

GAZETA LEKARSKA

T R E Ś Ć. I. ANTONI GABSZEWICZ. Rzadkie powikłania przewlekłego cierpienia ucha średniego: 1) Żyłak zatoki poprzecznej i 2) Ropień nadoponowy. Str. 991. II. A. PUZAWSKI. Spostrzeżenia kliniczne nad chorobą GRAVESA (BASEDOW'a). (C. d.). Str. 996. III. J. BABIŃSKI. W sprawie czynności i zaburzeń w układzie mózdkowym. (C. d.). Str. 1000. IV. W. STARKIEWICZ. Przypadek tętniaka aorty, powikłanego zamknięciem światła tętnicy bezmiennej i zarośnięciem żyły głównej górnej. (C. d.). Str. 1004. *Streszczenie zbiorowe.* SMUŻYŃSKI. O zaciśnięciu tętnicy głównej sposobem MOMBURGA. Str. 1008. I-y Zjazd Neurologów, Psychiatrów i Psychologów Polskich. Str. 1011. *Wiadomości bieżące. Ogłoszenia.*

I. Rzadkie powikłania przewlekłego cierpienia ucha średniego: 1) Żyłak zatoki poprzecznej i 2) Ropień nadoponowy.

Podał

Antoni Gabszewicz.

Nie mam zamiaru mówić o różnorodnych powikłaniach, których istota dobrze jest znana, ale chcę przytoczyć dwa przypadki, spostrzegane przeze mnie w ostatnich czasach, a odbiegające od zwykłego schematu.

Pierwszy przypadek dotyczy 17-letniego chłopca z Brześcia, który przybył do szpitala Św. Rocha w końcu listopada 1907 roku z powodu wydzielania się ropy z prawego ucha. Dwa lata przedtem był operowany z powodu cierpienia ucha lewego: dokonano wówczas wydlutowania wyrostka sutkowego, i po kilku tygodniach chłopiec opuścił szpital z zagojoną raną. Na kilka miesięcy przed powtórne przybyciem do szpitala zaczęła mu wydzielać się ropa z prawego ucha; prawie jednocześnie, jak opowiada, poza uchem wytworzył się mały bolesny guzik, który po kilku dniach sam się otworzył; przez otwór powstały sączyła się ropa w niewielkiej ilości. Na prawe ucho przestał chory słyszeć; na początku listopada wystąpiły dość silne bóle głowy z prawej strony o charakterze napadowym, co go najwięcej skłoniło do ponownego udania się do szpitala. Badanie wewnętrznych narządów nie nieprawidłowego nie wykazuje; w okolicy prawego wyrostka sutkowego nie znajdujemy żadnego

obrzmienia; tuż poza muszlą na wysokości otworu zewnętrznego ucha znajduje się przetoka; zgłębnik przez przetokę wchodzi na głębokość $1\frac{1}{2}$ ctm. do wyrostka sutkowego; poniżej wyrostka na przebiegu żyły szyjnej wewnętrznej niema żadnego obrzmienia; uciskanie wyrostka wywołuje ból stosunkowo nieznaczny. Z ucha wypływa ropa w umiarkowanej ilości. Ciepłota wieczorem 38° . Tętno 74. Bole głowy bardzo mocne, krótko trwające, lecz zjawiają się nieomal co kilkanaście minut. Po paru dniach, w których stan chorobny nie zmienił swego obrazu, ciepłota wahała się pomiędzy $37,6^{\circ}$ a $38,2^{\circ}$, bole głowy, pomimo kojących środków, nie zmniejszały się, przystąpiłem 5-go grudnia do wytrepanowania wyrostka. Po wydłutowaniu dość zgrubiałego wyrostka, okazało się, że w jamie sutkowej znajduje się trochę ropy i ziarniny, na zewnątrz jednak od jamy w kierunku przebiegu zatoki poprzecznej wyłania się jak gdyby część ściany torbieli; w pierwszej chwili sądziłem, że mam do czynienia z perlakiem (*cholesteatoma*); w celu dokładnego określenia sprawy chorobnej, wydłutowałem całą część sutkową kości skroniowej i kawałek potylicowej, tak, że miałem przed oczami obnażoną zatokę poprzeczną, ale właściwie tylko jej przednio-górny odcinek i tylny, przebiegający już w bródzie kości potylicowej; środkowa zaś część zatoki była przykryta przez guz elastyczny, mający postać i wielkość dużej żółędzi, barwy sinawo-szarej; w stosunku do przebiegu zatoki poprzecznej guz ten miał położenie pionowo-skośne.

Pod guz ten udało mi się podejść ze wszystkich boków, po środku jednak guza na tylnym jego obwodzie znajdowała się szypuła bardzo krótka, grubości mniej więcej ołówka, ściśle złączona ze ścianą zatoki poprzecznej; tętnienie w guzie nie daje się zauważyć; przy nakłuciu cienką igłą otrzymuje się w strzykawce PRAVAZ'a płyn krwawo ceglastego koloru; po wydobyciu całej strzykawki płynu zdawało się, jak gdyby guz się nieco zmniejszył, Mielśmy więc do czynienia z guzem wypełnionym krwią; wątpliwość nasręczała się co do tego, czy jama guza komunikuje się z zatoką poprzeczną, czy też tworzy guz, wypełniony krwią, ale ściśle otorbiony; o nałożeniu podwiązki na szypułę w obec jej grubości i krótkości, nie można było myśleć; usiłowania w tym kierunku, pomimo kilkakrotnych prób, spełzły na niczem; forsować zaś w tym razie nie podobna było ze względu na możliwość uszkodzenia zatoki poprzecznej, *respective* krwotoku, który trudnoby było opanować w obecności guza, pokrywającego zatokę żylną. Pozostawić zaś guz w tym samym stanie nie należało, gdyż przy najmniejszym nadżarciu ściany guza występowała obawa krwotoku.

Zdecydowałem się na postępowanie radykalne: rozciąłem ścianę guza na całej jego długości, przyczem jeden brzeg rozciętej ściany ująłem w kleszczyki KOCHERA, a z drugim brzegiem uczynił to samo kolega, pomagający przy operacji. Krwotok w pierwszej chwili był ogromny; udało się jednak szybko wcisnąć pas gazy pomiędzy wywinięte kleszczykami ściany guza i zacisnąć otwór prowadzący z jamy guza do zatoki poprzecznej; krwawienie momentalnie zostało wstrzymane. Pozatem wypełniono mocno paskami gazy całą ranę operacyjną. Wieczorem tego dnia ciepłota $37,4^{\circ}$; tętno 72. Uskarża

się chory na mocny ból głowy i na mroczenie w oczach. Na drugi dzień ciepłota z rana 37,2°, wieczorem 37,4°; parę razy chory wymiotował, ból głowy jednak o wiele mniejszy. Trzeciego dnia ciepłota z rana 37,4°, wieczorem 38,2°. Tętno 74. Od 4-go dnia ciepłota zachowuje się zupełnie prawidłowo. Bólów głowy chory nie doznaje; siedzi na łóżku; siła wzroku prawidłowa. 8-go dnia po raz pierwszy zmieniono opatrunek, usuwając wszystką gazę, z wyjątkiem tego paska, który wypełniał jamę guza i uciskał zatokę poprzeczną; podczas zmiany opatrunku niema najmniejszego krwawienia. 14-go dnia po operacji zmieniono zupełnie opatrunek, usuwając z łatwością gazę, założoną do jamy guza; wtedy można jeszcze było odróżnić brzegi ściany guza, wywinięte, płasko leżące, koloru szarego; wewnątrz pokryte było drobną ziarniną. W tydzień później cała rana tak dobrze ziarninuje, że już nie można dostrzedz śladów ściany worka. W połowie stycznia 1908 r. nastąpiło zupełne zagojenie i operowany, czując się zupełnie zdrowym, opuścił szpital.

Dodać jeszcze muszę, że podczas rozcinalnia ściany guza, ściana ta okazała się nadszpodziejanie dość grubą i przedstawiała twardość, odpowiadającą odporności opony twardej.

Przypadek drugi dotyczy 27-letniego mężczyzny z gub. Grodzieńskiej, który się zgłosił do mnie w pierwszych dniach maja r. b. Przed 12-u laty po raz pierwszy doznał bólów w lewym uchu; z ucha jednak nic się nie wydzielalo. Zasięgał porady u specjalistów w Warszawie w ciągu lat trzech; po tym terminie bole zlagodniały i w ciągu 7-u lat następnych z rzadka tylko bole dawały znać o sobie tak, że mógł on się zajmować z przerwami pracą. Z ucha lewego nigdy nie zanważył wydzielania się płynnej cieczy; słuch jednak w tem uchu stopniowo się zmniejszał. Od dwu lat bole zaczęły się zjawiać z większą gwałtownością i to nie tylko w samym uchu, ale i w okolicy skroniowej lewej i potylicowej. Środki kojące przynosiły ulgę tylko na czas krótki. Od 5-u miesięcy natężenie bólów znacznie się wzmogło; w ostatnich tygodniach miewał chory niekiedy i podwyższoną ciepłotę. Z ucha wypływu żadnego nie było. Badając chorego po raz pierwszy w dniu 7-go maja, nie osiągnąłem wiele danych pozytywnych. Twarz chorego znamionuje cierpienie; mówi on, że ból ciągły, umiarkowany nie opuszcza go ani na chwilę, sprowadza bezsenność; morfina, często przyjmowana przez chorego w ostatnich tygodniach, na krótki czas tylko sprowadza sen; w ostatnich tygodniach zaczęły występować napady gwałtownego bólu, które go doprowadzają niemal do szaleństwa. Bole te chory ściśle umiejscawia w lewej połowie głowy.

