

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 19.

Warszawa d. 11 Maja 1907 r.

T. XXXV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 5 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3. „ — pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom-handlowy L. i E. Metzl i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Nowo-Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O ciąży śródmiażdżowej. Napisał A. Karczewski. (Ciąg dalszy). — O nowocześniejszym leczeniu operacyjnym porażen dziecięcych pochodzenia rdzeniowego. Napisał Antoni Leśniowski. (Dokończenie). — Sprawozdanie z 24-go Zjazdu internistów w Wiesbaden od 15-go do 18-go kwietnia 1907 r. Podał Aleksander Simon (z Wiesbaden). — Odcinek. Wrażenia z podróży po miejscach kąpielowych Anglii. Podał dr med. Alfred Sołkowski. (Dokończenie). — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) Dr A. Karczewski. — Sur la grossesse interstitielle. 2) Dr A. Leśniowski. — Sur le traitement opératoire moderne des paralysies infantiles d'origine rachidienne.

Redaction: Dr. M. Sadowski, Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) Dr A. Karczewski. — Ueber interstitielle Schwangerschaft. 2) Dr A. Leśniowski. — Ueber die moderne operative Behandlung der infantilen Paralysen medullären Ursprungs.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

O ciąży śródmiażdżowej.

Napisał

A. Karczewski.

Non numerandae sunt, sed perpendendae observationes.

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 18).

Tę niezbyt ściśle sformułowaną przez SCHRÖDER'a rzekomą cechę zmienną ciąży śródmiażdżowej szczegółowo rozważył Simon w rozprawie, wydanej w r. 1885 (55).

SIMON przedewszystkiem podaje opis spostrzeżanego przez THAMM'a przypadku, w którym sekcji dokonał CARL RUGE. Kobieta lat 30-tych w końcu 4-go miesiąca 8-ego z kolei ciąży dostała nagle bólów w brzuchu i w kilkanaście godzin potem zmarła wśród objawów zapaści. Na preparacie, przechowywanym przez 2½ roku w alkoholu, stwierdzono: Po stronie prawej znajduje się worek płodowy, który wypukła się naprawo i ku górze w kształcie guza o szerokiej podstawie. Dno macicy, otwartej cięciem podłużnym od przodu, jest ustawione prawie

pionowo: z lewą ścianą maciczną tworzy ono kąt 140°. U wierzchołka tego kąta otwiera się jajowód lewy. Jama macicy jest powiększona i wysłana doczesną. Dolna część prawej ściany macicznej jest znacznie zgrubiała, górna tworzy ścianę worka płodowego. W górnej połowie worka powłoka jego jest rozdarta, wskutek czego jajo wystaje nazewnątrz. Poprzez szczelinę w błonach jajowych widać płód, którego łożysko swą dolną częścią przyczepia się do przegrody grubości 1 — 1½ cmt., wytworzonej z prawej ściany macicy i oddzielającej jamę płodową od jamy macicznej. Jajowód prawy wchodzi w worek płodowy z boku na jego przednio-dolnej powierzchni. Ujście maciczne tego jajowodu jest widoczne w najwyższym punkcie jamy macicznej, odpowiadającym prawemu kątowi jajowodowemu. Prawy wiąz obły przyczepia się ku wewnątrz od jajowodu.

Zpośród powyżej wyszczególnionych zmian anatomicznych SIMON poczytuje za sprawę pierwotną przerost prawej ściany macicznej, który powstał wskutek rozwoju jaja w śródmiaższowej części jajowodu. Jako następstwo przerostowego wydłużenia tej ściany odbył się obrót dna dookoła osi, poprowadzonej z przodu ku tyłowi poprzez lewy kąt jajowodowy. Obrót ten, uznany przez C. RUGE'go za patognostyczną cechę ciąży śródmiaższowej, według SIMON'a jest jedyną niezawodną jej oznaką. Tylko w tych przypadkach, zdaniem SIMON'a, można uznawać istnienie ciąży śródmiaższowej, w których boczna ściana macicy wytwarza worek płodowy, a obrót dna jest uwydatniony mniej lub więcej wyraźnie. Wychodząc z tego założenia, SIMON poddaje ocenie krytycznej 40 przypadków, ogłoszonych pod nazwą ciąży śródmiaższowej, i przychodzi do wniosku, że w znacznej ich większości rozpoznanie było błędne lub przynajmniej wątpliwe. Do liczby przypadków, które już BAART DE LA FAILLE wyłączył jako nienależące do ciąży śródmiaższowej, SIMON dodaje 8 innych, wśród których, oprócz przy-

padku samego BAART'a, wymienienia opisane powyżej spostrzeżenia SCHMITT'a i POPPEL'a. Spostrzeżenie JUNGE'go zamieszcza w grupie przypadków wątpliwych. Za nienastręczające wątpliwości SIMON uznaje zaledwie 9 przypadków (pomiędzy innymi przypadki HEDRICH'a, HERR'a i LEOPOLD'a), w których znamieny obrót dna ma być wyraźnie zaznaczony.

