

# KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

---

## I. Przypadek całkowitego wypadnięcia macicy

*u dziewczyny 15-o letniej.*

Podał

A. Karczewski.

---

Wypadnięcie macicy zdarza się, jak wiadomo, przeważnie u kobiet starszych, które odbyły mniejszą lub większą ilość porodów. Przypadki całkowitego wypadnięcia macicy u młodych dziewcząt należą do spostrzeżeń rzadko notowanych w literaturze. Ostatnimi czasy ogłoszono kilka tego rodzaju spostrzeżeń, które pozwolę sobie tutaj streścić.

Na jednym z posiedzeń Towarzystwa ginekologicznego w Dreźnie dr. J. Schramm wystąpił z odczytem<sup>1)</sup>, w którym opisał dziewczynę 17-o letnią, dotkniętą całkowitem wypadnięciem macicy, połączonem z przerostem szyi i części pochwowej; cierpienie rozwinęło się powoli w ciągu lat dwóch; jako przyczynę podaje autor nadużycia płciowe, które sprowadzić miały zakaźne cierpienie macicy i pochwy; w następstwie rozwinął się przerost tych narządów; zwiększenie ciężaru macicy wskutek jej przerostu, łącznie z ciężką pracą fizyczną spowodowały, zdaniem autora, wypadnięcie.

Z rozpraw, wywołanych tym odczytem, okazało się, iż analogiczne przypadki spostrzegali Leopold i Wehle. Ten ostat-

---

<sup>1)</sup> Ueber den totalen Uterusprolaps bei Nulliparen. Gynäk. Gesellschaft zu Dresden. 187 Sitzung am 11 Januar 1894. Centralblatt f. Gyn. Nr. 15 r. 1894.

ni widział dziewczynkę, liczącą zaledwie jeden rok życia, dotkniętą wypadnięciem macicy i odbytnicy.

Przypadek zbliżony do spostrzeganego przez Schramm'a aczkolwiek odmienny pod względem etyologii opisał niedawno M. Liebmann<sup>2)</sup>. U 17-0 letniej dziewczyny słabej budowy, obciążonej dziedzicznie gruźlicą wypadanie macicy zaczęło się rozwijać z chwilą wystąpienia objawów suchot płucnych (kaszel, gorączka, nocne poty, szybkie chudnięcie). Po upływie lat dwóch wypadnięcie macicy było całkowite. Za czynniki etyologiczne w danym przypadku poczytuje autor długotrwały kaszel, powodujący naprężanie tłoczni brzusznej, oraz powstałe wskutek charłactwa zwiótczenie umocowań macicy.

Do powyżej wymienionych spostrzeżeń pozwolę sobie dołączyć przypadek, który miałem możność obserwować na oddziale chirurgicznym d-ra Krajewskiego.

Dnia 19 Września 1893 r. przybyła do szpitala Dzieciątka Jezus Tekla D., 15 lat licząca. Chora podaje, iż miesiączkować zaczęła w 13-ym roku życia; peryody zjawiały się prawidłowo co 4 tygodnie, trwały po 4—6 dni i były połączone z bólami w dole brzucha.

Przed 5-ma miesiącami chora razu pewnego, chcąc dowieść swej siły, ujęła dorosłego mężczyznę wpół i uniosła go cokolwiek ku górze. W tejże chwili uczuła dość mocny ból w głębi miednicy. Wkrótce potem wystąpiły niezbyt obfite upławy, jednocześnie zaś chora zauważyła, że ze szpary sromnej zaczęło się wysuwać jakieś ciało, które znikало w położeniu chorej leżącym, zjawiało się zaś przy naprężaniu tłoczni brzusznej (przy kaszlu, wypróżnieniach). Z biegiem czasu wystawanie owego ciała stopniowo się powiększało, aż nareszcie skończyło się na tem, że w szparze sromnej wytworzył się guz wielkości pięści, który już nie znikał dobrowolnie w leżącym położeniu chorej. Chora leżąc mogła go wprawdzie wepchnąć do pochwy, lecz gdy się podniosła, guz natychmiast zjawiał się na nowo. Z powodu obecności guza, sterczącego w szparze sromnej, doświadczała znacznych trudności w chodzeniu i spełnianiu zajęć domowych.

<sup>2)</sup> Fall von Prolapsus uteri et vaginae bei einer 17-jährigen virginalen Nullipara. Centralblatt f. Gyn. Nr. 41 r. 1894.



Pomimo to nie szukała pomocy lekarskiej, gdyż powstrzymywało ją od tego uczucie wstydu. Przed 5-ma dniami, w chwili gdy chora siedziała na stołku pozbawionym siedzenia, wypadła jej odbytnica, która jednak spontaneo modo powróciła na miejsce. Przed dwoma dniami po raz drugi nastąpiło wypadnięcie odbytnicy przy oddawaniu stolca. Tym razem pomimo pewnych manipulacji odprowadzenie kiszki nie udało się. Wskutek tego chora wstąpiła do szpitala.

Chora stanowczo zaprzecza, aby kiedykolwiek miała stosunek płciowy z mężczyzną. Na wielokrotne zapytania co do masturbacji odpowiada kategorycznie, że nigdy nawet na myśl jej nie przychodziło drażnienie w jakiegokolwiek bądź formie narządów płciowych.

Przy badaniu znaleziono stan następujący: Budowa ciała i odżywianie umiarkowane, cera twarzy blada, wygląd dziewczęcy, sutki niezupełnie rozwinięte, uwłosienie zewnętrznych narządów płciowych słabe. Układ mięśniowy i powłoki brzuszne dość tęgie; na brzuchu nie widać ani śladu blizn porodowych. W położeniu leżącym, w jakim znaleźliśmy chorą w chwili pierwotnego badania, zwraca przedewszystkiem uwagę rozszerzenie wejścia do pochwy, które jest tak obszerne, że z łatwością przepuścić może niezbyt wielką rękę. Przy rozstawionych nogach szpara sromna jest zięjącą, rozwartą, małe wargi znacznie odstają jedna od drugiej. Z błony dziewiczej pozostał wązki pasek, miejscami prawie zupełnie zanikły. Przy tem pierwszym badaniu nie znaleźliśmy ani wypadnięcia macicy, ani też odbytnicy, gdyż przed naszym przyjściem akuszerka odprowadziła oba te narządy na właściwe miejsce. Gdyśmy polecili chorej nadąć się w położeniu leżącym, stwierdziliśmy, iż wypukła się znacznie tylna ściana pochwy, jak również że odbytnica wysuwa się na zewnątrz w postaci żywo-czerwonego, pofałdowanego guza, który łatwo daje się odprowadzić. Gdy następnie chora powstała z łóżka i przeszła parę kroków, zjawilo się zupełne wypadnięcie macicy z całkowitem wyciowaniem pochwy. Wypadnięcie nie znikło po ułożeniu chorej na stole do badania. Wyciowana pochwa miała wygląd skórzasty, bez fałd. Cała prawie część pochwowa owrzodzona; owrzodzenie jest dość głębokie, pokryte żółtawym rozpadem, z prawej strony przechodzi na przednie sklepienie, z le-

wej zaś na tylne, a nawet nieco na tylną ścianę pochwy. Część pochwowa bynajmniej nie jest powiększona, raczej zanikła. W wynicowanym worku pochwowym wyczuwa się macica kształtu prawidłowego, długości około 6 cm. Odprowadzenie macicy nie przedstawia żadnej trudności. Krocze wąskie, całe dno miednicy wiotkie. Po wprowadzeniu cewnika do pęcherza dziób jego skierowywa się ku dołowi i wyczuwa się przez ścianę wypadłej pochwy (cystocele).

Wobec znacznego owrzodzenia pochwy i części pochwowej postanowiliśmy przedewszystkiem na nie skierować leczenie. W tym celu codziennie obmywaliśmy owrzodzenia rozczyntem sublimatu i zasypywaliśmy je proszkiem jodoformowym. Przytem zaleciliśmy chorej stałe leżenie w łóżku. Zabliźnianie się owrzodzeń postępowało bardzo powoli, ku czemu przyczyniała się w znacznej mierze ta okoliczność, że chora pomimo wyraźnego zakazu nie przestawała dużo chodzić. Przy chodzeniu zaś macica stałe wypadła, a przez to pochwa i część pochwowa wystawioną była na szkodliwe wpływy zewnętrzne.

Widząc, iż w ten sposób znacznie przedłuża się leczenie, postanowiliśmy przystąpić do operacji, nie bacząc na niezabliźnione owrzodzenia. Operację rozdzieliliśmy na dwa posiedzenia, zamierzając tym sposobem zachować sobie łatwy dostęp do owrzodzeń w celu dalszego ich leczenia.

Na pierwszym posiedzeniu w dniu 18-ym X 1893 wykonane zostało zeszyście przedniej ściany pochwy. Wykrajano wielki płat owalny i na okrwawioną powierzchnię założono szew jedwabny, kuśnierski, dwupiętrowy; brzegi rany połączono szwem jedwabnym węzełkowym.

Gojenie się rany było nieco przydługie z powodu, iż dwa środkowe szwy węzełkowe przecięły brzegi rany, które w tem miejscu rozeszły się. Środkowa część rany goiła się więc per granulationem, pozostała zaś część zabliźniła się doraźnie.

Wskutek dłuższego leżenia w łóżku po operacji oraz odpowiedniego leczenia owrzodzenie części pochwowej i pochwy prawie zupełnie się zabliźniło. W dniu 24-ym XI 1893 mogliśmy przystąpić do drugiej części operacji, mianowicie do zeszyścia tylnej ściany pochwy i krocza. Operację rozpoczęto według metody Sännger-Lawson-Taita. Wkłóto nóż na linii środkowej krocza po za



miejszem połączenia warg wielkich, mniej więcej na 2 cm. wgłąb. W wytworzony w ten sposób kanał wprowadzono jedno ramię nożyczek i wykonano niemi cięcie poprzeczne na kroczu. Następnie odseparowano płat przedsionkowo-pochwowy i zrobiono dwa cięcia podłużne od końców cięcia poprzecznego do miejsca połączenia warg wielkich i małych. Wobec znacznego rozluźnienia tylnej ściany pochwy nie ograniczono się na tem, lecz odseparowano błonę śluzową tylnej ściany pochwy w postaci płata trójkątnego, którego wierzchołek znajdował się w tylnym sklepieniu, a dolne kąty w miejscu połączenia warg wielkich i małych. Płat ten razem z płatem przedsionkowo-pochwowym usunięto. Na powstałą w ten sposób ranę założono szew trzypiętrowy katgutowy. Na kroczu nadto założono trzy szwy jedwabne, przechodzące pod całą powierzchnią okrwawioną. Do pochwy wprowadzono pasek gazy jodoformowej, ranę na kroczu zasypano proszkiem jodoformowym.

Na drugi dzień po operacji nastąpił obrzęk warg małych i brzegów rany na kroczu, wskutek czego szwy wciąły się w tkankę. Szwy usunięto 7-go dnia po operacji, obrzęk ustąpił zupełnie dopiero w 3 dni po zdjęciu szwów. Rana zablizniła się doraznie na całej długości, lecz wskutek wciącia się szwów na kroczu powstały poprzeczne linijne owrzodzenia skóry, które zablizniały się powoli. Chorą przetrzymaliśmy w szpitalu do dnia 15-go XII 93 nie tyle z powodu wspomnianych owrzodzeń, ile w tym celu, aby uwolnić ją od pracy fizycznej, mogącej źle wpłynąć na świeżo wytworzone blizny. W chwili, gdy chora opuszczała szpital, mogliśmy stwierdzić, że macica doskonale trzyma się na miejscu nawet przy mocnem naprężaniu tłoczni brzusznej, wejście pochwowe przepuszcza zaledwie dwa palce, krocze jest grube i twarde.

Przypadki podobne do wyżej opisanego oraz do spostrzeżanych przez Schramm'a i Liebmann'a zasługują na uwagę ze względu na etyologię cierpienia.

Nie mam zamiaru rozstrząsać etyologii wypadnięcia macicy wogóle, wspomnę więc tylko, jako o rzeczy powszechnie znanej, że według poglądów spóczesnych czynniki, rzekomo wywołujące wypadnięcie, są bardzo liczne i różnorodne, przeważnie jednak mają być natury mechanicznej. Wobec długiego szeregu

uznanych czynników etyologicznych można z większym lub mniejszym prawdopodobieństwem wytlomaczyć powstawanie wypadnięcia w każdym poszczególnym przypadku. Idąc utartym, torem moglibyśmy również wyjaśnić etyologię naszego przypadku na drodze mechanicznej. Chora sama wiązuje początek swego cierpienia z wysiłkiem cielesnym. Istotnie, podniesienie wielkiego ciężaru w położeniu stojącym wywołać mogło nagłe i znaczne wzmoczenie ciśnienia wewnątrzbrzusznego. Pod wpływem wzmożonego ciśnienia powstać mogło nadmierne rozciągnięcie więzów utrzymujących macicę, które wskutek tego utraciły swą elastyczność. Ponieważ rozciągnięte więzy nie były w stanie utrzymać macicy w prawidłowym położeniu, rozwinęło się więc stopniowo wypadnięcie.

W literaturze odnaleźć można znaczną ilość spostrzeżeń podobnych, w których domniemaną przyczyną wypadnięcia miało być wyłącznie nagłe wzmoczenie ciśnienia wewnątrzbrzusznego pod wpływem wysiłku cielesnego.

Jeżeli jednak poddamy krytycznej ocenie ten czynnik etyologiczny, wyznać musimy, że nie wystarcza on bynajmniej do należytego wyjaśnienia sprawy. Gdyby bowiem wysiłek cielesny był istotną i wyłączną przyczyną wypadnięcia, spotykałoby się z tem cierpieniem nader często w sferze kobiet, ciężko pracujących fizycznie. Tym czasem u dziewcząt przynajmniej pochodzących z tej sfery, cierpienie to zdarza się niezmiernie rzadko. Zdaniem *Leverkühn*<sup>1)</sup>, w przypadkach wypadnięcia, powstającego pod wpływem wysiłku cielesnego, przypuścić należy pewne utajone usposobienie do tej choroby. Na czem jednak polega to usposobienie, autor nie wyjaśnia.

W podobny sposób możnaby zakwestyonować istotną przyczynowość tych czynników mechanicznych, które zostały podane przez *Schramm*'a i *Liebmann*'a.

Przeciw pogładowi *Schramm*'a, który kładzie główny nacisk na zwiększenie ciężaru macicy zmienionej chorobowo w na-

---

<sup>1)</sup> P. *Leverkühn*. Ueber Descensus u. Prolapsus uteri in aetiologischer, symptomatologischer u. therapeutischer Beziehung. *Münchener med. Abhandlungen. Arbeiten aus der Kgl. Universitäts—Frauenklinik her. von prof. Winckel*, 1891, 10 Heft.



stępnstwie nadużyć płciowych zdaje się przemawiać okoliczność następująca: nadużycia płciowe i ich następstwa w postaci cierpień macicy są bez wątpienia najwięcej rozpowszechnione wśród kobiet, uprawiających prostytucyę jako rzemiosło; nikt jednak dotychczas nie zauważył, aby prostytutki przeważały liczebnie wśród kobiet, dotkniętych wypadnięciem.

Jeszcze więcej problematycznym wydaje podany przez Liebmann'a związek przyczynowy pomiędzy wypadnięciem macicy a suchotami płucnymi. Zgodnie z tem zapatrywaniem u wszystkich prawie kobiet, cierpiących na suchoty, powinniśmy znajdować wypadnięcie w mniejszym lub większym stopniu, boć przecież wszystkie suchotnice kaszlą i podupadają na odżywianiu. Że rzeczywistość przeczy temu, nie potrzebujemy chyba dodawać.

Nie twierdę bynajmniej, aby takie czynniki mechaniczne jak nagle wzmożenie ciśnienia wewnątrzbrzusznego pod wpływem wysiłku cielesnego, częste i mocne naprężanie tłoczni brzusznej (przy kaszlu), zwiększenie ciężaru macicy etc. nie odgrywały żadnej roli w etyologii wypadnięcia. Sądę jednak, że tego rodzaju czynniki mają znaczenie podrzędne, że mogą one spowodować wypadnięcie jedynie wobec pewnych zmian, które zachodzą w aparacie umocowującym macicę.

O istocie tych zmian nie miano dotychczas dość jasnego pojęcia; określano je tak ogólnikowemi terminami, jak „rozluźnienie“, „zwiotczenie“, terminami, którym brak należytej ścisłości naukowej. Dopiero poszukiwania, podjęte w ostatnich czasach przez Kyri'ego<sup>1)</sup>, rzuciły trochę światła na tę zaniedbaną dotychczas sprawę. Nie mogę tu streszczać całości poszukiwań Kyri'ego, zaznaczę więc tylko jego wniosek ogólny, który można sformułować w sposób następujący: przyczyn wypadnięcia macicy szukać przedewszystkiem należy w zmianach chorobowych nerwów, zaopatrujących te mięśniowe i łącznotkankowe elementy, które wchodzą w skład aparatu umocowującego macicę.

Zgodnie z tem zapatrywaniem przypuścić należy, że w naszym przypadku uprzednio rozwinęły się zaburzenia natury ner-

<sup>1)</sup> Physiologie u. Pathologie der Motilität der Beckenorgane (als Grundlage einer Theorie des Prolapsus). Centralblatt für Gyn. Nr. 2 r. 1894.

wowej w aparacie utrzymującym macicę i inne narządy miednicy, zaburzenia które przygotowały grunt do powstania wypadnięcia. Podniesienie zaś ciężaru odegrało wyłącznie rolę czynnika przypadkowego.

Podrzędne znaczenie wysiłku cielesnego w etyologii naszego przypadku występuje wybitnie wobec faktu późniejszego wypadnięcia odbytncy. To ostatnie bowiem powstało dobrowolnie, bez żadnej widocznej przyczyny.

Słuszność wyznać nakazuje, że obaj wspomnieni na początku niniejszej pracy autorowie nie odmawiają znaczenia zaburzeniom nerwowym w etyologii wypadnięcia w myśl zapatrywań Kyri'ego. Wspominają o nich jednak nawiasowo, kładąc główny nacisk na czynniki mechaniczne. Otóż taki pogląd na etyologiję wypadnięcia macicy, według mego zdania, nie jest dostatecznie uzasadniony, przynajmniej odnośnie do tej kategorii przypadków, w których wypadnięcie rozwija się u młodych dziewcząt.

---

## II. Przyczynek do kazuistyki

nowotworów złośliwych w jamie nosogardzielowej.

Podał

Dr. Stanisław Iwanicki

Lekarz miejscowy Szpitala Ś-go Ducha.

---

W porównaniu z nowotworami łagodnymi jamy nosowej i nosogardzielowej nowotwory złośliwe spotykają się stosunkowo rzadko.

Z tych ostatnich opisane zostały raki i mięsaki. Raki pierwotne zdarzają się bardzo rzadko, wtórne zaś nie należą do osobliwości.

Daleko częściej spotkać można mięsaki, które w większości wypadków biorą początek z kości jam wspomnianych. Najczęściej zdarza się je spostrzegać w górnym odcinku jamy nosowej i wtedy zazwyczaj rozrastają się w obie strony, wypełniając stopniowo obie jamy nosowe. Znacznie rzadziej miejsce wyjścia wzmiankowanego nowotworu znajduje się na bocznych ścianach nosa.



Przebieg kliniczny mięsaków, nie biorąc pod uwagę miejsca wyjścia nowotworu, zależy głównie od budowy histologicznej. Nie wdając się w szczegóły, ogólnie powiedzieć można, że im mięsak bogatszy jest w komórki i bardziej mięki, tem rozrasta się szybciej i jest złośliwszy<sup>1)</sup>.

Kazuistyka, dotycząca guzów jam nosowych i nosogardzielowej wskazuje dowodnie iż, jak to już wyżej wspomniałem, nowotwory złośliwe spotykają tamże nie zbyt często, a mianowicie: A. Jurasz<sup>2)</sup> na 268 spostrzeganych przypadków widział tylko 9 mięsaków, W. Schmidt na 13 włókniaków jamy nosogardzielowej — 3 mięsaki, Kijewski<sup>3)</sup> na 13 spostrzeżeń — 3 mięsaki.

Przypadek, którego opis poniżej podaję, zasługuje na uwagę ze względu na wielkość guza i złośliwy charakter tegoż, guz bowiem okazał się sarcoma alveolare. Ciekawą pod tym ostatnim względem statystykę przytacza I. Stroh<sup>4)</sup>, który wspomina, iż na 43 przypadki mięsaków jamy nosogardzielowej spostrzegane przez różnych autorów, spotkano tylko 2 razy sarcoma alveolare.

W dniu 26 Września r. z. zgłosił się do mnie ksiądz A. S. lat 56 mający, z powodu zupełnego zatkania prawego nozdrza. Od lat kilku występowało czasami chwilowe zatkanie prawego nozdrza, od 9 zaś miesięcy po ostrym katarze nosa drożność wzmiankowanego nozdrza została zupełnie zniesioną. Przy silniejszym wycieraniu nosa zjawiało się niekiedy niewielkie krwawienie, przy czem chory zauważył, iż pochodziło ono stale z prawego nozdrza.

Chory przed 15 laty przechodził zapalenie płuc i cierpi na żylaki hemoroidalne, które nieraz krwawią bardzo obficie. Po zatem zdrów, pochodzi z rodziny zdrowej.

1) I. Strohe. Ueber die Sarcome der Nasenhöhle. 1894.

C. Zarniko. Die Krankheiten der Nase, ihrer Nasenhöhle und der Nasenrachenraumes. 1894.

2) A. Jurasz. Die Krankheiten der oberen Luftwege str. 211 i 82. 1891.

3) Kijewski i Wróblewski. Kilka uwag w kwestyi operowania guzów jamy nosogardzielowej. Odbitka z Gaz. Lek. 1893.

4) I. Strohe. Ueber die Sarcome der Nasenhöhle 1802 r. str. 35.

Przy badaniu chorego znalazłem co następuje: budowa prawidłowa, odżywianie znakomite, rzecz można, nadmierna nawet tusza, w organach wewnętrznych prócz nieznacznej miażdżycy i umiarkowanej rozedmy płuc, zmian innych nie wykryto.

Zewnętrzny wygląd nosa zbocheń żadnych nie przedstawia. Drożność powietrzna prawego nozdrza zniesiona zupełnie, lewego swobodna. Badanie wziernikiem nosowym prawego nozdrza dało obraz następujący: niewielki przerost dolnej muszli, dość znaczne łukowate skrzywienie przegrody (*deviatio septi arcuata*) ku stronie prawej; w głębi ku górze zauważono bladorożowy guz ruchomy na wąskiej podstawie, przy dotykaniu zglębniakiem nie krwawiący i częściowo zamykający światło nozdrza. Lewe nozdrze prócz odpowiedniego wgłębienia na przegrodzie, odpowiadającego skrzywieniu ku stronie prawej i nieзначnego przerostu dolnej muszli innych zmian patologicznych nie przedstawiało.

