

GAZETA LEKARSKA

I. z ODDZIAŁU CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH DRA MED. BR. CHROSTOWSKIEGO
W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

Przypadek wrzodnego zapalenia gardzieli

(*angina ulceroso membranosa Vincenti*),

wywołanego przez laseczniki wrzecionowate.

Podał

Tadeusz Wretowski.

W styczniu roku bieżącego zapisała się na oddział chora W. P., lat 30, ze skargami na silny ból gardła, wzmagający się w wysokim stopniu przy połykaniu, ból szyi, dreszcze i gorączkę. Cierpienie zaczęło się przed tygodniem przy objawach ogólnego, stopniowo zwiększającego się niedomagania, bólu w piersiach i gardle. Gorączka nie podnosiła się wyżej 38,6°; w dzień bywały kilkakrotne dreszcze, wieczorem lub w nocy poty. Mimo regularne płukanie gardła kwasem bornym ból nie tylko nie ustawał, lecz stale powiększał się; chora zauważyła silne cuchnienie z ust. W dzień przybycia chorej do szpitala ból gardła był tak żywy, że pacjentka była w stanie przyjmować tylko płynne pokarmy. Przy badaniu obiektywnem gardła znalazłem owrzodzenia na całym podniebieniu miękkim, łukach, jęczyczku i migdałach, pokryte prawie jedностajnym, białoszarym, dosyć grubym nalotem o nierównych, silnie przekrwionych brzegach. Naloty w niektórych miejscach dawały się łatwo usuwać, w innych zaś znacznie trudniej; pod nalotami widoczne były owrzodzenia, drążące dosyć głęboko, miejscami zlekka krwawiące przy dotknięciu. Z ust chorej rozchodziła się niezmiernie silna odrażająca woń, dająca się czuć w całym pokoju. Zęby miała chora w znacznym stopniu popsute. Szyja przy obmacywaniu była cała bolesna i wrażliwa na dotyk, szczegól-

niej zaś gruczoly podszczekowe. Poza tem w płucach, sercu i innych narządach zmian chorobnych nie stwierdziłem.

Przy badaniu drobnowidzowem nalotów znalazłem, poza nielicznymi zwykłymi dwoinkami i ziarnikami w dużej ilości laseczniki wrzecionowate (*bacilli fusiformes Vincenti*) i krętki.

Chorej naznaczono płukanie ust i gardła rozczynek chinozolu oraz kilkakrotne przestrzykiwanie gardła tymże rozczynek, do wewnątrz zaś salol po 0,6— trzy proszki dziennie. Nazajutrz znalazłem szyję jeszcze znacznie opuchniętą i bolesną, *foetor ex ore* nie mniejszy. Gorączka z 38,6° obniżyła się do 38°. Od 4-go dnia pobytu chorej na oddziale gorączka zaczęła stopniowo opadać [dnia tego rano było 37,4°, wiecz. 37,6°]; siódmego dnia wieczorem ciepłota podniosła się tylko do 37 i następnych dni więcej już nie podnosiła się. Wyżej opisane naloty stopniowo zmniejszały się i znikły ostatecznie równocześnie ze spadkiem ciepłoty. Część nalotów dla badań bakteriologicznych usuwałem kilkakrotnie wacikiem, lecz w pierwszych dniach pobytu chorej na oddziale na oczyszczonych miejscach zjawiały się nowe naloty. Po zupełnem zniknięciu nalotów przez kilka dni gardło było jeszcze silnie zaczerwienione. W tym czasie ból gardła ustąpił zupełnie, znikło cuchnienie z ust i ogólny stan chorej poprawił się zupełnie. Po dziesięciodniowym pobycie w szpitalu pacjentka wypisała się zdrowa.

Naloty badałem drobnowidzowo kilkakrotnie i za każdym razem znajdowałem prątki VINCENT'a i krętki, lecz w zmniejszającej się liczbie w miarę poprawy chorej. Trzykrotnie w pracowni dra SERKOWSKIEGO robiłem posiew z nalotów na agarze cukrowym z dodatkiem płynu puchlinowego, bez dostępu powietrza, według metody LEWKOWICZA. Otrzymać jednak czystej hodowli nie udało mi się. Być może, iż miałem do czynienia z drobnoustrojami o słabej sile żywotnej, gdyż posiewy robiłem w drugim tygodniu choroby, a więc dosyć późno. Kwestya jednak otrzymania czystej hodowli lasecznika wrzecionowatego nie została ostatecznie rozstrzygnięta. U nas drowi SERKOWSKIEMU udało się zaledwie 2 razy otrzymać według metody LEWKOWICZA hodowlę prątków wrzecionowatych. Hodowla odznaczała się silną odrażającą wonią i była bardzo krótkotrwała; przeszczepić hodowli nie udało się. Niektórzy badacze, jak KOLLE i HETSCH do ostatnich czasów, opierając się na danych morfologicznych i barwnikowych, nie zgadzają się na zaliczenie tych laseczek do rzędu bakteryj i z tego względu uważają za rzecz niemożliwą otrzymać hodowlę na pożywkach dla bakteryj. Laseczniki wrzecionowate odznaczają się swą wielkością w stosunku do innych drobnoustrojów, bywają zgięte lub proste, końce mają zastrzone i wydłużone [stąd pochodzi nazwa *fusiformis*], słabiej barwiące się. Barwią się dobrze rozczynek błękitu metylenowego LOEFFLER'a, karbolową fuksyną i według GIEMSY. Według GRAM'a odbarwiają się. Przy barwieniu metodą GIEMSY uwydatnia się budowa tych drobnoustrojów, a mianowicie na tle zabarwionej na niebiesko lub fioletowo zarodzi leżą jąderka chromatynowe, zabarwione na różowo. Jąderek takich w każdej laseczce jest po kilka.

Otóż obecność tych jąder, dalej zaostrome, wydłużone końce laseczek, ponieważ też trudności w otrzymaniu czystej hodowli przemawiają przeciw ich bakteryjnemu pochodzeniu; według HETSCH'a i KOLLE'go możnaby je raczej zaliczyć razem ze spotykanymi jednocześnie w nalotach krętkami do rzędu krętków lub pierwotniaków. Krętki barwią się temi barwnikami, lecz znacznie słabiej i trzeba mieć dobry mikroskop, oraz wprawne oko, aby je dostrzedz.

Przypadek powyższy, sędzę, zasługuje na wzmiankę, a to z tych względów, iż cierpienia, wywołane przez laseczniki wrzecionowate, spotykają się względnie rzadko, a rozpoznanie może niekiedy nastęrczać pewne trudności. Poza niżej opisanemi owrzodzeniami, pokrytymi nalotami, i charakterystyczną, odrażającą wonią z jamy ustnej, o pochodzeniu sprawy decyduje badanie bakteryologiczne.

Co się tyczy leczenia, to poza ogólnemi przepisami dyetetycznemi wskazane tutaj będą wszelkie środki silniej odkażające, stosowane miejscowo przy zapaleniach gardzieli. W naszym przypadku zwykły rozczyń chinezolu okazał się zupełnie wystarczającym. KARWACKI zaleca błękit metylowy w postaci przysypki lub płukania, uważając, że lek ten znakomicie skraca przebieg cierpienia, działając w sposób prawie swoisty.

L I T E R A T U R A.

- 1) KARWACKI. Laseczniki wrzecionowate (bacilli fusiformes VINCENT'a) i spiryle w cierpieniach jamy ustnej. Gaz. lek. Nr. 23 i Nr. 25. 1903.
- 2) LEWKOWICZ. O czystych hodowlach prątka wrzecionowatego, zarazka wrzodnego zapalenia jamy ustnej. Przegląd lekarski Nr. 1903.
- 3) ELLERMANN. Ueber die Kultur der fusiformen Bacillen. Centrbl. für. Bakt. Org. t. XLVIII 1904.
- 4) KOLLE und HETSCH: Die experimentelle Bakteriologie und die Infektionskrankheiten. Wien. 1906.
- 5) LEWKOWICZ. Ueber die Reinkulturen des fusiformen Bacillen. Centr. f. Bakt. Org. XLI. 1906.

II. Nowy sposób radykalnej operacji przepukliny pachwinowej u dzieci.

[SPOSÓB PROF. GAUDIER'a z LILLE].