Na lewym wyrostku sutkowym nie można wykazać żadnego obrzmienia. Ucisk, nawet bardzo mocny, na wierzchołek wyrostka sutkowego lewego wywołuje tylko stosunkowo ból niewielki. Na lewe ucho nic chory nie słyszy, na prawe słyszy szept na odległość 6 metrów. Chorego skierowałem do szpitala Św. Rocha, proponując operację, na którą się chętnie zgodził. Wieczorem tegoż dnia ciepłota 37,2°, tętno 72. W nocy z powodu mocnych bólów zastrzyknięto morfinę. Na drugi dzień ciepłota z rana 37,4°. Kolega SZUMLAŃSKI, który kilka miesięcy przedtem widział chorego, w obecnej chwili oprócz niewielkiego obrzmienia zewnętrznego przewodu słuchowego, nic innego nie zna-

łaż; błony bębenkowej wskutek powyższego obrzmienia nie można było w całości obejrzeć, wydzieliny jednak żadnej w uchu nie stwierdzono. Ze strony oczu żadnych zmian nie zauważono ani w sile widzenia, ani na dnie oka; w moczu białka niema; w osadzie nie znaleziono elementów nerkowych. Wieczorem drugiego dnia pobytu chorego w szpitalu ciepłota podniosła się do 38,6°. Tętno 80. Chory z powodu bólów, ściśle umiejscowionych w lewej połowie głowy, nie wstaje z łóżka, od czasu do czasu jęczy; przytomność zupełnie zachowana. Łaknienie w wysokim stopniu upośledzone. Na 3-ci dzień ciepłota zrana 38,3°, tętno 84, wieczorem 38,6°. 4-go dnia ciepłota z rana 38,2°. Tego dnia przystąpiłem do wykonania operacji, rozpoczynając od trepanacji wyrostka sutkowego; kość wyrostka bardzo zgrubiła, twarda; komórki sutkowe nie widoczne; w jamie sutkowej znajduje się bardzo mało ziarniny; pozatem na razie nie widać zmian, któremiby można było wytłómaczyć stan chorego i podwyższoną ciepłotę. Przystąpiłem do obnażenia zatoki poprzecznej żyłnej: usunąwszy kość w miejscu, odpowiadającym przebiegowi zatoki, zamiast niej, ujrzałem z głębi sączącą się kroplami ropę; w miarę usuwania części sutkowej kości skroniowej ropy gęstej wypływało coraz więcej; ostatecznie po wytrepanowaniu górno - tylnego odcinka części sutkowej i kawałka kości potylicowej wypłynęło ze dwie łyżki gęstej ropy, i przed oczami uwydatniło się dno jamy ropnia, wypełnione strzępkami tkanki, łatwo się rozrywającej, i ziarniną; w pierwszych chwilach na dnie jamy ropnia było wyraźne tętnienie; otrzymywało się wrażenie, jak gdyby ropień znajdował się w istocie mózgowej; po usunięciu jednak delikatnem łyżeczką ziarniny i strzępków, przekonałem się, że dno jamy ropnia, mocno zagłębione, stanowi cieniutka błona, odgradzająca ropień od mózgu. Po dokładnem rozejrzeniu pola operacyjnego, byłem pewny, że w danym przypadku w zupełności usunęło się istotną przyczynę cierpienia chorego. Dno jamy ropnia i jamę sutkową wypełniono paskami gazy. Ciepłota wieczorem 37,8°. Tętno 80. Na drugi dzień ciepłota z rana 37,6°. Chory czuje się rańniejszym. Na 3-ci dzień operowany zaznacza wyraźnie, że ma bole głowy o wiele mniejsze. Od 4-go dnia po operacji stan bezgorączkowy, łaknienie lepsze: 6-go dnia pierwsza zmiana opatrunku; po usunięciu pasków gazy, widać dno rany oczyszczone, pokrywające się dobrą ziarniną. 24-go maja, t. j. w dwa tygodnie po operacji, chory zaczął się ponownie uskarżać na bole głowy z lewej strony, chociaż zaznacza, że o wiele są one mniejsze niż przed operacją. Niekiedy jednak na noc trzeba było zastosować morfinę. Stan bezgorączkowy; chory spaceruje po sali; na twarzy nie dostrzega się poprzedniego wyrazu cierpienia. Bole zjawiają się z rzadka tylko i nieraz uśmierza się je po zastrzyknięciu czystej wody destylowanej. Rana goi się prawidłowo. Opatrunek zmienia się raz na 3—4 dni. W końcu czerwca chory chciał już opuścić szpital, ze względu jednak na nieznaczne podwyższenie ciepłoty, dochodząc do 37,5° wieczorem w ostatnich kilku dniach, poradziłem mu pozostać jeszcze czas jakiś w Warszawie.

Tymczasem w pierwszych dniach lipca ciepłota zaczęła wieczorem dosięgać 38°, z rana 37,6°; opatrunek codziennie przesiąkał ropą, pomimo, że po

wierzchnia ziarninująca pozostała bardzo nieznaczna. Przy dokładniejszym obejrzeniu okazało się, że z jednego miejsca w tylnym obwodzie rany wysącza się trochę ropy; wprowadzony zgłębnik w to miejsce można było głęboko i daleko posuwać w okolicy potylicowej w kierunku do guzowatości potylicowej zewnętrznej, jak gdyby między kością a powłokami zewnętrznymi. Wobec stanu gorączkowego i dość obficie nasiąkającego ropą opatrunku, 10-go lipca przystąpiłem przy uśpieniu ogólnem do otworzenia powyższego zacieku. Po rozcięciu powłok zewnętrznych wyjaśniło się, że zgłębnik przenikał nie pomiędzy kością a powłokami miękkimi czaszki, ale zagłębiał się pod samą kością potylicową. Rozpocząłem trepanowanie kości potylicowej w kierunku, jaki wykazywał wprowadzony zgłębnik; w miarę usuwania kości wypływała z głębi gęsta ropa, a dno ropnia, pokryte strzępkami i ziarniną, przedstawiało ten sam obraz, jaki się widziało podczas pierwszej operacji. Zgłębnik przenikał jednak dość jeszcze daleko pod kością potylicową tak, że zmuszony byłem dla zupełnego obnażenia ogniska chorobnego, wytrepanować kanał w kierunku przebiegającej zatoki poprzecznej, szerokości 2 do 3-ch ctm. i dochodzący prawie do guzowatości potylicowej zewnętrznej. Tutaj dopiero była granica tych zmian, jakie na całej przestrzeni wytrepanowanego kanału tak wyraźnie się przedstawiały, czyniąc złudzenie, że się ma do czynienia ze zniszczeniem istoty mózgowej; po oczyszczeniu jednak łyżeczką dna ropnia, okazało się, że bardzo cienka błona odgranicza mózg od jamy ropnia. Całą ranę wypełniono gazą.

Po trepanacji stan chorego już na 3-ci dzień znakomicie się poprawił; chory zaznacza, że żadnych bólów głowy nie doświadcza. Stan bezgorączkowy; opatrunek zmienia się raz na 3—4 dni; gojenie postępuje szybko. Chory znakomicie się poprawia, odzyskuje humor, czuje się tak zdrowym, jakim od lat wielu siebie nie pamięta. Słuch zaczyna powoli odzyskiwać w lewym uchu. 19-go sierpnia opuścił szpital z zagojoną raną; na miejscu wytrepanowanej kości powstał długi, ale bardzo wąziutki rowek, pozbawiony tkanki kostnej. Na błonie bębenkowej żadnych zmian się nie dostrzega. W chwili wyjścia ze szpitala chory słyszy szept na odległości 2-u metrów.

Pierwszy z tych przypadków zasługuje na uwagę ze względu na swą rzadkość: z opisem żylaka zatoki poprzecznej nie spotkałem się w dostępnej mi literaturze.

Drugi przypadek jest ciekawy ze względu na swój przebieg, w którym przy cierpieniu ucha średniego brakowało wypływu z ucha, a jednocześnie przez lat wiele rozwijał się wielkich rozmiarów ropień nadoponowy, wywołując niezmiernie przykre bole głowy.

II. Spostrzeżenia kliniczne nad chorobą Graves'a (Basedow'a).

Podał

A. Puławski,

b. ordynator szpitala Dzieciątka Jezus

i b. dyrektor Zakładu leczniczego w Nałęczowie.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 44].

Co się tyczy innych chorób nerwowych, miałem sposobność spostrzegania choroby G. i władu rdzenia u 55-letniej wdowy po pułkowniku O ile można było wnosić z opowiadania chorej, musiała ona poprzednio przed wybuchem choroby G. mieć już początkowe objawy władu rdzenia [bole], gdyż wtedy, kiedy ją badałem, miała już nie tylko wyraźny objaw ARGYLL-ROBERTSON'a, ale i brak odruchów kolanowych oraz lekką ataksję w nogach. *Lues negatur*. Chora podaje, iż przed dwoma laty miewała silne bole głowy. Na rok przed przyjazdem do Nałęczowa przechodziła influencę z gorączką i zapaleniem oskrzeli. Wkrótce zjawił się *exophthalmus* i bicie serca.

Przy badaniu, oprócz podanych wyżej objawów, znaleziono nieznaczne powiększenie gruczołu tarczowego [miękki, tętniący], dość wybitny *exophthalmus*, objawy GRAEFE'go i STELLWAG'a. Tętno 120. Obrzęki obu łydek. Swędzenie skóry (*urticaria*). Chorą obserwowałem przez trzy lata z rzędu podczas lata. Objawy choroby GRAVES'a znacznie ustąpiły, objawy władu rdzenia także się poprawiły, mianowicie zmniejszyła się ataksya.

W jednym przypadku widziałem chorobę GRAVES'a, jakby w postaci nerwicy urazowej. Chory 43-letni, malarz, żonaty i dietny [żona raz ronila]. *Lues negatur*. W rodzinie choroby nerwowe (matka od dawna sparaliżowana) W marcu przechodził influencę. W październiku uległ wypadkowi na kole z powodu zderzenia pociągów. Przestraszył się bardzo, wyskoczył z wagonu i przebiegł przeszło 200 kroków. Uszkodzeń na ciele nie było żadnych. Przeleżawszy tydzień w łóżku, zauważył jakąś nienormalność w oczach (*exophthalmus*?). Przy badaniu (w 2 miesiące później) znaleziono wychudnienie (ubyło 40 funtów), znaczny *exophth.* z objawami GRAEFE'go, STELLWAG'a i MOEBIUS'a, nieznaczne wole miękkie i tętniące, drżenie bardzo silne, napadowe rozwolnienia, uczucie gorąca, poty.

Chorego obserwowałem przez 3 lata z rzędu. Utył i poprawił się znacznie, ale *exophthalmus* pozostał. Chory dostał dość znaczne odszkodowanie. W powstaniu choroby GRAVES'a w danym przypadku, oprócz urazu, mogła grać rolę influenza, lubo chory wyraźnie twierdził, iż po influency czuł się dobrze aż do czasu wypadku.

