

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego** kop. 15. **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O odczynie Florence'a przy badaniu plam nasiennych pod względem sądowo-lekarskim. Opisał R. Gutowski. — Kazuistyka 100 spostrzeżeń przypadkowego pozostawienia w jamie brzusznej ciał obcych używanych przy operacyach. Podał Fr. Neugebauer. (Ciąg dalszy). — **WYKŁADY KLINICZNE.** Warunki anatomo-fizyologiczne umiejscowienia chorób w błędniku i objawy kliniczne tychże chorób. Podał D-r T. Heiman. — **Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.** Posiedzenie z dnia 6 czerwca r. b. — **Z WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HIGIENICZNEGO.** Posiedzenie z dnia 2 i 23 czerwca r. b. — Ze zjazdu chirurgów niemieckich w Berlinie od dnia 5 do 8 kwietnia r. b. (Dokończenie). — **DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.** — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MEDICALE HÉBDOMADAIRE

destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) **D-r R. Gutowski** — Sur l'examen des taches séminales sous le rapport médico-légal par l'épreuve de Florence. 2) **D-r Fr. Neugebauer** — 100 cas de corps étrangers laissés accidentellement dans la cavité abdominale pendant l'opération.

Redaction: **Dr. M. Sadowski.** Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) **D-r R. Gutowski** — Ueber die gerichtlich-medizinische Untersuchung von Spermaflecken mittels der Florence'schen Probe. 2) **D-r Fr. Neugebauer** — 100 Fälle unbeabsichtigter Hinterlassung in der Bauchhöhle von Gegenständen, die bei der Operation gebraucht werden.

Redaction: **Dr. M. Sadowski.** Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

O odczynie Florence'a przy badaniu plam nasiennych pod względem sądowo-lekarskim.

Opisał

Roman Gutowski.

O ile łatwe jest rozpoznanie plam pochodzenia krwawego dzięki własnościom hemoglobiny tworzenia w pewnych warunkach kryształów heminy, o tyle rozpoznanie plam nasiennych przedstawia się w świetle odmiennem. Wszystkie dotychczas proponowane sposoby, mające określić nasienne pochodzenie plam, nie mogą być uważane za niezawodne, i w wielu przypadkach poszukiwań sądowo-lekarskich, pomimo wszelkich usilnych i skrupulatnych badań lekarzy-ekspertów, plamy nasienne były zapoznawane. Jeżeli zaś dalszy przebieg sprawy niezbicie dowodził zgwałcenia, *resp.* nieodzownej obe-

ności plam nasiennych, to zjawisko azoospermii stawało w obronie honoru lekarza. Bo żeby rozpoznać nasienne pochodzenie plam badanych, trzeba było, trzeba nawet i obecnie znaleźć choć jedną całą nitkę nasienną, t. j. główkę wraz z ogonkiem.

Na czym polega cała trudność określania nasennego pochodzenia plamy, wyjaśni najlepiej następujący przykład. Zróbmy na czystym płótnie 60 plam płynem nasiennym, wziętym z kondoma po spółkowaniu. Przy badaniu wspomnianego płynu w krótkim czasie po spółkowaniu, znajdziemy niezliczoną ilość nitek nasiennych, obdarzonych bystrymi ruchami, które przy pewnych warunkach mogą trwać około 4 dób ¹⁾. Ilość nitek nasiennych w płynie z jednego spółkowania może dochodzić do 333,200,000! a przeciętnie bywa 226,287,900, licząc na 1 mm. sz. 60,876 ²⁾. Następnego dnia zbadajmy dwie plamy: znajdziemy bardzo dużo całkowitych nitek nasiennych obok wolnych główek, liczba których staje się tem większą, o ile energiczniej dostajemy nasienie z suchej plamy, np. wykręcając zmoczone płótno lub zeskrobując powierzchnię plamy skalpelem. Drugiego dnia powtarzamy badanie, korzystając z dwóch następnych plam, i znajdujemy znacznie mniejszą ilość całkowitych nitek nasiennych, kosztem których powiększyła się liczba wolnych główek, na koniec, po 8 dniach i później liczba całkowitych nitek znacznie się zmniejsza, i trudno bywa je odnaleźć, jeżeli będziemy traktowali plamę niedelikatnie, a w dodatku, jeżeli sama plama przytem jest niewielka. Z tego zjawiska możemy wyprowadzić tylko ten wniosek, że nitki nasienne nie są zbyt trwałe, i każda z nich, pojedynczo biorąc, odznacza się różnego stopnia trwałością. Jak długo mogą znajdować się w plamach całkowite nitki nasienne, a raczej po jak długim czasie mogą być całkowite nitki otrzymane, własnej odpowiedzi dać nie mogę, bo nie posiadałem materiału do poszukiwań w tym kierunku, zdania zaś badaczy są bardzo odmienne. Większość określa *maximum* na „kilka miesięcy, a nawet więcej, niż rok cały“, czyli wyraża się nie ściśle, bo ścisłości nie można wymagać tam, gdzie warunki badania mogą podlegać rozmaitym okolicznościom. W każdym razie termin jest względnie tak krótki, że zdanie BAYARD'a ³⁾, iż całkowite nitki nasienne można znaleźć w plamach nawet po upływie 6 lat, skłoniło SCHAUENSTEIN'a do wypowiedzenia się w następujący sposób: „zjawisko to można przyjąć z wielką oględnością, jako rzadki wypadek, który może być wytłomaczony nadzwyczajnym zbiegiem warunków, sprzyjających przechowaniu plamy“. Jeden tylko P. WIEREWIN ⁴⁾ znajdował całkowite nitki nasienne w plamach nasiennych nawet po upływie 20 lat. Czemu należy przypisać tak świetne i zdumiewające wyniki poszukiwań P. W. nie wiem, ponieważ ten autor korzystał z plam, które znajdowały się w bardzo niewdzięcznych warunkach, a przy badaniu autor używał sposobów dość prostych, bo, namoczywszy plamę, wyciskał ją między palcami i skrobał nożem. Przychylam się do zdania tych badaczy, którzy uważają odnalezienie całkowitych nitek nasiennych w plamach starych za trudne, w niektórych razach za więcej, niż wątpliwe: zamiast nitek znajdujemy zaledwie główki nitek.

¹⁾ LEONE. Sul movimento del dei filamenti spermatici dell'uomo. Giorn. internat. d. science med Napoli. 1883.

²⁾ A. FLORENCE. Du sperme et des taches de sperme en médecine légale. Lyon — Paris. 1897.

³⁾ BAYARD. Manuel pratique de medec. légale. 1843. Paris.

⁴⁾ P. WIEREWIN. Ob ekspertize siennych piaten. Wiestnik sudiebnoj medicyny i obszczestwiennoj gigieny. 1885. T. III.

Powiedziałem „główki nitek nasiennych“, bo była mowa o plamach wiadomego nam pochodzenia, lecz określenie takie dać o tworach, osiągniętych z plam niewiadomego pochodzenia, nie było dotąd możliwem, wobec braku określonych cech charakterystycznych główek nitek nasiennych.

Jakież są cechy charakterystyczne plam nasiennych? Wogółności można je podzielić na dwie grupy: makroskopowe i mikroskopowe. O pierwszych możemy powiedzieć, co następuje.

Jeżeli przy zwykłych warunkach spółkowania spostrzegamy plamy nasienne na przedniej i tylnej części koszuli, to powiedzieć tego nie możemy o plamach, powstałych podczas gwałtu, jak na to pierwszy zwrócił uwagę Roussin⁵⁾: można je odnaleźć w miejscach najmniej oczekiwanych, np. rękawach, wstążkach, kapeluszu, podłodze, w zależności od nieładu odzieży wskutek walki ofiary i nieprawidłowego wypływu nasienia. Często niema plam na środku prześcieradła, na miejscu, odpowiadającem narządowi płciowemu przy zwykłym spółkowaniu, lecz przeważnie plamy znajdują się na przedniej części u wężłowia. Forma ich prawie nigdy nie przypomina klasycznej formy mapy geograficznej, jaką znajdujemy po polucjach nocnych, po większej części plamy bywają niewielkich rozmiarów z niewyraźnymi konturami. Tymczasem białe plamy, przypominające mapy geograficzne, mogą być wywołane wylaniem się ropy, upławami i t. p. Z tego wnioskować należy, że z wyglądu zewnętrznego trudno odgadnąć pochodzenie plamy, a już mowy być nie może o wypowiedzeniu się stanowczem za lub przeciw.

W celu uwydatnienia plam nasiennych wielu badaczy proponowało różne środki: wskazywali, że przy suchem nagrzewaniu plamy nasienne brunatnieją, od pary jodu nieco żółkną, gdy sąsiednie tkanki przyjmują kolor niebieski (płótno, perkal, lniane wyroby), od pary wodnej plamy grubieją, jakoby odświeżają się, odzyskując nawet właściwy zapach. Proponowano również związki miedzi, srebra, ołowiu, kwas saletrzany i wiele innych. Nie przytaczam autorów, bo ich jest tak wielu, że za dużyoby miejsca zajęło ich wyliczanie. Już to jedno, że różni autorowie proponują rozmaite środki w celu odróżniania plam nasiennych, naprowadza nas na myśl, że żaden z tych wielu środków nie może być uważany za pewny, że żaden z nich nie jest charakterystyczny dla plam nasiennych. Również nikt obecnie nie używa środków, proponowanych do wywołania właściwego nasieniu zapachu, znikającego w miarę zasychania plam. Dowody rzeczowe, przysyłane lekarzowi-ekspertowi, mają zwykle jakiś dziwny ostry zapach, który jest w stanie zupełnie zamaskować właściwy zapach nasienno. Nakoniec, wrażenie sztywności plamy, jakby wywołanej krochmalem, również może być wywołane wylaniem się ropy. Przyjmując to wszystko na uwagę, muszę powiedzieć, że nietylko żadna z wymienionych oznak poszczególnie, ale wszystkie razem wzięte nie mogą ostatecznie decydować o pochodzeniu plamy.

Przechodzę do oznak drugiego rodzaju — drobnowidzowych.

Przy tego rodzaju badaniu plam nasiennych zwracamy przeważnie, a nawet wyłącznie, uwagę na obecność nitek nasiennych. Dla łatwiejszego ich rozpoznania w ostatnich czasach zaczęto używać barwników, dzięki którym udało się określić detaliczną budowę nitek nasiennych. Z pośród bardzo li-

⁵⁾ ROUSSIN. Examen microscopique des taches de sperme. Annales. 1867.

cznych prac w tym kierunku najważniejszą wydaje mi się praca BALLOWITZ'a⁶⁾, poświęcona badaniu główki nitki nasiennej, i pierwsza część monografii FLORENCE'a⁷⁾. Dział tej ostatniej „*éléments-histologiques du sperme*“, zawierający szczegółowy opis budowy nitek nasiennych, powinien być kamieniem węgielnym dalszych prac o badaniu plam nasiennych.

Pojmując trudności przy określaniu pochodzenia plam, w szczególności w tych przypadkach, kiedy dowody rzeczowe bywają dostarczane po dłuższym upływie czasu po spełnionem przestępstwie, a w dodatku podlegały niekorzystnym warunkom, nie możemy się dziwić tak licznym próbom ułatwienia podobnych poszukiwań. Z tego samego powodu jest zupełnie naturalne wielkie zainteresowanie się ogółu specjalistów nową niedawno spostrzeżoną cechą znamionną plam nasiennych. Mianowicie prof. FLORENCE w Lionie znalazł odczynnik, który z płynem nasiennym daje charakterystyczne kryształy. Odczynnik FLORENCE'a odznacza się taką nadzwyczajną czułością, że nie ma tak małej plamki nasiennej, która nie byłaby w stanie dać dodatniego wyniku. Wypróbowałwszy działanie swego odczynnika na różne wydzieliny fizyologiczne, FLORENCE przyszedł do wniosku, że kryształy otrzymują się jedynie z płynu nasiennego człowieka, a co z tego wynika, przyjął swój odczynnik, jako znamieny dla nasienia ludzkiego.