Skreślił

Dr Tadeusz Maszewski z Warszawy.

Podczas pobytu w Lille miałem sposobność widzieć na klinice chirurgicznej dziecięcej prof. GAUDIER'a nowy sposób operowania przepukliny pachwinowej. Według tego sposobu dochodzi się do przepukliny powyżej więzów POUPART'a bez naruszenia kanału pachwinowego, wycina się worek i zamyka się tylko otwór wewnętrzny kanału pachwinowego. Oto szczegóły techniczne, tak, jak mi je udzielił dr DEBEYRE, asystent tej kliniki.

Cięcie skórne prowadzi się na jeden centymetr powyżej i równoległe do więzów POUPART'a. Koniec wewnętrzny cięcia zatrzymuje się w miejscu, odpowiadającym środkowi więzów POUPART'a. Długość cięcia wynosi średnio od 4-ch do 5-u ctm. Po podwiązaniu naczyń podskórnych przecinamy powięź mięśnia skośnego zewnętrznego i brzegi jej chwytnymi dwiema pincetami KOCHER'a.

Odłuszczamy nożem lub zgłębnikiem rowkowanym przyczepy włókien mięśnia skośnego wewnętrznego [i poprzecznego] do więzów POUPART'a.

Unióśszy hakiem ku górze tę listewkę mięśniową, widzimy bezpośrednio początek przepukliny i worek, otoczony w części wewnętrznej składnikami powrózka nasiennego. Mały palec—lewy lub prawy, odpowiednio do strony operowanej, wsuwamy pod powrózek nasienny i podnosimy na nim worek wraz ze składnikami powrózka.

Oddzielenie worka bardzo szybkie i bardzo łatwe, następnie podwiązanie go tuż przy lejku otrzewnowym, po uprzednim wprowadzeniu ewentualnej zawartości worka do jamy otrzewnej. Przez odciągnięcie worka ku górze i nazewnątrz, dobrze unaozczniamy sobie otwór wewnętrzny kanału pachwinowego, w który się zagłębia worek.

Wargę górną i dolną tego otworu chwytnymi dwiema pincetami. Ciągnąc za worek, sprowadzamy jądro w pole operacyjne.

Jeżeli kanał wyrostka pochwowego otrzewny jest niezarośnięty na całej swej długości, resekujemy go powyżej jądra i odbudowujemy otoczkę jądrową. Jeżeli zaś przepuklina jest nabyta, odłuszczamy łatwo worek i resekujemy go. Jądro następnie sprowadzamy do moszny.

Dolny brzeg odłuszczonego m. skośnego wewnętrznego przechodzi w ujście wewnętrzne kanału pachwinowego ponad powrózkiem nasiennym. Pozo-

stałą część m. skośnego wewnętrznego przyszywamy do więzu POUPART'a katgutem. Szwy: aponeurytyczny, katgutowy, węzłkowy, skórny,—spinkami MICHEL'a, bez drenowania.

Spinki zostają usuwane na 4-ty lub 5-ty dzień. 7-go dnia zdejmujemy opatrunek zupełnie.

Opisanym powyżej sposobem można zoperować doszczętnie u dzieci przepuklinę zwykłą lub powikłaną torbielą powrózka nasiennego, lub wodniakiem jądra, bądź to zboczeniem położenia jądra. Możemy w ten sposób również operować doszczętnie przepukliny pachwinowe u dziewczynek.

Jednakże operacja prof. GAUDIER'a jest przeciwwskazaną przy przepuklinach uwięźniętych (*hernia incarcerata*) i u dorosłych, gdzie zmiany w budowie anatomicznej kanału pachwinowego są zbyt daleko posunięte. Zalety tej operacji, według prof. GAUDIER'a, są następujące:

1° Dostęp do worka u jego początku. 2° Łatwe odłuszczenie worka w tem miejscu od składników worka nasiennego. 3° Nie utrudniamy operacji otwieraniem kanału pachwinowego, który u dziecka, po usunięciu worka, wraca sam przez się do wymiarów zwykłych.

Wartości tej operacji dowodzi brak nawrotu więcej niż od 3-ch lat u przeszło dwustu operowanych, w wieku od 17-u miesięcy do 15-go roku życia, kiedy tymczasem po innych sposobach operowania nawroty się zdarzały [np. wskutek koklusz].

Czas trwania operacji wynosi 8 do 10-ciu minut.

Ilość zużytego chloroformu 5,0—7,0 [z maską SÜDECK'a].

III. Obrót zapobiegawczy.

Podał

Stanisław Cykowski,

b. ordynator etatowy kliniki położniczej i chorób kobiecych w Warszawie.

[Podług odczytu, wygłoszonego na X Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w roku 1907].

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 19].

JERZYKOWSKI omawiając sposoby postępowania lekarskiego w miednicach zwężonych, między innymi mówi: jeśli po zatarciu się ust macicznych główka pozostaje ruchomą ponad wejściem do miednicy, wtedy postępowanie nasze zależy od tego, czy mamy do czynienia z pierwiastką, czy też z wieloródką.

U pierwiastek—do rozszerzenia ust macicznych potrzeba nader silnego działania bólów porodowych; jeśli jednak te silne skurcze nie zdołały wepchnąć główki do wejścia miednicy, to przypuszczać należy, iż w dalszym przebiegu porodu główka przesunie się przez zwężone miejsce jedynie dzięki mocnym i długotrwałym bólom porodowym. Lecz bole takie działają na płód jaknajzgorzej, zaś w długotrwałym porodzie zapewne i miękkie części matki doznają znacznych obrażeń. To też aby tym niebezpiecznym powikłaniom najskuteczniej zapobiedz, należy płód obrócić i potem wydobyć, gdyż główka, naostatku idąca, przechodzi przez kanał miednicy łatwiej i szybciej, aniżeli główka przodująca.

„Rozumie się samo przez się”—mówi dalej autor—„że należy płód obrócić w czasie, w którym niema jeszcze żadnych groźnych objawów, ile możności jeszcze przed pęknięciem pęcherza płodowego“.

U wieloródek—usta maciczne rozszerzają się już pod wpływem bólów porodowych słabego natężenia. Jeśli bole te nie zdołały ustalić główki w wejściu miednicowym, to nie możemy stąd wnosić, iżby główka nie miała do miednicy zstąpić. Zdarza się bowiem, iż po pęknięciu pęcherza następują silne bole, które szybko przepchną główkę przez zwężone miejsce; to też u wieloródek możemy śmiało wyczekiwać czas pewien także po dostatecznem rozszerzeniu się ust, mianowicie dopóki pęcherz jest w całości, a nawet jeszcze nieco po jego pęknięciu.

Jeśli po odejściu wód główka nie wchodzi wkrótce do miednicy, natenczas należy czempędzej płód obrócić. „Inaczej ma się rzecz, kiedy poprzednie porody odbywały się z wielką trudnością. W takim razie nie wolno wyczekiwać tak długo, lecz należy płód obrócić jaknajwcześniej, aby potem po silnem ustaleniu główki nie pozostało nam jedynie przedziurawić żyjącego dziecka“.

„Trzymając się tych wskazań do obrotu dziecka i do wyciągania tegoż, nawet gdy prawdziwa konjugata nie wynosi 8-u ctm., zdołamy raz po raz wy dostać żywe dziecko średniej wielkości“.

„Jeśli miednica jest ogólnie zwężona, natenczas obrót płodu na nóżki daje rezultat dla dziecka mniej pomyślny, aniżeli kiedy miednica jest ścieśnioną w konjugacie. Przy ogólnem bowiem zwężeniu główka, idąca naostatku, przechodzi przez zwężone miejsce z wielką trudnością i wolno, tak iż większa część dzieci w tem położeniu umiera“.

DOBROWOLSKI zabierał głos o obrocie zapobiegawczym na IX zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, wydrukował atoli jedynie swoje ostateczne o zabiegu tym wnioski.