Na posiedzeniu Towarzystwa położniczo-ginekologicznego w Berlinie d. 13-go lutego 1885 r. MARTIN (37) pokazał preparat i opowiedział następującą historię choroby. Kobieta, która już raz rodziła, w marcu 1884 r. powtórnie zaszła w ciążę. W październiku i listopadzie miała odpływy krwawe, przyczem wychodziły ciebne kawałki błoniaste. Potem miesiączkowanie powróciło. Z powodu nienadzieścia porodu i obecności guza w brzuchu zwróciła się do MARTIN'a, który rozpoznał ciążę za maciczną i wykonał laparotomię. Podczas operacji znalazł on guz, położony pod otrzewną. Naciąwszy powłokę otrzewnową, z prawego więzu szerokiego wyluszczył guz i usunął go wraz z prawym rogiem macicy.

Badanie preparatu, dokonane przez DÜVELIUS'a, wykazało, że w wytworzeniu macicznej części worka płodowego uczestniczyła w znacznym stopniu muskulatura macicy. Grube pasma mięśniowe przechodziły z macicy na worek płodowy. Ciągąc się ku przeciwnemu jego biegunowi, cieniały one coraz bardziej i układały się w kierunku mocno rozbieżnym, wreszcie ginęły zupełnie. Łożysko było usadowione w macicznym odcinku worka i nie dawało się oddzielić od podłoża. Poszczególne części składowe worka płodowego nie można było zróżniczkować nawet przy badaniu mikroskopowem. W danym przypadku, zdaniem MARTIN'a, jajo zagnieżdziło się w części macicznej jajowodu. Rozwijając się, wrosło ono do jajowodu i pociągnęło za sobą grubą warstwę muskulatury macicznej.

W wielotomowym dziele, wydanem w r.

1886 p. t. „Chirurgia niemiecka“, BANDL (2) opracował rozdział o ciąży zamacicznej. Wśród skąpych wiadomości, dotyczących jej odmiany śródmiaższowej, na uwagę zasługuje szczególnie do kierunku rozwoju jaja. BANDL bowiem zaznacza wyraźnie, że jajo, usadowiwszy się w śródmiaższowej części jajowodu, może się rozwijać w rozmaitych kierunkach: bądź ku wewnątrz, bądź też ku zewnątrz, a także ku górze, lub, co się częściej zdarza, ku dołowi. Ujście maciczne jajowodu może przytem pozostawać niezmiennem lub ulegać rozszerzeniu. W ostatnim przypadku rozwój jaja ma się odbywać po części wśród ściany macicy, po części zaś w jej jamie.

Na posiedzeniu Towarzystwa ginekologicznego w Lipsku w dniu 19-ym listopada 1888 r. HENNIG (21) wygłosił odczyt „o ciąży jajowodo-macicznej“. Nazwa ta według HENNIG'a jest odpowiednia dla tych tylko przypadków, w których jedna część jaja jest usadowiona w macicy, druga zaś w jajowodzie. Przypadki, w których jajo usadowiło się w macicznym odcinku jajowodu HENNIG oznacza mianem ciąży śródmiaższowej. Nazwę zaś ciąży śródściennej nadaje tym przypadkom, w których część jaja przerasta (*durchwächst*) pomienioną przestrzeń jajowodu i wdraża w przyległą warstwę mięśniową macicy. Cięża jajowodo-maciczna, zdaniem HENNIG'a, zdarza się rzadko. W piśmiennictwie zdołał on odnaleźć zaledwie 7 odpowiednich przypadków, do których dołącza następujące spostrzeżenie własne. Kobieta lat 22-eh, która raz prawidłowo rodziła, w 6 tygodni po porodzie dostała krwotoku krótkotrwałego. Odtąd w ciągu $3\frac{1}{2}$ miesięcy peryodów nie miała, natomiast co 4 tygodnie doznawała bólów w okolicy macicy. Przy badaniu HENNIG znalazł macicę cokolwiek powiększoną, nierozpulchnioną. Sondowanie wykazało, że jama maciczna była próżna. W okolicy prawego jajowodu istniał nieco ruchomy i bolesny przy ucisku guz wielkości pięści, połączony z prawym rogiem macicy przy pomocy szerokie-

go, miękkiego mostka. W 5 dni po dokonaniu przez HENNIG'a badania, zjawily się bóle porodowe i nazajutrz urodził się płód 12-o tygodniowy. Po tem wydarzeniu, któremu towarzyszyło krwawienie dość obfite, guz prawostronny zmniejszył się o połowę i zbliżył się do macicy. Mostek, łączący guz z prawym bokiem macicy, stał się grubszy, sięgając tak nisko, że od strony pochwy można było wyczuć zaledwie 1 cm. części pochwowej. Dnia następnego z organów płciowych wylało się sporo płynu, poczem guz jeszcze się zmniejszył i powoli odtworzyła się część pochwowa.

