik, co go skłoniło do ogłoszenia przypadku oraz do zalecenia w podobnych razach takiegoż kanalizowania obu końców stawowych. Jakie były wyniki w następnych próbach DROBNIKA, nie wiem, przypuszczam jednakże na mocy osobistych spostrzeżeń nad przypadkami, mającymi niejaką analogię z powyższym, że gojenie przeważnie nie przebiegało tak gładko. W dalszym ciągu należy wymienić z dziedziny chirurgii kostnej jeszcze następujące prace. „O zachowawczem leczeniu gruźlicy chirurgicznej“. Now. Lek. 1891 str. 509 [streszczenie nieogłoszonego wykładu o rozmaitych rodzajach leczenia zachowawczego]. „O sposobie, zapobiegającym tworzeniu się stawów wrzekomych przy zapaleniu szpiku kości goleniowej“. Now. Lek. 1892 str. 257; także Deut. med. Wochenschr. 1893 Nr. 49. Autor radzi tu w przypadkach nagromadzenia się ropy wykonywać cięcia zewnętrzne i wewnętrzne, idące przez warstwę mięśniową w kierunku ku tylnej powierzchni kości, zamiast używanego zwykle cięcia przedniego [ponad grzebieniem kości goleniowej].

Do rzędu bardzo interesujących odczytów DROBNIKA należy „Operatywne leczenie choroby BASEDOW'a s. GRAWES'a oraz pogląd na jej patogenezę“. Now. Lek. 1895 str. 143 i 201. Autor jest zdania, że w wielu przypadkach choroba BASEDOW'a jest nerwicą odruchową, powstałą na tle ogólnem dyspozycji ośrodków mózgowych. Operacya wola w chorobie BASEDOW'a, jako zabieg leczniczy, winna być stosowana tylko tam, gdzie cierpienie rozpoczęło się rozrostem wola, inne zaś objawy występowały, jako odruch, tym rozrostem spowodowany. „Rezekcyja wola zamostkowego“. Now. Lek. 1896 str. 694; jest to opis pojedynczego, lecz ze względów technicznych interesującego przypadku.

Mało stosunkowo prac i odczytów w Towarzystwie Przyjaciół Nauk poświęcił DROBNIK chirurgii brzusznej. Materiał ze szpitalika dziecinnego nie nastroczał wiele okazji potem, a ordynaturę w szpitalu miejskim otrzymał DROBNIK dopiero w 1898 r. To też, poza pracami z dziedziny hermio-logii, możemy tylko zanotować: „O operatywnem leczeniu owrzodzeń żołądka i ich skutków“. Now. Lek. 1897 str. 393. „Przypadek bąblowca wątroby“. Now. Lek. 1899 str. 31. Pierwsza z tych prac omawia różne rodzaje powikłań, jakie może wywołać wrzód żołądka; najwięcej zasługuje tu na uwagę sprawa zrostów żołądka z sąsiednimi narządami lub ze ścianą brzuszną. Opis ten

ilustruje DROBNIK wielce interesującym własnym przypadkiem, który jest czwartym z rzędu znanym w literaturze.

Z pomiędzy wszystkich prac DROBNIKA, najwięcej mu sławy przyniosły, a jak mi sam mówił, nawet do szpitala miejskiego w Poznaniu drogę utorowały, badania nad leczeniem porażen dziecińczych przez zastąpienie mięśni porażonych sąsiednimi mięśniami. Idea ta, jak się później okazało, niezupełnie nowa (NIKOLADONI i paru innych chirurgów przedtem już próbowało tego sposobu bez większego powodzenia), dała w rękach DROBNIKA wyniki znakomite. Nie wiedząc o próbach innych chirurgów, DROBNIK wpadł na pomysł samodzielnie, a następnie udoskonalił go znakomicie. Wynikiem pracy nad tą kwestyą są następujące artykuły: „O przenoszeniu czynności mięśni przy porażeniach dziecięcych“. *Gaz. Lek.* 1893 str. 120. „Dalsze doświadczenia nad leczeniem porażen dziecięcych za pomocą przeniesienia czynności mięśni“. *Now. Lek.* 1894 str. 323. Po niemiecku: „Ueber die Behandlung der Kinderlähmung mit Funktionstheilung und Funktionsübertragung der Muskeln“. *Deut. Zeit. f. Chir.* 1896. Bd. XLIII. S. 473. Zamierzał DROBNIK ogłosić w tym kierunku jeszcze jedną obszerną pracę po polsku, lecz nie wiem, czy zdążył ją napisać.

Ostatnią pracą DROBNIKA były „Uwagi i spostrzeżenia, dotyczące opatrywania ran“. *Now. Lek.* 1899 str. 117, 187, 151. Jest to wynik nie tylko teoretycznej znajomości przedmiotu, lecz i rozległej własnej obserwacji. Autor zastanawia się nad różnymi warunkami gojenia ran, bierze pod uwagę nie tylko własności zarazków oraz substancji odkażających, lecz i własności organizmu. Omawiając przebieg pooperacyjny, ogromny nacisk kładzie DROBNIK na stan rany w chwili ukończenia operacji, względnie na doskonałość techniki operacyjnej.

Oprócz wyżej przytoczonych prac znajdujemy w sprawozdaniach z posiedzeń Towarzystwa Przyjaciół Nauk jeszcze kilka wzmianek o wygłoszonych tam odczytach, które na nieszczęście podano w bardzo krótkich i niedokładnych streszczeniach.

Tak w ogólnych zarysach przedstawia się drukiem ogłoszony dorobek naukowy DROBNIKA. Jest on, jak na kilkanaście lat pracy, duży ilościowo, a jeszcze bardziej jakościowo. Z powyżej przytoczonej oceny widać, że prace DROBNIKA nie były zbiorowymi referatami, do których luźno przyczepiano własne spostrzeżenia; przeciwnie, we wszystkim, co ogłaszał, przebija się myśl samodzielna, i to go stawia wysoko wśród nielicznych przedstawicieli naszej chirurgii.

Przeszedłszy znakomitą szkołę przygotowawczą, pracując początkowo pod wybitnymi kierownikami, nie zatracił jednakże DROBNIK swej samodzielności, nie stał się bezkrytycznym naśladowcą i wykonawcą idei swych nauczycieli. Owszem, dążył stale i świadomie do wykrzesania ze swych zasobów intelektualnych pierwiastków bardziej samodzielnych. Dążenie to tłumaczy on wyraźnie w jednym ze swych artykułów publicystycznych, gdzie mówi: „tylko to, co posiadamy i zdobywamy własną energią, jest nasze; tylko to, co

wytwarzamy na rodzinnej glebie, jest swojskie, jest właściwie cywilizacyjne. Wszystko, co przyjmujemy obcego, przetrwać winniśmy na składowe czynniki naszego ustroju, aby miał pożytek z wytworów obcych". „Bądźmy sobą“ — oto hasło pracy DROBNIKA.

Nie są mi znane bliżej zasługi DROBNIKA na tle bezpośredniego niesienia pomocy cierpiącym, a zwłaszcza na tle szpitalnictwa poznańskiego. Przypuszczam jednakże, iż musiał być na tem polu wpływ jego wybitny, skoro nawet władze, pomimo dzisiejszych tam stosunków, robiły starania o nadanie DROBNIKOWI tytułu profesora, który to tytuł miano mu wprędce przyznać. Odwiedzwszy w 1899 r. DROBNIKA w Poznaniu, naocznie widziałem, jak ciężka była jego praca szpitalna. Poza szpitalem miejskim pracował jeszcze w szpitalu dzieciennym. Oddział jego w szpitalu miejskim liczył około 100 łózek; na to miał DROBNIK jednego tylko asystenta, Niemca, chloroformowała zaś przy operacyach dyakonisa. Szkoda, iż nie znalazł się nikt z młodszych lekarzy Polaków, któryby zapragnął poświęcić się chirurgii pod jego kierunkiem.

Pomimo ciężkiej pracy zawodowej, pomimo swych prac naukowych, nie zaniedbywał DROBNIK i spraw społecznych. Pod względem przekonań należał do kierunku demokratycznego, i tu zaliczany był do jednostek wybitnych. W poglądach swych społecznych przejawia DROBNIK, ilekroć poruszyliśmy w rozmowach sprawy poznańskie, ogromny pesymizm. Dzisiejszą taktykę niemiecką odnośnie do Polaków nazywał taktyką głodzenia, wobec której nie osto się żadna najsilniejsza forteca. Pomimo to pesymizm DROBNIKA nosił dziwne znamię: nie prowadził go on do rozpacz, lecz przeciwnie, rodził w nim zaciętość i chęć do walki, do której należało uzbroić się w przymioty przeciwnika, rozwijając jednocześnie własne strony dodatnie. Teoryę tę starał się sam, w miarę sił i możliwości, w czyn wprowadzać. Pod tym względem, rzekłbym, w DROBNIKU przejawiała się zdrowa, nieprzesubtelizowana dusza otoczenia, z którego wyszedł.

Z pomiędzy instytucji społecznych, w których DROBNIK pracował, należy jeszcze wspomnieć o Towarzystwie Stella. Towarzystwo to urządziło i dotąd prowadzi wielce użyteczne t. zw. kolonie feryjne, odpowiadające mniej więcej tutejszym koloniom letnim. Mając na widoku konieczność dostarczenia świeżego powietrza nie tylko dzieciom wątłym, lecz i dzieciom chorym, w szpitalach przebywającym, starał się DROBNIK stworzyć odrębne kolonie lecznicze. Towarzystwo Stella z przyczyn, bliżej mu nieznanych, oparło się temu, i sprawa narazie upadła. A szkoda, gdyż jest to dziś kwestya w szpitalnictwie paląca, na którą już prawie wszędzie, z wyjątkiem nas, zwrócono uwagę.

