

# KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: **Prace oryginalne.** I. Dr. med. *F. Neugebauer* — Kilka słów o powtarzaniu się obojactwa wrzekomego w jednej i tej samej rodzinie (c. d.) — str. 873. II. Dr. *F. Flatau* i *J. Koelichen* — O zapaleniu rdzenia (c. d.) — str. 880.

**Dział sprawozdawczy:** I. *Chirurgia* 527. Streszczenie zbiorowe. Zabiegi krwawe we wrodzonym zwężeniu stawu biodrowego według prof. *A. Hoffa*, opracował *K. Niedzielski* — str. 889. 528—545. Zjazd chirurgów niemieckich w Berlinie (do-kończenie) — str. 895. II. *Choroby kobiet i akuszerstwa*. 546. Prof. *Stratz* — Przypadek sectionis cesareae in partu — str. 903. 547. *Niebergall* — Ovariotomia vaginalis in partu — str. 904. *Ahlfeld* — Los dzieci niedonoszonych wskutek przedwczesnie wywołanego porodu — str. 905. 549. *L. Siebourg* — Przyczynek do leczenia pruritus vulvae. — str. 905. III. *Notatki bibliograficzne*. *P. Pieniążek* — Die Verengerungen der Luftwege, ocenił *J. Sędziak* — str. 907. IV. *Towarzystwo lekarskie warszawskie* — str. 909. V. *Notatka terapeutyczna*. *Dr. E. Jaworski* — O leczeniu kamicy żółciowej, za pomocą jodku potasu — str. 912. 550—561. VI. *Wiadomości terapeutyczne* — 914. *Kronika bieżąca* — str. 915. *Ogłoszenia*.

**Sommaire du Nr. 17. Travaux originaux:** *Dr. F. Neugebauer* — Sur le pseudohermaphroditisme héréditaire. *Dr. E. Flatau et dr. J. Kölichen*: Sur les myélites. *Dr. E. Jaworski* — Le traitement du cholelytiasis par l'iodure du potassium.

Z Oddziału Ginekologicznego Warszawskiego Szpitala Ewangelickiego.

## I. KILKA SŁÓW

o powtarzaniu się obojactwa wrzekomego w jednej  
i tej samej rodzinie

(De pseudohermaphroditismo hereditario)

z 6 rysunkami w treści.

Podał

*Dr. med. Fr. Neugebauer.*

(Dokończenie).

37. W referacie w I tomie „Internationales Centralblatt für die (Physiologie und Pathologie der Harn-u. Sexualorgane heraus-

gegeben von Zuelzer“ Hamburg 1890 pg. 225, wyliczone jedno spostrzeżenie przeniesienia wady rozwojowej hypospadiaseos na płód przez matkę, a nie przez ojca, jak to zwykle bywa, jest tu pod tym względem spostrzeżenie analogiczne jak i spostrzeżenie Lessera i Lingarda, Gader'a.

38). Curling (Medical Times 1852, January p. 84 — patrz referat: Canstatt's Jahresbericht 1852, III p. 35), opisał mylne wychowanie dwóch sióstr jako chłopców, spowodowane wrodzonym zniekształceniem organów sromu: przerostem lechtaczki.

39). Tarozzi opisał 2 siostry wrzekomych obojnaków żeńskich o znacznym przeroście lechtaczki.

Gdy zestawimy powyższe 39 spostrzeżeń, okazuje się że 37 przypadków dotyczy hypospadiaseos u mężczyzn, a 2 tylko wrzekomego obojactwa u kobiet. W obu tych przypadkach skonstatowano pozory męskie u 2 sióstr, polegające głównie na przeroście lechtaczki. U 2 sióstr, opisanych przez Curling'a, pozory sromu były takie, że dziewczęta mylnie jako chłopców wychowano. O ile mylne określenie płci żeńskiej za męzką zdarza się rzadko, o tyle określenie mylne męskiego spódzca jako dziewczyny jest w praktyce zjawiskiem, niestety, pospolitem. Otóż na powyżej opisane 37 spostrzeżeń, dotyczących spódzców męskich, statystyka wykazuje nie mniej jak 36 przypadków mylnego określenia płci:

1). Barnes: z 12-rga dzieci dwoje okazało się spódzcami męzkimi, jednego z nich do 19-go roku życia mylnie za dziewczynę wychowywano. *Erreur de sexe.*

5). Chiarleoni: dwie siostry 17-letnie Francesca d' Angelo 15-letnia Angela d' Angelo okazały się męzkimi spódzcami. *Erreur de sexe.*

9). Van der Hoewen: Dwie siostry lat 23 i 28 okazały się spódzcami męzkimi. *Erreur de sexe.*

15). Kellock: Dwóch braci spódzców mylnie wychowano za dziewczynki. *Erreur de sexe.*

18). Levy: Dwie siostry słynne z lubieżności i spółkowania z mężczyznami i z kobietami okazały się męzkimi spódzcami. *Erreur de sexe.*

19). Lindsay: z trojga spódzców męskich braci z pośród 9-ga dzieci, dwóch wychowano mylnie za dziewczęta. *Erreur de sexe.*

21). Mabaret du Basty: Dwie siostry dorosłe okazały się męzkimi spódzcami. *Erreur de sexe.*

22). Christopher Martin: 20-letnia niańka i starsza siostra jej okazały się męzkimi spódzcami. *Erreur de sexe.*

26). Naegele: 2 siostry bliźnięta: Katarzyna i Marya Mantes w 17 roku życia okazały się mężczyznami spódcami. *Erreur de sexe.*

28). Fr. Neugebauer: Dwoje dzieci z 14-rga: dwie siostry lat 21 i 18 okazały się mężczyznami spódcami. *Erreur de sexe.*

29). Nonne: Dwie siostry 18-letnia Dorota Bleuss i 21-letnia Fryderyka Bleuss okazały się spódcami męskimi. *Erreur de sexe.*

35). Sulima: 20-letnia mężatka Ksenja K., oraz dwie siostry jej młodsze, 9-letnia Matruna i 5<sup>1</sup>/<sub>1</sub> letnia Akulina okazały się mężczyznami spódcami. Z 6-rga dziewcząt, trzy okazały się chłopcami. *Erreur de sexe.*

Na powyżej zestawione 39 spostrzeżeń więc zaszło nie mniej jak 29 razy mylne określenie płci, cztery dziewczyny mylnie wychowano za chłopców, a 25 chłopców mylnie za dziewczęta.

Przy tem mylne określenie płci dotyczy bliźnięt tylko 1 raz (№ 26 Naegele).

W kilku przypadkach, jak się wydaje podług opisu, nie zaszła pomyłka w określeniu płci, ponieważ odrazu rozpoznano wrzekome obojnactwo: żeńskie: № 39 Tarozzi męskie: № 2 Bauhin (bliźnięta grzbietami pomiędzy sobą zrosnięte nieżywo rodzone), № 6 Cheselden, № 13 Katzky (bliźnięta), № 23 Lehmann (bliźnięta o encephalocoele occipitalis), № 24 Van Mons (bliźnięta).

Razem więc skonstatowano wrzekome obojnactwo żeńskie u 2 sióstr dwa razy, a więc u 4 osobników № 38 i 39 Curling i Tarozzi) wrzekome obojnactwo męskie u dwóch braci 16 razy (u 32 osobników) N 1 (Barnes), N 2 (Bauhin), N 5 (Chiarleoni), N 6 (Cheselden), N 9 (Van der Hoewen), N 13 (Katzky), N 15 (Kellonk), N 18 (Levy), N 21 (Mabaret du Basty), N 22 (Christopher Martin), N 23 (Lehmann), N 24 (Van Mons), N 26 (Naegel), N 28 (Neugebauer), N 29 (Nonne), N 34 (Stonham).

Dwa razy skonstatowano wrzekome obojnactwo męskie u trzech sióstr czyli raczej braci, a więc u 6 osobników: N 19 (Lindsay) i N 35 (Sulima), raz jeden nawet u 4-orga dzieci, a więc 4 osobników z tej samej rodziny N 30 (Philipps).

U 46 osobników z 22 małżeństw pochodzących skonstatowano wrzekome obojnactwo u 4 żeńskie, u 42 męskich.

Razem w 21 małżeństwach po kilkoro dzieci było dotkniętych pseudohermafrodytyzmem: 18 razy po dwoje dzieci, 2 razy po troje dzieci, 1 raz aż czworo dzieci.

Jeśli od ogólnej cyfry 3 spostrzeżeń, odliczyć te 21 spostrze-

żeń, tylko co wymienionych, pozostaje 18 spostrzeżeń, gdzie tylko zaznaczono powtarzanie się hypospadiaseos czy znaczniejszego czy mniejszego stopnia u kilku członków tej samej rodziny, mianowicie albo tylko u kilkorga synów tych samych rodziców, albo też powtarzaniu się hypospadiaseos u osobników męzkich jednej i tej samej rodziny w 1 generacyi lub w 2, 3, 4, 5 lub 6 generacyach zrędu.

3). Bryant opisał 3 przypadki hypospadiaseos u 2 generacyj: u ojca i syna.

4). Le Cat: Kobieta rodziła prawie wszystkich synów spódców.

7). Frank: hypospadiasis hereditaria u 3 pokoleń: dziada ojca i syna.

8). Heuerman: opisał 2 braci spódców, których dziad i krewni rodziny wszyscy byli spódcami: 1-a i 3-a generacya.

10. Everard Home: hypospadiasis w jednej generacyi: dwóch braci spódców.

11. Hutchinso n: w jednej generacyi: 2 braci spódców.

12. Gader: Hypospadiasis ojca i syna, a więc u 2 generacyj, hypospadiasis mascula hereditaria w całej rodzinie.

14. Kaufmann: hypospadiasis u 2 generacyj, u ojca i syna.

16. Lepechin: hypospadiasis u 3 przedstawicieli jednej generacyi, u 3 braci.

17. Lesser: Hypospadiasis hereditaria w 1, 2 i 4 pokoleniu, nie było zaś przypadków hypospadiaseos u męzkich przedstawicieli 3-go i 5-go pokolenia.

19. Lindsay: hypospadiasis w 1 generacyi u 3 braci.

20. Lingard: hypospadiasis hereditaria u 6 pokoleń, mianowicie u osobników męzkich, *notabene*, przechodząca nie tylko z ojca na syna, ale i przez matkę udzielona.

25. Morgagni: hypospadiasis w 2 pokoleniach.

27. Narich: hypospadiasis w 1 pokoleniu u 2 braci.

30. Philipps: hypospadiasis mascula w 1 pokoleniu u czworga z 9-rga dzieci.

31. Rigaud: hypospadiasis mascula w 3 pokoleniach z ojca na syna przechodząca.

32. Saviard: hypospadiasis w 1 pokoleniu u 2 braci.

33. Shorthouse: hypospadiasis w 2 pokoleniach: u ojca i 4 synów.

36. Traxel: hypospadiasis peniscrotalis (wrzekome obojnactwo) w 2 pokoleniach: u ojca, mylnie za kobietę wychowanego, i u syna.

37. hypospadiasis u 1-go i 3-go z 3 pokoleń.

20 więc spostrzeżeń dotyczy rodzin, w których bądź w prostej linii z ojca na syna, bądź przeskakując z 1-go na 3-ie pokolenie powtarzała się hypospadiasis wyższego lub niższego stopnia u męzkich przedstawicieli jednej i tej samej rodziny.

Zwykle przechodziła ta wada rozwojowa z ojca na syna resp. dziada na wnuka, 4 zaś razy wyraźnie powiedzianem jest, że ta wada rozwojowa udzieliła się dziecku przez matkę, czyli że ojciec nie był spódzcem. (Spostrzeżenia Gader'a, Lesser'a, Lingard'a).

Hypospadiasis penis resp. peniscrotalis opisali u 2 braci: Barnes, Bautein, Chiarleoni, Cheselden, Heuermann, van der Hoeven, Everard Home, Hutchinson, Katzky, Kellock, Lehmann, Mabaret du Basty, Martin, Van Mons, Naegele, Narich, Neugebauer, Nonne, Rigund, Saviard, Stonham u 3 braci Lepechin, Sulima, Lindsay, u 4 braci: Philipps, Shorthouse; u kilku braci resp. wszystkich Le Cat, Lesser, Levy, Lingard, Morgagni. Wrzekome obojnactwo żeńskie u 2 siostr opisali: Curling, Tarozzi.

Do nadzwyczaj ciekawych zjawisk należy pod względem hereditatis anomalii tej „hypospadiasis penis“, spostrzeżenie, ogłoszone przez Lingard'a, gdzie wdowa po spódcu z rodziny obarczonej hypospadiasi hereditaria pochodzącym w drugim małżeństwie, zawartem z prawidłowo ukształtowanym mężczyzną, rodziła w tem drugim małżeństwie czterech chłopców wszystkich spódców; pomiędzy 11 wnukami z tych 4 synów spódców pochodzącym było znów 4 spódców (patrz rysunek fig. 1).

Co do spostrzeżeń mylnego określenia płci w kazuistyce dziś podanej pomyłki w określeniu płci, ujawniły się przy różnych okolicznościach.

W przypadku Barnes'a (N 1) rodziców zaniepokoił wygląd ogólny córki od 16-go roku życia coraz to bardziej męzki—zmiana głosu, zjawienie się wąsów, brody i t. d. u córki, tem bardziej, że przecież świadomi byli tego, że córka nie jest prawidłowo ukształtowaną co do organów płciowych.

W przypadku Chiarleoni'ego (N. 5) jednej z córek, wrzekomemu obojnakowi męzkemu, lekarz niepotrzebnie kazał aż do 13-go roku życia nosić opaskę przepuklinową, biorąc jądro z kanału pachwinowego występujące mylnie za przepuklinę pachwinową. Dopiero w 17 roku życia badanie dziewczyny przez Chiarleoni'ego ujawniło pomyłkę w określeniu płci. Wtedy to rodzice

opowiedzieli Charleoniemu, że mają jeszcze jedną córkę 15-letnią podobnie ukształtowaną. Badanie i u niej skonstatowało mylne określenie płci.

W przypadku Van-der-Hoeven'a (N. 9) mylne określenie płci skonstatowano u jednej córki 23-letniej i dopiero wtedy rodzice zażądali zbadania i drugiej córki 28-letniej.

W przypadku Kellock'a (N. 15), powstanie guza w pachwinie u dziewczynki 6-letniej, zniewoliło rodziców do zasięgnięcia rady lekarza. Lekarz rozpoznał mylne określenie płci oraz descensum testiculi reterdatum, równocześnie badając i drugą dziewczynkę o niezwykłym ustroju organów płciowych, skonstatował i u niej płęć męzką.

W przypadku Levy'ego (N. 18) nie podano okoliczności, które ujawniły pomyłkę w określeniu płci. Powiedzianem tylko jest, że obie siostry—wrzekomi obojnacy mężczy—słyneły z lubieźności oraz odbywaniu stosunków z mężczyznami lub z kobietami.

W przypadku Lindsay'a (N. 19) sekcja jednego dziecka ujawniła wrzekome obojnactwo męzkie o istniejącej obok jąder macicy. Wtedy to Lindsay zbadał i inne dzieci tego małżeństwa i skonstatował mylne określenie płci jeszcze u 2 córek.

W przypadku Mabaret du Basty (N. 21), w reteracie nie wymieniono okoliczności, która ujawniła mylne określenie płci dwóch wrzekomych sióstr.

W przypadku Christopher Martin'a (N. 22), dokonano u 19-letniej niańki niepotrzebnie herniotomii—jądro we wrzekomej przepuklinie pachwinowej leżące, wzięto za jajnik ektopiczny i do jamy brzusznej wsunięto. W rok później przy herniotomii drugostronnej usunięto ciało in hernia zawarte. Badanie drobnowidzowe ujawniło że było to jądro. A więc mylne określenie płci ujawnił dopiero drobnowidz, okolicznością zaś, która wywołała operację oraz następcze badanie drobnowidzowe, były dolegliwości powstałe wskutek opóźnionego descensus testiculorum u męzkiego spódzca mylnie za pannę wychowanego. Po ujawnieniu takiej niespodzianki u jednej siostry i druga poddała się badaniu z wynikiem—identycznym. Pierwszy z tych osobników był zniewolony do szukania porady lekarskiej bólami w pachwinach oraz daremnie oczekiwaniami peryodów.

W przypadku Naegele'go (N. 25) sama przyroda zdradziła dwóm siostrom że są pokrzywdzone. Odczuwając popędy płciowe męzkie oraz czując się uzdolnionymi do funkcji płciowych męzkich, przyszły one do przekonania że są mężczyznami i nie pytając

się nikogo, przywdziały odzież męzką. Ekspertyza sądowo-lekarska przyznała słuszność ich pretensyi, zmieniono odpowiednio metrykę oraz przyznano sioström prawa męskie. W tym przypadku poczucie płciowe męskie stało się przyczyną sprostowaniu pomyłki popełnionej co do określenia płci przez akuszerkę u tych bliźniąt zaraz post partum!

W przypadku moim (Fr. Neugebauer N. 28), u jednej i drugiej siostry okolicznością, która spowodowała badanie lekarskie i ujawnienie mylnego określenia płci były dolegliwości powstałe w związku cum descensu testicularum retardato, u jednej siostry w 16, u drugiej w 16 i w 18-tych roku życia:

W przypadku Nonne'go (N. 29) okolicznością, która wywołała badanie lekarskie i ujawnienie pomyłki w określeniu płci u siostry młodszej 18-letniej było badanie lekarskie wskutek zarażenia przymiotem, u drugiej siostry herniotomia, która ujawniła we wrzeczkiej przepuklinie jądro.

W przypadku Phillips'a (N. 30), u czworga dzieci wrzeczome obojnaństwo skonstatowały oględziny pośmiertne dzieci zmarłych wkrótce po urodzeniu się.