KUESTNER (30), autor działu o ciąży zamacicznej w podręczniku zbiorowym, wydanym w r. 1889 przez MÜLLER'a, uznaje możliwość rozszerzenia się ujścia macicznego jajowodu w przypadkach ciąży śródmiaższowej. Opierając się na spostrzeżeniu SCHULTZE'go, KUESTNER twierdzi, że we wczesnych okresach ciąży rozszerzenie to może osiągnąć tak wysokiego stopnia, że prawie całe jajo wraz z łożyskiem wrasta do jamy macicznej, a pierwotne śródmiaższowe legowisko jaja zamienia się na mały uchyłek, którego ścieńczałe ściany podczas porodu mogą uleść pęknięciu. Względem co się tyczy zejść ciąży śródmiaższowej, to KUESTNER obok pęknięcia worka płodowego za rzecz niewątpliwą uznaje możliwość urodzenia się jaja drogą prawidłową. Zdaniem KUESTNER'a, mogą przytem zachodzić wydarzenia rozmaite. Jeżeli łożysko rozwinęło się przeważnie w stronę macicy, to może się ono urodzić w czasie właściwym, płód zaś pozostaje w worku śródmiaższowym lub też poprzez szparę, powstałą wskutek skurczów wydających łożysko, dostaje się do jamy brzusznej. Może również stać się odwrotnie: płód rodzi się drogą prawidłową, a łożysko ulega pomienionemu losowi płodu. Na jakim materiale dowodowym oparte zostały wywody powyższe, KUESTNER nie podaje.

W ostatnim szesnastoleciu dział piśmiennictwa, dotyczący ciąży śródmiaższowej, wzbo-

gacony został szeregiem przyczynków, ogłoszonych przez LAWSON TAIT'a (32), ENGSTRÖM'a (11), EIERMANN'a (10), ROSENTHAL'a (47), KYNOCH'a (31), WARSZAWSKIEGO (66), KOŚMIŃSKIEGO (27), TYTLER'a (11), BECKMANN'a (4), DUKALSKIEGO (9), LEOPOLD'a (34), GUÉRARD'a (16), WIMMER'a (70), MURET'a (41), DELAGÉNIÈRE'a (8), STATZER'a (56), MAINZER'a (36), HOLST'a (23), STEFFECK'a (58), WEINBRENNER'a (67), TROCZEWSKIEGO (60), WAGNER'a (64), CZYŻEWICZA (7), KANNEGIESSER'a i innych. Ten liczny poczet nowych spostrzeżeń niewiele się przyczynił do pogłębienia naszych wiadomości o ciąży śródmiaższowej. Porównanie kazuistyki z przed roku 1890 z kazuistyką z ostatniego szesnastolecia nie wypada na korzyść ostatniej. Dawniejsi bowiem autorowie wyłącznie niemal opisywali przypadki t. zw. sekeyjne, w piśmiennictwie zaś współczesnem tego rodzaju przypadków ogłoszono bardzo niewiele i przytem nie wyzyskano ich należycie. Cały materiał kazuistyczny z ostatniego szesnastolecia można podzielić na 3 grupy. Do grupy pierwszej należą przypadki, w których ciężę śródmiaższową rozpoznano wyłącznie na zasadzie danych klinicznych. Grupa druga obejmuje przypadki, w których ciąża śródmiaższowa została stwierdzona podczas lub po operacjach zachowawczych, a więc wyłączających możliwość dokładnego zbadania stosunków anatomicznych. Wreszcie do trzeciej grupy zaliczyć należy przypadki sekeyjne oraz te, w których dokonano zabiegów operacyjnych, połączonych z wycięciem macicy.

Przypadki pierwszej grupy (EIERMANN'a, KOŚMIŃSKIEGO, DUKALSKIEGO, CZYŻEWICZA, WAGNER'a), w których rozpoznanie ciąży śródmiaższowej może być kwestyonowane, zupełnie się nie nadają do zużytkowania pod względem anatomo - patologicznym. Spostrzeżenia, należące do grupy drugiej (przypadki LAWSON TAIT'a, ENGSTRÖM'a, TYTLER'a, GUÉRARD'a, WIMMER'a, STATZER'a, MAINZER'a, HOLST'a,

