

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O chorobie Parkinson'a, podał Z. Bychowski. (Dalszy ciąg). — **Kazuistka.** Przypadek wrodzonego wyciekania pęcherza moczowego, podał A. Wojnicz. — **Streszczenia i Wyciągi.** 81. O bólu grzbietu i krzyża. 82. O stosunku gonokoków do zapalenia rzeżączkowego. 83. O wpływie zastrzykiwań wewnętrznych wyciągu z pijawek na tworzenie się zakrzepów. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 19 Czerwca r. b. — Ze zjazdu laryngologów w Heidelbergu. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire d'articles originaux: 1) D-r Z. Bychowski—De la maladie de Parkinson. 2) D-r A. Wojnicz—Un cas de l'ectopie de la vessie urinaire.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r Z. Bychowski — Ueber Parkinson'sche Krankheit. 2) D-r A. Wojnicz—Ein Fall von Ectopia vesicae urinariae.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau—Oboźna str. 5.

Z POLIKLINIKI D-RA S. GOLDFLAMA.

O chorobie Parkinson'a

podał Z. Bychowski.

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr. 26).

Przypadki choroby PARKINSON'a, powikłane psychozami, są ogólnie znane³⁰⁾, więc tak samo może mieć miejsce kombinacja z nerwicami.

Przytaczamy na tem miejscu ciekawy przypadek choroby PARKINSON'a ze zmianami uczucia.

V. G-ski 50 l. Przed 2 laty (chory pierwszy raz był badany 22 IX. 92.) po kąpieli rzecznej doznał uczucia palenia w palcach stóp, które ustąpiło z lewej nogi, pozostało zaś w prawej, po której się rozszerzało aż na tułów. To uczucie gorąca w skórze w przytoczonych okolicach—aż do pępka—jest główną skargą chorego. Występuje ono w zamkniętej przestrzeni i dla tego chory skazany jest na ciągłe chodzenie; w nocy męczy się, nim znajdzie stosowne położenie, jęczy i przewraca się (to ostatnie skutecznia z trudnością, muszą mu pomagać). Każde dotknięcie, choćby zimnym przedmiotem, parzy go. Przed 4—5 laty upadł wraz z koniem nawznak i stracił wtedy przytomność. Najlepiej się czuje, gdy siedzi w tramwaju albo w wagonie kolei żelaznej.

Postawa zupełnie charakterystyczna, tułów zgięty w kablak, głowa sztywna, lewa ręka w położeniu *main d'accoucheurs*, wszystkie ruchy powolne; twarz nieruchoma, jak maska. W pewnym stopniu istnieje propulsja, przyczem następuje drżenie lewej nogi; czasem pada. Siada *tout d'une pièce*. Utrzymuje, że nie może tak prędko i dużo, jak poprzednio, mówić. Lewy odruch kolanowy wzmożony, silniejszy od prawego. Lewy objaw stopowy długotrwały.

³⁰⁾ Por. La paralysie agitante comme cause de folie, par Parant (Annales médico-psychologiques 1883 Juillet p. 43). BALL. De l'insanité dans la paralysie agitante, l'Encephale 1882. I. A. PEETERS. Paralysie agitante avec troubles intellectuels. Bul. de la soc. de méd. mentale de Belgique 1883.

Zmiany czucia tyczą się prawej dolnej kończyny i prawego dolnego półtułowia: koniec szpilki odróżnia od łebka, ale ukłucie bólu mu nie sprawia, zwłaszcza w porównaniu z drugą stroną; szczególnie jest to wydatne na kończynie prawej dolnej z przodu do fałdy pachwinowej, a z tyłu do *spina ilei post.*, gdzie ukłucie określa jakby dotknięcie palcem (zniesienie zmysłu bólu). Jeszcze wydatniejsza jest w tychże miejscach termanestezja: zimne zupełnie przedmioty chory odczuwa jako gorące, głównie na prawej dolnej kończynie, ale także, chociaż nie tak jaszkrawo, na dolnej części prawego półtułowia. Dotyk prawidłowy. Ciepłe przedmioty również wydają mu się gorącymi, gorące zaś letnimi. Ruchy zachowane, ale powolne. Siła gruba zachowana i znaczna. Zmysł mięśniowy zachowany. Lewa dolna kończyna zdaje się być trochę słabsza.

8 X. 92. Ruchy są mniej sztywne, czucie lepsze. Dla średnich temperatur ciepłych jest ono zachowane, choć nie tak dobrze odczuwane, jak po stronie lewej. Zastosowanie wyższych temperatur jest połączone po stronie prawej z przykrem uczuciem palenia, którego niema po stronie lewej. Zimne przedmioty sprawiają wciąż przykre uczucie palenia (jak i bardzo ciepłe). *Analgesia* nie jest dziś tak wydatna. Prawy objaw stopowy dziś wywołać się nie daje. Przepisano jod i mięsienie.

23 X. 92. Chory się czuje znacznie gorzej. Ale takie wahania ku lepszemu i gorszemu bywały i poprzednio. Zimne metalowe przedmioty dają na prawej kończynie uczucie ciepłych, a nawet gorących; na tułowiu z prawej strony, mniej więcej do wysokości pępka, toż samo wrażenie, ale połączone z przykrem uczuciem. Czuć bólowe mocno przytępione na prawej dolnej kończynie, także dla prądów elektrycznych. Uczucie gorąca, jakiego leżąc doznaje, chory objaśnia, jako pochodzące od pościeli, która niebawem zaczyna go parzyć; bywają także noce dobre, podczas których tego nie doznaje: może się przewracać, wyciągać i spać.

Pomimo tego, że w tym przypadku brakowało jednego z częstych objawów choroby PARKINSON'a—drżenia—rozpoznanie jednakże jest zupełnie uzasadnione. Gdy mowa będzie o objawach, przekonamy się, że znaczenie drżenia w chorobie PARKINSON'a było przesadzone. Zato bardzo charakterystyczne są parestezye chorego. Jest to prawie najczęstsza skarga wszystkich takich chorych, bo najwięcej im dokucza. Już CHARCOT wspomina o mękach, jakie taki chory przechodzi, dopóki nie wynajdzie sobie w łóżku jakiegoś niby wygodnego położenia i zmęczony nareszcie zaśnie, by wkrótce się znowu obudzić. Chociaż nie było u naszego chorego drżenia, układ mięśniowy był jednakże w wysokim stopniu dotknięty. Dowodziły tego: pochyłona naprzód figura, głowa sztywna, ruchy powolne, lewa ręka ułożona jak *main d'accoucheurs* i wreszcie ta typowa dla choroby PARKINSON'a twarz, jakby skamieniała, która często już zdaleka zmusza lekarza do wygłoszenia nieubłaganego wyroku. Ale, co zasługuje na szczególną uwagę, to zmiany w sferze czuciowej, przypominające z charakteru swego częściowe zniesienie czucia przy syringomyelii.

Widzimy więc, że choroba PARKINSON'a nie jest wyłącznie chorobą sfery ruchowej, lecz i sfery czuciowej, której zaburzenia czasami nawet występują na pierwszy plan. Dla analogii można byłoby przytoczyć wylewy w *capsula interna*, które po większej części wywołują połowiczne porażenie ruchowe (*hemiplegia*), czasami zaś zostawiają po sobie tylko połowiczne porażenie czuciowe (*hemiplegia sensitiva*),

Przytoczony przypadek jest jeszcze ciekawy i pod innym względem: mówię o tych wahaniami w nasileniu sprawy, które się tu dawały spostrzeżać. Widzimy to samo i w przypadku M. Ch. (N-r I), gdzie drżenie i bóle w początku choroby zjawiały się wybuchami, ustępując na pewien czas. Jest to szczegół, który niestety zamało bywa akcentowany w opisach choroby PARKINSON'a, a który jednakże posiada ogromne teoretyczne znaczenie. CHARCOT

wreszcie mówi o tem dosyć wyraźnie ³¹⁾, że w początku „drzenie może być przemijające“ (*passager, transitoire*). Dalej powiada: „Drzenie po kilkudniowym istnieniu może się poprawić, albo nawet zupełnie zniknąć. Ale nareszcie po całej seryi takich przemijających pogorszeń i polepszeń przyjmuje ono charakter stały. Taka faza początkowa może trwać do 3-ch lat“ ³²⁾.

Mniej więcej to samo mówi HEIMANN w swojej monografii ³³⁾. „Występuje nagle — powiada między innymi — bez wszelkiego widocznego powodu, przy zupełnym spokoju cielesnym i fizycznym, by wkrótce znowu i bez powodu zniknąć.“.

Wogóle choroba PARKINSON'a stopniowo i powoli usidla swą ofiarę, i przez to w wielu przypadkach chory nie jest w stanie określić dokładnie początku swego fatalnego cierpienia. „Od pewnego czasu — mówi zwykle taki chory — czuł jakieś drętwienie, osłabienie, drzenie etc. w tej lub owej kończynie, ale nie zwracał na to żadnej uwagi, bo to mu niewiele dokuczało, bo to kilka razy już miało miejsce“ i t. d. i t. d. Czasami takie uczucie drętwienia, osłabienie lub drzenie może trwać kilka (2—3) lat w jednej kończynie, nie dotykając innych. Bywają jednakże przypadki, gdzie w przeciągu kilku miesięcy sprawa chorobowa z pierwotnie dotkniętej kończyny przechodzi na inne. Zwykle górna prawa daje początek, poczem kolej przychodzi na dolną prawą. W przebiegu 3—4-ch lat sprawa — według spostrzeżeń GOWERS'a — może się ograniczać do jednej tylko połowy, poczem jednakże opanowuje i drugą połowę w tym samym, co poprzednio, porządku.

Tak mniej więcej przedstawia się ogólny szemat. Przejdźmy obecnie do tych licznych zboczeń od tego szematu, jakie napotykanie bywały.

Co się tyczy początku choroby, to znane są przypadki BERGER'a ³⁴⁾, gdzie przedstawiał się on w postaci napadu jakby apoplektycznego. U jednego z chorych BERGER'a, 55-letniego mężczyzny, po napadzie podobnym do apoplektycznego pozostał lewostronny niedowład; ale już po kilku tygodniach w odpowiednich kończynach wystąpiło typowe drzenie. Po 2-ch latach miał miejsce drugi taki napad, po którym drzenie w lewych kończynach się powiększyło. Ze względu na patognomoniczną postawę, napięcie mięśni, propulsję i wiele innych objawów rozpoznanie nie ulegało wątpliwości. Brak wszelkich zmian anatomicznych przy badaniu zwłok także potwierdził rozpoznanie choroby PARKINSON'a. Druga chora BERGER'a, która była dotknięta drzeniem przeważnie z prawej strony, często dostawała napadów jakby apoplektycznych, które nie zostawiały żadnych śladów. Po śmierci, oprócz stwardnienia tętnic i zmian starczych, nic patologicznego nie znaleziono. Analogiczne przypadki spostrzegał WESTPHAL, HEIMANN ³⁵⁾, EULENBURG i w. innych ³⁶⁾. (Oczywiście przychodzą przytem na myśl napady apoplektyczne, tak często spotykane przy *sclerosis disseminata*). Do szeregu takich przypadków należy niżej przytoczony.

VI. K. 60 lat. Przed kilku miesiącami, wstawszy w nocy dla oddania moczu, upadła. Wkrótce potem zaczęła źle mówić, ale porażenia nigdy nie było, żad-

³¹⁾ Ib. 164.

³²⁾ Ib. p. 166.

³³⁾ Ueber Paralysis agitans, p. 4.

³⁴⁾ Por. artykuł Paralysis agitans w encyklopedyi EULENBURG'a.

³⁵⁾ Ueber Paralysis agitans. Por. historje chorób N-ra XVI, XVII.

³⁶⁾ Por. De l'hémiplégie dans quelques affections nerveuses par Mlle Blanche A. EDWARDS. Paris 1889.

nych objawów mózgowych nie miała, najwyżej lekki zawrót głowy. Przed kilku dniami znowu w nocy upadła.