Okazuje się, że spostrzegane przez FLORENCE'a kryształy, noszące obecnie jego imię, były znane już dawniej, chociaż FLORENCE odkrył je zupełnie samodzielnie. ARTHUR BÖTTCHER⁸⁾ z Juriewa już w 1865 roku znalazł kryształy przy wysuszaniu nasienia. BÖTTCHER początkowo uważał znalezione kryształy za swoiste i nazwał je „Spermatinkristalle“, ale w dodatku do swojej pracy odwołuje wyżej wymienione pojęcie, zauważywszy, że podobne kryształy znajdują się także na pokrywkach naczyń szklanych, w których przechowywały się preparaty anatomiczne. Naturalnie znaczenie sądowo-lekarskie, nadane pierwotnie odnalezionym kryształom, wobec powyższego spostrzeżenia, BÖTTCHER sprowadził do *minimum*. Według zdania niektórych autorów kryształy BÖTTCHER'a są identyczne z kryształami FLORENCE'a. Jest to pojęcie fałszywe, ale ja bynajmniej nie wyrzekam się wyżej wypowiedzianej myśli, że BÖTTCHER spostrzegał też same kryształy, co i prof. FLORENCE.

Nieporozumienie tutaj zachodzi z tego powodu, iż BÖTTCHER spostrzegał dwie różne kategorie kryształów i przyjmował je za identyczne. BÖTTCHER zauważył, że przy wysychaniu nasienia tworzy się wiele kryształów. Ponieważ kryształy te nie rozpuszczają się w glicerynie, przeto bardzo łatwo je otrzymać po rozmoczeniu plam w tej ostatniej. Kryształy BÖTTCHER'a są bezbarwne, zaliczają się do monoklinicznego systemu, posiadają wiele własności chemicznych, jak na przykład: nie rozpuszczają się w rozcieńczonym kwasie garbnikowym, a w zgęszczonym widocznie się kurczą i stają się nieprzezroczystymi; nie rozpuszczają się w sublimacie i w wysokoku, w którym mogą się

6) BALLOWITZ E. Untersuchungen über die Structur der Spermatozoën. Archiv f. mier. Anat. Bonn 1888. XXXII. Tegoż. Idem w Archiv f. m. An. Bonn 1890. XXXIV. Tegoż. Das Betzins'sche Endstück etc. Intern. Monatschr. f. An. u. Phys. Leipzig. 1890. Tegoż. Die innere Zusammensch. des sperm. Kopfes. Centralbl. f. Physiol. 1891—1892.

7) FLORENCE A. Du sperme et des taches de Sperme etc.

8) Prof. ARTHUR BÖTTCHER. Farblose Kristalle eines eiweisartigen Körpers aus dem menschlichen Sperma dargestellt. Hierzu Tafeln XIII. Virchow's Archiv für pathol. Anatomie u. Physiol. w. f. Klin. Medic. XXXII. B. 27. 1865.

przechowywać kilka miesięcy bez zmiany. Dla nas szczególnie zajmujące są zauważone przez BÖTTCHER'a własności kryształów w stosunku do rozmaitych preparatów jodu. „Nie rozpuszczają się one w jodzie“ (sie sind unlöslich in Jod),—jak to trzeba rozumieć, ściśle nie powiedziano, gdyż dalej mówi się, iż w bardzo rozcieńczonych roztworach wodnych jodu kryształy te pomału rozpuszczają się. W *t-ra Jodii* nie rozpuszczają się i barwią się na żółto, tak samo, jak i wyschnięta plazma.

Pominąwszy wszystkie te odczynniki, jako nieodpowiadające celowi, BÖTTCHER podał płyn, składający się z 1 części jodu, 3 części jodku potasu i 20 części przekroplonej wody. Za pomocą tego odczynnika kryształy barwiły się na kolor ciemno brunatny, pozostałe zaś części składowe nasienia — na pomarańczowy. Na dowód, że zabarwione tym sposobem kryształy różnią się od poprzednio otrzymanych i nie mają żadnej wspólnej cechy znamiennej, wystarczałoby tylko BÖTTCHER'owi sprawdzić stosunek ich, chociażby do wyskoku.

Skład odczynnika FLORENCE'a zbliżony jest do wyżej wspomnianego: jodku potasu FLORENCE bierze 1,65, czystego jodu 2,54, wody przekroplonej 30,0. Podobieństwo tych odczynników polega na tem, że ani jeden z nich nie zawiera wyskoku, i że obadwa, wskutek obecności jodku potasu, zawierają w sobie znaczną ilość jodu; różnica zaś zachodzi tylko w ilościowej zawartości jodu. Traktowanie wodnym roztworem jodu nasienia przez BÖTTCHER'a było przypadkiem, z którego ten badacz nie zdał sobie należytej sprawy.

Kazuistyka 100 spostrzeżeń przypadkowego pozostawienia w jamie brzusznej ciał obcych używanych przy operacjach.

Podał

FRANCISZEK NEUGEBAUER

Ordynator oddziału ginekologicznego szpitala Ewangelickiego.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 27).

XVII. Tylko raz jeden powstała przetoka moczowa wskutek komplikacji operacyjnych po operacji wtórnej (N. 45)—samowolne zamknięcie się tej przetoki; 3 razy powstała przetoka kałowa: N. 2 — zamknięcie się przetoki samowolne.

N. 57: Przetoka kałowa powstała po otworzeniu ropnia ściany brzusznej, połączonem z ekstrakcją serwety z gazy z ropnia. N. 45: Przetoka kałowa powstała po otworzeniu flegmony miednicy.

XVIII. 13 razy ciało obce zostało samowolnie wydzielone *per rectum*, a więc wdrążyło do kiszki na drodze perforacji jej ścian, mianowicie 3 razy pinceta arteryalna, 1 raz dren i 9 razy tampon z gazy. Pomimo że wdrążenie ciała obcego kilka razy odbyło się wśród objawów grożącej niedro-

żności kiszek, jednak wszystkie te osoby wyzdrowiały, bywały jednak i przypadki, gdzie takie wdrążenie ciała obcego do kiszki odbyło się bez jakichkolwiek objawów alarmujących.

XIX. Co się tyczy czasu przebywania ciała obcego w jamie brzusznej podano szczegóły następujące:

N. 1: Wydalenie kompresu z gazy *per anum* po 8 miesiącach.

N. 7: Wydalenie kompresu z gazy *per anum* po 2 miesiącach.

N. 8: Po upływie roku wydobyte kompresu z gazy z rany kiszki przy wtórnem cięciu brzuszem.

N. 18: Po kilku miesiącach *per anum* wyszedł tampon z gazy.

N. 21: Po 6 miesiącach wydzielił się tampon z gazy z ropnia ściany brzusznej.

N. 29: Po kilku latach usunięto pierścione, zapomniany w jamie brzusznej przez nacięcie pochwowe *cavi Douglasii*.

N. 31: Po upływie czterech miesięcy *per anum* wydzielił się tampon z gazy wśród objawów grożącej niedrożności kiszek, gdy już zrobiono wszelkie przygotowania do wtórnego cięcia brzuszego.

N. 34: Dopiero po upływie półtora roku pinceta arteryalna zaczęła wywoływać objawy dykuczące chorej i wywołała potrzebę cięcia wtórnego.

N. 37: W rok po operacji *per anum* wydzielił się tampon; swoją drogą przyszło do niedrożności kiszek i wtórnego cięcia brzuszego.

N. 38: Krwotok arteryalnego pochodzenia blisko 5 i pół miesiąca po pierwszej operacji wywołał potrzebę wtórnego cięcia brzuszego, śmiertelne zejście na samym stole operacyjnym.

N. 9: Po 10 dniach wśród objawów grożącej niedrożności kiszek wyszedł *per anum* tampon z gazy.

N. 40: Po dwóch latach cięcie brzuszne wtórne z wydobyciem pincety arteryalnej *ex intestino coeco*.

N. 43: Po 21 dniach tampon wyropiał po symfیزیotomii *ex cavo retrovesicali*

N. 44: Po dwóch miesiącach tampon wyszedł *sponte per anum*.

N. 45: Po 4 latach pinceta arteryalna wyszła *sponte per anum*.

N. 46: Po 9 miesiącach pinceta arteryalna wyszła *sponte per anum*.

N. 47: Po dłuższym czasie dren wypadł podczas tańca *per vaginam*.

N. 48: pinceta arteryalna po 10 miesiącach wyszła *sponte per anum*.

N. 50: Po 6 miesiącach serweta z gazy wyszła *sponte per anum* wśród objawów grożącej niedrożności kiszek, tak że już wszystko przygotowano do operacji wtórnego cięcia brzuszego.

N. 55. Po kilku miesiącach cięcie wtórne brzuszne, przy którym wydobyto z kiszki serwetę z gazy.

N. 56. Półtora roku po operacji ukruszone cząstki gąbki wydzielone z przetoki ropiejącej ściany brzusznej.

N. 57. W rok po operacji wyszła serweta z gazy z przetoki ściany brzusznej.

N. 59. Półtora roku po operacji wtórne cięcie brzuszne z wydobyciem serwety z gazy z kiszki.

N. 60. Po upływie kilku miesięcy z przetoki ropiejącej pooperacyjnej wydobyto najprzód jedną, we 2 dni później drugą serwetę z gazy.

N. 62. W miesiąc po owaryotomii znaleziono pincetę w pęcherzu moczowym.

N. 65 8 miesięcy po operacji pincetą arteryalną wydobyto z ropnia ściany brzusznej.

N. 70. Dwa lata po zaprowadzeniu drenu po paracentezie brzusznej przy *ascites* znaleziono przy sekcji *in cavo Douglasii* ułamek drenu SOUTHEY'a.

N. 71. Gąbka wyropiała z abscesu ściany brzusznej w 5 miesięcy i 18 dni po cięciu brzuszem.

N. 88. Po jakimś czasie pinceta arteryalna wyszła z ropnia nadpachwinowego.

N. 90. Tampon usunięto dwa tygodnie po koeliotomii z ropnia pooperacyjnego ściany brzusznej.

N. 91. Pincetą arteryalną wyjęto trzy i pół miesiąca po operacji z ropnia pooperacyjnego.

N. 97. Tampon z gazy wydzielił się ze stolcem *sponte per anum* 12 lat po operacji.

N. 98. Dren wypadł dwa tygodnie po operacji *per anum*.

N. 99. Tampon z gazy wydzielił się 7 tygodni po operacji *per vaginam*.

1 raz pozostawienie ciała obcego w jamie brzusznej przy operacji, dokonanej podczas ciąży, wywołało poronienie, 1 raz powstała w następstwie przetoka moczowa pochwy, kilka razy powstały objawy grożącej niedrożności kiszek, w niewielkiej tylko ilości przypadków pozostawienie ciała obcego w jamie brzusznej wywołało bezpośrednio śmierć operowanej osoby, a w kilku przypadkach pozostawienie ciała obcego przyczyniło się do wywołania komplikacji pooperacyjnych, które ostatecznie doprowadziły do zejścia śmiertelnego, przypadek zaś N. 38 — przedziurawienie *arteriae iliacae sinistrae externae* przez pozostawione w jamie brzusznej dwie pincety jest unikatem w tej kazuistyce, przeze mnie przytoczonej.

SCHROEDER raz w 10 godzin po myomotomii powtórnie otworzył jamę brzuszną wskutek tego, że felczerka twierdziła, że pozostawiono w jamie brzusznej gąbkę. Gąbki w jamie brzusznej nie znaleziono, chora wyzdrowiała.