Raz tylko miałem sposobność spostrzegania ostrej psychozy w przebiegu choroby GRAVES'a. MALEWSKI także notuje jeden taki przypa-

dek. Znana mi dobrze chora 35-letnia mężatka, która przyjeżdżała kilkakrotnie do Nałęczowa z powodu cierpienia narządów płciowych (*parametritis*), zjawiała się w r. 1906 zmieniona do niepoznania. Przechodziła na wiosnę ciężką influencę, po której przebyciu znacznie schudła, stała się nerwową, drażliwą i osłabioną. Badanie wykazało małe tętniące wole, wytrzeszcz umiarkowany z objawem STRELLWAG'a bez objawu GRAEFE'go, przyspieszone tętno (90—100), rozwolnienia napadowe bez widocznej przyczyny. Chora uskarżała się na bezsenność, bóle głowy. Wbrew swojemu dawnemu usposobieniu stała się kłótniawą, wymagającą i wśród wzmagającego się rozdrażnienia do stała bredzenia maniakalnego, wskutek czego musiała być przeniesioną do odpowiedniego zakładu. Chora ta wyzdrowiała, ale pozostał *exophthalmus*.

Niejednokrotnie zdarzało mi się widzieć, że chorzy na początku choroby ulegali pewnej psychicznej metamorfozie, stawali się nieznosnymi dla otoczenia, zmieniali miejsce bez żadnego powodu i t. d. i to nieraz zanim uwydatniły się klasyczne objawy. Ani razu nie widziałem kombinacji choroby G. z moczówką cukrową, chociaż mocz był badany w każdym przypadku. Zaznaczam ten fakt dlatego, że w ostatnich czasach niektórzy (H. SATTLER) kładą szczególny nacisk na częstość kombinacji moczówki cukrowej z chorobą GRAVES'a (3% według SATTLER'a). U chorych takich ma się zdarzać szczególnie często glykozurya pokarmowa, na co nie zwróciłem uwagi.

Zdawałoby się, że rozpoznanie choroby GRAVES'a, wobec tak drobniawo opracowanej symptomatologii tego cierpienia, nie powinno przedstawiać żadnych trudności. Tak też jest rzeczywiście w przypadkach już dobrze rozwiniętych, w których występują wcześniej i wyraźniej t. zw. klasyczne, a raczej powszechnie znane objawy. Najtrudniejszym do rozpoznania jest początek choroby u osób poprzednio nerwowych (np. dotkniętych histeryą lub neurastenią), gdy niema jeszcze ani wola, ani objawów ocznych. Czasem znów wytrzeszcz, a raczej wypukłość oczów jest wrodzona, wole istnieje od dawna, nie dając żadnych objawów. Wszystko to są okoliczności, oddalające właściwe rozpoznanie do czasu zjawienia się objawów, nie podlegających dyskusji. Dla ilustracji podaję parę przykładów, wziętych z życia.

1. 34-letnia mężatka, mająca jedno dziecko, pochodząca z rodziny nerwowej i artrytycznej, była zawsze nerwową i uważaną przez lekarzy za „histeryczkę”. Przed 2-ma laty miała napad bicia serca po silnym przestraszeniu. W r. z. po chorobie dziecka czuła się zmęczoną, źle sypiała i doświadczała jakiegoś „dziwnego” niepokoju. Wezwany lekarz zalecał jej zajęcie się pracą, a zwłaszcza dużo systematycznego ruchu. Zrobiło jej się gorzej, zjawiało się rozwolnienie, napady strachu i t. d. Po przyjeździe do Nałęczowa znaleziono: drżenie, małe lecz wyraźne tętniące wole; z objawów ocznych uderzała tylko „une expression sauvage” [TROUSSEAU]. Tętno było 76 (*sic!*). Przy dłuższej obserwacji zauważyłem śpieszenie się i zjawiające się od czasu do czasu napady rozwolnienia, które chora przypisywała złej kuchni. [To się często u takich chorych zdarza]. Przy zwykłym leczeniu — wyzdrowienie; nawet zgrubienie szyi ustąpiło. Rozpoznanie pomimo tego wydawało mi się nie-

wątpliwem. Jakoż we 2 lata potem chora przybyła powtórnie po urodzeniu drugiego dziecka. Pod wpływem strachu z powodu „rewolucyi“ chora stała się lękliwą i bardzo zdenerwowaną. Tym razem badanie wykazało już wyraźny wytrzeszcz, tętniące wole, tętno 90, śpieszenie się, poty, uczucie gorąca i t. d. Poprawa. Chorą widziałem w rok potem z wyraźną tachykardią i innymi objawami. Tym razem bywały napady bicia serca—jeden napad trwał 7 godzin, a tętno dochodziło do 200. Poprawa i tym razem nie dała długo na siebie czekać.

2. 57-letni szef biura znacznej instytucji, mocno przepracowany, po śmierci syna dostał silnego zdenerwowania, bezsenności, znacznie wychudł [przeszło 40 f. w ciągu kilku miesięcy]. Choroba przez lat kilka była uważana za ciężką neurastenię. Chory wiele podróżował, zmieniając często miejsce pobytu, gdyż nigdzie nie mógł sobie znaleźć miejsca. Wreszcie wystąpiły wyraźne objawy choroby GRAVES'a i chory zdecydował się na operację, którą wykonał KOCHER [podwiązanie tętnic tarczowych]. Widziałem chorego w 3 tygodnie po operacji. Mały wytrzeszcz, tętnienie w okolicy gruczołu tarczowego, tętno 90, drżenie, śpieszenie się, zdenerwowanie, które chory przypisywał nostalgii i z powodu którego opuścił klinikę KOCHERA [miało być robione wycięcie gruczołu tarczowego]. Z tego też powodu nie chciał pozostać dłużej na kuracji w Nałęczowie.

3. 42-letnia mężatka, pochodząca z rodziny artrytycznej, od kilku lat leczy się na artrytyzm [jeździła do Trenczyna]. W ostatnim roku przechodziła ciężkie zmartwienie [śmierć ojca]. Przed kilku miesiącami zaczęła doznawać niepokoju w okolicy serca, bicia serca; zjawiały się obrzęki nóg. Znalezione szmer na mostku i traktowano chorobę, jako miażdżycę tętnic z zaburzeniami w wyrównaniu. Badanie wykazało bardzo nieznaczne wole, które łatwo było przeoczyć, [w dodatku mało tętniące]; nieznaczny *exophthalmus* [chora podobno zawsze miała „wypukłe“ oczy], ale wyraźny objaw STELLWAG'a [mała ruchliwość powiek — *starre Blick*], tętno 140, niepokój, śpieszenie się, bezprzyczynowe rozwolnienia, opóźnianie się regularności. Przy zwykłym leczeniu [spokój, leżenie, galwanizacja, kąpiele z CO₂], znaczna poprawa wszystkich objawów.

Błędy w rozpoznaniu, po prostu nierozpoznanie choroby GRAVES'a, mogą niekiedy zależeć od tego, że lekarze rzadko widują takich chorych w klinikach i szpitalach.

Przebieg choroby G. bywa przeważnie przewlekły. Zdarzają się przypadki ostre nawet z zejściem śmiertelnem, ale należą one do wyjątków. Znam je tylko z literatury. Tak np. MACKENZIE ¹⁾ opisuje przypadek, który zakończył się śmiercią w ciągu 6-u tygodni, WEST ²⁾ po 2-u miesiącach, TROUSSEAU ³⁾—po 4-ch. Bardzo ciekawy, ostry, zakończony śmiercią, przypa-

¹⁾ MACKENZIE. The clinical lecture of GRAVES'disease. The Lancet. 1890, Nr. 11 i 12.

²⁾ cyt. BUSCHAN'a.

³⁾ TROUSSEAU. Clinique de l'Hôtel Dieu.

dek opisał ŁUCZKIEWICZ [1877]. U 26-letniej panny w przebiegu typowej choroby G. wystąpiła gorączka, ból głowy z wymiotami, *aphasia*, *delirium* i śmierć. Sekcyi nie było.

Częściej zdarzają się przypadki ostre, ale z zejściem pomyślnem, zwłaszcza też wspomniane nieraz przez nas postaci niewykształcone, zartarte (*f. frustes*), albo też przypadki wątpliwe, co do których trudno na razie orzec, czy się ma do czynienia z błednicą na tle nerwowem, czy też z poronną postacią choroby G. Przypadki takie widywałem, a jeden z nich w krótkości podałem wyżej. Przypadek taki opisał u nas GAWROŃSKI [1872]. 22-letnia pauna po śmierci matki dostała choroby G. z gorączką. Stosowano brom i żelazo z chininą. Po 3-ch miesiącach z choroby pozostał tylko wytrzeszcz.

Wśród 75-u podanych przeze mnie przypadków choroby G. zaledwie mała cząstka [5%] przybywała na początku choroby. Po większej części byli to chorzy, którzy już o d ł u ż s z e g o c z a s u mieli objawy choroby G. Niektórzy z nich zjawiali się do Nałęczowa powtórnie, nawet poraz trzeci i częściej. W tymże okresie czasu przybywali chorzy z lat dawniejszych [którzy weszli do statystyki MALEWSKIEGO]; wogóle takich p o w t ó r n y c h odwiedzin w okresie 7-letnim naliczyłem 41! W zakładzie leczniczym, więcej niż w praktyce prywatnej, uwydatnia się „c h r o n i c z n o ś ć” choroby G. Znam osobiście chorą, która od lat 16-u dotknięta jest tą chorobą, a którą obserwowałem w Nałęczowie w ciągu 10-u sezonów kuracyjnych. DAVIES ¹⁾ widział przypadek trwający lat 23, CHVOSTEK ²⁾—20, Chora DROBNIKA dopiero po 15-u latach zdecydowała się na operację.

Nie trzeba sobie jednak wyobrażać, że jest to jeden nie p r z e r w a n y okres chorobny.

To, co w wysokim stopniu charakteryzuje chorobę G., co upośledza jej r o k o w a n i e, to są nawroty choroby, które się dają porównać z jakąś neurastenią peryodyczną albo z napadami *appendicitidis*. W przerwach między napadami chorzy czują się dobrze, nawet mogą pracować, lubo zwykle noszą na sobie s t y g m a t y choroby: wole, zmiany w spojrzeniu i t. d.

Niema zdaje się, tak ciężkiego przypadku choroby G., któryby nie mógł się zakończyć w y z d r o w i e n i e m, a przynajmniej względną poprawą, ale też niema przypadku tak l e k k i e g o, co do którego możnaby być pewnym, że jest w y l e c z o n y m, że się choroba przy jakiejś najblahszej okazji, nie wróci. Widywałem chorych, których literalnie w n o s z o n o do zakładu, którzy tracili połowę swej wagi, którzy z powodu bicia serca i drżenia nie mogli się ruszać, a nawet mówić, a jednak chorzy tacy z czasem poprawiali się zupełnie i byli uważani za zdrowych ³⁾, ale widziałem przypadki t. zw. poronne,

¹⁾ DAVIES A. The Lancet. 1890, str. 1334.