Badanie gardzieli wykazało przeważający suchy katar z nielicznymi ziarnistymi wyrostkami (*pharyngitis sicca et granulosa*). Badanie jamy nosogardzielowej lusterkiem krtaniowem skutecznie się nie dało, natomiast badanie palcem wykryło obecność z prawej strony guza dość twardego, zlekka tylko uginającego się, bardzo mało ruchomego, który zamykał zupełnie prawy tylny otwór nosowy. Ponieważ guz wypełniał prawie całą prawą połowę jamy nosogardzielowej, z bliższego więc określenia miejsca przyczepu trudno było zdać sobie sprawę.

Wobec tego rodziło się przypuszczenie, iż zatkanie prawego nozdrza stawiać trzeba w zależności od guza w jamie nosogardzielowej, wtłoczonego w tylny otwór nosowy, o czem dowodnie przekonało szprycowanie nosa, a mianowicie: przy szprycowaniu woda z prawego nozdrza, siłą strumienia widocznie wypychając nieco guz ku tyłowi (in *cavum retronasale*) przechodziła przez lewe aczkolwiek w niewielkiej ilości, szprycowana zaś w lewe nozdrze przez prawe zupełnie się nie przedostawała, gdyż prąd wody wklinowywał guz w prawy tylny otwór nosowy i takowy szczelnie zamykał.

Wobec takiego położenia rzeczy zaproponowałem choremu operację, na co tenże chętnie się zgodził. Operację wykonałem w d. 28 Września przy pomocy kol. Łoguckiego.

Po możliwie dokładnem oczyszczeniu jam nosowych i nosogardzielowej 4<sup>0</sup>/<sub>0</sub> roztworem kwasu borowego i następnem znieczuleniu za pomocą 20<sup>0</sup>/<sub>0</sub> roztworu chlorku kokainy, przystąpiłem do usunięcia



zimną pętlą widocznego polipa. Krwawienie było bardzo nieznaczne i przez tamponowanie po paru minutach zatrzymało się w zupełności. Po usunięciu wzmiankowanego polipa drożność prawego nozdrza nie zjawiała się. Ponieważ nie wiadano dokładnie gdzie jest miejsce przyczepu, wyczuwanego w retronasum guza, jak również przypuszczając, o ile można było wnioskować z badania, iż guz nie jest zbyt duży, zdecydowałem usunąć go przez nos. Przez prawe nozdrze wprowadziłem pętlicę z dość grubego drutu, co dało się skutecznie aczkolwiek z pewną trudnością, a gdy ukazała się po za języczkiem wyciągnięto ją do jamy ustnej, gdzie odpowiednio do przypuszczalnych rozmiarów guza rozszerzoną została. Podczas gdy wskazicielem prawej ręki posuwałem ku górze pętlicę, drugą ręką pociągałem za końce sterujące z otworu nosowego; tym sposobem powoli zasunąłem pętlicę, o ile to się dało najwyżej na guz. Upewniwszy się, iż pętla w rzeczy samej obejmuje guz (o czem można się było przekonać przy pociąganiu pętlicy pod kontrolą palca ze strony jamy nosogardzielowej), założyłem do wystających z prawego otworu nosowego końców drutu, rączkę i z wolna zacisnąłem pętlicę. Po dość silnej trakcyi guz został oderwany, przyczem nastąpiło znaczne krwawienie. Pociągając następnie pętlicę ku przodowi z pewną trudnością, ze względu na zwężenie nozdrza, udało się guz wydobyć. Krwawienie zwiększyło się jeszcze. Pomimo tamponowania od tyłu za pomocą rurki Bellocqua kwawienie powoli bardzo zmniejszało się, tak że zmuszeni byliśmy uciec się do badania lusterkiem krtaniowym jamy nosogardzielowej, co obecnie zupełnie dokładnie dało się wykonać; badanie to przekonało, iż krwawienie pochodziło z tylnego końca górnej muszli t. j. z miejsca przyczepu. Miejsce to przypaliłem 8<sup>0</sup>/<sub>0</sub> roztworem chlorku cynku. Krwawienie powoli ustąpiło. Drożność prawego nozdrza w zupełności powróciła. Przesprycowanie jam nosowych tymże samym roztworem kwasu bornego dało tym razem wynik dodatni: płyn przez prawe i lewe nozdrze najzupełniej swobodnie przechodził.

Przez kilka dni następnych chory przesprycowywał sobie jamy nosowe i nosogardzielową 4<sup>0</sup>/<sub>0</sub> roztworem kwasu bornego, po tygodniu zaś, chcąc doszczętnie o ile to jest możliwe, zniszczyć resztki guza, przypaliłem miejsce przyczepu za pomocą galwanokauteru po uprzednim znieczuleniu omawianego miejsca 20<sup>0</sup>/<sub>0</sub> roztworem chlorku kokainy.

Wyjęty guz jak to najlepiej widać z dołączonego rysunku, był, wielkości orzecha włoskiego, spłaszczonego w wymiarze podłużnym



o kształcie bulwiastym. Wymiary jego były następujące:  $5\frac{1}{2}$  ctm. w wymiarze podłużnym, blisko 4 w poprzecznym, grubość zaś wynosiła 2 ctm.; waga przeszło 6 grm.

Badanie histologiczne guza łaskawie wykonane zostało w pracowni anatomo-patologicznej prof. Brodowskiego przez kol. Łoguckiego. Badanie kawałków wyjętego guza po odpowiednim przygotowaniu (sublimat, alkohol, olejek anilinowy, ksyolol, parafina) i zabarwieniu skrawków metodą podwójnego barwienia (hematoksylina + eozyna), a także karminem alunowym wykazało, co następuje. Nabłonek pokrywający guz, wielowarstwowy płaski, miejscami mocno zgrubiały, gdzie nigdzie zagłębia się on nieco w warstwę łączno-tkankową. W komórkach nabłonkowych wszędzie widzimy pośrodku duże jądra, wyraźnie zabarwione hematoksylina; w powierzchniowych warstwach komórki nabłonka są spłaszczone, soczewkowate i wyglądają tak, jak np. powierzchniowe komórki na błonie przełyku.

Pod nabłonkiem wyraźnie rozróżniamy dwie części guza, a mianowicie: jedną która tworzy jakby podścielisko z tkanki łącznej i drugą w postaci ognisk, rozłożoną w tem podścielisku. Tkanka łączna stanowiąca podścielisko, włóknista, miejscami twardsza, miejscami więcej mięka. W twardszych miejscach istota międzykomórkowa tkanki łącznej jest dość obfita, twarda i składa się z włókienek, gęsto leżących obok siebie. W tej tkance łącznej komórek stałych wrzecionowatych nie jest zbyt wiele, nacieczenie drobnokomórkowe również nie jest zbyt obfite. W tych zaś miejscach, gdzie podścielisko składa się z tkanki łącznej luźniejszej, ilość włókien jej istoty międzykomórkowej nieobfita; włókna te są więcej rozsunięte, a nacieczenie leukocytami wydatniejsze. Naczyń krwionośnych w tem podścielisku łączno-tkankowem w ogóle nie wiele; naczynia są to przeważnie kapillary szerokie, często mocno wypelnione krwią.

Tkanka, która zawiera się w oczkach podścieliska, składa się z większych komórek, okrągławych, owalnych lub wielościennych. Jądra tych komórek są pęcherzykowate, duże z dość znaczną ilością chromatyny i przeważnie z jednym jąderkiem; zarodź komórek mier-



nie obfita, ziarnista. Komórki przylegają do siebie tak ściśle, że tkanka robi wrażenie nabłonkowej i to tembardziej, że nie zawiera weale naczyń. Tkanka ta jednakże, nie odgranicza się, wyraźnie od podścieliska i często widać, jak z podścieliska do ogniska wchodzą pojedyncze włókienka. Forma ognisk okrągława, owalna, miejscami cylindryczna. Często pojedyncze ogniska łączą się wyrostkami w rodzaj sieci.

Jeżeli wziąć pod uwagę wszystko przytoczone powyżej, a nadto okoliczność, że nigdzie nie można wykazać bezpośredniego związku tkanki, tworzącej ogniska, z pokrywającą tkanką nabłonkową, to przyjdziemy tylko do jednego wniosku, a mianowicie iż nowotwór ten jest sarcoma alveolare.

Preparaty łaskawie przeglądać raczył prof. Przewoski, za co na tem miejscu składam mu serdeczne podziękowanie.

Ponieważ miejsce przyczepu guza było na muszli nosowej zaliczyć go przeto należy do fałszywych guzów nosogardzielowych do tak zwanych muszlowych. Jakkolwiek jama nosogardzielowa ma około 14 cm. kubicznych objętości<sup>1)</sup>, a guz zoperowany był rozmiarów znacznie większych mimo to nie wypełniał jej całkowicie, ponieważ większa część guza wtłoczoną była w tylny prawy otwór nosowy i takowy szczelnie zamykała. Pomimo tak dużych rozmiarów guza chory oprócz zniesienia drożności prawego nozdrza, innych żadnych dolegliwości nie doznawał, krwawienia bowiem, o których wyżej wspominałem były tak nieznaczne i tak rzadko zjawiające się, iż zupełnie go nie niepokoiły. Prawda, iż umiejscowienie guza w danym przypadku było szczęśliwe, na bóle nawet jednakże o charakterze neuralgicznym chory się nie uskarżał.

Guz o ile to jest możliwe zniszczyłem doszczętnie, rokowanie jednakże w danym przypadku jest bardzo wątpliwe, i pomimo tego, iż po upływie 3 ch miesięcy od dnia operacji chory czuje się zupełnie dobrze, wątpić jednakże należy, czy nie nastąpi recydywa.

---

1) Luschka. Der Schlundkopf des Menschen str. 17.

## O przyczynach powstawania skoljozy w nerwobólu kulszowym

(*Ischias scoliotica*)

podał

Dr. med. Ludwik E. Bregman,  
Ordynator klin. terapeutycznej w Warszawie.

Dzięki pracom Alberta, Nicoladoniego, Babińskiego, Brissauda, Schüdla i innych autorów<sup>1)</sup>, obraz kliniczny t. z. *Ischias scoliotica* został dostatecznie wyświełtłony i wszystkie jej właściwości z wielką dokładnością zbadane, sposób i przyczyny powstawania skoljozy w tej chorobie nie zostały jednak należycie wyjaśnione. Według Nicoladoniego<sup>2)</sup> skolioza występuje jedynie w tych przypadkach nerwobólu kulszowego, w których sprawa chorobowa, połączona, prawdopodobnie, z zapaleniem otoczki nerwowej (*perineuritis*) nie ogranicza się do pnia nerwowego, a przechodzi na korzenie nerwowe, obejmując przytem zarówno splot krzyżowy, jak i lędźwiowy. Otoż dzięki skrzywieniu kręgosłupa ku stronie zdrowej, zdaniem wymienionego autora: 1) otwory międzykręgowe rozszerzają się i, co zatem idzie, korzenie nerwowe zostają uwolnione od ciężącego na nich ucisku, 2) mlecz pacierzowy oraz ogon koński (*cauda equina*) według prawa ciężkości przemieszczają się w kierunku zdrowej strony, co również przyczynić się musi do zmniejszenia ucisku na wychodzące korzenie nerwowe. Przeciw tej teorii przytoczyć można<sup>3)</sup> co następuje: istnienie *perineuritis* nie jest zgoła dowiedzione, a co się tyczy samego nerwu kulszowego nawet nieprawdopodobne, gdyż w takim razie nachylenie tułowia w stronę zdrową, przy którem nerw ten się wyciąga i zostaje przyciskany do więzów i kości pod nim położonych, nie mogłoby być dla chorego przyjemne, jak to w nerwobólu kulszowym ma

<sup>1)</sup> W piśmiennictwie polskiem przedmiotem tym zajmowali się Higier (*Gazeta lekarska* 1892 Nr. 14) i Stróżewski (*Gazeta lekarska* 1893 Nr. 6).

<sup>2)</sup> Nicoladoni *Wiener mediz. Presse* 1886.

<sup>3)</sup> Schüdel *Archiv für klin. Chirurgie* 1889.



stałe miejsce. Splot łądzwiowy bywa wprawdzie w wielu przypadkach nerwobólu ze skoljozą dotknięty, bynajmniej jednak nie we wszystkich, gdyż w wielu razach niema wcale objawów, któreby za zajęciem jego przemawiały. Otóż rozszerzanie się otworów międzykręgowych, które w rzeczywistości jest bardzo nieznaczne i w obec ich zwykłej szerokości i miękości masy tłuszczowej je wypełniającej, mało w ogóle wpływa na zmniejszenie ucisku na wychodzące korzenie, mogłoby jeszcze mieć pewne znaczenie dla korzeni łądzwiowych, nie zaś dla splotu krzyżowego, który wychodzi przez stałe, swego światła niezmienną, otwory kości krzyżowej. Przemieszczenie się rdzenia i caudae ku zdrowej stronie nie może mieć miejsca, ponieważ są one w kanale kręgowym nieruchomo zawieszane i przy wszelkich ruchach kręgosłupa wraz z nim się przemieszczają.

Więcej poklasku znalazła teoria Charcota i Babińskiego<sup>4)</sup>, według której skoljoza powstaje w skutek bezwiednego dążenia chorego do przeniesienia punktu ciężkości swego ciała w kierunku strony zdrowej, ażeby tym sposobem chorą nogę od noszenia ciężaru ciała uwolnić. W tych warunkach mięśnie chorej kończyny pozostają luźne, a nerw kulszowy, jak mniema Babiński, zostaje zabezpieczony przed uciskiem, któremu przy ich kurczeniu się ulegałby musiał. Schüdel jednak, wbrew temu, drogą doświadczalną na trupach dowiódł, że przy największem nawet skurczeniu się mięśni, pokrywających nerw kulszowy, nie dotykają go one wcale, o ucisku zatem z tej strony mowy być nie może. Niemniej przeto faktem jest, że skrzywienie kręgosłupa w większości przypadków nerwobólu kulszowego jest tego rodzaju, iż istotnie ciężar ciała w kierunku zdrowej nogi się przenosi, chora zaś od noszenia go zostaje uwolniona. Zachodzi jednak pytanie, czy dążność chorego do wytworzenia tych warunków, wystarcza dla spowodowania skoljozy i czy wszystkie właściwości tej ostatniej zostają tym sposobem należycie wytłumaczone? Niektóre okoliczności skłaniają nas do odpowiedzi na to zapytanie przecząco. Przedewszystkiem dążność ta istnieć musi we wszystkich przypadkach nerwobólu kulszowego, w obec częstoci więc tego cierpienia skoljoza występowaćby

<sup>4)</sup> Babinski Archives de Neurologie 1888.

musiała znacznie częściej, aniżeli ją w rzeczywistości spostrzegamy. Twierdzenie Babińskiego, że skoljoza następuje jedynie w przypadkach ciężkich i długotrwałych, przypuściwszy nawet, że jest słuszne, nie daje również zadawalniającego objaśnienia, gdyż widzimy często przypadki o przebiegu ciężkim i długim bez jakiegokolwiek zбочenia kręgosłupa.

Drugi jeszcze fakt należy przeciw powyższej teorii przytoczyć, ten mianowicie, że tułów w nerwobólu kulszowym nie zawsze w stronę zdrową się przechyla, gdyż w wielu razach wręcz przeciwnie kręgosłup w kierunku chorej strony się skrzywia.

Brissaud<sup>5)</sup> pierwszy zwrócił uwagę na podobne przypadki, uważając je za takie, w których nerwoból się łączy ze spastycznym przykurczeniem mięśni przez tenże nerw zaopatrywanych (podobnie jak to bywa w innych nerwobólach, np. w nerwobólu twarzowym); gdy nerwoból w tych razach nie ogranicza się do samego nerwu kulszowego, a dotyka całego splotu krzyżolędźwiowego, następuje kürcz mięśni lędźwiowych, który powoduje skrzywienie tułowia w stronę cierpiącą. Brissaud oprócz 10 przypadków skoljozy zwykłej (nazwanej przez niego skrzyżowaną) spostrzegł 3 przypadki skoljozy homologicznej, tj. ku stronie nerwobólu zwróconej. Jedyny przypadek, którego historię choroby szczegółowo podaje nie jest bardzo przekonujący. Objawy spastyczne zauważyć się dały w obu dolnych kończynach, odruchy kolanowe były z obu stron wzmożone, ruchy bierne w obu kończynach bolesne, później przyłączyły się bóle stawowe i wysięk w lewym stawie kolanowym, po użyciu natri salicylici stan chorego szybko się poprawił — to wszystko niełatwo z rozpoznaniem zwykłego lewego nerwobólu kulszowego pogodzić. Przypadki homologicznej skoljozy, opisane przez innych autorów są bardzo nieliczne. Lamy<sup>6)</sup> i Hayem<sup>7)</sup> stwierdzają zgodnie z Brissaudem przykurczenie spastyczne niektórych mięśni strony cierpiącej. Przeciwnie Remak<sup>8)</sup> i Higier<sup>9)</sup> po

<sup>5)</sup> Brissaud Archives de Neurologie 1890.

<sup>6)</sup> Lamy Le progrès med. 1891.

<sup>7)</sup> Hayem Reveu de méd. 1890.

<sup>8)</sup> Remak Deutsche med. Wochenschrift 1892.

<sup>9)</sup> Higier l. c. oraz Deutsche med. Woch. 1892.



dają przypadki, w których żadnych spastycznych objawów nie było, ani kurczów mięśniowych, ani wzmoczenia odruchów, ani trepidacyi, a jednak skoljoza była homologiczną.

Wspomnieć wreszcie należy o innym jeszcze przypadku, podanym przez Remaka<sup>10)</sup>, a ciekawym z tego względu, że chory był w stanie dowolnie kierunek skoljozy zmieniać. Gdy zmęczył się, idąc czas jakiś z tułowiem pochylonym ku stronie zdrowej, przybierał przy pomocy wynalezionych przez siebie sposobów postawę, odpowiadającą skoljozie homologicznej i mógł wtedy iść dalej. Chory ten przez długie lata służył w konnicy, odznaczał się więc, zdaniem Remaka, niezwykle ruchliwością kręgosłupa oraz wyjątkową zręcznością ruchów mięśni lędźwiowych, które umożliwiły mu zastosowanie różnych sposobów do uwolnienia cierpiącej kończyny od ciężaru ciała. W ten sam sposób tłumaczy Remak przypadki skoljozy homologicznej, sądząc, że i w nich również noga cierpiąca zostaje jakimkolwiek sposobem od noszenia ciężaru ciała zwolniona. Objaśnienie to wydaje nam się jednak mało uzasadnionem, gdyż trudno zrozumieć, jakim sposobem przeniesienie punktu ciężkości ciała w kierunku cierpiącej kończyny, może ją od obarczania uwolnić i zdaje nam się, że zarówno przypadki homologicznej skoljozy (bez przykurczeń spastycznych), jak i przypadek skoljozy zmiennej nie dają się z teorią Charcota i Babińskiego pogodzić. Ale i obraz klinicznej skoljozy skrzyżowanej niezupełnie odpowiada postawie, którą przybieramy, kiedy chcemy cierpiącą nogę od obarczenia ciężarem ciała uwolnić. W ostatnim bowiem przypadku tułów przechyla się ku przeciwnej stronie i ku tyłowi, podczas gdy w nerwobólu kulszowym przechyla się ku zdrowej stronie i trochę ku przodowi. Brak tu również pochylenia miednicy w stronę cierpiącej nogi „hanchement“, które tam stale występuje (zob. doskonałe szematyczne rysunki w pracy Brissauda). Miednica w Ischias scoljotica albo jest prosta, albo też, jak w wielu przypadkach zaznaczono, grzbiet kości biodrowej strony cierpiącej jest wyższy nawet, aniżeli ze strony przeciwnej.

<sup>10)</sup> Remak Deutsche med. Woch. 1891.

Kocher i Schüdel<sup>11)</sup> w inny sposób zapatrują się na przyczyny, powodujące skoljozę w nerwobólu kulszowym. Skoljoza ta jest, zdaniem tych autorów, wyrazem jednostronnego działania mięśnia krzyżo-łędźwiowego strony zdrowej, które następuje w skutek bezwiednego rozluźnienia tegoż samego mięśnia ze strony cierpiącej. Złuznienie to ma na celu: 1) ochronić chorego przed bólem, który mu sprawia kurczenie się tego mięśnia w skutek rozszerzenia się sprawy chorobowej na gałązki czuciowe, ku mięśniom idące. Zazwyczaj w tych razach cały splot krzyżo-łędźwiowy bywa dotknięty, ale i sam tylko splot krzyżowy jest w stanie wywołać te same zaburzenia, ponieważ dolna część mięśnia krzyżo-łędźwiowego otrzymuje gałązkę od 2go nerwu krzyżowego. Punkt bolesny, spotykany często między wyrostkami ciernistymi kręgów krzyżowych i lędźwiowych a chrząstkozrostem, krzyżobiodrowym (Synchondrosis Sacro-iliaca), zdaniem Schüdla, do tej właśnie gałązki odnieść należy.

2) Dzięki przechyleniu się tułowia ku stronie zdrowej, mięśnie cierpiącej kończyny wyciągają się biernie i tym sposobem są zabezpieczone od wszelkich, odruchowo lub innym sposobem powstających skurczów, które, jak wyżej powiedziano, mają być dla chorego niezmiernie bolesne.

Objaśnienie to opiera się, jak widzimy, głównie na zajęciu w nerwobólu gałązek czuciowych mięśniowych, którego jednak nie możemy uważać za pewne, zwłaszcza gdy uwzględnimy, że ucisk na mięśnie bywa zwykle w nerwobólu kulszowym bezbolesny. Dla odparcia tego zarzutu Schüdel uznaje sprawę w tych gałązkach jako zupełnie odrębną, niepodobną wcale do tego, co ma miejsce w zapaleniu, reumatyzmie i t. d. Przy skurczu mięśni gałązki te ulegać mają uciskowi, oraz, wskutek ich bardzo krótkiego przebiegu, wyciąganiu. Co się tyczy biernego wyciągania mięśni cierpiącej kończyny, to słusznem jest, że zabezpiecza ono je przed przypadkowym kurczeniem się, czy jednak jest ono dla chorego zawsze przyjemne, należy wątpić: przeciw temu przemawia objaw Laségue'a: chory podnosi cierpiącą nogę wyżej, gdy kolano jest zgięte, aniżeli gdy jest wyprostowane; w ostatnim jednak wypadku mięśnie na tylnej po-

<sup>11)</sup> Schüdel l. c.



wierzchni kończyny zostają znacznie silniej wyciągnięte. Dodać wreszcie należy, że teoria Schüde'a, również jak i poprzednie, tłumaczy jedynie skoljozę skrzyżowaną, homologiczna zaś i zmienna stoją z nią w sprzeczności.