Tak się przedstawia w krótkim zarysie żywot i działalność TOMASZA DROBNIKA. Nie stworzył on rzeczy wielkich, nie zadziwił świata uczonego wynikami swej pracy. Nie mniej przeto pracą swą wniósł do skarbnicy wiedzy ogólnoludzkiej takie przyczynki, których nawet sumienny przeciwnik przemilczeć nie może. W społeczeństwie swem świecił przykładem innym, czcząc ideały nie tylko w górnolotnych słowach, lecz i w czynach. To też żal całego

społeczeństwa polskiego towarzyszy mu do grobu. A żal ten jest tem większy, iż mieści w sobie część troski o jutro. Strata jednostki, obdarzonej taką inteligencją i siłą charakteru, jak DROBNIK, wszędzie u nas zaważy wiele, a bodaj czy nie najwięcej w Poznańskim. Ubogie i szczupłe kroczą tam dziś zastępy inteligencji polskiej, a gdy pada w szeregu jakiś bohater, długo nieraz czczem echem odbija komenda „szluzuj!“. Oby tym razem stało się inaczej; oby DROBNIK znalazł rychło godnego siebie następcę w Poznaniu.

Bronisław Sawicki.

Z ODDZIAŁU GINEKOLOGICZNEGO WARSZAWSKIEGO SZPITALA EWANGELICKIEGO.

I. THROMBUS VAGINAE ET VULVAE.

Podał

Fr. Neugebauer.

Pod nazwą *thrombus vaginae*, *thrombus vulvae* rozumiemy wylewy krwi do wewnątrz tkanki łącznej okołopochwowej, a więc parawaginalnej oraz do wewnątrz tkanki łącznej podskórnej sromu oraz niekiedy i krocza. *Aneurysma spurium vaginae*, *vulvae* i t. p., lepiej *haematoma dissecans vulvae*, *vaginae*, skrżep sromowy lub pochwowy, jest nazwą ogólnie przyjętą dla tego cierpienia, które w przeważnej liczbie przypadków powstaje podczas porodu lub też po urodzeniu się dziecka, wyjątkowo przy urazach u kobiet nieciążarnych lub nierodzących, a wtedy najczęściej *sub coitu*. Tego rodzaju apoplektyczne wylewy krwi parenchymatyczne, podśluzowe lub podskórne są następstwem pęknięcia naczyń—*angiorrhexis*. Powstają one albo nagle wskutek działania urazu *sub partu* na tkanki dotąd zdrowe niezmienione, albo też tkanki odpowiednie są już przygotowane poniekąd i przysposobione na uszkodzenie naczyń wskutek długotrwałego ucisku, napięcia, lub zmiażdżenia, prowadzącego do nekrozy uciskowego pochodzenia. Wylewy te krwiste są zazwyczaj żyłne; istnieje pewne usposobienie do nich wobec zastoinowego przekrwienia, połączonego z ciążą, a osobliwie z porodem, albowiem pomimo że zewnętrzna warstwa ścienna żył doznała pewnego zgrubienia, to jednak *media*, czyli warstwa środkowa ścian żył doznała zaniku. Łatwo zrozumieć, że szczególnie przy prędkim zestąpieniu główki, przy porodach nagłych, przy porodach bardzo ciężkich, przy bardzo wielkim płodzie a zwężonej miednicy, tego rodzaju uszkodzenia naczyń mogą nastąpić przy urazach, rozdarciach lub zmiażdżeniach tkanek. Pierwszy S. Ruff (*De conceptu et generatione hominis*, Tiguri 1554) w Zurychu w roku 1554 wspomina o tego rodzaju krwotokach,

1647 VERLINGIUS i J. M. VERONNAEUS ogłosił 1734 pierwszą monografię odnośną (*De tumore post partum sanguineo. Basileae. 1734*).

Jeśli rozdarcie tkanek nastąpi bez równoczesnej rany zewnętrznej, powstaje krwistek wewnątrzmiąższowy; jeśli zaś równocześnie powstała rana zewnętrzna czy błony śluzowej, czy powłok skórnych, nastąpi krwawienie na zewnątrz, ma się rozumieć, jeśli rana zewnętrzna ma łączność z rozdarciem tkanek głębiej leżących. Przy nagłych silnych urazach od razu nastąpi zmiążdżenie tkanek i wylew krwi, przy powolnie zaś działających urazach narazie powstaje tylko uszkodzenie naczynia krwionośnego, które w następstwie podlega nekrozie i przedziurawieniu lub pęknięciu, dajmy na to przy działaniu przypadkowym jakiegoś, chociażby nieznacznego, nowego urazu. Zależnie od tego krwistek powstanie raz podczas samego porodu, innym razem dopiero w kilka godzin lub nawet w dzień po porodzie. Ma się rozumieć, krwisteki takie mogą powstać w każdym miejscu przewodu rodnego, które narażeniem jest na działanie urazu. Tak samo jak powstają wylewy krwi okołomaciczne przy przedziurawieniu otrzewnej, a więc przy rozdarciu drążącym macicy, a krwisteki podsurowicze przy niedrażących rozerwaniach macicy bez przedziurawienia otrzewnej, tak samo istnieje szerokie pole dla powstania wylewów krwistych podczas porodu w tkankach okołopochwowych, podśluzowych, miąższowych, podskórnych i t. p. sromu i sąsiedztwa. Zależnie od siedziby takich wylewów krwi, odmienną jest ich nazwa. Do hematomatów pochwy naprzykład należą i podsurowicze wylewy krwi, sięgające aż do wielkiej miednicy, do wysokości pępka, a nawet aż do nerki, przy których otrzewna bywa odłuszczoną przez krwistek od podściółki swojej. CAZEAUX naprzykład opisał taki wylew krwi, który odłuszczył otrzewną przedniej ściany brzucha aż do wysokości pępka, na tylnej zaś sięgał aż do podnercza. Właściwie mówiąc, nomenklatura taka nie jest bynajmniej ścisła—kryterium dla nazwy mogłoby stanowić miejsce, w którym nastąpiło pęknięcie naczynia, lecz ileż to razy nawet przy oględzinach pośmiertnych przy sekcji zwłok nie udaje się odnaleźć owego miejsca pęknięcia naczynia. Nazwa więc nadawana być może tylko *cum grano salis*. HUGENBERGER chciał rozróżniać krwisteki, leżące wewnątrz i zewnątrz miednicy, podział taki jednak nie dał się przeprowadzić, ponieważ krwistek sięgał raz wyżej do miednicy, a nieraz opuszczał się znacznie niżej pod miednicę. Zwykle wielkie krwisteki sięgają aż do ujścia miednicy, lecz nie zawsze. WINCKEL pragnął rozróżnić krwisteki powyżej i poniżej przepony miednicowej (*diaphragma pelvis*) leżące, ponieważ zwykle przepona miednicowa stanowi granicę dla krwisteków, lecz nie zawsze tak jest, albowiem i w przeponie tej mogą wytwarzać się szczeliny, braki substancji i t. p. wskutek urazu. Podług badań doświadczalnych KOENIG'a i SCHLESINGER'a na preparatach iniekowanych powięźcie miednicy nie stanowią dla wylewów krwi tamy stałej. Istnieją rzeczywiście przypadki w których pomimo najstaranniejszych poszukiwań nie udało się odnaleźć naczynia uszkodzonego, gdzie więc źródło krwawienia pozostało nieznanem i gdzie o klasyfikacji nie może być mowy. Swoją drogą nazwa *haematoma vaginae et vulvae* ma swoje kliniczne uprawnienie, ponieważ w samej rzeczy bardzo wiele krwisteków takich umiejscowia się oko-

ło pochwy i sromu, pomimo pochodzenia z głębszych warstw tkanek. Jeśli przy bólach ostrych główka posuwa się ku dołowi bardzo energicznie i prędko i przytem posuwa ze sobą błonę śluzową pochwy, przylegającą ściśle do niej, pociągając ją ze sobą ku dołowi, to z tak forsownego i nadmiernego przemieszczenia warstw ścian pochwy do siebie przylegających, jedna na drugiej leżących, powstaje nadmierne napięcie podłużne, które łatwo prowadzić może do rozerwania lub nekrozy uciskowej, jeśli stan tego nadmiernego napięcia trwa bardzo długo, tem bardziej że równocześnie tkanki owe podlegają ugnieceniu.

Jeśli jama krwisteku komunikuje z raną zewnętrzną błony śluzowej, pochwy albo skóry, następuje krwawienie na zewnątrz, które łatwo może stać się śmiertelnem. Przy bardzo znacznem jednak przemieszczeniu tkanek może nie być krwawienia na zewnątrz, pomimo że istnieje komunikacja z raną zewnętrzną.

HALLIDAY CROM uważał za wynik usposabiający obwisłość brzucha z powiększonym lub zmniejszonym nachyleniem miednicy, z rozstąpieniem się mięśni prostych brzucha i t. p. Ponieważ macica ciężarna całym ciężarem zwiesza się ku przodowi przez spojenie łonowe, przeto cały ciężar macicy działa jako siła, naprężająca tylne sklepienie pochwy, *resp.* tylną ścianę pochwy, rozciągając ją *ad maximum* wzdłuż, oraz ścieńczając ją zupełnie, tak samo jak właśnie w tych warunkach może powstać oderwanie macicy od pochwy w tylnem sklepieniu — *kolpoaporrhexis* HUGENBERGER'a. Kilka lat temu z przytułku ś. p. kolegi BIEGAŃSKIEGO przywieziono do oddziału ginekologicznego szpitala Ewangelickiego kobietę w stanie agonii wskutek krwotoku. Krwotok powstał wskutek pęknięcia pochwy przy porodzie 12 godzin temu ukończonym przez perforację czaszki dziecka oraz kranjoklazę. *Kolpoaporrhexis* była następstwem silnej obwisłości brzucha przy *kyphosis lumbosacralis* — jest to przypadek, który w swoim czasie opisałem w kazuistyce kfytycznych miednic ze wzmianką, że w tym przypadku po raz pierwszy dokonałem pochwowej ekstirpacji macicy *post partum*.