²⁾ cyt. BUSCHAN'a.

³⁾ Przypadek taki spostrzegaliśmy z kol. HORODYSKIM z Puław. Chora straciła około 70-u funtów na wadze, zaprzestała chodzić i jeść z powodu wymiotów, miewała objawy niewysłowności (afazji, jak w przypadku ŁUCZKIEWICZA), tak, że wątpiliśmy wogóle, czy ją będzie można przewieźć do zakładu, a jednak osoba ta jest obecnie prawie zdrową. Nie są to unikatki według moich spostrzeżeń.

w których były nawet wątpliwości co do rozpoznania [p. wyżej] a jednak przypadki takie przebiegały przewlekłe i ciężko, z częstymi recydywami i pogorszeniami.

[D. c. n.].

III. W sprawie czynności i zaburzeń w układzie mózdkowym.

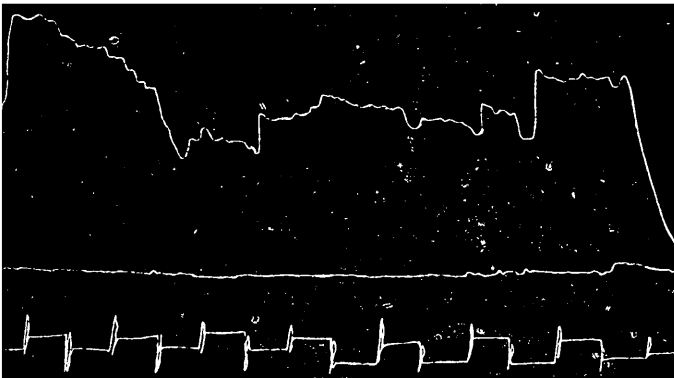
Napisał

Prof. J. Babiński,

lekarz szpitala Pitié w Paryżu.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 43).

Z powyższego wynika, że objaw, któremu nadałem nazwę katalepsy mózdkowej przedstawia cechy znamienne we wszystkich jego momentach, o ile występuje w postaci typowej. Na mocy własnego doświadczenia doszedłem do przekonania, że czysta typowa katalepsja mózdkowa zdarza się



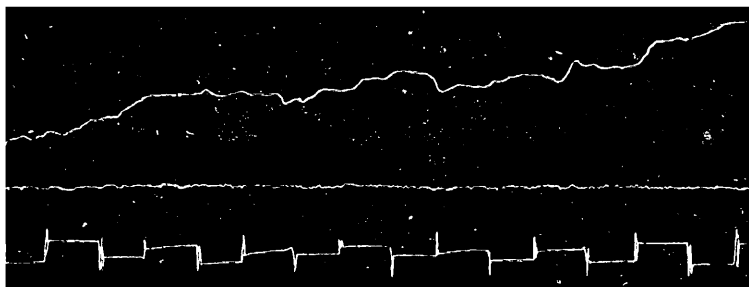
Rys. 8.

Stan normalny. Mężczyzna silny, lat 19.

bardzo rzadko. Możliwe jest, że do wystąpienia wyraźnej postaci tego objawu potrzeba szeregu warunków, które zebrać się mogą wyjątkowo rzadko u jednego osobnika. Połączenie osłabienia mięśniowego z zaburzeniami mózdkowymi np. stanowi przeszkodę do wystąpienia objawów całkowitej katalepsy. Przy zaburzeniach mózdkowych częściej można obserwować chorych,

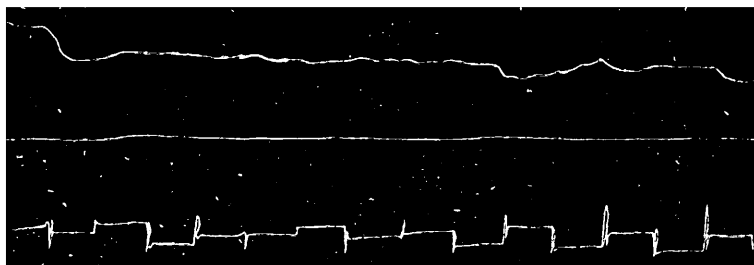
zataczających się, dotkniętych asynergią, utrudniającą chodzenie, którzy przy położeniu w pozycji wymaganej zachowują normalną nieruchomość. Ta właśnie nieruchomość ze względu na warunki, jako też na kontrast z niestalością ruchów przy bezładzie, jest nadzwyczaj ważną cechą.

DURÉ i DEVAN w przypadku ropnia mózdzku, opisanego przez LATRON'a [18] stwierdzili lekki stan kataleptoidalny, połączony z utratą równowagi ciała przy chodzeniu.



Rys. 9.

Stan normalny. Mężczyzna silny, lat 24.



Rys. 10.

Asynergia mózdkowa.

Na rysunkach 8, 9 i 10 widać trzy linie; linia od góry odpowiada wahaniom stopy, po środku — drżeniu mięśniowym; linia dolna oznacza czas.

Podobne spostrzeżenie w innym czasie ogłosił LÉOPOLD LEVY. U chorego występowało przy ruchach drżenie kończyn górnych ze stanem kataleptoidalnym: „Chory“, powiada LEVY, „był w stanie utrzymywać kończyny w pozycji nadanej“.

STALO ROSSI stwierdził katalepsję mózdkową mniej lub bardziej wyraźną przy zaniku mięsowym mózdzku, o którym była mowa wyżej. Autor

pisze na str. 70: „U chorego, dotkniętego chodem chwiejnym i ataktyczno-skurczowym w położeniu na wznak, równowaga statyczna jest prawidłowa, nawet większa, aniżeli w stanie normalnym“.

Czy można też wywołać u zwierząt na drodze doświadczenia dopiero co opisane objawy?

Rozumie się, że nie podobna liczyć na podobieństwo bezwzględne, choćby z powodu różnic w warunkach obserwacji; w każdym jednak razie z wyników doświadczeń, dokonanych na psach, okazuje się, że niektórzy fizjologowie zauważyli podobne zaburzenia.

LUCIANI [20] spostrzegał ruchy niemiarowe. Autor ten zaznacza, że suka, u której usunął połowę mózdzku, podnosiła wyżej łapy po stronie operowanej niż w stanie normalnym, jak gdyby była zmuszona stąpać po stopniach i uderzała silnie o podłogę. Był to późny skutek operacji.

THOMSON [21], po zniszczeniu jednostronnem mózdzku u psa, zauważył przypadkowo objaw podobny: „łapy po stronie lewej [operowanej] podnosiły się wyżej, niż po stronie prawej“.

GREGGIO [22], który znał moje prace, gdy przystępował do swych badań laboratoryjnych, stwierdził objawy, podobne do tych, które opisałem. Doświadczenia te różnią się zresztą znacznie od doświadczeń przed nim dokonanych. Zamiast usuwać mózdzek częściowo lub całkowicie, autor ten uciskał mózdzek stopniowo zapomocą pręcika blaszencowego, wprowadzonego z jednej strony do dołu mózdzkowego. G. opisuje przypadek, dotyczący psa, u którego jedna strona mózdzku w ten sposób była uciśnięta; pies ten usiłując wbiec na schody, podnosił łapy przednie tak nadmiernie, że tułów jego czasami był zwrócony ku tyłowi. G. sądzi, że ruchy niemiarowe nie występują wyłącznie tylko w drugim okresie cierpienia, jakby to można było sądzić z badań LUCIANI'ego, lecz mogą wystąpić w samym początku, nawet w dniu operacji.

Nadto autor ten zauważył u psów przy zmianach, wywołanych sztucznie w mózdzku, zboczenia podobne do objawów asynergii, opisanych przeze mnie u człowieka, z pewnemi różnicami, zależnemi od tego, że warunki równowagi nie są jednakie u człowieka i u zwierząt. Autor ten często spostrzegał, że warunki równowagi nie są jednakie u człowieka i u zwierząt. Autor ten często spostrzegał, że przy chodzeniu kończyny tylne nie postępowały za ruchem kończyn przednich, że pies wstając z pozycji leżącej, nie wyciągał jednocześnie różnych odcinków kończyn i że zaburzenia ruchowe, wybitniejsze po stronie operowanej, istniały nie tylko w samym początku, w okresie osłabienia zwierzęcia, lecz nawet później, gdy siła mięśniowa była normalna.

Wreszcie BORGHERINI i GELLERANI [22] u psa po usunięciu mniej lub więcej całkowitem mózdzku spostrzegali objawy bardzo zbliżone do katalapsy mózdzkowej. Zwierzę leżące na ziemi zachowuje przez czas pewien różne nadawane mu pozycje nawet bardzo przykre z tym warunkiem, aby nie powodowały bólów i nie przeczyły prawu ciężenia. Można łapę przednią na szyi położyć, skrzyżować łapy przednie z jedną z łap tylnych, można je skręcać,

skrzyżować na grzbiecie, pies utrzymuje kończyny w pozycji nadanej przez czas bardzo długi—przy oczach otwartych przez czas nadzwyczaj długi—przy oczach zasłoniętych.

Przechodzę obecnie do wniosków i do objaśnienia przytoczonych danych z punktu widzenia fizyologicznego.

Przypuszczają, że mózdzek odgrywa podstawową rolę w zachowaniu równowagi ciała i że zaburzenia mózdkowe spowodują zboczenia w tej czynności.

Nie ulega to wątpliwości, lecz spostrzeżenia moje wykazują, że to pojęcie powinno być dokładniej określone, gdyż utarte dotychczasowe poglądy następczą wiele uwag krytycznych.

Słowo „równowaga“ posiada wielorakie znaczenie. W języku potocznym oznacza, że „ciało utrzymuje się w pozycji stojącej, nie przechylając się ani na jedną, ani na drugą stronę [LITTRÉ]“.

Używając nazwy w tem znaczeniu, możnaby powiedzieć, że osobnik dotknięty cierpieniem mózdku, chodem chwiejnym, asynergią, nie może zachować równowagi.

Lecz ten wyraz ma również inne znaczenie, a mianowicie: stan ciała, utrzymywany w spokoju pod wpływem wielu sił, które się nie równoważą [LITTRÉ]. W tem znaczeniu należałoby przypuścić, że chory w stanie katalepsy mózdkowej posiada równowagę przesadną. Ponieważ tego rodzaju chory jest jednocześnie dotknięty asynergią i katalepsią, można więc przypuszczać w zależności od różnego punktu widzenia, że zdolność zachowania równowagi jest zmniejszona lub zwiększona.