SNIEGIRJEW aż dwa razy z rzędu ponownie otworzył jamę brzuszną, aby odzyskać brakującą gąbkę, lecz jej w jamie brzusznej nie znalazł.

A. MARTIN pozostawienie ciała obcego, użytego przy operacji w jamie brzusznej, zalicza do komplikacji operacyjnych. OLSHAUSEN wspomina jeszcze o przypadku z monografii FEHR'a 1859, którego szczegółów nie znam.

Dla obiektywnego osądzenia doniosłości faktu pozostawienia *sub operatione* przypadkowo ciała obcego w jamie brzusznej musi mieć znaczenie i kazuistyka przypadkowego wdrażenia ciał obcych do jamy brzusznej oraz los osób dotkniętych.

Nie będę tutaj rozbiarał niewyczerpanej kazuistyki wdrażenia kul przy postrzałach, wdrażenia zawartości kiszek do jamy brzusznej przy porażeniu i innych perforacjach kiszek, a przytoczę tylko krótki szereg spostrzeżeń więcej analogicznych z pozostawieniem przypadkowym ciała obcego *sub operatione* używanego w jamie brzusznej.

a) ERICHSEN (Medico-Chirurgical Transactions. Vol. XXXIX. pg. 15 patrz: B. POULET: *Traité des corps étrangers en chirurgie*. Paris 1879. Pg. 619). 28-letnia kobieta właśnie zajęta była wprowadzeniem sobie wskutek *dysuriae* pendzla o rękojeści z drzewa cedrowego do pochwy, gdy nagle ktoś wszedł do pokoju. Aby nie zdradzić swego manewru, kobieta szybko usiadła na najbliższym krześle, przyczem pendzel, perforując tylne sklepienie pochwy, wdążył do jamy brzusznej. Lekarz w tej chwili wezwany nie był w stanie znaleźć ciała obcego. Prawdopodo-

bnie, jak później ujawniło badanie pośmiertne, nastąpiło przedziurawienie dwóch pętel kiszkowych. Pomimo to nie nastąpił żaden wylew do jamy brzusznej. Wszelkie zabiegi na razie zostały bez skutku. Ciało obce zostało otorbione złoгами zapalnymi, mianowicie w takiej pozycji, że jeden koniec pendzla leżał *in excavatione ossis sacri*, drugi zaś koniec można było wymacać u góry pomiędzy pępkiem i *lig. Poupartii* pod samą skórą. W następstwie wystąpiły częste ataki zapalenia otrzewny, aż nareszcie po 8 miesiącach ERICHSEN widział chorą. Schudnięcie, upadek sił, zadawnione dolegliwości pęcherzowe; jednorazowe krwawienie z кишки wytłomaczono hemoroidami. ERICHSEN po uspianiu chorej wydobył ciało obce, gdy jeden z asystentów od strony кишки stolcowej podsuwał je ku górze, aby przedni koniec więcej się uwydatniał, mianowicie koniec, leżący pod ścianą brzuszną. ERICHSEN dokonał nacięcia skóry i *fasciae transversalis*, w której utkwiła kula ołowiana, umocowana na końcu rękojeści pendzla. Kula ta zczerniała zupełnie. Po powiększeniu cięcia ERICHSEN uwolnił ciało obce i wydobył je z łóża. Była to rękojeść pendzla 5½ cala długości, cuchnąca kałem. Ani wiatry, ani stolec nie wychodziły z rany, a więc ranę spojono dwoma szwami. Już następnego dnia wystąpiły objawy zapalenia otrzewny, a czwartego dnia po operacji chora zmarła. W czasie badania pośmiertnego znaleziono w jamie brzusznej kilka uncji mętnego płynu czarno zabarwionego i pewną ilość gazów. Po między pępkiem a spojeniem łonowem po prawej stronie od linii pośrodkowej leżał konglomerat sklejonych pęteli kiszkowych, a w nim dwie pętle kiszek po dwa razy przedziurawionych. Macica, pęcherz i odbytnica prawidłowe. Tuż przy samej macicy w tylnym sklepieniu pochwy blizna pochodząca od pierwotnego przedziurawienia w miejscu, gdzie wdrążyła rękojeść pendzla.

b) MARTIN dokonał operacji przy rozpoznaniu przypuszczalnym *Fibroma parietis abdominis* w celu usunięcia małego guza poniżej pępka. W guzie tym znaleziono igłę do szycia. Guz był tak ściśle zrośnięty z głębszymi warstwami ściany brzusznej, że nie obeszło się bez otworzenia jamy otrzewny. Igła wdrążyła do ściany brzusznej z кишки i z czasem samowolnie byłaby wyropiała na zewnątrz. Nie było więc tutaj żadnego fibromatu, a chodziło o zapalny infiltrat ściany brzusznej wskutek obecności ciała obcego w niej. (Patrz: FRANK. Centralblatt fuer Gynaekologie 1890 pg. 465).

c) FREUND („Zur Kasuistik der Fremdkoerper in den weiblichen Genitalien“) przy cięciu brzuszno, dokonanej przy mylnem rozpoznaniu ciąży pozamacicznej, znalazł w zapalnym konglomeracie ze siecią ściśle połączonym dwa pręciki metalowe ze sobą skręcone i przełamane, które pochodziły od igły dawniej do macicy wepchniętej prawdopodobnie w celu przerwania ciąży. (Patrz F. NEUGEBAUER. Die Fremdkoerper des Uterus. Breslau 1897 pg II. oraz: Przyczynek do nauki o ciałach obcych w macicy. Kronika lekarska 1898 pg. 5 N. 15).

d) FRORIEP (Patrz F. NEUGEBAUER. Die Fremdkoerper des Uterus 1. c. pg. II). Igła, dawniej wepchnięta do macicy, wyszła *sponte* na drodze ropienia nad pachwiną.

e) HENDRIX. (Annales de la Société Belge de Chirurgie. 1898 N. 5). „Ciało obce w jamie brzusznej“. Jakiś melancholik w zamiarze samobójstwa połknął igłę 15 centymetrów długości, u górnego końca lekko zakrzywioną. Po kilku tygodniach powstała flegmona w prawej okolicy pachwinowej, odpowiadająca S-Romanum. Diagrafia Roentgenowska ujawniła ciało obce podługowate. Nacięto ropień i wydobyto ciało obce. Igła ta perforowała ścianę żołądka wbiła się *in omentum majus* i wywołała zrost ze ścianą brzuszną i ropień. *Vis medicatrix naturae* dokonała cudu.

f) E. I. ILL. „Foreign bodies in the peritoneal cavity introduced through the genital tract“. New-York Journal of Gynecology and Obstetrics. 1892 Vol. II. pg. 893).

g) FRANK W. HAVILAND: (New York Medical Record XLIII. 14. pg. 398—October — „A needle in the ovary“), przy cięciu brzuszem w ropniu jajnika znalazł ułamek dwóch centymetrów długości zwyczajnej igły do szycia i przypuszcza, że igła dostała się do jajnika z kiszek.

h) KARPIŃSKI (Gazeta Lekarska 1894. N. 41) znalazł w ropniu ściany brzusznej u 44-letniego lokaja ość rybią, która przewędrowała tutaj z kiszek. (Również i FRITSCH w zimnym ropniu ściany brzusznej znalazł ciało obce — patrz MICHELS: „Abscesse der Bauchwand“ Monatsschrift für Geb. u. Gyn. Vol. VI. pg. 537).
(C. d. n.).

WYKŁADY KLINICZNE.

WARUNKI ANATOMO-FIZYOLOGICZNE UMIEJSCOWIENIA CHORÓB W BŁĘDNIKU I OBJAWY KLINICZNE TYCHŻE CHORÓB.

Podał

D-r T. Heiman.

Sz. Panowie! Stosownie do wyznaczonego mi w dniu wczorajszym przez wydział lekarski tematu, przedmiotem dzisiejszej lekcji mojej będzie: „warunki anatomico-fizyologiczne umiejscowienia chorób w błędniku i objawy kliniczne tychże chorób“. We wczorajszej lekcji mojej wspomniałem, że choroby błędnika zawierają dział otyatrii, przedstawiający dotąd wielkie luki, których usunięcie pozostawione jest przyszłym badaczom. Istnieją tu wprawdzie liczne teorie; wszelako większość ich dotąd nie wyszła po za granice więcej lub mniej pomysłowych hipotez i przypuszczeń; o chorobach błędnika wiemy wogóle nie wiele. Nie będę Panów trudił przedstawieniem teorii, dotąd nie dowiedzionych; ograniczę się wyłącznie do tego, co przez wszystkich lekarzy usznych uznane zostało za mniej lub więcej dowiedzione. Ażebyście Panowie łatwiej zrozumieli choroby różnych odcinków błędnika, uważam za konieczne przypomnieć Wam niektóre wiadomości z anatomii i fizjologii błędnika.

Błędnik mieści się w części skalistej kości skroniowej i składa się z kości zbitej, badzo twardej, którą ze wszech stron otacza torebka kostna. Ta ostatnia tak mocno u dorosłych jest połączona z błędnikiem, że niepodobna jej w zupełności oddzielić. W celu zbadania błędnika, poznania jego właściwego kształtu, używamy błędników zarodków lub noworodków; u tych torebkę kostną łatwo oddzielić od błędnika zwyczajnym skalpelem.

W tak wypreparowanym błędniku odróżniamy trzy łukowate występy kostne, łączące się na końcach, są to przewody łukowate. Zajmują one część tylną błędnika, część jego przednią stanowi ślimakowate zagięcie kostne — ztąd nazwane ślimakiem; między przewodami łukowatymi i ślimakiem mieści się przedsionek.

We wnętrzu błędnika kostnego znajduje się błędnik błoniasty; ostatni nie przylega do ścian błędnika kostnego, lecz znajduje się w pewnej od niego od-

ległości i utrzymywany jest w swoim położeniu za pośrednictwem włókienek delikatnej tkanki łącznej, tworzących rodzaj siatki i zawierających znaczną ilość naczyń krwionośnych. Przestrzeń między błędnikiem kostnym i błoniastym wypełniona jest płynem—perilimfą; kanał błędnika błoniastego zawiera także płyn—endolimfę. Oba te płyny znajdują się w związku bezpośrednim z przestworami podpajęcznymi jamy czaszkowej.

Przedsionek stanowi nieprawidłowy dołek owalny, długości 6—7 milimetrów i szerokości około 3 mm. i przez cienki grzebień (*crista vestibuli*) rozdzielony jest na dwie nierówne połowy; przednią, dolną —mniejszą (*recessus hemisphaericus*) i tylną, górną — większą (*recessus hemiellipticus*). Na zewnątrz graniczy przedsionek z jamą bębenkową i łączyłby się z nią bezpośrednio przez okienko owalne, gdyby ostatnie nie było zakryte podstawą strzemięcia. Na powierzchni wewnętrznej przedsionka widać otworek wodociągu przedsionka oraz kilka innych otworków (*maculae cribrosae*), przez które wchodzi gałąski nerwowe nerwu przedsionkowego, oddzielającego się od nerwu słuchowego; gałąski te zaopatrują części błoniaste przedsionka i przewodów łukowych. *Recessus hemiellipticus* i *hemisphaericus* zawierają woreczki błoniaste; z tych woreczek zawarty w *r. hemiellipticus* nazywa się *utricleus*, zaś znajdujący się w *r. hemisphaericus* — *snuculus*. Ściany przedsionka, z wyjątkiem przedniej i wewnętrznej, mają pięć otworów dla przewodów łukowatych.