Jeśliby operacji tej dokonano kilka godzin wcześniej, zanim chora tyle krwi utraciła, może i byłoby się udało ją uratować, a może nawet i tamponacja rany drażącej przy równoczesnem stosowaniu podskórnych wlewań rozczyń fizyologicznego soli kuchennej oraz środków analeptycznych byłaby wtedy swoje zrobiła. Przypadek ten był arcywyraźną demonstracją sposobu powstawania *kolpoaporrhexeos sub partu*. Macicę w danym przypadku usunąłem z dwóch przyczyn, popierwsze o zeszcieniu szarpanej rany drażącej do jamy brzusznej nie mogło być mowy, a powtórne, wobec niepewności co do stanu aseptycznego, bałem się ograniczyć na tamponacyi. Jeśli siła ciężaru macicy przy obwisłości brzucha jest w stanie wywołać nawet oderwanie się szyjki macicznej od pochwy w tylnem sklepieniu, o ile łatwiej może ona wywołać, dajmy na to, rozerwanie tkanek pod błoną śluzową pochwy leżących mnogorodzącej o wyczerpanych siłach i przewlekłej pracy porodowej, a wtedy powstanie hematoma podśluzowy pochwy, powyżej przepony miednicowej. Rozerwanie naczyń po-

wstaje tutaj jeszcze poniżej główki, a więc bez właściwego urazu porodowego w ścisłym znaczeniu tego słowa. Niektórzy autorowie upatrują wielką predyspozycję w istnieniu rozszerzeń żył, żyłaków—*Varices*, lecz większość przeciwnie twierdzi, że właśnie przy istnieniu żyłaków rzadko kiedy spostrzegane bywają krwisteki, o których tutaj mowa. Również nie skonstatowano nigdy usposabiających zapaleń żył. SCHROEDER i inni upatrują moment usposabiający w dawniejszych porodach, czyli że hematomy te zdarzają się częściej u wieloródek, niż u pierwiastek. Inni autorowie twierdzą wprost przeciwnie, że hematomy te zdarzają się częściej u pierwiastek.

WINCKEL podaje 12 pierwiastek na 18 wieloródek, MC. CLINTOCK 13 pierwiastek na 12 wieloródek, razem więc mamy tutaj 25 pierwiastek na 30 wieloródek. *De facto* zaś hematomy zdarzają się częściej u pierwiastek wskutek mniejszej podatności części miękkich. JOHNSTON i SINCLAIR na 13748 porodów widzieli trzy hematomy, DUBOIS zaś w Paryżu na 1400 porodów trzy przypadki, a więc inny zupełnie stosunek częstości. SCANZONI osobiście widział 15 przypadków, a CLINTOCK nawet 25. SPIEGELBERG na 3000 porodów w klinice swojej, podczas 10 lat odbytych, widział tylko trzy przypadki, w poliklinice zaś więcej. W Wiedniu na 33291 porodów obserwowano 18 przypadków, HUGENBERGER na 14000 porodów liczył 11 spostrzeżeń, WUCHER na 6000 porodów w okresie dwuletnim w klinice SPAETH'a liczył 4 spostrzeżenia, mianowicie dwa dotyczące pierwiastek i dwa wieloródek. COULHON oznacza stosunek częstości jako 1 : 5000 porodów [on to mylnie, jak się zdaje, przypuszcza związek pomiędzy powstaniem sromowopochwowego krwisteku porodowego a leukocytemią ciężarnych]. BOSSI na 5060 porodów liczył tylko 2 spostrzeżenia, WINCKEL wogóle liczy jedno spostrzeżenie na 1600 porodów, osobiście widział on 6 przypadków *haematomatis vulvae*. Szczegółnym jest zdanie kilku autorów, że hematomy te powstają najczęściej przy porodach bliźniat, w czasie między porodem jednego a drugiego dziecka; tak np. twierdziła w roku 1884 pani SAZONOW w Petersburgu, która zestawiała 85 spostrzeżeń i określiła częstość jako 1 : 2375 porodów. W jednym przypadku, tuż po urodzeniu się drugiego dziecka hematoma jeszcze się powiększył i pękł po 8-iu dniach w bliskości łuku łonowego. Pani SAZONOW, co prawda, znalazła tylko pięć podobnych przypadków, z których cztery zakończyły się śmiercią. Przy tej okazji pani SAZONOW radzi nie przecinać guza po urodzeniu się pierwszego dziecka, lecz jak najprędzej wydobyć drugie dziecko [patrz LWOFF: „Ueber die BLUTGESCHWUELSTE d. aeusseren Geschlechtstheile Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1886. T. XIII, str. 135]. SUTUGIN liczy 1 przypadek na 3285 porodów. ERTINGER pisze, że większość praktyków doczeka się prędzej starości, niż zobaczy przypadek hematomatu takiego. VELPEAU osobiście widział aż 20 przypadków, pomiędzy nimi 6 u nieciężarnych.

Rzadkiemi są spostrzeżenia powstania hematomatów u nieciężarnych.

BINDER [C. f. G. 1897. Str. 1033: „Haematom der aeusseren Genitalien“] opisał powstanie hematomu sromu oraz okolicy pomiędzy odbytnicą a prawym *tuber ischii* u 39-letniej kobiety podczas zestawienia ciężkiej waniienki wodą napełnionej z krzesła na podłogę. FRANQUÉ [BILLROTH u. LUECKE. T. III.

Str. 228], widział powstanie hematomatu sromu wskutek parcia przy oddawaniu stolca, GEMPE wskutek podniesienia pacjentki bardzo ciężkiej, opisano nawet i powstanie hematomatu wargi sromowej po ugryzieniu *post coitum* [G. Hilmelfarb: „Zur Casuistik des *Haematoma vulvae* ausserhalb des Puerperium“. Centr. f. Gyn. 1888. Str. 129]. Wogóle powstawanie hematomatów sromu wskutek urazu *sub coitu* należy do rzadkich. Osobiście widziałem tylko jeden taki przypadek, o którym wspomnę poniżej. LAWSON TAIT opisał jedno spostrzeżenie własne [Diseases of Women II. edit. Birmingham. 1886. Str. 19]. Bardzo dobrze opisał spostrzeżenie własne MECKERTSCHIANZ: „*Haematoma vulvae post primum coitum und post partum, je ein Fall*“ [Monatschrift f. Geb. u. Gyn. 1899. T. IX. str. 341—353].

Siedzibą krwisteku jest zwykle warga sromowa większa jedna [rzadziej warga mała], albo tkanka łączna okołopochwowa, gdzie jednak krwistek tam powstały zwykle w następstwie rozszerza się aż na wargę sromową większą. DILL [1886] widział powstanie krwisteku wielkości główki noworodka u pierwiastki po prawej stronie w wardze sromowej małej, równocześnie spostrzegł ekchymozy na skórnych powłokach brzusznych i na udzie aż do kolana. Istnieją wprawdzie także hematomaty powyżej przepony miednicy powstałe, które nie rozszerzają się ku dołowi, a więc pozostają ograniczone na miejscu powstania. Często zaś wylew krwi rozszerza się aż do otworu odbytnicy i na krocze. BARNES nawet widział taki hematomat na lechtaczce oraz około cewki moczowej, po większej zaś części siedzibą główną hematomatu jest warga sromowa większa, a stąd wylew może rozszerzyć się ku górze i ku dołowi w tkance łącznej. Czasami wylew po jednej stronie linii środkowej rozszerza się *per continuitatem* i na drugą stronę, bardzo rzadko zaś powstają symetrycznie po prawej i po lewej stronie takie wylewy krwi nie komunikujące ze sobą. Wylew krwi pierwotny o wiele częściej ma miejsce w tkance łącznej sromu, niż w tkance łącznej okołopochwowej, jednak zdarzają się często i pierwotne wylewy krwi dokoła pochwy. W innych przypadkach siedzibą wylewu krwi są pozostałości błony dziewiczej, czasami samo tylko krocze; opisywano także i przypadki ograniczone do jednego miejsca pochwy wylewu krwi. Guz tam powstały z czasem wytwarzał sobie rodzaj szypuły, wisiał w pochwie i określony został jako szypułowaty hematomat pochwy (*gestieltes Scheidenhaematom*). AUVARD opisał taki hematomat pochwy na szypule wiszący na tylnej ścianie pochwy u kobiety 8 miesięcy ciężarnej; guz ten sterczał *extra vulvam*. Guz przy wyczekującym leczeniu samowolnie odpadł wskutek nekrotyzacji. AUVARD zwraca uwagę na to, że przy *thrombus vaginae* wylew krwi zawsze powstaje *in columna rugarum*, przyczem może odgrywać pewną rolę niezupełne zginięcie przedziału obu przewodów MUELLER'a. Podobnych twierdzeń więcej nie znalazłem prócz spostrzeżenia BUDIN'a [1887], który opisał szypułowaty hematomat tylnej ściany pochwy wychodzący *ex columna rugarum posteriori*. Hematomat miał wielkość kurzego jaja i powstał w 8-ym miesiącu ciąży bez jakiegokolwiek przyczyny jawnej. Hematomat powstał pod błoną śluzową, *septum recto-vaginale* było niezmiennem. Podobnych spostrzeżeń powstania szypułowatych hematomatów pochwy w ciąży istnieje tylko bardzo mało.