Są one następujące:

Obrót zapobiegawczy w miednicach ścieśnionych ma rację bytu;

częstość zastosowania go jest zawsze zależną od upodobania i osobistego doświadczenia operatora i nie da się ściśle granicy oznaczyć, które przypadki bezwzględnie kwalifikują się do obrotu zapobiegawczego;

u pierwiastek obrotu zapobiegawczego wcale nie należy używać;

u wieloródek obrót daje dobre wyniki w miednicach płaskich, gdzie ścieśnienie wymiaru prostego nie przekracza 8-u ctm., w ogólnie ścieśnionych zaś $8\frac{1}{2}$ ctm.; natomiast miednice ogólnie ścieśnione płaskie, zwłaszcza znaczniejszego stopnia, zupełnie się do obrotu nie kwalifikują;

obroty zapobiegawcze powinno się dokonywać dopiero po ukończeniu pierwszego okresu porodu.

Operować powinno się albo przy pęcherzu stojącym, albo zaraz po pęknięciu pęcherza, co może nawet jest o tyle lepszem, że przed zabiegiem można pręcej, niż przy pęcherzu stojącym, ocenić wielkość główki.

Po obrocie zapobiegawczym, tak jak po każdym innym obrocie, bez wskazania nie należy próbować zaraz wydobywania płodu.

Oceną obrotu zapobiegawczego zajął się DOBROWOLSKI powtórnie w roku 1905 w sprawozdaniu z dziesięciolecia [1893—1903] kliniki położniczej krakowskiej.

W klinice tej w podanym okresie dokonano 33 obrotów zapobiegawczych, wszystkie u wieloródek; z tego na miednice czysto płaskie przypada 23 obroty, na ogólnie ścieśnione—7, i wreszcie na ogólnie ścieśnione płaskie — 3 obroty.

Na 18 przypadków, w których nie wydobywano płodu natychmiast po obrocie, by nie psuć mechanizmu porodowego, otrzymano 16 płodów żywych; w 15-u zaś przypadkach, w których musiano natychmiast po obrocie dokonać wydobywania płodu, otrzymano 10 płodów żywych.

Poza powyższymi danymi znajdujemy w „Sprawozdaniu“ potwierdzenie tych poglądów, jakie o obrocie zapobiegawczym wypowiedział autor na zjeździe.

Przechodzę do spostrzeżeń własnych.

Kazuistyka moja obejmuje 18 obrotów zapobiegawczych, dokonanych wyłącznie w miednicach płaskich i wyłącznie u wieloródek w Warszawskiej klinice położniczej w roku 1902, 1903 i części 1904, prawie wszystkich—przeze mnie.

Odnośne szczegóły, moich spostrzeżeń dotyczące, uwydatnia następująca tablica:

Rok, liczba porządkowa, imię i nazwisko chorej.	Który raz rodzi?	Wiek chorej.	Data przybycia do kliniki; stan ogólny; położenie płodu.	Przebieg poprzednich porodów.
1902. Przepadek 1. Cz. E.	II.	30	19. II. o godz. 8 $\frac{1}{2}$ wieczorem. Cięża donoszona. C. 37,2; tętno 80; oddechów 24. Położenie płodu czaszkowe 1-sze. Otwarcie macicy na 2 $\frac{1}{2}$ palca. Pęcherz płodowy zachowany.	Urodziła raz jeden płód donoszony żywy.
Przepadek 2. Z. A.	II.	20	11. IX. o godz. 11-ej wieczorem. Cięża donoszona. C. 36,9; tętno 88; oddechów 20. Położenie płodu czaszkowe 1-sze. Otwarcie macicy na 2 $\frac{1}{2}$ palca. Pęcherz płodowy zachowany.	Urodziła raz jeden płód donoszony, żywy.
Przepadek 3. R. S.	VIII.	31	20. VI. Cięża donoszona. C. 36,4; tętno 88; oddechów 26. Położenie płodu czaszkowe 2-gie.	W I porodzie kleszcze — płód martwy; w II, III, IV obrót — płody żywe; w V kleszcze — płód martwy; w VI i VII po operacjach — płody martwe.
Przepadek 4. Z. A.	III.	41	9. X. o godz. 3-ej w nocy. Cięża donoszona. C. 36,7; tętno 72; oddechów 20. Położenie płodu czaszkowe 2-gie. Otwarcie macicy na 1 palec. Pęcherz płodowy zachowany.	W I porodzie urodziła sama — płód żywy; w II kleszcze — płód martwy.

1) Wyrażenie nieściśle, choć stale w tych razach używane; wobec ruchomej główki.

Początek obecnego porodu.	Wymiary miednicy.	Z a b i e g.	Plód: waga, długość, obwody główki, poprzeczne wymiary główki.	Przebieg porodu.
19. II. o godz. 8-ej zrana.	25. 28. 19. c. diag. 11.	Zupełne osłabienie bólów porodowych, główka ruchoma — wysoko nad wejściem miednicowym; we 30 godzin od rozpoczęcia się porodu — obrót i ekstrakcja, przy otwarciu macicy na 4 palce i zachowanym pęcherzu płodowym.	M. żywy. 3250,0; 54; 34; 38; 8; 7. Pępowina była owinięta wokół nóżki, rączki i szyi.	C. dnia siódmego — 38° C, poza tem przebieg prawidłowy.
11. IX. o godz. 8-ej wieczorem.	26. 28. 18. c. diag 10 $\frac{3}{4}$.	Zupełne osłabienie bólów porodowych, główka ruchoma — wysoko nad wejściem miednicowym; we 21 godzin od rozpoczęcia się porodu — obrót i ekstrakcja, przy otwarciu macicy na 4 palce i zachowanym pęcherzu płodowym.	M. żywy. 4000,0; 52; 36; 38; 9 $\frac{1}{2}$; 8.	Prawidłowy.
20. VI. o godz. 4-ej zrana.	25. 28. 19. c. diag 10 $\frac{3}{4}$.	Wobec wywiadów i główki zupełnie ruchomej nad wejściem miednicowym — 20. VI. o g. 5-rj po południu obrót i ekstrakcja, przy otwarciu macicy prawie zupełnie i zachowanym pęcherzu płodowym. Uwolnienie główki bardzo utrudnione.	M. martwy. 4250,0; 58; 36 $\frac{1}{2}$; 39 $\frac{1}{2}$; 10; 9.	Prawidłowy.
8. X. o godz. 10-ej wieczorem.	25. 28. 18. c. diag. 10 $\frac{3}{4}$.	Wobec wywiadów i główki zupełnie ruchomej nad wejściem miednicowym — 9. X. o godz. 11-ej zrana obrót i ekstrakcja, przy otwarciu macicy prawie zupełnie i zachowanym pęcherzu płodowym. Uwolnienie rączek i główki bardzo utrudnione.	Ż. martwy 3600,0; 58; 34; 39; 10; 8.	C. dnia pierwszego — 38° C; poza tem przebieg prawidłowy.

nie możemy mówić o istotnym fizyologicznym „zupełnym“ otwarciu macicy.

Rok, liczba porządkowa, imię i nazwisko chorej.	Który raz rodzi?	Wiek chorej.	Data przybycia do kliniki; stan ogólny; położenie płodu.	Przebieg poprzednich porodów.
Przypadek 5. K. Br.	IV.	32	24. IV. Ciąża donoszona. C. 36,9; tętno 80; oddechów 22. Położenie płodu czaszkowe 1-sze.	W I porodzie kleszcze—płód żywy; w II i III perforacje.
Przypadek 6. A. M.	VI.	30	21. VIII. o godz. 6 ¹ / ₂ wieczorem. Ciąża donoszona. C. 37,2; tętno 60; oddechów 28. Położenie płodu czaszkowe 1-sze. Otwarcie macicy na 3 palce. Wody płodowe odeszły.	W I i II porodzie urodziła sama—płody żywe; w III kleszcze—płód żywy; w IV i V po operacjach—jeden płód żywy i jeden martwy.
1903. Przypadek 7. W. J.	III.	45	5. IV. o godz. 5-ej wieczorem. Ciąża donoszona. C. 36,6; tętno 80; oddechów 24. Położenie płodu czaszkowe 1-sze. Otwarcie macicy na 2 palce. Pęcherz płodowy zachowany.	W I porodzie kleszcze—płód żywy; w II po operacji—płód żywy.
Przypadek 8. H. W.	VI.	29	7. III. o godz. 6-ej wieczorem. Ciąża donoszona. C. 36; tętno 60; oddechów 22. Położenie płodu czaszkowe 1-sze. Otwarcie macicy na 4 palce. Pęcherz płodowy zachowany.	W I porodzie kleszcze—płód martwy; w II i III urodziła sama—płody żywe; w IV obrót—płód żywy; w V kleszcze—płód żywy.
1902 Przypadek 9. S. A.	IV.	35	3. I. o godz. 5-ej wieczorem. Ciąża donoszona. C. 37; tętno 70; oddechów 24. Położenie płodu czaszkowe 2-gie.	W I porodzie urodziła sama—płód martwy; w II kleszcze—płód martwy; w III obrót—płód martwy.