St. praesens. Postawa charakterystyczna. Ręce trzyma na brzuchu w łokciach zgięte, zbliżone do tułowia, głowa i tułów zgięte ku przodowi. Chód powolny, kroki małe; szurga podeszwami po podłodze. Trzęsienia żadnego niema i nie było, tak w spokoju jak i ruchu. Ten ostatni jest bardzo powolny. Twarz o jednostajnym smutnym wyrazie, fałdy nosowargowe głębokie. Język wysuwa powoli, podniebienie kurczy się dobrze; wydziela się nazewnątrż dużo śliny; łyka niedobrze, czasami nawet dusi się przy jedzeniu. Mowa niewyraźna, ale zrozumiała, przypomina mowę przy *paralysis bulbaris*, gałki oczne wystające (od dzieciństwa), wzrok krótki; źle sypia, z powodu męczącego ją uczucia gorąca. Siada *toute d'une pièce*, jakby upadła na krzesło. Odruchy kolanowe żywe.

Początek cierpienia w przytoczonym wyżej przypadku zupełnie przypomina napad apoplektyczny. Jednakże oprócz zaburzenia mowy, inne objawy ogniskowe nie wystąpiły, natomiast rozwinęła się w przeciągu kilku miesięcy typowa choroba PARKINSON'a, bez drżenia wprawdzie.

Przechodzimy teraz do opisu objawów w zajmującego nas cierpienia. Dzielą się one na zaburzenia czuciowe i ruchowe. Zmysły i sfera psychiczna tylko w wyjątkowych przypadkach przyjmują udział w chorobie. Zaburzenia w sferze ruchowej najbardziej zwracały na siebie uwagę autorów, bo one właśnie nadają piętno charakterystyczne cierpieniu. Są to przeważnie objawy podrażnienia w układzie mięśniowym, — podrażnienia, przedstawiającego się bądź jako sztywność, napięcie, bądź jako mimowolne drżenie. Oprócz tego występuje pewna powolność przy wykonywaniu ruchów dowolnych, zależna, jak zobaczymy, nie tyle od osłabienia mięśni, ile od ich naprężenia. Między myślą o danym ruchu, a jego wykonaniem przechodzi tu więcej czasu, niż w warunkach prawidłowych: chory doprowadza dany ruch do skutku, lecz trwa to daleko dłużej i wymaga większego z jego strony wysiłku, jak gdyby miał przezwyciężyć jakiś opór silny. Dzięki wymienionemu stanowi układu ruchowego *resp.* mięśniowego, dotknięci chorobą PARKINSON'a mają wygląd szczególny, wyjątkowy. Wskutek napięcia przednich mięśni szyi głowa przechylona jest naprzód, tworząc kąt z przednią ścianą klatki piersiowej. Ruchy boczne i wsteczne głowy są także bardzo ograniczone. Chcąc spojrzeć na bok albo po za siebie, chory taki musi się cały obrócić. Zależy to od napięcia mięśnia kapturowego (*m. trapezius*) i głębiej leżących mięśni. Podbródek czasami jest jakby przygwożdżony do deski piersiowej, w większości zaś przypadków nieco odstaje i głowa jakby wisi na szyi. Wreszcie i górna część tułowia przechylona jest naprzód, chociaż forma kręgosłupa wcale nie jest zmieniona. Przechodząc do kończyn, znajdujemy zmiany zwłaszcza w górnych. Ramię nieco odstaje od klatki piersiowej, przedramię jest mniej lub więcej zgięte w stawie łokciowym, tworząc nierzadko kąt prosty z ramieniem. Dłonie znajdują się w stanie lekkiego wyprostowania i pronacji i zbliżone są do tułowia, czasami jakby leżą wprost na brzuchu. Wskutek przewagi mięśni międzykostnych (*mm. interossei*) palce są zgięte w stawie napięstkowo-palcowym, w stawach zaś palcowych są wyprostowane. Bardzo typowy wygląd przyjmuje już dosyć wcześnie paluch i wskaziciel. Są one wydłużone i zbliżone jeden do drugiego tak, jak przy trzymaniu pióra podczas pisanja. Przy dłuższem trwaniu choroby ręka staje się prawie zupełnie podobna do ręki dotkniętej zniepodobniającem zapaleniem stawów. Mniej wybitne zmiany zachodzą w dolnych kończynach. Kolana są zbliżone i zwrócone nawewnątrż, stopy zaś przypominają nierzadko *pes equinovarus*. (D. c. n.).

KAZUISTYKA.

PRZYPADEK WRODZONEGO WYNICOWANIA PĘCHERZA MOCZOWEGO

Podał A. Wojnicz.

W roku 1882 „Gazeta Lekarska“ w Nr. 46 pod tytułem „Wady rozwojowe organów moczopłciowych“ umieściła trzy przykłady *ectopiae vesicae urinariae* z dołączeniem poszczególnych rysunków.

Pierwszy przypadek, podany przez Aleksandra BROCHOCKIEGO z Płockiego, dotyczył 13-letniego chłopca i polegał na tem, że przy rozejściu się kości łonowych było wypadnięcie pęcherza moczowego z zupełnem rozszczepieniem cewki moczowej (*epispadiasis completa*), a oprócz tego zanotowano: *hernia umbilicalis congenita*, *cryptorchia incompleta* przy prawidłowo rozwiniętej mosznie i na koniec brak gruczołu przyprątnego.

Drugi przypadek, podany przez D-ra WASSERZUGA z Płocka, dotyczył noworodka płci nieokreślonej. I tutaj kości łonowe rozstąpione, wypadnięcie pęcherza, a przy braku odbytu na właściwym miejscu otwór jego znajdował się na tylnej ścianie wynicowanego pęcherza (*fistula rectovesicalis congenita*) ponad ujściem moczowodów. Zastanawiając się nad płcią noworodka, autor bardziej się skłania do uznania płci za żeńską. Noworodek żył 56 godzin; autopsyi nie robiono.

Nareszcie trzeci przypadek podał D-r Władysław MATLAKOWSKI; dotyczył on 8-letniej żydóweczki nazwiskiem Kirschenzweig, jak się okazuje, pochodzącej z Lucka. Opis niezupełny, a rysunek szematyczny, robiony widocznie z pamięci, o czem łatwo się przekonać, porównyując go z obecną fotografią.

Traf zrządził, że po 12-tu latach ta sama chora zgłosiła się do mnie. Po dokładnem zbadaniu i odfotografowaniu zamierzyłem na tem miejscu uzupełnić opis D-ra MATLAKOWSKIEGO, tembardziej, że w spisie prac D-ra MATLAKOWSKIEGO, podanym w pierwszym zeszycie „Przeglądu Chirurgicznego“, figuruje ten opis jako oddzielny artykuł. Oto co napisał D-r MATLAKOWSKI o wspólnej naszej pacjentce:

„Na linii pośrodkowej brzucha widać guz ciemno-sino-wisniowej barwy, nierówno falisty, miękki, łatwo krwawiący; wielce charakterystyczna jest barwa błony śluzowej pęcherza, sinowisniowa, niepodobna do barwy żadnej innej błony śluzowej ustroju. Wśród wzgórków, pokrywających ów guz, widać dwa okrągławe, symetrycznie ułożone wgórki, z małymi otworkami, z których co chwila wycieka kroplami przezroczysty moczu. Są to ujścia moczowodów. Guz z łatwością można napowrót wcisnąć



do jamy brzusznej, skąd za łada powiększeniem ciśnienia w tej ostatniej wywija się nazewnątrz.

Przejsie błony słuźowej tak wypadniętego pęcherza w skóre ściany brzusznej stanowi niepodatna blizna, ograniczająca owalny otwór w ścianie żywota. Przez ścianę wypukłonego pęcherza wyczuwa się pętlíce nadętych kisék, wypełniających wynicowany pęcherz, przez który widać ruch robaczkowy jelit. Poniżej na linii pośrodkowej widać małą szparkę, prowadzącą do ciasnego kanału; jest to, zdaje się, wejście do pochwy. Po obu stronach widać małe, fałdowate, mięsiste wyrostki, jako zaczątkowe wargi sromne mniejsze.

Nakoniec poniżej tych ostatnich i cokolwiek od nich nazewnątrz widać symetrycznie leżące, pulchne, regularne półkoliste narośle, jako ślad nierozwiniętych warg sromnych większych. Kości łonowe ze sobą nie spojone; inne stosunki wównętrżno, dotyczące jajników, macicy, pochwy i odbytnicy, nie były badano.

Trzymając się tego samego porządku, podaję swoje spostrzeżenie. Wynicowany pęcherz przedstawia guz wielkości pięści 10-letniego dziecka. Błona słuźowa pęcherza nie krwawi; widocznie z biegiem czasu stała się mniej wrażliwą na wpływy zewnętrżne, kiedy takie manipulacyo, jak sondowanie moczowodów, odprowadzanie pęcherza do jamy brzusznej i napowrót, odbywają się bez utraty kropli krwi. Ta sama błona jest pokryta przezroczystym, ciągnącym się służem.

Pod wypadniętym pęcherzem obraz, dający złudzenie obnażonej części pochwowej macicy z otworem poprzecznym wielkości 1 ctm., jednak przy wprowadzeniu do niego zglębnika na głębokość $3\frac{1}{2}$ ctm. łatwo zrozumieć, gdzie się znajdujemy, ponieważ ruchy boczne są tak swobodne i obszerno, że trudno przypuszczać, aby to była jama macicy dziewiczej. Przekonanie to jeszcze się bardziej utrwali, gdy w czasie sondowania wejdzimy palcem do kiséki prostej; wtenczas wyczuwamy zglębnik przez cionką warstwę przogrody odbytniczo-pochwowej.

Następnie sprobowaliśmy wejść do pochwy naoliwionym palcem małym. Rękoczyn się udał z łatwością i bez najmniejszego bólu. Przy badaniu znaleziono: wejście do pochwy zwężone, błony dziewiczej niema, część pochwowa macicy dziewicza, zwrócona na lewo, ciało zaś na prawo. Przy badaniu przez odbytnicę okazało się, że macica nie jest skrzywiona, tylko we wspomnianym kierunku uniesiona ku górze i tak umocowana (nieruchoma). Pierwsze wrażenie, jakie otrzymujemy przy obmacywaniu macicy, jest, jakbyśmy mioli przed sobą macicę jednorożną: szyja macicy cionka, długa, lecz kiedy sięgniemy do dna macicy, wyczuwamy wtenczas właściwe kształty gruszek, od której w obydwie strony odchodzą jajowody wraz z więzami. Jajników wyczuć nie mogłem.

Sutki miernie rozwinięte. Kości łonowe rozstapione na odległość 6 ctm. Pępka wcale niema. Międzykrocza skórą pokrytego niema, lecz od otworu pochwy do odbytnicy ciągnie się błona słuźowa, jakby dalszy ciąg tylnej ściany pochwy. Odbyt prawidłowy. Z pochwy żadnej wydzielin y niema.

Dane ogólniejszej treści, dotyczące Zieli Kirschenzweig, są następujące: Zajęcie—ciężka praca służącej; wiek lat 20; wzrost 138 ctm., budowa kośćca prawidłowa, mięsio rozwinięte dostatecznie, tkanki podskórnej dosyć.

Sfera psychiczna i nerwowa w stanie prawidłowym i wszystkie inne narządy funkcyonują prawidłowo. Miesiączkowanie zaczęło się w 14 roku życia i odtąd powtarzało się co miesiąc, trwając po 4—5 dni. Wymiary miednicy: S.S. 23 ctm., C.C. 25 ctm. Mocz, wypływający z moczowodów, jest czysty, koloru jasnej słonki; odczyn słabo kwaśny, prawie obojętny. Mocz się rozkłada bardzo prędko, wydzielając amoniak. Ciężar właściwy moczu, zebranego wprost z moczowodów, 1005. Odczyn na białko i cukier daje wyniki ujemne.

Chora przebyła ospę, tyfus i często miewa dreszcze, będące w związku, jak mówi, z owrzodzeniami na wargach dużych, pośladkach i udach, które powoduje ściekający mocz.

Nie zawsze opisana wada występuje w tym stopniu, jak to z przytoczonych przykładów widzimy. Dla tego też niektórzy autorowie, jak WINCKEL¹⁾, rozróżniają 3 stopnie *ectopiae vesicae urinariae*: 1) *fissura vesicae inferior*, szczelina w dolnej części pęcherza moczowego przy spojeniu łonowem nierozzerwanem; 2) *fissura vesicae superior*, szczelina w górnej części pęcherza również przy zamkniętym pasie miedniczym; 3) *eversio vesicae urinariae*, brak przedniej ściany, przy rozszczepieniu przedniej ściany brzusznej, spojenia łonowego i narządów płciowych, jak tego przykład mamy w naszym przypadku. Następnie wada wypadnięcia pęcherza moczowego występuje prawie zawsze wraz z innymi wadami wrodzonymi, i niekiedy te ostatnie decydują o zdolności osobnika do życia.