FLEISCHMANN i REICH opisywali takie spostrzeżenia. BRAUN i MC. CLINTOCK nigdy nie widzieli powstania hematomu u kobiet z żyłakami, istnieje jednak kilka spostrzeżeń istnienia jednoczesnego hematoma z żyłakami. Etiologicznego związku nie dowiedziono, pomimo że kilku autorów robiło w tym kierunku poszukiwania. Na kroczu krew wylewa się pomiędzy *fascia superficialis* i *media*, w pochwie do tkanki łącznej okołopochwowej i podśluzowej, w przypadkach CAZEAUX'a, HUGENBERGER'a i WINCKEL'a wylew krwi nie pozostał ograniczonym poniżej przepony miednicowej, a sięgał wzdłuż pochwy aż do tkanki przymaciczej, a pod otrzewną brzuszną aż wysoko ku górze na przedniej i tylnej ścianie brzusznej. Ponieważ wylew krwi może się rozszerzyć we wszystkich kierunkach, nieraz i przy sekcji nie sposób odnaleźć rozerwanego naczynia, tem mniej można zawsze znaleźć uszkodzone naczynie za życia chorej. MACKINTOSH w roku 1881 w Glasgowie obserwował powstanie wrzeczowego aneuryzmatu jednej wargi sromowej u pierwiastki w dwie godziny po porodzie; ponieważ guz powiększał się, naciął go, wylało się półtora litra krwi, M. znalazł później naczynie rozerwane i takowe podwiązał, chora wyzdrowiała. Również RAU w przypadku jednym po opróżnieniu krwi znalazł naczynie rozerwane.

Większe okołopochwowe wylewy krwi zawsze opuszczają się ku ujściu miednicy. WINCKEL opuszczanie się wylewów tych ku dołowi tłómaczy przez rozpułchnienie, albo też istniejące przedtem szczeliny w przeponie miednicowej, albo też przez następującą w trakcie ropienia perforację powięzi. Krwisteki te w 86% powstają przy porodach o własnej sile przyrody ukończonych, gdzie więc wykluczonym jest każdy uraz mechaniczny operacyjną ręką lub instrumentem. Wylew krwi zwykle powstaje tak nagle, niespodziewanie i szybko, że o jakimkolwiek zapobieganiu ani mowy być nie może. Ile razy podejrzujemy tego rodzaju *thrombus*, wypada poród jak najprędzej ukończyć pod narkozą. Oprócz tego powstania hematoma przy porodach, przez samą przyrodę ukończonych, ENGELMANN [1885] opisał przypadek krwisteku wargi sromowej wielkiej u kobiety dotkniętej przepukliną pachwinową. Chodziło o 34-letnią po raz 10-ty rodzącą o obustronnej przepuklinie pachwinowej. Dawniej nawet przy porodzie kleszczowym przy noszeniu opaski przepuklinowej nigdy nie było żadnej komplikacji. Na lewej nodze istniały żyłaki.

Obecnie poród odbył się *sponte*, przepuklinę zatrzymywała opaska; jak tylko główka przerznęła się, nagle lewostronna przepuklina pachwinowa wystąpiła i obniżyła się ku dołowi. Pół godziny po porodzie lewa warga sromowa wielka była siedzibą guza 7 ctm. grubości, pokrytego silnie napiętą skórą ciemno-sinawą i błyszczącą—guz ten o kształcie kielbasy sięgał aż do kanału pachwinowego. Ponieważ konsystencya przemawiała za zawartością kiszkową, ENGELMANN przypuszczał, że przy natężeniu się *sub partu* wystąpiła kiszka ku dołowi, spróbował zatem odprowadzenie jelita. Repozycja częściowo udała się, gdy nagle ENGELMANN spostrzegł, że ma rękę zakrwawioną, rozpoznał wtedy *haematoma labii*; nastąpił silny krwotok z naddarcia skóry. Na razie zamknął on ranę palcami, dokończył repozycję kiszki, przyczem skóra nader-

wała się w drugim miejscu. Z rany wydzieliły się duże skrzepy krwi i wylało się sporo krwi świeżej, poczem guz zapadł się. Po wypłukaniu jamy krwi-steku ENGELMANN nałożył opatrunek uciskowy sublimatowy. Chora wyzdrowiała.

[C. d. n.].

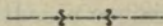
Z KLINIKI CHORÓB WEWNĘTRZNYCH RADCY DWORU PROF. DRA EDWARDA KORCZYŃSKIEGO
W KRAKOWIE

II. O PRZEWLEKŁYM UNIERUCHOMIAJĄCEM ZAPALENIU KRĘGOSŁUPA

Podał

Dr Wawrzyniec Kędzior.

I asystent kliniki.



[Dokończenie — Patrz Nr. 25].

Przypadek III. J. M., lat 48., masarz; dziedziczości nie można wykazać w żadnym kierunku. W 18 r. życia przechodził zimnicę z torem trzeciackowym, w 36 r. życia rzeżączkę, z której się zupełnie wyleczył. Żonaty, ojciec 4 zdrowych dzieci.

Obecna choroba rozpoczęła się 6 miesięcy przed wstąpieniem do kliniki. Przy wstawaniu z łóżka doznawał bólu w karku i miał uczucie przygięcia głowy ku przodowi. Niezadługo ból rozszerzył się na potylicę i kręgi piersiowe, wystąpiła sztywność całego karku, nie pozwalając zwrócić głowy w tył, ani w bok, ku przodowi bardzo mało, nadto pojawiło się mrowienie i pieczenie w rękach.

Z powodu bólu sypiać ma tylko pozycji siedzącej. W ostatnim czasie pojawił się ból w okolicy łopatek i w ramionach. Mocz i stolec oddaje prawidłowo.

Alkoholu miernie nadużywał. Mieszkanie miewał często wilgotne.

St a n o b e c n y. Wzrost średni, tętnice skroniowe i sprychowe twarde, pokręcone. Mięśnie mostko-sutko-obojezykowe napięte. Mięśnie ramion, osobliwie mięśnie deltowe zwiotczałe. Ruchy głową znacznie upośledzone i bolesne. Górne kręgi szyjne bolesne przy obmacywaniu, zresztą kręgosłup niebolesny. Ruchomość tułowia mała. Garbu nie ma. Przez usta nie można wyczuć żadnych nierówności na kręgosłupie, tylko można stwierdzić bolesność przy obmacywaniu. Głowa pochylona ku dołowi. Ruchy w stawach barkowych upośledzone. Prawą kończynę górną jest w stanie podnieść tylko do kąta 45°; przy ustaleniu łopatek ruchy mniej upośledzone. Zgrubienie stawu barkowego prawego nieznaczne. Z resztą stawy zupełnie wolne. Siła ręki prawej, mierzona dynamometrem = 22, — ręki lewej również 22. Pobudliwość mechaniczna mięśniowa i odruchy ścięgnowe wzmożone. W czuciu zmian nie-

ma. Pobudliwość galwaniczna nerwów kończyn górnych nieco upośledzona. Reakcyi zwyrodnienia nie ma. Klatka piersiowa krótka, szeroka, dobrze sklepiona. Tor oddechowy przeponowy.

Leczenie kliniczne, polegające na stosowaniu kąpeli słonych, masażu i elektryzowania przyniosło choremu znaczną ulgę, a mianowicie: sztywność w karku i bóle zmniejszyły się.

Gościec zdaje się i w tym przypadku odgrywać pewną rolę. Przypadek ten wyróżnia się od poprzednich objawami uciskowymi na koźnienie nerwowe [parestezye i bóle], upośledzenie pobudliwości galwanicznej w zakresie kończyn górnych. Wspólnymi zaś są ankyloza kręgosłupa, aczkolwiek mniejszego stopnia i ankyloza stawów barkowych.

Przypadek IV. St. R., lat 57, nożownik. Dziedzicznie nie obciążony. W r. 1863 stracił kończynę dolną prawą wskutek nostrzału i 2 razy przechodził zapalenie płuc, zresztą był zupełnie zdrów. W 42 r. życia z powodu jakiegoś cierpienia wątroby, którego bliżej określić nie umie, zażywał sól morszynską i karlsbadzką. W czerwcu 1899 przebył napad apoplektyczny, w czasie którego stracił mowę i władzę w kończynie dolnej lewej. Po kilku godzinach mowa wróciła, lewa kończyna jednak pozostała słabszą. W październiku 1899 wystąpiły bóle drące w kończynie górnej prawej i w plecach, głównie w okolicy łopatek, poczem bóle te zajęły i kończynę górną lewą i krzyżę. Stopniowo władza kończyn górnych słabła, a ból wzmagał się, osobliwie w porze nocnej i przy zmianie pogody. Bóle bywały tak silne, że chory tygodniami nie sypiał. Z początkiem r. 1900 zasięgał porady lekarskiej w naszej klinice; stwierdzono wówczas objawy zapalenia obu splotów barkowych, a mianowicie parestezye i bóle w kończynach górnych, osłabienie tychże kończyn, zwiótczenie mięśni, osobliwie ramieniowych, i bolesność punktów nerwowych, nadto ślady po udarze apoplektycznym, miażdżycę tętnic i powiększenie wątroby. W kręgosłupie żadnych zmian wykazać nie było można.

Stan chorego stale się pogorszał; z początkiem kwietnia 1900 dołączyły się bóle w karku, nie pozwalające mu wyprostować głowy; kończyny górne osłabły do tego stopnia, że nie był w stanie utrzymać w ręku nawet książki do czytania. Przy zmianie pogody bóle stale się zwiększały. Apetyt był dobry, polykanie prawidłowe, stolec regularny.

Chorób wenerycznych nie przechodził, alkoholu miernie nadużywał.