W obec tego należy sądzić, że równowaga powinna być rozpatrywana w dwu postaciach w zależności od tego, czy ciało znajduje się w stanie unieruchomienia czynnego, np. w pozycji przedstawionej na rys. 6-ym, czy też w ruchu.

W przypadku pierwszym ¹⁾ równowaga będzie statyczną, w przypadku drugim — kinetyczną. Nadto ponieważ w obu przypadkach równowaga wymaga udziału woli, więc też te dwie postaci równowagi nazywam dowolnemi. Wybór wyrażenia mógłby uleść krytyce, lecz jest to tylko kwestya porozumienia.

W stanie normalnym równowaga kinetyczna dowolna, wytwarza się łatwiej niż równowaga dowolna statyczna, łatwiej w istocie chodzić niż stać bez chwiania się, trudniej utrzymywać się nieruchomo na jednej nodze, niż na jednej nodze skakać.

W wiądzie rdzenia równowaga kinetyczna dowolna jest naruszona; w takim zaś prawie stopniu występują zboczenia ze strony równowagi statycznej dowolnej. Czasami w początku sprawy chorobnej jedynie tylko ulega zbo-

¹⁾ Rozumie się, że nie może tu być mowy o równowadze, opisywanej w mechanice, która dotyczy tylko ciał bezwładnych, nie obdarzonych własną czynnością.

czeniu równowaga dowolna statyczna. Bywają chorzy, u których chód wydaje się jeszcze prawidłowym, a jednak nie są w stanie stać nieruchomo.

W chorobach mózdku, któremi tutaj głównie się zajmuję, równowaga dowolna statyczna jest zachowana albo też nawet wyrażona jest w stopniu wzmożonym.

Z powyższego wynika, że należy odróżniać te dwie postaci równowagi, z drugiej zaś strony dane, dotyczące zaburzeń równowagi w chorobach mózdku, z wyjątkiem równowagi dowolnej kinetycznej, muszą ulegć pewnym modyfikacyom.

[D. n.].

IV. Z ODDZIAŁU CHORÓB WEWNĘTRZNYCH DRA K. CHEŁCHOWSKIEGO W SZPITALU
DZIECIĄTKA JEZUS.

Przypadek tętniaka aorty, powikłanego zamknięciem światła tętnicy bezimiennej i zarośnięciem żyły głównej górnej.

Podał

W. Starkiewicz.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 44].

Badanie pośmiertne [kol. Z. Dmochowski] dnia 13. V. okazało, co następuje: Po rozcięciu klatki worek osierdzia nieprzyrośnięty, zawiera niewielką ilość płynu surowiczego. Serce powiększone w wymiarze poprzecznym. Lewe ujście żyłne przepuszcza dwa palce; mięsień serca grubości prawidłowej, czerwony, wiotki. Prawe ujście żyłne szerokości trzech palców; mięsień bledy, o połowę grubszy, niż bywa prawidłowo. Ściany tętnic wieńcowych zgrubiałe, światło ich zwężone. Tętnica płucna zmian chorobnych nie okazuje. Zastawki aorty prawidłowe.

Poza zastawkami część wstępująca aorty, jej łuk i część zstępująca na przestrzeni 15-u ctm. silnie rozszerzone. Największe rozszerzenie, w miejscu aorty wstępującej, utworzyło worek tętniczy wielkości główki noworodka. Wejście do pnia tętnicy bezimiennej wybitnie zwężone; brzeg zewnętrzny tego wejścia, przyciągnięty ku wewnętrznemu, tworzy fałdę [rodzaj kłapy], zamykającą do szczętnie światło naczynia. Z trudnością udaje się przeprowadzić przez nie cienki zgłębnik. Po przecięciu tętnicy bezimiennej, światło

jej na przestrzeni około 4-ch ctm. znaleziono zwężonem; wypełniał je skrzep przyżyciowy w okresie organizacyi.

Tętnice szyjna i podobojczykowa prawa zmian widocznych nie okazały. Ściana aorty usiana licznemi owrzodzeniami, wśród nich — liczne blizny. U szczycie worka tętniczego wielki skrzep przyżyciowy, zamykający wejście do tętnicy bezimiennej.

Z zewnętrzną powierzchnią wałka tętniczego na przestrzeni 10-u ctm. zrasta się silnie żyła główna górna. Wejście do niej od strony żył jarzmowych i podobojczykowych wolne. Poczynając od zastawki żyły podobojczykowej aż do miejsca przejścia listka ściennego osierdzia w trzewny, żyła główna stopniowo się zwęża i w miejscu przegięcia osierdzia ściennego zarasta całkowicie. Przestrzeń, na której żyła jest zarośnięta, wynosi 2—3-ch mm. Ściana żylna wybitnie zgrubiała i pokryta białemi blaszkami ateromatycznymi. Szerokość żyły u jej początku = 4 ctm., w dalszym przebiegu stopniowo się zwęża, dochodzi po środku do $1\frac{1}{2}$ ctm. i wreszcie do $\frac{1}{2}$ ctm. Wchodząc do żyły głównej od strony przedsionka, stwierdza się jej rozszerzenie aż do miejsca przyrośnięcia.

Górna jej ściana ponad miejscem zarośnięcia wypukła się w postaci woreczka głębokości 2 ctm., skierowanego w górę i sięgającego ponad miejsce zarośnięcia. W miejscu tem ściana żylna ścięnczała.

Wejście do żyły głównej dolnej rozszerzone, szerokość przy wyjściu z przedsionka wynosi 6 ctm.

W prawej jamie opłucnej ogromna ilość przezroczystego płynu. Prawe płuco spoistości skóry, nie trzeszczy przy ucisku (*compressio pulmonis*). Lewe płuco rozedmowe, przekrwione, obrzękowe. Śledziona nieco powiększona, czerwona, wiotka, rozrywa się łatwo, folikuly jej powiększone. Wątroba przyrośnięta do przepony i do ściany brzusznej, nieco powiększona, budowa jej zrazikowa zachowana; środek zrazików przekrwiony, obwód szary. Nerki nieco powiększone, twarde; otoczka odrywa się łatwo, powierzchnia gładka; istota korowa prawidłowa, czerwona; piramidy przekrwione. Błona śluzowa żołądka przekrwiona, obrzękła, pokryta wielką ilością śluzu. Błona śluzowa kiszki błada, barwy szyfrowej.

Jak z powyższego widoczne, obraz anatomiczny potwierdził przypuszczenia, wysnute z objawów klinicznych choroby; rzucił zarazem dostateczne światło na sposób ich powstawania. Jednakże same dane badania anatomicznego wymagają w niektórych punktach szczegółowszego zastanowienia się; z drugiej strony dają pole do pewnych przypuszczeń z zakresu fizjologii patologicznej obwodowego układu naczyniowego.

Mechanizm zamknięcia światła tętnicy bezimiennej oraz zarośnięcia żyły głównej nie wzbudza poważniejszych wątpliwości. Pierwsze tłómaczy się w zupełności uciskiem na tętnicę worka tętniczego. *Maximum* ciśnienia rosnącego tętniaka i krwi wewnątrz niego przypadało niewątpliwie na górną jego ścianę, w pobliżu wejścia do pnia bezimiennej. Każde uderzenie prądu krwi

w tętniaku niezawodnie odbijało się na ukośnie wychodzącej zeń tętnicy bezimiennnej, powodując jej zagięcie ku wewnątrz i przychylając zewnętrzną ścianę tętnicy ku wewnętrznej. W ten sposób zapewne powstała fałda w ścianie tętnicy, o której wspomina protokół sekcyjny, a w dalszym ciągu zakrzep krwi oraz stopniowe zarośnięcie naczynia.

Zarośnięcie żyły głównej powstało niezawodnie również drogą ucisku oraz drogą stopniowego szerzenia się sprawy zapalnej ze ścian aorty (*peri-aortitis*) na *sinus transversus pericardii*, dzielący żyłę główną od aorty, a następnie na samą ścianę żylną. O takim mechanizmie tej sprawy, zbadanym dokładnie i opisanym szczegółowo przez EPPINGER'a, świadczą w naszym przypadku wydatne ślady procesu zapalnego w postaci zgrubienia ściany w miejscu przyrośnięcia jej do ściany tętniaka.

Podkreślić należy, że całkowite zarośnięcie żyły wypadło dokładnie w miejscu przegięcia listka ściennego osierdzia w trzewny. Fakt ten pozwala sobie wyobrazić plastycznie mechanizm sprawy zarastania. Niezawodnie tętniak w miarę swojego wzrostu oraz przy każdym prężeniu się systolicznem spychał ku tyłowi zrośnięty z nim odcinek żyły głównej na przestrzeni aż do miejsca przegięcia osierdzia. Tu, żyła główna, jako umocowana w swoim położeniu przez osierdzie, nie mogła już podążać za ruchami tętniaka, i wskutek tego przy każdym jego skurczu podlegać musiała przegięciu, podczas którego prąd krwi, ulegał w niej chwilowej przerwie. Sprzyjało to, oczywiście, powstaniu wtórnych zmian zapalnych w naczyniu, a w ich następstwie zarośnięciu żyły. Taki mechanizm omawianej sprawy tłumaczyłby zarazem, dlaczego zarośnięcie żyły odbyło się na tak nieznacznej przestrzeni, bo zaledwie 2—3-ch mm.

To, że żyła główna zarosła właśnie w miejscu przegięcia osierdzia, przy tłumaczeniu powyższem, wydaje mi się tak prostem i naturalnem, że dziwi mię nawet fakt, iż to samo miejsce zarośnięcia notowano w jednym tylko jeszcze przypadku DUCHEKA ¹⁾ z pośród 26-u przypadków zarośnięcia żyły głównej, jakie posiada dotychczasowe piśmiennictwo lekarskie.

W przebiegu żyły głównej uderza silne jej wydłużenie: sam tylko odcinek żyły, przyrośnięty do worka tętniczego, miał długość 10 ctm., gdy według anatomów ²⁾, prawidłowa długość całej żyły wynosi zaledwie 6—7-u ctm. Miejsce zarośnięcia dzieliło ją na dwa odrębne odcinki: górny, stopniowo zwężający się [4 ctm., 1½ ctm. i ½ ctm. szerokości—prawdłowo 22 mm] i dolny, rozszerzony, łączący się z przedsionkiem. Rozszerzenie tego dolnego odcinka, zarówno jak uchylek, utworzony z górnej jego ściany i występujący ponad miejscem zarośnięcia, tłumaczyć wypadnie chyba tylko zwrotną falą krwi z przedsionka, albo może i z żyły głównej dolnej.