Z innego zupełnie punktu widzenia przystąpił do interesującej nas kwestyi Mann<sup>12)</sup> (z Wrocławia). Autor ten zwrócił uwagę na częstość spotykanych w nerwobólu kulszowym zaburzeń ruchowych. Na 33 badanych przypadków, w 19 można było stwierdzić niedowład zginaczy kolana; rzadziej znacznie okazały się dotkniętymi zginacze i wyprostne stopy. W kilku przypadkach spostrzegano zaburzenia ruchowe po za obrębem nerwu kulszowego w mięśniach: glutaeus maximus, glutaeus medius, quadriceps femoris, a w jednym przypadku porażone były nawet mięśnie brzuszne, co spowodowało wyraźną lordozę (Ischias lordotica). Niedowład mięśni nie był bynajmniej pozorny, spowodowany bólami przy ich kurczeniu się, gdyż: 1) przy odnośnych próbach chory często wcale bólu nie odczuwał, 2) dotknięte mięśnie w wielu przypadkach były luźne, zanikłe albo nawet wykazywały zmiany pobudliwości elektrycznej. Badania te doprowadziły Manna do wniosku, że skoljoza w nerwobólu kulszowym również powstaje w skutek niedowładu mięśniowego, mianowicie mięśnia krzyżo-łędźwiowego strony cierpiącej. Poprzedni autorzy, a zwłaszcza Schüde, dowiedli już przedtem, iż wszystkie właściwości skoljozy kulszowej dają się wytłumaczyć bezczynnością m. erectoris trunci jednej strony, współmienny bowiem mięsień drugiej strony, kurcząc się, zgina kręgosłup i napina go jak łuk zwrócony wypukłością ku stronie porażonej; wyrostki poprzeczne w skutek braku przeciwwagi z drugiej strony zostają przezeń wtłoczone w głąb, podczas gdy te same wyrostki na stronie porażonej występują bardziej zewnętrznie (ku tyłowi): powstaje tym sposobem skrócenie części lędźwiowej kręgosłupa, oraz fizyologiczna lordoza jej się zmniejsza lub nawet przechodzi w kifozę. W skutek skrzywienia części lędźwiowej kręgosłupa łuk żebrowy ze strony zdrowej zbliża się do grzbietu kości biodrowej. Część szyjowo-grzbietowa skrzywia się kompensacyjnie ku stronie zdrowej. Co się tyczy przy-

<sup>12)</sup> Mann Deutsches Archiv f. klin. Med. 1893.

czyny owej beczynności, to Schüdel już uwzględnia możliwość porażenia, odrzuca ją jednak, ponieważ pobudliwość elektryczna w jego przypadkach była z obu stron równa. Brissaud również przytacza jako jedną z możliwych przyczyn ustalenia się skoljozy kulszowej zanik mięśni, który następuje zwłaszcza w przypadkach powstałych wskutek neuritis i przechodzi po za obręb nerwu kulszowego na mięsień krzyżo-łędźwiowy. Zanik ten należy sobie, zdaniem Brissauda, tłumaczyć w ten sam sposób, w jaki według Charcota powstaje atrofija artropatyczna t. j. na drodze odruchowej, przez dynamiczne działanie na komórki rogów drziednich. Ze strony zdrowej przypuszcza Brissaud nawet możliwość hipertrofii mięśnia krzyża lędźwiowego, jako przykład takowej przytacza przypadek przedstawiony przez Balleta.<sup>13)</sup>

Mając w ostatnich czasach sposobność spostrzegania 2-ch przypadków nerwobólu kulszowego ze skoljozą badałem je specjalnie w kierunku wskazanym przez teorię Manna. Jeden z nich nie dał pod tym względem żadnych dodatnich wyników wystarczy więc, jeżeli kilka słów tylko o nim powiem.

Chora 23 lat, zamężna, cierpi od roku na neuralgię lewego nerwu kulszowego; bóle sięgają aż do okolicy krzyżowej i lędźwiowej i sprzodu ponad ligamentum Poupartii. Etiologia nerwobólu niewiadoma. Czasu pojawienia się skoljozy chora nie wstanie jest określić, twierdzi jednak z pewnością, że przed zachorowaniem na neuralgię skoljozy nie było. Część lędźwiowa kręgosłupa jest skrzywiona wypukłością ku lewej stronie, kifotyczna i trochę skręcona (wyrůstki poprzeczne z prawej strony głębsze) część grzbietowa szyjowa jest skrzywiona o kierunku przeciwnym, t. j. wypukłością zwrócona w stronę prawą. Ruchy kręgosłupa są wolne i bezbolesne, jedynie przy przechyleniu tułowia na lewo chora odczuwa ból w pośladku i za kolanem. Przestrzeń między łukiem żebrowym i grzbietem kości biodrowej wynosi z prawej strony 4,5 cm. z lewej 9,5 cm. Mięsień krzyżo-łędźwiowy z obu stron jednakowy, jego pobudliwość elektryczna również jednakowa. Lewa dolna kończyna atroficzna: obwód łydki prawej = 39 cm, 49,5 lewej = 48 cm; obwód uda (15 cm. ponad

<sup>13)</sup> Ballet Societé des hôpitaux 1887.



rzepką) prawego = 49,5 lewego = 48 cm. Pobudliwość elektryczna mięśni i nerwów z obu stron jednakowa. Po 9-ciomiesięcznym, kilkakrotnie przerywanem leczeniu bóle w nodze znacznie się zmniejszyły, skoljoza zaś pozostała bez zmiany. D. n.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Medycyna wewnętrzna.

88. Dr. K. OSSWALD. **Białkomocz cykliczny i zapalenie nerek.** (*Zeitschrift. f. klin. Med. Tom 26 Zesz. 1—2.*)

Pod nazwą białkomoczu cyklicznego rozumiemy stan chorobowy, w którym wydzielanie się białka z moczem miewa miejsce w pewnych odstępach czasu, powtarzających się w pewnym porządku, cyklu. Przebieg ten zwykł być następującym: moc z nocy białka nie zawiera, jak również i oddany po długim leżeniu w łóżku, zwykły zaś dzienny mocz zawiera białko, którego ilość znacznym nieraz ulegała wahaniom; największa ilość wydzielanego białka przypada na czas przedobiadowy, po obiedzie ilość ta niekiedy jeszcze się powiększa, poczem znowu stopniowo się zmniejsza, by zniknąć zupełnie wieczorem.

Pierwszym, który cykliczny białkomocz jako oddzielną formę kliniczną wyosobnił i szczegółowo opisał, był anglik Pavy, na jego cześć francuzi nazwali wspomnianą postać chorobową „maladie de Pavy“. Najwięcej spostrzeżeń klinicznych i prac naukowych, kwestyi tej dotyczących, ukazało się w piśmiennictwie angielskiem i amerykańskiem; z autorów niemieckich v. Noorden pierwszy zaczął pisać o białkomoczu cyklicznym. Następnie ukazały się prace G. Klemperera i innych. Na szczególną uwagę zasługują prace Aleksandra Stirling'a, ponieważ autor ten pierwszy na podstawie licznych spostrzeżeń zauważył, że położenie ciała odgrywa najważniejszą rolę w powstawaniu tego rodzaju białkomoczu i wskutek tego zaproponował nawet odpowiednią nazwę „postural albuminuria“. Białkomocz cykliczny spotyka się i w wieku dziecięcym, kwestyę tę wyczerpująco podał Heubner.

W ostatnich czasach wyłoniło się bardzo ważne pytanie, czy białkomocz cykliczny, przedstawia li tylko zaburzenie czynnościowe, czy też cierpieniu temu towarzyszą głębsze zmiany

w tkance nerkowej, wskutek czego przedstawiałoby ono odmianę zapalenia nerek.

Za przyczyny, sprzyjające występowaniu białka resp. powiększające istniejący już białkomocz większość autorów podaje: 1-o wysiłek fizyczny, 2-o przyjmowanie pokarmów, 3-o zimne kąpiele, 4-o wpływy psychiczne. Dowodzenia te jednak nie stoją na pozytywnym gruncie, brak bowiem odpowiednich doświadczeń nad chorymi. Dla wypełnienia tej luki podjął autor szereg badań nad chorymi z białkomoczem cyklicznym. Nadawał on pacjentom swoim na czas pewien pozycję leżącą, stojącą lub siedzącą, prócz tego w każdym położeniu zalecał spokój lub też odpowiednią pracę fizyczną, poczem badał mocz na zawartość białka. Wpływ kąpiele ciepłych i zimnych był również badany.

Badania te doprowadziły autora do następujących wniosków:

1-o *Spokojne położenie poziome* zmniejsza zawsze białkomocz; znika on najczęściej po upływie 20—60 minut.

*Praca* w tem samym położeniu wogóle nie sprowadza białkomoczu, resp. nie powiększa obecnego, z wyjątkiem nadzwyczajnych wysiłków.

2-o *Pozycja prosta stojąca* zdaje się mieć wpływ największy.

*Praca* w tej pozycji również działa najwięcej. Oba te wpływy dochodzą swego maximum w godzinach przedobudowych.

3-o *Pozycja siedząca*, czy to z wyprostowanymi, czy też ze zgiętymi nogami nie ma widocznego wpływu.

Również i *praca* w tej pozycji działania nie wywiera.

Kąpiele zimne i ciepłe nie wywierają żadnego wpływu.

Co się tyczy jakości wydzielanego białka, to zwykle wykrywano serumalbuminę; hemialbumoza i pepton niejednokrotnie były poszukiwane, zawsze jednakże z ujemnym wynikiem, natomiast obok albuminy wykrywano i nucleoalbuminę dość często.

We wszystkich prawie przypadkach znajdował autor wałeczki hyalinowe (niekiedy nawet nabłonkowe) z tłuszczowo zwyrodniałym nabłonkiem. Wraz z Leube'm i Senator'em przyjmuje autor częstszą obecność, nawet hyalinowych, wałeczków przy dłuższej trwającym białkomoczu za niezbity dowód cierpienia nerek.

O istocie omawianego cierpienia panują w nauce dwa zdania, jak już o tem było wspomniane, jedni uważają białkomocz cykliczny za zaburzenie czynnościowe, drudzy stawiają go w związku z rzeczywistym zajęciem nerek.

Rozstrzygnięcie tego pytania ma wielką doniosłość, tak pod względem naukowym, jak i praktycznym, od niego zależy bowiem leczenie i rokowanie.

Ścisłe badanie przypadków białkomoczu cyklicznego coraz więcej przemawia za tem, że cierpienie to nie jest tak niewinne, jak niektórzy utrzymują. Sohnsen w Anglii od dawna propago-



wał zdanie, które szeregiem odpowiednich dowodów popierał, że białkomocz cykliczny nie jest niczem innym, jak tylko skrycie przebiegającym zapaleniem nerek, które bądź w wyzdrowienie, bądź też w formę przewlekłą przechodzi. Z autorów niemieckich do zdania tego przyłączył się w ostatnich czasach i Senator.

Autor przyłącza się do tego ostatniego obozu; w skutek czego zalicza on swoje własne przypadki, jakoteż i większość obcych przypadków, do długo przeciągających się nefrytów; powody, które go do tego skłaniają są następujące:

1-o Wspomnieni pacyenci przychodzą do lekarza z rzeczywistymi objawami chorobowymi, cechującymi zwykle zapalenie nerek.

2-o Skargi chorych i niedokrewność znikają najczęściej przy odpowiednim leczeniu wraz z białkomoczem i powracają znowu, gdy białko w moczu się ukaże.

3-o W wielu przypadkach udało się wykryć poprzedzające zapalenie nerek, jako następstwo przebytej szkarlatyny lub błonicy. W niektórych przypadkach udało się nawet wykazać przejście ostrego zapalenia nerek w białkomocz cykliczny.

4-o Brak elementów morfologicznych, specjalnie wałeczków bynajmniej jeszcze nie przemawia przeciwko zapaleniu nerek; z drugiej znowu strony w bardzo wielu przypadkach, szczególnie z lat ostatnich, wykryto wałeczki.

5-o Peryodycznie powtarzający się białkomocz spotyka się bardzo często w wielu przypadkach przewlekłego zapalenia nerek.

6-o Zmiany w niektórych narządach (serce i t. d.) mogą się nie znajdować, lub też niczem nie zdradzać swej obecności.

Autor zatem utrzymuje, że przypadki białkomoczu cyklicznego, t. j. wydzielenia się białka o określonym przebiegu, uważane być powinny jako zapalenie nerek, w których objawy już słabną i, pomimo długoletniego trwania, w zupełne wyzdrowienie przejść mogą.

Za przyczynę tej choroby uważa autor zajęcie tkanki nerkowej, prawdopodobnie glomeruli, na pewnej tylko przestrzeni, gdy drugie tymczasem do zdrowia już powróciły i funkcję swoją spełniają; lub też, mówiąc ogólniej, jest to pewna jeszcze nie zupełna sprawność sączka nerkowego po przebytem zapaleniu nerek, które się wzmacnia wskutek zmiany w położeniu ciała lub wysiłków fizycznych. Są to jednakże tylko domysły, brak bowiem badań anatomo-patologicznych.

Na zakończenie na podstawie swych spostrzeżeń wyprowadza autor następujące ważne w praktyce wnioski:

1-o Ponieważ wiele postaci białkomoczu patologicznego przemijająco może występować i ponieważ w przeciągu całych dni lub też w przeciągu jednego dnia w pewnych porach białkomocz znika, zaleca się w przypadkach wątpliwych badać moc

na białko w rozmaitych porach dnia i w rozmaitych okolicznościach, szczególnie po długim chodzeniu i wysiłku fizycznym w położeniu stojącym; w ten sposób bowiem najłatwiej wykryć ukryty białkomocz.

2-o Do badania moczu na białko brać trzeba tylko mocz dzienny, gdyż w ten sposób łatwiej uniknąć pomyłki.

3-o Z odczynników na szczególną uwagę zasługuje kwas octowy z następczem dodaniem ferrocyankalium; trzeba jednak po dodaniu kwasu octowego czas pewien przeczekać.

H. Kucharzewski.

89. Pof. H. SENATOR. **Puchlina w chorobach nerek.** („*Ueber die Wassersucht bei Nierenkrankheiten*“). *Berl. Klin. Wochenschr* Nr. 8, 95 r.)

Trzy typy obrzęków (nerkowe, sercowe i charłaczne) dość często łączą się z sobą, zacierając swój charakter. Najczęściej zdarza się to na tle choroby nerek, która doprowadza z jednej strony do wyczerpania serca i obrzęków zastoinowych, z drugiej do puchliny charłacznej, w skutek znacznej utraty białka; są to jednak bardzo późne stadia choroby. Zapalenie nerek ma to do siebie, że obrzęki zjawiają się nader wczesnie, poprzedzają bodaj nawet białkomocz. Ich właśnie umiejscowienie (powieki, gołeń, moszna), szybkość powstawania i szerzenia się nie tylko na skórze, lecz i w jamach surowicznych, błonach śluzowych i t. p. nakoniec bladeść skóry, towarzysząca im stale i odróżniająca je już na pierwszy rzut oka od zastoinowych obrzęków z sinicą, oto cechy obrzęków nerkowych, znane powszechnie.

Jaka jest przyczyna puchliny pochodzenia nerkowego.?

*Bright* przypuszczał hydremię w skutek utraty białka, lecz niesłusznie, bo w ostrych zapaleniach nerek, np. w szkarlatynie, obrzęki występują tak wczesnie, że niema jeszcze mowy o białkomoczu lub wodnistości krwi.

*Bartels* uważał za przyczynę prócz wodnistości krwi zwiększenie ogólnej jej masy (plethora serosa). Doświadczenie *Cohnheim*'a wskazują, że nawet przy ogromnem przepełnieniu naczyń fizyologicznym roztworem soli kuchennej, nie otrzymywano nigdy obrzęku tkanki podskórnej, lecz jedynie organów wewnętrznych. Tylko przy podrażnieniach skóry można było wywołać sztucznie w tych warunkach w danem miejscu obrzęk. Gdyby nawet uznać, co wielu przyjmuje, że pełnokrwistość, łącznie z wodnistością krwi są wystarczające do powstania obrzęku skóry, to czyż mamy rację przypuścić w ostrych przypadkach np. w szkarlatynie, istnienie plethorae serosae? *Bartels* opiera się głównie na faktach, że wielkość obrzęku jest w odwrotnym stosunku do ilości wydzielanego moczu. Lecz są przypadki zupełnego powstrzymania wydzielania moczu przez dłuższy przeciąg czasu bez widocznych



obrzęków. Inne narządy (płuca, gruczoły, skóra, narządy trawienia) równoważą niedostateczną działalność nerek. Nawet ograniczenie przyjmowania płynów do minimum mało wpływa na znikanie obrzęków. Wskutek tego nie tylko istnienie plethorae serosae przy zapaleniach nerek, lecz i możliwość powstawania obrzęków nawet na jej tle, są postawione pod znakiem zapytania.

*Cohnheim* upatruje przyczyny obrzęków w stanie pewnego uszkodzenia naczyń, przez co stają się one bardziej przypuszczalne. Popiera to przypuszczenie dowodem, że np. przy zapaleniu nerek przy szkarlatynie, gdzie zajęcie naczyń skórnych niezaprzeczenie istnieje, spotykamy przebiegi przedewszystkiem w skórze, a w jamach surowicznych, gdzie naczynia nie są uszkodzone, przebiegu niema. Toż samo przy zapaleniach nerek wskutek zaziębnienia. W ogóle obrzęk w zapaleniu nerek zdarza się stale prócz wymienionych postaci (wskutek zaziębnienia) jeszcze przy zapaleniach nerek zimniczem i u brzemiennych; w przebiegu wszystkich gorączkowych chorób występuje pomiędzy innemi i zapalenie nerek; lecz obrzęki są tu rzadkością. Pierwsza kategoria zapaleń nerek (z obrzękiem) charakteryzuje się przeważnie zajęciem kłębków Malpighiego (glomerulonephritis); druga — zmianami tworów nabłonkowych nerki. — Ponieważ kłębki są niczem innem, jak naczyniami, i ciśnienie krwi w nich jest nader wysokie a bieg — powolny — nic więc dziwnego, że na nie przedewszystkiem działają ujemnie czynniki, których wpływ zaznacza się na naczyniach. Miąższowe zaś zapalenie nerek, gdzie kłębki są nienaruszone, wskazują, że niema ujemnego czynnika, wywołującego zwiększenie przepuszczalności ścian naczyń.

W przewlekłych postaciach zapaleń nerek z obrzękami mamy do czynienia z rozlanem zajęciem nerki i naczyń obwodowych; w postaciach bez obrzęków ma miejsce zajęcie tylko kłębków, bez zajęcia naczyń, z racyi powolnego rozwoju choroby.

W ten sposób autor uważa za istotną przyczynę obrzęków nerkowych zmiany w naczyniach, prawdopodobnie zapalne. Jeżeli toksyny, krążące we krwi są dość liczne, to wywołują glomerulo-nephritis, jeśli nagromadzi się ich jeszcze więcej, to otrzymamy i uszkodzenie naczyń obwodowych, co pociągnie za sobą obrzęki.

W. Miklaszewski.

90. v. ZIEMSEN. Uwagi kliniczne nad przewlekłym zapaleniem nerek. (*Klinisches zur Lehre v. d. Chron. Nephritis. Deut. Archiv. T. 55*).

Anatomja patologiczna widzi w zmianach przy przewlekłym zapaleniu płuc zawsze sprawę mieszaną z przewagą mniej lub więcej wyraźną po stronie miąższu lub tkanki śród miąższowej. W klinice jednak — odpowiednio do krańców tej przewagi — znajdujemy wyraźnie zarysowane obrazy zapalenia chronicznego miąż-

szowego (duża biała lub czerwona nerka) i śródmiaższowego (mała marska nerka).

Wywiady posiłkują rozpoznanie (po stronie pierwszej: częste zaziębienie, wilgoć, niedostateczne odżywianie, po stronie drugiej nadużycia wysokokowe, w postaci rozrzedzonych roztworów, arterioskleroza, dna, zatrucie ołowiem) tak, że po większej części rozpoznanie za życia zgadza się z wynikiem badania pośmiertnego. Trudniej jest postawić na pewno rozpoznanie, w razie gdy po pierwszej postaci rozwija się druga. Takie zaś przejścia przewlekłego miażdżowego zapalenia w śródmiaższowe zdarzają się często.

Nieraz bez widocznej przyczyny obrót kliniczny pierwszej postaci zamienia się drugim, w czym można upatrywać pewnego rodzaju dążenia do samoistnego wyrównania, w którym zachorzałe części tkanki nerkowej ulegają zabliznieniu, a pozostałe zdrowe przyjmują na siebie czynność zastępczą. Możliwym jest i rzeczywiste wyzdrowienie przez sprawy renowacyjne (Bollinger); przemawiają za tem przypadki poprawy, a nawet wyzdrowienia u chorych nie budzących już prawie żadnej nadziei. Łatwym jest do zrozumienia, że wyzdrowienie nie zawsze bywa trwałe w narządzie już uszkodzonym i przeto skłonniejszym do zachorowania, a wystawionym na rozmaite szkodliwe wpływy tak bardzo jak nerka.

Bardzo trudno z punktu widzenia anatomicznego zrozumieć przypadki bardzo przewlekłe, w których białkomocz w znacznym natężeniu utrzymuje się przez długi szereg lat. Według autora takie przypadki szczególnie często zdarzają się u młodocianych osób płci żeńskiej. Chore takie mają kwitnący wygląd i niczem nie zdradzają swej ciężkiej choroby, która nieraz przypadkowo tylko zostaje rozpoznana.

Ilość moczu i ciężar gatunkowy waha się w granicach normy, cylindry są nieliczne przeważnie szkliste. Ilość białka nader mała rano (0,05<sup>0</sup>/<sub>0</sub> E), zwiększa się pod wieczór, zwłaszcza przy ruchu i obfit. pożywieniu do 0,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> E (wyżej). Obrzęków brak, albo występują po fizycznym zmęczeniu.

Z podmiotowych zaburzeń często zdarzają się uczucie osłabienia, zawroty, uderzenia do głowy, przypadłości podobne do omdlenia, bicie serca, zaburzenie w łaknieniu.

Trwanie takich spraw nie ma określonych granic. Angielscy autorowie opisywali przebieg 20 letni. Autor widział chorą od 11 lat mającą białkomocz z nerką zdrową.

Nie mamy w tych razach do czynienia z pierwotną marską nerką, ponieważ jest zawiele białka, za mało moczu. Ogólny stan dobry każe przypuszczać, że zapewne część tylko nerki jest zmieniona, pozostała zaś funkcjonuje wystarczająco (z tą też brak objawów ze strony serca).



Taka sprawa może się wygoić, ale również przez rozszerzenie się pod wpływem rozmaitych czynników (zazębienie, ciąża, połów, choroby zakaźne i t. p.) może doprowadzić do śmierci.

To też nad choremi podobnemi ciągle zawieszony jest miecz Damoklesa; powinny się one wystrzegać wszelkich szkodziwości zarówno w dyjecie, ruchu, jak i co do wstrząśnień psychicznych.

Spostrzeżenie autora nad ilością hemoglobiny i ciśnieniem krwi dały mu pewne podstawy do rokowania, zmniejszanie się ilości hemoglobiny zdarza się przedewszystkiem w postaciach mięszszowych i jest w prostym stosunku do natężenia zapalenia; w postaciach śródmięszszowych przeciwnie, nie ma zmniejszenia hemoglobiny, a nawet niekiedy jest zwiększenie się jej ilości.