Początek obecnego porodu.	Wymiary miednicy.	Z a b i e g.	Płód: waga, długość, obwody głowy, poprzeczne wymiary głowy.	Przebieg położenia.
24 IV. o godz. 6-ej wieczorem.	25. 28. 18. c. diag. 10 ¹ / ₂ .	Wobec wywiadów i głowy zupełnie ruchomej nad wejściem miednicowym—25. IV. o godz. 6-ej rano obrót i ekstrakcja, przy otwarciu macicy na 4 palce, we 4 godz. po odejściu wód płodowych.	Ż. żywy. 3000,0; 50; 33; 36; 9; 7.	Prawidłowy.
20. VIII. o godz. 7-ej wieczorem.	25. 28. 18. c. diag. 10 ¹ / ₂ .	Wobec wywiadów i głowy zupełnie ruchomej nad wejściem miednicowym—21. VIII. o g. 11-ej wieczorem obrót i ekstrakcja, przy otwarciu macicy prawie zupełnym.	Ż. żywy. 3800,0; 55; 35; 38; 9; 8.	Prawidłowy.
5. IV. o godz. 10-ej zrana.	26. 28. 19. c. diag. 10 ¹ / ₂ .	Wobec wywiadów i głowy zupełnie ruchomej nad wejściem miednicowym—5. IV. o godz. 12 ¹ / ₂ w nocy obrót i ekstrakcja, przy otwarciu macicy prawie zupełnym i zachowanym pęcherzu płodowym.	Ż. żywy. 3000,0; 49; 34; 36; 9; 8.	Prawidłowy.
7. III. o godz. 11-ej zrana.	25. 28. 19. c. diag. 10 ¹ / ₂ .	Wobec wywiadów i głowy zupełnie ruchomej nad wejściem miednicowym—7. III. o godz. 10-ej wieczorem obrót i ekstrakcja, przy otwarciu macicy prawie zupełnym i zachowanym pęcherzu płodowym. Uwolnienie głowy utrudnione.	M. żywy (w lekkiej asfiksji). 4700,0; 58; 36; 40; 9 ¹ / ₂ ; 8 ¹ / ₂ .	Prawidłowy.
4. I. o godz. 5-ej wieczorem.	25. 27 ¹ / ₂ . 17 ¹ / ₂ . c. diag. 10.	Wobec wywiadów i głowy ruchomej nad wejściem miednicowym—5. I. o godz. 6-ej rano obrót i ekstrakcja przy otwarciu macicy prawie zupełnym, we 2 godziny po odejściu wód płodowych.	M. martwy. 3000,0; 50; 34; 36; 9; 8. Pepowina była owiniętą dookoła szyi i rączki płodu.	Prawidłowy.

Rok, liczba porządkowa, imię i nazwisko chorej.	Który raz rodzi?	Wiek chorej.	Data przybycia do kliniki; stan ogólny, położenie płodu.	Przebieg poprzednich porodów.
Przypadek 10. Cz. G.	II.	22	9 V. o godz. 9-jej zrana. Ciąża donoszona. C. 36,2; tętno 70; oddechów 20. Położenie płodu czaszkowe 2-gie. Otwarcie macicy na 4 palce. Pęcherz płodowy zachowany.	W I porodzie urodziła samopłód donoszony, żywy.
1903. Przypadek 11. M. K.	III.	33	31. III. o godz. 6-jej zrana. Ciąża donoszona. C. 36,8; tętno 70; oddechów 24. Położenie płodu czaszkowe 1-sze. Otwarcie macicy na 4 palce. Pęcherz płodowy zachowany.	W I i II porodzie kleszcze—jeden płód żywy i jeden martwy.
Przypadek 12 Sz. K.	V.	28	I. IV. o godz. 2-jej po południu. Ciąża donoszona. C. 36,7; tętno 72; oddechów 22. Położenie płodu czaszkowe 1-sze.	W I porodzie kleszcze—płód żywy; w II, III i IV—perforacye.
Przypadek 13. W. A.	IV.	30	2. IV. o godz. 7 ¹ / ₂ zrana. Ciąża donoszona. C. 36,9; tętno 86; oddechów 18. Położenie płodu czaszkowe 1-sze. Otwarcie macicy na 4 palce. Pęcherz płodowy zachowany.	W I porodzie—perforacya; w II kleszcze—płód żywy; w III obrót—płód żywy.

Początek obecnego porodu.	Wymiary miednicy.	Z a b i e g.	Plód: waga, długość, obwody główki, poprzeczne wymiary główki.	Przebieg porodu.
9. V. o godz. 1-jej w nocy.	26. 28. 18. c. diag. 10.	Główka ruchoma—wysoko nad wejściem miednicowym; pomimo bólów główka nie wykazuje tendencji do wstawiania się; wobec tego—9. V. o godz. 3-jej po południu obrót i ekstrakcja przy otwarciu macicy zupełnym i zachowanym pęcherzu płodowym.	M. żywy. 3700,0; 50; 35; 39; 9; 8 ¹ / ₂ .	Prawidłowy.
30. III. o godz. 11-jej zrana.	25. 28. 19. c. diag. 10.	Wobec wywiadów i główki ruchomej nad wejściem miednicowym—31. III. o godz. 10-jej zrana obrót i ekstrakcja przy otwarciu macicy zupełnym i zachowanym pęcherzu płodowym. Bardzo trudna ekstrakcja. Pęknięcie krocza całkowite. Zeszycie.	M. martwy. 3600,0; 54; 35; 39; 10; 9 ¹ / ₂ .	Prawidłowy. W miejscu zeszycia—rychłozrost, z wyjątkiem najbliższego szw przy otworze stolcowym.
5. IV. o godz. 11-jej wieczorem.	25. 28. 18. c. diag. 10.	Wobec wywiadów i główki ruchomej nad wejściem miednicowym—6. IV. o godz. 10-jej zrana obrót i ekstrakcja przy otwarciu macicy zupełnym, w kilkanaście minut po odejściu wód płodowych. Bardzo trudna ekstrakcja. Perforacya główki. Pęknięcie krocza niecałkowite. Zeszycie.	M. martwy. 3700,0	Prawidłowy. W miejscu zeszycia rychłozrost.
1. IV. o godz. 11-jej wieczorem.	25. 28. 17. c. diag. 10.	Wobec wywiadów i główki ruchomej nad wejściem miednicowym—2. IV. o godz. 10-jej zrana obrót i ekstrakcja przy otwarciu macicy zupełnym, w kilkanaście minut po odejściu wód płodowych.	M. żywy. 3200,0; 53; 36; 39; 9; 7.	Prawidłowy.

Rok, liczba porządkowa, imię i nazwisko chorej.	Który raz rodzi?	Wiek chorej	Data przybycia do kliniki; stan ogólny; położenie płodu.	Przebieg poprzednich porodów.
Przypadek 14. P. A.	V.	30	29. VIII. o godz. 8-ej zrana. Ciąża donoszona. C. 37,2; tętno 86; oddechów 24. Położenie płodu czaszkowe 1-sze. Otwarcie macicy na 2 palce.	Zawsze rodziła sama; porody były bardzo długotrwałe, wysoce uciążliwe i wyczerpujące. Płody żywe.
Przypadek 15. C. W.	V.	31	22. IX. Ciąża donoszona, C. 37,0; tętno 80; oddechów 24. Położenie płodu czaszkowe 2-gie.	W I porodzie operacja—płód martwy; w II—perforacja; w III i IV kleszcze—płody żywe.
Przypadek 16. N. D.	III.	25	28. V. o godz. 11-ej zrana. Ciąża donoszona. C. 36,2; tętno 70; oddechów 22. Położenie płodu czaszkowe 2-gie. Otwarcie macicy na 3 palce. Pęcherz płodowy zachowany.	W I porodzie kleszcze—płód żywy; w II—perforacja; oba porody bardzo długotrwałe.
Przypadek 17. W. A.	III.	30	30. I. o godz. 5 $\frac{1}{2}$ w nocy. Ciąża donoszona. C. 36,2; tętno 70; oddechów 22. Położenie płodu czaszkowe 1-sze. Otwarcie macicy na 4 palce. Pęcherz płodowy zachowany.	W I porodzie—perforacja; w II kleszcze—płód zmarł w kilka minut.