W przypadku Stonham'a (N. 34), sekcya trupa jednego dziecka po herniotomii zmarłego, ujawniła wrzeczome obojnaństwo. Następnie dopiero badano resztę dzieci i ujawniono jeszcze u jednego wrzeczome obojnaństwo męskie.

W przypadku Sulima (N. 35) okolicznością, która wywołała badanie lekarskie i skonstatowanie mylnego określenia płci, była skarga rozwodowa męża przeciwko 20-letniej żonie Ksenii, dwa miesiące temu poślubionej, podana przez męża propter dyspareumium. Mąż sam podejrzewał, że żona jego jest raczej mężczyzną. Z powodu zeznania żony, że dwie z pięciorga jej siostr są tak samo jak ona ukształtowane, zbadano i te dwie siostry, których płć okazała się również jako męska.

W przypadku Traxel'a (N. 36) okolicznością, która ujawniła mylne określenie płci, była skarga kucharki 27-letniej niezamężnej O., że została zapłodnioną przez niezamężną 37-letnią służącą Joannę K., z którą od lat trzech żyła w stosunkach poufalitych. Okazało się przy badaniu sądowo-lekarskiem, że owa Joanna K. była męzkim spódzcem mylnie za kobietę wychowanym. Dziecko spłodzone w tym związku również było męzkim spódzcem o pozornym kobiecym sromie.

Ciekawem jest spostrzeżenie Gader'a i dla lekarza praktyka

ważnem: Rodzice pragnęli zerwać narzeczeństwo córki z powodu jakoby nieprawidłowej budowy organów płciowych narzeczonego, który był spóźcem. Atoli ciąża narzeczonej zniewoliła rodziców narzeczonej nie tylko do zezwolenia na zawarcie małżeństwa ale nawet i zmusiła ich do przyśpieszenia ślubu. Dziecko z tego przedwczesnego poczęcia pochodzące obarczone było tą samą wadą rozwojową co i ojciec.

Na wszystkie 39 spostrzeżeń powstania jednej i tej samej wady rozwojowej u kilku osobników do jednej i tej samej rodziny należących, zanotowano 6 razy hypospadiasis penis, resp. peniscrotalis (wrzekome obojnactwo męskie) u bliźniąt: N. 2 (Bauhin), N. 13 (Katzky), N. 23 (Lehmann), N. 24 (Van Mons), N. 26 (Naegele), N. 32 (Saviard).

W przypadku Lehmann'a bliźnięta prócz wrzekomem obojnactwem męskim, dotknięte były i encephalocoele occipitali, w przypadku Shorthouse'a (N. 33), dwie córki urodziły się o wrodzonym zniekształceniu rąk (matka urodziła się cum amputatione pontanea intraterina digitorum utriusque manus), 4 synów zaś spóźców spłodził ojciec spodziec.

Główną zaś przyczyną tych anomalii, polegających na wstrzymanym rozwoju — różne stopnie hypospadiaseos — zdaje się być wpływ centrów rozwojowych czyli troficznych oraz stopień arteryalnego odżywiania danego odcinka organów moczopłciowych. Z kazuistyki powyższej wynika, że mylnie posądzano dawniej spóźców o niezdolność do zapłodnienia kobiety. O ile tylko jądra prawidłowo funkcjonują hypospadiasispenis nawet znacznego stopnia bynajmniej nie wyklucza możliwości zapłodnienia kobiety.

Kazuistyka powyżej przezemnie zestawiona, jak mi się zdaje, uzasadnia przypuszczenie, że przyczyny wytwarzania się wrzekomego obojnactwa czyli wytwarzania się pozorów płci odmiennej płodu od charakteru gruczołów płciowych—czy to jąder czy jajników—nie należy szukać w działaniu byle jakiej przyczyny mechanicznej w trakcie rozwoju tych organów płodu działającej, a że powstawanie tych ważnych anomalij rozwojowych zależy raczej od wpływów dla nas dziś jeszcze nieznanych. Prawdopodobnie, grają tutaj do pewnego stopnia rolę wpływy psychiczne ciężarnej — w jednym przypadku (N. 15 Kellock) matka przytoczyła, że jako przyczynę zniekształcenia synów uważa to, że koniecznie pragnęła mieć córki, w przypadku jednym (N. 30 Philipps), matka przytacza jako przyczynę zniekształcenia pierwszego z tych z anomalią rozwojową



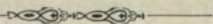
zrodzonych dzieci to, że w ciąży przełęka się silnie, przy następnych zaś ciążach znajdowała się stale pod wpływem strachu, że znów urodzi dziecko zniekształcone. W przypadku jednym, (N. 22 Christopher Martin) ojciec w czasie poczęcia matki miał być umysłowo chorym.

Englisch opisał („Angeborene Spaltung des Penis u. Hypospadië“ Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn-u. Sexualorgane, her. von Oberländer. Leipzig Bd. VI p. 166—170) opisał spóźnica 40-letniego, który pomimo rozszczepienia prącia oraz całej cewki aż do samej moszny, jednak miał 5 synów. Podczas erekcyi dwie połowy rozszczepionego prącia odstawały na 5 cent jedna od drugiej. Spóźnic ten przy stosunku nadziewał na prącie kondom o uciętem dnie.

Jeżeli wrzekomy obojnak męzki często okazuje się niezdolnym do zapłodnienia kobiety, to owa niezdolność zależy może w wielu przypadkach po części od małych zwykle rozmiarów i rozszczepienia prącia, w przeważnej zaś ilości przypadków od niedorozwoju jąder, braku lub niedrożności kanałów wywodzących (vasa deferentia, ductus ejaculatorii etc). Jądra w kryptorchizmie, descensus testicularum incompletus, retardatus u wrzekomych obojnaków okazywały się przy badaniu drobnowidzowem zanikłemi lub też w stanie niedorozwoju, lecz istnieją przypadki notoryczne zapłodnienia kobiety przez osobników takich pomimo kryptorchizmu. Niesłusznie też Astley Cooper na prelekyi określił kryptorchistów jako niezdolnych do zapładniania. Jeden ze studentów dotknięty kryptorchizmem po prelekyi udał się prosto do domu i zastrzelił się zrozpaczony słowami Cooper'a. Vallisneri, R. M. Smith i inni opisali ojcowstwo przy kryptorchizmie.

Kończąc artykuł ten i pówracając do pierwotnego założenia, uważam za fakt dowiedziony, że hypospadiasis mascula oraz wrzekome obojnaństwo nie powstają wskutek działania przeszkody mechanicznej w rozwoju płodu, a że wady zależą od przyczyn centralnego pochodzenia, bliżej nam nieznanych.

Szanownych kolegów upraszam uprzejmie o laskawe zakomunikowanie mi o ile można z dokładnym opisem oraz fotografjami lub rysunkiem spostrzeżeń własnych.

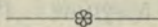


## II. O zapaleniu rdzenia

podali

E. Flatau i J. Koelichen.

(Referat zbiorowy, odczytany na posiedzeniach Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego w d. 21 i 28 Maja 1901 r.).



Ciąg dalszy.

### B. Zmiany zapalne w rdzeniu o charakterze swoistym (myelitis syphilitica, myelitis tuberculosa).

Zmiany zapalne przymiotowe w rdzeniu

*Zmiany zapalne przymiotowe w rdzeniu występują w przeważającej większości przypadków w postaci meningo-myelitis syphilitica.* Natomiast bardzo rzadkie są przypadki, w których zmiany te występują pierwotnie w samym rdzeniu. W przypadkach meningo-myelitis syphiliticae widzimy na znacznej przestrzeni rdzenia, czasami na całej jego długości zgrubienia opon miękkich. Zgrubienia te występują często w postaci mas galaretowatych (gumatów), otaczających rdzeń pierścieniem. Grubość tego pierścienia jest zwykle największa na tylnej powierzchni rdzenia. Zgrubienia te są przeważnie rozlane i czasami tylko zlokalizowane w jednym jakimś miejscu powierzchni rdzenia. Dura mater bywa często tak zrośniętą z arachnoidea i pia, że trudno jest je rozłączyć. Z drugiej zaś strony opony miękie są często bardzo silnie zrośnięte z rdzeniem. Przypadki, w których dura mater ulega bardzo znacznemu zgrubieniu, należą do pachymeningitis hypertrophica (przeważnie cervicalis).

Ponieważ proces przechodzi zwykle na rdzeń, występują więc w tym ostatnim zmiany, które uwidoczniają się makroskopowo w postaci szarych wypustek klinowatych, wdrażających się od obwodu w rdzeń (keilförmige Geschwulstzapfen) lub też w postaci nieregularnych plam i pasemek szarych, leżących na obwodzie przekroju rdzenia (Randmyelitis).

Badania mikroskopowe zmian w przymiocie rdzenia dokonane zostały przez Winge'go, Homolle'a, Charcot-Gombault'a, Heubner'a, Juillard'a, Schultze'go, Greiff'a, Deje-

rine'a, Knapp'a, Rumpfa, Jürgens'a, Siemerling'a, Oppenheim'a, Schmausa'a, Strümpell'a, Möller'a, Lamy'ego, Williams'a, Graessner'a, Goldflam'a, Hoppe'go, Gerhardt'a, Clarke'go, Rosina'a, Bruns'a, Nonne'go, S. Orłowskiego, Pic'ka i innych. Bardzo szczegółowy opis znajdujemy w dziele Schmausa'a (*Vorlesungen über die pathologische Anatomie des Rückenmarks. 1901*). Schmaus kładzie również nacisk na ten fakt, że meningo-myelitis stanowi prawdziwy typ zmian syfilitycznych, zachodzących w rdzeniu.

W procesie tym ogromną rolę odgrywają zmiany w *naczyniach* krwionośnych. Zmiany te dotyczą zarówno tętnic jak i żył; te ostatnie wykazują, według zdania większości badaczy, zmiany wybitniejsze niż pierwsze. Pod drobnowidzem znajdujemy zmiany w naczyniach zarówno opon, jak i rdzenia.

Od czasu klasycznej pracy Heubner'a o zmianach syfilitycznych naczyń, poświęcono dużo pracy wyjaśnieniu kilku kwestyi, a mianowicie: 1) w jakiej warstwie rozpoczynają się zmiany syfilityczne w naczyniach, 2) czy zmiany te są dla przymiotu swoiste, czy też zdarzają się one i w innych cierpieniach.

Jeżeli rozpatrzemy krytycznie odpowiedni materiał naukowy, to przyjdziemy do wniosku, że 1) zmiany naczyń w przymiocie (wogóle i w przymiocie rdzenia w szczególności) mogą się zaczynać zarówno w intima (endarteriitis), jak i w adventitia (periarteriitis); 2) zmiany występujące w naczyniach w przymiocie nie są dla tego ostatniego swoiste, lecz występować mogą również w innych cierpieniach naczyń (Friedlaender, Baumgarten, Rumpf, Jürgens i inni).

Jakkolwiek zmiany w naczyniach rdzenia, występujące w przymiocie nie są dla tego ostatniego swoiste, posiadają one jednak znaczenie wielkie dla rozpoznania zmian syfilitycznych w rdzeniu, jeżeli je *rozpatrywać wraz z całokształtem wewnętrznych zbroczeń anatomicznych*. W naczyniach rdzenia znajdujemy przeważnie 2 postaci zmian, a mianowicie a) endarteriitis obliterans, b) periarteriitis. W endarteriitis występuje na plan pierwszy zgrubienie intimae w postaci koncentrycznych pasemek włókienkowych lub też w postaci jednolitej tkanki szklistej. Zgrubienie to może być tak znaczne, że następuje zupełne zamknięcie światła naczynia (endarteriitis obliterans). Jest rzeczą zrozumiałą, jakie fatalne następstwa pociąga za sobą ta zmiana naczyń, zwłaszcza większych. Zaznaczyć jednak należy, że zmiany tego rodzaju obserwowano również w innych cierpieniach nie przymiotowych (np. przy zakrzepach, w przeciętych i gojących

się naczyń), nie są więc one swoiste dla przymiotu. Druga postać, jaką spostatujemy w naczyń (w przymocie rdzenia) stanowi t. zw. *pariarteriitis*. Widzimy wtedy nacieczenia komórkowe i zgrubienia w *adventitia*; czasami tworzą się w niej nawet ziarniniaki—gumaty (*periarteriitis gummosa*). Jakkolwiek zmiany te powstają w warstwie zewnętrznej naczyń, przechodzą one jednak później na *media* i *intima*. Ostatecznie więc otrzymujemy zmiany we wszystkich warstwach naczyń (*Arteriitis syphilitica*). Lecz i ta *periarteriitis resp. arteriitis* nie jest bynajmniej swoistą dla przymiotu. Zmiany odnośnie napotykamy również w tych przypadkach, w których sprawy zapalne ogarniają obok biegnące naczynia (np. w *meningitis tuberculosa*, *carcinomatosis*, *meningitis purulenta* i in.) lub też w *atheromatosis*. Jako objaw, różniczkujący zmiany atermatyczne od syfilitycznych podają (przynajmniej dla większych naczyń), masy rozpadowe tłuszczowe lub zserowaciałe w *intima* naczyń miażdżycowych. W przymocie rdzenia zmiany te rozpadowe w *intima* nie powstają prawie nigdy. Podkreślamy jeszcze raz powyżej zaznaczony fakt, że zmiany *te dotyczą nie tylko tętnic, lecz również żył* (często w znaczniejszym nawet stopniu), w których spotkać można wybitną *phlebitis obliterans*.

Po za naczyńmi znajdujemy w *meningitis syphilitica* zarówno w oponach jak i w rdzeniu (przeważnie jednak w oponach) nader obfite nacieczenia komórkowe, występujące w postaci większych skupień (gumaty). Te ostatnie powodują tworzenie się już makroskopowo widocznych mas galaretowatych lub oddzielnych ziarniniaków w oponach miękkich. Skupienia te (gumaty) składają się z komórek granulacyjnych, które powstają zapewne z rozmnażających się komórek łącznotkankowych i z komórek otoczek najmniejszych naczyń krwionośnych i chłonnych. Oprócz tego znajdujemy w ziarniniakach białe ciała krwi i czasami komórki olbrzymie. W gumatach starszych spotykamy twarde ogniska zserowaciałe, bujanie tkanki łącznej i tworzenie się blizn.

Schmaus zaznacza, że w przymocie rdzenia gumaty występują przeważnie nie w postaci ściśle ograniczonych nowotworów, lecz w postaci rozlanej tkanki granulacyjnej, która przenika i wpija się swymi wypustkami w tkankę opon lub rdzenia i miejscami ulega zserowaceniu.

Wszystkie te zmiany dotyczą zarówno opon jak i samego rdzenia. Bywają wprawdzie przypadki, w których zmiany te powstają pierwotnie w rdzeniu (*myelitis syphilitica*), są to jednak przypadki niezmiernie rzadkie. Znajdujemy w nich prawie zawsze zmiany również w oponach, tak że trudno jest orzec z pewnością absolutną, czy

zmiany opon były w rzeczy samej wtórne. Pozostaje jednak faktem niezaprzeczoną, że w ogromnej większości przypadków proces patologiczny przechodzi z opon na rdzeń. Otóż powstaje pytanie, w jaki to się staje sposób?

Główną rolę w tem przewodnictwie spełniają naczynia. Z zarysu umieszczonego we wstępie tych roztrząsań widać, że naczynia rdzenia są ściśle związane z naczyniami opon. W przymocierdzenia są przeważnie zmienione t. zw. vasocorona i w rzadkich tylko przypadkach zajęte są również arteriae centrales. Powstaje wtedy t. zw. poliomyelitis syphilitica (J a r i s c h, R u m p f, E i s e n l o h r, S c h u l t z e, S c h m a u s), są to jednak wyjątki.

Meningo-myelitis dotyczy prawie zawsze istoty białej rdzenia (leucomyelitis). W rzeczy samej widzimy w rdzeniu wyżej zaznaczone ogniska klinowate lub nieregularne pasma, leżące na obwodzie rdzenia. Drobnowidz wykrywa w tych ogniskach myelitycznych w części te same zmiany, które opisaliśmy powyżej (endarteriitis, periarteriitis, arteriitis, phlebitis z większem lub mniejszem przymknięciem światła naczyń, nacieczenia granulacyjne, gumaty i ogniska zserowaciałe), w części zaś napotyamy zmiany mięszkowe i śródmięszkowe, jakie opisaliśmy w zwykłej myelitis acuta lub chronica (pęcznienie, rozpadanie się i zanik otoczek myelinowych i wyrostków osiowych, bujanie neurogli i t. d.). Pomijając jednak te rzadkie przypadki, w których odkrywamy w rdzeniu gumaty lub ogniska zserowaciałe, *nie posiadamy dla myelitis syphilitica ani jednego objawu swoistego* (S c h u l t z e, D e j e r i n e, R u m p f, B o e t t i g e r i inni). Podkreślamy ten fakt zasadniczy, aby jeszcze raz dobitnie zaznaczyć, że w przeważnej ilości przypadków tylko całokształt zmian meningo-myelitycznych pozwala nam wyrokować o tem, że mamy do czynienia ze sprawą syfilityczną, (a więc meningitis na wielkich przestrzeniach rdzenia, tworzenie się wybitnej tkanki granulacyjnej—gumowatej, ogniska zserowaciałe, wybitne zmiany w naczyniach, klinowate ogniska w rdzeniu). Fakt ten posiada znaczenie tem większe, że w przypadkach przestarzałych tkanka granulacyjna staje się mniej widoczną i ustępuje miejsca twardszej tkance łącznej (zarówno w oponach jak i w rdzeniu).

Wyżej przytoczone zmiany w naczyniach rdzenia powodują z innego jeszcze względu zaburzenia, które mogą posiadać znaczenie niezmiernie. Jeżeli sprawa naczyniowa jest znacznie rozwiniętą i prowadzi do zamknięcia większych naczyń (zarówno tętnic, jak żył i przestworów chłonnych), to powstaje martwica (nekroza) tkanki. Ta nekroza występuje przeważnie w postaci zwykłego zwyrodnienia

istoty białej rdzenia. W niektórych zaś przypadkach powstają *ogniska rozmiękczenia i krwotoki* (haematomyelia syphilitica). Te ostatnie mogą powodować w przymocie rdzenia nadzwyczaj szybko powstające porażenia.