Zaznaczyć muszę, że spostrzeżenia dotychczasowe nie wzmiankują o wy-

1) DUCHEK. Ueber die Verschliessung der oberen Hohlvene. Prager Vierteljahrschr. f. prakt. Heilkunde 1854, cyt. podług J. FISCHER'a.

2) HENLE. Anatomie des Gefässystems. 1868.

tworzeniu podobnego „woreczka“ [uchyłka] w zarośniętym odcinku żyły. Zasluguje też na uwagę, że odcinek górny zarośniętej żyły nie był wypełniony skrzepem krwi przyżyciowym wbrew wszelkim oczekiwaniom teoretycznym.

Wiążąc teraz obraz anatomiczny cierpienia z objawami klinicznymi, spostrzeganymi za życia chorego, zastanowić się wypada nad mechaniką krążenia obocznego, jakie wytworzyło się w ciągu kilku lat trwania choroby. Sprawność tego krążenia, w zestawieniu z olbrzymiem zadaniem, jakie mu przypadło w udziale, ocenić wypadnie bardzo wysoko. Boć sam charakter sprawy zrostnej w żyłę główną i dookoła niej [ściśła już tkanka łączna] świadczy o dość dawnym, przypuszczalnie conajmniej od paru miesięcy trwającym zarośnięciu żyły.

Mimo to, chory, od lat kilku wprawdzie niezdolny do ciężkiej pracy, w zakresie wysiłków codziennego życia bez pracy, radził sobie wcale dobrze: mógł chodzić sporo; duszność, która stanowiła główną jego skargę, mniejszą była, niż u pierwszego lepszego chorego z niewyrównaną wadą serca.

Ustaleniu się tak pomyślnej względnie regulacji krążenia obocznego sprzyjał niezawodnie powolny, stopniowy rozwój sprawy chorobnej. Jednocześnie zamknięcie światła tętnicy bezimiennej stanowić mogło w tym względzie raczej pewne ułatwienie, gdyż przy zmniejszonym odpływie krwi tętnicznej do głowy mniejsza również jej ilość spływać miała z powrotem, już jako żylna, do serca drogą krążenia obocznego.

Szczegóły mechanizmu krążenia obocznego w przypadkach zamknięcia światła górnej żyły głównej zostały dokładnie zestawione na podstawie odnośnego piśmiennictwa i teoretycznych danych anatomicznych w źródłowej rozprawie J. FISCHER'a ¹⁾.

Z góry ustalić należy, jako zasadę ogólną dla wszystkich przypadków, że w razie zamknięcia żyły głównej górnej krew żylna z głowy, górnych kończyn i górnej części tułowia wrócić może do serca li tylko przez układ żyły głównej dolnej. Pozatem możliwe są dwie, niewyluczające się wzajem, pośrednie drogi krążenia obocznego:

1) Droga zewnętrzna [dokładniej zbadana, bo podlegająca kontroli oka za życia chorego], kiedy krew, niedopuszczona do serca przez żyłę główną górną, dąży doń drogą powierzchownych żył klatki piersiowej i ściany brzusznej. Schemat więc tego krążenia w zarysie byłby taki: żyły jarzmowe, sutkowe zewnętrzne, nabrzuszne powierzchowne dolne, udowe, główna dolna [z drobniejszych—żyła pachowa, piersiowa długa, pośrodkowa mieczykowata] (*vv. jugulares, mammaria ext., epigastricae superf. inf., femorales, cava inf., axillares, thoracicae longae, medianae xiphoideae*). W przypadku tego krążenia prąd krwi w żyłach górnej części klatki piersiowej przyjąłby musiał kierunek wsteczny—nie z dołu ku górze, lecz odwrotnie; możliwem to będzie po przemożeniu licznych zastawek żył piersiowych górnych, zwróconych ku górze.

¹⁾ JULIUS FISCHER. Ueber Verengerungen und Verschlüssungen der Vena cava superior. Inaugural Dissertation. 1902. Jena.

Według FISCHER'a, krążenie oboczne zewnętrzne, dopiero co zarysowane, spostrzegano w $\frac{1}{3}$ części przypadków zwężenia żyły głównej dolnej. Wspomnieć należy, że spostrzegano przypadki omawianego cierpienia, w których silny początkowo rozwój sieci żyłnej na klatce piersiowej z biegiem czasu zmniejszał się i pozostawały tylko rozszerzenia żył ściany brzusznej.

Tłumaczyć należy to w taki sposób, że z czasem ustalał się dogodniejszy dla ustroju krwiobieg wewnętrzny, o którym niżej, i powyższe rozszerzenia żył stawały się zbędne.

Jak widoczne z załączonego wyżej rysunku [patrz Nr. 44], w naszym przypadku krwiobieg zewnętrzny, według przytoczonego schematu, był potężny; mniej jednak rozwinięty był na klatce piersiowej, a w największym stopniu uwidocznił się na ścianie brzusznej.

[D. n.]

STRESZCZENIE ZBIOROWE.

O ZACISKANIU TĘTNICY GŁÓWNEJ SPOSOBEM MOMBURGA.

Podał

Smużyński.

Sprawa zaciskania tętnicy głównej w celu zatrzymania dopływu krwi do dolnej połowy ciała weszła niedawno w nowy okres rozwoju dzięki sposobowi MOMBURGA, pożądanemu w połowie ubiegłego roku. Rozwiązanie jej posiada wielkie znaczenie, ponieważ odpowiedni sposób może znaleźć zastosowanie w praktyce każdego lekarza i będzie powitany z wielką radością i ulgą przez tych, którym los nie oszczędził przeżywania wraz z chorym rozpaczliwych krwotoków. Choćby sprawa została świeżo dopiero poruszona, powinna jednak zainteresować ogół lekarzy tem bardziej, że sposób ten zdaje się mieć wielką przed sobą przyszłość. Sposób MOMBURGA jest bardzo prosty: polega na przewiązaniu wężem gumowym brzucha pomiędzy skrzydłami biodrowymi a dolnymi żebrami na wysokości 3-go i 4-go kręgów lędźwiowych; po rozciągnięciu węża okręca go się jeden do czterech razy aż do zaniku tętna w tętnicy udowej; zwykle dwa okrażenia wystarczają. Sposób ten wyklucza mniej lub więcej skomplikowane poduszeczki, zapomocą których starano się dawniej zaciskać tętnicę główną, jak również zastępuje rękę ludzką, co wymagało wielkiego wysiłku fizycznego.

Z chwilą zjawienia się komunikatu MOMBURGA (*Centrbl. f. Chir.* 1908, Nr. 23) zaczęto podnosić cały szereg zarzutów z rozmaitych stron. Przede wszystkim uwaga została skierowana na serce i narządy jamy brzusznej, pośrednio mogące ulec temu, lub innemu urazowi. Zarzuty początkowo opierały się na teoretycznych rozumowaniach, ponieważ nie było dostatecznych danych doświadczalnych. Przypuszczano, że serce zbyt dotkliwie może odczuć

powstanie przeszkody w krążeniu i dać wyraz temu w zaburzeniach czynnościowych, jak również jelita pośrednio uciśnięte, mogą w mniejszym lub większym stopniu uciecierpieć. Przypomniano sobie przypadek FRANKĘGO [1897], w którym po zastosowaniu prowizorycznej peloty, nastąpiło 30 krwawych wypróżnień. Cały szereg jednak pomyślnych przypadków zastosowania sposobu MOMBURGA bez jakichkolwiek bądź powikłań nakazał zwrócić baczniejszą uwagę na niego i zarzuty oprzeć na spostrzeżeniach doświadczalnych i klinicznych.

Na tegorocznym Zjeździe chirurgów niemieckich MOMBURG przytoczył 34 zgłoszonych przypadków, w których zastosowano jego zabieg. Z tych 17 dotyczy przypadków ściśle chirurgicznych—operacji na miednicy i biodrze, a pozostałe 17—przypadków akuszeryjnych: krwotoków poporodowych wskutek zwiotczenia macicy. W żadnym z tych przypadków zabieg, jako taki, nie spowodował zgubnych dla chorego następstw, a w przypadkach, gdzie można było wykonać sekcję [6], nie znaleziono dotąd żadnych uszkodzeń narządów wewnętrznych; śmierć następowała wskutek cierpienia podstawowego.

W dwu tylko przypadkach, ogłoszonych przez RIMANN'a i WOLFA, stosowanie zabiegu musiało być przerwane, ponieważ stan chorych tego wymagał. Przypadki te, należące do pierwszych niepomyślnych, dały pochoch do pracy doświadczalnej, wykonanej przez wyżej wymienionych autorów. W obu przypadkach dokonywano operacji z powodu raka odbytnicy. W pierwszym u 70-letniego chorego w skutek znacznego krwawienia podczas operacji zastosowano sposób MOMBURGA. Krwawienie natychmiast ustało, jednak po 3-ch minutach tętno zupełnie znikło, chory zbladł i wystąpiły objawy zapaści. Natychmiast przerwano zaciskanie, stan chorego prędko się poprawił i operację doprowadzono do końca; nastąpiło zupełne wyzdrowienie. W drugim przypadku u 42-letniej chorej zastosowano sposób MOMBURGA przed operacją i przygotowano się do ścisłego kontrolowania ciśnienia krwi. Ciśnienie krwi natychmiast po uciśnięciu spadło ze 115 mm. Hg. do 85 mm., a w ciągu 7-u minut do 0. Po 10-u minutach stosowania usunięto węża gumowego: ciśnienie podniosło się do 75-u mm., a w ciągu pół godziny do 100 mm. Operacja została doprowadzona do końca, chora wyzdrowiała. Poszukując przyczyny, w pierwszym przypadku za taką można było uważać wiek chorego związany ze zmianami w sercu i naczyniach. W drugim jednak przypadku wyraźnej przyczyny nie udało się odnaleźć; zabieg MOMBURGA wywołał tutaj objawy niedomogi zastawki dwudzielnej, które jednak stopniowo ustępując, znikły przy opuszczaniu szpitala przez chorą.