Przewody łukowate: poziomy (zewnątrzny), pionowy przedni (górny) i pionowy tylny (dolny), składają się z trzech rurek kostnych, ułożonych względem siebie pod kątem prostym. Każdy z przewodów łukowatych wychodzi z przedsionka oddzielnym otworkiem wyprowadzającym i przy wyjściu z przedsionka jest banieczkowato (*ampulla*) rozszerzony. Opisawszy łuk, przewody łukowate wracają do przedsionka, lecz nie trzema, tylko dwoma otworami, ponieważ łuki górny i dolny pionowy łączą się w jedno wspólne ujście. Kształt przewodów łukowatych błoniastych i cały błędnik błoniasty wogóle odpowiada kształtowi przestrzeni, które zajmuje.

Ku przodowi i dołowi przedsionek łączy się ze ślimakiem, stanowiącym rurkę, długości około 3 cm., wężkowato $2\frac{1}{2}$ raza skręconą około swojej osi kostnej (wrzecionko, *modiolus*), zwężającą się ku końcowi. Podstawą ślimak skierowany jest ku przewodowi słuchowemu wewnętrznemu, wierzchołkiem ku jamie bębenkowej. Ta rurka wężkowata przedzielona jest wewnątrz na dwa piętra, górne i dolne za pośrednictwem blaszki kostnej, wychodzącej z osi kostnej; jestto blaszka wężownicowata kostna (*lamina spiralis ossea*), która dokoła osi kostnej jest także śrubowato skręcona. Piętro górne łączy się z przedsionkiem (*scala vestibuli*), zaś piętro dolne kończy się w okienku okrągłym (*scala tympani*). Blaszka wężownicowata nie dochodzi do przeciwnego końca rurki śrubowatej, lecz dopełnia się blaszką błoniastą (*lamina spiralis membranacea* s. *membrana basilaris*). Skutkiem tego oba piętra są całkiem od siebie oddzielone z wyjątkiem samego wierzchołka ślimaka, gdzie obydwa kanały łączą się ze sobą za pomocą małego otworaka—*helicotrema Brescheti*. Od blaszki wężownicowatej kostnej w piętrze przedsionkowem oddziela się błonka (*membran. vestibularis* s. *Reissneri*), która idzie pionowo nad błoną podstawową (*m. basilaris*) i tworzy z nią trzeci kanał (*ductus* s. *canalis cochlearis*), w którym mieści się aparat końcowy nerwu słuchowego czyli narząd Corti'ego. Ten się składa z mnóstwa komórek nabłonkowych, które dolnymi końcami spoczywają na błonie podstawowej. Od góry narząd Corti'ego pokryty jest błonczką siatkowatą (*lamina reticularis*), przez którą wystają nazewnątrz komórki słuchowe, otoczone nitkami słuchowymi, stanowiącemi włókna końcowe

nerwu słuchowego. Oprócz komórek CORTI'ego odróżniamy komórki HENSEN'a, DEITERS'a, CLAUDIUS'a i inne, przeznaczenie których dotąd nie jest wiadome. *Ductus cochlearis* łączy się z woreczkiem (*sacculus*) przedsionka zapomocą *canalis reuniens*.

Oprócz tego znajdujemy w kości skalistej dwa wodociągi (*aqueductus vestibuli et cochleae*). Pierwszy zaczyna się szczeliną półksiężycową po za przewodem słuchowym wewnętrznym i kończy się w przedsionku pod wypukłością kostną wspólnej gałęzi pionowych przewodów łukowatych. Drugi wodociąg stanowi szczelinę na dolnej powierzchni kości skalistej, na końcu wewnętrznym grzebienia kostnego, oddzielającego kanał tętnicy domózgowej od dołu szyjowego. Nerwy błędnika pochodzą od nerwu słuchowego. Ten ostatni wychodzi z rdzenia przedłużonego dwoma korzeniami—przednim i tylnym, przebiega razem z nerwem twarzowym, otoczony oponą naczyniową i podpajęczą mózgu i przechodzi do przewodu słuchowego wewnętrznego, a ztąd do błędnika. Już w przewodzie słuchowym wewnętrznym dzieli się na gałąź przedsionkową i ślimakową. Gałąź przedsionkowa (*ramus vestibularis*) idzie przez *macula cribrosa superior* do przedsionka i licznymi gałąskami zaopatruje worek eliptyczny i banieczki górne przewodów łukowatych. Gałąska ślimakowa (*ramus cochlearis*) idzie przez *tractus spiralis foraminulentus* do pierwszego skrętu ślimaka, do kanałów nerwowych wrzecionka i do blaszki węzownicowatej kostnej. Między włóknami wrzecionka i blaszką węzownicowatą mieści się *zona ganglionaris*. Włókna nerwowe, stawszy się bezosiowymi, dochodzą do otworków nerwowych na powierzchni dolnej błony podstawowej, dosięgają do *ductus cochlearis* i tworzą nitki i siatki, otaczające komórki słuchowe.

Co się tyczy czynności błędnika, to nie podlega wątpliwości, że płyn błędnikowy i otaczające go części błoniaste wraz ze znajdującymi się w nich końcówkami przyrządami i zakończeniami nerwów ulegają drganiu w czasie aktu słuchu i drganie to rozprzestrzenia się na nerwy słuchowe. Pod wpływem dźwięku lub też szumu podstawa strzemienia zostaje wepchniętą do okienka owalnego, co wywołuje wstrząśnienie błędnika, lub też czynniki powyższe wstrząsają jamę czaszkową, i to wstrząśnienie udziela się błędnikowi (przewodnictwo kostne). O kierunku drgań w różnych kanałach błędnika nie podobna powiedzieć nic stanowczego. Płyn błędnikowy wywołuje też wstrząśnienie piasku usznego (otolity), lecz drgania ostatniego są powolniejsze od drgań płynu błędnikowego, skutkiem czego podrażnienie mechaniczne zakończeń nerwowych dłużej trwa.

Czynność przewodów łukowatych, pomimo wszystkich przeprowadzonych prac i doświadczeń, dotąd nie została w zupełności wyjaśniona. Większość badaczy uważa je za narząd równowagi ciała; są jednakże i tacy, (STEINER, TOMASZEWICZ, BAGINSKY i in.), którzy równowagę ciała czynią zależną od rozmaitych ośrodków nerwowych. Jak wiadomo, FLOURENS (1828) doświadczałnie starał się dowieść, że przecięcie poziomego przewodu łukowatego wywołuje u zwierząt (golebi) ruchy wahadłowe w osi poziomej; przecięcie przewodu pionowego dolnego wywołuje ruchy z tyłu ku przodowi ze skłonnością padania ku tyłowi; zaś przecięcie przewodu pionowego górnego wywołuje takie same ruchy ze skłonnością padania ku przodowi. Przecięcie kilku przewodów łukowatych spowodowało zaburzenia ruchu złożone. Nadto FLOURENS, CUVIER i MAGENDIE dowiedli, że przecięcie pewnych ośrodków nerwowych wywołuje takie same zjawiska, co przecięcie przewodów łukowatych. I tak: uszkodzenie włókien poprzecznych mostu WALAROL'a lub też bocznych części zrazów mózdzku wywołuje u zwierząt takie same

ruchy, jakie otrzymujemy po przecięciu przewodu łukowatego poziomego; uszkodzenie odnóg mózgowych do wzgórków czworaczych (*crura cerebri ad corpora quadrigemina*) lub też tylnych części zrazów mózdkowych wywołuje zjawiska podobne do tych, jakie daje przecięcie przewodu pionowego dolnego; wreszcie uszkodzenie *corporis restiformis* lub też przedniej części górnego robaka mózdku wywołuje ruchy, otrzymywane po przecięciu przewodu łukowatego pionowego górnego. Opierając się na tych danych, niektórzy badacze przypuszczają, że jeżeli po przecięciu przewodów łukowatych występują zaburzenia w równowadze ciała, to one nie zależą od uszkodzenia przewodów łukowatych, lecz od uszkodzenia odpowiednich ośrodków nerwowych, czego przy tego rodzaju doświadczeniach uniknąć niepodobna.

W tym względzie klinika przyszła w pomoc fizyologii; fakty kliniczne dowodzą niewątpliwie, że zawrót głowy i zaburzenia w równowadze ciała, tak częste w chorobach ucha wewnętrznego spotykane, pochodzą od podrażnienia przewodów łukowatych. Przy brakach błon bębenkowych można objawy powyższe wywołać, jeśli dotknąć główki strzemięcia lub okolicy przewodów łukowatych; objawy te można też wywołać przez podrażnienie lub przecięcie nerwu twarzowego. Znaczenie przewodów łukowatych dla równowagi ciała stwierdzili też doświadczalnie GOLTZ (zmysł GOLTZ'a), BREUER (zmysł statyczny), CYON (zmysł przestrzeni), BROWN i in. Zmiana ciśnienia w banieczkach wywołuje prócz zaburzeń koordynacji uczucie podmiotowe zawrotu. Otworzenie przewodów łukowatych kostnych i zaklejenie ich otworów woskiem sprowadza osłabienie siły wszystkich mięśni poprzecznie prążkowanych i ich zanik.

Usunięcie błędnika sprowadza, oprócz bezwzględnego osłabienia siły mięśniowej, utratę dokładności ruchów i utratę czucia mięśniowego. EWALD objaśnia stan ten utratą napięcia (*tonus*) błędnikowego. Utrata tego napięcia może z czasem być wyrównana. To wyrównanie nie będzie jednakże równoznaczne powrotowi dawnej czynności swoistej; ponieważ czynność jakiegoś narządu nie może wrócić tam, gdzie jest brak tego narządu, to wyrównanie będzie czynnością zastępczą, dopełniającą. Błędnik zostaje zastąpiony przez sfery pobudliwe w wielkich półkulach mózgu. Czucie mięśniowe przy braku błędnika zostaje zastąpione przez czucie dotykowe i wzrok i odwrotnie. Dla tego też utrata czynności błędnika wywołuje u człowieka nieznaczne i krótkotrwałe zaburzenia równowagi ciała.

Ślimak stanowi narząd obwodowy dla wrażeń słuchowych, powstających przy podrażnieniu komórek końcowych nerwu ślimaka. Każdy ruch strzemięcia w kierunku okienka owalnego sprowadza drganie płynu błędnikowego. Podług HELMHOLTZ'a, część błoniasta ślimaka prawdopodobnie ulega przy tem wepchnięciu w kierunku piętra bębenkowego, płyn w niem zawarty odpycha błonkę okienka okrągłego ku jamie bębenkowej, lub część płynu odpływa przez wodociąg ślimaka. Błona podstawowa stanowi według HELMHOLTZ'a rząd strun leżących obok siebie, które przy pewnych tonach, stosownie do swojej długości i stopnia napięcia ulegają drganiu i drażnią odpowiednie gałąski nerwu ślimaka. Podług badań HENSEN'a i HASSE'go nastrój błony podstawowej dla pewnych tonów zależy prawdopodobnie od rozmaitej szerokości tej błonki; dolne części jej oddziałują na tony wysokie, górne — na niskie. Ton wywołuje drganie pewnej grupy włókien nerwowych; przy tem wszelako włókna sąsiednie nie pozostają w spokoju, z tego też powodu przy rosnącej wysokości tonu wrażenie jego jest ciągłe.

Sensoryjny ośrodek słuchowy znajduje się w pierwszym zawoju skroniowym WERNICKE, FERRIER i in.) t. j. w miejscu, gdzie dotąd nie znaleziono związku ana-

tomicznego z korzeniami i jądrami nerwu słuchowego. MUNK jest tego zdania, że część tylna sfery słuchowej służy do przyjęcia tonów niskich, zaś przednia, leżąca bliżej rowku SYLWIUSZ'a — tonów wysokich. WERNICKE i MEYNERT uważają pierwszy zawój skroniowy za ośrodek obrazów dźwiękowych. Uszkodzenie tego zawoju spowoduje ciężkie zaburzenia mowy „głuchotę duszy, głuchotę wyrazową” (KUSSMAUL). Dany osobnik słyszy mowę, lecz nie pojmuje znaczenia jej. Są jeszcze inne ośrodki, mające związek z mową, słuchem, wzrokiem; nie należy to jednak do ram tej lekcji, i dla tego je pomijam. Przedsionek błoniasty służy do percepcji szmerów i do pewnego stopnia tonów.