St a n o b e c n y. Budowa kośćca dobra, odżywienie dobre. Fałda nosopoliczkowa lewa płytsza, przy świstaniu wyraźny niedowład dolnych gałęzi nerwu twarzewego lewego. Na policzkach porozszerzane nacynia włosowate. Na wargach mierna sinica. Tętnice sprychowe twarde, pokręcone. Drugi ton nad aortą "akcentowany. Wątroba powiększona, twardsza: klatka piersiowa wdechowo ustawiona. Tor oddechowy przeponowy. Rozedma płuc. W dolnych częściach objawy wilgotnego nieżytku oskrzeli. Zresztą w narządach wewnętrznych zmian wydatniejszych niema.

Głowa przegięta ku przodowi. W pozycyi leżącej na wznak chory nie jest w stanie dotknąć głową materaca. Ruchy głową wogóle upośledzone, osobliwie ku tyłowi; względnie najmniej upośledzone ruchy w bok. Forsowniejsze ruchy głową bolesne. Przy obmacywaniu kręgosłupa tylko w części środkowej szyjnej bolesność małego stopnia. Ostatnie 2 kręgi szyjne zgrubiałe. Górna część piersiowa kręgosłupa wygięta w kształcie garbu ku tyłowi bez kompensacyi w części lędźwiowej. Ruchy tułowia dość dobre. Przez jamę ust wybujałości na części szyjnej kręgosłupa wymacać nie można. Siła ręki prawej, mierzona dynamometrem = 15—, ręki lewej = 10. Kończyny górne wy-

chudzone, lewa więcej niż prawa, mięśnie bardzo wiotkie, pobudliwość mechaniczna mięśniowa utrzymana. Pobudliwość galwaniczna nerwu łokciowego prawego upośledzona, zresztą prawidłowa. Punkty Erb'a wyraźnie bolesne, nerwy sprychowy, łokciowe i środkowy więcej bolesne po stronie lewej. Stawy kończyn zupełnie wolne. Odruchy kolanowe wzmożone. W uczuciu żadnych zmian niema.

W czasie pobytu w klinice pojawiały się kilkakrotnie gwałtowne bóle w karku, ustępowały jednakże po wstrzykiwaniu podskórnem antypiryny w okolicę karku.

Przypadek ten zbliża się do przypadku BECHTEREWA, gdzie zmiany w kręgosłupie były następowe. Tu, w czasie, kiedy zapalenie nerwów było wybitne, kręgosłup jeszcze żadnych zmian chorobowych nie okazywał, w szczególności ruchomość jego była zupełnie prawidłowa. Zapalenie nąrwów mogło być wywołane miażdżycą tętnic w następstwie nadużywania napojów wysokowych (porozszerzane naczynia włosowate na twarzy, wątroba miernie powiększona; rdzenia języka, ani palców rąk nie było). Domyślać się więc można, że sprawa chorobowa z nerwów przeszła na opony rdzenia, a następnie na kręgosłup. Uraz apoplektyczny trzeba tłumaczyć jako krwotok mózgowy w torebce wewnętrznej prawej, w następstwie miażdżycy.

Przypadek V. W. M. lat 64, rolnik. Zawsze zdrowy. Przed pięciu tygodniami, dźwigając drzewo, podźwignął się, przyczem, — jak się wyraża, — „trzasło mu w karku”, i od tego czasu miewa bóle, rozchodzące się od karku do łopatek i cierpienia kończyn górnych; siła rąk stale się zmniejsza. Czasami doznaje zrywań w kończynach dolnych. Mocz oddaje słabszym strumieniem. Stolec prawidłowy.

Stan obecny. Ruchy głową upośledzone, bolesne. Kręgosłup w górnej części piersiowej wypukły w kształcie garbu. Przy obmacywaniu bolesność ostatniego kręgu szyjnego i 2 górnych piersiowych. Ruchomość części piersiowej kręgosłupa miernie upośledzona. Ruchy w stawach barkowych upośledzone. Pnie nerwów kończyn górnych bolesne. Odruchy ścięguiste wzmożone. Przechulica na końcach palców obu rąk. Przez usta wyczuć można kostlinę, poprzecznie przebiegającą, odpowiadającą połączeniu kręgów. Reakcyi zwyrodnienia niema. Kończyny dolne zmian w stawach nie okazują.

Jako przyczynę choroby w przypadku tym uważać należy urazowe zapalenie kręgow.

Aczkolwiek, według opowiadania chorego, choroba nie długo trwała, mimo to wywołała już objawy ucisku na nerwy (pastezye, bolesność pni nerwów, przechulicę na końcach palców) — nadto prawdopodobnie zmiany na oponach [zrywanie kończyn i trudność w oddawaniu moczu].

Przypadek VI. M. D. lat 30. Kasyer przy tartaku, wyznania moją. Dziedzicznie nie obciążony. W 21 r. z przebył ostre zapalenie stawów kolanowych, poczem był zupełnie zdrowy. Obecna choroba rozpoczęła się przed rokiem; a więc w 29 r. życia od silnych bólów w stopie lewej i karku, które następnie przeszły na ramię lewe, a później prawe, a wreszcie na wszystkie tak górnych, jak i dolnych kończyn, nie pozwalając choremu się nawet poruszyć w łóżku. W miesiąc po wystąpieniu pierwszych objawów chorobowych, zauważył chory zniekształcenie stawów — w 2 miesiące zaś później doznawał swędzenia skóry i wyrzutów w postaci pęcherzyków. Z powodu choroby skórnej zgłosił się do tutejszej kliniki prof. REISSA, który rozpoznał: „Eczema

*serpiginosum*⁴, a po podleczeniu odesłano go do kliniki chor. wewn. Równolegle z poprawą choroby skóry poprawiał się i stan ogólny, w szczególności stawów; bóle pozostały tylko w karku, nawet władza kończyn nieco się poprawiła. Apetyt dobry, stolec regularny. Napojów wysokokowych nie nadużywał. Chorób wenerycznych nie przechodził.

S t a n o b e c n y w chwili prsyjścia do kliniki chor. wewn. w dniu 3 lutego 1900:

Mięśnie karkowe napięte. Głowa stale na prawo przechylona. Ruchy głowy na lewo minimalne, na prawo znacznie upośledzone, w tył prawie zniesione, ku przodowi bardzo trudne. Wszystkie te ruchy bolesne. W górnej części piersiowej kręgosłup okazuje kyphoskoliozę ku stronie prawej; w dole; ku lewej bez kompensacji. Ruchy kręgosłupa ku przodowi w części piersiowej i lędźwiowej miernie upośledzone, ku tyłowi i w bok wybitnie upośledzone i bolesne. Obmacaniem stwierdzić można bolesność kręgosłupa w części szyjnej. Przez usta wybujałości kostnych na kręgosłupie nie stwierdzono. Klatka piersiowa długa, ruchomość bardzo mała, tor oddechowy przeponowy. W prawym szczycie przytłumienie odgłosu, szczyt niżej ustawiony, nieruchomy. Wydech w prawym szczycie przedłużony, rzężeń nawet po kaszlu niema.

Kończyny wychudłe, osobliwie kończyna górna lewa — różnica w obwodzie ramienia wynosi 1½ ctm. Mięśnie wogóle wiotkie, więcej po lewej. Siła ręki prawej = 7, lewej = 0. Ruchy czynne i bierne w zakresie wszystkich stawów kończyn mniej lub więcej upośledzone, względnie najmniej w stawach biodrowych i łokciowych. Kończynę górną prawą jest w stanie podnieść nieco ponad poziom, lewą zaledwie do poziomu. W stawach łokciowych zupełnie wyprostowanie niemożliwe. Ruchy w stawach nadgarstkowych w wysokim stopniu upośledzone, osobliwie w lewym. Ruchy palców ręki prawej dość dobre, z wyjątkiem palca wskazującego, który okazuje przykrócenie w 2-gim stawie! śródfalangealnym.

Ręka lewa obok wychudzenia okazuje nieprawidłowe ustawienie: ręka we fleksji, a palce w ekstensji, w całości ręka zwrócona ku wewnątrz. Ruchy palców znacznie upośledzone — więcej zginanie, niż wyprostowywanie. Przy ruchach chrzęst. Stawy kończyn dolnych zgrubiałe, bolesne. Kończyny dolne sine; na skórze resztki wyprysku. Siła kończyn tych mała. Kończynę dolną prawą wyprostowaną w stawie kolanowym jest w stanie podnieść na 55 ctm. ponad poziom, lewą na 50 ctm. Ruchy w stawach biodrowych i kolanowych nieco upośledzone. Przy ruchach chrzęszczenie i ból. Staw skokowy lewy bolesny, prawy niebolesny. Stawy palców stopy prawej okazują ankylozę.

Po prawej stronie punkt Erb'a bolesny, reszta pni niebolesna. Po lewej wszystkie pnie nerwowe bolesne. Pnie nerwów kończyn dolnych niebolesne.

Chód bardzo utrudniony, ale możebny przy pomocy jednej osoby.

W czuciu nieznaczne zmiany, a mianowicie: przeczulica na piersi, barku, ramieniu po stronie prawej, a upośledzenie lokalizacji na kończynach dolnych i koźczynie górnej lewej. Ukłucie szpilką na koźczynie dolnej lewej gorzej wyróżnia, niż na prawej.

Badanie prądem galwanicznym wskazuje wyraźnie upośledzenie pobudliwości nerwu łokciowego lewego z zaznaczoną reakcją zwyrodnienia. Na innych nerwach koźczyny górnej lewej stwierdzić można upośledzenie pobudliwości galwanicznej.

W czasie pobytu w klinice [1½ miesiąca] stan chorego znacznie się poprawił. Choroba skórna prawie zupełnie ustąpiła, a sprawność ruchowa koźczyn znacznie się zwiększyła. Chód możebny o własnych siłach. Bóle w karku nieznaczne, ruchomość jednak stosu pacierzowego nieznacznej tylko uległa poprawie.