W 1891 roku kolega Zygmunt MONSIORSKI umieścił w „Gazecie Lekarskiej“ Nr. 47 opis *ectopiae vesicae urinariae* u mężczyzny 44-letniego (rolnika), gdzie oprócz zjawisk podobnych do przypadku kolegi BROCHOCKIEGO mamy dwustronną przepuklinę pachwinową.

Jednocześnie istnieje niekiedy brak otworu stolcowego, albo nienormalna liczba otworów stolcowych, wszelakie przepukliny, opadnięcie trzew, skrzywienia kręgosłupa, *spina bifida*, warga zajęcza i t. d.

Omawiana wada jest dość rzadkiem zjawiskiem, a jeśli się zdarza, to częściej u mężczyzn, niż u kobiet.

Na tegorocznem kwietniowem posiedzeniu Towarzystwa lekarzy w Moskwie, MILLER, przedstawiając 3-miesięczne dziecko płci męskiej z „*ectopia vesicae urinariae* (3 stopień według WINCKEL'a) *cum hernia bilateralis complicata*“, przytoczył dane ze statystyki moskiewskiego domu wychowawczego, z których dowiedzieć się można, iż w ciągu 22 lat na 304,224 dzieci przypada 9 z pomienioną wadą, a między nimi 6 płci męskiej i 3 żeńskiej.

Jakkolwiek mężczyźni, dotknięci wadą rozwojową pęcherza 3-go stopnia, nie zdolni są do życia płciowego, to o kobietach należy mniemać odwrotnie: jeśli narządy płciowe funkcjonują tak, jak np. u naszej pacjentki, to niedorozwój pochwy nie stanowi przeszkody do zapłodnienia. NÉLATON w swojej Chirurgii (Tom IV) przytacza przykłady, gdzie kobiety z podobną wadą rodziły zupełnie prawidłowo.

Dane, dotyczące sposobów powstawania omawianego kalectwa, nie są jeszcze w zupełności ujawnione.

Luck, 30 Maja 1894 r.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

81. S. ERBEN. **O bólu grzbietu i krzyża.** Ból ten występuje w rozmaitych chorobach a przeto rozmaite może mieć znaczenie. Autor radzi trzymać się pewnego systemu w celu oznaczenia przyczyny tego objawu, który bardzo często przyjmowany bywa jako oznaka gośca.

Nasamprzód należy obejrzeć okolice grzbietową i przekonać się, czy niema tam półpaśca lub czy który z wyrostków ciernistych zbytnio nie wystaje z pomiędzy innych (*spondylitis*). W braku tych objawów należy zmierzyć ciepłotę ciała, gdyż bóle wzdłuż grzbietu, ewentualnie krzyża, występują często podczas chorób gorączkowych, niekiedy stanowią jeden z pierwszych objawów choroby (ospa).

¹⁾ Prof. HERMANN TILLMANN. Chirurgii szczegółowej część II. str. 789.

Po tych krokach przedwstępnych należy zbadać wszystkie narządy wewnętrzne, przyczem często już wpadniemy na przyczynę bólu. Będzie to albo świeże zapalenie płuc lub opłucnej, albo też otok powietrzny lub ograniczone zapalenie opłucnej, zależne od zajęcia wierzchołka płuc przez gruźlicę. W ostatnim przypadku ból umiejscawia się pomiędzy łopatkami, u młodych przeto osobników dziedzicznie obarczonych stanowi on ważny objaw.

Z drugiej znów strony ból grzbietu, zależny od innej przyczyny (nerwoból, dystorsja kręgosłupa, gościec mięśniowy), oraz duszność i wzmaganie się bólu przy głębokim oddechu, mogą dać powód do błędnego rozpoznania zajęcia wierzchołków, tam gdzie tego niema. Zdarza się także, że do stwierdzonego już uprzednio zajęcia płuc przyłącza się później ból grzbietu; wtedy, w braku zajęcia opłucnej, możemy rozpoznać nerwoból międzyżebrowy; umiejscowiony on bywa między 1 a 6 kręgiem piersiowym (o rozpoznaniu będzie mowa niżej).

Jeżeli obok bólów tych wystąpią długotrwałe zaburzenia w połykaniu, to będą świadczyły o istnieniu sprawy chorobowej w śródpiersiu tylnym (tętniak, rak przełyku).

Ból grzbietu między 5 a 9 kręgiem znajdujemy często w cierpieniach żołądka, kiszek, wątroby i śledziony; rzadko bywa on silny i rzadko przeszkadza ruchom. Zależy on od nerwobólu lewych nerwów międzyżebrowych; częstość jego występowania tłumaczy się związkami nerwów współczulnych, rozgałęziających się w trzewach, z nerwami kręgów za pośrednictwem zwojów międzykręgowych. Najczęstszą przyczyną jest tu zaparcie stolca, na które zawsze należy zwrócić uwagę i które zawsze usuwać należy, aby sytuację wyjaśnić. To samo tyczy się przewlekłego nieżytu żołądka, niestrawności nerwowej, niedomogi i wrzodu żołądka oraz raka i bliznowatego zwężenia tego narządu.

Przy chorobach nerek, szczególnie przy kolce nerkowej ból krzyża schodzi na drugi plan wobec innych bólów i objawów. Nerka ruchoma powoduje często ból grzbietu na wysokości 4 dolnych kręgów piersiowych. Jeżeli taki ból przyłączy się do cierpienia pęcherza, świadczyć to będzie o powikłaniu cierpieniem nerek, albo też o zacieku moczowym, który może sięgnąć powyżej lędźwi; zdradzi go wtedy obrzmienie, odgłos bębniasty i bulgotanie.

Cierpienia narządu rodnego u kobiet rzadko wywołują bezpośrednio ból krzyża, częściej natomiast w kościach kulszowych; jeżeli jednak dłużej trwają, wywołują posuwanie się bólów ku górze; występują wtedy objawy ze strony żołądka, kiszek i serca, do których przyłącza się ból krzyża. Rozwija się obraz t. zw. *irritatio spinalis*.

Wykluczwszy wszystkie te cierpienia, nie możemy jednak jeszcze rozpoznać „gośćca”, szczególnie jeżeli ból trwa już dawno. Możemy w danym przypadku mieć do czynienia z błednicą lub niedokrwistością; ból zajmuje tu zwykle okolicę międzyłopatkową, wyrostki cierniste są bolesne, przy ucisku tak samo są bolesne wszystkie kości, pokryte tylko skórą. W początku rozmiękczenia kości (*osteomalacia*) mamy także ból grzbietu. W braku zmian w kręgosłupie i miednicy należy u starszych kobiet zwrócić uwagę, czy ból grzbietu i utrudnienie w chodzeniu wracały z coraz większym natężeniem podczas każdej ciąży, a znikwały w przerwach. Bóle grzbietu poprzedzają gwałtowne bóle krzyża. Niektóre kości są wtedy bolesne przy ucisku, mięśnie ksołne uda są lekko przykurczone, a mięsień biodrowo-lędźwiowy jest w stanie niedowładu.

Ból grzbietu zależeć także może od rzadko coprawda zdarzającego się gośćca stawów kręgowych, który cechuje się obrzmieniem skóry i uczuciem tarcia przy ucisku i ruchach. Nadwichnięcie stawów kręgowych cechuje się znów bólem przeważnie krzyża, przyczem każdy ruch sprawia wyraźne zeszytnienie kręgosłupa, a obciążanie ramion ból powiększa.

Zapalenie mlecza oraz jego opón jako przyczynę bólu grzbietu można łatwo wykluczyć; przy *pachymeningitis* mamy obok bólu i sztywność grzbietu, bóle rozpromieniają się w stronę ramion, mamy kurcze i przykurczenia palców. Początek wiađu rdzenia łatwo poznać: oprócz znanych objawów mamy ból opasujący brzuch.

Ból grzbietu (*rashialgia*) jest częstym objawem histeryi. Siedliskiem jego jest okolica międzyłopatkowa albo kąt łopatki (jednostronnie lub obustronnie), albo też wyrostki cierniste; lekki ucisk zwiększa ból, ten sam skutek wywołuje

pociąganie ciepłą gąbką lub katodą prądu galwanicznego umiarkowanego natężenia. Skóra wokoło miejsca bolesnego jest nadczuła. Inne zresztą objawy wyraźnie wskazują historię.

Jeżeli oprócz bólu grzbietu istnieją lub istniały takie objawy, jak ból głowy, niepokój, bezsenność, brak humoru, chłodne ręce, potliwość, bicie serca, zaburzenia żołądkowe, kolki, parcie na mocz i t. d., rozpoznajemy *irritatio spinalis*. Bóle są tu gwałtowne, zwiększają się przy ucisku lub występują dopiero pod jego wpływem i są bardzo stałym objawem tego cierpienia.

Jeżeli zdołaliśmy wszystkie powyższe sprawy wykluczyć, wtedy przychodzimy do przekonania, że mamy do czynienia z bólem jako chorobą, a nie z jednym z objawów choroby. Najczęściej okazuje się, iż ból zależy od nerwobólu międzyżebrowego albo od gośćca mięśniowego. Odróżnienie nie jest łatwe, gdyż objawy są tu bardzo podobne. Przy nerwobólu nigdy nie brak oznak przedmiotowych. Należy w odpowiednich miejscach szukać ograniczonych miejsc czułych na ucisk, wywartych w bliskości kregosłupa, w linii pachowej i z przodu w bliskości linii środkowej. Miejsca bolesne i odpowiednia przestrzeń międzyżebrowa są nadczułe przy pociąganiu po nich paznokciem. Lewa połowa ciała częściej bywa zajęta; symetrycznie ból nie występuje. Nie jest on wyraźnie zależny od ruchu, znajdujemy go i przy spokoju; trwa krótko i łatwo daje się usunąć. Niekiedy stanowi wstęp do rwy kulszowej. Chorzy wskutek sztywności grzbietu dają niekiedy obraz *opisthotonus*, lecz nie w tak wysokim stopniu jak przy tężcu. Ból rzeczony może także towarzyszyć rozmaitym cierpieniom klatki piersiowej i brzucha; stosownie do tego znajduje się na rozmaitej wysokości grzbietu.

Daleko rzadziej bywa ból grzbietu zależny od gośćca mięśniowego. Ból tu ustaje lub się zmniejsza podczas spokoju, nie mamy punktów bolesnych, lecz cały mięsień jest bolesny na ucisk.

W końcu autor zadaje sobie pytanie, czy można poznać udawanie bólu grzbietu. Jeżeli zdołamy wykluczyć wszystkie inne cierpienia, a pozostanie tylko gościec mięśniowy, wtedy radzi autor niespodzianie dla chorego mocno brzuch jego nacisnąć. Jeżeli przytem występuje wyraźny skurcz mięśni grzbietu, to chory powie nam, że przy ucisku na brzuch uczuł ból w grzbiecie, co przemawia za potwierdzeniem słów jego. Jeżeli jednak skurczu tego nie zdołamy wywolać, to nie wynika z tego jeszcze, że chory kłamie. Drugi sposób polega na tem, ażeby zastosować na bolesne miejsce pendzel faradyczny: *duobus doloribus simul abortis non in eodem loco, vehementior obscurat alterum*. Chory na gościec po tym rękoczynnie czuje natychmiastową ulgę, przy symulacji zaś pozostanie mu jeszcze uczucie bólu, które nam chory opisze jako powiększony ból pierwotny.

(*Wien. med. Presse* 1894. N. 25).

Klejn.