WEINBRENNER'a, TROCZEWSKIEGO, WAGNER'a i KANNEGIESSER'a) nie zawierają nowych, niepodlegających wątpliwości szczegółów, lecz conajwyżej potwierdzają fakty, znane oddawna. Istotną wartość naukową mogłyby mieć jedynie przypadki trzeciej grupy (ROSENTHAL'a, WARSZAWSKIEGO, BECKMANN'a, STEFFECK'a, MURET'a, DELAGÉNIÈRE'a i LEOPOLD'a), gdyby zostały opracowane z większą starannością. Niestety, pod tym względem w piśmiennictwie ostatniej doby daje się zauważyć wielkie zaniedbanie. Nieliczni autorowie (ROSENTHAL, LEOPOLD, MURET, WAGNER) uznali za stosowne podać ryciny, odtwarzające wycięte organy płciowe, opisy zaś wogóle są tak pobieżne, że trudno z nich wyrozumieć zosadnicze stosunki anatomiczne. Niektóre nawet opisy budzą podejrzenie co do rzetelności podanych faktów, a załączone uwagi wyraźnie ujawniają niedokładną znajomość przedmiotu. Nietylko w krótkich artykułach, lecz i w pracach, zakrojonych na szerszą skalę, łatwo jest dostrzedz, że wiadomości o ciąży śródmiaższowej zaczerpnięte zostały przez autorów wyłącznie prawie z drugiej, a częstokroć nawet z trzeciej ręki. Niedokładne obznajmienie się z literaturą ciąży śródmiaższowej, brak krytycyzmu i nieściśle spostrzeganie—oto cechy większości prac współczesnych. Nie dziw przeto, że zamiast wyświeetlenia szczegółów ciąży rzeczonej, przyczyniły się one do pogmatwania sprawy. Nie chcąc, ażeby twierdzenie powyższe wydało się gołosłownem, pozwolę sobie wyłożyć sprawę t. zw. ciąży śródściennnej (*gr. intramuralis*).

Jak to już wyżej zaznaczyłem, nazwę tej pierwszej wprowadził HENNIG, a ROSENTHAL spopularyzował ogłoszeniem swego przypadku.

Przedewszystkiem godzi się zaznaczyć, że MARTIN (38) w podręczniku, wydanym na rok przed ogłoszeniem pracy ROSENTHAL'a, przez ciążę śródścienną rozumie sprawę zupełnie odmienną od ciąży śródmiaższowej. Twierdzi on

bowiem, że „ciąża śródmiąższowa często bywa mylona z ciążą w uchyłkach macicy (*gr. intramuralis* według BAUDELOQUE'a i STEELE'a), która jest do niej bardzo podobna“.

Mówiłem już poprzednio o spostrzeganym przez BAUDELOQUE'a kanale i przypisywanem mu znaczeniu w powstawaniu „ciąży w ścianie macicy“ oraz o zapatrywaniu na tę sprawę HENNIG'a. Tu pozwolę sobie dodać, że według RECKLINGHAUSEN'a (45) następuje się pytanie, czy spostrzeganego przez BAUDELOQUE'a kanału nie należałoby pojmować jako drugiej szczątkowej jamy macicznej, innemi słowy, czy nie była to macica rozdzielona (*uterus septus*) o nierównej objętości obu połów.

Co się tyczy STEELE'a (57), to autor ten w r. 1882 ogłosił krótką notatkę, w której opisał i odtworzył na schematycznym przekroju strzałowym wynik badania zwłok kobiety 36-letniej, która w lutym 1879 r. po raz piąty zaszła w ciążę, w listopadzie odbyła *mised labour* i w rok potem zmarła wśród objawów gorączkowych. Na seceyi STEELE znalazł pęknięcie macicy. Powiększona jama maciczna była odgrodzona od jamy worka płodowego. Jajowody prawidłowe wychodziły z macicy niezależnie od worka płodowego. Zdaniem STEELE'a, w przypadku powyższym podczas jednego z poprzednich porodów nastąpiło usunięcie (*yielding*) ściany macicznej, które nie doszło do pęknięcia, lecz doprowadziło do wytworzenia się worka przepuklinowego. Do worka tego dostało się jajo zapłodnione i w nim się rozwinęło.

LAWSON TAIT wystąpił z krytyką powyższego przypadku, uznając go za ciążę zamaciczną. Wystąpieniem swem wywołał on odpowiedź ze strony STEELE'a, w której jednak nie znajdujemy nowych szczegółów, dotyczących przypadku.

Z powyższego widzimy, że pod nazwą ciąży śródściennnej MARTIN połączył dwie sprawy, niewiele mające ze sobą wspólnego, a zgola różne od ciąży śródściennnej w rozumieniu HENNIG'a.