Oprócz naczyń, których zmiany swoiste powodują wszystkie te sprawy myelityczne, istota rdzenia ulega może zmianom wtórnym nieswoistym. Mamy tu na myśli *mechaniczny ucisk rdzenia* na skutek zgrubienia opon. Zgrubiałe opony często otaczają zwartym pierścieniem rdzeń i wywołują w nim odpowiednie zmiany (zatrzymanie krwioobiegu, wysięk, zwyrodnienie elementów nerwowych i t. d.)

*Widzimy więc, że w meningo-myelitis syphilitica zmiany w samym rdzeniu wywołują: 1) naczynia (zmiana tych naczyń, nacieczenie granulacyjne z jego następstwami i martwica w razie niedrożności naczyń,) i 2) opony zgrubiałe, które powodują ucisk mechaniczny istoty rdzeniowej.*

W krótkości tylko zaznaczyć pragniemy, że formy kliniczne, którym Erb dał nazwę „syfilitycznych porażień spastycznych rdzenia“, nie zostały jeszcze dostatecznie wyjaśnione w kierunku histopatologicznym. Niektórzy sądzą, że opisany przez Erb'a przypadek wraz z przypadkami Strümpell'a, Westphal'a, Minkowsky'ego i Eberle'go przypuszczenie to potwierdzają. Inni zaś (Oppenheim, Bruns, Reiner, Orłowski) twierdzą, że forma Erb'a jest tylko pewną odmianą zwykłej meningo-myelitis syphilitica.

### Zmiany zapalne gruźlicze w rdzeniu.

Mówiąc o sprawach zapalnych gruźliczych w rdzeniu nie mamy na myśli, ani t. zw. tuberculum solitare (wywołujący w rdzeniu przeważnie zjawiska uciskowe, a nie zapalne), ani też tuberculosis miliaris disseminata medullae spinalis, która może również przebiegać bez wybitnych spraw zapalnych. Opis zmian, zachodzących w t. zw. myelitis tuberculosa e compressione pomieszczony jest niżej.

Pomijamy więc wszystkie te formy gruźlicy rdzenia i przechodzimy do t. zw. meningitis tuberculosa spinalis. *Meningitis, a właściwie meningo-myelitis tuberculosa spinalis przedstawia chorobę polegającą na zmianach zapalnych wraz z tworzeniem się gruzełków swoistych w oponach miękkich rdzenia i w obok leżącej istocie samego rdzenia.* W czasach dawniejszych sądzono, że meningitis tuberculosa cerebrealis rzadko przechodzi na rdzeń (Leyden, Hassse). Badacze francuzcy (Magnan, Lionville, Hayem) zwrócili jednak uwagę w 1869 r. (w Société de biologie) na fakt, że obie te spra-

wy występują często jednocześnie. Od tego czasu powstaje szereg prac klinicznych i mikroskopowych F. Schultze'go, Williams'a, Hoche'go, Gunsser'a, Goldscheider'a, Leimbach'a, Hascovec'a, Boettiger'a, Schmausa i innych. Prace te wykazują, że meningitis lub meningo-myelitis tuberculosa spinalis towarzyszy często tej samej sprawie powstałej w mózgu.

Największe zmiany występujące w meningo-myelitis tuberculosa znajdujemy zwykle w częściach grzbietowych opon (również jak w przymiocie rdzenia).

Już makroskopowo rozpoznajemy w oponie miękiej rdzenia przekrwienie, nacieczenie surowicze lub włóknisto-ropne, nadające oponie wygląd mętny. Obok tego występują nadzwyczaj drobne szare lub żółtawe (zserowaciałe) gruzełki.

Jeżeli przetniemy taki rdzeń w miejscu zmienionem w poprzek, ujrzymy wtedy, że tkanka jest wilgotna, rozmiękła, wypływająca z powierzchni przekroju. W miejscach obwodowych rdzenia (przeważnie w słupach bocznych i tylnych) spostrzegamy blade lub różowe plamy lub pasma (Randmyelitis).

Badania drobnowidzowe wykazują w oponach przekrwienie naczyń, bardzo wybitne nacieczenie drobnokomórkowe i wysięk surowiczy lub włóknisty, gruzełki (składające się z komórek granulacyjnych, leukocytów i komórek olbrzymich). Zmiany te dotyczą opony pajęczej i miękiej, natomiast zmiany w dura mater są bardzo nieznaczne.

Znacznym zmianom ulegają również *korzenie* rdzeniowe, leżące w oponach.

W rdzeniu spostrzegamy zmiany w naczyniach wraz z nacieczeniem drobnokomórkowym w ich okolicy, przeważnie wzdłuż przegródek (septa). Ztąd rozprzestrzenia się proces patologiczny dalej i wywołuje zmiany rozlane lub ogniskowe. Ogniska posiadają często formę pasemek lub klinów zwróconych swą podstawą ku obwodowi. W ogniskach tych widzimy te same zmiany, jakie powstają zwykle w myelitis, a więc rozmaite stany zwyrodnienia, zarówno otoczek myelinowych jak i wyrostków osiowych, ich rozpadanie się i zanik, bujanie neuroglei, komórki ziarniste. Wrazie większego skupienia się tych ostatnich powstać może rozmięczenie tkanki.

Na szczególną uwagę zasługuje ten fakt, że dosyć często spotykamy w naczyniach rdzenia (a jeszcze częściej w naczyniach opon) zmiany głębsze, a mianowicie endarteriitis, endophlebitis (czasami obliterans) wraz z tworzeniem się w nich skrzepów. W

tych przypadkach może nastąpić martwica odpowiednich części tkanki rdzeniowej, rozmięczenie i nawet wynaczynienie krwi.

Oprócz tych zmian zapalnych znajdujemy w oponach i rzadziej w samym rdzeniu *gruzelki swoiste*, które są umiejscowione wzdłuż naczyń. Gruzelki te znajdują się w stanie rośnięcia lub rozpadania się i tworzenia mas zserowaciałych.

W przeważnej ilości przypadków rdzeń bywa zajęty wtórnie, t. j. sprawa chorobowa przechodzi z opon na rdzeń. Schmaus kładzie jednak nacisk na ten fakt, że w niektórych nader rzadkich przypadkach powstać może samoistna gruźlica rdzenia bez zmian widocznych w oponach. W przypadkach tych znajdujemy bardzo wielką ilość gruzelków w istocie rdzenia wraz ze zmianami zapalnymi (myelitis tuberculosa spinalis), lub bez nich (tuberculosis spinalis disseminata), wreszcie—tuberculum solitare medullae spinalis.

Z powyższego szkicu widzimy, że zmiany w meningo-myelitis tuberculosa są zwykle jasno i wybitnie zaznaczone. Jednakowoż przyznać musimy, że nie są one właściwe wyłącznie formie gruźliczej zapalenia rdzenia i jego opon. Słusznie zaznacza Boettiger, że *ani całokształt zmian, ani też oddzielne objawy nie dają nam możliwości odróżniania meningo-myelitis tuberculosa od meningo-myelitis syphilitica*. W obu tych sprawach znaleźć można analogiczne zmiany w oponach i rdzeniu (endarteriitis, phlebitis obliterans, drobno-komórkowe nacieczenia w oponach i przegrodach rdzenia, bujanie neuroglei, ogniska zapalne i rozmiękle i t. d.). Co dotyczy gruzelków tuberkulicznych, to sądzono (Hoche, Schultze), że ani tubercula miliaria, ani też komórki olbrzymie nie zjawiają się w przymocie rdzenia. Okazało się jednak, że tak nie jest. Komórki olbrzymie mogą się zjawiać w gumatach, z drugiej zaś strony mogą one nie istnieć w gruzelkach, zaś gummata miliaria mogą być w zupełności podobnymi do tubercula miliaria. W przypadkach tych jedynie miarodajnym będzie odnalezienie swoistych pałeczek gruźliczych. Oprócz tego w przypadkach wątpliwych należy zwracać uwagę zarówno na przebieg kliniczny, jak i na zmiany anatomiczne w innych organach.

### C. Myelitis e compressione.

*Do myelitis e compressione zaliczamy te choroby rdzenia, które powstają na skutek powolnego, stopniowego ucisku rdzenia.* Wypadki, w których następuje nagle uszkodzenie mechaniczne rdzenia bezpośrednie (np. rany kłujące rdzeń), lub pośrednie (złamania kręgów) bywają zaliczane do t. zw. myelitis traumatica. Jest rzeczą zrozumu-



miała, że w niektórych przypadkach trudno jest zakreslić ostrą granicę pomiędzy temi kategorjami uszkodzeń rdzenia. Co dotyczy myelitis traumatica, to w ogólnych zarysach zaznaczyć należy, że zarówno badania doświadczalne, jak zaczerpnięte z patologii ludzkiej wykazały, że w rdzeniu na miejscu uszkodzenia powstają komórki wraz ze zmiążdżeniem i rozpadaniem się tkanki nerwowej. W okresach późniejszych rozwija się w miejscach tych skleroza.

Nas zajmuje jednak głównie t. zw. myelitis e compressione, t. j. te zmiany histopatologiczne, które powstają w rdzeniu na skutek powolnego, stopniowo się zwiększającego ucisku (Leyden, Kahler, Schmaus, Adamkiewicz, Dexler, Heymann, Schlesinger, Cassirer i inni).

Główne przyczyny tego ucisku stanowią nowotwory rdzenia, tętniaki aorty brzusznej, caries vertebrarum i t. d., szczególnież ta ostatnia forma gruźlicy. Na nią też głównie zwrócić uwagę.

W kwestyi odnośnych spraw histopatologicznych istnieją oddawna dwie teorye, które starają się wytłomaczyć zjawiska odpowiednie. Ollivier, a później Louis sądzili, że główną przyczyną tych zmian jest moment mechaniczny, t. j. ucisk mechaniczny wywierany na rdzeń przez nowotwory lub caries (pachymeningitis hypertrophica tuberculosa). Badania późniejsze wykazały jednak, że zdarzają się przypadki, w których nieznaczny ucisk wywoływał znaczne stosunkowo zmiany w rdzeniu. Powstała też teorya zapalna, na mocy której przypuszczano, że zmiany, występujące w myelitis e compressione są natury zapalnej (Leyden).

Na tę zawiłą sprawę rzuciły dopiero światło klasyczne badania doświadczalne, dokonane przez Kahler'a w 1882 r. Kahler wstrzykiwał psom oczyszczony wosk w ten sposób, że mniejsze lub większe jego ilości osiadały na zewnętrznej powierzchni dura mater i uciskały rdzeń. Psy zabijano w kilka godzin, tygodni i miesięcy po tem nastrzyknięciu i rdzeń badano pod drobnowidzem. Okazało się, że w kilka godzin (od 6 do 13) po dokonaniem nastrzyknięciu powstają w odpowiedniej okolicy rdzenia ogniskowe zmiany miąższowe głównie w istocie białej. W ogniskach tych znajdowano napęczniałe wyrostki osiowe, zwyrodnienie i rozpadanie się otoczki myelinowej. *Ani neurogleia, ani też naczynia nie wykazywały w tej epoce zmian najmniejszych.* W niektórych miejscach oczka siatki glejowatej były tylko nieznacznie rozszerzone i zawierały kolosalnie powiększone wyrostki osiowe. W istocie szarej znalezione również zmiany włókien nerwowych i krwotoki punkcikowate.

W okresach późniejszych (w kilka dni po operacyi) następuje

zanik wyrostków osiowych i tworzą się wtedy puste oczka neuroglei, w których się zjawiają komórki ziarniste. Ilość tych komórek jest w 3 dni po operacji niewielka, natomiast bardzo znaczna w 10 dni po operacji. I w tej epoce tkanka śródmiaższowa i naczynia nie wykazują zmian. Dopiero w kilka tygodni neurogleia i naczynia grubieją, a w kilka miesięcy po dokonanej operacji powstaje tkanka sklerotyczna wypełniająca luki, powstała wskutek zaniku istoty nerwowej.

Na podstawie tych zmian drobnowidzowych Kahler dochodzi do wniosku, że *ucisk rdzenia powoduje z początku zmiany tkanki nerwowej, w następstwie zaś powstają dopiero zmiany wtórne w tkance śródmiaższowej i w naczyniach*. Właściwe zaś objawy zapalne nie występują nigdy. Przyczynę tych zmian w rdzeniu stanowi ucisk mechaniczny, a właściwie spowodowane przezeń objawy zastoinowe w naczyniach chłonnych i wpływ szkodliwy wywierany przez płyny zastoinowe na składniki istoty nerwowej.

Badania te dają się w zupełności zastosować do patologii ludzkiej. Na podstawie bardzo obszernego materiału, dotyczącego myelitis e compressionis spowodowanego przez caries, dochodzi Schmaus do wniosku, że w rdzeniu występują analogiczne zmiany anatomiczne, a mianowicie: ogniska lub zgrupienia zwyrodniałych włókien nerwowych wraz z ich zanikiem, komórki ziarniste, rozszerzenie oczek siatki glejowatej i dopiero w późniejszych okresach — bujanie neuroglei i skleroza.

Zmiany te, występujące w rdzeniu ludzkim na skutek ucisku są w szczegółach następujące. W przypadkach, w których ucisk, wywierany przez nowotwór lub przez masy granulacyjno-gruzlicze w oponie twardej (pachymeningitis hypertrophica tuberculosa) trwał krótko lub był nieznaczny, nie występują czasami makroskopowo żadne zmiany zewnętrzne rdzenia. Objętość rdzenia może pozostać normalną lub nawet być trochę większą i tylko na jego przekroju widzimy, że tkanka nerwowa jest wilgotna, jakby napęczniała i granice pomiędzy istotą szarą i białą zatarte. W przypadkach dawniejszych tkanka rdzenia może być natomiast stwardniała. W innych znowu przypadkach znajdujemy bardzo widoczne zmiany formy zewnętrznej rdzenia, jest on spłaszczony, czasami tasiemkowaty i na przecięciu poprzecznym spostrzegamy zupełnie zatartą figurę istoty szarej.

Badania drobnowidzowe wykrywają w okresach początkowych napęczniałe wyrostki osiowe, obrzmiałe otoczki myelinowe, masy surowicze w neuroglei. W okresach późniejszych staje się widocznym rozszerzenie oczek siatki glejowatej, zgrubienie przegrodek glejowatych, masy surowicze (przesięki) wraz z objawami zwyrodnienia, a więc

rozpadanie się i zanik zarówno włókien nerwowych, iak i komórek, oprócz tego komórki ziarniste, corpora amylacea, nieznaczne krwotoki w istocie szarej i białej i t. d. W przypadkach, w których nastąpiły poważniejsze zmiany tkanki nerwowej, powstają zstępujące i wstępujące zwyrodnienia wtórne. (D. c. n.).

## IV. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Chirurgia.

527. **Zabiegi krwawe we wrodzonym zwichnięciu stawu biodrowego** według prof. A. Hoffa. (Würzburg. Abhandlungen. I Band. 3 Heft. 1900). (*Streszczenie zbiorowe*).

Pracę swą autor opiera na spostrzeżeniach własnych, które nagromadzał w ciągu lat trzynastu, a doświadczenie, drogą tą nabyte, poucza, że jedynie skutecznym rękoczynem w przypadkach wrodzonych zwichnięć w stawie biodrowym jest krwawe odprowadzenie główki uda do pogłębionej dostatecznie panewki. Jeżeli operacja taka dokonana zostanie szczęśliwie, a główkę utrzyma się w stałym z panewką zetknięciu, można być pewnym, że w miejscu tem wytworzy się z czasem staw nowy i do użytku zdalny. Rękoczyn taki prof. Hoffa wykonał po raz pierwszy w r. 1887. Przypuszczając, że istotną ku nastawieniu przeszkodę stanowi skrócenie mięśni, umiejscowionych dokoła zwichniętego stawu biodrowego, otworzył staw ów cięciem tylnym na sposób Langenbeck'a, odseparował mięśnie od krętaża, pogłębił panewkę i dokonał nastawienia. Otrzymane stąd jednak wyniki czynnościowe nie były zadowalniające, a Lorenz wykazał wkrótce, że mięśnie miednicy i krętaża (*mm. pelvitrochanterici*) są wydłużone raczej niż skrócone; dla tego też, zdaniem L., staw otwierać należy od przodu, oszczędzając te mięśnie, przecinać zaś należy mięśnie ksobne, lub też dokonywać mocnego wyciągu kończyny podczas operacji. Gdy nadto Trendelenburg dowiódł później niemałego znaczenia mięśni pośladkowych dla przyszłej sprawności stawu operowanego, autor zaczął otwierać staw cięciem bocznym, broniąc w ten sposób operowanego od przykurzeń, które zauważono nieraz po cięciu przednim.