Wrażenia dźwiękowe z nerwu słuchowego dochodzą do jądra zewnętrznego w rdzeniu przedłużonym, ztamtąd przez *corpus trapezoides*, krzyżując się, do górnej oliwki, ztąd przez tylne wzgórkki czworacze, przez *corpus geniculatum internum* i *crus posterius* do torebki wewnętrznej (*capsula interna*) i do zrazu skroniowego.

Z punktu widzenia ogólnej patologii błędnik uważać należy za przestrzeń limfatyczną lub też za narząd swoisty. Jako przestrzeń chłonna błędnik ulega sprawom chorobowym albo wskutek spraw zakaźnych, istniejących w jamie bębenkowej, albo wskutek cierpień jamy czaszkowej i wreszcie samodzielnie i pierwotnie od rozwijających się w nim zmian chorobowych. Z jamy bębenkowej przechodzą do błędnika sprawy chorobowe za pośrednictwem okienek błędnikowych, za pośrednictwem poziomego przewodu łukowatego, po zniszczeniu go przez sprawę próchniejącą, albo nareszcie za pośrednictwem żył kostnych, łączących naczynia krwionośne błędnika z naczyniami jamy bębenkowej. Z jamy czaszkowej rozprzestrzeniają się sprawy chorobowe na błędnik wzdłuż przewodu słuchowego wewnętrznego, wzdłuż wodociągu ślimaka i wreszcie przez zniszczoną piramidę kości skalistej.

Nie ulega też wątpliwości, że błędnik może zachorować pierwotnie, i że w nim mogą, między innymi, rozwinąć się pierwotnie rozmaite sprawy zapalne. Jakim sposobem, jakimi drogami zaburzenia te dochodzą do skutku, nie zostało dotąd wyjaśnione.

Cierpienie pierwotne błędnika, prócz wywołanych przyczynami chorobotwórczymi, mogą też powstać przez działanie pewnych leków, między którymi pierwsze miejsce zajmuje chinina i kwas salicylowy. Sposób ich działania na błędnik objaśniamy przyczynami usposabiającymi, wywołującymi zaburzenia w krążeniu krwi i w odżywianiu błędnika. KIRCHNER znajdował przy badaniu pośmiertnym królików, karmionych powyższymi lekarstwami, wylewy i podbiegnięcia krwawe w błędniku. Z przyczyny głębokiego położenia swojego błędnik bardzo rzadko podlega urazowi, działającemu bezpośrednio; częściej działają na niego urazy, które podziały na kości czaszkowe.

Błędnik, jako narząd przeznaczony do przyjmowania tonów, może zachorować pierwotnie skutkiem szmerów bardzo silnych, lub też działających przez czas dłuższy. Należą tu przypadki cierpienia błędnika, wywołane przez strzały armatnie, wybuchy, oraz cierpienia błędnika zawodowe u ślusarzy, kotlarzy, kowali, bednarzy, maszynistów i t. p. W tych przypadkach następują wylewy krwawe, wstrząśnienia pierwiastków nerwowych błędnika, a nawet stan zapalny.

Cierpienie błędnika jest częściej następne w sprawach przewlekłych nieropnych ucha środkowego, szczególnie w sprawach sklerotycznych, w których często rozwija się zrost strzemięcia z okienkiem owalnym. W tych cierpieniach zajęcie błędnika bywa nietylko następne, lecz często występuje jednocześnie z cierpieniem ucha środkowego wskutek jednych i tych samych zaburzeń troficznych. Rzadziej cierpi błędnik w sprawach nieżytowych i ropnych ucha środkowego.

(D. n.).

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z d. 6 czerwca r. b.

TREŚĆ: K. RYCHLIŃSKI — „Przyczyny powstawania bezwładu postępującego“ (Dokończenie).

Myśl o przyczynowym związku przymiotu z bezwładem postępującym zjawiała się od chwili ustalenia bezwładu w odrębną grupę cierpień organicznych mózgu. Pominąwszy zdania wielu autorów, których zapatrywania na omawianą sprawę nie wiele się różnią, prelegent rozebrał szczegółowo teorię FOURNIER'a i doszedł do wniosku, że teoria przymiotowego pochodzenia bezwładu nie da się obronić, gdyż: 1) wbrew twierdzeniom FOURNIER'a bezwład postępujący szerzy się coraz więcej wśród kobiet, 2) wbrew twierdzeniom FOURNIER'a przy badaniu pośmiertnem znajdujemy stosunkowo mało zmian wspólnych dla tych dwóch cierpień, jak to wykazała ostatnia praca BREHM'a. Zaznaczana przez wielu autorów marskość narządów wewnętrznych, która ma świadczyć o ich przymiotowym pochodzeniu, zdaniem kol. RYCHLIŃSKIEGO, nie może służyć za dowód, gdyż spostrzega się ją na wielu innych trupach ludzi, którzy za życia nie przechodzili syfilisu. Prelegent, powołując się na spostrzeżenia THOMSEN'a i BREHM'a, sądzi, że FOURNIER niesłusznie radzi nazywać bezwład postępujący „wiądo-paralizem“, gdyż i badania kliniczne i anatomo-patologiczne przemawiają za tem, że kombinacja bezwładu z cierpieniem tylnych pęczków rdzenia stosunkowo zdarza się nie tak często.

Kol. RYCHLIŃSKI sądzi, że przymiot jednak ma pewien wpływ na powstawanie bezwładu; odgrywa on rolę czynnika, przygotowującego grunt pod przyszły bezwład postępujący. Pewne znaczenie w sprawie powstawania bezwładu mają i inne czynniki, jak nadużycia wyskokowe, nadmierna praca umysłowa, częste wstrząśnienia moralne lub uraz. Zastanawiając się nad powyższymi przyczynami, kol. R. sądzi, że nadużycia wyskokowe są w stanie przyspieszyć wybuch cierpienia, wywołać go jednak nie mogą. Przewlekłe pijaństwo, zdaniem prelegenta, *est sui generis* długotrwałem cierpieniem, w przebiegu którego zjawiać się mogą okresy, bezwład wielce przypominające. „Rzekome te cierpienia“, jak je dawniej nazywano, zjawiają się w przebiegu przymiotu, pijaństwa i cykrzycy.

Nadmierna praca umysłowa, moralne wstrząśnienia i uraz stanowią również kategorię czynników, przyspieszających wybuch bezwładu. Nowsza teoria głosi, że bez swoistego usposobienia wybuch bezwładu jest niemożliwy. NAECKE w swej pracy dowodzi, że tylko u osobników z wrodzonym usposobieniem przymiot, a szczególnie moralne wstrząśnienia i t. p. przyczyny są w stanie wywołać bezwład. MAIZET i VIREN twierdzą, że bezwład postępujący jest wynikiem odziedziczonego usposobienia w pierwszej linii do cierpień natury artrytycznej. Przymiot i t. p. przyczyny, zdaniem tych autorów, mają mały lub prawie żadnego nie mają wpływu na powstawanie bezwładu.

Rozebrawszy powyższe teorie, w końcu kol. RYCHLIŃSKI pragnie, aby w badaniach paralityków nie ograniczano się na badaniu wyłącznie istoty mózgowej, lecz aby badano wszystkie wewnętrzne narządy, gdyż tą drogą, być może, uda się w przyszłości wytłomaczyć, dla czego bezwład przebiega pod tylu postaciami; być może, uda się wyjaśnić, jaką drogą ten lub ów czynnik działa ujemnie na układ nerwowy paralityków.

W dyskusyi kol. St. MARKUSFELD zaznaczył, że, mówiąc w r. 1897 o „leczeniu objawów parasyfilitycznych“, a przeważnie jednego z nich, t. j. t. zw. wiądo-paraliżu, obszernie rozbiierał przyczyny powstawania omawianego cierpienia i doszedł do wniosków, które różnią się znacznie od wniosków kol. RYCHLIŃSKIEGO.

Jeżeli FOURNIER dowodzi pewnej zależności paraliżu od przymiotu między innemi i na mocy tego, że przymiot i paraliż postępujący zdarzają się rzadziej u kobiet, niż u mężczyzn, a na mocy danych statystycznych ze szpitali stosunek, liczebny chorych na paraliż kobiet do liczby mężczyzn ciągle wzrasta, to to niczego jeszcze nie dowodzi, choćby już z tego względu, że my nic nie wiemy o rzeczywistej liczbie paralityków mężczyzn i kobiet wśród danego społeczeństwa.

Chociaż w statystyce BREHM'a zależność od przymiotu marskości nerek i śledziony przyjmowana jest z niedowierzaniem, to należałoby w danej sprawie oczekiwać dalszych badań, ponieważ obecne dane naukowe są zbyt skąpe. Kol. MARKUSFELD zwraca uwagę, że, gdy przed 20 laty WELCH dowodził zależności tętniaków aorty od przymiotu, pracę tę spotkało jeszcze większe niedowierzanie. Tymczasem obecnie liczba przypadków wyleczenia tętniaków aorty za pomocą leczenia swoistego ciągle wzrasta.

Jeżeli laseczka gruźlicza może wywołać w skórze ludzkiej tyle form chorobowych, różnych i pod względem klinicznym i pod względem prognostycznym, to dlaczego syfilityczne cierpienie naczyń mózgu ma zawsze wywołać jedną postać chorobową?

Zdaniem kol. MARK. nazwa „wiądo-paraliż“ ma rację bytu, jako jednostka chorobowa z przeważającym umiejscowieniem raz w rdzeniu, to znowu w mózgu pomimo że, jak to słusznie zauważył kol. RYCHLIŃSKI, zdarzają się przypadki zarówno wiądu, jak i paraliżu postępującego pod względem klinicznym zupełnie czyste. Wszakże nie w każdym przypadku gruźlicy płuc są zajęte jednocześnie przez sprawę gruźliczą, przypuśćmy, i kiszki i opony mózgowe. A jednak łączymy wszystkie te, często klinicznie samodzielne postacie chorobowe, w jednostkę chorobową —gruźlicę. To samo mamy w wiądzie rdzenia i w paraliżu postępującym. Zarazek przymiotu może być w stanie utajonym przez kilka i kilkanaście lat; inaczej bowiem nie moglibyśmy wyjaśnić objawów późnego przymiotu. Leczenie swoiste często jest bezskuteczne, gdyż na bliznę po gumacie nie działa.

Kol. H. NUSBAUM sądzi, że pomiędzy wiądem rdzenia i paraliżem postępującym jest pewna analogia i w warunkach powstawania tych spraw przymiot odgrywa ważną rolę. Kol. NUSBAUM tylko wyjątkowo widywał chorych z wiądem rdzenia, którzy nie przechodzili przymiotu. Nie zgadza się przeto ze zdaniem MOCZUTKOWSKIEGO, że w wiądzie rdzenia przymiot nie odgrywa żadnej roli.

Zdaniem kol. NUSBAUMA, jednym z najczęstszych i ważnych czynników w powstawaniu paraliżu postępującego obok przymiotu jest przepracowanie i długotrwałe dotkliwie cierpienia moralne, które są, być może, ważniejszym czynnikiem, aniżeli alkohol, któremu kol. RYCHLIŃSKI tak wielkie przypisuje znaczenie.

Kol. A. CIĄGLIŃSKI sądzi, że przy odróżnianiu przyczyn w sprawach takich, jak wiąd rdzenia i paraliż postępujący, należy być bardzo ostrożnym ze statystyką, gdyż rezultaty jej zależą od tego, jak statystyka była zbierana i grupowana. ERB i MOCZUTKOWSKI zbierali statystykę przyczyn wiądu i doszli do wprost przeciwnych wniosków.