Pod wrażeniem tych przypadków RIMANN i WOLF przedsięwzięli pracę doświadczalną na królikach, uciskając naczynia główne na tej samej wysokości, jak u człowieka, przez powłoki brzuszne. Otóż we wszystkich przypadkach z chwilą zastosowania uciskania ciśnienie podnosiło się średnio o 21,2 mm. Hg przeciętnie w ciągu 25,6 sekund. Z chwilą zdjęcia węża spadało średnio o 40,3 mm. Hg. w ciągu 6,5 sekund. Ponieważ uciskowi podlegają nie tylko naczynia główne, ale i liczne naczynia jelitowe, wysunięto pytanie drugie, polegające na wykazaniu, co powoduje przeważnie wahania ciśnienia: ucisk głównych naczyń, czy też naczyń jelitowych. Przy uciskaniu tylko głównych naczyń, ciśnienie bardzo nieznacznie się podnosiło, a przy usuwaniu ucisku jak poprzednio, spadało jednak tylko w granicach od 12-u do 18-u mm. Hg. Przy uciskaniu oprócz głównych naczyń jeszcze tętnicy i żyły krezkowej górnej powstawał obraz zbliżony do obserwowanego u ludzi, a mianowicie różnica ciśnienia prze zdjęciu [43,3 mm. Hg.] była większa, niż przy nałożeniu [26,6 mm. Hg.] węża gumowego. Doświadczenia powyższe wykazały, że serce wyraźnie oddziaływa na zmiany powstałe wskutek przeszkody w krążeniu i że ucisk naczyń kiszkowych odgrywa poważną rolę.

Co do zastosowania zabiegu MOMBURGA w praktyce w obecnej chwili, należy odróżniać przedewszystkiem przypadki, w których on nie jest koniecznym, lecz jest pożądanym lub pożytecznym, od tych, w których stanowi ostatni ratunek. Aby mógł być konsekwentnie stosowanym w pierwszych, musi przejść jeszcze przez dłuższą próbę doświadczalną i kliniczną, w drugich zaś powinien znaleźć obszerne zastosowanie, jako działający skutecznie i prędko, a przy dostatecznej uwadze lekarza wszak w każdej chwili stosowanie jego może być przerwane. Do przypadków pierwszej kategorii należą operacje na biodrze, miednicy i jej narządach. Doświadczenie kliniczne w tym kierunku wykazało, że lepiej jest zakładać węża gumowego już w uśpieniu chloroformowem, ponieważ dzięki zwiótczeniu mięśni brzusznych, potrzeba mniejszej siły i jednocześnie oszczędza się choremu przykrego nieraz uczucia bólu, spowodowanego przewiązaniem brzucha [M. AXHAUSEN]; w przeciwnym razie można zastosować morfinę. W celu zupełnie bezkrwawego operowania na miednicy, MOMBURG zalecił naprzód nałożyć opaski elastyczne na dolne kończyny po uprzednim opróżnieniu ich ze krwi przez uniesienie ku górze, następnie zacisnąć tętnicę główną wężem gumowym i zdjąć opaski z kończyn; wtedy krew z miednicy własnym ciężarem spłynie do kończyn, na które powtórnie należy nałożyć opaski, nie pozwalające odpłynąć krwi nazad do miednicy. Podobna manipulacja stwarza nadzwyczaj przychylne warunki dla operującego; duże naczynia widać zupełnie dobrze i można je podwiązać, drobne krwawią nieznacznie, otrzymując krew drogą oboczną przez tętnice śródkręgowie, komunikujące z tętnicami, odchodzącymi poniżej ucięcia; ten ostatni objaw stanowi tylko dodatnią stronę zabiegu, pozwalając zatrzymać zupełnie krwawienie przed zdjęciem węża gumowego. Ostatnio A. MACKENRODT wykonał pięć laparatomii z zastosowaniem sposobu MOMBURGA. Impuls do zastosowania węża gumowego nawet w tego rodzaju operacjach dał przypadek cytowany przez MOMBURGA na ostatnim Zjeździe chirurgów niemieckich. U chorej z rakiem szyjki macicznej i nacieczeniem naokoło macicy wytworzył się ropień, który otwarto przez pochwę; po odejściu ropy powstał silny krwotok; wszystkie środki zawiodły. Zastosowano sposób MOMBURGA i krwawienie ustało, pozostała jednak niepewność, czy niema krwotoku do wewnątrz; otwarto jamę brzuszną, nie znaleziono krwi i zaszyto brzuch napowrót. Otóż operujących wtedy uderzyła łatwość oryentowania się w narządach miednicy pozbawionych krwi. MACKENRODT nakłada węża gumowego po otwarciu jamy brzusznej, co mu pozwala w razie potrzeby odsunąć jelita ku górze. U osób otyłych radzi po jednokrotnem przewiązaniu brzucha podłożyć pod węża gumowego wałek z gazy 15—20 ctm. długi, któryby uciskał naczynia, a w ostateczności takiż sam wałek wprowadza do jamy brzusznej na okolicę naczyń. Wreszcie NEUHAUS stosuje zamiast wałka z gazy po nałożeniu węża balon gumowy wyjałowiony, dający się odpowiednio rozdmąć. Jest to już powrót do dawnych poduszczek, jednak i postęp w celu ich udoskonalenia. Cięcia brzuszne przy zastosowaniu sposobu MOMBURGA bywa poprzeczne.

Do przypadków drugiej kategorii należy zaliczyć obszerne zmiażdżenia w fabrykach lub na wojnie i krwotoki poporodowe, wskutek zwiótczenia macicy. Pierwszy SIGWART, asystent BUMM'a, zastosował sposób MOMBURGA ¹⁾ w przypadku dotyczącym 24-letniej pierwiastki, u której po 13-u godzinach po porodzie usunięto sztucznie łożysko. Powstał silny krwotok, przeciwko któremu zawiodły wszystkie środki. Zastosowano węża gumowego, krwotok ustał i macica się skurczyła; po 15-u minutach usunięto węża, macica pozo-

1) Streszczenie z pracy SIGWARTA zob. Gaz. Lek. Nr. 19.

stała skurczoną; chora wyzdrowiała. Po tym przypadku SIGWART miał jeszcze trzy podobne również z dobrym wynikiem. Działanie sposobu polega na pozbawieniu macicy krwi, co stanowi potężny czynnik, pobudzający do skurczów. MOMBURG, jak wyżej wspomniano, zebrał 17 ogłoszonych podobnych przypadków, z których wszystkie zostały uwieńczone dobrym skutkiem. BOVIS wyraźnie zaleca sposób MOMBURGA jako ostatni ratunek przy krwotokach poporodowych. Na zasadzie doświadczeń i spostrzeżeń klinicznych należy jednak bacznie zwracać uwagę na serce chorego. RIMANN i WOLF radzą czynić staranny wybór pomiędzy chorymi, aby nie zdyskredytować nowego sposobu. Tylko młode, zdrowe serca mogą być poddane tej zwiększonej pracy, a nie powinny być na nią narażane serca dotknięte wadą, choćby wyrównaną i z miażdżycą naczyń. W przypadkach rozpaczliwych należy jednak zawsze zastosować sposób MOMBURGA. Co do przeciągu czasu w jakim może być stosowane uciskanie, to dotychczas najdłuższy wynosił 2 godziny 20 minut, chociaż autor sądzi, że może być stosowane nawet przez parę godzin.

Jak wskazują wahania w ciśnieniu krwi, usunięcie węża naraża serce więcej niż założenie. W celu stopniowego doprowadzenia serca do warunków normalnych, MOMBURG radzi przed zdjęciem węża gumowego nałożyć na kończyny opaski elastyczne, które należy stopniowo usuwać.

I-y Zjazd Neurologów, Psychiatrów i Psychologów Polskich

w Warszawie, 11-go, 12-go i 13-go października 1909 r.

SEKCJA NEUROLOGICZNA.

Posiedzenie środowe ranne.

1) SPRINGER: „O wartości klinicznej odczynu WASSERMANN'a w chorobach nerwowych i umysłowych“.

Odczynu WASSERMANN'a nie można nazwać swoistym dla syfilisu, gdyż występuje on w trądzie i w płonicy, w tej ostatniej jednak występuje rzadko i po kilku tygodniach znika. Badania swe autor przeprowadził u 241 chorych [56 nerwowych i umysłowych] na 240 surowicach i 33 płynach mózgowo-rdzeniowych. W sąsiedztwie mózgu płyn mózgowo-rdzeniowy prawie zawsze daje wynik ujemny, surowica prawie stale dodatni. W przypadkach wiądu rdzenia [15 przypadków] referent otrzymał wynik dodatni w płynie mózgowo-rdzeniowym w 80%, w surowicy w 66,6%. Wobec tego, że odczyn ten w płynie mózgowo-rdzeniowym w cierpieniach parasyfilitycznych występuje niemal stale, w innych zaś sprawach chorobnych układu nerwowego nigdy lub bardzo rzadko — mianowicie w syfilisie mózgu, badanie płynu mózgowo-rdzeniowego pozwala nam odróżnić cierpienia parasyfilityczne od innych spraw chorobnych układu nerwowego. Odczyn WASSERMANN'a wykazuje tło dziedziczno-syfilityczne w wielu sprawach chorobnych dziecięcego układu nerwowego.

W dyskusji nad odczytem SPRINGER'a BYCHOWSKI zwraca uwagę, że ponieważ w przypadkach wiądu rdzenia odczyn WASSERMANN'a znajdujemy tylko u 70—80% przypadków, przeto syfilis gra tu rolę ważną, lecz nie wyłączną.

ROTSTADT: Obok niezawsze pewnej próby WASSERMANN'a należy zawsze badać morfologicznie płyn mózgowo-rdzeniowy.

2) DYDŹYŃSKI L. „Badanie graficzne skurczów mięśniowych w stanach normalnych i patologicznych. O odczynie zwyrodnienia na podstawie badań myograficznych“.

Mówca nie poprzestawał na określaniu charakteru krzywej jednego tylko skurczu mięśniowego, jak to miało miejsce dotychczas, lecz brał pod uwagę krzywe dwu, szybko po sobie następujących skurczów mięśniowych. Autor wykazał, że krzywe te różnią się jedna od drugiej i że różnice te inaczej się przedstawiają w stanie normalnym mięśnia, inaczej zaś, gdy ulega on zmianom patologicznym. W stanie normalnym krzywa skurczu drugiego wykazuje okres utajonej energii krótszy, wysokość zaś fali skurczowej nieco większą, aniżeli na krzywej poprzedzającej. W przypadkach, kiedy istnieje t. zw. odczyn zwyrodnienia mięśnia, rzecz dzieje się odwrotnie.