Początek obecnego porodu.	Wymiary miednicy.	Z a b i e g.	Płód; waga, długość, obwody główki, poprzeczne wymiary główki.	Przebieg porodu.
29. VIII. o godz. 3-ej w nocy.	26. 28. 17. c. diag. 10.	Główka zupełnie ruchoma—wysoko nad wejściem miednicowym; pomimo bólów główka nie wykazuje tendencji do wstawiania się; wobec tego—29. VIII. o g. 9-ej wieczorem obrót i ekstrakcja przy otwarciu macicy prawie zupełnem, we 2 godziny po odejściu wód płodowych.	Ż. żywy. 3000,0; 54; 34; 37; 9; 7.	C. dnia trzeciego—38,6°C., odchody cuchnące; poza tem—przebieg prawidłowy.
22. IX. w godzinach rannych.	25. 27 $\frac{1}{2}$. 16 $\frac{1}{2}$. c. diag. 9 $\frac{3}{4}$.	Wobec wywiadów i główki zupełnie ruchomej nad wejściem miednicowym—22. IX. o godz. 9-ej wieczorem obrót i ekstrakcja przy otwarciu macicy prawie zupełnem i zachowanym pęcherzu płodowym.	M. żywy. 3050,0; 50; 36; 39; 9 $\frac{1}{2}$; 8.	Prawidłowy.
28. V. w godzinach rannych.	28. 29. 18 c. diag. 9 $\frac{3}{4}$.	Wobec wywiadów i główki ruchomej nad wejściem miednicowym—28. V. o godz. 2-ej po południu obrót i ekstrakcja przy otwarciu macicy prawie zupełnem i zachowanym pęcherzu płodowym.	M. żywy; donoszony, dobrze rozwinięty, duży płód.	Prawidłowy.
29. I.	25. 28. 17. c. diag. 9 $\frac{1}{2}$.	Wobec wywiadów i główki ruchomej nad wejściem miednicowym—30. I. o godz. 7-ej rano obrót i ekstrakcja przy otwarciu macicy prawie zupełnem i zachowanym pęcherzu płodowym.	M. żywy. 3300,0; 50; 34; 36; 9; 7.	Prawidłowy.

Rok, liczba porządkowa, imię i nazwisko chorej.	Który raz rodzi?	Wiek chorej.	Data przybycia do kliniki; stan ogólny; położenie płodu.	Przebieg poprzednich porodów.
1902. Przypadek 18. D. Z.	IV.	35	1. 1. o godz. 11-ej wieczorem. Ciąża donoszona. C. 36,2; tętno 70; oddechów 22. Położenie płodu czaszkowe 1-sze. Otwarcie macicy na 2 palce. Pęcherz płodowy zachowany.	W I, II i III porodzie kleszcze— płody martwe.

Główkę wydobywałem prawie stale sposobem MAURICEAU-VEIT'a.

Przy uwalnianiu główki przestrzegałem, by ustawić ją [jej wymiarem podłużnym] w wejściu miednicowym w wymiarze poprzecznym miednicy i po przez wymiar skośny próżni miednicowej przeprowadzić ją w wymiar prosty wyjścia miednicowego.

Niejednokrotnie korzystałem *sub extractione capitis* z ułożenia chorej podług WALCHER'a i uciskania główki [przez pomocnika] z zewnątrz, przez powłoki.

Rączki uwalniano również zwykłymi, w powszechnem będącymi użyciu, sposobami.

Streszczone powyżej prace szeregu autorów i zawarte w pracach tych odnośne zapatrywania wielu innych przedstawicieli nauki naszej pozwalają rozstrzygnąć niejednen punkt sporny, obrotu zapobiegawczego dotyczący.

Zacznijmy od sprawy dokonywania obrotu zapobiegawczego u pierwiastek.

Stanowczym przeciwnikiem obrotu tego u pierwiastek jest WINTER¹⁾ ze względu na opór miękkich części rodnych i nadzwyczaj ściśle obejmowanie płodu przez macicę.

¹⁾ P. pracę BROESE'go.

Początek obecnego porodu.	Wymiary miednicy.	Z a b i e g.	Płód: waga, długość, obwody główki, poprzeczne wymiary główki.	Przebieg położu.
1. I. o godz. 7-ej wieczorem.	26. 28. 18. c. śdiag. 9.	Wobec wywiadów i główki ruchomej nad wejściem miednicowym—2. I. o godz. 4-ej po południu obrót i ekstrakcja przy otwarciu macicy zupełnem i zachowanym pęcherzu płodowym. Uwolnienie główki utrudnione. Pęknięcie kroczka niecałkowite. Zeszycie.	Ż. żywy; słaby. 3300.0; 51; 33; 36; 9; 8. Zmarł na jedenasty dzień na skutek uszkodzeń przy porodzie.	C. dnia piątego—38°C; poza tem przebieg prawidłowy; w miejscu zeszycia rychłozrost.

FRITSCH ¹⁾ usilnie odradza stosowanie zabiegu tego u tej kategorii chorych; uważa go za zupełnie niepotrzebny, albowiem siła skurczów macicy wytworzy bez żadnej szkody to, co osiągnie akuszer, lecz narażając jednocześnie rodzicą na znaczne niebezpieczeństwo; to ostatnie polega na uszkodzeniach, które, wobec niemożliwości zachowania w położnictwie zupełnej antyseptyki, czynią rokowanie wątpliwem.

Nie zaleca obrotu u pierwiastek i WOLFF, ze względu na szczególne trudności, z jakimi połączone jest wykonanie zabiegu owego u tych chorych.

MAGNUS podkreśla, iż po obrocie zapobiegawczym u pierwiastek ginie więcej niż połowa płodów i dla tego w tych warunkach zabieg ów odrzucony być powinien.

Również kategorycznie wypowiedział się przeciw obrotowi u pierwiastek i DOBROWOLSKI.

Osobiście w zupełności podzielałam pogląd powyższy—głównie ze względu na otwarcie ust macicy.

Wiemy, że obrót zapobiegawczy, jak i wszelki obrót, jeśli ma być dokonany bez żadnego dla chorej niebezpieczeństwa, może być zastosowany wobec główki rzeczywiście [nie zaś tylko pozornie] zupełnie ruchomej.

W tych warunkach oczywiście nie możemy otrzymać istotnego, fizjologicznego zupełnego otwarcia ust macicy.

¹⁾ P. pracę KRAUSA.

Skoro tedy będziemy zmuszeni dokonać u pierwiastki obrotu i ekstrakcji płodu wobec ujścia niedostatecznego—możemy spowodować głębokie pęknięcie szyi macicy i prawie zawsze śmierć płodu, wskutek wysoce utrudnionego i przedłużającego się przeprowadzenia główki przez obwód ust macicy, nie mówiąc już o przeszkodzie ze strony samej miednicy.

Wszak niewątpliwie każdemu z nas zdarzyło się przeżywać te wysoce przykre chwile, gdy—po wydobyciu u pierwiastki płodu aż do główki—przystępujemy do uwolnienia tej ostatniej i widzimy, jak przy każdej próbie pociągania płodu za tułów wspólnie z główką ściągamy ku dołowi i macicę, i jak ta ostatnia, ściśle główkę płodu objawszy, jest na niej napiętą. Z jednej strony chcielibyśmy jak najszybciej główkę wywiązać, gdyż wszelkie przedłużanie się zabiegu sprowadzi niechybnie śmierć płodu, z drugiej atoli strony mamy zupełne przeświadczenie tego urazu, jaki macicy zadajemy, a na skutek którego napewno otrzymamy głębokie pęknięcie szyi macicy, ze wszystkimi pęknięcia tego poważnymi następstwami.