Analogicznie zachowuje się ciśnienie krwi. Uważna i ciągła obserwacja tych objawów może dać wskazówki co do biegu sprawy, pewniejsze niż wahanie ilości białka, moczu i ciężaru gatunkowego.

O. Hewelke.

91. G. MARION. **O chorobie Bright'a bez białkomoczu.** *Arch. gen. de méd.* 1895 *Mort.*

Już od początku bieżącego stulecia znane były pojedyncze przypadki choroby Bright'a bez białkomoczu. Ale dopiero Dieulafoy zwrócił na to w r. 1886-ym uwagę i wypowiedział zdanie że białkomocz jest sam przez się jednym ze „środków“ zapalenia nerek, ale zwodniczym, gdyż może go często nawet nie być podczas gdy inne objawy przemawiają za istnieniem tej choroby. Autor podaje 3 spostrzeżenia tego rodzaju. W pierwszym przypadku chory skarżył się na darcie w łydkach, drętwienie w palcach, szum w uszach, mroczenie przed oczami, brak apetytu, częste oddawanie moczu, krwawienia z nosa, silną duszność, obrzęk na nogach i na ciele. Badanie obiektywne wykazało nadto przerost serca, tętno galopowate twarde. W moczu białka nie było i nie było też zupełnie wałeczków. Chory przy ścisłej mlecznej dyecie z dodatkiem laktozy (50 gram. na litr wody) zupełnie się poprawił.—W drugim przypadku pewna chora zapisała się do szpitala również z wyżej wymienionemi skargami subiektywnemi. Obrzęków, białka w moczu ani wałeczków nie było. Rozpoznano jednak zapalenie nerek na zasadzie skarg subiektywnych chorej i leczono ją w sposób odpowiedni. Gdy po dwóch latach powróciła do szpitala, skargi jej subiektywne były prawie te same, ale tym razem znaleziono w moczu białko. I tym razem przy takim samym leczeniu stan chorej polepszył się.—W trzecim przypadku pewna chora przebyła zapalenie nerek ze wszystkiemi typowemi jego objawami podmiotowemi i przedmiotowemi. Po pewnym czasie (pół roku) powróciła do szpitala z powodu influenzy. Tym razem białka w moczu nie

było, ale skargi subiektywne były te same, co i wtedy, kiedy przechodziła zapalenie nerek: oprócz wymienionych przy pewnym chorym jeszcze uczucie rozdrażnienia w okolicy żołądka, w ramionach i plecach.

Białkomocz nie jest więc bynajmniej stałym objawem zapalenia nerek: może go wcale nie być przy niewatpliwych innych objawach, może występować dopiero w dłuższy czas po ich istnieniu i znikać przy ich ciąglem trwaniu. Tym większego znaczenia nabierają więc inne objawy tej choroby, zarówno podmiotowe jak i przedmiotowe. W końcu autor zaznacza, (zawsze w myśl swego nauczyciela Dreulafoy), że w razie obecności białka w moczu ilość jego ma tylko niewielkie znaczenie pod względem rokowania: przy minimalnych jego ilościach mogą występować objawy mocznicy a przy znacznych (do  $4^{0}/_{00}$   $5^{0}/_{00}$ ) chorzy mogą nieraz chodzić i czuć się wcale nie źle, „ważnem jest bowiem w przebiegu tej choroby nie to, co się z moczem wydalą lecz to, co w organizmie pozostaje.“

Wł. Janowski.

## II. Choroby nerwowe.

92. L. d'ASTROS. **Patologia odnóg mózgowych.** (*Pathologie du pédoncule cérébrale. Revue de Médecine Nr. 1--2, 1894.*)

(Dokończenie p. Z. III).

II. *Ogniska wylewowe z innych tętnic odżywczych odnóg* są rzadsze i mniej ważne, ponieważ tętnice te są małe a ogniska nie zajmują wewn. cz. odnóg, ani nie dotykają n. oculom. *Przyp. Andrala* 60 letni chory. Przed 4 lata zbudził się z zupełnem porażeniem i znieczuleniem prawostronnem. Śmierć wskutku przewlekłego peritonitis. Przy badaniu pośmiertnem znaleziono w *środkowej części odnogi lewej* jamę wielkości wiśni wypełnioną płynem surowicznym, otoczoną twardą błoną łączno-tkankową i subst. nerwową (stare ognisko). W *przyp. Leubego* 3-cie i 4te ogniska podług umiejscowienia tu należą.

III. *Haemorrhagiae pedunculares superiores z art. opticae.* Mogą przesączać z Tha. optic. w odnogi lub mieć miejsce na przebiegu wewnątrz odnóg. W ogóle są więcej rozlane i dotyczą tha. opt. i górnej części odnóg. *Symptomatologia* ich mniej ścisła: *hemiplegia* i *hemianaesthesia*; n. oculomotor wyjątkowo tylko dotknięty.

*Przyp. Charcot'a i Bouchar'd'a:* 79 letni chory, udar, po godzinie powraca świadomość, porażenie ruchowe i czuciowe koń-



czyny górń. lewej, dopiero nazajutrz i lew. dolnej. Znalezione skrzep wielkości orzecha w praw. thal. opt. i w górń. piętrze odnogi prawej. Krew przeciekła też do 3-ej kom. i bocznych.

*Przyp. Prevost'a:* 58 letnia chora. Udar mózgowy z utratą zupełną świadomości, hemiplegja lewostr. zupełna (twarz i kończ.) i zmniejsz. czucia przy kurcz. głowa zwrócona w lewo, obie gałki oczne w prawo. Żrenica lewa szersza, niż prawa. Następnego dnia podnies. ciepłoty po str. porażonej. Śmierć. Znalezione ognisko wylewowe w praw. thal. opt. w dolnej części, krew przenikła w prawą odnogę aż do mostu Varola i w boczną komórkę. Od różnić należy:

1) Wylewy wskutku pęknięcia *art. optic extern. et poster.* ogniska wtedy w górń. piętrze (przyp. Charcot'a i Bouchard'a, prawdop. i Prevosta.

2) Wylewy wskutku pęknięcia *art. opticae intern. poster.* ogniska raczej w doln. piętrze w sąsiedztwie thalam. z tendencją do wylewu w komórkę 3-cią (gałęz. art. opt. int. poster. biegną-wzdłuż ścianki 3-ej). Tętnica ta przechodzi w cz. wewnętrznej odnogi i jest w stosunku do pęczka piramidalnego i górnego jądra oculomotorii (tęcza, akkom.) Pęknięcie jej w sąsiedztwie podłogi 3-ciej k. mogłoby dać nieopisany jeszcze w klinice objaw: *hemiplegia cruciata c. ophthalmoplegia interna*, którego jednak poszukiwać trzeba. Byłoby to najbardziej górne paralysis alternans.

*Obliteratio arter. et ramolitio.* Zamknięcie dotyczy tętnic odżywczych, Embolus rzadziej, niż w ukł. naczyń karotycznym lecz arteritis (syphilitica), arteriosclerosis atheroma częste. Zamknięcie końcowych gałązek daje małe ogniska lecz ważne w sprawie umiejscowień fizyologicznych. Zamknięcie większych pni z powodu anastomoz po za zamknięciem może zapobiedz rozmiękczeniu, lecz jeśli zamknięcie wskutku cierpienia ścianek tętnicy, skrzep może przedłużyć się i zamykać pewną liczbą obocznych, końcowych gałązek i powodować rozmiękczenie tej okolicy. Ze względu na siedlisko zamknięcia oraz możność wyrównania drogą obocznego krążenia ważne są stosunki 3-ch przedewszystkiem tętnic: *art. cerebialis poster.*, *arteria cerebelli superior* i art. nazw. przez autora *pedunculo-jumelle*.

1) *Art. cerebr poster.* powstająca z rozdwojenia pnia podstawowego na brzegu przednim mostu czyli na początku odnog, na przebiegu między pniem podstawowym a miejscem gdzie wlewa się doń *art. communicans posterior* idzie ku przodowi na wewn. n. oculomot. wzdłuż brzegu wewn. odnog aż do miejsca. w którym zlawszy się z *art. communicans posterior*, skręca na zewnątrz, okrążając odnogę w cz. średniej i udaje się do tyln. części corp. callosi, dostarczając końcowych gałęzi tylnej cz. mózgu i plex. chorioid. Z tej części *prostej* czyli *wstępującej art. cerebr. poster* (między basilaris a communicans poster) powstają wszystkie pra-

wie odżywcze tętnice okolicy odnóg: 1) Największa część *tętnic odnogowych wewnętrznych* przeznaczonych do doln. piętra cz. wewn., 2) *Art. nucleorum oculomotorii*, 3) *Art. optica interna posterior*, która z grupy tętnic odnog. wewn. przenika w brzeg wewn. odnogi, aby się udać do thal. opt.; wreszcie 4) *Art. pedunculo jumelle*. Pierwsze trzy grupy tętnic nie tworzą anastomoz ważnych, są to końcowe gałęzie szczególnie art. nucleor. oculomot. Tylko *art. pedunculo-jumelle* daje liczne gałęzie do odnóg: gałęzie odnogowe przednio-zewn., brzozy, odnogowe górne, zatem głównie do części zewn. i górnej odnóg.

2) *Art. cerebelli super.* Powstaje pod kątem prostym z truncus basilaris bezpośrednio przed rozdzieleniem jego na art. cerebr. poster., idzie w rowku między mostem i odnogami i kieruje się ku tyłowi na zewnątrz n. oculomot. okrążając dolną część odnogi do mózdzku.

3) *Art. pedunculo-jumelle* powstaje z art. cerebr. poster. tuż przy jej początku, kieruje się na zewnątrz nad lub pod oculomot., idzie dalej albo w rowku między mostem i odnogami, przylegając do art. cerebelli super., lub wyżej na dolnej połowie odnogi w równej odległości od art. cerebelli super. i części zagiętej art. cerebr. poster., udaje się do corp. quadrigemina, pokrywając je obfitą siecią naczyńową.

Art. cerebelli poster., art. cerebelli superior i pedunculo-jumelle anastomozują z sobą na wysokości górnego piętra odnóg. Te anastomozy tworzą drogi połączeń między krążeniem mózgowym a mózdkowym, sprzyjając zastępstwu fizyologicznemu i uzupełniają krążenie w odnogach. Anastomozują one i w corp. quadrigemina, które z tego powodu są tak obficie unaczynione.

#### *Kazuistyka:*

1) *Przyp. Lutona:* hemiplegia sinistra inclus. facialis superior (oko lewe nie zamyka się), zmniejszenie czucia, paralysis oculomotor. dextri. Śmierć w rok. Znaleziono rozmiękczenie w całej grubości prawej odnogi i sąsiednich części thal. opt. i w razie potylicowym; hydrosp. ventriculorum, atheroma arter. basil.

2) *Przyp. Oyona:* 78 letnia chora, hemiparesis sinistra na zajutrz hemiplegia i paraly. oculomot. dextri z wyjątkiem żrenicy (myosis). Znaleziono: art. cerebr. poster. dextra zatkana. W części odnogi prawej sąsiadującej z thal. opt. świeże ognisko rozmiękczenia, w oculomot. dext. segmentacja myeliny.

3) *Przyp. Mayora:* 67 letnia chora; hemiplegia dextra i paralysis oculomot. sinistri. Obrzmienie porażonych kończyn, czucie zachowane. Znaleziono małe ognisko rozmiękczenia w dolnym piętrze lewej odnogi przecinające pień oculomotorii.

4) *Pierwszy przyp. Kahlera i Picka:* 48 letni chory. Najprzód paralysis oculomot. dextri, anarthria i zaburzenia psychiczne; potem hemiplegia sinistra bez udaru, głowa zwrócona w pra-



wo, źrenice oddziałują jednakowo po obu stronach. Czucie nie naruszone. Śmierć w skutek pneumoniae. Znalezione stare ognisko rozmiękczenia w wewn. cz. praw. odnogi, naruszające wewn. korzenie oculomotorii, w praw. art. fos. sylvii thrombus wnikający w jej gałęzie, capsula externa et interna znekrotyzowane, od czego zależna hemiplegia i zwrócenie głowy w prawo.

5) *Drugi przyp. Kahlera i Picka*: chory 58 letni. Hemiparesis sinistra bez udaru poprzedzona bólami głowy, wzmagająca się. W tydzień syncope i hemiplegia sinistra, niepełna, paralysis oculomot. dextri. Oddziaływanie źrenic prawidłowe, wzmożenie odruchów ścięgniastych z lew. str. drżenie epileptoidalne potem contractura, napady aphasiae. Brak zaburzeń czucia i naczynioruchowych. Śmierć w skutku pneumoniae sinistr. Znalezione zakrzep arter. cerebr. poster. dextrae na przestrzeni 4 młm. rozmiękczenie dolnego piętra prawej odnogi. W bulbus zwyrodnienie wtórne prawej piramidy i zwyrodnienie pęczka piramid. w rdzeniu.

6) *Przyp. Leydena*: 28 letni chory. Szankier przed rokiem. Jako zwiastuny bóle głowy i wymioty, udar z hemiplegia dextra, potem ptosis sinistr., źrenica lewa rozszerzona. Apatja, mowa powolna, jękająca się, podczas leczenia specyficznego mowa pogarsza się, torpor wzmagą, neuritis optica z nacieczeniem papillae, coma, śmierć. Znalezione w rozdwojeniu art. basilaris sclerosis w postaci V, zatkanie art. cerebr. poster. sinistr., prawej niepełne, ognisko w odnodze mózgow. lewej.

7) *Przyp. d'Astros'a*: 26 letni chory, wymioty, powolnie rozwija się hemiplegia dextra, zwrócenie głowy w lewo, strabismus i ptosis sinistra źrenica, lewa zwężona (myosis), hemianaesthesia dextra, inteligencya przyćmiona, mowa niewyraźna (dysarthria); następnie ataxia ruchów, która przechodzi i na lewą stronę, zaburzenia troficzne skóry, łuszczenie, śmierć w skutku pneumoniae. Znalezione zatkanie art. cerebelli super. sinistr. w miejscu gdzie okrąży odnogę i zatkanie art. cerebr. anter. zwanej art. frontalis interna et media. Ognisko rozmiękczeni. w zawoju corp. callosi lewej półkóli, rozmiękczenie lewego zrazu mózdzku i odnogi średniej mózdzku lewej, rozmiękczenie całej odnogi mózgow. lewej, szczególnie górnego piętra i odnogi mózdzkowej górnej lewej. Autor przypuszcza liczne zatory.

I. *Zatkanie zakrzepem art. basilaris* sprowadza zwykle szybką śmierć (Hayem, Joffroy) w skutku wstrzymania krążenia w bulbus. Gdy życie się przedłuża następuje rozmiękczenie w bulbus i moście Varola i objawy paralysis alternans. Lecz krążenie może zostać przywrócone w art. cerebr. poster. za pośrednictwem art. communic. poster. i wtedy brak paralysis. altern. Miejsce rozdwojenia art. basilaris jest uprzywilejowanym dla zatoru i tenże może się przedłużać i wdrażać w art. cerebr. poster. a wtedy

wystąpi *paralysis alternans* jako objaw rozmiękczenia odnóg (przyp. Leydena). W zatorach art. basilaris prócz ogniskowych mogą być ogólne objawy: stupor, sopor, delirium, drgawki epileptoidalne, coma, neuritis optica, które zależą od ogólnego zaburzenia w krążeniu, jeśli obie art. communic. poster. nie zdołają go wyrównać. Badanie pośmiertne wykazuje przekrwienie żyłne mózgu jak w guzach. Zatkanie jednej art. cerebr. poster. nie wywoł takich zaburzeń, chyba że jest następstwem zatkania art. basilaris (jak w przyp. Leydena).

II. *Zatkanie ograniczone do części prostej czyli wstępującej art. cerebr. poster.*, z której powstają odżywcze gałęzie odnóg wywołają rozmiękczenie w odnogach, nawet gdy jest tylko arteritis i objaw *paralysis alternans superior*, a przeto objaw ten jest następstwem zatkania tej części art. cerebr. poster. lub jej gałęzi (przyp. Oyona, 2-gi Kahlera i Picka. przyp. Leydena). Może być zatkanie pojedynczych gałęzi:

a) *art. n. oculomotorii*, ogniska w wewn. części odnogi i w jądrach lub korzeniach nerwu.

b) *art. optic. intern. poster.*, rozmięcz. w thal. opt. i odnodze.

c) *art. peduncular. intern.*, rozmięcz. cz. wewn. piętra dolnego.

d) *art. pedunculo-jumelle* z powodu anastomoz rzadko daje rozmiękczenie w cz. zewn. i tylnych (górn. piętra).

Ze stanowiska patogenetycznego, popartego przez anatomję patologiczną, trzeba odróżniać *dwie postacie rozmiękczenia odnóg*:

1) Odpowiednio do zatkania 1-szej części art. cerebr. poster. rozmiękczenie zajmuje najczęściej *części zewnętrzne i przednie odnogi*. Ogniska mogą być bardzo małe w cz. wewn. odnóg w górn. piętrze, mogą umiejscowić się w jądrach lub okolicy korzeni oculomotorii, w dolnem piętrze w okolicy zbiegu wszystkich korzeni nerwu. Ogniska mogą być duże, niszczyć całe piętro dolne od mostu aż do thal. opt., aquaeductus i 5-ciej komórki, lecz części zewn. i tylne odnogi nienaruszone (2-gi przyp. Kahlera i Picka, przyp. Oyona).

2) W drugiej postaci rozmiękczenie rozprzestrzenia się i na *górn. piętro (cz. zewn. i tylne)* (przyp. Lutona, d'Astros'a). Przyczyny w tych przypadkach trzeba szukać w zaburzeniach krążenia w anastomotycznej sieci trzech tętnic na wysokości górnego piętra. W krążeniu w odnogach można odróżnić dwa układy tętnicze w części niezależne: *układ tętniczy przednio-dolny* utworzony z części wstępującej art. cerebr. poster. i *układ tętniczy tylnogórny* sieć anastom. w której bierze udział art. cerebelli super. art. pedunculo-jumelle i gałęzie końcowe art. cerebr. poster. Układ *przednio-dolny* przeznaczony jest do *wewn. części odnogi piętra dolnego, jąder i korzeni oculomotorii*; rozmiękczenie—pa-



ralysis alternans. Układ *tylno-górny do górnego piętra*. Fakty rozmiękczenia ograniczonego do górnego piętra rzadkie jeśli istnieją, lecz jeśli rozmiękczenie rozprzestrzeni się i na górne piętro, to przyczyny trzeba szukać w zaburzeniu krążenia w sieci anastomotycznej i współcześnie mogą być ogniska rozmiękczenia w mózdku i tyln. części mózgu. *Wiek chorych* na rozmiękczenie w odnogach może być różny od 26 lat (p. d'Astros'a) do 78 lat (p. Oyona), co zależy od etiologii (przymiot, arterio-sclerosis). Często są *zwiastuny* (ból głowy, zawroty, wymioty), poczem występuje stopniowo rozwijające się *porażenie*.

1) W postaci zaburzenia krążenia w układzie tętniczym *przednio-dolnym* bywa *ophthalmoplegia incompleta, partialis, externa*, a nawet może być ona jedynym objawem przez czas dłuższy (1-szy przyp. Kahlera i Picka). Porażenia oculomotorii przymiotowe bywają niezupełne, częściowe, czasem ograniczone do jednego mięśnia (Fournier), mogą zależeć także od małych ognisk rozmiękczenia w okol. jąder lub korzeni tego nerwu, zwłaszcza że układ tętniczy kręgowy a w szczególności art. oculomotorii jest uprzywilejowanym miejscem *arteritidis syphiliticae*. W każdym przypadku takiego częściowego i niezupełnego porażenia oculomotorii trzeba nadto poszukiwać objawów wiaudu rdzenia lub przymiotu mózgowego (ból głowy, zawroty, zaburzenia intelektualne etc.). W razie objawu *paralysis alternans peduncularis* na tle przymiotu *ophthalmoplegia* może być *totalis* t. j. odnosi się i do tęczy i akomodacji, co bywa albo w wielkich ogniskach (p. Lutona), albo w umiejscowieniu w dolnym piętrze, gdzie zbiegają się wszystkie włókna nerwu (przyp. Mayora, Leydena); wreszcie równocześnie z *ophthalmoplegia externa completa lub incompleta* żrenica jest w *myosis* (przyp. Oyona, d'Astros'a). Porażenie n. patetycznego jest możliwe.

Prócz organicznych mogą być *ischemiae czynnościowe* w jądrach oculomotorii, powodujące paralysis intermittens oculomotorii często z hemigrania—hemigrania ophthalmoplegica z porażeniem jednostronnem oculomotorii zupełnem lub niezupełnem, całkowitem. Skurcz naczyń ograniczony do 1-szej części art. cerebr. poster. (między art. basilaris i art. communic. poster.) wywoła napad *hemigraniae ophthalmoplegicue*. Paralysis alternans nie występuje dlatego, że skurcz wystarczający do zaburzenia czynności jąder oculomotorii nie wystarcza do naruszenia przewodnictwa pęczka pyramidalnego, a nadto skurcz może być ograniczony tylko do art. oculomotorii. Skurcz w końcowym odcinku art. cerebr. poster. poza art. communicaus poster. wywoła napad *hemigraniae ophthalmicae*. W przypadkach, w których porażenie oculomotorii zrazu peryodyczne przechodzi w stałe, przyjąć można małe rozmiękczenia w okolicy jąder i korzeni oculomotorii.

W rozmiękczeniach odnogi izolowane porażenie oculomotorii należy do wyjątków, tętnice odnóg powstają tak blisko siebie, że zwykle występuje i hemiplegia alternans. Ta ostatnia bywa zupełna (twarz, kończyny, m. m. kl. piersiowej), a jeśli niezupełna odrazu to postępowa (przyp. Oyona, 2-gi Kahlera i Picka), ze zwiększeniem odruchów, drżeniem epileptoidalnem. Hemianaesthesia w tej postaci rozmiękczenia zwykle nie bywa (w ogniskach wylewowych tak umiejscowionych bywa w skutku ucisku á distance); może być jednak w wielkich ogniskach. Zmiany troficzne, naczynio-ruchowe rzadkie.

2) W postaci rozmiękczenia, spowodowanego zaburzeniem w krążeniu w układzie tętn. *tylno-górnym*, gdy rozmiękczenie umiejscawia się w okolicy zewnętrznej i tylnej (górne piętro) objawy nieco odmienne. Zjawia się *déviatin conjugée* przynajmniej głowy (d'Astros), zwrócenie głowy w stronę przeciwną porażeniu; *zaburzenia czucia* (Luton, d'Astros), *ataxia* nie tylko w porażonych lecz i w zdrowych kończynach, tak że zależy prawdopodobnie od współudziału mózdzku; *zaburzenia inteligencji* w większych ogniskach (Oyon, Mayer) częstsze, niż w ogniskach wylewowych; *zaburzenia mowy* w ogniskach str. lewej (Mayor, Leyden, d'Astros).