Ten przebieg choroby przemawia za przypuszczeniem, że przyczyną właściwą choroby był ostry gościec stawowy, który w ciągu jednego miesiąca zajął wszystkie stawy kończyn i kręgosłupa, i że gościec ten, przeszedłszy w postać przewlekłą, wywołał następnie zniekształcenie stawów. Przypadek ten podobny jest do przypadku *OPPEKHEIM'a*, gdzie również w przebiegu gościa stawowego ostrego został zajęty kręgosłup. Obok zmian w stawach, istniały także zmiany w pniach nerwowych kończyny górnej lewej.

Przypadek VII. W. K., lat. 54., były kupiec wyzn. mojż. Dzieczości wykazać nie można. W dzieciństwie nie chorował. Obecna choroba rozpoczęła się w 46 r. z. bólami w stawie skokowym prawym, później w lewym, a następnie w obu stawach barkowych — niezmiennie zmieniającymi się wcale przy zmianie pogody. Leczenie w Piszczanach usunęło wówczas zupełnie bóle. Po 4 latach wystąpiły ponownie bóle w tych samych stawach, nadto w stawach kolanowych, łokciowych, nadgarstkowych i falangowych. Równocześnie miały się pojawić obrzęki tychże stawów. Leczenie w Truskawcu nie przyniosło skutku. Od 2 miesięcy znaczne pogorszenie: dołączyły się przykurczenia w stawach kolanowych i bóle w krzyżach. Apetyt dobry; moc i stolec oddaje chory prawidłowo.

Przed 7 laty mieszkał przez rok w bardzo wilgotnem mieszkaniu. Alkoholu nie nadużywał. Chorób wenerycznych nie przechodził.

St a n o b e c n y. Ruchy głową znacznie upośledzone, osobliwie ku tyłowi i na lewo. Ostatnie kręgi szyjne zgrubiałe i bolesne; jeszcze bardziej bolesna $\frac{1}{4}$ część piersiowa stosu pancerzowego. Kość krzyżowa i ogonowa bardzo bolesne. Reszta kręgosłupa niebolesna. Przez usta kostliny wyczuć nie można. Górna część piersiowa kręgosłupa zanadto wygięta ku tyłowi. Ruchomość kręgosłupa znacznie upośledzona. Klatka piersiowa mało ruchoma. W narządach wewnętrznych zmian niema. Stawy kończyn górnych zgrubiałe, bolesne; ruchy czynne i bierne w wysokim stopniu upośledzone. Chęrczenie bardzo wyraźne. Stawy biodrowe wolne. Stawy kolanowe zgrubiałe — niebolesne. W stawach tych mierne przykurczenia. Stawy skokowe i palców nog zgrubiałe i bardzo bolesne. Stawy żuchwowe wolne.

Punkt *ERB'a* i nerw udowy po stronie prawej tkliwe; zresztą niebolesne. W czuciu żadnych zmian wykazać nie można. Pobudliwość mechaniczna mięśniowa wzmożona. Odruchy ścięgniste wygórowe. Reakcyi zwyrodnienia niema, tylko pobudliwość galwaniczna mięśnia dwugłowego prawego upośledzona.

W ciągu pobytu w klinice bóle się zmniejszyły, natomiast ruchomość i władza kończyn pozostały w jednym stopniu upośledzone.

Przypadek ten najrychlej jeszcze można zaliczyć do zniekształcającego zapalenia stawów z nieznacznem podrażnieniem nielicznych nerwów.

Przypadek VIII. A. C., lat 29, żona rolnika. Dziedzicznie nie obciążona. Od 9 lat zamężna; rodziła 4, — troje dzieci żyje, czwarte urodziło się nieżywe. Obecna choroba rozpoczęła się na 5 miesięcy przed wstąpieniem do kliniki bólami w karku, osobliwie po stronie lewej, zwiększającymi się pod wieczór i przy zmianie pogody. Bóle bywały tak silne, że chora głową ruszyć nie była w stanie. Mieszkanie miała wilgotne, bez podłogi, narażała się na częste przeziębienia.

Badanie przedmiotowe narządów wewnętrznych, prócz śladu białka w moczu, zmian nie wykazuje. Przez gardło na wysokości trzeciego kręgu szyjowego stwierdzić można wyniosłość poprzecznie przebiegającą, od której ku dołowi przebiega zgrubienie kostne w kształcie listewki, odpowiadające przebie-

gowi więzów podłużnych. Wyrostki kolczaste górnych kręgów szyjnych zgrubiałe; ruchomość karku upośledzona, szczególnie w ruchach rotacyjnych, jako też w ruchach z boku na bok. Ruch głowy ku przodowi i tyłowi mniej upośledzony.

Bolesność nerwów tyłogłowych w chwili przyjęcia do kliniki wyraźna, po 2 tygodniach zupełnie ustąpiła. Bolesności pni nerwowych, lub też zmian w stawach nie ma.

Całą sprawę chorobową uależy uważać, po wykluczeniu gruźlicy, syfilisu urazu, za reumatyczne [idyopatyczne] zapalenie kręgosłupa.

Opisane powyżej przypadki mają tę wspólną cechę, że główna zmiana chorobowa zachodzi się w kręgosłupie i sprowadza mniejsze lub większe jego stężenie. Główne zmiany są w części szyjowej; garb w górnej części piersiowej nie stale występuje. Objawy uciskowe względnie są rzadkie; dziedziczności w żadnym przypadku wykazać nie można.

Bardzo ciekawem zjawiskiem, wyróżniającem niektóre nasze przypadki od innych dotychczas ogłoszonych, jest zajęcie stawów barkowych i mostkoobjęzkowych, podczas gdy stawy biodrowe prawie we wszystkich przypadkach są wolne

W kilku przypadkach stwierdzić można było wyraźne wybujalności kostne na kręgosłupie w części szyjowej, co obok ankylozy zupełnej w I-szym przypadku, a częściowej w następnych, uprawnia do przyjęcia, że rozchodzi się tu o proces ossyfikacyjny.

Ścisły podział między zapaleniem stawów zniekształcającem a przewlekłym reumatyzmem stawowym jest możebny właściwie tylko na podstawie badania anatomo-patologicznego. To też i w powyżej opisanych przypadkach trudno jest przeprowadzić podział ścisły. Opierając się jednak na danych anamnestycznych i na objawach klinicznych, znaczną część powyższych przypadków należy wyłączyć z działu zniekształcającego zapalenia stawów, a wliczyć do chronicznego reumatyzmu stawowego.

I tak zaliczyć tu można przypadek II, III, VI i VIII, natomiast I przypadek odpowiada najwięcej i do pewnego stopnia uzupełnia P. MARIE'go p. t. „*Spondylose rhizomélique*“. Przypadek VII, jak już wyżej wspomniano, zaliczyć należy do zapalenia stawów zniekształcającego; przypadek V odpowiada zapaleniu kręgosłupa urazowemu z następczymi objawami uciskowymi, a IV zapaleniu kręgosłupa następczemu w przebiegu zapalenia nerwów i opon rdzeniowych.

Ponieważ reumatyzm chroniczny może przejść w zniekształcające zapalenie stawów, jak to bardzo dobrze można widzieć w naszym przypadku VI, nadto gościec chroniczny może się objawić pod postacią chorobową, określoną przez BECHTEREWA, a może i pod postacią „*spondylose rhizomélique*“, przeto podział przewlekłego unieruchamiającego zapalenia kręgosłupa w zakresie obserwacji klinicznej i zwykłych klinicznych znamion rozpoznawczych nie może na razie być ścisłym i bezwzględnie dokładnym, dopóki nie będziemy posiadali większej ilości spostrzeżeń klinicznych i anatomo-patologicznych.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

67. Heubner. Bilans energii niemowlęcia. [Prawo zachowania energii w zastosowaniu do żywienia niemowląt].

Autor w pracy swej kwestyę żywienia niemowląt traktuje z punktu widzenia prawa zachowania energii, zwraca uwagę nie na to, z jakich substancji składa się dany pokarm [badania bowiem RUBNER'a dowiodły, że np. tłuszcze i węglowodany wzajem się zastępować mogą bez szkody dla odżywiania], lecz ile energii, wymierzonej w jednostkach ciepła przynoszą ustrojowi, jak się układa przy takiej lub innej formie karmienia przychód i rozchód ustroju — ogólny bilans energii ustroju. Bilans ten da się wyrazić niezłożonym równaniem — wprowadzona z pokarmem do ustroju energia potencjalna (n) równa się wykonanej przez ustrój pracy (e) więcej nagromadzona w nim (a): $n = e + a$. Przez e rozumieć będziemy pracę, zużytą na wytworzenie ciepła; właściwie należy tu dodać jeszcze pracę wykonaną przez ustrój, lecz ta u niemowlęcia jest minimalną, więc może być pominiętą. W równaniu tem wyrazić można wszystkie zaburzenia prawidłowego bilansu energii, spowodowane czy to niedostatecznością pokarmu, czy też wadliwym trawieniem. Przy normalnym rozwoju niemowlęcia n powinno być większe od $e + a$. Miałoby bardzo ważne znaczenie obliczenie ściśle w kaloryach składników powyższego równania. Najłatwiej stosunkowo określić n . Dzięki przeważnie badaniom RUBNER'a wiadomo, ile w litrze różnych pokarmów zawiera się jednostek ciepła [w litrze mleka krowiego 670 kaloryi, kobiecego 650, osłego 502 i t. d.]; więc obliczyć należy, ile kaloryi zawiera się w przyjmowanej dziennie przez niemowlę ilości pokarmu i ile tych kaloryi, czyli przywozu energii wypada na kilo wagi dziecka. HEUBNER nazywa tę wielkość *Energiequotient* współczynnikiem energii; wprowadza oprócz tego jeszcze pojęcie *Wachsthumsintensität* — natężenie wzrostu, które powstaje: jeżeli krzywą wagi kreślić na papierze z podziałkami milimetrowymi, to *tangens* kąta, jaki tworzy krzywa z abscysą, będzie odpowiadał natężeniu energii. Przez porównanie współczynnika energii z natężeniem wzrostu otrzymujemy wyobrażenie o wartości całego bilansu energii.