Przypadek, który ROSENTHAL ogłosił w kilku językach w r. 1896, jako ilustrację ciąży śródściennnej HENNIG'a, dotyczył kobiety 28-letniej, u której R. rozpoznał ciążę zamaciczną i wykonał laparotomię. Ponieważ przypadek ten był wielokrotnie komentowany, pozwolę sobie dosłownie przytoczyć opis wyciętego preparatu. Guz wielkości głowy dorosłego człowieka „składał się z dwóch części: z odciętego z częścią szyi powiększonego ciała macicy i z worka płodowego, osadzonego na lewej, górno-bocznej ścianie macicy. Jajnik i jajowód lewy znajdują się pod workiem, a górna ściana końca macicznego tego ostatniego (?) gubi się w ścianie worka płodowego. Łożysko znajduje się przyczepione na dnie worka i przylega do macicy; zamyka ono ujście maciczne jajowodu lewego. Pomiędzy łożyskiem a błoną śluzową dna macicy znajduje się warstwa mięśniowa 3 mm. grubości. Ściana worka płodowego składa się z błony płodowej (*amnion*) i otaczającej ją nadzwyczaj rozciągniętej otzewny, pokrywającej dno macicy. Między dwiema temi błonami nie znaleziono pierwiastków mięśniowych. Przeciawnie podłużnie przednią ścianę macicy, znajdujemy zgrubiałą błonę śluzową, wyścielającą jamę macicy; dno zaś macicy wytworzone jest przez błonę śluzową jamy macicy, łożysko i ową powyżej wspomnianą 3 milimetrową warstwę mięśniową między niemi“.

W ten sposób przypuszczać należy, twierdzi dalej ROSENTHAL, że jajko zapłodnione zatrzymało się w części jajowodu, przebiegającej w miąższu macicy, i, rozwijając się dalej, wydostało się przez pęknięcie górnej ściany jajowodu z tegoż, rozparło miąższ i spowodowało zanik mięśni dna macicy; ciążę więc tę uważać należy za prawdziwą ciążę śródściennną (*gr. intramuralis*).

Przyznać trzeba, że powyższy opis preparatu nie grzeszy zbytnią ścisłością. Przede wszystkim, co się tyczy położenia worka pło-

dowego, to niezupełnie dokładną wydaje mi się wskazówka co do jego „osadzenia” na górno-bocznej ścianie macicy. Na załączonej bowiem rycinie widać wyraźnie, że worek płodowy wychodzi z samego dna macicy. Jest on nachylony nieco ku lewej stronie, lecz w jego wytworzeniu ściana boczna zgoła nie uczestniczy. Potwierdza to poniekąd sam ROSENTHAL, podając, że dno worka płodowego jest wytworzone z 3-ch milimetrowej warstwy mięśniowej i śluzówki dna macicznego, a ściana tegoż worka z pokrywającej dno nadzwyczaj rozciągniętej otrzewny. Pewną wątpliwość budzi nieznanie w ścianie worka płodowego pierwiastków mięśniowych, nie wiadomo bowiem, czy ROSENTHAL szczególnie ten stwierdził tylko na oko, czy też dokonał badania mikroskopowego. Z opisu preparatu trudno jest również wywnioskować, na jakiej zasadzie ROSENTHAL twierdzi, że łożysko zakrywało ujście maciczne jajowodu. Nie wspomina on bowiem o tem, jakim sposobem udało mu się odnaleźć to ujście: czy przy pomocy sondowania, czy też odpowiedniego badania mikroskopowego.

Wielu autorów zwróciło uwagę na niezwykle położenie przydatków macicznych w danym przypadku. W opisie preparatu ROSENTHAL podaje, że jajnik i jajowód lewy znajdowały się pod workiem płodowym. Toż samo stwierdza, opisując operację w pracy swej ogłoszonej po polsku. W pracy zaś, ogłoszonej w języku niemieckim (48), zaznacza nadto, że „prawy jajowód i jajnik były wyżej położone, niż lewe”, co zresztą wyraźnie daje się zauważyć na załączonej rycinie. Ponieważ we wszystkich spostrzeganych poprzednio przypadkach ciąży śródmiaższowej przyczep jajowodu po stronie, zajętej przez ciążę, znajdował się wyżej, niż po stronie przeciwległej, a więc przypadek ROSENTHAL’a stanowi pod tym względem wyjątek z prawidła ogólnego.

(C. d. n.).

O NOWOCZESNEM LECZENIU OPERACYJNEM porażen dziecięcych pochodzenia rdzeniowego.

napisał

Antoni Leśniowski.

podług odczytu, wygłoszonego na posiedzeniu klinicznem
Towarz. Lekarsk. Warszawskiego w d. 5. II. 1907.

(Dokończenie. — Patz Nr 18).

Dla ustalenia całkowicie porażonego stawu w należytem ustawieniu stosują się również plastyczne operacje ścięgien. Na kończynach dolnych przede wszystkim zależy nam na tem, by porażony staw z pomocą operacji doprowadzić do najmocniejszego zeszywnienia, gdyż wówczas tylko kończyna ta staje się pożyteczną podczas chodzenia. Inaczej ma się rzecz z kończyną górną. Tam nie tylko chodzi nam o to, by porażony staw odzyskał należyte ustawienie, lecz i o to, by wskutek operacji, a więc wskutek utraty ruchomości nie pogorszyć jego czynności.