82. TOUTON. O stosunku gonokoków do zapalenia rzeżączkowego. Praca powyższa, stanowiąca referat, odczytany na kongresie XI w Rzymie, obejmuje w sobie historię badań o stosunku gonokoków do anatomo-patologicznego obrazu rzeżączki i jej powikłań, a więc streszczenie teorii BUMM'a, że zakażeniu rzeżączkowemu ulega jedynie nabłonek cylindryczny, i streszczenia prac licznych uczonych, a przede wszystkim WERTHEIM'a, zwalczających pogląd powyższy. Zestawiono tu wyniki prac, wykazujących stosunek gonokoków do nabłonków, przybłonków, tkanki łącznej, rolę ciałek białych, prawdopodobne przyczyny—rzadkich zresztą—powikłań, wreszcie istotę tak zw. zakażeń mieszanych. Wnioski, do jakich dochodzi autor, są następujące:

- 1) Gonokoki są przyczyną zapalenia rzeżączkowego.
- 2) Rozpoznanie tej sprawy należy potwierdzać wykazaniem mikroskopowem gonokoków. Badania mikroskopowe, dokonywane podczas przebiegu cierpienia, winny być probierzem stanu choroby i skuteczności zabiegów leczniczych.
- 3) Aby stanowczo wyłączyć obecność gonokoków, należy dokonywać częstych poszukiwań mikroskopowych; pożyteczne tu jest poprzednie podrażnienie błony śluzowej zajętej. W wielu, szczególniej zastarzałych przypadkach znajdujemy niedostrzeżone przedtem gonokoki.
- 4) W rzadkich jedynie przypadkach należy w celu ścisłego rozpoznania uciekać się do hodowli czystej. Ma to miejsce wtedy, gdy pod mikroskopem znaleziono jedynie podejrzaną postać uwsteczniłą, jak to bywa np. w ropie ze stawów lub jajowodów.

5) Wszystkie rodzaje nabłonków mogą być miejscem wtargnięcia i rozwoju gonokoków. Odpornym jest zrogowaciały, nienaruszony naskórek.

6) Tkanka łączna, pokryta bądź nabłonkiem, bądź przybłonkiem, może być również napastowana przez gonokoki, a za drogi rozpowszechnienia pasorzytów służą przestrzenie chłonne.

7) Czynnikiami usposabiającymi do rozwoju gonokoków są: a) przekrwienie, miękkość i soczystość tkanek, szerokie przestrzenie międzykomórkowe i przestrzenie sokowe; b) nieznane co do istoty swej warunki chemiczne.

8) Czynniki te mogą być: a) wrodzone, szczególnie w stosunku do innych osobników; b) zależne od wieku osobnika; c) zależne od poprzednich okoliczności szkodliwych; d) wytworzone wskutek szczególnej, wysokiej własności chemotaktycznej gonokoków.

9) Zakażenie rzeźączkowe jest przy pospolitem zakażeniu zzewnątrz przedewszystkiem cierpieniem nabłonka z jednoczesnym ropnem zapaleniem podległej tkanki łącznej. Rozwój gonokoków w przestrzeniach międzykomórkowych, pęcznienie komórek nabłonkowych z utratą zdolności zabarwienia jąder, wypełnienie przestrzeni międzykomórkowych ciałkami ropnemi, rozluźnienie łączności komórek nabłonkowych, złuszczenie się ich i rozpad — oto jest, obok drobnokomórkowego nacieczenia w tkance łącznej, obraz sprawy w zajętej tkance. Możliwe jest obnażenie zupełne tkanki łącznej po utracie nabłonka; według DINKLER'a może tu nastąpić zgorzel jej powierzchni, zakrzep i zgorzel naczyń. Przy krótkotrwałej i powierzchownej sprawie następuje zupełna *restitutio ad integrum*, cierpienia dłuższe i głębsze kończą się skurczeniem tkanki. Tkanka łączna, pokryta przybłonkiem, posiada wysoką dążność do zdrowienia pod postacią tworzenia zrostów między dwiema powierzchniami.

10) Gonokoki mogą być przyczyną zamiany jednego rodzaju nabłonka na inny; taka zamiana może w niektórych przypadkach stać się powodem wytworzenia skłonności do rozszerzania się sprawy.

11) Niekiedy w pobliżu zapalenia spotykamy przerost nabłonka; taki nabłonek przy dłuższym trwaniu sprawy zapalnej rozpada się wskutek maceracji, a obnażenie tkanki łącznej stanowi wtedy nadżarcie.

12) Komórki tkanki łącznej mogą również rozmnażać się pod wpływem gonokoków.

13) Wszystkie powikłania, występujące w oddalonych częściach ciała wślad za rzeźączką pierwotną, również jak choroby narządów sąsiednich z pierwotnym ogniskiem, należy uważać za wywołane przez gonokoki i ich toksyny.

14) Ciała białe nie są fagocytami względem gonokoków, a pomagają one jedynie do wydalenia pasorzytów nazewnątrz; gonokoki rozmnażają się tak dobrze w ciałkach białych, jak w przestrzeniach tkankowych i przestrzeniach chłonnych.

15) Przy rzeźączce może mieć miejsce zakażenie mieszane, ale do wywołania powikłania nie jest ono konieczne. Przy głębokim zropieniu (zgorzeli) tkanki łącznej często się zdarza zakażenie wtórne bakteriami ropotwórczymi, ale powierzchowne ropienie tkanki łącznej, pokrytej pierwotnie nabłonkiem, mogą wywołać po zniszczeniu nabłonka gonokoki same.

W każdym razie, zniszczenie tkanki, dokonywane przez gonokoki, jest znacznie mniejsze i mniej gwałtowne, aniżeli wywołane przez inne czynniki ropotwórcze.

(Berl. Kl. Woch. 1894, N-r 21—23).

A. Ż.

83. SAHLI. O wpływie zastrzykiwań wewnątrzylnych wyciągu z pijawek na tworzenie się zakrzepów. Jest to streszczenie pracy, dokonanej przez EGUET'a pod kierunkiem autora. Pierwszy HAYCRAFT wykazał, że pijawka wydziela w swej głowie ciało, które, dodane do krwi w postaci wyciągu, przeskadza do jej ścinania; ciało to rozpuszcza się w wodzie, nie rozpuszcza w alkoholu, nie jest trujące dla ssaków, a wprowadzone do ich ustroju, wydziela się z moczem. Właściwość wyciągu polega według HAYCRAFT'a na niszczeniu zacinu włóknikowego bez wprowadzenia jakiegokolwiek zmiany morfologicznej we krwi. Nastąpiły później inne prace, a LANDOIS zaproponował dodawanie wyciągu do krwi przy jej przelewaniu, aby uniknąć odwłókniania.

Wobec pracy HANAU'a, wykazującej związek tworzenia się zakrzepów ze ściśnięciem krwi, ciekawe było zbadać, jakim sposobem powstają zakrzepy u zwie-

rzęcia, któremu wprowadzono do krwi wyciąg pijawek. Celem teoretycznym było rozwinąć dalej poglądy HANAU'a, praktycznym zaś—przekonać się, czyby nie można używać wyciągu przy chorobach, którym towarzyszy właśnie tworzenie się zakrzepów i zawałów, jak np. przy wadach serca.

Doświadczenia robiono na królikach. Chodziło przede wszystkim o wynalezienie takiego sposobu, któryby napewno w określonym czasie i miejscu wywoływał zakrzep. Osiągnięto to, wprowadzając szczecinkę przez *v. maxillaris externa* do *v. jugularis externa* i utrwalając ją przy pomocy podwiązania. Po 10-u minutach zjawiał się zawsze równomierny, różowo-biały zakrzep. Dalej należało określić, jaka ilość główek pijawek jest potrzebna do usunięcia ścinania się krwi. Używano w tym celu świeżego naparu z główek jako najsilniejszego; napar z jednej główki czyni 20 — 25 ctm. sz. krwi króliczej niezdolną do ścięcia na przeciąg dni ośmiu. Aby ocenić wpływ naparu na zakrzepy, wprowadzano szczecinkę do żyły, po 15—20 minutach, gdy zakrzep już się utworzył, zastrzykiwano wyciąg i zaraz wprowadzano szczecinkę do żyły z drugiej strony, wreszcie po upływie 20—40 minut zabijano zwierzę i oglądano żyły. Przypuszczając, że wyciąg pijawek działa w taki sam sposób na zakrzepy, jak na ścinanie się krwi, wprowadzano go taką ilość, aby na każde 20 ctm. krwi wypadła jedna główka. Okazało się, że w tych warunkach zakrzepy nie tworzą się nigdy. Ponieważ krew krążąca opiera się ścinaniu lepiej, niż krew zewnątrz naczyń, więc należało przypuszczać, że i mniejsze dawki wyciągu okażą takie same działanie. Rzeczywiście trzy razy mniejsze dawki wystarczają do powstrzymania tworzenia się zakrzepu w przeciągu przynajmniej 40-tu minut. Długotrwałość działania wyciągu jest ograniczona, nadzwyczaj bowiem szybko wydziela się on przez nerki; widać to po czarniawem zabarwieniu moczu, pochodzącem wskutek tego, że sam wyciąg jest bardzo mocno zabarwiony.

Doświadczenia te wykazują, że przy tworzeniu się zakrzepów potrzebne jest koniecznie ścięcie krwi; nie narusza to w niczem naszych pojęć o roli białych ciałek i płytek krwi w powstawaniu tego zjawiska. Rzecz ta ma się prawdopodobnie w ten sposób, że wyciąg pijawek utrudnia nie tylko rozpad elementów powyższych, usuwając zarazem możliwość ścinania się krwi, lecz przeszkadza do gromadzenia się ich w danem miejscu. Poglądy zatem HANAU'a znajdują w niniejszych doświadczeniach poparcie.

Co do oceny leczniczej wartości tego środka, to nic pewnego powiedzieć się nie da. Warunkiem pierwszym jest, aby w ilościach znacznych wyciąg nie był dla człowieka trucizną. Wiadomo jedynie, że królikom można zastrzykiwać bardzo wielkie ilości wyciągu bez żadnej szkody dla ustroju. Należy również nieść wzgląd na to, czy wyciąg pijawek wobec tego, że zastosowanie lecznicze mieć on może głównie przy zaburzeniach krążenia, nie obniża ciśnienia krwi, tak jak pepton, który również niszczy własności ścinania się, choć co prawda należy go zadawać w dawkach trujących. Przeszkodą do leczniczego stosowania może być i wpływ krótkotrwały wyciągu, wymagający powtarzania i tak już wielkich dawek, dla człowieka bowiem wagi około 130 funtów należy zużyć 80—90 główek naraz,—wreszcie trudność w otrzymaniu tak obfitego materiału.

(Centr. f. inn. Med. 1894. N-r 22).

A. Ż.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 19 Czerwca r. b.

TREŚĆ: 1) JAWDYŃSKI — przedstawienie chorego z bardzo rzadkiem obrażeniem nerwu pośrodkowego i tętnicy ramiennej. 2) RYCHLIŃSKI — przedstawienie mózgu osobnika dotkniętego padaczką lewostronną, oraz dokończenie odczytu p. t. „Przyczynek do nauki o padaczce JACKSON'a”. 3) Dyskusya z powodu chorej demonstrowanej przez kol. Mikołaja BRUNNER'a (*chorea rhythmica*).

1) Kol. JAWDYŃSKI przedstawił chłopca, lat 9 wieku mającego, który złamał prawe ramię. Wezwany lekarz w 4 dni po wypadku nałożył opatrunek gipsowy, po nałożeniu którego chłopiec zaczął uskarżać się na bardzo silny ból w całej ręce. Na drugi dzień bóle znacznie się zmniejszyły, wezwany ponownie lekarz znalazł wszystko

w porządku, lecz po upływie dni 10 tenże lekarz zalecił wyprostowywać dziecku palce u ręki chorej, co naprowadza na myśl, że już wówczas musiało być przykurczenie, czego po zwykłym złamaniu nie bywa. Po upływie 4-ch tygodni opatrunek gipsowy był zdjęty. Kość okazała się zrośniętą, lecz palce u tejże ręki były nadzwyczaj skurczone, tak, że paznokcie wpijały się w dłoń. Zalecono wtedy mięsienie, elektryzację, lecz wszystkie to zabiegi okazały się bezskutecznymi. W 4 miesiące po wypadku widział chorego po raz pierwszy kol. JAWDYŃSKI. Palce u ręki, jak to wyżej zaznaczono, były silnie skurczone; jeżeli udało się je wyprostować na chwilę, ręka rozginała się wówczas w stawie promieniowo-napięstkowym. Skóra w okolicy stawów była ścięczona, stawy bolesne. Przemioszczenia odłamków złamanej kości nie było. Po nad przegubem łokciowym znajdował się wypięty kostny, przy dotyku którego chłopiec uczuwa ból bardzo silny; przy ucisku na rowek, gdzie przechodzi nerw łokciowy, ból takż sam. Przypuszczając, że wrośnięty w kostną nerw pośrodkowy spowodował skurcz palców, kol. J. zaproponował operację, której dokonał w dniu 12 października r. z. Nałożywszy opaskę ESMARCH'a, kol. J. zrobił cięcie w miejscu wyżej wspomnianego wypięcia kostnego nad przegubem łokciowym i znalazł nerw pośrodkowy wrośnięty w kość. Przy wejściu do kanału kostnego nerw był dwa razy grubszy, niż przy wyjściu z tegoż. Oswobodziwszy nerw, kol. J., oglądając sąsiednie części, nie znalazł tętnicy prawidłowej, a tylko jakby kawałek tkanki łącznej bliznowatej, co się okazało górnym końcem tętnicy ramieniowej. Po zagojeniu się rany oraz po kilkomiesięcznem mięsieniu ręki przez kol. SILBERMANA, chłopiec ma kończyny prawie zdrową, skurcz palców ustąpił, chory może tą ręką pisać, czego dowiódł, pisząc wobec kolegów.