Operacja, znana dziś pod nazwą metody Hoffa-Lorenz'a, jest technicznie dość trudna i kłopotliwa. Po ułożeniu osobnika uspiętego w pozycji nawpół bocznej, jeden z pomocników pociąga mocno za międzykrocze (*contrectensio*), drugi za kończynę chora. Tak postępuje się u dzieci małych. Gdy pacjent jest starszy, wyciągu dokonuje się t. zw. szrubą Lorenz'a, przytwierdzoną pasem odpowiednim dokoła kostek; gdy wreszcie w ten lub inny sposób kończyna została wyciągnięta powoli a dokładnie, operujący przecina skórę na wysokości krętaża większego, na 1—2 ctm. w kierunku przednio-bocznym, na 6 ctm. ku dołowi. Z kolei nadecina się powięź szeroką (*fascia lata*) i odciąga hakami do góry mięśnie pośladkowe. Teraz można już łatwo otworzyć torebkę stawową, przyczem jednocześnie po-

mocnik, ciągnący za nogę, obraca udo na zewnątrz dla lepszego napięcia torebki. Tę ostatnią u jej przedniego do krętaża przyczepu ujmując się w pincetę i w zmarszczone wycina otwór niewielki; po wprowadzeniu doń noża zakończony guzikiem rozciąć wypadnie ścianę przednią torebki, wypuścić maź stawową, przyczem cięcie to zazwyczaj wystarcza do wywichnięcia główki udowej na zewnątrz. Jeżeli jednak otwór w torebce stawowej jeszcze jest za mały, trzeba ją rozszcześcić ku górze lub poprowadzić drugie, a nawet trzecie cięcie dodatkowe w kierunku pionowym, przez co rozszczęp torby nabiera wyglądu głoski T lub  $\perp$ . Teraz główka udowa wisi jedynie na więzie walcówatym (lig. teres). Wiąz odcina się nożyczkami od główki i panewki, którą wymacać należy palcem i odpowiednio wydrążyć. Wytworzenie nowej, a właściwie głębszej panewki (acetabulum) jest trzecim aktem operacji, a rzecz ta skutecznie się najlepiej za pomocą łyżki ostrej, podobnej do bagnetu, lub też t. zw. odgniatacza Doyen'a. Trzeba pamiętać, że w przypadkach wrodzonego zwężenia uda panewka i okolica jej nawet u dzieci małych jest bardzo twarda, że więc akt pogłębiania wykonywać można śmiało, nie licząc się bynajmniej z możliwością przedziurawienia. Pod kierunkiem tedy wskaziciela ręki lewej zeskrobuje się łyżką tkankę kostno-chrzęstną panewki starej, zrównywa brzegi, bacząc uważnie, aby panewka była nie tylko głęboka, lecz i szeroka dostatecznie, by miała ostrą i sterczącą ku górze krawędź, jak dobra dla główki udowej podpora. Należy sprawdzić, o ile panewka taka przystosowuje się dokładnie w rozmaitem ułożeniu kończyny, często bowiem, pomimo dokonania dobrze na oko roboty, z tej lub owej strony wypadnie pogłębiać jeszcze.

Co czynić trzeba, gdy w danym przypadku panewka pozostaje w stanie niedorozwoju? W niektórych bowiem razach, rzeczywiście, niepodobna wymacać dołu stawowego. Zdarza się i tak, że część torebki przednia układa się ponad acetabulum płasko i zrasta nawet z kością biodrową (os ilei), wówczas wyczuwa się tylko brzeg górny panewki, dalej zaś ku dołowi—tkankę łączną. Niekiedy jednak, po rozcięciu tej ostatniej i odwarstwieniu po obu stronach skrobaczką, operujący odnaleźć może ze zdziwieniem panewkę, nieupośledzoną, bynajmniej, co do rozwoju. Przypadki, w których brak jej zupełny, są rzeczywiście, nader rzadkie; autor raz tylko znalazł w miejscu tem dołeczek, co nie przeszkodziło mu jednak wyźłobić go odpowiednio i osiągnąć wynik zadowalniający. Dokonawszy wydrążenia, usuwa się starannie okruszyny chrząstek i kości, wreszcie przystąpić należy do najważniejszego momentu operacji—nastawienia główki udowej. Zabieg ten u osobników starszych jest do wykonania nader trudny, a przeszkodek nastęrczają głównie części miękie. Radzić tu trzeba sobie mocnym wyciągiem, szerokiem cięciem torebki, tenotomią mięśni dołu podkolanowego lub też nacięciem mięśni ksobnych.

Rzadziej już trudność repozyycji bywa uwarunkowaną postacią samej główki. U 2-ch osobników dr. H. znalazł, zamiast główki, czworokątną prawie masę kostną.

Rzeźbienie główki udowej bywa, zresztą, koniecznem w razach wyjątkowych tylko. Jeżeli główka kończy się zanadto ostro, ściąć

ją wypadnie nożem i zaokrąglić; w ten również sposób usuwa się sterczące narośle kostne (exostoses). Czasami zdarza się, że podczas nastawiania doprowadzono główkę prawie do brzegu panewki; do zupełnego jednak odprowadzenia brakuje kilku milimetrów, a główka nie daje się posunąć dalej. Należy wówczas rozjeździć się w częściach miękkich, a zwłaszcza w przedniej ścianie torebki stawowej, o ile gdzie nie trzyma jakie pasmo napięte, którego nie przecięto. Zawadzać może niekiedy ściana tylna torebki, zaciśnięta pomiędzy główką udową a kantem acetabuli, a wytworzony stąd wałek trzyma główkę mocno. Trzeba wtedy przesunąć tę ostatnią znowu ku górze, torebkę rozciąć od tyłu aż do kości biodrowej, z obu stron oddzielić od niej, torując w ten sposób drogę główce udowej do panewki. Gdy jednak nie części miękie stoją na przeszkodzie, trzeba rozszerzyć łożysko główki z tyłu i od góry, lub też skrajając chrząstkowe warstwy powierzchowne tejże. W niektórych razach wypadnie dokonać obu tych zabiegów, poczem dopiero nastawienie staje się możliwem.

To ostatnie przebiega rozmaicie. U małych dzieci wystarcza zwykle wyprostowanie, poczem główka zapada się w miejsce właściwe z trzaskiem wyraźnym. Innym razem wypadnie ustawić kończynę wybitnie w położeniu odsiebnem i wykonać ruch obrotowy ku wewnątrz; to znów zgina się nogę w kolanie i biodrze, potem nagle mocno wyciąga, dokonywa rotacyi na wewnątrz i zewnątrz przy jednoczesnym mocnym ucisku na krętaż. Rozumie się, że niezupełne zachloroformowanie chorego przeszkadza również nastawieniu.

Z chwilą, gdy główka została nastawioną dobrze, co sprawdzić należy na ruchach kończyny, ranę tamponuje się i nakłada opatrunek. Pomocnik od wyciągu trzyma nogę w położeniu odsiebnem i zwróconą na wewnątrz, drugą zaś ręką naciska na miednicę, operujący nakłada opatrunek gipsowy, poczem układa się dziecko w t. zw. łóżko stojące Phelps'a; łożo to jest nader dogodne, gdyż umieszczonego w niem osobnika nie trzeba podnosić dla oddawania stolca i łatwo przenośne, dzięki czemu ustawia się je w ogrodzie w dzień pogodny. Ażeby zabezpieczyć przylegającą do rany gazę od zanieczyszczenia, obie kończyny dolne, począwszy od pachwin, pokrywa się nieprzepuszczalnym batystem Billroth'a.

Opatrunek pierwszy pozostaje na nodze w ciągu 4—8 dni; po dniach 14 rana zagaja się zwykle lub blizką jest zagojenia; gips leżec powinien przez sześć tygodni, poczem pilnie baczyć należy, by nie wytworzyły się przykurczenia lub zanik mięśni okolicy kulszowej. Dla tego też mięsienie, elektryzacja i gimnastykę wykonywać należy pilnie w okresie zdrowienia; dzieci należy uczyć stawać na operowanej kończynie, zrazu z podporą, potem bez. Z kolei idą ćwiczenia ruchów odsiebnych, a mianowicie: dziecko, leżąc na boku, z przyciśniętą do łóżka miednicą, unosi kończynę operowaną ku górze i od siebie, co rozumie się, udaje się prawidłowo tylko w postępie czasu. Masażysta podnosi sam ustawioną w abdukcji nogę dziecka i zaleca pacjentowi swemu podnieść ją samoistnie na taką wysokość. Z początku nie idzie to łatwo. Podniesiona noga opada natychmiast, stopniowo jednak dzieci i ten ruch wykonywać potrafią, pomagając so-

bie zrazu ręką. W dalszym ciągu pacjent mały odprowadza kończynę, leżąc na plecach, potem, stojąc, wykonywa to samo i na komendę nogę przysuwa do tułowia. Po upływie pewnego czasu zaleca się szereg ćwiczeń takich, które zmierzają ku osiągnięciu możliwie nizkiego ustawienia miednicy na stronie operowanej; czy jednak w pozycji stojącej, czy w leżącej dzieci powinny uczyć się pilnie ruchu, który pozwoli im opuścić kończynę tak, by kostka wewnętrzna nogi upośledzonej ustawiała się swobodnie pod kostką prawidłowej. Należy pamiętać, że wtedy tylko uważać można mięśnie odsiebne za wystarczająco mocne, gdy malec, stojąc na nodze operowanej, jest w stanie podnieść drugą połowę miednicy tak wysoko, iż zmarszczka pośladkowa (plica natium) strony zdrowej góruje nad przebiegiem fałdy po drugiej stronie. Również potrzeba uczyć i ćwiczeń innych, jak np. ruchu wyprostnego w stawie kolanowym i w tym celu autor wspólnie z Lorenz'em zaleca jazdę na welocypedzie. Sportem tym osobnik wyrabia sobie coraz dokładniej ruchy stawowe: zgięcia i wyprostne. Z szeregu zadań tych obie strony, kierownik i uczeń wywiązywać się muszą arcsymiennie, mając bez przerwy na uwadze, że leczenie następcze w okresie pooperacyjnym jest głównym warunkiem powodzenia operacji samej. Czas trwania kuracji tej nie przenosi 4-ch miesięcy, a krótkość tę okresu zawdzięczyć należy jedynie wpływom rękoczynu krwawego, któremu prof. H. bezwarunkowo oddaje pierwszeństwo przed wszelakimi zabiegami innymi. Ze leczenia krwawe nie jest niebezpiecznym, poucza najlepiej statystyka autora, z której widzimy, że z 248 osobników operowanych zmarło 10 tylko, przy czym w 3-ch z tych przypadków wynik zły nie zależał zupełnie od nastawienia krwawego.

Aseptyka, dopilnowana surowo, jest, rzecz prosta, pierwszorzędnym czynnikiem pomocniczym ku powodzeniu zabiegu. Wskazaniem jest również, według autora, nie zaszywanie rany na razie; po szczęśliwym ukończeniu operacji rokowanie można postawić prawie na pewno, to bowiem ostatnie zależy, w gruncie rzeczy, od mniej lub więcej wydatnego zniekształcenia w odcinku górnym kości udowej. Bądź co bądź, pamiętać trzeba zawsze i nie robić z rzeczy tej tajemnicy, że stosunków prawidłowych bezwzględnie nie przywróci ani operacja, ani tembardziej leczenie bezkrwawe. Zważywszy, że część górna kości udowej w każdym przypadku wrodzonego w stawie biodrowym zwichnięcia różni się kształtem i kierunkiem i odbiega znacznie od normy, łatwo zrozumieć, że i panewka tylko rzadko kiedy może być przystosowaną odpowiednio, nadto umiejscowienie jej będzie też inne w porównaniu ze stroną prawidłową. Nader też często, wobec istniejącego zniekształcenia miednicy, wyłabia się panewkę nową bardziej ku przodowi i górze. Nie należy też dziwić się, gdy w najpomyślniej nawet przebiegających spostrzeżeniach stwierdza się zбочenie tak co do ustawienia nogi, jak i co do sprawności jej ruchowej. Gdybyśmy przypuścili nawet, że panewka da się dopasować dokładnie, to jednak wobec tego, że kąt szyi udowej zaprzepaścił się, że wierzchołek krętaża wielkiego stoi na jednej z najwyższym punktem główki udowej wysokości, nie rzadko nawet ją przewyższając, że szyja femoris wy-

kazuje względnie często zgięcie przedmiotylne, jasnym jest wytworzenie, po udatnej nawet repozyycji, stosunków, przypominających biodro szpotawe (coxa vara). Zgodnie z tym stanem rzeczy, po pomyślnej nawet operacji, krętaż wielki najczęściej wystaje nieco ponad linię R o s e r-N e l a t o n'a, a kończyzna upośledzona ustawia się w wyraźnym położeniu ksobnem oraz w rotacji na zewnątrz. Dodajmy do tego jeszcze skrócenie nogi, na które składają się przyczyny takie, jak: ułożenie wysokie nowowytworzonej panewki, małe wymiary główki uda, krótkość szyi, bezczynność, wreszcie, kości samej. Skrócenie to, stosownie do wieku chorego, waha się w granicach od 1 do 3 ctm. Również mylił by się ten, co rachowałby na przywrócenie zupełnie dobrej ruchomości w stawie. Panewka nowa musi mieć brzegi możliwie ostre dla zapewnienia główce dobrego oparcia i ten właśnie warunek wpływa hamująco na ruchy w stawie. Dalej, ekskursye kończyny takiej muszą też być ograniczone; zdolność zginania przewyższa tylko nieznacznie wymiary kąta prawego, a ruchy odsiebne zbytnią rozległością nie grzeszą.

Lubo więc, nawet za pomocą operacji krwawej, nie otrzymujemy całkowitego restitutio ad integrum, to jednak wynikająca z tej ostatniej korzyść dla chorych nie jest bynajmniej mało znaczną. W przypadkach jednostronnego zwichnięcia wyrównujemy w stopniu znacznym skrócenie kończyny dolnej, zależnie od wysokiego ustawienia się główki stawowej i nieusuniętem pozostaje to tylko skrócenie, które pociągają za sobą zarysy niepodobnione kości udowej. Dalej, nadajemy tej ostatniej mocne oparcie się w miednicy i przywracamy kierunek prawidłowy mięśniom pośladkowym. Dzieci operowane wyrównują same z czasem pozostałe skrócenie nieznaczne przez odpowiednie obniżanie miednicy i ostatecznie czynią to tak umiejętnie, że ktoś niewtajemniczony z trudnością tylko zadecyduje, która z obu kończyn była operowaną. Wobec zwichnięcia obustronnego operacja zapobiega powstaniu szpecącego wykrzywienia kręgosłupa ku przodowi (lordosis), zmniejsza chód kaczkowy do minimum, przywraca prawidłowe ustawienie kończyny i wzmaga zdolność wykonywania ruchów odsiebnych.

Im wcześniej przystępuje się do zabiegu, tem lepsze otrzymujemy wyniki. Za porę najbardziej właściwą uważać należy okres czasu od 3-ich do 8 lat wieku, gdyż z postępem wzrostu rośnie i zniekształcenie górnego końca uda oraz trudność reponowania. W porwanych, rozciągniętych i pomiażdżonych przez manipulacye nastawiania tkanek drobnoustroje znajdują nader dogodne dla rozwoju warunki i dla tego też u osobników starszych prędzej otrzymać można zesztwywienie w stawie, a nawet zejście całkiem niepomyślne. Tego ostatniego zresztą, nie stwierdzono w żadnym z ostatnich 132 przypadków, gdzie stosowane było nastawianie krwawe przy całkowitem oszczędzaniu mięśni. U 82 osobników miano do czynienia ze zwichnięciami po jednej stronie, u 25—dokonano zabiegu obustronnego. Z seryi pierwszej (82 pp.) w 35 osiągnięto wynik idealny, t. j. „wzdrowienie“ anatomiczne i czynnościowe; w 27 spostrzeżeniach operacja doprowadziła do następstw dobrych co do funkeyi: główka ustawiła się tu bez

zarzutu, dzieci operowane nie kulały. U 6 chorych otrzymano po rękoczynnie ankilozę w zadowalniającym ustawieniu kończyny; ci chorzy przed operacją przekroczyli już ósmy rok życia. Ze szczególniejszym naciskiem zaznacza autor, że ani w jednym z jego przypadków (operowanych, rozumie się) staw, ruchomy podczas wypisywania się pacjenta z kliniki, nie zesztyniał w przyszłości, co jednak zdarzało się innym specjalistom. 10 razy występowały w okresie pooperacyjnym przykurczenia, które w 3 przypadkach dosięgły tak wysokiego stopnia, że chorzy z wielką tylko trudnością mogli chodzić. Wykonana tu osteotomia subtrochanterica poprawiła sprawność kończyny znakomicie. Skrócenie, bardziej wydatne, bo dochodzące do 3 ctm., zauważono 4 razy, brak ten, wszelako, dał się wyrównać zaaplikowaniem w obuwiu podeszwy wysokiej.

Tego rodzaju wyniki nastawienia za pomocą rękoczynów krwawych wrodzonych zwichnięć jednostronnych w stawie biodrowym mogą służyć i wielkim napawać zadowoleniem chirurga i wyników takich nie da nam żadna inna metoda lecznicza. Nie tak pomyślnie ułożyły się warunki w 25 obustronnie operowanych przypadkach. Tu, u 14 tylko osobników, otrzymano rezultat anatomiczny i czynnościowy wolny od zarzutu; nie lepsze są jednak w takich razach metody niekrwawe, oczem niejednokrotnie miano sposobność przekonania się bardzo wyraźnie.

W wielu przypadkach dokonywano zdjęć za pomocą przyrządu Roentgen'a w późnym okresie pooperacyjnym lub przed operacją. Jak przekonano się na otrzymanych drogą tą rysunkach, główki udowe, po szczęśliwie dokonanych rękoczynach, w ciągu lat całych siedziały prawidłowo w panewkach nowowytworzonych na wysokości ze stroną zdrową jednakiej. Sprawdzono nadto w ten sposób, że jednocześnie z postępującym nadal wzrostem układu kostnego, i panewki nowe rozwijają się jak należy, nie przeszkadzając bynajmniej rozrostowi miednicowego pierścienia kostnego, czego tak lęka się Lorenz. Operowana jednostronnie przed 7 laty odbyła niedawno poród całkiem prawidłowy i druga pacjentka autora, której wykonano zabieg po obu stronach, została matką szczęśliwie.

Jeżeli mamy do czynienia z osobnikiem, liczącym więcej niż lat 10 wieku, możemy pomódz, paliatywnie wprawdzie, lecz dużo przez wykonanie rezekcji główki udowej i zetknięcie szerokiej powierzchni ściętej z kością biodrową, poczem pomiędzy dwiema temi kośćmi powstaje staw rzekomy (pseudarthrosis). Ranę tamponuje się, nakłada się wyciąg i opatrunek gipsowy. Po upływie 6 tygodni operowany, zaopatrzony w gorset, zaczyna chodzić. Mięsienie i gimnastykę wykonywać należy starannie. Kuracja cała trwa zwykle około 3-4 miesięcy. Kobieta, przed laty 5-ma leczoną w ten sposób, autor okazywał w swym czasie; obecnie osoba ta liczy 20 lat wieku, śladów cierpienia przebytego nie widzi się wcale, operowana chodzi nieraz godzinami całami, nie doznając bólów lub zmęczenia.