Dlatego też, o ile chętnie uciekamy się na przykład do zeszywnienia sztucznego stawu skokowego, o tyle znów chętnie ustalamy w należytem położeniu porażony staw napięstkowy z pomocą operacji na ścięgnach.

Do operacji tych przede wszystkim należy skrócenie nadmiernie wydłużonych ścięgien. Technika tego zabiegu jest bardzo nieskomplikowana. Już to wycinamy część za długiego ścięgna i końce jego zszywamy, już to, nie przecinając, fałdujemy, już to wreszcie przecinamy i ośrodkowy koniec przyszywamy do okostny w dowolnie obranem miejscu po należytem ustawieniu stawu. Zdarzyć się może, że do prowadzeniu stawu do należytego ustawienia przeciwdziałają skrócone mięśnie. Wówczas ścięgna tych mięśni przecinamy lub — jeszcze lepiej — wydłużamy. Istnieją rozmaite sposoby wydłużenia ścięgien. Łatwy i pożyteczny

jest następujący: Ściągnąć przecinamy cięciem w postaci litery Z, końce rozsuwamy o tyle, o ile zachodzi tego potrzeba, i zszywamy. Po operacji unieruchomiamy staw z pomocą odpowiedniego opatrunku.

Unieruchomienie stawu z pomocą operacji na ścięgnach nosi miano „tenodesy”.

Na zakończenie pozwolę sobie zobrazować podane wyżej uwagi ogólne opisem paru przypadków, które w należyтым stopniu wykażą pożyteczność zabiegów ortopedyczno-chirurgicznych.

W oddziale kol. Br. SAWICKIEGO wykonaliśmy kilku osobnikom operacje z powodu porażenia mięśni, ja osobiście 2.

Jeden z tych przypadków dotyczył 17-letniej dziewczyny, którą po raz pierwszy widziałem w początkach listopada 1903 r. Dowiedziałem się od niej, że w b. młodym wieku przeżyła jakąś ostrą chorobę, po której pozostał bezwład obu kończyn dolnych. Do 6-go roku życia pełzała ona z pomocą rąk, w 6-m zaczęła unosić się na nogi. Gdy miała 8 lat, dostała jakiś przyrząd na prawą kończynę dolną, lecz był on tak ciężki i nastroczał tyle niedogodności, że po upływie 1/2 roku zaniechała używania tegoż i do chodzenia zaczęła posilkować się kulą. Czując się w najwyższym stopniu upośledzoną i nieszczęśliwą, zgadzała się na wszelkie możliwe operacje, byle mogła chodzić samoistnie.

D. 18 listopada 1903 roku przybyła do oddziału kol. SAWICKIEGO. Szczegółowe badanie wykryło stan ogólny bardzo pomyślny, odżywianie dobre. Tułów i kończyny górne rozwinięte mocno. Narządy wewnętrzne zmian nie przedstawiają. Peryody prawidłowe. Lewa kończyna dolna zupełnie sprawna w stawach biodrowym i kolanowym. W stawie skokowym zachowane zgięcie grzbietowe, pronacja i supinacja; natomiast zupełnie nie istnieje zginanie stopy podeszwowe, zatem jest porażony m. trójgłowy łydki (*triceps surae*). Stopa ma kształt t. zw. stopy hakowatej (HACKENFUSS).

Stawy skokowy i kolanowy prawej kończyny dolnej zupełnie porażone, w stawie biodrowym zachowane ruchy, zależne od mięśni pośladkowych i przyprowadzających. Uderzają wymiary kończyn dolnych: są one za krótkie w stosunku do mocno rozwiniętego tułowia, są na ogół w zaniku, szczególnie kończyna prawa. Przesuwanie się w przestrzeni jest wysoce niedołączne. Pomaga ona sobie, podpierając się prawostronną kulą. Prawa kończyna wisi bezwładnie, jak bezpożyteczny przyrządek. Lewa kończyna opiera się na pięcie. Umiarkowane skrzywienie boczne kręgosłupa.

D. 19 grudnia 1903 r. przystąpiłem do pierwszej operacji na kończynie lewej. Cięciem podłużnym obnażyłem ścięgno i brzusiec m. goleniowego tylnego (*m. tibialis post.*). Mięsień był mocno rozwinięty. Po nadaniu stopie położenia, nadmiernie zgiętego podeszwowo, połowę jego ścięgna przymocowałem do ścięgna ACHILLEŚ'a, przewlekając przez otwór, zrobiony w wewnętrznej połowie tego ostatniego i tworząc pętlę. Następnie cięciem na zewnętrznej powierzchni goleni obnażyłem ścięgno m. strzałkowego długiego. Było ono również tęgie, grube. Połowę jego zespoliłem ze ścięgnem ACHILLEŚ'a, przewlekając przez otwór w zewnętrznej połowie tegoż. Po doszczętnym zaszyciu ran — opatrunek gipsowy na stopę, goleń i dolną połowę uda, utrzymujący stopę w nadmiernym zgięciu podeszwowym. Po upływie sześciu tygodni opatrunek gipsowy usunięto. Stopa utrzymuje się w położeniu prawidłowym, pośrodkowym. Chora jest w stanie wykonać słabe zgięcie podeszwowe.