2) Kol. RYCHLIŃSKI przedstawił mózg osobnika, którego strona kliniczna za życia przedstawia się w następujący sposób:

Chory lat 52, w r. 1891 przyniesiony został na oddział D-ra SOMMERA w stanie pijanym. Przez kilka dni był nawpół przytomny i niespokojny. Kiedy stan chorego się poprawił, D-r S. przy badaniu znalazł rozdmęte płuca, powiększenie wątroby i sprawę miażdżycową w naczyniach. Po kilku dniach względnej poprawy chory znów był niespokojny, wymyślał, krzyczał, w nocy zaś zauważono napad padaczki częściowej lewostronnej. Po napadzie pozostał niedowład lewostronny. Od tego czasu napady padaczki częściowej powtarzały się dosyć często. Chory powoli zaczął tracić władzę w lewych kończynach i zaczął zdradzać coraz wyraźniejsze zboczenia w sferze psychicznej, co zniwoliło kol. SOMMERA do przepisania chorego do Szpitala Jana Bożego. Badanie, przeprowadzone w klinice, potwierdziło szczegóły, podane przez kol. SOMMERA, i wykazało do strony układu nerwowego następujące szczegóły: prawdopodobna *hemianopsia sinistra* (ze względu na dosyć znaczne ośpienie chorego dokładnego badania nie można było ściśle przeprowadzić), *hemiplegia sinistra* z bardzo znacznymi przykurczeniami w stawach łokciowym i kolanowym, wzmocnienie odruchów ścięgniastych na porażonej stronie i *hyperalgesia* na tejże samej stronie. Oprócz tego prawy nerw twarzowy był niedowładny. W klinice kol. R. spostrzegał kilkanaście napadów padaczki lewostronnej. Napad zaczynał się od drgawek w lewej nodze, następnie lewej ręce i lewej połowie twarzy, czasami przyjmował postać ogólnych drgawek z utratą a kilka razy i bez utraty przytomności. Napady drgawek stawały się coraz rzadsze, ośpienie chorego coraz to się wzmacniało i wreszcie w połowie czerwca r. z. chory zmarł wskutek zapalenia płuc. Dokonane badanie zwłok wykazało: zrosty opłucnej lewej, zapalenie płuc kataralne z prawej strony, powiększoną muszkatołową wątrobę, ostro powiększenie śledziony i przewlekłe zapalenie nerek. Kości czaszkowe dosyć grube, opona twarda z prawej strony, mniej więcej pośrodku, przyrośnięta do kości z jednej strony i do miękkiej opony z drugiej. Mózg wraz z oponą miękką ważył 1,170 grm.; lewa półkula ważyła 557 grm., prawa—450 grm., mózdzek z mostem i mleczem przedłużonym—163 grm. Po zdjęciu opony miękkiej z lewej półkuli widać zanik na całej powierzchni kory mózgowej. Ten sam obraz i z prawej strony, lecz tylko do brzozy ROLAND'a, zaczawszy bowiem od tego miejsca aż do ostatniego potylicowego zawoju, miękka opona napozór przedstawia się jako masa galaretowata. Przy zdejmowaniu opony widać znaczne jej zgrubienie, pod nią zaś masę żółtą z pozostałymi śladami zawojów, przy dotyku znacznie twardszą, niż sąsiednia zachowana tkanka nerwowa. Ten sam obraz przedstawia się nam i na wewnętrznej powierzchni pomiędzy *sulcus callosomarginalis* i *sulcus occipitoparietalis*. Podobne zniszczenie, tylko w mniejszym stopniu, spostrzegać się daje i w tylnej części zrazu skroniowego. Podstawowe zwoje napozór niezmiennione. Również zmian makroskopowych nie widać i w moście VAROL'a,

w mózdzku i rdzeniu. Mózg ten będzie szczegółowo zbadany pod drobnowidzem i wyniki badania kol. R. ma zamiar przedstawić w Towarzystwie.

Następnie tenże kol. RYCHLIŃSKI wypowiedział dalszy ciąg odczytu p. t. „Przyczynę do nauki o padaczce JACKSON’a” (patrz Nr. 26 „Medycyny”), zaznaczając, że guz (*angiosarcoma*) mieścił się w *centrum semiovale* pod *gyrus praecentralis ant. et post.*, miał formę nerki, ważył 54 grm.; podłużny wymiar równa się 59 mm., poprzeczny — 45 mm., grubość—30 mm. Guz twardy, na przekroju zdaje się składać z tkanki łącznej, miejscami mocno unaczynionej i z rozrzuconych wysepek białej substancji mózgu. Oprócz tego w *gyrus praecentralis sin.* w dolnej części tuż nad *fossa Sylvii* widać powierzchowne rozmięczenie kory, które według kol. R. było świeże. Preparaty drobnowidzowe guza wykazują, że jest on *angiosarcoma*, preparaty zaś z mostu VAROL’a już makroskopowo wskazują, że drogi piramidalne z lewej strony są mniejsze co do objętości, niż z prawej; drobnowidz zaś wskazuje świeże wybroczyny w szarej substancji mostu.

Następnie kol. R. zestawia obraz anatomo-patologiczny z klinicznymi przejawami i przychodzi do przekonania, że brak objawów ogólnych w danym przypadku można sobie wytłumaczyć powolnym wzrostem nowotworu, który zastępował tylko zdrową tkankę nerwową, nie wywołując powiększenia objętości półkuli mózgowej. Kol. R. zanim przeszedł do objawów ścisłego umiejscowienia sprawy patologicznej mózgu, w krótkości podał rozwój nauki o powstawaniu padaczki wogóle, powołując się na prace doświadczalne HITZIG’a, FRITSCH’a, PITRES’a, FRANCK’a, SEPIELLINI’ego, LUCIANI’ego, TAMBURINI’ego, DANILEY i innych, którzy wykazali, że padaczkę wywołac możemy nie tylko drażniąc pas ruchowy, lecz i pas czuciowy, a nawet i *centrum semiovale*. Prace te znajdują potwierdzenie i w klinice. Inaczej jednak przedstawiamy sobie rzecz, skoro mamy do czynienia z padaczką JACKSON’a: wtedy zwykliśmy umiejscawiać sprawę patologiczną w okolicy pasa ruchowego na powierzchni mózgu, i dopiero w ostatnich czasach opisane są przypadki, gdzie przyczyna umiejscowienia była w *centrum semiovale* (3 przypadki podane w monografii ROLLAND’a), lub w *corpus striatum* i *thalamus opticus* (2 przypadki). Kol. R. po przejrzaniu z górą 600 opisanych przypadków sprawy nowotworowej mózgowia, najpierw dopełnia spostrzeżenie ROLLAND’a, a następnie w specjalnie przygotowanych tablicach przytacza spostrzeżenia, z których widać, że częściowa padaczka może być wywołana przez guz umiejscowiony w różnych częściach mózgu, jako to: mleczu przedłużonym, moście VAROL’a, mózdzku, *pes pedunculi*, *thalamus opticus* i t. p.

Dalej zastanawia się kol. R. nad teoryami, zapomocą których starano się wytłumaczyć objawy wrzekomego umiejscowienia, i przytacza własne spostrzeżenie, gdzie wylew krwi w *centrum semiovale* u jednego chorego wywołał napady częściowej padaczki. Teoria BRAMWELL’a, odruchowa teoria BROWN-SEQUARD’a i wreszcie toksyczna teoria DUNINA i OPPENHEIM’a odnośnie do niektórych przypadków częściowej padaczki były również przytoczone przez kol. R.

Wreszcie kol. R. wypowiada zdanie, że w pewnych przypadkach o podkorowem umiejscowieniu w *centrum semiovale* nowotworu możemy sądzić z niektórych objawów: jeżeli mamy niedowład jako stały objaw, jeżeli nie było i niema objawów ogólnych i jeżeli wreszcie jako stały objaw występuje pewne zaburzenie mowy, to w wielu przypadkach z wielkiem prawdopodobieństwem możemy sądzić, że sprawa nowotworowa mieści się w *centrum semiovale*.

Na zakończenie odczytu kol. R. poddaje pod dyskusję doświadczonych kolegów przypuszczenie swoje, że przy podkorowem (w *centrum semiovale*) umiejscowieniu guza jako bardzo wczesny i niezależny od padaczki winien się zjawić niedowład w pewnych mięśniach; że tylko ściśle obserwacye, do których warto przystąpić, mogą wykazać myślność lub słuszność tego przypuszczenia.

W dyskusyi zabrał głos prof. BRODOWSKI, zwracając uwagę na terminologię. *Gyrus praecentralis* i *postcentralis* są to nazwy niedokładne; nazywać należy *gyrus frontalis*, *parietalis*. Co do wrzekomego umiejscowienia w przypadku wylewu krwi w *centrum semiovale*, to było to rzeczywiste umiejscowienie, bo przy tak rozległym wylewie krwi ucisk być musiał. Co do zajęcia opony twardej bez zawrotów, bólów głowy oraz innych objawów, co kol. RYCHLIŃSKI uważa za niezwykle, to niema prawie roku, aby prof. BRODOWSKI nie widział takich nowotworów opony twardej, rosnących powolnie, bez żadnych objawów przyżyciowych. Guzy takie nie są zrośnięte z oponą twardą, ale z niej wychodzą.

Kol. CIĄGLIŃSKI zaznacza, że nie DUNIN lecz NUSSBAUM zwrócił uwagę, że przy ogólnych przyczynach (np. zatrucie krwi przy mocznicy) zjawiają się objawy drgawek połowicznych, co objaśnić sobie należy nierówną odpornością symetrycznych części ustroju, *resp.* mózgu.

Prof. KOŚIŃSKI przytacza kilka własnych spostrzeżeń padaczki JACKSON'a, a mianowicie: 1) przy ropniu w mózgu (przypadek opisany w „Klinice“ w r. 1866); 2) nowotwór opony twardej, wielkości pięści, wychodzący z *falx cerebri* i wchodzący pomiędzy półkule; 3) po zranieniu czaszki w okolicy ciemieniowej lewej, z utratą kości; po zagojeniu rany została przotoka, przez którą wydzielalo się dużo ropy; zapomocą zgłębnika wyczuwać się dawał kawałek kości; 4) ropień mózgu po przebytej zgorzeli płuc; w dzieciństwie *otorrhea*, przed rokiem operacja; w ciągu 9 miesięcy od chwili operacji napadów padaczki nie było; od 3 miesięcy napady się powtarzają. Prof. K. zaznacza, że przyczyną ich jest ponowny ropień, wywołany najprędzej sprawą uszną.

Kol. RYCHLIŃSKI w odpowiedzi prof. BRODOWSKIEMU zaznacza, że, co się tyczy terminu *gyrus praecentralis* i *postcentralis*, to uwaga prof. B. jest słuszna; lepiej jest jednak nazywać *gyrus centralis anterior* i *posterior*. Co się zaś tyczy wyjątkowości braku ogólnych objawów przy nowotworach, wciągających do sprawy chorobowej twardą oponę, to kol. R. rozumiał tylko przypadki szybko przebiegające, a nie te, które rozwijają się powoli i przy których istnienie guza wykazuje dopiero autopsya. Nakoniec co do trzeciego zarzutu, że R. niesłusznie nazywa objawem wrzekomego umiejscowienia padaczkę w przytoczonym przypadku, gdzie był wylew krwi w *centrum semiovale*, to mówca uznaje za słuszną uwagę prof. BRODOWSKIEGO, dodając, że brał ten termin w ścisłe określonym znaczeniu.