*Przebieg* choroby bywa postępowy, decubitus i najczęściej śmierć po kilku miesiącach lub wcześniej w skutku pneumoniae, broncho-pneumoniae i t. p.

III. 1) *Część zagięta art. cerebr. poster. i jej gałęzie końcowe* przyjmują udział za pośrednictwem anastomoz w krążeniu w górnym piętrze odnóg i widzieliśmy, jak zaburzenia w tem krążeniu mogą mieć udział w powstawaniu rozmiękceń w górnym piętrze i mózdzku.

2) *Część circumpeduncularis art. cerebr. poster.* dostarcza odnodze w sąsiedztwie thal. optic. kilku tętniczek obocznych, które, przenikając pionowo w thalam. optic., mogą przez zatkanie wywołać małe ogniska.

3) Gałęzią ważną oboczną art. cerebr. poster. jest *art. optica externa poster.* przechodząca przez część zewnętrzną i górną odnogi do thalam. optic. Pewne rozmiękczenia w obrębie tej tętnicy mogą się umiejscawiać w górnej części odnogi.

*Przyp. Poumeau:* 75 letnia chora, coma, głowa i oczy zwrócone w lewo, lewa źrenica rozszerzona, porażenie kończyn praw. str. bez udaru i zmniejszenie czucia, różnica w ciepłocie prawej i lewej strony, śmierć. Znalezione rozmiękczenie w dolnej części lewego thal. optic. i górn. części odnogi. Wytłomaczenie porażenia d. trudne. Mamy tu *ophthalmoplegiam internam* po str. uszkodzenia i *hemiplegiam* po stronie przeciwległej, czyli objaw najbardziej górnego paralyseos alternantis peduncularis, którego możliwość, mówiąc o ogniskach wylewowych, zaznaczono. Prócz



tego są zaburzenia naczynioruchowe i zwrócenie głowy i oczów w stronę rozmiękczenia.

Rozmiękczenia w thal. optic. mogą występować w skutku zatkania art. cerebr. poster. albo przed art. communic. poster. (art. optica intern. poster.) lub za nią (art. optica extern. poster.) i w obu przypadkach bywa rozmiękczenie w odnogach.

4) Zatkanie *końcowych gałęzi art. cerebr. poster.* wywołuje ogniska w zrazie potylicowym, których objawem bywa *hemianopsia* lub *amblyopia cruciata*. Zmiany te mogą występować współcześnie z rozmiękczeniem w odnogach i dać *paralysis alternans superior cum hemianopsia* (Leyden).

*O umiejscowieniu w odnogach.* Z patologii ognisk destrukcyjnych wyprowadzić się dają pewne wnioski odnośnie do umiejscowień w odnogach mózgowych. Patologja nie wyjaśnia fizjologii czarnej substancji, jądra czerwonego, zstępującego korzenia trzemini. Co się tyczy *corp. quadrigemina* to ogniska wylewowe z przyczyny nader cienkich tętniczek nie mają znaczenia, ognisk zaś rozmiękczenia ograniczonych li tylko do *corp. quadrig.* nie znamy. Zatkanie w układzie tętn. odnóg przednim powoduje rozmiękczenie nie przekraczające *aquaeduct. Sylvii*, zatkanie zaś w układ. tętn. odnóg tylnym wywołuje rozmiękczenia w górnym piętrze w którym mogą uczestniczyć i *corp. quadrig.*, lecz z tego wniosków odnośnie do fizjologii *corp. quadrig.* wyprowadzać nie można. W nowotworach tylnych *corp. quadrig.* Nothnagel spostrzegł *inkoordinację w chodzie*, do której może przyłączyć się *ophtalmoplegia externa duplex* w skutku rozprzeźrzenia na jądra oculomotorii, ostrość widzenia może nie ulegać zmianie, oddziaływanie źrenic zmienia się indywidualnie.

*Porażenie oculomotor. com.* w cierpieniach odnóg. *Ognisko w dolnem piętrze* może dać *paralysis oculomot totalis*; ogniska umieszczone wyżej mogą dać *ophtalmoplegiam externam* lub *internam*. Wiele z przytoczonych spostrzeżeń potwierdza istnienie 2-ch jąder oculomotorii, co również potwierdzają opisy t. zw. *polyencephalitis superior* (Lichtheim i Wernicke), w którym bywa tylko *ophtalmoplegia externa*.

*W ophtalmoplegia interna* w chorobach odnóg trzeba odróżniać 3 kategorie faktów:

a) brak jej w małych ogniskach górnego piętra.

b) współczesność z *ophtalmoplegia interna*: 1) w ogniskach umiejscowionych w dolnem piętrze, gdzie zbiegają się wszystkie włókna nerwu, 2) w ogniskach dużych w okolicy jąder i korzeni nerwu.

c) może być tylko *ophtalmoplegia interna* w ogniskach górnego jądra koło podłogi 3-ciej komórki lub w ogniskach korzeni przednich w obrębie art. optic. intern. poster. *ophtalmoplegia interna c. hemiplegia cruciata* (Poumeau).

Badanie akkomodacyi bywa w tych warunkach trudne, a mydriasis jednostronna zdarza się często w coma apoplectic.

*Stan źrenicy* w cierp. odnóg jest zatem różny:

1) źrenice prawidłowe mogą być w wielu razach, w ogniskach szczególniej górnego piętra.

2) mydriasis ze współczesną ophtalmoplegia externa lub bez niej.

3) myosis. Z powikłanego przypadku d'Astros'a nie można wyciągać wniosków. W przyp. Oyona zdaje się że zanim nastąpiła destrukcyja jądra poprzedzała w niem excytacya (myosis).

*Ophtalmoplegia externa izolowana* dowodzi, że nie jest zajęta część przednia ognóg, w której przechodzą korzenie od jądra górnego. Ta ophalm. externa może być całkowita (Oyon) lub częściowa, co nie dowodzi umiejscowienia koniecznie w jądrach, lecz w okolicy korzeni, bo tu zmiany rozlane, nie zaś usystematyzowane jak w wiądzie. Co do umiejscowienia w *zona radicularis* to podług hipotezy Kahlera i Picka od *pęczków korzeniowych tylnobocznych* zależy innerwacya m. unoszącego powiekę, górnego prostego i skośnego dolnego, a od *pęczków korzeniowych tylnych średnich* innerwacya m. prostego wewnętrznego a może i prostego dolnego.

Ogniska w jądrach nie pozwalają rozstrzygnąć umiejscowień w jądrach ośrodków dla poszczególnych mięśni.

*Blepharoptosis peduncularis* najczęstsza. W umiejscowieniach w dolnem piętrze blisko wyjścia nerwu—*blepharoptosis completa*; w górnem piętrze—*incompleta*. Bl. może występować izolowana obok hemiplegii drugostronnej—rozpoznaje się ognisko w górnem piętrze.

Bl. jest tak częstą w ogniskach odnogowych, gdyż może być *radicularis* (dolne piętro i dolna część górnego), *nuclearis*, i *cortico-fibrilaris* w skutku uszkodzenia włókien, idących od korowego ośrodka m. unoszącego powiekę, które, przechodząc przez górne piętro, krzyżują się powyżej.

*Paralysis m. orbicularis palpebrarum*. Zwykle w hemiplegia peduncularis porażoną bywa dolna gałąź n. facialis, jednak w przyp. Lutona zanotowano porażenie orbicularis palpebrarum po stronie hemiplegii. Zdaje się to zależeć od naruszenia włókien idących od kory do jądra innerwacyi m. orbicularis w moście powyżej skrzyżowania. Ośrodek korowy tego mięśnia jak również umiejscowienie odpowiednich włókien w odnodze nie są znane. Brak wszakże porażenia m. orbicularis w ogniskach dolnego piętra, w którym przebiegają włókna facialis superioris pozwalają przypuszczać, że włókna facialis superioris przebiegają w górnem piętrze, coby przemawiało na korzyść hipotezy o dysocyacji włókien n. facialis superior. et inferioris.



*Zwrócenie głowy i oczów w stronę*—działanie ogniska na 11-tą i 6-tą parę. Nigdy nie zaznaczano tego objawu w ogniskach piętra dolnego. Tylko w przyp. Rickards'a i d'Astros'a objaw ten towarzyszył paraliżowi alternanti i w przyp. Prevost'a i Poumeau, w których w skutku uszkodzenia tętnic optycznych ogniska były w thalam. optic. i w części w górn. piętrze odnogi. Zjawia się więc niekiedy w typowych ogniskach górnego piętra wraz z paralyśis alternans lub w ogniskach górnego piętra w skutku uszkodzenia art. optic. Zdaje się przeto, że włókna, od których objaw zależy, przebiegają w górnym piętrze.

Co do kierunku zwrócenia głowy w przyp. Prévosta i Poumeau, w któr. ognisko w górnych częściach odnóg w sąsiedztwie thal. optic. zwrócenie w stronę ogniska; w przyp. Rickards'a i d'Astros'a w których most nie był dotknięty zwrócenie w stronę hemiplegii. Miejsce skrzyżowania włókien skręcających głowę niewiadome.

*Hemiplegia peduncularis* może być *totalis, partialis, incompleta, progressiva*.

*Hemichorea lub athetosis peduncularis* wymagają umiejscowienia w sąsiedztwie pęczka pyramidalnego, lecz tylko częściowego jego zniszczenia lub działania irytacyjnego (Leube). Gdy destrukcja pęczka pyramidalnego głębsza to *przykurczenie* w skutku zwyrodnienia zstępującego. *Ataxia* w skutku oddziaływania na odnogi mózdzkowe górne i corp. quadrigemina poster. lub na cały mózdzek.

*Hemianaesthesia peduncularis* jest zawsze skrzyżowana lecz nieściśle umiejscowiona; częściej w ogniskach wylewowych lub nowotworach (ucisk à distance). Umiejscowienia przednio-wewnętrzne w odnodze (piętro dolne) nie dają anestezji tylko jako wylewowe ogniska działające przez unisk z odległości. Nie przecząc że zewnętrzna część dolnego piętra zawiera przewodniki czucia, największa ich liczba mieści się w górnym piętrze (przyp. Leubego, d'Astros'a). W każdym razie łatwo następuje zastępstwo. Smak i powonienie mogą także być zajęte lub nie.

*Zaburzenia naczynio-ruchowe i termiczne*. Na podstawie przyp. Mayora i Webera Nothnagel umiejscawia przewodniki naczynio-ruchowe w wewn. części odnogi. Z ognisk wylewowych nie można wnioskować, bo wywierają działanie z odległości. Termiczne zmiany w ogniskach optico-pedunculares widzieli Prévost i Poumeau, w ogniskach wyłącznie odnogowych Weber, Leteinturier, Leube. Wogóle na początku obniża się ciepłota w porażonych członkach, następnie podwyższa się, po tygodniu obniża się ostatecznie. Z wyjątkiem Poumeau widziano termiczne zjawiska tylko w ogniskach wylewowych i współcześnie z zaburzeniami czucia, tak, że zjawiają się one w umiejscowieniach w okolicach czuciowych odnóg. Czy zaś powstają w skutku narusze-

nia ośrodków naczynio-ruchowych w odnogach, które przyjmują fizyologowie, czy jak chce Boudge są odbiciem zwrotnym z podrażnienia włókien czuciowych w odnogach na ośrodki naczynio-ruchowe w rdzeniu wywołującym pierwotnie skurcz następnie zaś rozszerzenie naczyń nie rozstrzygnięto.

*Anarthriæ et dysarthriæ pedunculares.* Rzadkie i tylko w rozmiękczeniach w odnodze lewej. Dwie ich kategorie odmiennie patogenetycznie:

1) Najczęściej mowa bywa powolna, niezrozumiała aż do jej zniesienia (anarthria). Jest to porażenie mięśni mowy (fasciculus geniculatus) jak bywa i w hemiplegia capsularis. Dla czego jednak tylko w ogniskach odnogi lewej? Trzeba przyjąć udział pęczka Raymond'a i Artaud'a, który łączy 3-ci zawój czołowy z mostem i bulbus. Te włókna muszą przechodzić przez odnogę lewą i jeśli uszkodzenie fascic. geniculatus powoduje paralysis glosso-labialis, to uszkodzenie tego pęczka *dysarthriam*. Udział wspomnianego pęczka jest nawet większy, niż udział fascic. geniculat., ponieważ w ogniskach w prawej odnodze niema zaburzeń mowy. Przywiązane też jest ono do ognisk rozmiękczenia, gdyż rozmiękczenia w dołem piętrze zależą od zatkania art. cerebr. poster. lub jej gałęzi w początkach, a wtedy wszystkie pęczki odnóg ulegają zaburzeniom odżywczym, w ich liczbie i pęczek Raymond'a i Artaud'a. W ogniskach wylewowych zaś art. oculomot. pęka w głębi odnogi i jak w przyp. Webera może pozostać ku przodowi od ogniska warstwa nietknięta a zatem i pęczek wzmiankowany.

2) W przyp. d'Astros'a zaburzenie mowy było więcej skomplikowane, była dysarthria syllabaris i podstawianie jednej zgłoski za drugą prawie jak u paralityków postępowych. Objawienie napotyka trudności z powodu licznych zmian anatomicznych w danym przypadku, rozmiękczenia w corp. callos. i w mózdzku, a wiadomo że niektórzy autorowie jak Luys, Jaccoud są zdania, że zmiany w mózdzku mogą wywoływać inkoordynację mowy (glosso-ataxia). Z drugiej strony, ognisko w odnodze było umiejscowione w okolicy czuciowej, co nasuwa wątpliwość, czy inkoordynacja mowy nie zależała od zaburzeń zmysłu mięśniowego czyli od uszkodzenia włókien bulbo-corticales, które przynoszą do kory wrażenia z narządów obwodowych mowy.

W każdym razie można *dysarthriæ mesocephalicæ* podzielić na:

1) zależne od uszkodzenia okolic przednich ruchowych i 2) okolic tylnych (mózdzek, piętro górne odnóg).

W pierwszym razie będzie porażenie mowy, w drugim inkoordynacja.

L. Rzeczniewski.



## III. Chirurgja.

93. Prof. KÖNIG. **Kwestya narkozy.** (*Berlin. klin. Wochensch* 1894 Nr. 53).

Od pół wieku prawie toczą się nader ożywione spory, któremu pomiędzy środków narkotycznych oddać należy pierwszeństwo. Prof. König, zabierając głos w tej sprawie, rozważa zalety i wady chloroformu i eteru (te dwa tylko środki są w pracy jego omawiane) i streszcza wyniki spostrzeżeń swoich w sposób następujący.

Przedewszystkiem zauważyć należy, iż znalezienie bezwzględnie nieszkodliwego narcoticum jest, zdaniem Königa, taką samą mrzonką, jak odkrycie kamienia filozoficznego lub perpetuum mobile. To wszystko, co sprowadza stan czasowego bezwładności i znieczulenia, może niekiedy pociągnąć za sobą trwałą bezwładność i znieczulenie resp. może sprowadzić śmierć. Pozostaje tedy rozważyć względną szkodliwość środków narkotycznych.

Chloroform, jako narcoticum, niebezpieczniejszy jest od eteru pod tym względem, iż po krótkim nawet działaniu wywołać może groźne objawy ze strony tętna i oddechu, objawy, jakie przy narkozie eterowej znacznie rzadziej się zdarzają. Dzięki tym okolicznościom chirurg, operujący przy pomocy narkozy eterowej, pracować może znacznie śmiałej, gdyż obawa o groźące choremu niebezpieczeństwo jest w danym razie o wiele mniejszą.

Jeżeli podrażnienie tchawicy i oskrzeli przez eter wywołać może niekiedy pewne zaburzenia oddechowe, to zaburzenia te nader rzadko dochodzą do takiego stopnia napięcia, jakie przy chloroformie miewa miejsce, i mijają zazwyczaj z łatwością; przedewszystkiem jednak eter prawie nigdy nie sprowadza nagłej śmierci w skutku porażenia serca.

Chloroform zabija na stole operacyjnym, a w podobnych wypadkach nagła śmierć chorego czyni lekarza ciężko odpowiedzialnym w oczach publiczności; eterowa narkoza, jak twierdzą niektórzy, zabiera swe ofiary dopiero w okresie pooperacyjnym. Przypuszczając więc nawet, iż ilość przypadków śmiertelnych jest jednakową zarówno dla chloroformu, jak i dla eteru, przyznać musimy, że aczkolwiek dla pacjenta obojętnem jest, czy umierać ma podczas operacji, czy też nazajutrz, jednak dla lekarza kwestya ta nabiera doniosłego niekiedy znaczenia.

Wobec powyżej przytoczonych faktów dziwnem by się wydawać powinno, dlaczego chloroform, pomimo swych stron ujemnych, stał się ulubionym środkiem większości chirurgów. Dzieje się to, zdaniem Könige, dlatego, iż chloroform stoi znacznie wyżej od eteru jako środek znieczulający.

Operując w 632 przypadkach przy narkozie eterowej, autor miał możność przekonać się, że niekiedy eter nie jest w stanie wywołać dostatecznego zwolnienia mięśni; w niektórych razach pomagało tu zastrzyknięcie morfiny przed lub podczas usypiania, czasem jednak dla dokończenia operacji musiano uciekać się do chloroformu. Z powyższych względów König uważa eter za nieodpowiedni przy operacjach w jamie brzusznej, gdzie tłocznia brzuszna i napięcie mięśni znaczną stanowią przeszkodę; dalej, unikać należy eteru, jako środka drażniącego, przy cierpieniach dróg oddechowych.

*J. Brunner.*

94. Ferdinand BÄHR. **O złamaniach rzepki.** (*Ueber Patellafrakturen. Sammlung klin. Vorträge N. 107.*)

Podług rozpowszechnionej teorii Lossen'a i Hütera złamanie rzepki następuje w większości przypadków skutkiem naprężenia mięśnia czterogłowego (m. quadriceps) przy usiłowaniu powstrzymania się od upadku w tył: upadek na kolano jest już następstwem rozdarcia narządu wyprostnego, zazwyczaj rozdarcia rzepki.

Na zasadzie danych statystycznych i spostrzeżeń własnych Bähr przychodzi do wniosku, że owo naprężenie odgrywa rolę zaledwie w  $\frac{1}{5}$  przypadków; główny zaś czynnik stanowi upadek na kolano. Badając stosunki anatomiczne stawu kolanowego, widzimy, że w miarę zginania rzepka opuszcza się, traci ruchy balansujące i coraz szczelniej przylega swą powierzchnią do wewnętrznej części odpowiedniego wyrostka uda; w położeniu prawie prostokątnem wierzchołek rzepki (apex) sterczy cokolwiek ku przodowi, zachowując pewne ruchy boczne, podczas gdy część górna jest nieruchoma. Rzepka od zewnątrz ku wewnątrz staje się grubszą, największa grubość wypada na środek rzepki. Przy zgiętem kolanie spostrzegamy w niem następujące sterzące punkty: 1) górne końce wyrostków stawowych kości udowej, dolny koniec wyrostka wewnętrznego, wreszcie wierzchołek (apex) rzepki. Jasnym jest, że zależnie od kierunku siły działającej uszkodzeniu ulega odpowiedni punkt sterzący. Przypadki uszkodzenia wyrostków kości udowej, niejednokrotnie trudne do rozpoznania, stanowią ciężkie powikłanie złamań rzepki. Wreszcie rzepka może pośrednio przenosić działanie siły na dolny koniec uda, powodując jego odlamanie.

Sposób powstawania złamań rzepki jest prosty: przy zgięciu średnim górna połowa rzepki stoi pod kątem prostym do m. czterogłowego, działanie jego dla większej części rzepki jest zmniejszone, przez przyśnięcie jej do kości udowej i w tych warunkach rozdarciu może uleść tylko ścięgno, a co najwyżej wraz z niem samo miejsce jego przyczepu na rzepce.



Przy upadku na kolano t. j. przy zgięciu w położeniu prawie prostokątnem opieramy się o grunt na końce palców i ów sterzący dolny koniec rzepki, wtedy może nastąpić odłamanie dolnej  $\frac{1}{3}$  części rzepki.

Linja złamania ma kierunek od góry i zewnątrz ku dołowi i wewnątrz, nierówności zaś gruntu warunkują przejście od złamań skośnych do podłużnych i innych.

Często blache przyczyny mechaniczne powodują w krótkim czasie większe rozchodzenie się pierwotnie blisko leżących odłamków (Refracturen); pod tym względem niebezpieczeństwo grozi przed upływem 3-ch miesięcy. Zauważyć należy, że małe dzieci do lat 10-ciu, które padają całym ciałem, a nie na kolana, nie ulegają złamaniom rzepki.

Przy uszkodzeniach stawu kolanowego spostrzegamy zwykle wybitny zanik m. vasti interni trwalszy i wybitniejszy, niż w pozostałych 3-ch brzuścach mięśnia czterogłowego, co najłatwiej można sprawdzić za pomocą prądu elektrycznego; zresztą autor nie przypisuje temu zbyt wielkiego znaczenia i kilkakrotnie spostrzegł zanik znaczny przy małych uszkodzeniach i odwrotnie.

Zachowanie sprawności ruchów kolana zależy głównie od rodzaju uszkodzenia. Niektórzy autorowie, dążąc jedynie do zachowania swobody ruchów zmuszają chorych do chodzenia już po 6—8 dniach, wielu stosuje wczesnie energiczne mięsienie. Bähr mniema, że wobec niepewności co do zachowania swobody ruchów kolana, nie należy lekceważyć szczerzejszego zrostu odłamków (unieruchomienie stawu, szew kostny), mięsienie zaś uważa za bezcelowe, a nawet szkodliwe ze względu na możność wywołania znaczniejszego rozchodzenia się odłamków. W okresie późniejszym zanik mięśnia leczymy nie bez pożytku gimnastyką.

L. Kozicki.

95. Dr. E. VILLARD. **Badania doświadczalne nad wycinaniem jelita podług sposobu Murphy'ego.** (*Recherches expérimentales sur les entérectomies par la méthode de Murphy. Lyon. Médical. N. 40 1894.*)

Rezekcja jelita, ze względu na nietrwałość szwu kiszkiowego, zużycie znacznej ilości czasu i wynikającą ztąd możliwość wstrząsu, przy największej wprawie operującego stanowi dotąd jeszcze niebezpieczny dla chorych rękoczyn, który też często zostaje pomijany na korzyść odbytu sztucznego. W tym stanie rzeczy sposób amerykańskiego lekarza Murphy'ego, zasadzający się na łączeniu odcinków za pomocą t. z. guzika zespalającego (bouton anastomotique), bez uciekania się do szwu, zasługiwać musi na szczególniejszą uwagę. Guzikiem owym, przypominającym z wyglądu zwykłą spinkę od rękawka, jest kawałek metalu,

który składa się z dwóch, połączonych ze sobą przyrządem walcowatym, połówek, t. j. okrągłych, o wydatnym obwodzie blaszek, w srodku przedziurawionych dla przepuszczania gazów i wartości kiszkii. Przy wprowadzeniu każdej połówki do światła, wytworzonych przez rezekcyę odcinków, otrzymuje się nader ściśle połączenie tychże, surowicze bowiem błony jelita bezpośrednio przylegają do siebie, a z upływem dni kilku, po odpadnięciu uchwyconych między blaszkami i uległych zgorzeli części, następuje trwały zrost, przyczem sam przyrząd wraz z wypróżnieniami bez przeszkody wydalonym zostaje na zewnątrz.