Autor przytacza badania, wykonane w tym kierunku przez FERR'a, FINKELSTEIN'a, CAMERER SÖLDNER'a, następnie badania swoje, wykonane w kilku przypadkach. Badania w poszczególnych przypadkach prowadził autor tak, że co tydzień oznaczał: 1) wagę dziecka, 2) współczynnik energii we wprowadzonym pokarmie, 3) objętość pokarmu, wprowadzanego codziennie. Ciekawe jest zestawienie danych, otrzymanych u dziecka, karmionego piersią matki i sztucznie: w pierwszym kwartale dziecko karmione sztucznie przy większym współczynniku energii posiada dwa razy mniejsze natężenie wzrostu, pochodzi to zdaniem autora stąd, że pokarm matki wymaga mniejszej pracy trawiennej. W trzecim kwartale przyrost wagi dziecka przy piersi staje się umiarkowanym, dziecko karmione sztucznie nie tylko dorównywa, lecz prawie lepiej prosperuje. Dzieje się to wskutek tego, iż przy końcu 3-go kwartału ilość mleka, dostarczanego przez matkę, jest względnie do wagi dziecka znacznie mniejszą niż przedtem, a w czwartym kwartale staje się nawet niedostateczną; autor w badanym przypadku dodawał mleko krowie dla wyrównania bilansu.

Znacznie gorszy bilans energii stwierdził autor u przedwcześnie przyszytych na świat niemowląt. Tłómaczy to autor tem, iż u niemowlęcia takiego praca, zużyta na wytworzenie ciepła, jak również praca trawienia, jest znacznie większą, niż u dziecka normalnego przy piersi.

Pomijając z konieczności szczegółowe dane, skądinąd bardzo ciekawe, przytoczymy tu wnioski, do jakich autor dochodzi na zasadzie badań, przeprowadzonych powyższą metodą.

1) Przy karmieniu sztucznem współczynnik energii winien być wyższy, niż przy karmieniu piersią, jeżeli wyniki mają być również dobre.

2) Przy współczynniku niższym, niż 70 kaloryi, nie może być mowy o normalnym wzroście nawet u dziecka przy piersi.

3) Dla zadawalającego wzrostu współczynnik energii przy karmieniu piersią nie może być w pierwszym półroczu niższym od 100 kaloryi, przy karmieniu sztucznem nie może być niższym od 120 kaloryi.

Autor metodę badania, proponowaną przez siebie, uważa za odpowiednią i przy karmieniu chorych dzieci.

Badanie powinno być przeprowadzone w następujący sposób:

1) Zbadać należy, czy współczynnik energii danego pokarmu, jest odpowiednio wysoki dla danego dziecka.

2) Czy praca niezbędna do przyjmowania i zużytkowania danego pokarmu nie jest zbyt wielką, *resp.* czy wyzyskiwanie przez ustrój danego pokarmu jest dostateczne.

Wnioskować o tem można ze stosunku współczynnika energii do natężenia wzrostu.

Jeżeli niema przyrostu pomimo wysokiego współczynnika energii danego pokarmu, należy zmienić pokarm na inny; każdy nowy pokarm należy poddać powyższemu badaniu, aż się natrafi na pokarm, przy którym otrzymuje się przyrost. Ocenianie pokarmu podług jego współczynnika energii ma i tę zaletę, że unika się przekarmiania.

(*Zeitschrift f. diätetische u. physikalische Therapie. 1901*).

Brudziński

68. Chatin. Zaburzenie odżywcze i zaburzenia czuciowe u hemiplegików.

Kwestya istnienia swoistych nerwów troficznych nie jest dotychczas rozstrzygnięta. Jedni przyjmują istnienie specyficznych włókien nerwowych i ośrodków, zarządzających sprawami odżywiania, inni pogląd ten stanowczo odrzucają.

Dla wyjaśnienia tej kwestyi autor badał, jaki bywa stosunek zaburzeń czucia i ruchu do zaburzeń w odżywianiu i w tym celu przytacza dwadzieścia odnośnych obserwacyi u hemiplegików, dzieląc ich na dwie kategorie: hemiplegie z zaburzeniami troficznymi lub naczynioruchowymi i hemiplegie bez tych zaburzeń.

Z 11 osób pierwszego szeregu, gdzie istniały mniej lub bardziej wybitne zmiany odżywcze [zanik mięśni, skóra ścięczała i stwardniała, zniekształcenie paznokci, obrzęki, sinica, różnice w ciepłocie i t. d.], 10—wykazało też mniej lub bardziej rozległe zaburzenia w sferze czucia [przedmiotowego: dotyk, ból, ciepłota, lokalizacya, oraz podmiotowego: parestezye, bóle samoistne], u jednej istniały one w wywiadach.

U pozostałych osób, nie posiadających zmian odżywczych, nie udało się autorowi odszukać, ani w anamnezie wykazać wybitniejszych zaburzeń czuciowych.

Stąd autor wnioskuje, że oba szeregi zjawisk wspomnianych w ścisłej, prawdopodobnie przyczynowej pozostają zależności. Sprawa odżywiania, przypuszcmy włókna mięśniowego, zależy, według wszelkiego prawdopodobieństwa, od pewnej równowagi czynnościowej całego łuku odruchowego, któremu dane włókno podlega. Jeżeli więc jakikolwiek odcinek tego łuku zostanie uszkodzony, tem samem zachwiana zostaje owa równowaga, prowadząc za sobą zjawiska dystrofii lub atrofii.

Widzimy to wyraźnie przy zaniku mięśniowym pochodzenia rdzeniowego, gdzie ulega uszkodzeniu obwodowy neuron ruchowy. Zanik ten będzie znacznie mniejszy, gdy cierpienie dotknie neuron ruchowy centralny, albowiem tu zachamowaniu ulegają tylko ruchy dowolne, podczas gdy odruch mleczowy może w dalszym ciągu podtrzymywać jeszcze pewne napięcie mięśniowe, a więc

i odżywianie włókien mięśniowych. Jeżeli natomiast i neuron czuciowy jednocześnie porażony zostanie, oczywiście daleko więcej będzie szans, aby sprawa odżywiania ucierpiała, co też wymownie dowodzą spostrzeżenia CHATIN'a, oraz obserwacje innych badaczy, przez autora zebrane.

Nawet w histeryi, tam, gdzie istnieją wybitniejsze zaniki mięśniowe i zaburzenia naczynioruchowe, zazwyczaj spotykamy rozległe i wybitne zaburzenia ruchowe i czuciowe. A jeżeli tym ostatnim nie zawsze towarzyszą zaniki, to trzeba zwrócić uwagę, że tu mamy do czynienia ze zmianami natury psychicznej, z zaburzeniami zazwyczaj przejściowymi, a łuk odruchowy sprawie chorobowej nie podlega.

(*Revue de Médecine*, Nr. 10. 1900).

A. Lande.

69. Bickel. Poszukiwania doświadczalne nad wyrównaniem bezładu czuciowego.

Znanem jest dziś powszechnie znaczenie leczenia bezładu przy wiaździe rdzenia za pomocą t. zw. wyrównawczej metody ćwiczeń. Fizyologiczna zasada powyższej metody nie jest nową. Oddawna z praktyki wiadomem było, iż zaburzenia, spowodowane przez zmiany anatomiczne układu nerwowego, ulegają niejednokrotnie wyrównaniu. Dość wspomnieć na znajduwane przy późniejszych badaniach braki przedmiotowe w ośrodkach nerwowych, podczas gdy odnośne osoby za życia nie miały żadnych, albo bardzo nieznacznych objawów, całkiem nieodpowiednie do wykrytych później braków. Podobne fakty zmuszały do uznania przypuszczenia, iż nieuszkodzone części układu nerwowego mogą zastępować inne uszkodzone. Podobnież i przy wiaździe rdzenia niedotknięte jeszcze części układu nerwowego zastępują dotknięte części i tym sposobem objawy bezładu zmniejszają się lub znikają.

Autor dokonał licznych doświadczeń na zwierzętach w celu wykrycia, w jaki sposób następuje wyrównanie bezładu. Już w 1897 r. autor robił następujące doświadczenia: przecinał tylne korzenie nerwów rdzeniowych u psów, wywołując w ten sposób zupełne znieczulenie tylnych łap i jednocześnie bezład. Następnie autor spostrzegł, że objawy bezładu po pewnym czasie ulegają znacznej poprawie, a jeśli tresowano w odpowiedni sposób psy po operacji, to pomimo że korzenie tylne nie zrastały się, pomimo zupełnego znieczulenia tylnych łap pies odzyskiwał całą poprzednią dokładność ruchów.

Jak wiadomo, podwójna jest przyczyna powstawania bezładu czuciowego: zniesienie napięcia mięśniowego i brak obwodowych pobudzeń, któremi ośrodek kieruje się co do położenia ciała w przestrzeni.

Po przecięciu odpowiednich dróg czuciowych dla kończyn zanika napięcie mięśniowe. Prace doświadczalne MERZBACH'a dowiodły, że podrażnienia wzrokowe mogą wpływać na zwiększenie się napięcia mięśniowego. Doświadczenia EWALD'a dowiodły znacznego wpływu błędnika na napięcie mięśniowe. BICKEL przecinał psu czuciowe drogi dla tylnych kończyn, następnie czekał, aż bezład uległ znacznej poprawie, wtedy wycinał oba błędniki i spostrzegł, że objawy bezładu znowu silnie występowały i następnie nie tak znacznie się poprawiały z czasem, jak przed wycięciem błędników.