[D. n].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

43. Prof. Klemperer. O chirurgicznym leczeniu niektórych postaci rozedmy płuc.

W 1901 r. FREUND ogłosił badania swoje w sprawie zniekształnień klatki piersiowej, usposabiających do gruźlicy płuc i ich rozedmy. Co do tej ostatniej F. dowiódł, że pewne zmiany patologiczne, zachodzące w samej istocie chrząstek żebrowych, mogą wywołać ich zniekształnienie, oraz zmniejszenie ich prężności. W przypadkach, w których cierpienie to dotyka większą ilość chrząstek żebrowych, występuje przewlekłe rozszerzenie klatki piersiowej, która staje się niesymetryczną, o ile schorzeniu ulegają tylko chrząstki żebrze po jednej stronie klatki piersiowej, i beczkowatą, jeżeli cierpienie jest obustronne. FREUND w celu uruchomienia ścian klatki piersiowej, utrzymywanej przez zniekształcone i wygięte chrząstki żebrze w pozycji wdechowej, poleca wycinać z nich klinowate kawałki. Technika operacyjna tego zabiegu ostatecznie ustaloną jeszcze nie została: jedni wycinają tylko same chrząstki, inni usuwają je razem z kawałkiem żebra; jedni ograniczają się do wycięcia części 2-go, 3-go i 4-go żebra, inni usuwają jednocześnie i część pierwszego. Z czterech przypadków rozedmy płuc leczonych sposobem FREUND'a, zebranych przez prof. K., we wszystkich spostrzegano znaczną po tym zabiegu poprawę: oddech stał się znacznie swobodniejszym, dolne granice płuc odzyskiwały prawidłową przesuwalność, *vitale capacität* znacznie się wzmogła.

(*Die Therapie der Gegenwart*, 1908, Nr 1).

F. Majewski.

44. R. Stein. (Gonorrhoe Therapie u. Gonokokkennachweis). Leczenie rzerzączki.

S. na materyale ze 140-u przypadków przeprowadził badanie porównawcze nad wartością różnych sposobów leczenia ostrej rzerzączki.

W charakterze środków leczniczych zbadane zostały przez S.: 1) środki balsamiczne (*gonosan, arhovin*); 2) środki ściągające (*zincum sulfuricum, cuprum sulfuricum + alumen crudum*); 3) środki ściągające—bakteryobójcze (*zincum sulfocarboicum*); 4) środki bakteryobójcze, działające na dwoinki NEISSER'a nieswoiście (*kali hypermanganicum*); 5) środki, działające na dwoinki rzerzączkowe swoiście (*argentum nitricum, protargol, argonina, ichthargan, albargina, argentamina*).

We wnioskach swych S. doszedł do przekonania: 1) że środki balsamiczne podawane wewnątrz tylko w wyjątkowo sprzyjających warunkach sprowadzić mogą wyleczenie bez pomocy leczenia miejscowego; 2) że wszystkie środki ściągające powinny być zaniechane ze względu na mały odsetek radykalnych wyleczeń i znaczny odsetek nawrotów; 3) że wprawdzie rozczyń nadmanganianu potasowego daje wyniki bardzo dobre, za najwięcej jednak skuteczne należy uznać różne połączenia srebrowe, posiadające własności przeciwrzerzączkowe swoiste.

Do barwienia dwoinek NEISSER'a S. najbardziej poleca metylgrünpyroninę [UNNA-PAPPENHEIM] i sposób LESZCZYŃSKIEGO [karbolowa tionina z następczem podbarwieniem kwasem pikrynowym i przepłukaniem w wysoku absolutnym].

Omawiając wyniki swoich badań cytologicznych nad wydzieliną rzerzączkową, S. przeczy dowodzeniom innych autorów, jakoby obecność w niej limfocytów miała świadczyć o zajęciu sprawą chorobną podśluzówki, przyznaje natomiast pewne znaczenie rozpoznawcze komórkom eozynochłonny, pojawiającym się w wydzielinie przy szerzeniu się sprawy na cewkę tylną lub warstwy podśluzowe.

(*Wien. klin. Woch.*, 1908, Nr 3).

F. Majewski.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

SEKCJA NEUROLOGICZNO-PSYCHIATRYCZNA.

Posiedzenie dnia 21 go marca 1908 r.

- T R E Ś Ć: 1) J. LIPSZTAT.—Przypadek znieczulenia połowiczego skrzyżowanego (*hemianaesthesia alternans*).
2) HIGIER.—Przypadek wylewu krwi do stożka rdzeniowego (*haematomyelia centralis coni medullaris*).
3) BYCHOWSKI.—Przypadek niezwykłych zaburzeń w układzie mięśniowym.
4) ROTSTADT i KOELICHEN.—Przypadek władu rdzenia, powikłanego zanikiem mięśni.
5) KOELICHEN i HIGIER.—Przypadek nowotworu rdzenia.
6) KOPCZYŃSKI St.—Przypadek zatrucia ołowianego.

1) LIPSZTADT J. przedstawił przypadek znieczulenia połowiczego skrzyżowanego.

Chory, lat 76, od 2½ lat doznaje mrowienia i drętwienia w prawej połowie twarzy, w lewych kończynach i w lewej połowie tułowia. Badanie przedmiotowe stwierdza w tych miejscach znieczulenia na ból, ciepło i zimno (*thermoanalgesia cruciata*), oprócz tego pewną sztywność mięśni twarzy (*amimia*) bez innych objawów choroby PARKINSON'a, porażenie prawego nerwu twarzowego o charakterze obwodowym i porażenie gałązki nerwu krtaniowego zwrotnego prawego (porażenie n. *crico-arythenoidei postic*). Zresztą innych zaburzeń ruchowych i czuciowych nie stwierdzono. Mówca, jako przyczynę cierpienia, uważa ognisko rozmięknienia na wysokości *nucl. ambiguus* w rdzeniu przedłużonym w części prawej bocznej, pomiędzy ciałem powrózkowatym a oliwą; porażenie nerwu twarzowego uważa za przypadkowe. Mówca podkreśla małą rozległość ogniska, powikłanie obwodowym porażeniem nerwu twarzowego i brak zaburzeń odżywczych na rogówce pomimo zajęcia nerwu V i n. VII.

W dyskusji BORNSTEIN zaznaczał, iż przed 2-a laty stwierdził u chorego objawy *paralysis agitans*.

FLATAU mówił o symptomatycznej chorobie PARKINSON'a wskutek ognisk w rdzeniu przedłużonym i w móście VAROL'a.

GOLDFLAM negował istnienie u danego chorego objawów *paralysis agitans* i podkreślał elekcyjność porażenia rozszerzaczy krtani.

KOPCZYŃSKI St. podkreślał brak zmian w wielkości szpary ocznej i źrenicy, co w podobnych przypadkach niekiedy stwierdzano, i zaznaczał brak stopniowania w znieczuleniu różnych gałązek nerwu trójdzielnego. K. powołał się na własny przypadek objawowego *paral. agit.* wskutek nowotworu w okolicy odnog mózgowych, co potwierdzało badanie pośmiertne.

HIGIER przedstawił różnaitość kombinacji w przypadkach zajęcia czucia w obrębie nerwu trójdzielnego.

2) HIGIER przedstawił przypadek wylewu krwi do stożka rdzeniowego.

Chora, lat 33, przed laty 18-u spadła z drabiny i uległa obrażeniu kręgosłupa. Wkrótce potem wystąpiło porażenie poprzeczne kończyn dolnych całkowite z utratą czucia. Jednocześnie pojawiło się zupełne zatrzymanie moczu i stolca. Wszystkie te ciężkie objawy po kilku dniach ustąpiły, i pozostał jedynie niedowład obustronny mięśni łydkowych, porażenie czucia bólowego i termicznego w okolicy pośladków, na tylnej powierzchni ud, całego krocza, błony śluzowej obwodu odbyto-pęcherzowo-płciowego w najniższym odcinku, niemożność wstrzymania moczu i stolca, brak odruchów zo ścięgien Achillesa, odbytowego i pęcherzowego. Po latach 18-u obraz kliniczny pozostał ten sam. Na wysokości 11—12 kręgu grzbietowego widać lekkie zniekształcenie kośćca. HIGIER niezależnie od lekkiego przemieszczenia wspomnianego kręgu rozpoznaje na zasadzie danych klinicznych wylew krwawy w części środkowej stożka rdzeniowego. Brak objawów podrażnienia, rozszczenie czucia każą wykluczać sprawę korzonkową w ognie końskim. Chora w ostatnich latach trzykrotnie rodziła, porody odbywały się zupełnie prawidłowo.