Następnie d. 8 lutego 1904 roku wykonałem jej operację sztucznego zeszywnienia (artrodezę) stawu skokowego prawego, zaś d. 21 marca t. r. taką samą operację w stawie kolanowym prawym. Pousuwałem mniej lub bardziej dokładnie chrząstki, końce stawowe pozszywałem szwem drucianym. Przebieg pooperacyjny niepowikłany. Opatrunki gipsowe po-

usuwałem po upływie 6 tygodni od operacyi. W obu stawach zrost wystarczająco mocny. Po usunięciu ostatniego opatrunku zastosowano kąpiele, mięsienie, gimnastykę.

D. 20 maja 1904 roku po raz pierwszy pacjentka wstała i mogła stać samoistnie, następnie zaczęła uczyć się chodzić. Z początku dopomagała sobie, opierając się na lasce, powoli nauczyła się chodzić samoistnie. Po upływie kilku miesięcy była w stanie bez jakiejkolwiek pomocy przychodzić z placu Grzybowskiego do Szpitala Dzieciątka Jezus na ćwiczenia, mówiła, że może dość sprawnie szyć nogami na maszynie.

GOCHT opisuje następujący przypadek. 7-letnie dziecko od trzech lat miało porażenie lewej kończyny górnej wskutek przebytego ostrego zapalenia przednich rogów rdzenia. Kończyna ta jest stale zgięta w stawie łokciowym. Wskutek porażenia m. trójgłowego ramienia wykonanie wyprostowania jest niemożliwe. Ręka jest ustalona w zgięciu dłoniowym i w nawrocie (*pronatio*). Ani zgięcia grzbietowego ręki, ani przyprowadzenia, ani odprowadzenia jej dziecię wykonać nie może. M. zginacze napięstka i palców osłabione; najlepiej zachowany jest m. zginający napięstek przętowy (*m. flexor carpi ulnaris*). Palce stale zgięte. Kończyna jest zupełnie bezużyteczna.

Pierwsza operacja polegała na tem, że po ustawieniu ręki w położeniu mocnego zgięcia grzbietowego znacznie skrócono ścięgno m. rozginającego napięstek promieniowego (*m. ext. carpi radialis*.); ścięgno m. zginającego napięstek przętowego (*m. flexor carpi ulnaris*) przecięto i zespolono ze ścięgnem m. rozginającego palce długiego, powyżej miejsca rozgałęzienia. Opatrunek gipsowy. Gdy tenże usunięto po upływie kilku tygodni, ręka trzymała się w położeniu wyprostnem, jak również i palce. Po zastosowaniu mięsienia i elektryczności zginanie i rozginanie palców wyrobiło się o tyle, że dziecko może brać i trzymać przedmioty.

Drugi zabieg był następujący. Przecięto jaknajwyżej brzusiec zewnętrzny i długi m. trójgłowego ramienia i na dużej przestrzeni oddzielono od kości. Całą kończynę mocno wyprostowano w stawie łokciowym i uniesiono powyżej linii poziomej. W tem położeniu okrwawiono brzeg m. naramiennego, przyciągnięto doń odosobnione brzusce m. trójgłowego i zespolono ze sobą szwem jedwabnym. Opatrunek gipsowy unieruchamiał kończynę w wyżej wymienionem położeniu. Po zagojeniu się rany zastosowano mięsienie i elektryzację kończyny. Ruch wyprostny w stawie łokciowym wyrabiał się coraz lepiej.

W ten sposób dziecię powoli odzyskało dotąd bezużyteczną kończynę.

Tak przedstawiają się w ogólnych rysach zabiegi operacyjne, jakie stosują się w obecnej dobie do leczenia rozmaitych postaci porażień dziecięcych. Poszczególnych zabiegów, odpowiadających tym lub owym typom porażień oddzielnych stawów, oddzielnych grup mięśniowych, przytaczać nie będę, gdyż odbiegałoby to od zamierzonego celu — zaznajomienia ogółu lekarzy — niechirurgów z zasobem zabiegów mechanicznych, jakimi już dziś rozporządza chirurgia ortopedyczna do leczenia kalectw porażeniowych. Ciekawych tego rodzaju szczegółów odsyłam do odpowiednich monografi.

PIŚMIENNICTWO.