Metoda taka nadaje się głównie dla obustronnych zwichnięć zardawnionych; jeżeli jednak tego rodzaju sprawa chorobowa zniekształca jeden tylko staw biodrowy, można się uciec jeszcze do innych sposo-



bów operacyjnych. Tu należy przedewszystkiem przecięcie kości podkrętażowe (osteotomia subtrochanterica), z dobrym wykonywane skutkiem przez Kirmisson'a. Operację tę, zmienioną nieco, mianowicie osteotomię skośną, prof. Hoffa wykonywa u dzieci, starszych ponad lat 10, zwłaszcza w przypadkach zniekształcenia bardzo wydatnego, t. j. gdy kończyzna skrócona ustawioną jest w mocnem położeniu odsiebnem.

Po operacji otrzymywano w czas jakiś nie tylko sprostowanie nieprawidłowego kierunku nogi, lecz i wydłużenie jej nieraz do 5 ctm. wraz z wyśmienitym wynikiem czynnościowym. Przedewszystkiem przecina się podskórną lub bezpośrednio napięte mięśnie ksozne, mięśnie przyczepiające się do guza kulszowego (tuber ischii) oraz powięź wraz z mięśniami, które p zebiegają od kolca przedniego (spina anterior) ku dołowi. Dalej prowadzić należy cięcie podłużne na powierzchni zewnętrznej uda, od krętaża wielkiego na dół, do granicy górnej  $\frac{1}{3}$  uda, napiętą powięź poprzeczną nadcina się, poczem cięcie dochodzi do brzegu zewnętrznego m. obszernego bocznego (m. vastus ext.). Po obnażeniu kości skrobaczką na przestrzeni rozległej, odchyleniu części miękkich hakami, operujący dokonywa wydłutowania os. femoris od dołu, w kierunku skośnym, t. j. ku krętażowi mniejszemu. Gdy już doznaje się uczucia, że nie wiele brakuje do zupełnego przecięcia kości, dłuto należy wyciągnąć i przełamać ostatnią blaszkę kostną, przyczem udo ustawia się w wybitnem położeniu odsiebnem. Przy dostatecznem uruchomieniu obu odcinków kostnych ranę wypełnia się gazą i na kończyne nakłada wyciąg, który wypadnie zastąpić po 3-ch tygodniach opatrunkiem gipsowym.

Po 6 tygodniach operowani zaczynają kurację uzupełniającą, t. j. mięsienie i gimnastykę. Metodę taką wypróbował autor, jak dotąd, w 10 przypadkach, otrzymując za każdym razem zejście pomyślne.

K. Niedzielski.

## XXX Zjazd Chirurgów Niemieckich w Berlinie

(10—13 Kwietnia 1901 roku).

№ 528—545.

(Dokończenie).

Kelling z Drezna. *O mechanizmie ostrej rozstrzeni żołądka.* Chcąc dociec przyczyny powstawania rozdęć pooperacyjnych żołądka, autor dokonał szeregu badań odpowiednich na trupach. Otóż wykryto, że u osobników niektórych istnieje bierny przyrząd zamykający w postaci klapy u wpustu i na wysokości dwunastnicy. Dla tego też powstawać może rozszerzenie żołądka od maximum wspólnie z niemożnością samoistnego opróżnienia i to pod wpływem nagłych jego narządu przeppełnień (grube błędy w dyecie), bądź

też na skutek obniżenia jego sprawności ruchowej, ku czemu narokoza przyczynia się znakomicie. W duchu tym działają również operacje, wykonywane w przypadkach kamicy żółciowej, które prowadzą do miejscowych spraw zapalnych w otrzewnie na poziomie górnej dwunastnicy części, dalej—mocno uciskające opaski, gorset gipsowy, opadnięcie żołądka (gastroptosis). Dylatacja ostra wytwarza się wreszcie, w obec istnienia przeszkód w części dolnej dwunastnicy lub górnej jelita czczego przy współdziałającym zamknięciu wpustu przez kłapkę. W niektórych razach chory i rozszerzony żołądek spycha kışkę cienką do miednicy małej, poczem występują objawy niedrożności. Dla terapii ważnem też jest przekonać się dokładnie, czy mamy do czynienia ze zwykłym przegięciem dwunastnicy, czyli też z zawadą natury innej. W tym celu, po opróżnieniu żołądka zgębnikiem, staramy się otrzymać za pomocą środków wewnętrznych stolce, zabarwione żółcią świeżą. Jeżeli tama istnieje dalej, trzeba operować, ale nie drogą gastroenterostomii, która, w obec rozszerzenia ostrego, zawadzi stanowczo; lepiej daleko działa w tych razach jejunostomia.

Meinhard Schmidt z Cuxhaven czyni wzmiankę o przypadkach wrodzonego na tle przerostu zwężenia odźwiernika, w których otrzymał wyniki bardzo dobre od wprowadzania tamże korn-cangów i dylatacji systematycznej przez rozmykanie ich gałęzi.

Eiselsberg z Wiednia. *Przyczynek do techniki uranoplastyki*, w którym zaznajamia z metodą własną, polegającą na wykrajaniu uszypulonego płatu z przedramienia i umocowaniu go za pomocą opaski tak, jak się to robi w plastyce nosa sposobem chirurgów włoskich.

Wolff Julius z Berlina. *W kwestyi zeszywnień łokcia*. W przypadkach zeszywnienia kostnego lub włóknistego (ankylosis) W. dokonywa cięcia, wydlutowania wraz z usunięciem wszelakich, tamujących ruchy stawu pasem włóknistych oraz mostków i złogów kostnych; podejmuje również całkowitą rezekcję skostniałych końców stawowych. Niedawno operowano w ten sposób pewną 22-letnią aktorkę, u której 11-go dnia po zabiegu rana operacyjna zagoiła się doszczętnie. Rozpoczęte bezzwłocznie ruchy bierne były jednak z początku tak bolesne, że po upływie kilku tygodni pacjentka stanowczo oparła się wykonywaniu nadal mięsienia, a w obec tego cały zabieg operacyjny poszedłby na marne. Nałożono zatem na kończynę opatrunek gipsowy tak jednak, by można było tenże w okolicy stawu zmieniać codziennie. Posługując się w razie potrzeby chloroformem, kończynę masowano dalej, doszedłszy stopniowo do maximum zgięć i wyprostowań. Od chwili tej ruchy czynne i bierne były już o wiele mniej bolesne, a we 2 miesiące niespełna operowana sama zginała, bez bólu, rękę do 20°, wyprostowywała do 150°, jednocześnie zaś ruch nawrotny i wywrotny dokonywanym był w zakresie 100°. Trudności podczas wykonywania takich ruchów, jak jedzenie, wciąganie ubrania, fryzowa-

nie się i t. p. prawie nie było, nie mówiąc już o zdolności pełnienia obowiązków, co byłoby niemożliwym bez dokonania operacji.

Tenże autor mówił *O rezeceji łokcia w wieku dziecięcym*. Wychodząc z założenia, że w przypadkach gruźlicy stawowej należy usuwać końce nasady tak daleko, jak sięgają zmiany, autor zastanawia się nad pytaniem, czemu powinniśmy oddać pierwszeństwo: rezeceji czy artrektomii tylko. Hurner i Oschmann, rozporządzający bogatym materiałem kliniki berneńskiej, chwałą pierwszą z tych metod, gdyż łatwiej w ten sposób uniknąć przeoczenia ukrytych ognisk chorobowych, wyniki zaś czynnościowe po artrektomii nie górują, bynajmniej, nad rezultatami rezeceji. U dzieci jednak nieraz poprzestaje się na wycięciu stawu (arthrectomia) jedynie, chcąc zapobiedz zbyt wybitnemu skróceniu kończyny na później. W. przedstawił zgromadzonym 31-letnią kobietę, u której przed 28 laty dokonał typowej rezeceji trzech stoczonych końców stawu łokciowego. Wycięty kawałek kości ramieniowej był długim na 22 mm., kości łokciowej—na 29, promieniowej—6; wszędzie zatem rezeceowano na znacznej po za granicą chrząstki nasadowej odległości. Dziś, przy opuszczonych na dół ramionach, lewa kończyna górna wykazuje skrócenie pewne, to ostatnie, wszelako, jak widać ze zdjęć, dokonanych na sposób Roentgen'a, w znacznej swej części zależy od tego, że nowowytworzony górny koniec kości przętowej (ulnae) sterczy, znacznie ponad normę, powyżej również nowej części ramienia, wybujałą nadmiernie w kierunku kłykcia wewnętrzznego. Jak przekonywają wymiary, długość prawej kości łokciowej wynosi 24 ctm., lewej—22, autor mniema zatem, że i u dzieci nawet przełożyć wypadnie rezeceję; operowana wykonywa obecnie ruchy zgięcia i wyprostowania z należytą siłą i dokładnością prawidłową zupełnie, to samo można powiedzieć o ruchach nawrotnym i wywrotnym, lubo górny koniec promienia ustwił się w położeniu, właściwym dla zwichnięcia. Operowana od 16-go roku życia pracuje w drukarni, zarabiając nie mniej od osobników zdrowych.

W dalszym ciągu mówca wygłosił jeszcze *Przyczynek w sprawie złamań rzepki*. Osobnik, którego przedstawia, zgłosił się o pomoc lekarską na skutek zastarzałego złamania rzepki. Uskuteczniła w tym razie, według własnej metody autora, osteoplastyka polegała na przestawieniu kawałków kości, choremu bowiem pękła rzepka lewa na trzy odłamy, znacznie jeden od drugiego oddalone. Dla poprawienia marnej sprawności kończyny odbito dłutem z każdego z dwóch odłamów głównych po kawałku gładkim, przyczem jeden z nich przylegał do skóry z prawej strony, drugi zaś z lewej. Po przysrubowaniu wzajemnym rozczepów za pomocą narzędzia, przypominającego kłamerę Malgaigne'a en miniature, miejsce złamania pokryto pomostem, wytworzonym z obu zdłutowanych kości kawałków. Szrubę po siedmiu tygodniach zdjęto. Obecnie, po upływie dwóch lat prawie od operacji, wyczuwa się w tem miejscu nieprzerwaną bryłę kostną, która szerzy się od brzegu górnego aż do szczytu rzepki. Operowany może wyprostować kończynę

całkiem dobrze, zgina do wymiarów kąta prostego, na skutek czego chodzenie po schodach jest nieco wadliwym. Przyczyny nieidealnego wyniku czynnościowego szukać należy z jednej strony w obecności trzeciego jeszcze ruchomego odcinka, z drugiej zaś w tem, że wydłużona o szerokość nowowytworzonego kawałka kości rzepki, z natury rzeczy, sprzyja tu pewnemu ograniczeniu funkcji. Braki metody opisanej dadzą się wyrównać, zapewne, w przypadkach następnych i autor mniema, że, bądź co bądź, jego operacja kostnowytwórcza pożyteczną będzie w obec tych licznych zastarzanych złamań rzepki, gdzie rozejścia się odcinków nie wypełnia tkanka, bodaj, włóknista, a nad wyraz nędzna sprawność kończyny wymaga, na pozór, jedynie tylko dokonania rękoczynu krwawego.

Bunge z Królewca. *W kwestyi sprawności kikuta amputacyjnego.* Po wyliczeniu rozlicznych przyczyn, warunkujących bolesność kikuta, autor oświadcza, że nierozstrzygniętem jest jeszcze pytanie o wrażliwość bólowej szpiku kostnego. Pewnikiem jest jednak, że blizna na szpiku wyróżnia się bolesnością niezwykłą. Zalecić zatem wypadnie w przypadkach takich wycinanie blizny oraz wyskrobanie szpiku na przestrzeni na 2—3 ctm. powyżej; w przebiegu amputacji podudzia strzałkę przepiłowywać trzeba zawsze wysoko, a okostną usuwać starannie. Na zakończenie mówca pokazuje diapozytywę, na której widać dokładnie koniec jamy szpikowej, wypełnionej doszczętnie kością. Operowany doznawał bólów w tem tylko miejscu strzałki (fibula), gdzie okostna nie była zebraoną dość dokładnie.

Hofmeister z Tübingen mówił *O nowym sposobie nastawiania zwichniętego barku.* Po ułożeniu poszkodowanego w pozycji poziomej, obciążyć należy pionowo podniesione ramię za pomocą pociągania 5—20 kilo. ponad blokiem. Ciężar powiększa się co dwie minuty. Gdy główka stoi już na wysokości panewki, nastawiający, usunąwszy ciężarki, wpycha mocno swą rękę do jamy pachowej chorego, drugą zaś chwytą konieczną zwichniętą za napięstek i bark nastawia bez trudu. Zabieg cały trwać może od 10 do 15 minut. Z tejże dziedziny przemawiał i Hildebrand z Basel, powołując się na swój *Przyczynek do leczenia operacyjnego zwichnięć nawykowych i zastarzanych.* W jednym przypadku dawnego zwichnięcia szczęki dolnej dokonano repozycji krwawej, bez otwarcia stawu, po wyrezekowaniu łuku licowego. W dwóch spostrzeżeniach nawykowego zwichnięcia barku znaleziono odłamanie wewnętrznego brzegu panewki; po urobieniu sztucznem owego brzegu otrzymano na nowo staw ruchomy. U dwu osobników z luksacją nawykową rzepki wynik zastosowanej tamże operacji kostnej był dobry. Autor, w ogóle, jest przeciwnikiem podejmowania operacji na torebce.

P a y r (Hradec). *O technice nastawiań krwawych w przypadkach zwichnięcia stawu biodrowego u dorosłych.* Kazyjstyka autora obejmuje 6 spostrzeżeń pochodzących od tycych zwichnięć chorobowych lub też uwarunkowanych urazem. Prowadzono zwykle cięcie Kocher'a. Dla otrzymania wyników lepszych oszczędzano,

wedle możności, przyczepy mięśniowe. Rękoczyn jest trudny, a na der skrupulatna aseptyka—niezbędna. Ranę zaszywa się zupełnie z pozostawieniem dwu drenów. Leczenie następnie polega na nałożeniu przyrządu wyciągowego lub gipsu.

W dyskusyi, która wywiązała się z odczytu, Sc h e d e z Bonn zaznacza, że w jednym przypadku obustronnego zwicnięcia urazowego w stawie biodrowym dokonał również repozycyi krwawej. Skrócenie było tu niezwykle wybitnie, udo trzeba było nieomal oskrobać do kości, t. j. oddzielić wszystkie mięśnie napięte, które przeszkadzały nastawieniu. To ostatnie uskuteczniło za pomocą wyciągu na stole specjalnym.

R o t t e r z Berlina przedstawił pewnego osobnika płci żeńskiej po wycięciu nowotworu barku. Mówca, chcąc uratować chorej przedramię, po wycięciu mięśnia promieniowego, przyszył to ostatnie do barku, łącząc resztki torebki łokciowej z torebką ramieniową. Cała kość ramieniowa została wyluszczonej. Po upływie 3/4 roku nerw promieniowy zaczął funkcyonować znowu. Guz był włóknikiem kostnowym (osteofibroma).

K a t z e n s t e i n z Berlina przytoczył *Dwa przypadki ukrytej tarcziny dwudzielnej (spina bifida occulta)*. W obu przypadkach siedliskiem cierpienia była część kręgosłupa lędźwiowa, w obu odkryto cierpienie pierwotne na mocy nietypowych tylko zaburzeń wtórnych. Pierwszy z chorych zasięgał porady z przyczyny niedowładu prawej kończyny dolnej, zaniku i rotacji tejże na zewnątrz przy zachowaniu odruchów. W przypadku drugim miano do czynienia z 17-letnim młodzieńcem, u którego istniały ciężkie zaburzenia natury czuciowej i odżywczej w obu kończynach dolnych, a zwłaszcza w lewej. Od lat 6 chory ten zauważał samoistne wydzielanie się moczu kroplami, od lat 2-ch strumieniem, nadto, w razie biegunki lub pobudzeń psychicznych, nie mógł powstrzymać odejścia kału. To późne wystąpienie zaburzeń wtórnych autor przypisuje pociąganiu przez pasmo, które znajdowało się pomiędzy skórą a rdzeniem na miejscu istniejącej szpary kręgowej. Po oddzieleniu pasma od twardej opony mózgowej i jego wycięciu osobnik wyleczony został zupełnie z owego nietrzymania kału i moczu.

H e u s n e r z Barmen. *O leczeniu przykurczeń, zależnych od zapalenia stawu kolanowego*. I tu również są zestawione dwa przypadki. W pierwszym z nich pewnemu chłopcu, po przecięciu pokurczonych ścięgien i części miękkich, przeszczepiono mięsień dwugłowy, poczem kontraktura wyprostowała się zupełnie. W przypadku drugim dokonano również takiego przeszczepiania na stronę zewnętrzną, a mięsień półścięgnisty przemieszczono na wewnątrz. I tu również wynik był doskonały. Technika polega na poprowadzeniu cięć długich ku tyłowi, przodowi, na zewnątrz i wewnątrz, oddzieleniu mięśni wzdłuż, aby nie traciły swej siły ciągnącej i przyszyciu ich z tyłu do rzepki. W końcu autor wyraża mniemanie, że wraz z upowszechnieniem stosowanej przez niego metody wybiję dla gościa przewlekłego godzina ostatnia.