3) W dyskusji nad przypadkiem *Choreae rhythmicae* kol. M. BRUNNER'a, zabrał głos kol. CIĄGLIŃSKI, który, przeprowadziwszy dokładne różniczkowe rozpoznanie, podziela zdanie kol. BIERNACKIEGO, nie zgadzającego się z kol. BRUNNEREM, aby to była *chorea rhythmica*, a tylko *tic*. Kol. RYCHLIŃSKI zaznacza, że znajdował objawy histeryi u chorej demonstrowanej przez kol. BRUNNER'a.

Ze zjazdu laryngologów

w Heidelbergu.

Z inicjatywy prof. JURASZA w Heidelbergu zawiązało się stowarzyszenie polu-dniowo-niemieckich laryngologów i odbyło pierwsze posiedzenie dnia 14 maja w Heidelbergu. Po krótkim powitalnym przemówieniu prof. JURASZA, obrano prezydującym najstarszego z laryngologów prof. M. SCHMIDT'a z Frankfurtu nad Menem, sekretarzami: docenta SEIFERT'a z Würzburga i D-ra WERNER'a z Heidelberga.

Na posiedzeniu tem przyjęto statuty stowarzyszenia i przystąpiono do naukowych rozpraw, będących na porządku dziennym. Pierwszy zabrał głos docent SEIFERT z Würzburga i odczytał rzecz o ostrym katarze nosa (*Ueber acute Rhinitis*).

Anatomia patologiczna ostrego kataru nosa, o ile dotyczy zmian histologicznych, mało była dotąd uwzględniana nie tylko w podręcznikach, lecz i w oddzielnych pracach specjalistów. SUCHANNEK wprawdzie podał szczegółowe swe badania, dotyczące one jednak przeważnie gruczołów. Należy przypuszczać, że zmiany chorobowe, spotykane przy katarze nosa, nie różnią się od takich zmian, spostrzeganych przy katarach innych błon śluzowych. Autor badania swe przeprowadził nie na trupach, lecz na chorych, cierpiących na ostre katary nosa. Preparaty i rysunki, przedstawione przez SEIFERT'a, pochodziły od chorej na silny ostry nieżyt nosa, trwający dwa dni. S. wyciął zapomocą nożyc SCHAEFFER'a kawałek błony śluzowej dolnej muszli i, po stwardnieniu w roztworze sublimatu z solą kuchenną, zrobił z niej skrawki, które następnie barwił. Na preparatach, barwionych borakskarminem, nie widać znacznych zmian w nabłonku. Nabłonek utracił rzęski, w niektórych miejscach brak warstw powierzchniowych, nie widać jednak zwyrodnienia śluzowego. Nacieczenie komórkowe warstwy podśluzowej jest bardzo wyraźne, prócz tego widać liczne leukocyty, przedostające się przez nabłonek w ten sposób, że głębsze warstwy komórek nabłonkowych zupełnie są pokryte leukocytami. W warstwie gruczołowej również widzimy znaczne nacieczenie

komórkowe, gdy w samych gruczołach niema nawet tych głęboko umiejscowionych zmian, opisanych przez SUCHANNEK'a. Naokoło pojedynczych naczyń, przeważnie zaś położonych na obwodzie, widać również silne nacieczenie, zależne prawdopodobnie od poprzednich zmian chorobowych muszli dolnej. Na skrawkach, barwionych zapomocą triacidu EHRLICH'a, widać, że część komórek podnabłonkowych i przenikających nabłonek są to komórki eozynofilowe i że pojedyncze komórki w tkance podnabłonkowej uległy pewnego rodzaju sprawie zwyrodnienia. Autor od kilku lat zajmuje się badaniami nad komórkami eozynofilowymi i nie mógł dotąd wytłomaczyć sobie ich znaczenia. Znajdujemy je przy przeróżnych zapaleniach ostrych i przewlekłych, przerostowych sprawach i swoistych zapaleniach błon śluzowych. Na dowód swego twierdzenia autor demonstruje preparat drobnowidzowy, na którym widoczne jest znaczne nacieczenie komórkami eozynofilowymi tkanki podśluzowej przy *rhinitis hyperplastica*. Związek, istniejący pomiędzy komórkami eozynofilowymi i wytwarzaniem kryształów CHAROT-LEYDEN'a w polipach nosowych, już dawniej przez autora został stwierdzony. Sprawy zwyrodniające w komórkach, o których S. wspomniał powyżej, dotyczą tak zwanych ciałek fuksynowych RUSSEL'a. Na preparacie, pochodzącym z muszli dolnej przerosłej, widać błyszczące czerwone kule i kuleczki, zupełnie takie same, jakie TOUTON wykazał w przypadku tak zwanego mięsakowatego zwyrodnienia skóry. Badania autora, wykonane wspólnie z D-r KAHN'em, wykazują, że w przypadkach tych nie mamy do czynienia z komórkami raka lub mięsaka, ani też z protozoami, lecz że są to sprawy zwyrodniające komórek tkanki łącznej, spostrzegane w różnorodnych tkankach. Badania te może rzucić również niejaki światło na tak zwane zawartości w rakach i przypuszczalne *protozoa*. W dyskusji D-r EULENSTEIN zapytuje SEIFERT'a, czy badania te nie wyjaśniły w czemkolwiek dawniej ogłoszonego zapatrywania S. na krupowe zapalenie nosa, a uważane przez SEIFERT'a za wyższy stopień nieżyty błony śluzowej? SEIFERT odpowiada, że nie robił w tym kierunku poszukiwań.

D-r PROEBSTING wygłosił następnie odczyt pod tytułem „o powstawaniu polipów śluzowych nosa w następstwie ropni w jamach bocznych nosa”. Dawniej uważano polipy za cierpienie pierwotne, a wskutek zatkania wylotów jam bocznych miały się potem wytwarzać zajęcia wtórne tych ostatnich. GRUENWALD twierdzi, że polipy nosowo napotykamy prawie wyłącznie przy zajęciu jam bocznych. Zdanie GRUENWALD'a jest jednak zbyt jednostronne. W każdym razie jest wielką zasługą GRUENWALD'a, że zwrócił uwagę na ten związek przyczynowy i dowiódł, że powroty polipów nosowych mogą być skutecznie zwalczone tylko przez usunięcie cierpienia zasadniczego. Prof. SCHMIDT i ENGELMAN zajmują stanowisko pośrednio. SCHMIDT w podręczniku swym utrzymuje, że słuszniej będzie w każdym razie wytwarzanie polipów stawiać w zależności od cierpienia jam bocznych nosa; niewątpliwie polipy wstrzymują odpływ z jam bocznych. PROEBSTING jest również zdania, że polipy są wytworami wtórnymi, i twierdzi stanowczo, że częste nawroty polipów śluzowych nosa, szczególnie przy *hiatus semilunaris*, są objawem patognomonicznym dla ropni jam bocznych nosa. Wobec recyduwujących polipów nosowych należy zawsze zwrócić uwagę na jamy boczne; obecność polipów może być ważną wskazówką rozpoznawczą szczególnie przy otokach jam czołowych i komórek sitowych. P. spostrzegł przypadek urazowego ropnia jamy czołowej, a raczej przednich komórek sitowych, z następczem wytworzeniem polipów, który w zupełności potwierdza powyżej ogłoszone twierdzenie. Wobec trudności, napotykanych przy rozpoznawaniu skrytych ropni jamy czołowej i komórek sitowych, należy bacznie zwracać uwagę na nawroty polipów śluzowych, wychodzących z górnych muszel, które często mieć będą rozstrzygające znaczenie dla rozpoznania tych ropni. Dyskusya nad tym odczytem prowadzona była po odczycaniu trzech następnych referatów.

M. BRESGEN z Frankfurtu mówił następnie „o ropieniach z nosa i jam bocznych nosa”. Rozlane ropienia na całej powierzchni błony śluzowej nosa należą do rzadkości, szczególnie przy długotrwałych sprawach chorobowych. Przy ostrym nieżycie spotykamy je wprawdzie często, zachodzi jednak pytanie, czy w tych razach ropienie nie zależy od sprawy ogniskowej, gdyż ropa przeważnie znajduje się w obrzniętych przewodach nosowych; przytem B. twierdzi, że przy systematycznym badaniu nosa w przypadkach świeżego nieżyty częściej znajdziemy jednocześnie zajęcia jam bocznych. B. dzieli ropienie z nosa na 2 grupy. Do pierwszej grupy zalicza B. przypadki, w których zakażenie nosa nastąpiło przez dostanie się doń ropy rzeżączkowej lub innego zarazka ropnego, przy przejściu płodu przez drogi rodne lub przez

wprowadzenie zarazka zapomocą nieczystych palców, chustek do nosa i t. p. Do grupy drugiej należą przypadki, występujące w następstwie chorób zakaźnych: odry, błonicy, ospy, tyfusu wysypkowego, błonicy, influenzy, lub też ropienia, powstałe po bardzo silnym ostrym niezycie drogą krwiobiegu. Do trzeciej małej grupy zaliczyć wypada wogóle rzadko występujące ropnie jamy szczękowej, wywołane chorobami korzeni zębowych. Z objawów, jakie spostrzegamy przy ropieniu z nosa, B. podnosi tylko bóle głowy, które występują w różnych miejscach i w rozmaity sposób. Z umiejscowienia bólu nie można sądzić o siedlisku choroby. Zawsze jednak przyjąć należy bóle głowy za objaw uciskowy bądź wskutek obrzmienia błony śluzowej z zatrzymaniem lub bez zatrzymania ropy, z wytwarzaniem się strupów, jak przy cuchnącym niezycie, z utrudnionym odpływem ropy. Dla dokładniejszego i pewniejszego rozpoznania, czy mamy do czynienia z ropieniem rozlanem, czy też z ogniskami ropnemi, należy jamę nosową oczyścić zapomocą wacików, okręconych na zgłębniku, i pod kierunkiem oka, i to w ten sposób, aby ropę i strupy odsunąć ku tyłowi. Zawsze wtedy uda się nam stwierdzić, czy i skąd ropa się wydobywa, i będziemy mogli stwierdzić zapomocą odpowiednio zakrzywionych zgłębników drogę, prowadzącą do ogniska, skąd ropa pochodzi. W tym celu używa się zgłębników różnej grubości, elastycznych, które prócz tego służyć mogą i do leczenia. B. omawia następnie sondowanie jam bocznych i powołuje się na obszerną swą pracę w tej kwestyi. Przeświecanie jamy szczękowej i czołowej jest zdaniem B. tylko wtedy rozstrzygające, jeżeli otrzymujemy przytem niewątpliwe zaciemnienie. Ułożenie głowy, szczególnie po uprzednim pendzlowaniu kokainą obrzmiałej błony śluzowej, ułatwi czasami rozpoznanie ropni jamy czołowej, szczękowej i klinowej. Trudno osiągnąć pewne wyniki przy zajęciu komórek sitowych, szczególnie jeżeli nie można w zupełności wykluczyć spraw chorobowych w sąsiednich jamach bocznych nosa. Sondowanie jamy sitowej jest ze względu na jej położenie i ze względu na kierunek kanału, do niej prowadzącego, nadzwyczaj trudne. B. udało się tylko raz jeden sondować średnią i tylną jamę sitową przez górny przewód nosowy; w reszcie przypadków usuwano poprzednio część muszli średniej. Wogóle sondowania jam bocznych tylko wtedy należy dokonywać, jeżeli z pewnem prawdopodobieństwem przypuszczamy chorobowo ich zajęcie. B. zwraca uwagę, że prócz ropni w jamach bocznych i ropienia w kanałach nosowych, może się wytwarzać wskutek nowowytworzonej błony śluzowej ropienie ogniskowe w szparze przed muszlą średnią, pod kością nosową położonej; miejsce to bardzo łatwo wskutek ukrytego położenia bywa przeoczone. Jest rzeczą bardzo ważną zwracać na nie uwagę w każdym przypadku ropienia z nosa.

Co do zajęcia kości przy ropieniach z nosa, to B. o jego istnieniu stanowczo twierdzić nie może, chociaż zdaje się, iż mógł je wykazać w przypadkach, w których nie było ani gruzlicy ani też przymiotu. Wprawdzie załódwie w $\frac{1}{3}$ przypadków zachodziła wątpliwość co do zajęcia kości, przy niewątpliwie istniejących ogniskowych ropieniach nosowych.