W dyskusji FLATAU przypomina o doświadczeniach czynionych nad zwierzętami, którym wycinano cały rdzeń, a które pomimo to rodziły.

3) BYCHOWSKI przedstawił przypadek niezwykle zaburzeń w układzie mięśniowym.

Chory lat 20, od 3-ch lat zaczął zdradzać powolność w ruchach czynnych i w mowie. Badanie przedmiotowe stwierdza: Intelligencya i psychika normalne. Odruchy i czucie normalne. Twarz maskowata. Chory dowolnie otwiera usta z trudnością, język wysuwa powoli. Mowa nosowa. Gdy chory jest obnażony, niektóre mięśnie w górnych kończynach kurczą się jak

w tęciu. Ruchy dowolne w kończynach wykonywa chore powoli. Dłonie często układa jak w tężyczce lub w chorobie PARKINSON'a. Potrzymawszy ręce w zimnej wodzie, chorey nie może ich odrazu otworzyć. Pozycę zmienia z trudnością. Łatwo u niego wywołać retropulsję. Mechaniczna pobudliwość nerwów i mięśni wzmożona. Myotoniczny odczyn wyraźny. Odczynu zwyrodnienia brak, natomiast w niektórych mięśniach widać cechy, właściwe chorobie THOMSON'a.

Obstrukcyja i obnażenie ciała wszystkie te cechy potęgują.

Mówca zaznacza, iż przypadek ten nie przedstawia żadnej jednostki chorobnej, widać w nim bowiem pewne cechy kilku odrębnych chorób; a mianowicie tężyczki, choroby PARKINSON'a i choroby THOMSON'a. Przez analogię do neuroz mówca zaliczyłby tę chorobę do „myoz“.

Z obecnie znanych jednostek chorobnych dany przypadek być może najwięcejby się nadawał do zaliczenia go do choroby PARKINSON'a, pomimo, iż dotyczy wieku młodego.

W dyskusyi GOLDFLAM w przypadku tym widzi zwyczajną historję, za czem przemawia zmienność obrazu chorobnego i brak typowego odczynu myotonicznego.

FLATAU, STERLING i BIRO podkreślali niezwykłość przypadku, zaliczając go, dzięki przytoczonym przez mówcę danym, do rzędu cierpień układu mięśniowego.

HIGIER odrzucał możliwość istnienia tu choroby PARKINSON'a [wiek młody] i rozpoznawał paramyotonię EULENBURG'a [wpływ zimna na skurcze].

4) ROTSTADT i KOELICHEN przedstawili przypadek urazu rdzenia, powikłany zanikami mięśniowymi.

Chory ma lat 50, od 30-u lat pracuje jako garbarz i styka się z arszenikiem, wapnem i innymi związkami chemicznymi. Od lat 5-u zauważył osłabienie władzy w obu rękach i stopniowe schnięcie rąk. Co do syfilisu wyraźnych danych brak. Badanie przedmiotowe oprócz licznych objawów władu rdzenia [objaw ARGYLL-ROBERTSON'a, objaw WESTPHAL'a, znieczulenie na klatce piersiowej] wykazuje osłabienie i zanik dolnych mięśni obu dłoni i niektórych mięśni górnych kończyn i pasa barkowego. W mięśniach zanikłych silne drgania włókienkowe i wyraźny odczyn zwyrodnienia. Brak zaburzeń czucia, normalny stan kończyn dolnych, brak zaburzeń żołądkowych, brak wahań w przebiegu każą wykluczyć sprawę nerwową obwodową np. *neuritis arsenicosa*, a zmuszają do przyjęcia zaników mięśni typu ARAN-DUCHENNE'a, jako powikłania władu rdzenia. Nie wykluczoną jest jednak możliwość, iż sprawy zanikowe mięśni typu rdzeniowego włączyć tu należy do obrazu klinicznego władu rdzenia.

W dyskusyi FLATAU uzasadnia danymi anatomicznymi możliwość cierpienia komórek ruchowych w rogach przednich rdzenia (zanik t. zw. *reflex-collaterale*).

BYCHOWSKI i BORNSTEIN widzą w danym przypadku potwierdzenie teoryi wyczerpywania się neuron, najbardziej pracujących.

GOLDFLAM podkreśla rzadkość zaników mięśniowych w władzie rdzenia.

H. LANDAU mówił o możliwości powikłania danego przypadku władu rdzenia przez *neuritis arsenicosa*.

KOPCZYŃSKI St. zaznaczał, iż w obserwowanych przez niego i badanych klinicznie 150-u przypadkach władu rdzenia raz tylko spostrzegł powikłanie władu rdzenia przez zanik mięśni strzałkowych.

5) KOELICHEN i HIGIER przedstawili przypadek przypuszczalnego nowotworu rdzenia kręgowego.

Chory, lat 25, od maja 1906 r. zaczął doznawać bólów w karku, zaburzeń w urynowaniu, przejściowego osłabienia lewej nogi. W końcu roku 1906 osłabienie lewej nogi było bardzo znaczne i stałe, w roku jednak następnym zjawiała się poprawa w chodzeniu, zwłaszcza po kuracji w Busku. Jesienią roku 1907 znowu lewa noga zaczęła coraz bardziej sztywnieć. Chory obecnie przebywa w szpitalu Dz. Jezus. Badanie podmiotowe wykazuje: Ruchy głowy utrudnione i bolesne. Siła ruchowa i odruchy w kończynach górnych normalne. Osłabienie obu nóg, zwł. lewej, o charakterze spastycznym. Brzusznych odruchów brak. Wybitne zaburzenia czucia. Na kończynach dolnych czucie dotykowe, bolowe i ciepłe prawie, a na tułowiu zupełnie zniesione. Na lewej kończynie górnej stwierdzić można rozszerzenie czucia syringomyelityczne. Na lewej połowie szyi i karku również stwierdzić można osłabienie czucia ciepłego. Mówcy na podstawie przebiegu rozpoznają w danym przypadku z pewnem prawdopodobieństwem nowotwór w górnej części szyjnej kanału kręgowego.

W dyskusyi HIGIER nie wykluczał możliwości gliozy wtórnej uciskowej, towarzyszącej nowotworowi, a nawet gliozy pierwotnej, symulującej ucisk rdzenia, zwłaszcza wobec braku wyraźnych stałych bólów.

BREGMAN nie jest za sprawą uciskową rdzenia i podkreśla wahania w przebiegu.

FLATAU przypuszcza możliwość istnienia organicznego zapalenia grzbielczego opon rdzenia.

6) KOPCZYŃSKI Sr. przedstawił przypadek zatrucia łożyskowego.

Chory, lat 21, od 10-u lat pracuje jako kamieniarz i często całemi dniami poleruje łożyskiem kamienie granitowe. Przed 3-a laty miał zaburzenia żółdkowo-kiszczkowe wraz z żółtaczką, które przeszły. Jesienią r. z. zaburzenia te wraz z przemijającą żółtaczką ponowiły się. Od stycznia r. b. zauważył osłabienie władzy w palcach prawej ręki, tak, iż musiał przerwać swe zajęcia. Na początku lutego przybył do szpitala Św. Ducha. Tu stwierdzono: błądliwość powłok, skłonność do pocenia się, bolesność brzucha, drżenie rąk i języka, lekką dyzartryę, obwódkę sinawą naokoło dziąseł, osłabienie rozginaczy kiści u obu rąk, zwłaszcza u prawej i porażenie niemal zupełne rozginaczy trzeciego i czwartego palca u prawej ręki, osłabienie rozginaczy przedramion, odczyn zwyrodnienia w porażonych mięśniach, wzmożenie odruchów ścięgowych na kończynach dolnych, nawet przemijające drżenie kloniczne stopy, osłabienie odruchów ścięgowych na kończynach górnych. Przez pierwszy tydzień pobytu w szpitalu chory często, zwł. wieczorami, wstawał z łóżka, chodził bez celu po sali i mówił od rzeczy. Po dycie mlecznej, parówkach wybitna poprawa. W moczu w marcu r. b. łożysku nie znaleziono [J. BRUNER].