Steiner z Berlina. *Wieloliczne naczytniki mięsakowate po-*

*deszwy.* Przypadek dotyczył młodej kobiety, która, jak twierdzi, od lat dzieciennych miała guz na podeszwie. Z postępowaniem czasu z guza tego powstały tamże liczne, podobne doń guziki, wyrastające nawet na grzbiecie stopy. O ile zdało się, największą energią rozrostu obdarzone były twory, najmniej wystawione na ucisk. Przez czas jakiś autor stosował tu uciskające lepkie opatrunki: jakoż na lat trzy sprawa chorobowa przycichła. Gdy jednak jeden z guzów utworzył sobie drogę na zewnątrz skóry, a cierpienie przybrało wyraźne cechy złośliwości nowotwory te powycinano i urobiono podszewę nową w ten sposób, że pozostałą skórę oraz podściółkę tłuszczową na grzbiecie stopy odpreparowano i zeszyto u dołu, resztę zaś braku pokryto naskórkiem na sposób Thiersch'a.

Joachimsthal z Berlina: *W kwestyi zachowywania się stawu biodrowego w przypadkach wrodzonego zwichnięcia.* Na pięciu preparatach przedstawiono przede wszystkim zmiany, które zazwyczaj występują w tych razach u osobników w wieku późniejszym. Wszędzie stwierdzono obecność panewki nader wyraźną; wprawdzie, ta ostatnia była tu stale nieprawidłowo spłaszczoną, zawsze jednak pogłębienie, już istniejące, wystarczyłoby na pewno do pomieszczenia, od biedy, w pozycji odsiebnej główki, zeszlifowanej ostro. Panewka biodrowa (acetabulum) nie miała tu nigdy kształtów prawidłowych wydrążonej bomby, lecz podobną była raczej do płaszczyzny trójkątnej, której brzeg górny resp. tylny sterzał, niby wałek, podczas gdy dziura zasłonowa nie miała granic wyraźnych. Na trzech przedstawionych przez mówcę miednicach, na powierzchni zewnętrznej kości biodrowej, na zewnątrz i ku górze od tylnego brzegu panewki, zauważano zagłębienie pewne, odpowiadające, bezwątpienia, nieprawidłowemu ustawieniu się główki. Zresztą, ta ostatnia wraz z końcem górnym kości udowej zdradzała zanik wybitny, a wytwarzany przez trzon i szyję uda kąt był prawie zawsze mniejszym od normy. Na jednym z preparatów zachowaną była jeszcze torebka, która, w przeciwieństwie do prawidłowego stanu rzeczy, pozwalała rozpoznać zarysy główki udowej i szyi. Dla wykazania różnicy mówca przedstawił z kolei szereg swych pacjentów; u osobników tych wykonywano, kawał czasu wstecz, nastawianie niekrwawe jedno—lub obustronnego zwichnięcia biodra z wynikiem dodatnim i trwałym. Posługując się przyrządem Roentgen'a, notowano w rozlicznych odstępach czasu zmiany, powstające na kostnych częściach stawu w następstwie dokonywanego zabiegu. Odpowiednio do wolnej od zarzutu sprawności stawu, znajdowano na skiogrammach stale pogłębienie duże fundamentu panewki, wybitny przyrost główki uda, lubo szyja kości udowej uwydatniała niekiedy bardzo wyraźne jeszcze skrócenie.

Z wyjątkiem króciutkiego przemówienia Goldman'n'a, odczyty dalsze dotyczyły wyłącznie chirurgii trzewiów. Mówił zatem:

Frank e z Brunświku: *O wycięciu rakowatej trzustki.* Z szeregu przytoczonych spostrzeżeń wyszczególniamy tu niektóre. W jednym przypadku nowotwór zwyrodniał głowę trzustki i narząd wyluszczone całkowicie, przyczem tętnicę śledzionową (a. lienalis)

przecięto dwa razy. Guz był mózgowiakiem (carcinoma medullare), pozostała część narządu uległa zgorzeli. W ciągu dni 18, w okresie pooperacyjnym, znajdowano stale cukier w urynie (do 3%). Operowana żyła jeszcze pół roku, na oględzinach pośmiertnych znaleziono przerzuty w gruczołach brzusnych. Autor sądzi, że w danym przypadku trzustka była siedliskiem raka pierwotnem. U dwóch osobników dokonano wycięcia tejże częściowego, raz jeden, wreszcie, poprzestano na laparotomii próbnej, ponieważ znaleziono już przerzuty i na wątrobie. Rozpoznanie guza trzustki obecnie stawia się pewniej. Do objawów najważniejszych należą: bóle brzucha i szybkie charłactwo.

W dyskusyi wspomina Körte o jednym przypadku wyluszczenia guza trzustkowego, powikłanym przez zastój żółci i zapalenie pęcherzyka. W przebiegu operacji borykano się z nader obfitem krwawieniem, czemu też przypisać wypadnie rychłą śmierć operowanego. Co się tycze kwestyi cukrzycy, K. powołuje się na jedno spostrzeżenie, w którym śmierć nastąpiła wśród objawów śpiączki, a sekcyja wykryła zniszczenie części ogonowej tylko. Tu więc, pomimo braku zmian chorobowych w większej części trzustki, miano również do czynienia z cukrzycą.

Ahrens z Bonn przytacza *spostreżenie* całkiem *niezwykle*, dotyczące dziewczynki pewnej, która w bardzo wczesnym już wieku miała brzuch duży. Gdy z postępem lat jego wymiary wzmożły się jeszcze bardziej, postanowiono dłużej z operacją nie zwlekać i w przekonaniu, że ma się do czynienia z wodonerczem, poprowadzono cięcie w okolicy lędźwiowej. Niebawem napotkano guz, usadowiony pomiędzy listkami krezki okrężnicy wstępującej; drogą przekłucia wypuszczono zeń trzy litry cieczy brunatnej, podobnej do krwi. Guz usunięto, przyczem operujący przekonał się, że nerka znajdowała się w miejscu właściwem. Operowana wyzdrowiała. Pokazywany przez mówcę preparat podobnym był do żołądka—klepsydry z długim na 26 ctm. przydatkiem kiszkiowym. Guz ów posiadał wyraźny wpust i odźwiernik; śluzówka, wyścielająca rzekomy ten żołądek, posiadała, jak spostrzeżono to pod drobnowidzem, wszelakie właściwe ścianie tego narządu pierwiastki składowe, tylko że różnego rodzaju nabłonki były tu pogmatwane bezładnie. Obecność pepsyny wykryto również. Nadto podwójnie ciekawym był fakt znalezienia we wnętrzu guza—prawdziwego wrzodu peptycznego. W końcu przemawiał:

Rindfleisch ze Stendal: *O zamknięciu kiszki bez szwu*. W jednym przypadku przepukliny zgorzelinowej R. poradził sobie w ten sposób, że zajęty przez nekrozę odcinek wpochwiał, a potem zeszył dopiero błony surowicze.

Posiedzenie dziewiąte i ostatnie poświęcono wyłącznie sprawie interwencyi chirurgicznej w przypadkach zapalenia okołokątniczego (appendicitis). Rozprawy wszczął Rehn z Frankfurtu n/M., zaznaczając, że gdy większość chirurgów skłania się obecnie ku leczeniu wyczekującemu, własne jego, mówcy, doświadczenie wskazuje mu drogę, wręcz przeciwną. Autor zaleca stanowczo operowanie wczes-

sne, które w jego, przynajmniej, przypadkach śmiertelność zmniejszyło znacznie. Statystyka R. obejmuje 180 bardzo ciężkich spostrzeżeń; z tych wyzdrowienie otrzymano w 134. U 35 osobników operowano wśród ciężkich objawów ropnego zapalenia otrzewny; przypadki, powikłane powstaniem ropnia podprzeponowego były bardziej jeszcze niebezpieczne, lubo w jednym z nich, gdzie wdał się potem zakrzep dolnej żyły czezej (v. cava inf.), otrzymano wynik pomyślny. 24 razy operowano przed wystąpieniem ropienia i zawsze szczęśliwie. Na 33 przypadki zgorzeli cstrej osiągnięto wyzdrowienie w 22. Autor twierdzi, że nie w przerwach, lecz zaraz trzeba operować i poglądy, że dokonywanie zabiegów chirurgicznych w okresie ostrym jest niebezpiecznym, zbija stanowczo. Napad ostry jest sprawą, pokrewną ropowczie, gdzie jedynie rozstrzyga jadowitość drobnoustrojów; z uwagi zaś, że zapalenie otrzewny niekoniecznie wytworzyć się musi po każdym wtargnięciu ropy lub zakażenia, że wpływa tu głównie ilość i jakość mikrobow oraz zakres siły bakteryobójczej w ustroju, autor dziwi się owym nadmiernym strachom co do łatwości zakażenia otrzewny. Prowadzić należy cięcie rozległe, a, po otwarciu otrzewny, skierować się wprost do wyrostka robaczkowego, z kolei tenże przemywa się starannie roztworem soli kuchennej, resekuje i nakłada szew. Brzuch zaszywa się z pozostawieniem takiego tylko otworu, który niezbędnym jest dla wprowadzenia i pozostawienia drenu. Przez sączek ów przemywa się ognisko zapalne gorącym roztworem fizyologicznym chlorku sodu i ciecz spuszcza się starannie. Makowiec autor poddaje krytyce surowej, środek ten bowiem zaciemnia tylko istotę obrazu chorobowego.

Rotter z Berlina wygłosił swój z kolei *Przyczynę do leczenia okołokątniczej sprawy zapalnej (perityphlitis)* i kładł nacisk główny na opróżnianie ropni jamy Douglas'a; pisze się również na konieczność szybkiej interwencji chirurgicznej, o doniosłości której przekonywał się często. Odsetka śmiertelności u autora nie przewyższała, po operacji, 31. Nowsza kazuistyka R. obejmuje 530 przypadków, z tych operowanych—196. U 109 osobników miano już do czynienia z rozlanem zapaleniem otrzewny; śmiertelność nie przewyższała tu 19%. W 70% wszystkich spostrzeżeń operowano przez jamę Douglas'a.

Sprengel z Brunświku. *Przyczynę do resekcji wczesnej w przypadkach zapaleń ostrych wyrostka robaczkowego.* I ten autor zgadza się, bez zastrzeżeń, z poglądami Rehn'a. Dla przestrogi przytacza przypadek, w którym, po wypłukaniu żołądka i wlewaniach do kiszek, objawy chorobowe ustąpiły na pozór zupełnie, gdzie jednak wkrótce potem powstało przedziurawienie, prowadzące do śmierci chorego. Podjęty wczesnie rękoczyn chirurgiczny zapobiegłby tu na pewno katastrofie. S. operuje z miednicą chorego podniesioną wysoko. W sprawie tej przemawiał, wreszcie:

Riese z Britz, który polecał gorąco metodę Doyen'a odciskania podwiązką jedwabną wyrostka robaczkowego. Po zabiegu takim nie spostrzegano nigdy wytwarzania się przetoki. Autor miał



sposobność zastosować trzy razy sposób ten przy istniejącej jednocześnie ciąży. W takich, właśnie, przypadkach należy osobliwie pospieszyć z operacją, gdy bowiem nastąpi poronienie i nagle macica zmniejszy się, ropa łatwo wessaną być może do jamy brzusznej.

Na tem ukończono prace i posiedzenia Zjazdu.

K. Niedzielski.

## II. Choroby kobiet i akuszerya.

546. Prof. Dr. C. H. Stratz (Haga): „Przypadek sectionis caesareae et ovariotomiae in partu.“ (Centralblatt f. Gynäkologie 1901, № 21 str. 581).

W dniu 8 Kwietnia 1901 r. autor został w nocy zawezwany do 24-letniej pierwiastki, która rodzi od 4 dni bez widocznego postępu. Temperatura 37,7, puls 120. Foetor ex ore, język obłożony, mdłości nieustające. Dno macicy pod łukiem żebrowym, grzbiet płodu po stronie lewej, główka spoczywa w okolicy kiszki ślepej nad wejściem do miednicy; tony serca płodu 132, po lewej stronie pępka. Po stronie lewej macicy wyczuwa się naprężony guz elastyczny. Brzuch bardzo bolesny. Obrączka skurczowa (Kontractionsring), skośnie idąca z prawej strony od góry w lewo ku dołowi, poniżej pępka, wyraźnie się wyczuwa na początku bólu porodowego. Per vaginam: naprężony guz twardy, wypełniający całą miednicę; z przodu nad spojeniem łonowem wyczuwa się rozpułchniona część pochwowa; ujście przepuszcza palec. Przy odepchnięciu części pochwowej w prawo naprężają się szerokie (więzy) zrosty, idące do guza. Per rectum: guz, umocowany przez liczne zrosty bolesne, siedzi głęboko w jamie Douglas'a. Rozpoznanie: Pierwiastka, I położenie czaszkowe, żywe dziecko; guz lewego jajnika. Peritonitis adhaesiva. Ruptura uteri immineus.

Za groźnem niebezpieczeństwem pęknięcia macicy przemawiały niezwykle wyraźne kontury główki płodu, położenie jej po stronie prawej i położenie wysokie obrączki skurczowej. O zlepnem zapaleniu otrzewny świadczyły zrosty w Douglas'ie, nadzwyczajna wrażliwość brzucha i przyspieszone tętno. O połączeniu guza z macią za pomocą szerokich zrostów można było się przekonać, odsunawszy część pochwową w stronę prawą, przyczem więzy silnie się naprężały. Repozycja guza się nie udawała.

Wobec zapalenia otrzewny, zrostów bocznych i grożącej ruptury autor zdecydował się dokonać cięcia cesarskiego i ovariotomii, nie stosując się do przepisu Fritsch'a, aby guz atakować od strony pochwy. Autor wybrał pierwszą drogę dla tego, że poród już trwał 4 dni i że chora była już wielokrotnie badana. Otworzywszy jamę brzuszną, autor rozciął macicę i wydobyl płód ważący 3000 gm. Następnie z mozołem wyłonił guz (tumor dermoidalis), który ważył 1100 gr.; długość jego wynosiła 20 cm., a szerokość 12 cm. W epi-

kryzie tego przypadku autor przytacza zdania Hofmeier'a i Pfannenstiela, że ovariotomia in partu jest najradykałniejszą operacją, gdyż ona usuwa przyczynę komplikacji. Jeżeli ovariotomia jest wykonalną od strony pochwy—tem lepiej; w przeciwnym razie należy jej dokonać od strony brzucha, lecz zawsze w połączeniu z cięciem cesarskiem. W danym przypadku autor nie mógł się ograniczyć na dokonaniu jednej tylko ovariotomii, gdyż bez zmniejszenia objętości macicy guz nie dałby się wyłonić; z drugiej strony niebezpieczeństwo pęknięcia macicy, gorsza prognoza dla dziecka w oczekiwaniu porodu samoistnego) i możliwość obsunięcia się ligatury ze szypuły guza spowodowałyby stokroć większe niebezpieczeństwo dla chorej

M. Warszawski.

547. Dr. E. Niebergall: **Ovariotomia vaginalis in partu.** (Centralbl. f. Gynäk. 1901, № 21, str. 583).

25 Marca 1900 roku autor został wezwany do 30-letniej pacjentki, która po raz czwarty rodziła. Pierwsze trzy porody były normalne i prędkie. Ostatni peryod 3 Lipca 1899 roku i w połowie Listopada pierwsze ruchy płodu. Bóle porodowe rozpoczęły się 25 Marca o godzinie 2 po południu, zaraz po pęknięciu pęcherza płodowego. Ponieważ pomimo silnych i prawidłowych bólów porodowych główka stała wysoko, szukano pomocy autora. Ten znalazł, że brzuch silnie wypukłony, grzbiet płodu znajduje się po stronie lewej, bicie serca płodu nalewo od pępka, bardzo wyraźne, główka spoczywa na lewej kości miednicowej i podczas bólu pchała się ku dołowi i cofała się ku górze po skończonym bólu. Przy badaniu wewnętrznym autor znalazł, że tylne sklepienie nienaturalnie wypukła się ku przodowi, przednia warga wyczuwa się wysoko poza spojeniem i wygładzona, a tylna zupełnie zachowana. O rodzaju przeszkody w miednicy małej można było się przekonać, badając przez odbytnicę; miękki guz elastyczny wypełniał jamę Douglasa'a i przeszkadzał opuszczeniu się główki. Gdy repozycja guza nie udała się, chora została odesłana do szpitala. Gdy i tutaj repozycja się nie udała i punkcja guza troakarem od strony pochwy nie dała pożądanego rezultatu, gdyż zawartość guza była bardzo gęsta, prof. Bumm rozszerzył otwór w tylnym sklepieniu za pomocą Paquelin'a, ściągnął sterzącą część guza, naciął ją i wypuścił zawartość tej komory, ściągnawszy ją do pochwy. Tymczasem za jednym bólem główka się opuściła i dziecko wydobyto kleszczami; po 10 minutach wypełniło łożysko. Po odebraniu dziecka okazało się, że ściągnięto zaledwie część (jedną komorę) dużego wielokomorowego guza. Tenże dał się z łatwością wyłonić nazewnątrz przez istniejący otwór w sklepieniu tylnym. Po odcięciu guza szypułę przypalono i wpuszczono do jamy brzusznej, a otwór w sklepieniu zaszyto. Chora po 4 tygodniach szpital opuściła.

Autor w końcu pracy swojej daje wskazówkę praktyczną, iż nie należy się kontentować w tych przypadkach punkcją, lecz cały guz o ile możności zaraz usunąć; w przeciwnym bowiem razie może na-

stąpić zropienie zawartości guza, co jest rzeczą w połoгу wcale nie pożądaną; powtórę chora musiałaby się powtórnie poddać operacji.

M. Warszawski.

548. Ahlfeld. — **Los dzieci niedonoszonych wskutek przedwczesnie wywołanego porodu.** (Centralbl. f. Gynäk. 1901, № 21, str. 537).