Leczenie zarówno ropienia z nosa jak i ropienia jam bocznych przedewszystkiem skierowane być winno ku ułatwieniu dostępu do ogniska ropienia i umożliwieniu jak najswobodniejszego odpływu ropy. W tym celu B. usuwa w nosie wszelkie obrzmienia, wszelkie skrzywienia i wygórowania kości i chrząstek zapomocą żogań, środków żrących i dłota. Jamę szczekową otwiera B. od strony dolnego przewodu nosowego zapomocą narzędzia KRAUSE'go i rozszerza prócz tego otwór, tem narzędziem zrobiony, zapomocą dłotka. Przy ropieniach w jamie klinowej rozpoczyna autor rozszerzanie normalnie istniejącego otworu zapomocą ostrej łyżeczki i następnie przechodzi do dłotka. O ile muszla średnia stanowi przeszkodę, o tyle część jej zostaje odjęta zapomocą nożyce kostnych i dłotka. Drogę do jamy czołowej i do przestrzeni sitowych należy sobie torować z wielką ostrożnością i bardzo powoli, a to w celu uniknięcia niebezpiecznych zranień. Korzystnie wpływa na ropienie kilkakrotne wprowadzanie małych kawałków *hexaethylviolett'u*, natopionego na ogrzany zgłębnik. B. w kilka tygodni udawało się otrzymywać względne wyłoczenie w przypadkach, w których zajęta była jedna lub dwie jamy boczne, i znacznie ograniczyć ropienie; nie należy jednak przypadków tych uważać za wyłoczone, gdyż przy najmniejszym ropieniu nieleczonem w dalszym ciągu może nastąpić pogorszenie. Polipy nosowe widzimy jednocześnie z ropieniem lub bez ropienia. Nie jest dotychczas wiadome, w jakich przypadkach ropienie powoduje wytwarzanie polipów. Faktem jest w każdym razie, że przy istnieniu ropienia polipy odrastają, a może jest ono i przyczyną ich powstawania.

W przypadkach polipowych wyrosli (ziarniny) zawsze kość pod nimi jest chora; autor widział to w kilku przypadkach, w których ostra łyżeczka z łatwością przedostawała się przez spróchniałą kość do komórek sitowych. *Hexaethylviolet* szybko w tych razach prowadził do celu; zgłębnik należy przez pewien czas pozostawić w jamie, aby barwnik mógł się rozpuścić. Z początku wprowadza się środek ten częściej, a mianowicie już po 3 dniach, później można go stosować rzadziej—po upływie 6 dni. Z poprawą cierpienia barwnik dłużej się utrzymuje w jamie. W każdym razie barwnik ten wywiera silny i niezaprzeczony wpływ na ropienie i na charakter jego. Ropienie szybko się zmniejsza, staje się płynniejszym i traci przykry zapach.

Czas trwania leczenia jest znacznie krótszy, a przytem przykre bardzo przemywanie nosa może być zupełnie zaniedbane w zwykłych przypadkach; przy suchym nieżycie 1—2 krotnie przepłukanie nosa zapomocą wciągania wody słonej zupełnie wystarcza.

BETZ opisał przypadek ciała obcego w jamie klinowej. Przypadek dotyczył oficera, który zasięgał porady z powodu ropienia z nosa. Rozpoznano ropień lewej zatoki klinowej. Dopiero po 10 dniach jama została otworzona i w głębi znaleziono i usunięto 2 ctm. długi kawałek cienkiej słomy. Wyleczenie nastąpiło po dłuższym leczeniu zapomocą wdmuchiwań jodoformu. Prawdopodobnie ciało obce wnikło do nosa w kierunku pionowym i podczas konnej jazdy przedostało się przez *ostium sphenoidale*. Chory przypomina sobie, że na tydzień przed pojawieniem się ostrego kataru, podczas jazdy miał silny napad kichania.

BAUER przytacza przypadek urazowego otoku jamy HIGHMOR'a u 3-letniego dziecka. Dziecko upadło na wysuniętą szufladę komody. W kilka dni potem rozwinęło się obrzmienie prawej okolicy szczęki górnej; po upływie 8 dni pojawił się krwawo-ropny wyciek z prawej jamy nosowej. Wkrótce ropienie z nosa ustało, stan zapalny okolicy szczękowej się powiększał, można było wyczuć chęłbotanie w okolicy *fossae caninae*. Zamierzano otworzyć ropień zewnątrz. Po dwóch tygodniach B. wykonał operację otwarcia ropnia prawej jamy HIGHMOR'a przez dolny przewód nosowy, ponieważ badanie wykazało ropę w tymże przewodzie. Jamę przepłukano i zatamponowano. Po upływie kilku dni objawy zapalne znikły. Tampony z początku zmieniano codziennie, potem rzadziej je wprowadzano i coraz krótsze. Zupełne wyleczenie osiągnięto po 2 tygodniach.

Dyskusya.

EULENSTEIN sądzi, że punkcya próbna zapomocą trójgrańca KRAUSE'go jest operacją niebezpieczną, gdyż otwór nim zrobiony jest bardzo duży, niebezpieczeństwo zakażenia przy istniejącem ropieniu jest zatem wielkie. Można się ograniczyć do przekłucia zapomocą małej strzykawki, a wtedy nie będzie niebezpieczeństwa zakażenia.

FISCHENICH nie uważa przypadku PROEBSTING'a za przypadek ropnia, założonego od urazu. Upłynęło kilka miesięcy od wypadku i chora nie była badana przez specjalistę; mogły się przez ten czas wytworzyć polipy, i ropień może być uważany za wtórnie powstały. F. nie przeczy bynajmniej, że w wielu przypadkach ropień komórek sitowych może być sprawą pierwotną i że następnie dopiero wytwarzają się polipy nosowe.

KAHSNITZ. Nie zawsze przy odrastających polipach przyczyną nawrotów bywa ropienie jam bocznych. Przodowszystkiem należy zwracać uwagę na punkta wyjścia polipów. Jeżeli polipy wyrastają z punktu, odpowiadającego ujściu jam, to nie ulega wątpliwości, że należy natychmiast przystąpić do zbadania odpowiedniej jamy. Zgłębnik wnot nam rzecz wyjaśni. Jeżeli przy sondowaniu okaże się ropa lub próchnienie, to należy natychmiast przepłukać jamę. K. używa cienkich szpryciek platynowych, którym można nadawać odpowiednie zagięcia. Również często występują nawroty polipów w przypadkach próchnienia bez ropni jam bocznych. Wszelkie długotrwałe podrażnienie wywołuje przerost lub zanik—polipy lub próchnienie.

AVELLIS nie może się zgodzić na to, aby utrudniony przystęp powietrza do jam bocznych przez wytwarzanie polipów był przyczyną ropni jam bocznych. Przy zamknięciu dostępu powietrza może tylko nastąpić zapadanie się podatnych ścian jamy. Zupełnie to samo widzimy przy zatkaniu trąbek EUSTACHIUSZA, przyczem zamknięty jest dostęp powietrza do jamy bębnekowej, t. j. nie spostrzegamy tu nigdy ropni jamy bębnekowej. Przeciwnie przy rzeżąc: ropienie jest sprawą pierwotną, a potem dopiero wytwarzają się wtórne łepieże ostre.

PROEBSTING odpowiada BRESGEN'owi, że w przytoczonym przypadku wskutek ropienia jamy bocznej wytworzyły się rzeczywiste polipy śluzowe, a nie ziarnina w okolicy *hiatus semilunaris* i w przednim końcu muszli średniej. Uważa zaś związek przyczynowy pomiędzy urazem, ropniem przednich komórek sitowych i wytworzeniem polipów śluzowych za stanowczo dowiedziony przez powyżej opisany przypadek chorobowy.

BRESGEN zaznacza, że polipy nosowe nie będą odrastać, jeżeli rzeczywiście zostaną usunięte doszczętnie, z warunkiem naturalnie, że nie istnieje w danym przypadku ropień jam bocznych lub zajęcie kości. W tym ostatnim razie zwykle mamy do czynienia z ziarniną a nie z polipami. Doświadczenia lat ostatnich nie są dostateczne do rozstrzygnięcia kwestyi; na punkta te nie zwracano dotychczas zbytnej uwagi. B. nie wątpi, że ropnie jam bocznych powstają wtórnie przy istniejących polipach; polipy same przez się nie mogą być przyczyną ropienia; musi w tych razach zarazek ropotwórczy współdziałać. Operacji zapomocą trójgrana KRAUSE'go nie uważa B. za niebezpieczną dla tego, że w przypadkach, w których ropienia nie ma, rana bardzo szybko znów się goi, gdy przeciwnie przy ropieniu duży otwór jest właśnie pożądanym. PROEBSTING'a B. zapytuje, czy w jego przypadku nie była widoczna w nosie *bulła ethmoidalis*, gdyż, gdyby to miało miejsce, B. wołałby w tych razach na tej drodze otworzyć jamę sitową.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== Nowy sposób operacyjnego leczenia wycisowania (wrodzonego) pęcherza podał prof. MAYDL (z Pragi czeskiej) na kongresie w Rzymie i wypróbował w dwóch przypadkach. Sposób jest następujący: otwiera się naprzód jamę otrzewnową na brzegu pęcherza wycisowanego i wycina się ścianę pęcherza, zachowując jedynie część owalną, zawierającą ujście moczowodów. Następnie u kobiety należy pęcherz oddzielić od macicy, u mężczyzny zaś oddzielić przyczepy ciał jamistych. Tym sposobem dochodzi się do zupełnego uruchomienia części pęcherza, odpowiadającej ujściu moczowodów, w które poprzednio wprowadzono cienkie zgłębniki gumowe. Część ta zawiera dwie szypuły utworzone z dwóch moczowodów, naczyń i towarzyszących i tkanki łącznej otaczającej. Następnie przyciąga się kiszki grubą i na wypukłej części zgięcia esowatego robi się cięcie podłużne, pomiędzy brzegi którego wszywa się szypułę pęcherzową, naprzód błony śluzowe, potem surowicze łącząc szwem. Wszystko w końcu odprowadza się do brzucha i zamyka w zupełności. (Gaz. des hop. N-r 56).

== SEVEREANU z Bukaresztu amputował dwa razy z rzędu kończynę dolną u pewnego chorego przy gangrenie stopy i za każdym razem widział zgorzel płatów. Wtedy powziął myśl, aby w podobnym przypadku przywrócić drożność tętnicy zatkaney zakrzepem aż do miejsca, w którym się tętno wyczuwa. Ten sposób zastosował S. po raz pierwszy u mężczyzny 50-letniego, dotkniętego zgorzelą w następstwie zatoru. Wskazane było odjęcie uda, jednakże S. wykonał amputację poniżej kolana, przygotowawszy poprzednio zgłębniki gumowe aseptyczne, które wprowadził do światła tętnic

i poruszał nimi naprzód i wtył, aż póki krew nie zaczęła wypływać, wówczas wyjął zgłębnik, a fala krwi wypchnęła przed sobą cylindryczne skrzepy. Następstwa były jak najlepsze, płaty nie obumarły i zagoiły się doraźnie; odtąd w podobnych przypadkach S. zawsze sonduje tętnice z pomyślnym skutkiem. (Gaz. des hop. N-r 56).

== Wodną puchlinę jako następstwo zatrzymania moczu spostrzegł MICHEL u mężczyzny 45-letniego ze zwężeniem cewki; obrzęki na całym ciele trwały od 14-tu dni, oprócz tego duszność, zimne kończyny i zapach moczu w wydechach powietrza. M. wykonał choremu uretrotomię wewnętrzną i wypuścił przeszło trzy kwarty moczu rozkładającego się. Obrzęki zaczęły się zmniejszać, a po kilku dniach ustąpiły. Po 8-iu dniach wystąpiła recydywa, która przy codziennem wypuszczaniu moczu ustąpiła i chory wyzdrowiał. Podobnych przypadków zaledwie kilka dotąd opisywano i to spowodowanych przerostem gruczołu krokowego. (Arch. méd. belg. 93. Jule).