Kol. CIĄGLIŃSKI oświadcza się za przyczynowym związkiem przymiotu z wiądem rdzenia i paraliżem postępującym.

Zdaniem kol. CIĄGLIŃSKIEGO, w sprawie powstawania paraliżu postępującego przyczyną zazwyczaj bywa przymiot, musi jednak przytem być pewne uspo-

sobienie, trzecim dopiero warunkiem będzie, czy chorzy na przymiot leczyli się starannie, czy też nie.

Kol. Fr. GIEDROYĆ jest zdania, że leczenie przymiotu ma wielkie znaczenie. *Syphilis tarda* bywa najczęściej u tych, którzy nie leczyli się starannie.

Prof. BARANOWSKI zgadza się z kol. CIĄGLIŃSKIM w kwestyi znaczenia statystyki, która daje rezultaty rozstrzygające, jeżeli jest wykonywana umiejętnie i gdy opiera się na dużych cyfrach.

Prof. BARANOWSKI sądzi, że w tych nawet razach, w których uwydatnia się niewątpliwa łączność między przymiotem a cierpieniem ośrodków nerwowych, nie należy jeszcze twierdzić, że przymiot jest jedyną przyczyną powstawania władu lub paraliżu postępującego; w wielu bowiem razach należy przypuszczać, że obok przymiotu mogła działać na ustrój inna jeszcze przyczyna, jak wstrząśnienia moralne, przeciążenie pracą, nadużycia i t. p. Usposobienie dziedziczne tkanek może też w pewnych razach odgrywać ważną rolę.

Prof. BARANOWSKI zarzuca syfilidologom dzisiejszym, że pozwalają chorym, podczas leczenia przymiotu oddawać się zwykłym zajęciom, pracy wysiłkowej. W takich warunkach o wiele łatwiej rozwinąć się może pod wpływem przymiotu cierpienie ośrodków nerwowych.

W odpowiedzi na powyższe uwagi kol. RYCHLIŃSKI zaznacza, że istnieją obecnie bardzo ściśle wyliczenia, dowodzące, że liczba paralityczek wzrasta niepomierne (BUCHHOLTZ).

Kol. RYCHLIŃSKI sam wyznaje, że nadmierna praca umysłowa i ciągle wstrząśnienia moralne są w stanie przyspieszyć wybuch cierpienia. Dane statystyczne nie mogą przemawiać za tą lub inną teorią. Przytaczając zdanie MOCZUTKOWSKIEGO, kol. RYCHLIŃSKI uczynił to w tym celu, aby wykazać, jak sprzeczne są zdania pod tym względem. Zdaniem kol. RYCHLIŃSKIEGO nie można twierdzić z całą pewnością, że każdy dotknięty przymiotem, na którego podziałął uraz stać się musi paralitykiem.

W końcu prof. Brodowski zaznaczył kwestyę, jaką kilkakrotnie poruszano w dyskusyi, a mianowicie: dlaczego przymiot w jednych razach wywołuje objawy sprawy ogniskowej, w innych zaś objawy sprawy rozlanej. Sprawę tę łatwo można sobie wytłomaczyć w ten sposób.

Przymiot wywołuje w naczyniach zmiany, skutkiem których bardzo często powstaje *endoarteritis obliterans*. Jeżeli sprawą dotknięte będą gałąski tętniczek, znajdujących się u podstawy mózgu, gdzie są t. zw. końcowe tętnice, to przy zatkaniu światła jednej lub więcej tętniczek nastąpi *sui generis* nekroza (w postaci rozmiękczenia) tkanki mózgowej. W tych więc razach będziemy mieli objawy sprawy ogniskowej. Jeżeli zaś będą porażone drobniotkie tętniczki w korze mózgowej, przytem dość licznie, wówczas, ponieważ wyrównanie obiegu krwi daje się łatwo skutecznie za pomocą naczyń zespalających (*anastomotica*), sprawa będzie robiła wrażenie sprawy rozlanej. Dlaczego w jednych razach mamy te, w innych inne naczynia zajęte, odgrywa tu rolę pewne usposobienie.

A. Łogucki.

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Posiedzenie wydziału higieny szpitali i przytułków z dnia 2 czerwca r. b.

J. POLAK wygłosił odczyt: „Stan i potrzeby szpitali naszych“.

Dla określenia ilościowego i jakościowego rozwoju szpitalnictwa autor obrał metodę przeważnie porównawczą.

Przedewszystkiem zestawia on szpitalnictwo z przed stu laty, jak je opisał HOWARD i inni, ze sprawozdaniami o naszych szpitalach z tej samej epoki; różnice okazały się bardzo małe. Szpitalnictwo nasze odpowiadało mniej więcej ówczesnym poglądom. W miarę rozwoju higieny zdążyła Warszawa za Europą, dopóki przed laty 30 ożywiony ruch w Europie przestał oddziaływać na nas. Szpital św. Ducha był ostatnim wyrazem tych dążeń, od roku zaś 1870 szpitalnictwo najbardziej upadło. Ilościowo upadek szpitalnictwa tak się przedstawia, iż gdy w roku 1859 w Warszawie przypadało na 10000 mieszkańców 75 łóżek szpitalnych, to w roku 1867 było już tylko 50, a w roku 1897 zaledwie 25. Tymczasem, jak widać z zestawień urzędowych różnych miast Europy, liczba łóżek szpitalnych wzrasta szybciej, niż ludność; w Anglii zwłaszcza, gdy ludność w ciągu 20 lat zwiększyła się o 27,6%, to liczba łóżek zwiększyła się o 71,1%.

Liczbę łóżek, dla Warszawy potrzebnych, obrachowuje autor w sposób trojaki: 1) przez teoretyczną kombinację, przyjmując śmiertelność miasta 28, ludność = 700000, liczbę przypadków chorób, kwalifikujących się do leczenia szpitalnego, jako 10 razy większą od liczby zgonów (na podstawie minimalnej śmiertelności szpitalnej), a liczbę ludności, ze względu na zamożność kwalifikującej się do szpitali, jako 60% całej ludności (na podstawie spisu jednodniowego z roku 1882; 2) przez zastosowanie stosunku łóżek do ludności w 1867 r., przyjmując, że wówczas stosunek ten był bliższy normy, jak to wypada z porównania innych miast — wreszcie 3) przez zastosowanie normy analogicznej do miast, gdzie szpitalnictwo stoi prawidłowo.

Według pierwszego systemu otrzymana cyfra łóżek w szpitalach ogólnych wypadalaby 3150, według drugiego — 2988; według trzeciego zaś — gdyby przyrównać Warszawę do Hamburga, wypadłoby 3480 łóżek, w porównaniu z Berlinem 3060, z Monachium i Dreznem 3600, z Londynem 3420.

Przechodząc do jakościowego stanu szpitalnictwa, autor określa naprzód przestrzeń kubiczną potrzebną na jedno łóżko, przyczem z porównania postulatów różnych autorów i z zestawienia faktycznych stosunków skłonny jest do przyjęcia za podstawę cyfry 35 metrów szśc. na łóżko, zgodnie z zapatrywaniem inspektora szpitali TROICKIEGO. Lecz z cyfr, zebranych przez obecną komisję szpitalną, wypada, że w istocie przypada na 1 łóżko tylko około 25 metr. szśc., do czego przyłączyły się bardzo kliniki, nie mające żadnych urządzeń i korzystające przez to z gabinetów, które powstawały stopniowo z sal szpitalnych, przez co uszczuplano przestrzeni chorym. Należałoby więc liczbę obecnych łóżek zmniejszyć o $\frac{25}{35}$, aby doprowadzić kubiczność do normy 35, zresztą bardzo szczupłej, zważywszy na brak wentylacji.

Z danych powyższych wynika, że w dodatku do obecnie istniejących miejsc wypadła utworzyć jeszcze najmniej 1500 łóżek dla chorych ogólnych.

Co do utrzymania chorych, autor przytacza zestawienie wydatków na chorego w różnych szpitalach Europy i Ameryki Północnej. W szpitalach angielskich

wyduje się na utrzymanie chorego średnio około 2—2 $\frac{1}{2}$, rubla dziennie, w Paryżu 1,20 rb., w Niemczech (w Berlinie, Dreźnie) około 1,70 rb., w Ameryce bardzo rozmaicie od 1,50 rb. do 4,50 rb. nawet, w Brukselli około 3 frank., w Galicyi 75 centów, w Warszawie około 55 kop. Według autora przy dobrej gospodarce szpitalnej można przyjąć w Warszawie koszta utrzymania chorego 80 kop. dziennie. Koszta budowy szpitali, według danych, głównie zebranych przez KUHN'a (Handbuch der Architectur) wynoszą rozmaite sumy, ale większe wzorowe zakłady budowano już w cenie około 1000 rb. na łóżko, tak iż budowa i urządzenie szpitali potrzebnych wyniosłaby w Warszawie około 2 milionów rubli; blisko zaś pół miliona rocznie trzeba mieć na utrzymanie szpitali w dodatku do kosztów obecnych, co przy oszczędnej gospodarce, przy zredukowaniu kosztów administracyi, przy własnych urządzeniach centralnych (rzeźnia, młyn, piekarnia, nawet skład materiałów aptecznych) pozwoliłoby na wprowadzenie ulepszeń, jakich domaga się prasa lekarska, a do których jeszcze dodaje autor pracownię fotograficzną i modelarską.

Co do źródeł polepszenia finansów czyni autor następujące uwagi: 1) filantropia powinna znaleźć ujście w szpitalnictwie, do czego niezbędny jest szeroki udział społeczeństwa w zarządzie i administracyi szpitali; 2) podatek miejski tylko w części winien być używany na szpitale, głównie zaś winien wspierać szpitale przez zmniejszenie liczby chorych, *resp.* za pomocą urządzeń higienicznych miejskich; 3) podatek rublowy z prawem bezpłatnego leczenia najzupełniej chybia celu i nie wytrzymuje krytyki pod żadnym względem; 4) koszta lecznicze powinny stanowić znaczną rubrykę dochodu; 5) użyte być winny środki celem zapewnienia administracyi szpitalnej jak największej kompetencyi i zaufania ogółu.

Posiedzenie z dnia 23 czerwca r. b.

W. MĘCZKOWSKI — „O potrzebie nowych szpitali na prowincyi“.

Dla określenia potrzeb naszego szpitalnictwa, M. przedsięwziął zbadanie obecnych jego warunków. W tym celu możliwe jest zastosowanie tylko metody porównawczej. Korzystając z urzędowych danych, M. postanowił: 1) porównać stan szpitalnictwa z 1867 r. ze stanem 1897 r., aby przekonać się, czyśmy posunęli się naprzód w ciągu 50 lat; 2) porównać nasze szpitalnictwo ze stanem tej sprawy w krajach Europy Zachodniej, a także w różnych miejscowościach Cesarstwa, — aby określić, czy i w jakim stopniu odbiegamy od norm, istniejących w krajach, gdzie rozwój szpitalnictwa i nauki posunął sprawę znacznie naprzód.

Odnosnie do pierwszego punktu, zaznaczyć należy, że nietylko nie postępujemy naprzód, lecz cofnęliśmy się pod każdym względem. Liczba łóżek, biorąc bezwzględnie, wzrosła z 1734 do 2250 (mówimy tu tylko o szpitalach prowincjonalnych). Lecz względnie do wzrostu ludności upadła: gdy w 1867 r. na 10000 mieszkańców przypadało 3,32, to w 1897 r. było tylko 2,57. Tak samo spadły liczba chorych i liczba dni szpitalnych na 10000 mieszkańców: z 44,3 do 36,2 i z 1216 do 943.