Prostota zabiegu zachęciła d-ra Villard'a do przeprowadzenia na psach, przy posiłkowaniu się zmienionym nieco przyrządem, szeregu odpowiednich doświadczeń. Po otworzeniu jamy otrzewnowej, uchwyceniu przeznaczonej do wycięcia części jelita i podwiązaniu krezki, dokonywano rezekcyi, poczem nakładano szew ciągły na błonę śluzową i surowiczą każdego końca kiszkii w celu wytworzenia z tychże rodzaju worka, co, po założeniu guzika, wywołuje ściślejsze przyleganie powierzchni obu odcinków. W podobnyż sposób postępowano przy dokonywaniu gastroenterostomii i otrzymano we wszystkich przypadkach wyniki wyborne. Operowane zwierzęta dotąd żyją; wyzdrowienie następowało prędko, guzik wydalał się zwykle już czwartego dnia, zrost zaś musiał być dostatecznio mocny, skoro po wyjściu owej zatyczki nie zauważono nigdy niepokojących objawów chorobowych.

Nader dodatnie więc strony tego zabiegu, mianowicie: łatwość dokonania jego, znaczne zaoszczędzenie czasu (właściwy bowiem rękoczyn przy pewnej wprawie w ciągu 5—6 minut uskuteczniony być może) wreszcie, dokładność i wytrzymałość spojenia odcinków powinny mu, zdaniem A., wywalczyć w najbliższej przyszłości powszechnie prawo obywatelstwa, tem więcej, że, jak przekonano się ostatnimi czasy ze sprawozdań Tardiff'a i Willy-Meyer'a, zabieg ten i u ludzi daje, jak dotąd, wyniki bardzo pomyślne, co też i przez najświeższy, nieogłoszony jeszcze, powodzeniem uwieńczony przypadek Villard-Jaboulay'a w zupełności potwierdzone zostało.

K. Niedzielski.

96. M. BAUDOUIN. **O iniekcjach płynów do dróg żółciowych.** (*Des injections liquides dans les voies biliaires. Le Progrès Médical* Nr. 35 1894).

Dr. Fontan z Tulonu mówił w akademii medycznej o przypadku cholecystetomii, ciekawym z tego powodu, iż pierwszy raz stosowano w nim przez przetokę skórną iniekcycę eteru do dróg żółciowych, w celu rozpuszczenia kamieni, które mogły pozostać w przewodzie żółciowym i być powodem niedrożności jego. Autor zaznacza, że Fontan nie jest pierwszym z chirurgów,



stosujących ten zabieg, byli tacy, którzy się starali rozpuścić kamienie żółciowe, zastrzykując mieszaninę eteru i terpentyny (Robson); inni znów, injekując wodę letnią pod wzmożonem ciśnieniem, starali się siłą prądu przepchać kamienie (Kehr, Winivarver). Skończywszy z historią tego zabiegu chirurgicznego, zadaje sobie autor pytanie, czy podobny zabieg jest racjonalny i czy ma przyszłość przed sobą. Injekcye w celu rozpuszczenia kamieni żółciowych poczytuje autor za najzupełniej bezpodstawne; uważa za niemożliwe, by kilka gramów eteru w kilku injekcyach było w stanie rozpuścić kamień; nie trzeba bowiem zapominać o lotności środka. By rozpuścić mały kamień trzeba dużo czasu i eteru, mówi autor, cóż zatem powiedzieć o próbach Fontana, który w 5 injekcyach zastrzyknął 20 kropli eteru. Injekcye płynu w celu przepchania kamieni, chociaż więcej racjonalne, nie mogą również mieć przed sobą przyszłości. Wszyscy co mieli do czynienia z kamieniami żółciowymi w ductus choledochus, rozumieją, jak bezpodstawne jest przypuszczenie, by mały strumień wody był w stanie poruszyć kamień, jeżeli ten że nie znajduje się u ujścia przewodu. Pomyślnym uwieńczoney rezultatem przypadku Winivartera tłumaczy autor mianowicie tem, że kamień był mały i leżał u ujścia przewodu do pęcherza, czego dowodem, że wyszedł przez przetokę, a nie został przepchnięty do kiszek. Dzięki pracom chirurgów niemieckich pisze, autor dalej, wiadomem jest, że niedrożność dróg żółciowych w przypadkach, jak Fontana i innych, w których obecność kamienia w przewodzie pewną nie była, da się najzupełniej wytłumaczyć stanem zapalnym przewodu, obrzmieniem błony śluzowej. Cholecystotomija, umożliwiając odpływ żółci przez przetokę zapewnia przewodowi na pewien czas spokój, co wpływa dodatnio na stan zapalny i tem samem usuwa przyczynę niedrożności; wyzdrowienie zatem w przypadku cholecystotomii przypisać należy, a nie injekcyom eteru. Jako czynnik łagodzący stan zapalny, miałyby racyę bytu injekcye nie rozpuszczające i przepychające, ale antyseptyczne. Injekcye tego rodzaju były już stosowane, chociaż wzmianek o nich istnieje bardzo niewiele. Autor zwraca uwagę chirurgów na ten zabieg, proponuje przeprowadzenie odnośnych badań, a próby wykaza, czy stósowanie injekcyj po cholecystotomii sprowadza drożność dróg żółciowych prędzej aniżeli w przypadkach, w których injekcyi nie stosowano. Do injekcyi można by używać kwasu borowego, nadmanganianu potasu lub wreszcie wody sterylizowanej, zabieg ten, najzupełniej bezpieczny, może się okazać pożytecznym.

## IV. Choroby weneryczne i skórne.

97. AUGAGNEUR. **Ogólne i prognostyczne znaczenie stopnia powiększenia gruczołów w drugim okresie przymiotu.** (*Annal. de Dermatol. et Syphilograph. 1895 N. 2*).

Faktem jest wielokrotnie stwierdzonym, że stopień i trwałość obrzmienia gruczołów limfatycznych nie odpowiada ściśle napięciu pierwotnych i wtórnych objawów przymiotu, którym to obrzmienie towarzyszy: przy obszernem owrzodzeniu pierwotnem i znacznem stwardnieniu następczem obrzęk gruczołów bywa bardzo wydatny, lub też zgoła nieznaczny; w drugim okresie przymiotu obok wykwitów swoistych o postaciach ciężkich, wrzodziejących, spotykamy zwykle powiększenie gruczołów zaledwie namacalne, i odwrotnie: przy małoznaczących nawet objawach na skórze i błonach śluzowych obrzmieniu ulegają nieraz liczne grupy gruczołów, a samo obrzmienie jest bardzo wydatne.

Brak takiej ścisłej zależności pomiędzy cierpieniem narządów limfatycznych, a innymi objawami swoistego zakażenia dowodzi, że należy przyjmować obrzmienie gruczołów nie tyle za wskazówkę siły infekcyi samej, ile stopnia oporu, jaki jej stawia dotknięty ustrój.

Swoisty zarazek przymiotu dostaje się do ustroju w znacznej większości przypadków przez naczynia limfatyczne, nie zaś bezpośrednio przez krwionośne. Jeżeli przeto czynność gruczołów, a raczej całego systemu limfatycznego będzie się odbywać energicznie, fagocytoza, walcząc skutecznie i energicznie z zarazkiem, wpuści go do ogólnego krwiobiegu, zmieniwszy przed tem i osłabiwszy jego toksyczne własności.

U osób niedojrzałych, w przypadkach nabycia przymiotu w czasie, kiedy ustrój znajduje się jeszcze w okresie największej siły swego rozwoju, choroba ma przebieg bardzo łagodny; u dzieci np. obrzmienie gruczołów bywa zwykle bardzo wydatne i względnie długo nie ustępuje: nadzwyczaj czynna fagocytoza wpływa wtedy na siłę zarazka osłabiająco. U starców, przeciwnie, pierwotnemu objawowi, rozległemu nawet, ze znacznem i długotrwałem owrzodzeniem, towarzyszy zwykle umiarkowane obrzmienie gruczołów: aparat limfatyczny reaguje bardzo słabo, nie stawia dostatecznego oporu przedarciu się do ustroju zarazka nieosłabionego, i przymiot u starców bywa też zwykle ciężki, objawy wtórne uporczywsze i poważniejsze. W ten sam sposób łatwo również sobie wyjaśnić, dlaczego w przymiocie złośliwym spotykamy zwykle obrzmienie gruczołów bardzo nieznaczne i w mniej licznych grupach uwydatnione.



U płodu widzimy przykład infekcyi bezpośredniej, a więc bez udziału fagocytozy w aparacie limfatycznym: przymiot też wrodzony stale bywa nadzwyczaj ciężki; u starców inoculatio odbywa się wprawdzie do tkanki łącznej, ale dzięki starości sam ustrój stawia mało oporu: przymiot również bywa ciężki. U dzieci, dzięki silnemu oporowi ze strony fagocytów, przebieg choroby bywa bardzo łagodny, jeżeli tylko przymiot będzie zaszczerpiony do skóry lub błony śluzowej. Omawiane zjawisko powtarza się tak stale, że może być przyjęte za prawo. Przeczy jemu pozornie tylko ciężki przebieg przymiotu u dzieci, obserwowany w epidemjach przy szczepieniu ospy powstałych; przy szczepieniu wszakże ranka nieco krwawi, staje się więc rzeczą prawie pewną, że zarazek przymiotu dostawał się tu wprost do krwi. Słowem, wszystkie przytoczone dowody przemawiają za tem, że stopień powiększenia gruczołów należy przyjąć za miarę oporu, jaki stawia ustrój zarazkowi; z tego również wypływa ważna wskazówka prognostyczna: jeżeli grupy obrzmiałych gruczołów są liczne, a samo obrzmienie znaczne, możemy się spodziewać łagodnego przebiegu przymiotu i odwrotnie.

Fr. G—yc.

98. Dr. GAUCHER. **Xantelasma.** (*Semaine médicale* 1894 N. 54).

Xantelasmata są to plamy lub wyniosłości koloru żółtego, występujące przeważnie na powiekach. Bywają one rozmaitej wielkości, ilości i formy. Choroba ta nie zawsze ogranicza się do skóry, gdyż i błony śluzowe i organy wewnętrzne nie są zupełnie od niej wolne. Czasami znów występuje niejako choroba samodzielna, lecz w związku z długotrwałą żółtaczką i moczówką cukrową.

Płaskie, gładkie ksantelasmy umiejscawiają się oprócz wewnętrznego kąta powiek, na nosie, policzkach, uszach i niekiedy na zewnętrznych częściach organów płciowych. Wyniosłe zaś o nierównej powierzchni ksantelasmy mają ulubione miejsce w okolicach stawów, na kolanie i na łokciu. I ta postać występuje czasem na organach płciowych i na błonach śluzowych. Postać płaska opisanych tworów wywołuje tylko uczucie palenia, guzowate zaś są wrażliwe na ucisk. Jedne i drugie trwają nieograniczenie długo i rosną bardzo powolnie. Dla życia żadnego niebezpieczeństwa nie przedstawiają.

Połowię przypadków towarzyszy żółtaczka, jako jeden z objawów współistniejącej marskości hipertroficzej wątroby. Podobne przypadki niektórzy autorzy objaśniają wadliwym utlenieniem i przemianą tłuszczu pod wpływem cierpienia wątroby. Nie jest to jednak tłómaczenie słuszne, gdyż znane są przypadki ksantelasmatów bez żółtaczki. Z drugiej znów strony niektórzy autorzy opisują cierpienia wątroby i dróg żółciowych wskutek istniejących ksantelasmatów.

Inny charakter mają ksantelasmata w przebiegu moczówki cukrowej: sprawiają swędzenie, pieczenie lub ból; są czerwone, cokolwiek wyniosłe, środek ich jest żółty; na obwodzie bywa często rumień (erythema). Siedliskiem ich jest dłoń, podszew lub fałdy skóry; rozwijają się szybko. Dla wyrzutów tych charakterystycznym jest znikanie podczas leczenia przeciwdiabetycznego. Niektórzy sądzą, że tego rodzaju ksantelasmaty powstają wskutek złej assimilacji tłuszczu, zależnej od zmian w trzustce.

Ze względu na ich budowę anatomiczną można je uważać za nowotwory; składają się z tkanki łącznej i komórek wielojądrowych, zawierających kulki tłuszczowe. Formy płaskie ośfitują przeważnie w komórki, formy zaś guzowate—w tkankę łączną, włóknistą.

Etyologia omawianego cierpienia jest mało znana. Oprócz powyższych dwóch względów, o których już była mowa, wymienią dziedziczność, otyłość, kamienie żółciowe.

W leczeniu zalecany bywa olejek fosforowy, terpentyna, eter, alkalia. Czasami zachodzi potrzeba miejscowego leczenia chirurgicznego.

*J. Salberg.*

99. BAZY. **Chłoniwość pęcherza moczowego.** (*Ueber die absorbierende Kraft der Blase. Monatsh. f. prakt. Derm. 1894 N. 10.*)

Wbrew powszechnemu twierdzeniu, Bazy i Sabatier przekonali się, że w pęcherzu niewątpliwie może odbywać się chłonięcie jego zawartości wprawdzie na mniejszą skalę, niż w kiszce prostej, ale żywiej, niż w jamie ustnej lub przełyku. Na psach królikach i kotach wykonano szereg spostrzeżeń po bezpośrednim wprowadzeniu do pęcherza środków, któreby nie uszkadzały błony śluzowej (jodek potasu i alkaloidy). U królika któremu z wszelkimi ostrożnościami (? Ref.) zastryknięto do opróżnionego pęcherza 2 ctm. roztworu strychniny (1 : 30), już po 1½ minuty zaczynały się objawy zatrucia: drganie kończyn podczas ruchów, gdy zwierzę zmuszono do chodzenia, wkrótce ogólny skurcz mięśni, wreszcie śmierć z cechami zatrucia strychniną. I inne doświadczenia B. również miały stwierdzać nieznanym dotychczas fakt chłonięcia z nieuszkodzonego pęcherza.

*J. D. Grabowski.*

100. E. FULLER. (New-York). **Uporczywy wypływ z cewki, zależny od podostrego lub przewlekłego zapalenia pęcherzyka nasiennego.** (*Persistent urethral discharges dependent on subacute or chronic seminal vesiculitis. Journ. of cutan. and gen. urin. diseases, 1894 June—July.*)

Długotrwały wypływ z cewki, uważany częstokroć za następstwo przebytego trypra lub wogóle za wyraz cierpienia cewki, zdarza się i wobec zupełnie prawidłowego stanu dróg moczowych;



nagabuje osobniki, które niewątpliwie trypra nie przechodziły; nie raz takie wypadki opierają się długo wszelkim zabiegom leczniczym i dopiero po dokładniejszym zbadaniu okazuje się, że podstawą cierpienia, które i choremu i lekarzowi dało się już dobrze we znaki, jest vesiculitis seminalis. Dlatego też F. w każdym wypadku przewlekłej rzeżączki radzi zwracać uwagę na stan pęcherzyków nasiennych.

Ze szczegółowego badania i opisu 22 spostrzeganych przez siebie przypadków F. wyprowadza następujące wnioski:

1) Przyczyną pewnej ilości przypadków uporczywego wypływu z cewki jest vesiculitis seminalis.

2) Trzecia część tych wypadków jest pochodzenia gruźliczego.

3) Ścisłe odróżnienie zwykłego zapalenia od gruźliczego zajęcia pęcherzyków nasiennych jest niezmiernie ważne ze względu na rokowanie i leczenie.

4) Wypadki zwykłego zapalenia u osobników niezbyt starych kończą się zupełnie pomyślnie; leczenie trwa tem dłużej im później zostaje rozpoczęte.

5) Leczenie wypadków zwykłego zapalenia polega na lekkim masażu (rozcieraniu z lekkim uciskiem) okolicy pęch. nasiennych wprowadzonym do odbytnicy palcem wskazującym, przy czem zawartość zmienionych pęcherzyków zostaje wyciśnięta do cewki. Takie leczenie należy zowtarzać co 5—7 dni, o ile przedmiem podrażnienie odbytnicy po poprzednim masowaniu.

6) Leczenie trwa 4—6 tygodni w wypadkach podostrych; przewlekłe wymagają od kilku miesięcy do roku.

7) W wypadkach gruźliczego zajęcia pęcherzyków należy masować bardzo oględnie; nieraz zauważono poprawę wyłącznie po leczeniu ogólnem.

*J. D. Grabowski.*

101. LEISTIKOW. L. **Leczenie leukoplakji.** (*Zur Behandlung der Leucoplakie. Monasthefte für prakt. Dermatol. 1894 Nr. 7.*)

Leczenie znanego pod nazwą leukoplakii zajęcia błony śluzowej jamy ustnej, języka i warg należy do bardzo niewdzięcznych zadań dermatologii. Rzadko można mówić o wyleczeniu doszczętnem, często dopiero „paklenizacya“ jest jedyną ucieczką. L. w ciągu ostatnich trzech lat stosował rezorcynę w szeregu przypadków leukoplakii u syfilityków, gdzie ogólne leczenie ręcią lub jodem pozostawało bez żadnego skutku. L. używał w tych przypadkach ciasta rezorcynowego z dodatkiem krzemionki i tłuszczu (Rp. Terrae siliceae 1,5, Resorcini 3,0, adipis 0,5, m. f. pasta); lekiem nasmarowanym na wacie pokrywał wykwit kilka razy dziennie, zwłaszcza po jedzeniu i przed pójściem spać. Już po 8—14 dniach błona śluzowa była cienka i różowa, wrażliwa bardzo na dym tytoniu i ostre w smaku używki. Prze-

krwieniu rezorcynowanych plam najlepiej dawało się usuwać wcieraniem balsamu peruwiańskiego; po 3—4 dniach następowała restitutio ad integrum. W dwu wypadkach znacznego słonowaciznowego przerostu (elephantiasische Hyperplasie) języka zależnego od uporczywej leukoplakii, po „paklenizacji“ rezorcyna wyświadczyła znakomite usługi. Bolesne szczeliny (rhagades), powstające niekiedy w lenkoplakini labii inferioris należało kokaizować. Dla ułatwienia odpadnięcia zniszczonego rezorcyną strzępa błony śluzowej, po 5—8 dniach leczenia zakładano kawałek cynkowego lub cynkowo-ichtyolowego plastru (Zinkichthyolsalbenmull), którym pokrywano zarazem i wewnętrzną powierzchnię wargi. Po 3-ch dniach strzęp odpadał i obrzmiała warga powracała do prawidłowych wymiarów. Kilkakrotne zastosowanie ciasta rezorcynowego we wszystkich wypadkach usuwało cierpienia bezpowrotnie.

Wyższość rezorcyny nad innymi stosowanymi tu zazwyczaj środkami żrącymi (azotan srebra, sublimat, kwas chromowy, kwas trójchlor octowy etc.) zdaniem L. polega na tem, że rezorcyna działa żrąco jedynie na powierzchowne warstwy nabłonka, nie niszcząc głęboko błony śluzowej.

*J. D. Grabowski.*

## WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

102. Dr. Straus poddawał badaniu **wydzielinę z nosa osób, które, przez dłuższy czas w jednym pomieszczeniu z suchotnikami przebywały.** Były to przeważnie osoby pielęgnujące chorych w oddziałach dla suchotników, oraz pacjenci, którzy na jednych salach z dotkniętymi gruźlicą przebywali. Na 29 przypadków w ten sposób badanych w 9 znalazł autor żyjące laseczniki gruźlicze. Badane osoby były bądź zupełnie zdrowe, bądź też miały pewne dolegliwości, jednakże objawów gruźlicy nie przedstawiały. Autor przypuszcza, że schwycił tu zabójcze drobnoustroje na pierwszym etapie drogi, którą one do płuc przez górne drogi oddechowe robią. (Arch. de méd. experim. 1894).

*H. K.*

103. Prof. C. v. Kahl den. **O działaniu surowicy leczniczej na nerki i serce.** (Centr. f. allg. Patholog. 1895 N. 3—4 str. 122). Dochodziły już z kilku stron głosy, że surowica lecznicza wpływa na występowanie, resp. powiększenie się białkomoczu. O słuszności tego zarzutu można by sądzić dopiero po bezstronnej obserwacji bardzo wielu przypadków oraz po zbadaniu nerek w wielu bardzo zakończonych śmiertelnie przypadkach błonicy. Obecnie materiału takiego zupełnie jeszcze niema. Ponieważ szereg badań wykazał, że zarówno hodowle błonicy, jak i jad jej oraz surowica przeciwbłonicowa dzia-



lają na ludzi tak samo i na zwierzęta, autor więc postanowił zbadać doświadczalnie, o ile zdrowe świnki lub króliki dostają zapalenia nerek pod wpływem surowicy. Otóż, wprowadzając tym zwierzętom ilości surowicy, które stosunkowo do ich wagi ciała, nazwać można olbrzymiami (królikowi 16 cm., świnkom po 12 cm.), autor przekonał się przy badaniu makro i mikroskopowem ich nerek, że były *zupełnie* zdrowe i pod żadnym względem niezmiennione. Badanie serca tych samych zwierząt nie wykryło w nich ani śladu stłuszczenia (płyn Flemminga) lub innego zwyrodnienia. Badając poprzednio nerki w kilku przypadkach śmiertelnie zakończonej błonicy u dzieci, leczonych surowicą, autor miał to wrażenie, że zmiany w nich niezem od towarzyszących zwykłym przypadkom błonicy się nie różnią. Powyższy wynik badań doświadczalnych ośmiela go do przypuszczenia, że wrażenie to nie było zbyt subiektywne. Wl. J.

104. Dr. Andreesen z Jałty przypomina **dyagnostyczne i prognostyczne znaczenie wyglądu brzeżu dziąseł przy gruźlicy płuc**, na które pierwsi zwrócili uwagę Fredericq i Thompson, a następnie Sticker. Na miejscu przejścia dziąsła na szyję zęba błona śluzowa przyjmuje mocno czerwone zabarwienie w ostrych suchotach, więcej sinawe w przewlekłych, a białawe w zolzach. Blednięcie zabarwienia ma dobre prognostyczne znaczenie. Andreesen z 800 ogólnej liczby znalazł „brzeżek“ u 92, z których 69 byli notoryczajni suchotnikami. U 60 mężczyzn suchotników brzeżek występował charakterystycznie w 80<sup>0</sup>%, u kobiet w 86<sup>0</sup>%. U kobiet ma objaw ten mieć podrzędne znaczenie. A. nie uznaje jakiegos bezpośredniego związku między nim a gruźlicą, być może, że posiadające brzeżek dziąsłowy osoby są usposobione do suchot. (St. Peterb. 10). O. H.