Przeciwnicy porodów przedwczesnych, sztucznie wywołanych, przytaczają na swoje usprawiedliwienie argument, że dzieci niedonoszone mają słabe szanse dalszego rozwoju. Ostatnio Krönig w pracy swojej (*Die Therapie beim engen Becken*, Leipzig 1901) podniósł słabą odporność dzieci przedwześnie urodzonych, dyskredytując w ten sposób sztuczne porody przedwczesne. Na powyższy zarzut odpowiedział Raschkow dysertacją: „*Ueber die Bedeutung der künstlichen Frühgeburt bei Beckenenge für die Erhaltung des Kindeslebens*“ i Ahlfeld, zebrawszy z kliniki Marburskiej statystykę przypadków operowanych na kobietach zamężnych. Dzieci kobiet niezamężnych nie mogą być wzięte w rachubę, gdyż zostają oddane na garnuszek, w celu prędszego ich zgładzenia. Od roku 1883 do 1900 autor 208 razy wywołał porody przedwczesne. Z wypisanych dzieci żyjących 56 należały do kobiet zamężnych z miednicą wąską. W końcu Lutego r. b. autor rozesłał na drodze urzędowej listy do rodziców, prosząc o podanie wiadomości o losach dzieci przedwześnie urodzonych; jednej tylko odpowiedzi autor nie otrzymał, gdyż pobyt rodziców był niewiadomy. Z tabelki załączonej okazuje się, że z 55 dzieci tylko 5 zmarło, nie doczekawszy się roku, co czyni 9,1%. Do podobnego rezultatu doszedł i Raschkow; na 38 zmarło 4, czyli 10,6%. Jestto rezultat bardzo zadowalniający, zważywszy, że rodzice tych dzieci są niezamożni (wyrobnicy, drobni rzemieślnicy). Z drugiej strony tacy rodzice dokładają wszelkich starań, aby utrzymać dziecko przy życiu, czego o niezamężnych powiedzieć nie można.

M. Warszawski.

549. L. Siebourg: **Przyczynę do leczenia pruritus vulvae.** (Centralbl. für Gynäk. 1901, № 26 str. 761).

Na mocy faktu, że po wstrzyknięciu pod skórę rozczyńu fizyologicznego soli kuchennej skóra zostaje znieczuloną na pewien czas, autor wpadł na myśl stosowania iniekcji podskórnych przy swędzeniu organów płciowych, krocza i odbytnicy i otrzymywał znakomite rezultaty.

W kwestyi etyologii pruritus autor stoi na tym punkcie, że cierpienie to powodują przyczyny miejscowe: wydzielina kataralna macicy i pochwy. Na dowód przytacza fakt, że mężczyźni po stosunku z żonami, cierpiącemi na swędzenie, uskarżają się na swędzenie i palenie w żołądźci członka. Tak samo pruritus przy cukrówce moczowej, cierpieniach nerek, żółtaczce należy objaśnić anormalnemi częściami składowemi moczu. Wielec się do tego przyczynia niezmier-

ne bogactwo okolicy piciowej w nerwy czuciowe. Gdy raz skóra została podrażniona, powstaje, podług B. S. Schultze'a, circulus vitiosus: swędzenie, drapanie etc.

Przyczyna pierwotna pruritus może być usunięta, a swędzenie pozostaje wtedy jako choroba samodzielna wskutek drapania. Z czasem i nerwy mogą być wciągnięte w cierpienie, co znacznie utrudnia wyleczenie. Właśnie w tych przypadkach zastarzałych autor stosował z dobrym skutkiem podskórne wstrzykiwania roztworu soli kuchennej. Do przyczyn pierwotnych, po których usunięciu swędzenie nadal pozostało, autor zalicza: stare wianki, oxyuris, pediculi pubis, zgolenie włosów ze sromu.

J. Veit upatruje w każdym przypadku tło nerwowe. Autor zgadza się na ten pogląd, lecz nie stosuje go do każdego danego przypadku.

Swędzenie chroniczne jest zawsze cierpieniem wtórnym, spowodowanym przez drapanie i tarcie. Nie w każdym przypadku pruritus autor stosuje wstrzykiwania podskórne; szuka on przedewszystkiem przyczyny pierwotnej (*badanie moczu!*) i leczy ją, reguluje dietę (zabrania alkoholu i korzeni).

Autor zaleca wysiłek cielesny w dzień, aby wieczorem wystąpiła potrzeba snu. Chore powinny unikać samotności i spokoju, aby nie mogły się sans gêne drapać, powinny chodzić późno spać i wcześniej wstawać. Należy zwrócić uwagę, aby paznogie chorych były krótko obcięte; gdy bowiem paznogie odrastają, choroba się pogarsza.

Chore powinny 2 razy dziennie przez 5 minut obmywać mydłem i wodą zimną części ciała dotknięte chorobą; oprócz tego po każdym urynowaniu obmywania wodą karbolową są bardzo na miejscu. Następnie autor zaleca maść następującą:

Rp. Cocaini 2,0  
Orthoformi 1,5  
Mentholi 0,5  
Acidi carbolici 1,0  
Vaselini 20,0

przeciw rankom na skórze i błonie śluzowej. Maść tę powinna chora przy sobie ciągle nosić, aby w razie potrzeby mogła usmierzyć swędzenie i zapobiedz drapaniu. Małe naddarcia (na skórze lub błonie śluzowej) autor leczy pędzlowaniem 10% roztworem lapisu. Na noc autor zaleca przykładanie gazy napojonej powyższą maścią na miejsce, dotknięte cierpieniem, i założenie szczelnego bandażu w postaci litery T.

Gdy cierpienie przeszło w stan chroniczny, a skóra i śluzówka nie uszkodzone, autor stosuje z dobrym skutkiem następującą mieszaninę.

Rp. Spir. rusci 50,0  
Acidi salicylici 0,5  
Resorcini 1,0

którą należy popędzlować miejsca cierpiące po każdym obmyciu wodą, a przynajmniej raz jeden wieczorem przed udaniem się na spo-

czynek. Ten środek gryzie i piecze na razie, lecz znosi na parę godzin swędzenie i daje możność chorym pokrzepić się snem spokojnym.

Oprócz powyższego leczenia na równi z obmywaniem autor stosuje podskórne wstrzykiwania fizyologicznego roztworu soli w ilości  $\frac{1}{3}$  litra; skóra w miejscach porażenia się unosi, a zakończenia nerwów zostają znieczulone. Wstrzykiwania najlepiej stosować wieczorem. Nie mając wprawdzie jeszcze dostatecznego doświadczenia, autor ze względu na już otrzymane rezultaty świetne gorąco zaleca ten środek nieszkodliwy i bezpieczny. W miejsce wody słonej można będzie stosować i inne płyny i, być może, z lepszym skutkiem (antypiryna, karbol etc.). W razie potrzeby autor przy sposobności wstrzyknie eter, który na dłuższy czas znieczuli skórę, a potem wypróbuje środki zamrażające.

Autor nie widział żadnej korzyści z podawanych do wewnątrz arseniku i atropiny. Nie należy odrzucać bromu i chloralhydratu; również dobre skutki przypisuje autor chłodnym kąpielom.

*M. Warszawski.*

### III. Notatki bibliograficzne.

Prof. dr. P. Pieniążek. „Die Verengerungen der Luftwege“. Wien 1901.

Dawno już w literaturze laryngologicznej nie spotkaliśmy się z tak wyczerpującą, z taką znajomością rzeczy napisaną monografią, jaką jest bez zaprzeczenia książka prof. Pieniążka, znanego specjalisty z Krakowa, p. t. „O zwężeniach dróg oddechowych“. Jest to tem dla nas przyjemniejsze, że wyszła ona z pod pióra naszego rodaka, przyczyniając się niewątpliwie do podniesienia naszego cenzusu naukowego w oczach całego świata cywilizowanego.

Autor powyższej pracy od wielu lat z upodobaniem zajmuje się kwestyą zwężeń krtani, a zwłaszcza tchawicy i oskrzeli i niejednokrotnie dzielił się wynikami swoich sumiennych w tym kierunku badań. I dla tego to, jestem przekonany, że cały świat laryngologiczny z przyjemnością powita książkę prof. Pieniążka i szczerze mu za nią będzie wdzięczny.

Niepodobna mi tu szczegółowo rozebrać całego dzieła, zawierającego przeszło 500 stron, dzieła, które z wielką korzyścią przeczyta w oryginale zarówno laryngolog, jakoteż i lekarz ogólny, oraz chirurg (część operacyjna zwężeń dróg oddechowych). Sądzę jednak, że i z tego pobieżnego zestawienia czytelnik będzie mógł zdać sobie sprawę z bogactwa materiału, tak umiejętnie przez autora opracowanego.

Po ogólnych uwagach, dotyczących znaczenia oddechania dla ustroju, oraz o zwężeniach dróg oddechowych wogóle, przechodzi autor do szczegółowego rozpatrzenia tych ostatnich. W paru słowach wspomina o zaburzeniach w oddechaniu nosowem, uważając je za mniej ważne; obszerniej już zajmuje się zwężeniami gardzieli, rozpa-

trując kolejno przerost migdałków podniebiennych, przyczem bardzo słusznie zaczął u dorosłych używać gorącej tj. galwanokaustycznej pętli, dalej sprawy zapalne ostre, błonicę gardzieli, ropień okołomigdałkowy i t. p., jednym słowem prawie całą patologię i terapię chorób gardzieli. Duża część jednak pracy autora poświęcona jest zwężeniom krtani, tchawicy oraz oskrzeli. Tu dopiero w całej pełni widać erudycję i olbrzymie doświadczenie autora, który z dumą może o sobie powiedzieć, że w rozwoju nauki o tych zwężeniach, zwłaszcza zaś o leczeniu operacyjnym zwężeń tchawicy i oskrzeli „magna pars fui“. I dla tego to ta część książki prof. P i e n i a ż k a będzie miała wartość wieczną, stanowiąc główne źródło, z którego każdy, piszący następnie w tej kwestyi, obficie czerpać będzie.

Po ogólnych uwagach, dotyczących zwężeń krtani i tchawicy, autor rozpatruje kolejno obrzęki krtani, następnie sprawy zapalne, przyczem słusznie, zdaniem mojem, utrzymuje, że wiele przypadków krupu krtani samoistnego są po prostu zwykłą sprawą podgłośniową przerostową (laryngitis hypoglottica acuta), t. j. t. zw. pseudokrępem. Jedyne kryterium w tych razach jest badanie wziernikiem krtaniowym, które jednak, niestety, nie zawsze wykonaniem być może, po prostu ze względów technicznych.

Dalej rozpatruje autor gruźlicę i przymiot krtani i tchawicy oraz twardziel, w której to kwestyi jest pierwszorzędnym znawcą, czego dowodem jest zaproszenie go do opracowania powyższego działu w podręczniku zbiorowym laryngologii i rynologii, wydanym niedawno pod opieką H e y m a n n'a, a w którym przyjęli udział pierwszorzędni, przeważnie niemieccy specjaliści.

Dośkonale też są opracowane działy o guzach łagodnych i złośliwych, oraz ciałach obcych w krtani i tchawicy. I tu na każdym kroku widać bogate doświadczenie autora; nie każdy np. może się poszczycić tak poważną kazuistyką tych tak niezmiernie rzadkich ciał obcych w tchawicy i oskrzelach (10 przyp.).

Część operacyjna zwężeń krtani i tchawicy jest znakomicie opracowana. Sądzę, że nie tylko laryngolog, ale nawet najdoświadczeńszy chirurg z korzyścią np. przeczyta dział o laryngofissurze, nie mówiąc już o leczeniu zwężeń tchawicy i oskrzeli przez przetokę tchawiczą za pomocą własnej metody (zastosowanie swoistych lejków), która niejednokrotnie dała autorowi znakomite wyniki w tych, tak niewdzięcznych dla leczenia miejscowego cierpieniach.

Jak już wspominałem, żałuję niezmiernie, że nie mogę na tem miejscu streścić dzieła prof. P i e n i a ż k a tak, jakbym pragnął i jak na to też względu na swoją rzetelną wartość zasługuje. Nie pozostaje mi nic innego, jak tylko najgoręcej zachęcić wszystkich do przestudyowania w oryginale książki tej, stanowiącej znaczny postęp w laryngologii wzgl. laryngochirurgii.

*Jan Sędziak.*

Dr. Aleks Fabian. **Z nauki o życiu.** 1901. Warszawa.

Są to odczyty publiczne, wygłoszone przez autora w Warszawie p. n. „U schyłku wieku“. Dziedziczność, życie i śmierć, mechanizm i witalizm, opracowane obecnie do druku. Rzecz zaleca się wytwornym językiem oraz jasnością wykładu.

A. Puławski. Przyczynek do historii rozwoju naszych miejscowości leczniczych. Dziarainość Nałęczowa za r. 1900.

Rzecz ta była wygłoszoną w Tow. higienicznem i uwydatnia postęp Nałęczowa w ciągu lat ostatnich.

J. Świątecki. Uchyłek pęcherza moczowego w przepuklinie. Warszawa 1901. Odbitka z Przegl. chirurgicznego.

W. Moraczewski. Indikanurie, Oxalurie uue Diabetes. Leipzig 1901.

## IV. Z towarzystwa lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie d. 7/V 1901 r.

1) Miklaszewski przedstawił mężczyznę 48-0 letniego, któremu przed 2 laty przecięto ropyień w okolicy podstawy małego palca stopy prawej z wyluszczeniem kawałka kości V-ej śródstopia (metatarsi). W kilka miesięcy po zagojeniu rany, które nastąpiło bardzo prędko, chory zaczął uczuwać bóle w stopie, a po upływie  $\frac{1}{2}$  roku paluch i 3 wewnętrzne palce wykręciły się zupełnie nazewnątr do tego stopnia, że stanowią one, zwłaszcza paluch, kąć prosty z śródstopiem, chodzenie chorego jest wskutek tego bardzo utrudnione. Ruchy bierne w palcach są dość dobre; w stawach innych zmian wykryć się nie daje; czucie i odruchy bez zmian. Ruchy palucha i II-go palca nazewnątr i III-go i IV-go dowewnątr zniszone. Zginanie i rozginanie paiców jest nieco mniej sprawne, niż w nodze zdrowej. Możliwym jest, że przy operacyi uszkodzoną została odpowiednia gałązka nerwu stopowego, która zaopatruje mięsień odsiebny palucha (m. abductor hallucis) i mięśnie międzykostne podnożne (m. interossei plantares). Możliwym jest również, że gałązka tego nerwu jest uciskaną przez bliznę.

2) Kozerski przedstawił 46-letnią kobietę ze zgojonym już prawie nabłoniakiem (epithelioma), który w marcu tego roku, kiedy K. widział chorą po raz pierwszy, przedstawiał się w postaci białej blizny pod wewnętrznym kątem prawego oka, otoczonej od góry i od zewnątrz wązkim pasem barwika, a od dołu i od wewnątrz wązkim owrzodzeniem, które znajdowało się pośrodku wypukłego twardego nacieku, szerokości 2 mm. Sprawa trwa od kilku lat. Plaśter rtęciowy i jodek potasu do wewnątrz nie odniosły skutku, co pozwoliło wykluczyć gumma serpiginosum, poczem rozpoczęto pędzlowanie owrzodzenia podskórnego zawiesiną kwasu arsenawego w 50% alkoholu. Już po 2 tygodniach wewnętrzny brzeg blizny zagoił się, a obecnie pozostał z całego owrzodzenia tylko jeden drobny punkt.

3) Moraczewski (ze Lwowa) wygłosił rzecz p. t. „Przemiana materyi w przypadku akromegalii i nowe kierunki badań w tej dziedzinie“. Historję nauki o przemianie materyi prelegent podzielił na cztery epoki. Pierwsza zajmowała się jedynie obliczaniem produk-

tów spalania, wydzielanych przez płuca. Druga, datująca się od czasów Pettenkoffera i Voigta, wprowadziła już badania nad równowagą, t. j. stratą i zatrzymaniem azotu w organizmie. W trzeciej epoce zaczęto prócz tego badać wpływ stężenia soków w organizmie, zależnego przeważnie od ilości części mineralnych (chlorków, soli wapiennych, fosforanów i t. d.). Wreszcie badanie, dotyczące kwestyi, w jakie związki przechodzi azot w organizmie, stanowią, według prelegenta, czwartą epokę nauki o przemianie materyi. Badanie przemiany materyi w przypadku akromegalii, spostrzeganym przez prelegenta, wykazało, że 1) chory zatrzymywał obficie azot, chlorki, fosforany i wapno, 2) podawanie gruczołu tarczowego w małej ilości pozostawało bez wpływu; w większej ilości (6 tabletek) wywołało znaczniejsze wydzielanie azotu i chlorków; 3) podawanie 6 tabletek gruczołu nasadkowego (hypophysis cerebri) wywołało zwiększoną diurezę i wraz z nią zwiększone wydzielanie azotu i chlorków; ilość soli fosforowych i wapiennych nie uległa żadnym zmianom; wiązanie azotu małe okazywało różnice, tylko łatwo odszczepialny azot powiększył się wraz z ogólnym azotem; 4) podawanie 20 litrów tlenu zwiększało wydzielanie soli wapiennych; 5) działanie czystego fosforu (0.005 pro die) polegało na zwiększeniu wydzielania przez kiszki; przyczem głównie zmianom ulegały wapno i fosforany; 6) Johimbina działała pobudzająco na diurezę i wydzielanie wszystkich składników. Badania te mogą być przyczynkiem do wykazania, że przy dokładnej znajomości wprowadzanej i wydzielanej ilości ciał, można stosować pewne środki, które działają wstrzymująco lub pędząco na pewne składniki, od których utraty lub zatrzymania zależą zaburzenia w przemianie materyi.