Co do orientowania się w przestrzeni przy uszkodzonych drogach czuciowych, to inne zmysły odgrywają znaczną rolę. Powszechnie znanem jest, jak ważnym jest dla ataktyków wzrok. Tak samo wielkie znaczenie w tym względzie mają błędniki. Prawdopodobnem jest przypuszczenie, że zwierzęta, dotknięte bezładem, uczą się znowu dobrze chodzić dzięki swym czuciowo-ruchowym ośrodkom mózgowym. Dla potwierdzenia powyższego przypuszczenia BICKEL razem z JACOB'em dokonali odpowiednich doświadczeń. Przecinano psom tylne korzenie rdzeniowe, wywołując tym sposobem następujący obraz kliniczny:

- 1) 1-szy okres po operacji — porażenie wrzekome tylnych kończyn,
- 2) okres wyraźnego bezwładu i 3) okres wyrównania bezwładu. Gdy pod-

czas trzeciego okresu wycinano psom ośrodki czuciowo-ruchowe dla wszystkich czterech kończyn, to następował okres wrzekomego porażenia, następnie w tylnych kończynach wyraźny bezład i wreszcie częściowe wyrównanie tego bezładu, ale o wiele mniejsze, aniżeli przed ostatnią operacją. W przednich kończynach spostrzegano tylko zwykle objawy po wycięciu odpowiednich ośrodków mózgowych. BICKEL wyprowadza następujący wniosek ze swoich doświadczeń: wyrównanie bezładu nie następuje wskutek powrotu przewodnictwa w uszkodzonych czuciowych drogach, lecz dzięki innym narządom. Zdaniem, autora dalsze poszukiwania pokażą nam, że i inne, prócz wymienionych wyżej, narządy posiadają własność wyrównywania bezładu, np. wzgórek wzrokowy, wzgórkę czworacze, a zwłaszcza mózdzek.

(*Experimentelle Untersuchungen über die Compensation der sensorischen Ataxie. Deut. med. Woch. Nr. 12. 1901.* K. Stróżewski.)

70. Head. O zaburzeniach czuciowych skóry przy chorobach narządów wewnętrznych.

Autor w swem dziele przeprowadza myśl, iż przy różnorodnych cierpieniach narządów wewnętrznych znajdujemy zwykle na pewnych miejscach skóry nadczułość. W celach dokładnego określenia właściwych granic każdej takiej okolicy nadczułości autor przedsiębrał poszukiwania na bardzo licznych przypadkach różnych cierpień narządów wewnętrznych. Tablice, dołączone do jego pracy, wykazują bardzo ściśle granice owych okolic nadczułości.

Okolice nadczułości nie odpowiadają rozprzestrzenieniu oddzielnych nerwów czuciowych, lecz, zdaniem autora, ściśle odpowiadają rozprzestrzenieniu nerwów czuciowych, które wychodzą z tego odcinka rdzenia, do kąd dochodzą gałązki nerwu współczulnego, idące od narządu, dotkniętego cierpieniem.

Z badań autora okazuje się, że przy półpaścu (*herpes zoster*) nie mamy do czynienia z wysypką w obrębie uległego zapaleniu nerwu czuciowego, lecz wysypka owa w zupełności odpowiada podanym przez autora okolicom nadczułości. Na dowód autor przytacza bardzo dokładnie badane 62 przypadki półpaśca.

Autor dokładnie określił kilkanaście okolic nadczułości na tułowiu i kończynach i kilka na głowie. W pośród takiej okolicy nadczułości znajdują się miejsca najwyższej wrażliwości i te są także przez autora oznaczone. Nadczułość badał autor za pomocą sepilki lub biorąc skórę między dwa palce.

Stosownie więc do wyników, jakie otrzymał autor, widzimy, że przy jakimkolwiek cierpieniu, dajmy na to żołądka, czy wątroby, znajdujemy na skórze odpowiednią okolicę nadczułości. Niestety jednak, o ile widać z pracy autora, przy różnych cierpieniach znajdujemy też same okolice nadczułości; a więc, znalazłszy okolicę nadczułości, nie możemy wyprowadzać dokładnych wniosków, jaki narząd dotknięty jest cierpieniem.

Praca powyższa zawiera opis 182 przypadków klinicznych, 124 rysunki i kilka tablic z okolicami nadczułości; nie nadaje się jednak do streszczenia; chcielibyśmy tylko zwrócić uwagę czytelnika na nią, chcących zaś zapoznać się bliżej z powyższym przedmiotem odsyłamy do oryginału.

(*Die Sensibilitätsstörungen der Haut bei Visceralerkrankungen. Berlin. 1898. str. 346.* K. Stróżewski.)

Wiadomości bieżące.

— Staraniem i sumptem dra ANDRZEJA CHRAMCA z Zakopanego wzniesiono tamże pomnik dla ś. p. prof. T. CHAŁUBIŃSKIEGO, twórcy tej miejscowości, jako uzdrowisko i stacyi klimatycznej.

— Prof. RYDGIER wybrany został na rektora Uniwersytetu Lwowskiego na r. 1901—1902.

— Kliniką chorób wewnętrznych w Paryżu po prof. JACCOUD, objął prof. LANDOUZ, dotychczasowy prof. terapii ogólnej.

— Kilka dam i lekarzy szpitali w Paryżu wystąpiło z inicjatywą założenia tamże „Institut d'infirmières à domicile”. Po odbyciu 2-letnich studyów teoretycznych i praktycznych, zakończonych egzaminem, młode kobiety, dyplomowane, będą miały dostarczone zajęcie przez tenże instytut, który również będzie im płacił stałą pensję. Bogatym chorym będzie dostarczana opieka w domu za opłatą, a biednym darmo. Fundusz na utrzymanie instytutu będą składali członkowie czynni [5 franków], tytularni [10 fr.], założyciele lub dobrodzieje [500—1000 fr. jednorazowo].

— Wszystkie towarzystwa dróg żelaznych we Francji otrzymały okólnik od ministra robót publicznych, nakazujący, aby w celach higienicznych w wagonach, poczekalniach i t. p. dywany były zastąpione przez linoleum lub inny materiał, dający się zmywać; zabraniający bezwzględnie zamiatania na sucho wagonów, poczekalni, halli i t. p. i nakazujący pokryć wszystkie siedzenia pokrowcami łatwymi do dezynfekowania, dopóki nie będą zastąpione materiałami, dającymi się zmywać.

— Trybunał paryżki odrzucił apelację dra DUCHOMEL, skazujący go na karę 10000 franków za to, iż w domu zdrowia, którego był dyrektorem, z powodu niedozoru neurasteniczka powiesiła się w waterklozecie.

— Miliarder amerykański CARNEGIE [szkot] zapisał 4 miliony franków 4-em uniwersytetom szkockim: w Edynburgu, Glasgowie, Saint-Andrews i Aberdeen, na stypendya dla biednych studentów szkotów.

— Z okazji 450-letniej uroczystości założenia uniwersytetu w Glasgowie między innymi otrzymał tytuł doktora *honoris causa* prof. MIKULIČ z Wrocławia.

— Rząd Stanów Zjednoczonych Ameryki wydał władzom portowym rozporządzenie niewpuszczania suchotników na ląd Ameryki.

Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich. *Przegląd Lekarski* № 20. R. TRZEBICKY. O znieczuleniu sposobem BIER'a, J. LANDAU. O sztucznem karmieniu noworodków [C. d.]. T. ZALEWSKI. Dwa przypadki tracheotomii z powodu kłty krtani. — № 21. K. RYCHLIŃSKI, i T. ŁAPIŃSKI. Dwa przyczynki do techniki barwienia włókien nerwowych. L. KORCZYŃSKI. Rozwój i obecne stanowisko organoterapii. R. TRZEBICKY. O znieczuleniu sposobem BIER'a [Dk.]. J. LANDAU. O sztucznem karmieniu noworodków [C. d.]. — *Kronika Lekarska* № 11. W. KOPYTOWSKI. Niezwykły przypadek przymiotu, występujący pod postacią przypominającą czerwony liszaj. M. BORNSTEIN. O porażeniach i zanikach mięśniowych w wiądzie rdzenia [C. d.]—*Krytyka Lekarska* № 6. A. WRZOSEK. O filozofach-medykach i medykach-filozofach. J. JAWORSKI. O przesądach i zwyczajach ludu naszego, dotyczących pomocy dla rodzących oraz opieki nad noworodkiem. Z pamiętników dra SZOKALSKIEGO. — *Medycyna* № 12. T. HEIMAN. O guzie perlistym (*cholesteatoma*) ucha. H. DOBRZYCKI. Działalność lecznicza stacyi klimatycznej oraz zakładu kumysowego i wodoleczniczego w Sławucie za ubiegłych lat 25 [C. d.].—№ 23. H. DOBRZYCKI. Działalność lecznicza stacyi klimatycznej oraz zakładu kumysowego i wodoleczniczego w Sławucie za ubiegłych lat 25 [Dk.]. T. HEIMAN. O guzie perlistym (*cholesteatoma*) ucha [C. d.].—№ 23. M. SADOWSKI. Przyczynek do kazuistyki pierwotnego raka oskrzeli. T. HEIMAN. O guzie perlistym (*cholesteatoma*) ucha [Dk.].—*Zdrowie* № 6. L. BREGMAN. Pierwsze sanatorium dla niezamożnych chorych nerwowych. K. CHEŁHOWSKI. Nasze kąpiele prowincjonalne publiczne, kolejowe i fabryczne. S. KOPCZYŃSKI. Stan zdrowia uczniów Warszawskiej siedmioklasowej szkoły handlowej w świetle cyfr [Dk.].

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.

Довожено Цензурою, Варшава, 14 Іюня 1901. Друк Ковалевського, Варшава, Мазowieцка 8.