3) ROTSTADT J. „O potrzebie ustalenia metody badania mięśni patologicznych“.

Mówca zastanawia się nad pracą SCHIEFFERDECKER'a, który w 1903 r. wprowadził sprawę metody badania włókna mięsnego w nowy okres rozwoju. Zasadniczą regułą badania winno być zestawienie w każdym poszczególnym przypadku włókna chorego z normalnym, wziętem z osobnika tego samego wieku, w tych samych warunkach, z tego samego miejsca i opracowaniem w ten sam sposób. Badać należy materiał żywy, świeży i utrwalany w alkoholu, w płynie JONES'a, ZENKER'a, sublimacie i kwasie osmowym. Wnioskowanie o przeroście, zaniku, wielkości, wymiarach wogóle, objętości, masie jąder, włókien, włókienek i innych elementów biologicznych winno w każdym poszczególnym przypadku oprzeć się na badaniu bardzo znacznej liczby włókien. Wymiary szerokości włókien należy zarzucić jako nieścisłe i dające fałszywe dane. Należy natomiast wymierzać przecięcia poprzeczne włókien i jąder, ich płaszczyzny. Dla ułatwienia ugrupowania i posilkowania się ogromnymi danymi cyfrowymi, należy sprowadzać dane odpowiednich kategorii do wspólnego mianownika i wyrażać się w odsetkach. Mówca przytacza za SCHIEFFERDECKER'em inne wielkości wymiarowe, które służą jako normy porównawcze.

4) ORZECZOWSKI K [Lwów]. „O sztucznym wywoływaniu i usuwaniu t. zw. porażen peryodycznych“.

Autor wykonał szereg doświadczeń w kilku przypadkach porażenia peryodycznego z zastosowaniem adrenaliny i pilokarpiny pod postacią zastrzyknięć podskórnych, w jednych przyspieszając wystąpienie napadów, w innych przecinając napady. Autor szczegółowo przypadki swe opisał pod względem klinicznym, kładąc nacisk na drobiazdzowe badanie moczu.

W dyskusji nad odczytem ORZECZOWSKIEGO FLATAU podkreśla doniosłość wydzielin gruczołowych w patogenecie chorób nerwowych.

KOPCZYŃSKI zaleca ostrożność w podobnych badaniach z użyciem pilokarpiny wobec różnorodnej wartości preparatu, wobec działania kumulacyjnego preparatu i wobec idyosynkrazji niektórych chorych względem tego środka.

Biro przypomina o podobnych poglądach na rozpatrywaną chorobę, wypowiedzianych przez GOLDFLAMA, którego zdaniem chodziło tu o autointoksykację czyli samozatrucie.

ORZECZOWSKI odpowiada, że chorzy na porażenie okresowe dobrze znoszą pilokarpinę.

5) KOPCZYŃSKI St. „O postępującym połowicznym zaniku twarzy“.

Mówca przedstawił 3 przypadki, a opisał i pokazał fotogramy jeszcze dwu przypadków postępującego połowicznego zaniku twarzy (*hemiatrophia*

faciei progressiva), podniósł rzadkość cierpienia i poddał krytyce różne teorie i poglądy na to cierpienie: 1) pierwotne cierpienie skóry [BITOT], 2) działanie miedźcowe jodu, drażącego przez zęby zepsute, przez ranę na skórze [MOEBIUS], 3) następstwo zapalenia nerwu trójdzielnego [MENDEL, LOEBL i WIESEL], 4) następstwo uszkodzenia nerwu sympatycznego [OPPENHEIM, JACQUET, BOUYEYRON, SOUQUET], 5) zboczenia w rozwoju zarodkowym [FISCHER], 6) *periependymitis* w rdzeniu przedłużonym i moście VAROLA [BRISAUD, CALMETTE PAGE'S]. Zdaniem mówcy najbliższe prawdy są dwa ostatnie poglądy. Mówca wspomina o leczeniu kosmetycznem [wstrzykiwanie pod skórę parafiny]; pomyślny wynik tego demonstruje na swej chorej.

W dyskusji nad odczytem KOPCZYŃSKIEGO:

CZŁAPOWSKI podkreśla brak u chorych zmian w żuchwie.

PAŃSKI podnosi łączność tej choroby z padaczką, co wskazuje na pochodzenie sprawy centralne.

NUSBAUM obserwował również powikłanie tej choroby przez padaczkę i przez zanik mięśni.

BIRO: Wobec zmian wybitnych w kościach w tej chorobie, nie może być mowy o łączności tego cierpienia z zanikiem mięśni postępującym.

KOPCZYŃSKI St. odpowiada, że powikłanie połowiczego zaniku twarzy przez padaczkę jest znane, lecz nie tak częste: na 64 chorych mówcy, tylko w jednym przypadku istnieje padaczka.

6) LEŚNIEWSKI A. „W sprawie gruczołów przytarczycowych“.

Mówca rozpatrzył anatomię, histologię gruczołów przytarczycowych i podał wyniki swych badań doświadczalnych nad przeszczepianem przytarczyc u zwierząt, które w niektórych przypadkach zabezpieczało zwierzęta zupełnie od niepomyślnych skutków wycięcia wszystkich przytarczyc. Mówca wstrzykiwał też sole wapniowe w przypadkach tężyzki pooperacyjnej i widywał niewątpliwie przemijające uspokojenie tych objawów.

W dyskusji nad odczytem LEŚNIEWSKIEGO:

ORZECHOWSKI wspomina o interesujących pod tym względem doświadczeniach FALTY, EPPINGER'a, YOSHIMURA'y i innych. Sam po podawaniu preparatów z przytarczycy skutków nie widział.

BOCHENEK: Gruczoły przytarczycowe embryonalnie powstają niezależnie; znaczenie ich sekrecji wewnętrznej nie ulega wątpliwości.

7) ZYLBERLASTÓWNA. O t. zw. „*Syndrome thalamique*“.

Zdaniem prelegentki następujące objawy charakteryzują to cierpienie:

- a) połowicze znieczulenie [niezmiernie wyraźne obniżenie czucia głębokiego, mniej zaznaczone czucia powierzchownego],
- b) lekki, szybko ustępujący niedowład połowiczy [przy braku objawu BABIŃSKIEGO],
- c) połowiczy bezład i astereognozya,
- d) silne i trwałe bole,
- e) ruchy płasawicz-atetotyczne.

Wszystko to przemawia za wyodrębnieniem tego syndromu, jako jednostki chorobowej.

8) ŁAPIŃSKI WACŁAW. „Ortopedyczno - chirurgiczne leczenie porażień spastycznych u dzieci“.

Mówca rozpatrzył zaburzenia ruchowe pochodzenia mózgowego w wieku dziecięcym, ich stanowisko w neuropatologii i klasyfikację, podał zarys symptomatologii, etyologii i anatomii patologicznej, wskazał cele terapeutyczne: przywrócenie zachwianej równowagi pomiędzy inercją mózgową, a inercją rdzeniową mięśni, wzmocnienie czynności dowolnej, osłabienie czynności odruchowej. Jako środki terapeutyczne wymienił: mechanoterapię [mięsienie, gimnastyka, ćwiczenia na przyrządach]; zabiegi chirurgiczne [tenoto-

nia, tendektomia, redressement, przeszczepienia mięśni i nerwów]. W końcu podał wyniki tych zabiegów, opierając się na własnym doświadczeniu.

W dyskusyi nad odczytem ŁAPIŃSKIEGO:

KON STAN. zaleca poświęcić jeden ze zginaczy, a nie rozcinać ścięgna Achillesa, radzi leczenie następcze stosować dłużej, poleca operację FOERSTER'a.

ŁAPIŃSKI zgadza się na ważność leczenia pooperacyjnego.

9) PUŁAWSKI A. „Rokowanie i leczenie w chorobie GRAVES'a [BASEDOW'a]“. Praca ta drukuje się obecnie w „Gazecie Lekarskiej“.

W dyskusyi nad odczytem PUŁAWSKIEGO:

BRONOWSKI wspomina, że w niektórych miejscowościach Rosyi, gdzie się żywią głównie zepsutem mięsem i rybą, choroba ta panuje niemal endemicznie. B. podkreśla możność samozatrucia ustroju. U osób t. zw. „kulturalnych i wrażliwych“ B. spotykał objawy choroby BASEDOW'a bez wyraźnych powiększeń gruczołu.

BIRO: Przypadki samowyleczenia z tej choroby dodają otuchy, że kiedyś znajdzie się na nią środek. Chirurdzy operują często chorych z wolem, lecz nie z chorobą BASEDOW'a, stąd wrzekomo dobre wyniki.

PUŁAWSKI odpowiada, że choroba GRAVES'a w praktyce szpitalnej spotyka się b. rzadko. Leczenie chirurgiczne niekiedy leczy, inne środki pomagają, lecz nie leczą.

St. Kopczyński.

Wiadomości bieżące.

— W szeregu wydawnictw Gazety Lekarskiej wyszedł odczyt kliniczny dra med. A. SOKOŁOWSKIEGO p. t. „Nowoczesne metody rozpoznawania i leczenia gruźlicy płucnej“. [Ser. XVIII, Zesz. 6-y; ogólnego zbioru z. 210].

— W dniu 1-go b. m. odbyła się uroczystość założenia kamienia węgielnego pod nowobudujący się zakład dla umysłowo niedorozwiniętych i upośledzonych. Zakład ten, zostający pod opieką gminy ewangelicko-augsburskiej, mieścić się będzie przy ulicy Karolkowej na rogu Nowożytniej.

— Dr EUGENIUSZ PIASECKI został mianowany docentem prywatnym higieny szkolnej na wydziale lekarskim Uniwersytetu lwowskiego.

— Prof. dr JÓZEF SZPILMAN, rektor Akademii weterynaryjnej we Lwowie, obchodził w ubiegłym tygodniu jubileusz ćwierćwiekowej pracy.

— Towarzystwo przeciwgruźlicze otwiera w Otwocku stację dezynfekcyjną.

— Krakowski miejski urząd zdrowia ogłosił zapomocą plakatów wskazówki o konieczności utrzymania czystości na podwórzach, schodach, w sieniach i ustępach, oraz o konieczności przegotowywania mleka.

— IV międzynarodowy Zjazd w sprawie opieki nad obłąkanymi odbędzie się w Berlinie w październiku 1910 r.

— XI Zjazd imienia Pirogowa postanowiono odłożyć do kwietnia 1910 r.