W 1897 r. w 29 powiatach (z pośród ogólnej liczby 84 czyli 34,5%) zupełnie nie było szpitali. Ta część Królestwa zajmuje 711 mil kw., a ludność jej wynosiła 2,463,000.

W powyższym rachunku pominięta jest Warszawa, nadto szpitale letnie (Ciechocinek, Busk i Solec). Jeżeli zaś uwzględnić całe Królestwo wraz z ostatnio wymienionymi szpitalami, to liczby porównawcze z 1867 i 1897 r. tak się przedstawiają: Liczba łóżek wzrosła z 3811 do 5030, lecz wobec wzrostu ludno-

ści na 10000 mieszkańców liczba łóżek 7,0 spadła do 5,3; liczba chorych 87,8 spadła do 69,8; liczba dni szpitalnych 2396 spadła do 1903.

Porównanie Królestwa z krajami Europy Zachodniej oparte jest na danych z 1897 i 1895 r. Gdy u nas łóżek na 10000 mieszkańców było 5,3, to w prowincyi Nadreńskiej 101,5; w Alzacyi i Lotaryngii 87,70, w Westfalii 5276, w Prusach Zachodnich 28,59, w Poznańskim 19,49; w całym państwie Niemieckiem 24,7, w Austrii (w 1895 r.) 21,9.

Odnosnie do Cesarstwa dane, zaczerpnięte ze sprawozdania Departamentu Lekarskiego z r. 1892, wykazują: gdy w Król. Polsk. na 10000 mieszkańców przypadało łóżek 5,34, to w guberniach Nadbałtyckich 14,6; w guberniach posiadających ziemstwo 8,02; w ziemi wojska Dońskiego 6,04; w całej Rosyi Europejskiej 7,1; w całym państwie Rosyjskiem (łącznie z posiadłościami azyatyckimi) 6,2. Czyli więc Król. Polskie nie doszło nawet do cyfry, przeciętnej dla całego Państwa.

Wobec takiego stanu budowa nowych szpitali jest nagląca. Za normę M. przyjmuje cyfrę 20 łóżek na 10000 mieszkańców (cyfrę najniższą z pośród powyżej przytoczonych, a dotyczących Europy Zachodniej). Wobec ludności 9,455,900 (1897 r.) liczba łóżek powinna wynosić 18912, czyli że brak nam 13822 łóżek. Zarządzenie tak wielkiej potrzeby jest zadaniem ciężkiem, a jednak społeczeństwo winno je podjąć.

Jednym ze środków może być zużytkowanie kapitałów, istniejących na rzecz nowych szpitali. Ogólna suma wynosiła w 1897 r. 336,027 rb. 32 kop. Z pośród tych sum niektóre są dość pokaźne: na szpital w Nowomińsku 38000 rb., na szpital starozakonnych w Kałuszyńie 20000 rb., na szpital w Tomaszowie Lubelskim 22000 rb., na szpital starozakonnych w Zamościu 25000 rb., na szpital w Ciechanowcu 24,000 rb. i t. d. Zamiast leżeć w Banku na procentach, mogłyby być te sumy zużytkowane na budowę małych szpitalików. Procenty od kapitałów, zwrot kosztów za leczenie, zapomogi kas miejskich i gminnych, zabawy na cel dobroczynny i t. p. Zresztą, skoro raz powstanie instytucya, miejscowe społeczeństwo nie da jej upaść i zapewni rozwój.

Pod tym względem ważna część pracy spoczywa w rękach lekarzy prowincjonalnych. Kapitały, o których była mowa, w wielu miejscach mogą być owarowane specjalnymi warunkami, skutkiem czego sumy te mogą być obecnie, jeszcze nierozporządzalne. Lekarze prowincjonalni mogą te warunki na miejscu poznać, określić budżet szpitala w warunkach miejscowych, a nadto przekonać społeczeństwo miejscowe o konieczności budowy szpitali, jako instytucyi, gdzie jedynie może mieć miejsce prawidłowe leczenie.

W dyskusyi RYCHLIŃSKI, TCHÓRZNIKI, SOKOŁOWSKI i DUNIN wypowiedzieli się przeciwko małym szpitalom i wyrażali potrzebę budowania większych szpitali, odpowiadających wymaganiom nauki. MĘCZKOWSKI, podzielając to zdanie, zaznaczył, że, jakkolwiek większe szpitale są o wiele więcej pożądane, jednak w naszych warunkach jest to tylko *pium desiderium*, i dla tego proponuje małe szpitale.

M.

Ze zjazdu chirurgów niemieckich w Berlinie

od dnia 5 do 8 kwietnia 1899 r.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 26).

Posiedzenie z dnia 8 kwietnia 1899 r.

1) v. MANGOLDT (Drezno) — „O przeszczepianiu chrząstek do krtani w celu leczenia ciężkich postaci zwężeń i zniekształceń“. W przedstawionym przypadku M. usunął obie struny głosowe z powodu brodawczaków. Gdy wystąpiło zwężenie krtani, nie ustępujące rozszerzaniom, M. przeszczepił zrazu kawałek chrząstki z żebra do skóry, poczem dopiero płat skórno-chrząstkowy zastosował do operacyi wytwórczej krtani. Wyzdrowienie nastąpiło zupełne.

2) KRAUSE (Altona) — „O leczeniu chirurgicznym ciężkich postaci newralgii potylicowych“. Trudności w leczeniu chirurgicznym newralgii potylicowej są tem znaczniejsze, że w cierpieniu tem przyjmują udział 3 nerwy, a mianowicie: nerw potylicowy wielki, nerw potylicowy mały i nerw uszny tylny. W celu rezekcyi nerwów cięcie prowadzić należy w kierunku następującym: od punktu leżącego na 3 ctm. poniżej wygórowania potylicowego zewnętrznego ku wierzchołkowi wyrostka sutkowego, nie dochodząc do tego ostatniego na 2 ctm., ztąd cięcie skierowuje się ukośnie ku dołowi i naprzód wzdłuż tylnego brzegu mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego i dochodzi do poziomu kości grdykowej. W dalszym ciągu mówca określa bardzo dokładnie położenie i przebieg wszystkich trzech nerwów w stosunku do rany. Ponieważ zwój drugiego nerwu szyjowego znajduje się nazewnątrz kolumny kręgowej w zagłębieniu pomiędzy kręgiem szczytowym (*atlas*) i kręgiem obrotowym (*epistropheus*), a zatem dostępny jest w zupełności dla zabiegu chirurgicznego. Wycięcie tego zwoju w neuralgii potylicowej mogłoby mieć również doniosłe znaczenie lecznicze, jak wycięcie zwoju GASSER'a dla neuralgii n. trójdzielnego. Ważne jest dalej to, że nerw uszny tylny jest najgrubszy z nerwów spłotu szyjowego i w przebiegu swym niejednokrotnie zboczeniom podlega. Podług K. usuwanie oddzielnych gałązek ruchowych w nerwach omawianych bynajmniej nie sprawia żadnych zaburzeń czynnościowych, a to z tego względu, że mięśnie tej okolicy posiadają w ogólności b. obfite unerwienie.

3) GARRÉ (Rostock) — „odrastanie nerwów jako przyczyna nawrotów neuralgii“. Mówca przekłada rezekcyę zwoju GASSER'a podług KRAUSE'go nad rezekcyę nerwu samego podług THIERSCH'a; nie zgadza się jednak z KRAUSE'm, ażeby po rezekcyi zwoju GASSER'a nawroty mogły być absolutnie wyłączone. G. opisuje przypadek, w którym po dwakroć usuwano 3-ią gałąź n. trójdzielnego, a gdy wystąpiły nawroty, rezekowano zwój GASSER'a, a następnie i gałąź 2-gą. Pomimo to neuralgia powróciła po latach paru. Przyczyną nawrotów, jak się okazało, było odrastanie nerwów.

4) MARTENS (Berlin) — przedstawia przypadek „przepukliny płucnej“ w okolicy nadobojczykowej prawej.

5) KOENIG (Berlin) — „o naczyniakach w szpiku kostnym“. K. przedstawia okazy, w których naczyniaki, początkowo umiejscowione zewnątrz kości, w następstwie wrastały w kość, wywołując w niej rozległe ogniska zniszczenia.

6) BORCHARDT (Berlin) — „Mięsak kości śródstopia“. Przypadek, przez B. opisany, zasługuje na uwagę z tego względu, że nowotwór umiejscowił się pierwotnie w kości skokowej, a powtórę początek dał mu chrząstniak, jak tego dowiodły badania drobnowidzowe. Jeśli bowiem przyjmujemy, że nowotwory złośliwe powstawać mogą z nowotworów niezłośliwych, to kwestya radykalnego operowania rozstrzygana być winna przez jaknajwcześniejsze rozpoznanie. Nader pomocne w tym razie są promienie X., gdy bowiem uda się przy ich pomocy stwierdzić t. zw. *osteoporosis*, z operacją zwlekać nie należy.

7) KUETTNER (Tubinga) — „o szerzeniu się raka prącia“. W raku prącia nacieczenie nowotworowe występuje pierwiej w gruczołach miednicy, poczem dopiero w gruczołach pachwinowych. K. zaleca przy amputacji prącia usuwanie doszczętne gruczołów w okolicach pachwinowych.

8) MOST (Wrocław) — „o naczyniach chłonnych żołądka i o znaczeniu ich w sprawie szerzenia się raka“. M. zbadał dokładnie, że naczynia chłonne żołądka kończą się u wpustu (*cardia*). Całkowite wycięcie żołądka w przypadkach raka tego narządu byłoby zatem operacją najzupełniej radykalną, gdyby nie ta okoliczność, że zwyrodnieniu nowotworowemu podlegają zbyt często naczynia chłonne trzustki, dla zabiegów chirurgicznych nie dostępne.

W dyskusyi KRASKE opisuje przypadek, w którym wystąpił rak pierwotny żołądka i wtórny jelit w postaci rozsianych ognisk. K. nie umie inaczej wytłumaczyć sposobu rozszerzenia się sprawy, jak tylko drogą naczyń krwionośnych.

9) EISELSBERG (Królewiec) — przedstawia przypadek pomyślnie dokonanego „wyłączenia jelita“.

W dyskusyi BERGMANN ostrzega przed zbytnią pohopnością do operacji wyłączania jelit, ponieważ w pętli wyłączonej nagromadzają się z łatwością wydzieliny kiszkowe.

10) KRAUSE (Altona) — „doświadczenia z zastosowaniem powietrza ogrzanego w celach leczniczych“. K. stosował leczenie powietrzem ogrzewanem za pomocą przyrządów specjalnych w 100 przeszło przypadkach różnego rodzaju. Leczenie sposobem powyższym dotyczyło: 1) zapaleń stawów pochodzenia reumatycznego, rzeżączkowego, gruźliczego, dnawego; 2) reumatyzmów mięśniowych; 3) rwy kulszowej; 4) przypadków zeszywnień stawów po urazach, naderwaniach ścięgien, zwichnieniach i złamaniach. W $\frac{1}{3}$ części przypadków leczenie pozostało bez skutku. Działanie polega na wywoływaniu derywacji skórnej.

W dyskusyi BIER ostrzega przed stosowaniem powietrza ogrzanego w gruźlicy stawów. W niektórych przypadkach należałoby spróbować leczenia skombinowanego, polegającego na wywołaniu przekrwienia biernego i na stosowaniu powietrza ogrzanego.

11) BRAUN (Altona) — „Badania histologiczne nad sprawą przyrastania płatów skórnych KRAUSE'go“. B. zdołał się przekonać, że w płatach skórnych, przeszczepianych sposobem KRAUSE'go (płaty bez mostków), zachowane są wszystkie części skóry, jako to włókna, włosy, a nawet po części i gruczoły. B. zachęca do przeszczepień sposobem powyższym.