105. Nad zewnętrznem stosowaniem gwajakolu była d. 12 Grudnia r. z. dyskusya w paryzkiej „Soc. de thérapeutique“. Dr. Miron-Sigalla z Bukaresztu doniósł o rezultatach **pedzłowań gwajakolem przy wysiękach w opłucny**. Całą tylną część klatki piersiowej pedzłował mieszaniną:

Guajacoli 3,0

Glycerini

Tinct. Jodii 20,0

i następnie przykładął gutaperkę (Guttaperchapapier). Po upływie 24 godzin pedzłowanie powtarza się. W przeciągu 4-ch godzin występują obfite poty, zwiększa się ilość moczu, a u gorączkujących chorych obniża się ciepłota ciała. M. twierdzi, że przy powyższem leczeniu otrzymał bardzo pomyślne rezultaty. W odpowiedzi na to zauważył Dr. Grellety, że w jednym przypadku zapalenia opłucny stosował pedzłowania z gwajakolu i gliceryny w równych częściach, lecz doszedł do bardzo niepomyślnych rezultatów. Natomiast Dr. Ferrand zalecał mieszaninę gwajakolu z gliceryną jako bardzo dobre analgetikum. Rozmaite wyniki leczenia za pomocą tej metody zależne są, podług niego, od różnej odporności chorych, podczas gdy podług D-ra Vogta przyczyny tego szukać należy w zmienności składu chemiczne-

go preparatów gwajakolu. I rzeczywiście, Dr. Catillon potwierdził to przypuszczenie, zaznaczywszy, że gwajakol, spotykany w handlu, może zawierać do 50% obcych domieszek. Czysty gwajakol powinien się w dowolnym stosunku rozpuszczać w glicerynie, przyczem powstający płyn powinien być całkiem przezroczysty i jasny. Należy zatem zawsze przepisywać gwajakol w stanie krystalicznym. (Wiener. Med. Pr. N. 1).

*J. Win.*

106. W tych przypadkach w praktyce chirurgicznej, w których golenie brzytwą połączone jest z pewnemi trudnościami, jak np. ogolenie okolicy odbytnicy, fossae axillaris, ograniczonej powierzchni głowy i t. d., zaleca Dr. Annequin (Arch. de med. et de pharm. mil., 1894 N. 10) **wodan siarku wapnia i barytu do depilacji**. Pierwszy z wymienionych przetworów, o wiele stosowniejszy, przedstawia płyn papkowaty, który się otrzymuje przez działanie siarkowodoru na mleko wapienne; smaruje się nim daną okolicę ciała na grubość 2 mm.; po 8—10 minutach, to jest po zaschnięciu, zmywa się wodą wraz z włosami. Siarek barytu jest to biały proszek, którym należy posmarować skórę po uprzednim zmieszaniu go z wodą; przetwór ten działa silniej, niż siarek wapnia, posiada jednak złą stronę, że wywołuje uczucie palenia i działa trująco, jak zresztą prawie wszystkie sole barytu. (W. M. Pr. N. 1).

*J. Win.*

107. **O zewnętrznem stosowaniu kwasu salicylowego w przypadkach ostrego gośćca stawowego.** Pomimo całego szeregu coraz to nowych środków przeciwgośćcowych, któremi chemia i farmakologia, nie przestają nas wzbogacać, salicylan sodu nie dał sobie wydrzeć palmy pierwszeństwa. Są jednakże, pewne okoliczności, które stoją na przeszkodzie wewnętrznemu stosowaniu wspomnianego środka. Pominąwszy już to, że niektórzy ludzie odznaczają się pewną idiosynkrazją względem salicylu i już na względnie małe dawki tego leku silnie reagują (wymioty, rozwołnienie, osłabienie czynności serca), mamy jeszcze cały szereg takich przypadków, gdzie wewnętrzne użycie salicylu jest przeciwwskazane, mianowicie ostry i przewlekły nieżyt żołądka, okrągły wrzód żołądka, nerwobóle żołądkowe (crises gastriques) u tabetyków, wymioty nerwowe u histeryczek i neurasteników, dalej wymioty u ciężarnych lub też wywołane drogą odruchową u kobiet dotkniętych chorobami narządów płciowych. W podobnych właśnie przypadkach przyszło Bourget'owi (Therapeut. Monatsheft, 1893 N. 11) na myśl stosować salicyl zewnątrznie na skórę. Już przed kilku laty wskazywano, Unna i inni, na łatwość wchłaniania się kwasu salicylowego przez skórę. Przekonał się o tem sam Bourget robiąc doświadczenia na samym sobie. Chorując na różę w twarzy, posmarował sobie twarz mieszaniną kwasu salicylowego z olejkiem migdałowym, wkrótce potem wykrył salicyl w moczu za pomocą półtoro chlorku żelaza.

Za najlepsze vehiculum dla kwasu salicylowego uważa Bourget następującą formułę: acidi salicyli, lanolini, ol. terebin aa 10,0 Axung. 100. Maścią tą radzi on obficie, bez silnego wcierania stawy pokry-



wać i następnie bandażem flanelowym obwijać, już w godzinę po zastosowaniu tej maści wykrywano salicyl w moczu, w ciągu zaś 24 godzin wydzielało się od 0,2—1,4.

Skóra kobiet, osobników młodych i mających blond włosy, okazała wyższy stopień wchłaniania, aniżeli skóra mężczyzn, oraz osobników starszych z ciemnym uwłosieniem.

Maść wcierana w kolana wchłaniała się prawie dwa razy szybciej, aniżeli w skórę tułowia.

W 19 przypadkach w ten sposób leczonych, z wykluczeniem wszelkiej wewnętrznej terapii, otrzymał autor wynik nadzwyczaj dodatni. Już w godzinę, dwie, po zastosowaniu wspomnianej maści chorzy doznawali pewnej ulgi; obrzmienie stawów szybko ustępowało, ciepłota opadała, objawów ubocznych ani razu nie spostrzegano.

W ostatnich czasach Weiss z Pragi (Wien. Med. Presse 1894 Nr. 48—49) ogłosił dwa przypadki ostrego gośćca stawowego, w których metodę podaną przez Bourget z doskonałym skutkiem stosował. Dodatnie wyniki przez wspomnianych autorów otrzymane powinny zachęcać lekarzy do dalszych prób w tym kierunku.

H. K.

108. **Argentum fluoratum.** Ag. Fl. Ciało to przedstawia się pod postacią masy ciemnobrunatnej, błyszczącej, bardzo hygroskopijnej. Badaniem tego nowego preparatu zajął się Carmello Lazzaro (Arch. di farmacol. e terap. 1894). Autor ten znalazł, że fluorek srebra, pod względem ogólnych trujących własności bardzo jest zbliżony do zasadowych związków fluru, i, że trujące własności tego preparatu stoją w bezpośrednim związku z ilością zawartego w nim fluru. Co do żrącego działania fluorku srebra to odpowiada ono działaniu lapisu.

Preparat ten posiada również i antyseptyczne własności. Lazzaro proponuje stosowanie tego nowego środka przy infekcyi karbunkułowej, ponieważ na lasecznik karbunkułu działa on trująco już w bardzo małych ilościach, zupełnie jeszcze obojętnych dla ustroju ludzkiego. (W. Med. Pr. N. 7 1895).

H. K.

109. **Alphol** (Alphanaphtol, salicyłowy ester) jest to biały proszek, rozpuszczalny w wyskoku, eterze i tłuszczach, w wodzie nie rozpuszcza się. Topi się przy 83° C. Własności lecznicze tego nowego środka bardzo są zbliżone do własności salolu.

Sok trzustkowy i kiszkowy rozkłada alphol na kwas salicyłowy i naphtol. Preparat ten dotąd okazał się skutecznym przy wewnętrznym stosowaniu w zapaleniu pęcherza tryprotem i w ostrym gośćcu stawowym. Za przeciętną jednorazową dawkę przyjmują 0,5, można ją jednakże i do 2,0 powiększyć. (Therap. Wochenschrift N. 5 1895).

H. K.

110. **Cadmium salicylicum.** ( $C_6H_4OHC_2O_2$ ) Cd +  $3H_2O$ . Są to bezbarwne błyszczące igły, ściągającego, słodkawego smaku; rozpuszczają się w mniej więcej w 70 częściach zimnej wody, łatwo rozpuszczają się w glicerynie, oraz w wyskoku i eterze, szczególnie przy

podwyższonej ciepłocie; nierozpuszczają się natomiast w chloroformie i benzynie. Metalicznego kadmu preparat ten zawiera 29<sup>o</sup>/<sub>o</sub>.

Cesaris (Bollettino chemica farmaceutico 1894) utrzymuje, że salicylan kadmu odznacza się własnościami antyseptycznymi o wiele silniejszymi od pozostałych związków kadmowych. Z tego względu proponuje on stosowanie tego nowego leku oftalmiach przy ropnych, zapaleniach rogówki, łącznicy, również jako środek ściągający przy nadmiernym śluzotoku, przeciw przymiotowym wykwitom skórnym i t.

H. K.

## ODCINEK

### W sprawie społeczno-lekarskiej słów kilka.

Napisał

Dr. Józef Jaworski.

Sprawy natury społeczno lekarskiej ze względu na swe wyjątkowe znaczenie przodować winny innym, wszystko bowiem co zmierza ku poprawie, polepszeniu zdrowostanu ogólnego, co zdąża do podniesienia wartości produkcyjnej jednostki przez zapobieganie chorobie, kalectwu jest doniosłem zadaniem społecznym, którego spełnienie staje się podwaliną pomyślności i szczęścia narodu. W wykształconych i prawidłowo rozwijających się społeczeństwach dla osiągnięcia tych żywotnych celów inicjatywa prywatna współzawodniczy niejako z państwem, ogół w dobrze zrozumiałym własnym interesie częstokroć wyprzedza zarządzenia, albo licząc się z okolicznościami, do nich się nagina, przystosowują.

Podnosimy w tem mianowicie miejscu głos w interesie wzgardzonego u nas zawodu, którego właśnie zadaniem jest niesienie posług i pomocy kobiecie podczas porodu i połogu. Sprawa ta—zdawało by się — *par excellence* kobieca, omawiana być winna przede wszystkim w tyle modnych dzisiaj u nas kwestyonaryuszach i wogóle, artykułach „o kobiecie“. Tam jednak pisze się o przeróżnych rzeczach, pozostających w sferze marzeń pobożnych, prowadzi się akademicki spór o dopuszczenie kobiet do studyów uniwersyteckich, podaje się nawet statystykę... poczekalni lekarek, a dyskretnie unika się tego, co mieć może istotne i doniosłe znaczenie dla ogółu, bo to nam nie po myśli — nie przypada do gustu — nie odpowiada wymarzonej godności — wielkim aspiracyom.

Tymczasem warto ponieść ofiarę z owych wierzeń i uprzedzeń stanowych, czy społecznych. Tem bardziej, że jak w tym razie, ofia-



ra ta wprawdzie może nie dla każdej jednostki łatwa i nie przykra, oprócz zadowolenia ze spełnianego obowiązku i ze względów ekonomicznych—korzyści osobistej zasługuje na bliższą uwagę.

Przed laty kilku, w prasie codziennej poruszyłem ważną, zdaniem mojem, sprawę braku u nas wogóle akuszerki i kandydatek do tego zawodu. Było to po wprowadzeniu reformy w tutejszej szkole, istniejącej przy instytucie położniczym. Podniesiono wówczas *census* naukowy szkoły, a wstęp do niej mieć mogły od tej chwili tylko osoby, które przynajmniej skończyły klasy gimnazjalne, resp. progimnazjum. Na razie liczba uczennic zmalała bardzo, w latach następnych zwiększać się zaczęła, wśród wstępujących jednak nie było wcale a o ile wiem stosunek ten i dzisiaj się utrzymuje—osób pochodzenia miejscowego. Do szkoły napływać zaczął element obcy, tak pod względem pochodzenia, jak i wyznania. Uczennice warszawskiej szkoły akuszerki rekrutują się od chwili jej reformy przeważnie z żydówek rosyjskich.

Gdym pisał wówczas w tej kwestyi, zwracałem między innymi uwagę, na co i teraz kładę nacisk, na przykrą ewentualność już w niedalekiej przyszłości, mianowicie, konieczność posługiwania się osobami tego zawodu, obcemi ogółowi naszemu pod każdym względem. Wskazałem też wówczas na korzyści materyalne, jakie zawód akuszerki u nas zapewnić może. Chociaż nieco później jedno z pism ogłosiło kwestyonaryusz budzący żywy interes p. n. „Czem wykształcona pan-na zająć się może i powinna“, sprawa przemieście poruszona w kwestyonaryuszu uwzględniona nie została. Podobnego poniekąd losu doznało także obecne odezwanie się w tej kwestyi prof. Rydygiera. Prof. Rydygier w swym artykule o dopuszczeniu kobiet do studyów lekarskich, oświadczać się przeciwko tym studyom, między innymi pisze: „Tak więc i w tej gałęzi medycyny (t. j. w chorobach kobiet) nie pozostaje nic innego kociecie, jak to, do czego już dziś ma przystęp, a do czego u nas dotychczas kobiety inteligentniejsze i z lepszych rodzin wcale się nie garna, a przez co mogłyby oddać daleko większe usługi społeczeństwu, a sobie zapewnić wcale pokaźne i intratne stanowisko, t. j. zostać akuszerkami“.

W krytycznych streszczeniach artykułu prof. Rydygiera naprózno poszukiwałem jakiegoś sądu, zdania o kwestyi, którą w powyższych słowach autor poruszył, natomiast znalazłem tam aluzye do wielkiej praktyki zastużonego profesora chirurgii, ba, nawet insynuacye. Poprzedzona myśl, uprawy nowej niwy pracy dla tych kobiet, które ją dotychczas uważały dla siebie za nieodpowiednią, przez komentatorki artykułu przemilczaną została. Tak, bo to zawód wzgardzony, a podnieść go przez uczciwe postępowanie i rozumną pracę chęci nie mamy; a może brak nam i odwagi i przeświadczenia w wytrwałość....

Wielki brak pomocy dla położnic w kraju naszym i naglącą potrzebę liczebnego uzupełnienia jej najwyraźniej wskażą niżej podane cyfry, poczerpnięte z wykazów urzędowych z r. 1890:

W tabliczce, którą podaje, uwidoczni się stosunek ilości urodzeń i kobiet do rozmieszczenia akuszerki pośród ludności Królestwa Polskiego.

G U B E R N I A	Ilość kobiet	Ilość urodzeń	Ilość aku- szerek	Ilość „ba- bek“
m. Warszawa . . . . .	239,026	20,777	252	
gub. Lubelska . . . . .	542,773	43,251	39	21
„ Piotrkowska . . . . .	521,932	47,331	80	29
„ Radomska . . . . .	394,803	29,929	30	6
„ Kaliska . . . . .	444,225	34,872	71	
„ Kielecka . . . . .	371,486	27,847	40	
„ Płocka . . . . .	345,480	22,724	49	
„ Warszawska . . . . .	582,550	44,437	84	83
„ Siedlecka . . . . .	360,438	29,259	26	14
„ Łomżyńska . . . . .	332,911	27,303	43	
„ Suwalska . . . . .	338,032	19,685	21	
Ogółem . . . . .	4,173,656	347,345	726	153

Rozpatrując się w tych cyfrach, zauważyć się daje, naprzód, że w Warszawie jedna akuszerka przypada na 950 kobiet, następnie, że pozostałe 627 akuszerki (łącznie z 153 wiejskimi babkami) obłączy mają prowincję, resp. cały kraj. Akuszerki te, prawie wyłącznie, zamieszkują większe miasta, a przedewszystkiem gubernialne. W miastach tych mniej więcej liczyć można, że jedna akuszerka przypada na 3000 kobiet, gdy tymczasem po miasteczkach i po wsiach, gdzie znajduje się około 3000000 kobiet, jedna akuszerka nie przypadnie nawet na 300000 kobiet.

Dla braku właściwej statystyki, nie możemy podać tutaj ściślej cyfry urodzeń, które bez pomocy i opieki choćby jako tako wykwalifikowanej akuszerki corocznie się odbywają. Cyfrę taką otrzymać można drogą pośrednią z obliczeń innych liczb. Przyjąwszy mianowicie, że każda akuszerka czynna jest przez rok cały i na każdy poród poświęca siedm dni opieki położniczej, wypadnie, że przyjąć może 52,1 dzieci, odbierając jedno dziecko na dzień, a jeżeli po dwoje to 104,2. Biorąc dla prowincyi okrągłą liczbę akuszerki 630, otrzymamy, że wszystkie one mogą przyjąć w ciągu roku 65,646 dzieci a tem samem 260922 resp.  $\frac{4}{5}$  urodzeń pozostaje bez elementarnej umiejętnej opieki położniczej.

Wprawdzie poród jest aktem fizyologicznym i jako taki, wydawać by się mogło, nie potrzebuje umiejętnej pomocy i opieki, wprawdzie może i dzisiaj, zupełny jej brak niekiedy okazuje się lepszym niż nieudolna, nieświadoma niebezpieczeństw dla zdrowia i życia matki i dziecka interwencya, zaprzeczyć się jednak nie da, że pomoc i opie-



ka przy porodach i położach dla współczesnych kobiet jest niezbędną, nieodzowną, że o ile jest ona niesioną przez osoby z fachowem wykształceniem, przejęte ważnością spełnianego obowiązku, uchronić może tysiące niewiast od licznych dotkliwych cierpień następczych, kalectw, a nawet śmierci.

Rola i zadanie zaiste równie piękne jak trudne.

„W ręku położnej (akuszerki) mówi (w nauce położnictwa) prof. H. Jordan spoczywa zdrowie i życie dwóch, a czasami i więcej osób; sumiennem pełnieniem swych obowiązków. przyczynia się ona do utrzymania szczęścia rodziny i ochrania ją od nieszczęść. Jest to więc powołanie piękne, które bardzo często przekonaniem, iż się zdrowie lub życie bliźnim swoim ocaliło, prawdziwą wewnętrzną radość i rzeczywistość korzyść ludzkości sprowadza i które z tego powodu zasługuje na powszechny szacunek“.

A więc, kobiety dla kobiet!...

W imię tego hasła, w myśl zasady, że żadna uczciwa praca ujmą czci nie przynosi, w imię interesu dobra ogólnego, osoby wykształcone, samodzielne z zapałem do pracy powinny kadry uczennic tutejszej szkoły akuszerek przez liczne do niej zapisywanie się stale wzmacniać, a następnie godnem postępowaniem obrany zawód w opinii podnieść.

---

## Od wydawców.

---

W d. 14 Marca r. b. za Nr. 139 Główny Zarząd Prasy zawiadomił nas, że p. Minister Spraw wewnętrznych pozwolił na wydawanie **Kroniki lekarskiej w odstępach dwutygodniowych** zamiast miesięcznych. Zawiadamiając o tem Szanownych Czytelników, zaznaczamy, iż na mocy wyżej wzmiankowanej koncesyi wydawanie **Kroniki jako dwutygodnika rozpoczniemy z d. 1 Lipca r. b.** Szczegółowy program wydawnictwa podamy w jednym z następnych zeszytów. Cena prenumeraty na rok bieżący nie ulegnie zmianie.

*O. Hewelke. K. Sierpiński. J. Zawadzki.*

---

## KRONIKA MIESIĘCZNA.

— Prof. N. A. Chrzonszczewski, przewodniczący przyszłego Pirogowskiego Zjazdu lekarzy w Kijowie ogłosił (Wracz N. 5) program dla rozpraw w sekcji zjazdu, poświęconej sprawom bytowym. Program ten w pierwszej połowie dotyczy bytu lekarzy, a w drugiej spraw lecznictwa ludu.

Na pierwszym miejscu zaznacza autor potrzebę powiększenia liczby lekarzy przez powiększenie liczby fakultetów lekarskich, dopuszczenie do nich uczniów szkół realnych, dopuszczenie do studiów lekarskich kobiet w uniwersytetach razem ze studentami, zrównanie ich praw, („nie wymagać dodatkowych egzaminów z łaciny i greckiego“).

Powtórę uważa za konieczne zaprowadzenie zmian w programie kursu nauk lekarskich, mianowicie poświęcić całe 5 lat naukom specjalnym, znieść roczne egzamina, a zostawić 2, jak za granicą, zaprowadzić wszędzie polikliniki, aby wyrobić samodzielność w uczących się, znieść istniejące dziś dwa stopnie naukowe. Wogóle wprowadzić do uniwersytetów całe urządzenie według modły zagranicznej (niemieckiej).

Po trzecie, uporządkować stosunek lekarzy do władzy. Lekarzy na służbie jest kilka kategorii: lekarze wojskowi lądowi, lekarze wojskowi morsey, cywilni, ziemscy. Wszyscy oni zależą od rozmaitych komendantów, gubernatorów, członków zarządu ziemstw i co gorzej od małżonek tych panów (!). Tym czasem zarówno naczelnicy jak i naczelnikowe nie znają się na medycynie. Aby temu zapobiedz należałoby lekarzy i sprawy lekarskie poddać osobnej kompetentnej władzy. Taką instytucją może zaś być tylko ministerjum publicznego zdrowia (projektowane już przez poprzednie Pirogowskie zjazdy), na podobieństwo ministerjum rolnictwa. Powinno by się ono składać z oddziałów: wojennego, lądowego i morskiego, cywilnego, ziemskiego, sądowo-lekarskiego. Ostatni departament mieć powinien pewien charakter moralnej cenzury i sądu honorowego.

Ministerjum to powinno dbać o urządzenie kas emerytalnych dla lekarzy, ubezpieczeń i t. p.

Po czwarte, jeżeli dla lekarzy na służbie należy zaprowadzić pewne uporządkowanie w ich położeniu, to dla lekarzy wolnopraktykujących należy stworzyć pewne określenie ich stanu i bytu, ponieważ istniejące prawa nie zabezpieczają i nie bronią lekarza i jego interesów. W Cesarstwie wzajemne obowiązki (taksa) lekarzy i publiczności omawia prawo z 1779 roku, nie odpowiadające zupełnie dzisiejszym warunkom życia. Należy wprowadzić nową takse, lekarzy dla klas biednych, dać lekarzom możność dochodzenia sądowego z pierwszeństwem pretensyi.



W drugiej połowie programu autor przedstawia, jak wskutek obszarów ogromnych i biedy ludności dzisiejsza pomoc lekarska nie wystarcza, jakie straty w ludziach szczególniej dzieciach ponosi społeczeństwo. Możliwość poprawy autor widzi w 1) powiększeniu personelu lekarskiego, szczególniej kobiet lekarzy, 2) zmniejszeniu ceny lekarstw i chleba, 3) wprowadzeniu odczytów o higienie, 4) większej dbałości o podniesienie oświaty i moralności.

Kończy swój elaborat Sz. autor, cytując słowa Virchowa: „Oświata, dobrobyt i wolność stanowią jedynie pewną podwalinę dla zabezpieczenia zdrowia ludu“.

Program swój prof. Chr. ogłasza już teraz, aby ułatwić dyskusyję, i, aby każdy mający w poruszonych kwestyach co do zaznaczenia, mógł zrobić to dość wcześnie. Wszelkie komunikaty mają być przysyłane pod adresem prof. Ch. w Kijowie.