W dyskusyi Rzętkowski zwraca uwagę na ciekawą kwestyę zatrzymywania azotu w ustroju, czy to w postaci azotu białka, czy też azotu ciał nieorganicznych. Dotychczas niewiadomo jeszcze, czy zdrowy człowiek może skupiać białko w swoim ustroju. W pewnych razach gromadzenie białka ma miejsce bezwarunkowo, jak to stwierdzili Schrad er po menstruacji u kobiet, Camerer u dzieci w okresie wzrostu, dalej badania niektórych autorów u rekonwalescentów, u kobiet karmiących, a nawet u zdrowych dorosłych ludzi przy spożywaniu wielkiej ilości pokarmów. Jest to prawdopodobnie t. zw. białko zapasowe (Reserveeiweiss—von Noorden). Co do kwestyi zatrzymywania azotu w ustroju w postaci ciał nieorganicznych, to badania Rzętk. w pracowni Dunina, dziś jeszcze nie ukończone, a dotyczące analiz krwi u różnych chorych, wykazują już teraz, że w niektórych chorobach (zapalenie płuc włóknikowe, śródmiąższowe zapalenie nerek w okresie mocznicy i t. d.) znajdujemy we krwi większe ilości azotu niebiałkowego, niż normalnie. R. sądzi, że badania nad przemianą materyi gazowej i w kierunku soli mineralnych mogą dać wskazówki w sprawie skupiania azotu w ustroju.

*Posiedzenie z d. 21 maja 1901 r.*

I. Neugebauer przedstawił: 1) preparat anatomiczny płodu donoszonego, z 2-ch względów zasługujący na uwagę. Po 1-sze



plód ten dotknięty był anencefalią (zauważyć należy, nie kusząc się o wyprowadzenie jakichkolwiek wniosków, że na rok mniej więcej przed ciążą, matce tego dziecka robiono trepanację czaszki z powodu gummatu!). Po 2-gie spostrzegaliśmy tego płodu po upływie takiego czasu, jakiego trzeba było Reutto wi, który dziecko odbierał, na opatrzenie położnicy i przejazd z Żelaznej na Leszno (do N.)—*automatyczne bicie serca* (plód urodził się żywym, ale zaraz potem zmarł), zrazu zupełnie rytmiczne, potem coraz bardziej nieprawidłowe i wolniejsze. Spostrzeżenia takie u płodu donoszonego uczynione było dotychczas w 4-ch zaledwie przypadkach.

2) Płód niedonoszony i urodzony martwym z wielką torbielą tylnej powierzchni czaszki, surowiczym płynem napełnioną, a określoną przez profesorów: Brodowskiego i Przewoskiego, jako odsznurowana *myelomeningocele*.

3) 18-letniego osobnika, wychowanego jako dziewczynę, który przy badaniu okazał się *wrzekomym męzkim obojniakiem*.

Rodzice tego osobnika mieli 14-oro dzieci, z których żyje tylko troje, a właściwie 3 siostry, z których dwie 18-o letnie (dziś demonstrowane) i starsza, 21-letnia, niedawno przedstawiana w Towarzystwie, okazały się wrzekomymi męzkimi obojniakami; trzecia, 5-o miesięczne dziecko, nie została jeszcze zbadaną. N. spostrzegł 10 takich przypadków, gdzie u 2-ch sióstr stwierdzono męskie wrzekome obojactwo i spostrzeżenia te, objęte mianem *pseudohermaphroditismus hereditarius*, opisał w „Kronice Lekarskiej“.

II. Koelichen wygłosił pierwszą część odczytu, opracowanego wspólnie z Flatau'em, p. t. „O zapaleniu rdzenia“, który to odczyt drukuje się obecnie w „Kronice Lekarskiej“.

#### Posiedzenie d. 28 maja 1901 r.

1) Groszlik przedstawił cystoskop systemu Collmana'a, posiadający te zalety, że o wiele łatwiej, niż inne, nadaje się do ściśłego wyjąłowienia i do sondowania każdego moczowodu oddzielnie, co ma duże znaczenie dla rozpoznania, która nerka jest chorą; poza tem manipulowanie tym przyrządem jest łatwe i niebolesne dla chorego.

2) Kozerski przedstawił dziewczynkę lat 14, która w połowie marca zapisała się do szpitala św. Łazarza ze znacznym, bo  $\frac{3}{4}$  dolnej połowy nosa obejmującym (jak wskazują fotografie w tym czasie robione) nacieczeniem; rozpoznano je jako *lupus*. Po zastosowaniu acidi bichloracetici otrzymał K. wyniki doskonałe, o których zaświadczyć mogło porównanie wyglądu pacjentki z przedstawionymi fotografiami.

3) Flatau wygłosił drugą część odczytu, opracowanego z Koelichenem.

W dyskusyi, która wywiązała się z powodu tego odczytu, Rzezniewski i zaznacza, że już i Charcot z powodu przypadku, opisanego przez Roger i Damaschino, określał zmiany anatomiczne w tym okresie jako *ramollitio rubra*, uznawał więc polio-myelitis anterior acuta infantilis za sprawę zapalną, sądził jednakże,

że zdarzają się przypadki z pierwotnymi zmianami w komórkach ruchowych przednich rogów rdzenia.

To samo mniej więcej twierdził Redlich, referent w tej sprawie na ostatnim kongresie medycyny wewnętrznej w Berlinie. R. nie przypisuje tak dominującego znaczenia teorii infekcyjno-naczyniowej Goldscheidera, jak to czyni prelegent, głównie z tego względu, że nie jest pewnem, czy poza infekcyjnymi postaciami zapalenia rdzenia, nie istnieją jeszcze inne, i że infekcja wywołuje nie tylko zapalenia, ale i zwyrodnienie; nie uznaje więc R. za bezwzględnie słuszne przeciwstawianie tej teorii naczyniowo-infekcyjnej teorii układowych cierpień rdzeniowych.

Brodowski sądzi, że zmiany syfilityczne w układzie nerwowym posiadają swe cechy wybitne, na mocy których można odróżnić je od gruźliczych. Zmiany w naczyniach (endarteritis) są zawsze natężenia znaczniejszego, niż w gruźlicy; tkanka dokoła ogniska syfilitycznego ulega zawsze rozmięczeniu z powodu większych zaburzeń w krążeniu krwi, czego nie bywa z tkanką, otaczającą ogniska gruźlicze; w sprawach syfilitycznych opony miękkie biorą znacznie większy udział, niż w gruźliczych; wreszcie stale znajduwane w tych ostatnich komórki *olbrzymie* stanowią w ogniskach syfilitycznych zjawisko nader rzadkie.

Co do proponowanej przez prelegenta zamiany terminu „zapalenie rdzenia uciskowe“ na „porażenie rdzenia uciskowe“, Sekretarz Stały nie uważa jej za odpowiednią i proponował by raczej nazwać tę sprawę chorobową *zwyrodnieniem rdzenia uciskowem*, uznając w zupełności, że nie można przypisywać jej charakteru zapalnego.

Flatau w odpowiedzi Rzeczniowskiemu zaznacza, że Charcot kładł główny nacisk na pierwotne zmiany w komórkach nerwowych, a Roger i Damaschino znaleźli rzeczywiście zmiany zapalno-naczyniowe w swoim przypadku, nie wyciągnęli jednak odpowiednich wniosków, że zmiany te są pierwotne i najważniejsze dla zrozumienia całej sprawy chorobowej. Tak zw. skombinowane choroby układowe rdzenia zaliczyć raczej należy do zapalnych, niż do układowych, a pogląd taki wypływa sam przez się z dokładnego przejrzania opisanych dotąd przypadków odnośnych.

Brodowskiemu F. odpowiada, że oczywiście w większości przypadków możemy odróżnić sprawy syfilityczne od gruźliczych; prelegentowi chodziło jedynie o podkreślenie tego zasadniczego faktu, że można je odróżniać tylko na podstawie całokształtu zmian odnośnych w rdzeniu, a niema żadnej także cechy, która by specjalnie charakteryzowała daną postać.

M. Bornstein.

## V. NOTATKA TERAPEUTYCZNA.

**O leczeniu kamicy żółciowej (cholelithasis), za pomocą jodku potasu.**

W zeszytcie 22 „Gazety Lekarskiej“ z roku 1896 dr. T. Durin zachęca lekarzy do stosowania jodku potasu w kamicy żółcio-

wej. Radzi stosować ten środek w tych razach, gdzie napady, aczkolwiek niezbyt silne, przychodzą bardzo często, zlewając się niejako ze sobą w jeden „*état du mal*“, trwający dni całe, tygodnie nawet. Zachęcony tem, zacząłem stosować jodek potasu w odpowiednich przypadkach i stosowałem go w ciągu lat 5-ciu u trzydziestu kilku chorych. W większej połowie przypadków mogłem obserwować przez czas dłuższy i sprawdzić wyniki leczenia. Otóż we wszystkich prawie tych przypadkach miałem wyniki bardzo zachęcające. Zwykle już po wyżyciu jednej dawki jodku potasu (4—6 : 200—dwie łyżki dziennie), siła napadów słabła, przychodziły coraz rzadziej, a wrażliwość na ucisk w prawem podżebrzu i w okolicy pęcherzyka żółciowego zmniejszała się. Po wyżyciu 3-eh butelek, a czasem nawet dwóch tylko, pacyentki uważały się za zupełnie zdrowe; a ponieważ były to prawie wszystkie kobiety wiejskie lub ubogie żydówki małomiasteczkowe, więc nigdy nie udawało mi się namówić je do następnej kuracji wodami karlsbadzkimi, co najwyżej używały przez kilka tygodni sól karlsbadzką.

Kilka z tych chorych po upływie miesięcy powracało do mnie z temi samemi dolegliwościami i znowu zażywały jodek potasu z dobrym skutkiem. W gwałtownych, ale oddzielonych długimi okresami zdrowia, przypadkach kolki wątrobowej jodku potasu nie stosowałem. Natomiast stosowałem go w tych razach, gdzie po silnym, ale krótkotrwałym napadzie kolki, pozostawało w prawem podżebrzu na czas dłuższy uczucie tępego bólu, nasilającego się przy kaszlu, chodzeniu i dźwiganiu, a okolica pęcherzyka żółciowego była wrażliwą na ucisk. I tutaj wszystkie te dolegliwości jodek potasu usuwał w krótkim czasie. Stosowałem go także w jednym przypadku kolki z gorączką przestankową (*febris intermittens hepatica*) i żółtaczką; chorą widziałem w dwa tygodnie potem po wyżyciu 2' butelek jodku potasu: uważała się za zupełnie zdrową.

We wszystkich tych przypadkach nie podawałem po za jodkiem potasu żadnych innych leków, nawet narkotyków. Wobec tego dochodzę do przekonania, że jodek potasu działa wybornie w odpowiednich przypadkach. Czy działa on, rozpuszczając kamienie, czy też tylko jako antispasmodicum—orzec trudno. Natomiast w przypadkach napadów bardzo gwałtownych nie można czekać na powolne, bądź co bądź, działanie jodku potasu i trzeba się uciekać do narkotyków.

Chełm, 9 Lipca 1901 r.

Edward Jaworski.

## VI. Wiadomości terapeutyczne.

### 550. (jz) **Diabetes mellitus.**

Paszczenko zaleca w cukrzycy sperminę w postaci Esentia spermimi Pöhl po 20—30 kropeł 3 r. dziennie lub w postaci wstrzykiwań podskórych; autor stwierdził niejednokrotnie prócz poprawy subiektywnej znikanie cukru z moczu.

(W. med. Woch. 32).

### 551. (jz) **Epilepsia.**

Balint w padaczce zaleca następującą dyetę: 1 litr mleka, 300 gr. mięsa, 300 kartofli, 200 grm. mąki, 2 jaja, 50 grm. cukru, 10 grm. kawy, 40 grm. masła, usuwa jednak sól i zastępuje ją bromkami 2—3 grm. dziennie.

(B. Klin. Woch. 23).

### 552. (jz) **Epilepsia.**

Pellegrini w padaczce zaleca 1% roztwór nitrogliceryny. W przypadkach, w których bromki zawodziły, nitrogliceryna działała doskonale.

(Rif. med. 82).

### 553. (jz) **Erysipelas.**

Desesquelle zaleca w róży pędzlowanie:

Rp. Ol. camphor 30.0  
Guajacoli cryst. 1.0  
Mentholi 1.0  
MDS. Extern.

### 554. (jz) **Heroinum.**

Lijowski na zasadzie badań klinicznych zaleca 5% roztwór heroini hydrochlorici dla znieczulania górnego odcinka dróg oddechowych: nosa, krtani, gardła; w gruźlicy krtani np. znikają bóle i wracała możliwość polykania.

(B. kl. W. 35).

### 555. (jz) **Ileus i atropina.**

W dalszym ciągu mamy do za-

notowania następujące głosy w tej sprawie:

Gebele twierdzi, iż w ileus paralyticus należy oddać pierwszeństwo morfinie przed atropiną, w niedrożności zaś wywołanej przez mechaniczne przyczyny, tylko chirurgia może oddać rzeczywistą usługę.

Pritchard z Ohio podaje przypadek wyleczenia niedrożności, wywołanej przez duży kamień żółciowy w ciągu dni 4-eh, zachwała nadto lauwatywy z oleju oraz hyocyaminę, której działanie jest podobne do atropiiny.

Aronheim w przypadku niedrożności paralitycznej z wymiotami, czkawką, ogólnymi objawami perytonealnymi, gdzie morfina była bez skutku, otrzymał wynik dodatni po zastosowaniu 0,003 grm. atrop. sulfurici.

(Münch. med. Woch. 33).

### 556. (jz) **Psoriasis.**

Rohden zaleca w łuszczyce oraz w cierpieniach skrofulicznych i gruźliczych skóry 10% lysoformdermosapol, t. j. połączenie lysoformu z obojętnym balsamicznym mydłem tranu.

(D. M. W., 32).

### 557. (jz) **Rheumatinum.**

Jest to salicylan salicylciny w dawkach 3—4 grm. pro die daje, według Overlacha, wyborne wyniki w gościecu stawowym.

(C. f. in. M. 33).

### 558. (jz) **Salöchininum.**

Nowy ten preparat jest esterem chinowym kw. salicylowego, nie posiada smaku ani zapachu, w dawkach po 2 grm. działa jako

antineuralgicum, szczególnie w ischias.

(C. f. in. Med. 33).

559. (jz) **Scabies.**

I v a n y i zaleca w świerzbie epikarynę w 10% maści waselinowej, po 8—10 dniach następowało wyzdrowienie.

(Ung. med. Wien. Pres. 33).

560. (jz) **Tyreoidyna.**

C o p p e r w 6 przypadkach stosowania tyreoidyny zauważył

neuritis optica, po odstawieniu preparatu neuritis przechodziła.

(Journ. méd. de Bruss. 20).

561. (jz) **Urticaria.**

G a u c h e r w pokrzywce zaleca następujące obmywania:

Rp. Alcoholi 90%  
Aether. sulphur.  
Chloroformii aa 30,0  
Mentholi 0,1.

(J. M. de Paris 21).

## KRONIKA BIEŻĄCA.



*Dnia 15-go Września 1901 r.*

—z— W dniu 14 b. m. nastąpiło uroczyste otwarcie Towarzystwa lekarskiego w Częstochowie. Na zawiadomieniu przyslanem do redakcyi znajdujemy podpisy sz. kol. W. Biegańskiego i G. Pisarzewskiego. Nowemu Towarzystwu życzymy pracy owocnej na polu nauki rodzimej.

—z— Tow. higieniczne nadesłało nam uchwałę wydziału wychowawczego w sprawie lekarzy szkolnych. Uchwała ta znana jest naszym czytelnikom, nie przytaczamy więc jej w całości, zaznaczając, że uchwała domaga się słusznie, aby w każdej szkole był lekarz aby był członkiem rady pedagogicznej.

—z— Od 1 st. (st. st.) zostaje w myśl ostatniej woli prof. Manasseina zwinięte pismo „Wracz“, natomiast firma Rikker otrzymała zezwolenie na wydawanie pisma „Ruskij wracz“ pod redakcyą prof. Podwysockiego i dra Władysława Wlewa. Pismo to będzie w tytule nosić „organ założony ku uczczeniu pamięci prof. W. A. Manasseina“ i będzie niejako dalszym ciągiem obecnego „Wracza“, którego zasługi dla rozwoju medycyny w Rosyi są bardzo wielkie. Numer próbny nowego czasopisma wyjdzie niebawem.

—z— Kongresy: *Wrzesień: 9—14* w Amsterdamie V zjazd międzynarodowy antropologii kryminalnej; *17—23* w Turynie V zjazd międzynarodowy fizyologów; *23* w Amsterdamie II zjazd lekarzy ubezpieczeniowych; *23—28* w Hamburgu LXXIII zjazd przyrodników. *Październik: 15—20* we Florencyi IV zjazd pediatrów włoskich; *21—26* w Paryżu kongres chirurgów francuskich. *Grudzień: 20—31* zjazd im. Pirogowa w Petersburgu.

—z— Lekarzem naczelnym szpitala D-ka Jezus został mianowany prof. kliniki chirurgicznej szpitalnej Maksimow. Szpital już prawie w całości oddano do użytku publicznego.

—z— Według Progrés méd. w szpitalach paryskich mieszkania personelu szpitalnego niższego są w bardzo oplakanyim stanie; pisma tamtejsze zwracają na to uwagę rządu.

—s— W Japonii kara śmierci odbywa się przez uduszenie. Delikwenta wprowadzają, jak pisze *Wracz*, do kamery zamkniętej, skąd wypompowują powietrze.

—s— Według Münch méd. Woch. w Niemczech obostrzono przepisy wypuszczania ze szpitali chorych umysłowo, niebezpiecznych dla otoczenia. Szpital obowiązany jest zawiadamiać w każdym przypadku policję, chorzy zaś przestępcy mogą być wypisani za zgodą władz policyjnych.

—z— W Anglii w chwili obecnej jest 107944 chorych umysłowo.

—z— W Stanach Zjednoczonych w r. b. jest 125000 lekarzy, t. j. 1:600 ludności, corocznie ubywa 3300 lekarzy, przybywa 6000. Daje się zauważyć już znaczna hyperprodukcya.

---

### Od administracyi.

**Pp. Prenumeratorów upraszamy o uregulowanie zaległej prenumeraty.**

---

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

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