12) KROENLEIN (Zurich) — „Torbiel nerkowa“. Torbiele nerki odznaczają się niejednokrotnie kolosalną wielkością, wypełniając przeszło połowę jamy brzusznej. Chociaż K. uważał dotąd torbiele nerkowe za pewnego rodzaju „*noli me tangere*“, to jednakże w warunkach powyższych operację uważa za wskazaną, o ile tylko guz jest jednostronny.

13) JORDAN (Heidelberg) — „o powstawaniu ropienia około-nerkowego z ropni nerkowych przerzutowego pochodzenia“. Trudno jest określić, czy tak zw. *paranephritis* jest następstwem ropni nerkowych, czy też odwrotnie. Mówca na zasadzie kilku spostrzeganych przypadków utrzymuje, że z ropni nerkowych przerzutowego pochodzenia powstają ropnie około-nerkowe.

14) RINGEL (Hamburg) — „o rozpoznawaniu kamieni nerkowych za pomocą promieni X“. Przekonano się doświadczalnie, że za pomocą roentgenoskopii rozpoznawać można jedynie szczawiany (*oksalaty*) i to w pewnych warunkach, od właściwości ustroju danego osobnika zależnych.

W d y s k u s y i BRAATZ zaznacza, że, chcąc otrzymać wyraźną fotografię kamieni nerkowych, należy prześwietlanie wykonywać przez względnie krótki przeciąg czasu.

15) ZADECK (Berlin) — „o układzie tętniczym nerek i o znaczeniu tego układu dla chirurgii“. Naczynia wstępują do nerki nie zawsze w miejscu, ściśle odpowiadającym wnęce (*hilus*), a podział naczyń często bardzo ma miejsce na 1—2 ctm. ku tyłowi od podłużnej płaszczyzny przecięcia nerki. Okoliczność powyższa ważna jest ze względu na wykonywanie nefrotomii w poszczególnych przypadkach.

16) MODLIŃSKI (Moskwa) — „o doszczętnem wycięciu pęcherza moczowego“. M. zebrał 15 przypadków wycięcia pęcherza. Wycięcie to wskazane jest, podług M. 1) gdy operacja na pęcherzu była już dokonywana i 2) gdy wewnątrz pęcherza wypełnione jest wieloma guzami. Zbiornikiem dla moczu staje się w takim razie odbytnica.

17) LOEWENHARDT (Wrocław) — „o środkach pomocniczych przy kruszeniu kamieni pęcherzowych“. L. stosował z powodzeniem podniesienie miednicy w przypadkach kamienia uwięźniętego w zagłębieniu pęcherza. Mówca przedstawia następnie zgłębnik aluminiowy NAEVE'go, nadający się znakomicie do opróżniania pęcherza po skruszeniu kamienia. Wreszcie, w razie obecności rany po przekłuciu pęcherza moczowego, L. posiłkuje się nią w celu cystoskopowania.

18) VULPIUS (Heidelberg) — „dalsze próby z przeszczepianiem ścięgien w przypadkach porażeń i przykurczeń“. V., który wykonał w swej klinice operację przeszczepiania ścięgien w 80 przypadkach, podaje sposoby operowania, jako też wskazania i wyniki zabiegu. Niezbędny warunek wyniku zadawalniającego stanowi zachowanie ściślejszej aseptyki przy operowaniu na kończynie, w której czasowe powstrzymanie krwioobiegu zastosowane być powinno. Cięcia prowadzić należy rozległe, a przeszczepiania dokonywać należy podpowięziowo w celu możliwego uniknięcia zrostów następnych. Do zeszywania ścięgien V., posiłkuje się tylko jedwabiem, odkażanym bezpośrednio przed operacją w roztworze sublimatu 1:1000; zeszywania zaś samego dokonywa przy nadmiernem rozciąganiu i rozginaniu stawu (*Ueberkorrektur*). Niektóre ścięgna, jak np. ścięgno mięśnia rozginającego paluch stopy długiego przecinać należy dość wysoko z zachowaniem częściowym tkanki mięśniowej w odcinku obwodowym, w celu nadania kończynie sprawności możliwie dokładnej w następstwie. Rozumie się, że wykonywanie zabiegu odmienne jest w każdym przypadku poszczególnym, i stałe przepisy pod tym względem istnieć nie mogą. Unieruchomienie kończyny powinno trwać od 6—7 tygodni. Zabieg wskazany jest: 1) w uszkodzeniach urazowych mięśni i ścięgien, 2) w porażeniach rdzeniowych wieku dzieciennego zarówno częściowych, jak i ogólnych, a także spastycznych, 3) w chorobie LITTLE'go i w porażeniach po wynaczynieniach mózgowych, 4) w stopie szpotawej. Co się tyczy wyników, to V. raz jeden spostrzegł wynik szkodliwy, mianowicie

uporczywą neuralgię. W niektórych przypadkach pozostał *status quo*, w ogromnej większości jednak nastąpiła mniej lub więcej znaczna poprawa. Mówca poczytuje operację przeszczepiania ścięgien za środek nader pomocny w rękę lekarza-ortopedysty i zachęca usilnie do prób w dalszym ciągu.

19) NOETZEL (Królewiec) — „o bakteryobójczem działaniu przekrwienia biernego w zabiegach BIER'a“. Z doświadczeń na królikach okazuje się, że z 2700 drobnoustrojów pozostało po 4 godzinnem przekrwieniu zaledwie 45 drobnoustrojów zdolnych do dalszego rozwoju. N. objaśnia fakt powyższy zgęszczaniem się soków ochronnych ustroju pod wpływem zastoju biernego.

20) WOERNER (Gmund) — przedstawia przyrząd do chodzenia po ciężkich złamaniach kończyny dolnej: przyrząd zrobiony jest z celuloиду, odznacza się lekkością, trwałością i jest dość przenikliwy dla wydzielin z rany.

21) BORCHARDT (Berlin) — „przedstawia okazy tętniaków“. W jednym przypadku tętniak utworzył się pierwotnie w tętnicy podkolanowej, w następstwie zaś przedziurawił żyłę, co przyczyniło się do wywołania zakrzepu i zgorzeli kończyny. W drugim przypadku spostrzegano w jamie brzusznej guz, który przecięto, poczem z guza wypłynęło od $\frac{3}{4}$ —1 litra czystej krwi. Chory umarł po kilku dniach na posocznicę. Na sekcji stwierdzono tętniak aorty. Przed tętniakiem znajdowało się znacznie przerośnięte nadnercze, które, uciskając aortę, stanowiło naturalną przeszkodę do krwotoku śmiertelnego.

22) LEWY-DORN (Berlin) — „Röntgenografia przy wstrzymanym oddechu“. L., badając klatkę piersiową promieniami X., doszedł do następującego wniosku: chcąc otrzymać obraz wyraźny klatki piersiowej, należy wykonywać prześwietlanie przy wstrzymaniu oddechu na wysokości wdechu ze strony osobnika badanego. W ten sposób rozpoznać można doskonale ciała obce, bąblowce płuc, zrosty opłucnowe, powiększenie śledziony i wątroby, połykanie kapsulek wypełnionych bismutem i t. p.

23) SULTAN (Getynga) — „o odmianie guzika MURPHY'ego“. Ponieważ guzik MURPHY'ego okazuje się zbyt ciężkim i zdolnym do przedziurawienia ścian jelita, a zaś guzik FRANK'a zbyt mało odpowiada swemu celowi, S. przedstawia guzik własnego pomysłu. Guzik jest mocny i względnie łatwo wessaniu podlegający. Zawiera on wewnątrz tylko cienką rurkę metalową, główną zaś część jego składową stanowi masa z kości słoniowej; prócz tego jedna połowa w guziku zaopatrzona jest w pochewkę gumową, zabezpieczającą przed zbyt szybkim wessaniem.

24) FRANKE (Brunświk) — „o chorobach chirurgicznych w następstwie influenzy“. Do chorób powyższych F. odnosi: neuralgie różnego rodzaju, zapalenie otrzewny i wyrostka robaczkowego, zapalenia stawu kolanowego, owrzodzenia i przedziurawienia chrząstek nosowych, zapalenia ucha, wysięki ropne w jamie opłucny, wreszcie choroby układu kostnego. Te ostatnie przypominają porczynającą się gruźlicę kości, przebiegają jednak b. łagodnie i bez ropienia.

25) EISELSBERG (Królewiec) — „o żołądka w postaci klepsydry“. Postać powyższa żołądka b. rzadko bywa wrodzona, daleko częściej jest ona następstwem owrzodzeń. Z 7 przypadków, przez mówcę spostrzeganych, 6—należało do nabytych, jeden tylko był wrodzony. Rozpoznanie bywa bardzo trudne. Leczenie polegało na cięciu podłużnem i szwie w kierunku poprzecznym.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= GERDECK poleca formalinę, jako środek odwaniający przy poceniu się nóg. Należy smarować podszewę 3 razy dziennie czystą formaliną. Również do obuwia, przesiąkniętego potem, wpuszcza się (po nagraniu podszwy) 4—5 kropel formaliny. (Münch. med. Woch. 5—99).

= GINSBURG badał zmiany płuc w rozedmie i otrzymał wyniki następujące: 1) włókna sprężyste zarówno w oskrzelach, jakoteż w pęcherzykach płucnych ulegają zgrubieniu, wyginają się i pękają, przyczem zakończenia ich grubieją i rozszczepiają się; 2) włókna mięsne gładkie nie zanikają, lecz, przeciwnie, gdzieś ulegają nawet przerostowi; 3) często znajduje się w pęcherzykach płucnych ciała mączkowate. (Wracz 5—99).

= FROMAGET opisuje przypadek rzeżączki, trwającej od miesiąca, w którym obok zapalenia rogówki było też zapalenie nerwu wzrokowego w jednym oku. Po pewnym czasie brodawka nerwu wzrokowego zaczęła ulegać zanikowi. Tenże chory miał jednocześnie zapalenie stawu kolanowego. Autor przytacza jeszcze dwa spostrzeżenia podobne PANAS'a i HILBERT'a. Zdaniem jego, powikłanie cierpieniem nerwów wzrokowych spostrzega się tylko w ciężkich postaciach rze-

żączki, a szczególnie w tych, którym towarzyszy zapalenie stawów. (Annal. de la policlin. de Bord., Styczeń 99).

= GUMPERTZ badał zmiany w nerwach skóry w wiąździe rdzenia za pomocą wycinania cząstek skóry z miejsc znieczulonych. Z 8 przypadków znalazł w trzech rozpad osi nerwowej rozmaitego stopnia. Szczególnie wyraźne były zmiany w włóknach nerwowych, idących do brodawek skórnych. (Z. f. kl. Med. T. 35).

= FRIEDLAENDER badał wzrost macicy od pierwszych lat życia aż do okresu dojrzałości płciowej kobiety. W pierwszych 5 latach rośnie głównie szyja macicy, natomiast trzon mało się rozwija. Począwszy od 6-go roku rosną szybko jajniki oraz trzon macicy. Wskutek znacznego rozrastania się szyi do 5-go roku, błona śluzowa trzonu tworzy fałdy, najbardziej wydatne w okolicy ujścia wewnętrznego. Następnie, dzięki rozrastaniu się trzonu, fałdy te wygładzają się; u niektórych dziewcząt jednak pozostają one nadal i tamują swobodny odpływ z macicy śluzu i krwi miesięczkowej. Tem tłumaczyć należy istnienie w wielu przypadkach wrodzonego miesięczkowania bolesnego. (Arch. f. Gyn. T. 36).

P.

Od Administracyi.

Uprasza się Sz. abonentów o wczesne nadsyłanie prenumeraty za drugie półrocze i o uregulowanie zaległych rachunków. 8 lipca administracya „Medycyny“ przeniesiona będzie na ul. Jasną Nr. 6.