== O zaparciu stolca u operowanych. DELORME badał u 160 operowanych, ludzi zdrowych, dorosłych, dotkniętych obrażeniami wewnętrznymi, skutki zaparcia stolca aż do 15-u dni utrzymywanego systematycznie. Z poszukiwań tych, robionych metodycznie, wypada, że zazwyczaj nie bywa żadnych zaburzeń; zaparcie stolca nie ma wpływu na ciepłotę ciała ani na czynności trawienia. Można więc wywoływać sztuczne zaparcie, gdy to jest potrzebne do pomyślnego przebiegu po operacji. W dyskusyi QUÉNU zwraca uwagę, że w sprawie tej trzeba rozróżniać rozmaite okoliczności. Wiadomo, że niektórzy operowani mają podnie-

sioną ciepłotę, gdy nie mają wypróżnienia, inni zaś, zwłaszcza kobiety, mogą mieć długotrwałe zaparcie bez żadnych zaburzeń. Wszystko zależy od stanu, w jakim się poprzednio znajdowały kiszkę chorego. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE przyznaje, że zaparcie długotrwałe nie jest niebezpieczne, ale nie widzi, do czego ma ono służyć; wiemy wszyscy, ile ulgi doznają niektórzy operowani po przeczcyszczeniu. S.

== MARFAN zwraca uwagę na objaw fizyczny, występujący przy *pericarditis* u dzieci. Przy wysiękach okołosercowych znajdujemy czasami, obok zwiększenia tępości serca w postaci charakterystycznej figury i obok zniknięcia uderzenia wierzchołkowego i osłabienia lub zniknięcia tonów serca, następujący objaw. W siedzącym położeniu dzieci stwierdzić można u dołu i od tyłu po stronie lewej objawy wysięku opłucnej, które natychmiast znikają, jeżeli dziecko ułożymy na brzuchu lub też w pozycji w raczka (*position genu-pectorale*). Objaw ten powstaje wskutek tego, że nagle powiększenie serca wywołuje w wąskiej klatce piersiowej dzieci ucisk na lewy dolny płat płuca i może w pozycji siedzącej dawać objawy wysięku opłucnej. Różne wyniki badania, otrzymywane przy zmianie położenia chorego, uchronią nas w tych przypadkach od pomyłek rozpoznawczych. (Deut. Med. Zeitng N-r 40. 94).

== HERXHEIMER pendzluje przy ostrej pryszczycy miejsca zajęte wysypką następującą mieszanką: Rp: Ferri oxyd. 0,05. Bismut. subnitr. Zinci oxydat. aa 10,0 Glycerini 5,0 Aq. rosar. 35,0. 3 razy dziennie pendzlować. Przed pierwszym pendzlowaniem należy miejsca pokryte strupami wysmarować ostrożnie oliwą. Mokra pryszczycza pod wpływem takich pen-

dzlowań szybko również wysycha. Jeżeli pendzlowania nie prowadzą do celu, to należy użyć tejże mieszanki do okładów, zmieniając je co dwie godziny. Zapomocą takiego leczenia udało się autorowi osiągnąć dobre wyniki na najpocząwszy przypadkach. (Allg. Centr. Zeit. N-r 41. 94 r.).

== BLASCHKO radzi przy krwotokach płucnych stosowanie ergotyny z kwasem gallusowym podług następującego przepisu: Rp: Acid. gallici Ergotini aa 1,0 Aq. destilat. Syr. altheae aa 25,0. MDS. co dwie godziny łyżeczkę od kawy. Przy silnym kaszlu można zamiast Syr. altheae przepisać Syr. diacodii. (Centr. f. d. ges. Therap. N-r 12).

== FORLANINI, opierając się na pomyślnym wpływie, jaki wywiera *pneumothorax* na gruźlicę płuc, spróbował u dwóch osób sztucznie otworzyć jamę opłucnej (naturalnie tylko z jednej strony). Wynik był pomyślny. Opłucna dobrze znosi obecność powietrza, szczególnego podrażnienia jej nie zauważono. Tlen zostaje prędzej wessany, niż azot, lepiej więc wprowadzać pierwszy; z początku należy codziennie dostarczać nowej ilości gazów; później zdolność pochłaniania przez opłucną stopniowo zmniejsza się i wprowadzenie porey powietrza wystarcza na długi czas. (Z Kongresu w Rzymie).

== THOMAS wywołał typowy obraz cholery u królików, wprowadziwszy im przecinkowce wprost do żył; z kału ich zawsze otrzymywał hodowle cholery prawie czyste, niekiedy nawet zupełnie czyste. Oprócz tego przekonał się, że jeśli królikom przed zakażeniem podawać rozcieńczony alkohol, to stają się one przynajmniej 6 razy wrażliwsze na zakażenie cholera. (Arch. f. ex. Pathol. u. Pharm. XXII. 1,2).

Wiadomości bieżące.

Komitet redakcyjny „Medycyny” na rok 1894-ty stanowią: a) Członkowie stali: Redaktor, Wydawca, oraz: prof. IGNACY BARANOWSKI, WŁADYSŁAW BIEGAŃSKI, prof. ODO BUJWID, prof. JULIAN KOŚIŃSKI i JAKÓB ROGOWICZ. b) Członkowie z wyboru: WŁADYSŁAW SZTEYNER zastępca redaktora, tudzież koledzy: BORYSSOWICZ TEODOR, BRUNER WŁADYSŁAW, GEPNER BOLESŁAW RYSZARD, GOLDFLAM SAMUEL, KOSMOWSKI WIKTORYN, KRAMSZTYK JULIAN, MAJKOWSKI JULIAN, MARKIEWICZ STANISŁAW, MAZARAKI KAZIMIERZ, OETUSZEWSKI WŁADYSŁAW, PALMIRSKI WŁADYSŁAW, PRZYBOROWSKI ADAM, RAUM JAN, SADOWSKI MICHAŁ, SOLMAN TOMASZ, SREBRNY ZYGMUNT, SZWAJECER JAKÓB i ZAWADZKI WŁADYSŁAW.

— VII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Lwowie od 23 do 26 lipca b. r. Generalna Dyrekcja c. k. kolei państwowych udzieliła członkom i uczestnikom VII. Zjazdu lek. i przyr. polskich następujących ulg co do ceny: Kto chce odbyć podróż na szlakach kolei państwowych w Galicyi i Bukowinie II. klasą pociągu kuryerskiego, płaci

należytość za bilet II. klasy pociągu osobowego; kto zaś chce odbyć podróż pociągiem osobowym, ten jadąc II. klasą płaci należytość za III. klasę. Dla jadących klasą I. lub III. nie uzyskano więc żadnej ulgi. Wydział gospodarczy VII. Zjazdu lek. i przyr. polskich we Lwowie uprasza więc wszystkich, którzy biorąc udział w Zjeździe, chcą korzystać z powyższej

ulgi do podróży kolejowej, aby ile możności jak najrychlej przesłali wkładkę do skarbnika d-ra BYLICKIEGO, Lwów, ul. Kościuszki l. 7, i podali dokładnie, którym szlakiem chcą odbyć podróż do Lwowa i z powrotem i w których stacjach kolejowych chcą się zatrzymać. Jedyne w razie wczesnego zgłoszenia się będzie mógł Wydział gospod. wystarać się o odpowiednią legitymację i przesłać ją członkowi Zjazdu, *Lwów 24 czerwca 1894. D-r Józef Merunowicz.*

W dalszym ciągu zapowiedziano wykłady: W sekcji medycyny teoretycznej: Z zakładu fizyologicznego Uniw. Jagiell. w Krakowie: Prof. d-r N. CYBULSKI: Przyczynę do zmian elektrycznych w mięśniach podczas tęcza. Tenże: Oznaczenie ilości ciepła w mięśniach podczas tęcza zapomocą mikrokalorymetru. Tenże i d-r ZANIETOWSKI: Demonstracja nowego przyrządu do podrażnienia nerwów i mięśni (ekscytator absolutny). D-r ZANIETOWSKI: O sumowaniu podniet w rdzeniu pacierzowym i mózgu. D-rzy CZAPLIŃSKI i W. SZYMONOWICZ: Resorpcja tłuszczu w jelicie grubym (z demonstr.). D-r W. SZYMONOWICZ: Przyczynę do budowy zębiny (z demonstr.). Doc. d-r A. BECK i d-r B. CZAPLIŃSKI: O zmianach pobudliwości sfery psychomotorycznej pod wpływem morfiny i atropiny u psów. W sekcji medycyny wewnętrznej: D-r LUDWIK: O występowaniu czerwonych ciałek z jądrami w krwi obwodowej (studium z kliniki prof. d-ra E. NEUSSER'a). D-r OLEJNIK: Dwa przypadki syringomyelii (z kliniki d-ra E. NEUSSER'a w Wiedniu). Tenże: Przyczynę do etyologii t. zw. *aphthae Bednari*. Tenże i d-r LUDWIK: Zachowanie się krwi w kilku przypadkach raka. D-r J. WERNICKI: Występowanie leukocytozy eozynofilowej, znaczenie jej patologiczne, wpływ na rozpoznanie i rokowanie w chorobach. D-r WICZKOWSKI Józef (ze Lwowa): O znaczeniu ciałek eozynowych we krwi, w płwocinach i w moczu. W sekcji chirurgicznej: D-r DROBNIK (z Poznania): a) O leczeniu porażen dziecięcych zapomocą przenoszenia czynności mięśni (plastyka ścięgien). b) O zależności niektórych postaci wilka od zachorzeń gruźliczych gruczołów

i kości. D-r NIEWIADOMSKI: Ropnica pochodzenia usznego bez zakrzepu zatoki poprzecznej. Prof. d-r OBALIŃSKI (z Krakowa): O wyluszczeniu włókniaków macicy. W sekcji higieny i medycyny sądowej: Doc. d-r WACHHOLZ (z Krakowa): O oznaczeniu wieku ze zwłok z przebiegu kostnienia główki kości ramieniowej (z demonstracją). Tenże: Nieco o istocie stężenia pośmiertnego i o wpływie niektórych alkaloidów roślinnych na czas jego wystąpienia i przebieg. Tenże: O zmianach narządów oddechowych w przypadkach otrucia kwasem karbolowym. Tenże i d-r hr. TYSKIEWICZ: O zmianach włosów ludzkich i zwierzęcych pod wpływem istot żrących i wysokiej ciepłoty. Tenże i d-r H. KOWAŁSKI (z Tarnowa): O potrzebie utworzenia stałych posad lekarzy sądowych (referat). (Uwaga: Stosownie do uchwały Wydziału gospodarczego sekcji higieny i medycyny sądowej, zapowiadać można wykłady i referaty na ręce gospodarza sekcji do 15 lipca). W sekcji chorób skórnych i wenerycznych: D-r MISIEWICZ: Anatomia i patologia bezpłodności u mężczyzn. D-r SZADEK: O wynikach leczenia kiły głębokimi wstrzykiwaniami salicylanu i tymolactanu rtęciowego. D-r WROSZYŃSKI: Przyczynę do kazuistyki późnej kiły.

— Miasto Trenczyn, o 8 kilom. od Cieplic odległe, i dalej leżący nad Waagą zakład Piszczany zalane były. Cieplice nie—już z tej samej przyczyny, że znacznie wyżej leżą.

— W Hong-Kong wybuchnęła 5 maja r. b. dżuma czyli dur węglikowy i sprzątnęła dotychczas więcej niż 2,000 ludzi, po 70 do 80 na dzień. Choroba ta ma przypadki ogólne, przypominające dur brzuszny, i miejscowe w postaci właściwych dymienic. Dotychczas epidemia nawiedza wyłącznie chińczyków; z Europejczyków zmarł na dżumę dotąd tylko jeden żołnierz, zajmujący się dezynfekcją mieszkań zapowietrzonych. Jest rzeczą bardzo podobną do prawdy, że epidemię tegoroczną w Hong-Kong zawleczono z Pakhoi, portu położonego na południe od Hong-Kong. Dotychczas uciekło przed zarazą około 100,000 chińczyków przezwadnie do Kantonu, gdzie trzeba obawiać się przeto także wybuchu epidemii.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych, w wykonaniu warunku, w testamencie ś. p. d-ra Jana BĄCEWICZA zastrzeżonego, ogłasza nazwiska 5-u wdów po lekarzach polakach, którym na posiedzeniu Komitetu w dniu 20 b. m. przyznane zostały wsparcia z legatu BĄCEWICZA, każdej po rs. 90, a mianowicie: Lubodzieckiej Stefanii, Różyckiej Józefie i Wierzbickiej Maryi, w Warszawie zamieszkałym, oraz Ambrożewicz Ludwice we Włodawie i Treпка Ludwice w Lublinie. Z upoważnienia Komitetu, Członek Zarządzający Kasą Wsparcia d-r J. Rogowicz.