Mówca na mocy powyższych danych rozpoznaje w swym przypadku zatrucie łożyskiem i podkreśla: 1) elekcyjność porażenia niektórych tylko rozginaczy palców prawej kiści, [wpływ przepracowania?], 2) kombinację *neuritis saturnina* z możliwym lekkim zajęciem rdzenia, a nawet kory mózgowej, co zresztą potwierdza działanie łożysku na cały układ nerwowy.

W dyskusyi HIGIER, zgadzając się co do rozpoznania *neuritis saturnina*, podkreśla niezupełność wzmożonych patologicznie odruchów i psychicznych objawów bez bólów głowy i wymiotów, cechujących zwykłą *encephalopathiam saturninam*.

Stanisław Kopczyński.

Wiadomości bieżące.

— W dniu 25-Bo z. m. wydział lekarski Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu obchodził 50-letni jubileusz utworzenia się wydziału przyrodniczego. Pomimo to, że zawiadomień o jubileuszu nie rozsyłano, nadesłano liczne telegramy z Warszawy, Krakowa, Lwowa i innych miejscowości. Wygłosili odczyty prezes Towarzystwa dr CZŁAPOWSKI, oraz prof. KOSTANECKI, dr PANIEŃSKI i dr GANTKOWSKI.

— Dnia 9-go b. m. odbyło się w Siedlcach pierwsze posiedzenie Towarzystwa lekarzy gubernii Siedleckiej. Na przewodniczącego zebraniu powołany został kol. A. MICHAŁOWSKI z Żelechowa, na asesorów kol. Z. MICHAŁOWSKI z Radzyna i kol. MALUSZYCKI sen. b. inspektor lekarski gub. Siedleckiej, na sekretarza kol. WĄSOWSKI z Siedlec. Jako delegaci przybyli w imieniu Warszawskiego Tow. lek. kol. KORYBUT-DASZKIEWICZ i BRONISZAW SAWICKI, w imieniu grona redakcyi Gazety lekarskiej redaktor. Nadesłano wiele listów i telegramów gratulacyjnych od Towarzystw lekarskich i redakcyi „Przeglądu lekarskiego”. Po omówieniu spraw dotyczących organizacyi Towarzystwa; dokonano wyborów i powołano na prezesa kol. ANASTAZEGO SAWICKIEGO, na wice-prezesa kol. SZAWELSKIEGO, na sekretarza kol. WASOWSKIEGO. Poczem odbyły się wykłady kol. J. PRUSZYŃSKIEGO [z Warszawy] „O zastosowaniu produktów wydzielania wewnętrznego do celów medycyny praktycznej” i kol. KORYBUT-DASZKIEWICZ [z Warszawy] „O zapaleniu miedniczek nerkowych u dzieci”.

— Komitet do badania i zwalczania raka w Warszawie, oprócz ogłoszenia konkursu na pracę z dziedziny badań nad rakiem, organizuje w dalszym ciągu Komitety dzielnicowe. Według nadesłanych wiadomości, w Krakowie zorganizowany Komitet dzielnicowy rozpoczął pracę pod przewodnictwem prof. BROWICZA; Towarzystwo Lekarzy Polskich w Kijowie wyłoniło z pośród siebie komisję, do której weszli drzy: L. DASZKIEWICZ, A. MODRZEWSKI, B. KOZŁOWSKI i SOLSKI, która zająć się ma organizacją sekcji przeciwrakowej przy Towarzystwie, a nadto zjednaniem do niej, w charakterze członków, korespondentów z pośród lekarzy wogóle, na Ukrainie praktykujących.

Dr JÓZEF POCZOBUT z Łucka na Wołyniu przystąpił energicznie do zbierania materiałów do statystyki raka, w tym celu wydrukował własnym kosztem po polsku i rosyjsku nasze szematy do badania raka i rozesłał je do wypełnienia lekarzom, praktykującym na Wołyniu. Koledzy z Wilna, którzy podjęli się gromadzenia danych co do raka w tej części kraju, jeszcze dotychczas nie powiadomili Komitetu o swych czynnościach pod tym względem. Radca dr FR. CZŁAPOWSKI z Poznania bardzo gorliwie zajmuje się sprawą gromadzenia danych naukowych co do raka w Poznańskim. Dzięki jego zabiegom najpewniej, w urzędowym szemacie niemieckim, pomimo protestu dra WUTZDORF'a, naczelnika Biura statystycznego z Berlina, zaprowadzona zostanie ważna zmiana, mianowicie, będą dodane dwie nowe rubryki do szematu—„rasa” i „wyznanie”. W wielkim spisie jednodniowym w r. 1900 o zachorowaniu na raka w Niemczech, rubryk tych nie było, pomimo odrębności narodowych i sposobu życia i żywienia ludności Państwa Niemieckiego. W sprawie tej drowi CZŁAPOWSKIEMU przyrzekł poparcie hr. BOHDAN CZAPSKI, członek honorowy niemieckiego Komitetu do badania i zwalczania raka, który jako członek izby panów, swoim wpływem wyjednał u rządu na cele Komitetu rzeczony poważny zasiłek pieniężny. Wreszcie, dr. CZŁAPOWSKI zajął się odpowiedniem użytkowaniem cennego materiału pod względem anatomiczno-patologicznym i statystycznym co do szerzenia się raka w Poznańskim, odstąpionego mu przez prof. LUBARSCH'a z Dü-

seldorfu i obecnego następcę jego prof. Bussę'go. Materiał ten dr. Ch. ma zamiar zestawić z uwzględnieniem narodowości osób, zmarłych na raka, i ogłosić po polsku.

Komitet w Warszawie w lipcu r. b. przystąpi do odebrania od kolegów warszawskich schematów, rozesłanych im do wypełnienia.

NEKROLOGIA.

— † — † —

S. p. Mieczysław Korzeniowski.

Świat lekarski ponosi znowu dotkliwą stratę. W dniu 11-go maja r. b. zmarł na gruźlicę płuc MIECZYŚLAW KORZENIOWSKI, ordynator szpitala Dzieciątka Jezus.

Urodził się z ojca SATURNINA i KAMILI z PRZYŁUSKICH w r. 1861 w m. Siedlcach. Gimnazjum ukończył w Białej Siedleckiej w roku 1884 i w tym samym roku wstąpił na wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego. Zaraz po ukończeniu studyów w roku 1889 zaczął pracować w oddziale chirurgicznym w szpitalu Dzieciątka Jezus pod kierunkiem ś. p. WŁADYSŁAWA KRAJEWSKIEGO. W r. 1903 mianowany został ordynatorem nadetatowym w szpitalu Dzieciątka Jezus, a po śmierci swego nauczyciela objął kierownictwo na osieroconym oddziale. Przed kilku laty wybrany został na członka Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, od czasu zaś utworzenia sekcji chirurgicznej żywy brał udział w jej pracach.

Byłto człowiek niezłomnej uczciwości, skromny, nie szukający rozgłosu. Wybitną cechą Jego charakteru była nadzwyczajna szczerść i prawdomówność. Pod surową powierzchownością ukrywał duszę szlachetną i serce czułe, ujawniające się szczególnie w stosunku do chorych, których traktował ze szczerem współczuciem i łagodnością. Operując wiele pod kierunkiem KRAJEWSKIEGO zdobył wybitną technikę w umiłowanej przez się gałęzi wiedzy lekarskiej, zwłaszcza zaś chirurgia jamy brzusznej i kości miała w Nim dzielnego wykonawcę. W r. 1893 ogłosił drukiem w „Przeglądzie chirurgicznym” pracę pod tytułem „Sześć przypadków rezekcyi stopy podług WŁADIMIROW-MIKULICZA”. W zmarłym utraciliśmy najlepszego kolegę i przyjaciela.

Cześć pamięci zacnego człowieka.

Jan Kielkiewicz.

Redaktor i Wydawca, Dr med. Jan Pruszyński.

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.