— Prof. Lewin w swoim sprawozdaniu z farmakologii i toksykologii (Deut. Med. W. 8) w rozdziale „Ethisches“ występuje ostro przeciw pewnym wykroczeniom przeciw etyce lekarskiej, jakie coraz częściej w ostatnich czasach się zdarzają. Jest to nieetyczność w stosunku do nauki.

Wielu z lekarzy, znajdując się wprost w służbie firm przemysłowych, a szczególniej fabryk chemicznych, pisuje artykuły wychwalające środki przez tę fabrykę preparowane. Toż samo dzieje się z instrumentami. Inni puszczaają w handel środki, na które wykupują patenty. Wszystko to nie licuje z zadaniem lekarza, któremu stara rota przysięgi każe z każdą zdobytą wiadomością i wynalazkiem spieszyć ku pożytkowi chorych.

Tej przysięgi trzeba dotrzymywać!

Gdyby jednak została usunięta, jako pozostałość dawnych na-  
iwnych czasów, to niechże ma siłę hasło, które dotąd jeszcze leży w poczuciu większości lekarzy wszechświata: „Precz z wekslarzami i lichwiarzami ze świątyni medycyny“!

— W Lutym r. b. w Towarzystwie położniczem w Berlinie dr. Grimm miał odczyt p. t. „wspomnienia ginekologiczne z Japonii“. Z odczytu tego wyjmujemy kilka więcej zajmujących ustępów.

Wśród kobiet, zamieszkujących wyspę Yezos (miejsce działalności d-ra Grimma), często zdarzają się poronienia i porody przedwczesne. tłumaczy się to znacznem rozpowszechnieniem wśród ludności miejscowej przymiotu i innych chorób wenerycznych. Poronienia występne nie są również zjawiskiem rzadkiem. Wywoływaniem poronień zajmują się od wieków niektórzy spośród niewidomych t. zw. lekarzy igielnych (Nadelärzte), którzy obok akupunktury wycuczają tego zabiegu i uprawiają go niejako zawodowo aczkolwiek wbrew prawu i naturalnie potajemnie. Miejscowy sposób wywoływania poronień polega na wprowadzaniu do macicy korzenia roślinnego lub pałeczki drewnianej, która pozostaje w jamie macicy przez pewien przeciąg czasu. Same kobiety również stosują na sobie ten sposób spędzania płodu. Sprawy

zapałne w macicy i w jej otoczeniu, jako następstwo poronień, zdarzają się dość często, lecz przebieg tych spraw jest szybszy i łagodniejszy niż u mieszkanki Europy.

Poród według zwyczaju miejscowego odbywa się w położeniu klęczącym. Poślanie dla rodzącej urządza się wprost na podłodze w zakątku domu na uboczu położonym, ze słomy, zużytych części ubrania i pościeli. Rodząca klęka na tem poślaniu w ten sposób, że opiera swe pośladki na piętach. Jako punkt oparcia z przodu służy kilka nawalonych jedna na drugą kołder, z tyłu zaś siada osoba, o pierś której rodząca może się również oprzeć. Funkcję tę spełnia często-kroć mąż rodzącej. Przed rodzącą klęka akuszerka, do obowiązków której pomiędzy innymi należy zaciskanie i poprawianie pasa brzuszne-go. Pas ten zakłada każda ciężarna w 5-ym miesiącu ciąży i zdejmuje go dopiero w położu. Poród odbywają Japonki z zadziwiającym spokojem i panowaniem nad sobą. W przypadkach zaburzeń w przebiegu porodu chętnie i zwykle dość wcześnie wzywają pomocy lekarskiej; polecenia lekarskie spełniają ohocho i rozsądnie nawet wtedy, gdy sprzeciwiają się one zwyczajom tradycyjnym. Lekarze miejscowi po większej części posiadają współczesne narzędzia położnicze, aczkolwiek obok kleszczy używają częstokroć pętli fiszbinowej pomysłu Kagawy. Operacje położnicze lekarz musi wykonywać klęcząc lub siedząc na podłodze, co, według Grimm'a, 'Lynajmniej nie przeszkadza w robocie, a nawet ma pewne strony dodatnie.

W Japonii panuje epidemicznie choroba u nas nieznaną—kakka inaczej beri-beri, której powstanie, według mniemania miejscowego, znajduje się w zależności od ciąży, porodu i położu. Choroba ta polega na różnorodnych zaburzeniach w układzie nerwowo-mięśniowym (parestezye, hyperstezye, niedowłady i bezwłady mięśni, zaburzenia w działalności serca i w oddechaniu). Kakka przebiega ostro lub przewlekłe, występując w rozmaitych stopniach nasilenia. Pod wpływem ciąży a zwłaszcza porodu objawy chorobowe stają się cięższymi, po porodzie chora doznaje znacznej ulgi, aczkolwiek choroba trwa w dalszym ciągu. Okoliczność powyższa tłumaczy upatrywanie przyczynowego związku pomiędzy omawianą chorobą, a ciążą, porodem i położem.

Po urodzeniu się dziecka pępownię w Japonii podwiązują wóknami konopnymi i odcinają. Wyszuszony sznurek pępkowy uważany jest za świętość; każdy japończyk nosi go przy sobie przez całe życie, a po śmierci zabiera z sobą do mogiły. Noworodki są przeciętnie o 200 grm. lżejsze, niż w Europie, przychodzą na świat z obfitym czarnym włosem na głowie i jednym przynajmniej znamieniem przyrodzonym na ciele. Znamię ma postać plamy sinawej rozmaitej wielkości i kształtu, umiejscowione bywa zwykle w okolicy krzyża lub kości ogonowej, znika ono około 3—7 roku życia. Dzieci karmione bywają piersią aż do 3—4 roku życia.



W leczeniu chorób właściwych kobietom ważną rolę odgrywają środki wewnętrzne, moxy i ukłócia (acupunktura); w wielkiem użyciu są również gorące (40—45° C.) kąpiele mineralne rozmaitego składu. Ilość kąpielei wynosi 5—10 na dzień. Japonki wielce dbają o czystość narządów płciowych. Dotknięte upławami noszą w pochwie tampon ze zmietego papieru. Tampon taki jest zraszta w powszechnem prawie użyciu u kobiet deflorowanych.

Małżeństwa zawierane bywają w Japonji w wieku znacznie młodszym niż w Europie, chociaż dojrzałość płciowa następuje tam bynajmniej nie wcześniej niż u nas. Po nadejściu dojrzałości płciowej Japonka raz na miesiąc, po peryodzie, goli górną wargę. Z chwilą wyjścia zamaż przybiera zewnętrzne cechy nowego stanu, czerni zęby i goli brwi. Małżeństwa zawierane bywają za porozumieniem się rodziców; narzeczeni przed ślubem prawie się nie znają; t. zw. małżeństwa z miłości zdarzają się wyjątkowo. W awanturach romantycznych i tragediach miłosnych role bohaterki odgrywają wyłącznie niewolnice z domów wesołości i t. p. zakładów. Te kąpanki Wenery nie są traktowane zbyt pogardliwie, zajęcie ich nie jest wprawdzie poczytywane za poczesne, lecz nie jest również uważane za hańbę. Japonka po wyjściu zamaż jest zwykle wierną żoną, dobrą gospodynią i czułą matką. Nie mniej przeto w Japonji często zdarzają się rozwody zwłaszcza w niższych warstwach społeczeństwa. W wyższych natomiast ogólnie przyjętym zwyczajem jest polygamia. Pierwsza żona zajmuje zawsze uprzywilejowane stanowisko, tak w rodzinie jak i w społeczeństwie. Król japoński, jak wiadomo, ma 12 małżonek, z których pierwsza tylko nosi dyadem i tytuł królewski, pozostałe zaś w oficjalnych wiadomościach dworskich (w przekładzie angielskim) tytułowane są „mesdames”.

*A. Karcewski.*

— Jak się dowiadujemy z Berlina, przebywający tam lekarze polacy zawiązali stowarzyszenie, zatwierdzone przez miejscową policję. Wobec licznie odwiedzających Berlin dla studyów lekarzy polaków, którzy z powodu braku informacyi nieraz wiele tracą czasu i pieniędzy, zanim trafiają do celu, nowe stowarzyszenie ofiarowuje swą gotowość informowania nowoprzybywających, bądź na miejscu, bądź listownie.

Adres: Verein der Aerzte, Buchhandlung Bes & Hesse Lounsenstrasse 42. Eingang Karlstrasse.

Nie wątpimy, że z tak uprzejmie zaofiarowanej koleżeńskieji usługi każdy rad będzie korzystać. Za podjęcie tej myśli młodemu stowarzyszeniu należy się uznanie i wdzięczność.

— Na oddziale dytterytycznym w Warszawskim szpitalu dla dzieci przy ul. Aleksandryi leczono surowicą przeciwbłoniczną od dnia 13/II do dnia 1 kwietnia ogółem 40 dzieci. W tej liczbie 14 z zapaleniami gardzieli (angina diphtheritica), 26 z zapaleniami krtani (laryngitis). W przypadkach zajęcia krtani wykonano 5 razy tracheo-

tomie; z tej liczby zmarło 1 dziecko, wyzdrowiało 2 i pozostaje jeszcze w leczeniu 2.

Z ogólnej zaś liczby 26 wypadków laryngitis zmarło troje; jedno dziecko w parę godzin po przyjęciu, 1 nazajutrz bez tracheotomii i 1 nazajutrz po tracheotomii. Chorzy na anginę wszyscy wyzdrowieli. W 37 przypadkach badane były błony lub śluz z gardzieli bakteryologicznie na laseczniki Loeffler'a: w 14 przypadkach nie znaleziono laseczników.

— W istniejącym przy szpitalu Dzieciątka Jezus od początku Lutego w oddziale dla leczenia chorych na błonicę dzieci za pomocą surowicy krwi, prowadzonym przez kolegę Janowskiego, było dotąd 13 chorych. Z pomiędzy nich w 4-ch przyp. surowicy nie stosowano, gdyż okazały się nie będącymi błonicą. Z pozostałych 9-ciu przypadków ze stwierdzoną błonicą, w 7 sprawa chorobowa zajęła gardziel i krtan (krup), powodując bardzo wysoki stopień stenozy; w 2-ch tylko miała miejsce błonica samej tylko gardzieli. Z pomiędzy 9-iu przypadków tylko jeden przypadek krupu zakończył się śmiertelnie. Dziecko to zmarło w 14 godzin po przybyciu do szpitala. Sekcja wykazała zajęcie sprawą błonicową błony śluzowej całych dróg oddechowych od nosa do oskrzeli włącznie. Obydwa przypadki błonicy gardzieli oraz pozostałych 6 przypadków krupu skończyły się pomyślnie, i to bardzo szybko. Z pomiędzy tych 6 przypadków w jednym tylko (u 10-o miesięcznego dziecka) dokonać musiano tracheotomii.

— Otrzymujemy następujące pismo:

„W szpitalu dla dzieci starozak, przy ulicy Śliskiej w oddziale moim, poczynając od 1 Lutego r. b. do 10 Kwietnia, było ogółem 25 dzieci, leczonych surowicą antydifterytyczną, z której to liczby zmarło 6. Wiek dzieci wahał się od 1 roku do 8 lat, a mianowicie:

1	rocznych	leczyło się	3
2	letnich	„	3
3	„	„	5
4	„	„	5
5	„	„	6
6	„	„	2
8	„	„	1

Klinicznie rozpoznano:

przypadki z angina diphtheritica	7
„ „ et rhinitis diphtheritica	2
„ „ et laryngitis „	9
„ z laryngitis crouposo-diphtheritica	7

Bakteryologicznie (kol. Janowski) znaleziono wyłącznie 1. Eöflera w 5 przypadkach (wszystkie zakończone pomyślnie), w pozostałych zaś (z wyjątkiem 2 nie badanych na bakterye) okazało się zakażenie mieszane po największej części ze znaczną przewagą streptokoków.



Z ogólnej liczby 25 przypadków w 7 stosowano surowicę Aronsona, w pozostałych 18 Roux. Najmniejsza ilość zastrzykniętej surowicy A. wynosiła 10 c. ctm. (1000 j. i.) największa 30 c. ctm.; najmniejsza ilość surowicy R. wynosiła 16 c. c. (1000 j. i.), największa 56 c. ctm. (przeszło 3000 j. i.) w ciągu 3 dni. Miejscem zastrzyknięcia była zwykle linea axillaris sinistra, a niekiedy dextra; przy zastrzykiwaniach posiłkowano się szprycą Aronsona.

Co się tyczy dnia przybycia chorych do szpitala, respective zastrzyknięcia surowicy, to otrzymaliśmy następujące dane:

2-go dnia choroby zastrzyknięto	3	dzieciom
3-go " " "	8	"
4-go " " "	5	"
5-go " " "	5	"
6-go " " "	2	"
7-go " " "	2	"

Wyzdrowienie zupełne nastąpiło najwcześniej 6-go dnia po przybyciu chorego do szpitala t. j. po pierwszej iniekcji, najpóźniej po 7 tygodniach (1 przypadek).

*Tracheotomia* wykonaną była w 6 przypadkach, z których w 3 z zejściem śmiertelnem.

Z *powikłań* ważniejszych zauważono: 1) *białkomocz* (bez zajęcia nerek) w 5 przypadkach (w jednym od 2,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; w pozostałych od 0,05<sup>0</sup>/<sub>0</sub>—1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>); 2) *rumień* (erythema), podobny do wysypki szkarlatynowej w 3 przypadkach, trzeciego dnia po zastrzyknięciu; 3) *stwardnienie* (induratio) w miejscu zastrzyknięcia w 4 przypadkach, z których w 2 nastąpiło ropne zapalenie tkanki podskórnej (phlegmone); 4) *paralysis palati mollis* w 1 przypadku; 5) *pneumonia* obustronna w 1 przypadku. Wreszcie co się tyczy 8 przypadków zakończonych niepomyślnie u 1 śmierć nastąpiła 7 dnia przy objawach zapaści (porażenie serca), u 3 przy objawach zajęcia opon mózgowych, u 2 zaś rozlane zapalenie płuc, wklajające chorobę od samego początku, spowodowało zejście śmiertelné.

#### A. Koral.

— Aertzliche Sachverständigen Zeitung (Wr. 11), cytuje szereg wyroków sądowych, wykazujących, że sądy niemieckie uważają za niedozwolone wszelkie hałasy, mogące źle wpływać na zdrowie mieszkańców. Tak np. w jednym skasowany został zakład ślusarski z kuźnią ze względu na denerwujący stuk, w drugim uznano za szkodliwe sygnały świstawkowe, podawane 9 razy dziennie. U nas, zdaje się, podobnego prawa nie ma, analogiczne przypadki zdarzają się za to nie rzadko. Wiemy np. o jednym nowym domu przy ul. Szpitalnej, w którym jakaś maszyna od 7 rano do wieczora denerwuje w wysokim stopniu mieszkańców swym głuchym, tępym stukiem.

— Wiener. Med. Presse Nr. 7 donosi, że berliński lekarz Dr. Gutkindt skazany został przez sąd państwowy na 500 Marek grzywny za skrzytykowanie wobec chorego ordynacyi jednego z kolegów,

Dr. Zimmermanna, w te słowy: „Każda stara baba to samo by uczyniła“.

— Komitet zarządzający kasą pomocy dla osób pracujących na polu naukowem imienia Dr. J. Mianowskiego w wykonaniu testamentu ś. p. Dr. Zenona Pileckiego postanowił przyznać wynagrodzenie za prace naukowe zasługujące na wyróżnienie 10 autorom prac z różnych gałęzi wiedzy. W liście tej spotykamy pracę kol. W. Janowskiego, pod tytułem: „Przyczyny powstawania ropienia w świetle pojęć współczesnych“.

— Perry Kidel radzi zapobiegać paraliżowi serca w przypadkach włóknikowego zapalenia płuc podskórnymi wstrzykiwaniami strychniny po 0,001—0,0015. (Deut. Aertz-Zeit).

— 5 Kwietnia odbył się kongres, poświęcony gruźlicy w Kalabrii (Portugalja).

— Dr. Philippart zapisał 100000 fr. na uniwersytet w Lille.

— W New-Yorku wybrano na lekarza bakterjologa miejskiego kobietę Annę Williams.

— 18 z. m. prof. Kocher robił 1000-czną operację wola.

— W Wiedniu rozpoczęto wydawanie podręcznika Handbuch der Laryngologie und Rhinologie, pod redakcją D-ra P. Heymanna.

— Pod redakcją D-ra Bresgena wychodzi ma. wydawni.two lekarskie „Sammlung zwangloser Abhandlungen“.

— Dr. Mocznikowski odzyskał zupełnie zdrowie i powrócił już do swych zajęć w Petersburgu w Instytucie Klinicznym.

— Dr. Muchin mianowany został docentem patol. i terapii szczerzółowej w Uniwersytecie Warszawskim.

— W Finlandji istnieje towarzystwo zwolenników palenia trupów, które zyskuje coraz więcej członków. Obecnie towarzystwo robi starania, aby palenie uczynić obowiązkiem. (Wracz 11).

— M. Baudouin redaktor Progrés Médical występuje przeciw nieodpowiednim często tytułom artykułów naukowych, z których nie raz nie można się domyślić, o co rzecz idzie. Niekiedy za to długość tytułu równa się prawie treści artykułu.

— W Niemczech jeden uniwersytet wypada na 2,471,423 ludności, w Anglii na 4,142,002, we Francji na 2,556,138, we Włoszech na 1,436,114, w Rosyi na 12,300,000. We Włoszech jest dwa razy więcej uniwersytetów, niż w Niemczech i we Francji, ale studentów jest mniej. (I. R. M. G. 11).

— Dr. I. Titius, dożywotni honorowy prezes Towarzystwa lekarzy wileńskich, obchodził w tym czasie 50 letni jubileusz swej działalności lekarskiej. W obchodzie tym, zarówno uroczystym jak i serdecznym, przyjęło udział całe miasto i okolice, z którymi szanowny jubilat związany jest długoletnimi i różnorodnymi więzami. Kilka gorących słów poświęcił Sz. Jubilatowi Tygodnik ilustrowany w Nr. 13.



— Dr. Canini w Livorno, lekarz chorób dziecięcych, zapisał cały swój majątek, 2,300,000 lirów, na szpital dla biednych dzieci, chorych na dyfteryt. (St. Petersburg. 11).

— 18 Marca prof. N. Sklifasowski obecnie dyrektor Instytutu Klinicznego Wielkiej Księżny Heleny Pawłowny, obchodził 25 letni jubileusz swej profesorskiej działalności. Uroczystość, chociaż nieurzędowa, przyjęła szersze rozmiary, zachowując przytem serdeczny i gorący nastrój.

## Nadesłano do Redakcyi.

*Prof. W. A. Gluziński:* O działaniu fizyologicznem wyciągów z nadnercza. Kraków 1895.

*I. I. Troickij:* O terapeutycznym znaczeniu oliwkowego masyła pri żelczno-kamiennoj bolieźni. Kazań 1894.

*E. Wiecztowow:* K uczeniu o syfilisie sierdca. Moskwa 1895.

*G. I. Tomson:* Kiszecznyj szow i Anastomosis Button Murphy. Odessa 1895.

*Woroschilsky:* Anwendung von heissen Badern in zwei Fällen von Meningitis cerebrosppinalis. Odb. z Tgerap. Monatsch. 1895.

*A. Claus:* Les manifestations douloureuses de l'influenza. Gand 1894.

*C. Kunkler:* Heilwirkung d. Tannigen. Odb. z Allg. Med. Cent. Ztg.

*Dr. H. Higier:* Hysterie als Simulation u. Combination der Tabes dorsalis. Odb. z Wiener Kl. Woch.

Toż samo po polsku. Odb. z Gaz. Lek.

*A. T. Matwiejew:* Słuczaj paralicza obieich nog, moczewego puzyria i priamoj kiszki izlecz. wytiażeniem i korsetami Sayx'a. Med. Obozr.

*Tenże:* Nabliudjenja nad lieczem. Sibirskoj jazwy w Riazan'skoj gub. 1890—94.

*Tenże:* Trawmaticzeskij razryw moczewego puzyria pri ciełosti briuszn. pokrowow. Odb. z Rus. Med.

*Tenże:* Nowoje widoizm. osteopl. otniatia golieni po sposobu Pirogowa.

*S. A. Szaniawskij:* Otezet po chirurg. otdiel. Aleksandropol. M. Lazareta za 1890—92. Odb. z Med. Sborn.

*J. Jaworski:* Dampf als blutstillendes u. asept. Mittel b. Operationen am Uterus. Odb. z Wien. Med. Presse 1895.

*Ch. Gevaert:* De l'aristol. Gand 1894.

*Wł. Janowski:* Przyp. otrucia ołowianego. Odb. z Gaz. Lek.

*Wł. Janowski:* Badania porównawcze nad określ. siły surowicy Behringa oraz surowicy Roux. Odb. z Gaz. Lek. 1895.

*Wł. Janowski:* Obecny stan leczenia błonicy za pomocą surowicy krwi w Berlinie i w Paryżu. Odczyt Klin. Nr. 72.

*A. Rabe:* Współczesne teorye gorączki. Odczyty kliniczne Gaz. Lek. S. VII. Z. 1 i 12.

*Prof. Wł. Nikolskij:* O błogotwornych jawleniach przyrody w organizmie człowieka przy fizjologicznych i patologicznych zmianach. Warszawa 1895.

*Dr. S. P. Segal:* Nowe sposoby odkrycia przerwanej ślepoty i agrawacji. Med. Obozr.

*Tenże:* K woprosu ob amblyopia ex anopsia.

*Tenże:* O niektórych obiektywnych sposobach określenia refrakcji oka. Odb. z Wiestn. Oftal.

*L. Kryński:* Nowy sposób opatrywania złamań obojczyka. Odb. z Przegl. Lek.

*Dr. med. S. T. Bartoszewicz:* O nowym dezynfekującym wieszczestwie z naftianych produktów. Trudy Chark. Med. Obszcz.

*Tenże:* Słuczaj pieremieżajuszczagosa paralicza u mężczyzny.

*Tenże:* O żaroponijajuszczem diejstwie gwajakola przy naruznom jowo primienienii.

*S. Wojno:* Otczet o chirurgiczeskoj diejatelnosti lieczebnicy G. W. Topurija w Kutaisie 1890—1894. St. Petersb. 1895.

*A. Karczewski:* Przyczynek do leczenia posocznicy. Odbitka z Przegl. Chirurg.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

## Ogłoszenia.

**Lekarz**, obeznany z okulistyką, chirurgją, praktycznym stosowaniem higieny i policyi lekarskiej, potrzebny zaraz na prowincyę. Pensya rs. 600, oraz mieszkanie i wolna praktyka. Wiadomość Królewska 33 m. 4 od 2-jej—4-jej po południu.

*Wesener Feliks.* Dżagnostyka kliniczna chorób wewnętrznych. Wykład o metodach badania w chorobach wewnętrznych dla słuchaczy medycyny i dla lekarzy. Przełożył według wydania z r. 1892 *St. Markiewicz*. Warszawa 1894. Cena rs. 2.