1. BEHRENDT. Ueber die chirurgische Behandlung der Kinderlähmung. 1895.
2. BERNHARD. Zur Sehnenüberpflanzung. Kerrespondenzblatt für Schweizer Aerzte 1899.
3. BRACK. Die Sehnenüberpflanzung in der Behandlung der spinalen Kinderlähmung. Dissert. 1903.
4. BRUNNER und SCHULTHESS. Ueber Sehnenüberpflanzung. Korrespondenzblatt f. Schweizer Aerzte 1898.

5. CALOT. Le rôle du chirurgien dans la paralysie infantile. *Revue de chirurgie* 1901.
6. CODIVILLA. Meine Erfahrungen über Sehnenüberpflanzung *Zeit. f. ortop. Chirurgie* XII, XVII.
7. DROBNIK. O przenoszeniu czynności mięśni, przy porażeniach dziecięcych. *Gaz. Lek.* 1893. Luty.
8. DROBNIK. Dalsze doświadczenia nad leczeniem porażień dziecięcych. *Now. Lek.* 1894. N. 7.
9. DROBNIK. Ueber die Behandlung der Kinderlähmung mit Funktionstheilung und—Übertragung *D. Zeit. f. Chir. B.* 43.
10. EULENBURG. Zur Therapie der Kinderlähmungen. *Deutsch. med. Woch.* 1898. 14.
11. FRANKE. Ueber Sehnenüberpflanzung. *Arch. f. kl. Chir. B.* 52. 1.
12. FRITZ. Die Heilungsvorgänge nach Sehnenplastik *Diss.* 1903.
13. GERULANOS. Ueber Sehnenüberpflanzung. *Münch. med. Wochenschrift.* 1901. 41
14. GOCHT. Beitrag zur Lehre von der Sehnenplastik. *Z. f. ortop. Chir.* 1900. B. VII.
15. GLUCK. Muskel — und — Sehnenplastik. *Arch. f. klin. Chir. Bd.* 26. 1881.
16. GLUCK. Ersatz isolierter Sehnenstücke durch zusammengeflochtene Katgutfäden *D. Med. Woch.* 1884. 48.
17. GLUCK. Ueber reparative Chirurgie *Berl. klin. Woch.* 1892.
18. HILDEBRANDT. Ueber eine neue Methode der Muskeltransplantation. *Lang. Archiv. B.* 78 H. 1.
19. HOFFA. Zur Lehre von der Sehnenplastik. *Berl. Klin. Woch.* 1899. 30.
20. HOFFA. Die Orthopädie im Dienste der Nervenheilkunde. 1900.
21. HOFFA. Experimentelles zur Sehnenplastik. *Münch. med. Woch.* 1901. 51.
22. HOFFA. Ueber die ortoped. Behandlung der spinalen Kinderlähmung. *Zeit. f. diät. und. phys. Ther.* 1902.
23. HOFFA. Beiträge zur Sehnenplastik. *Freie Verein. der Chir. Berlins* 12. I. 1903.
24. KADER. Plastyka nerwów i ścięgien przy porażeniu mięśni. *Przegl. Lek.* 1902 N. 50.
25. KADER. Przypadek plastyki ścięgien i nerwów przy porażeniu dziecięcym. *Przegl. Lek.* 1904 N. 41.
26. KELLER. Ein Beitrag zur Sehnenplastik bei Lähmungen. *Zeitschr. f. Chir.* 1899. 42.
27. KOFMAN. Zur Behandlung der paralytischen Hüftgelenksluxation mittels Atrodese *Z. f. Chir.* 1906. N. 22.
28. KRAUSE. Ersatz der gelähmten Quadriceps femoris durch die flexoren des Unterschenkels. *D. Med. Woch.* 1902. 7—8.
29. KÜMMEL. Beitrag zum Ersatz von Sehnendefekten. *Revue d'orthopédie.* 1892. 1.
30. KUNIK. Ueber die Funktionserfolge der Sehnenüberpflanzung bei paralytischen Deformitäten *Mün. Med. W.* 1901. N. 7.
31. LANGE. Ueber periostale Sehnenüberpflanzung bei Muskellähmungen. *Munch. Med Woch.* 1900. 15.
32. LANGE. Die Bildung der Sehnen aus Seide bei periostaler Verpflanzung. (streszczenie).
33. LANGE. Weitere Erfahrungen über seidene Sehnen. *Münch. Med. Woch.* 1902. 1.
34. MÜLLER. Ueber Sehnenüberpflanzung. *Zeit. f. klin. Medizin* 38 B. 4—6.
35. NICOLADONI. *Wiener medic Presse.* 1881. S. 46.
36. PHOCAS. Transplantation musculo-tendineuse. *Revue d'orthopédie* 1893.
37. REICHARD. Ueber Sehnenverpflanzung. *Berlin. klin. Wochenschrift.* 1902.
38. REINER. Die Tenodese, eine Form partieller Arthrodese. *Zeit. f. ort. Chirurgie* XII.
39. ROCHET. Des anastomoses tendineuses entre muscles sains et muscles paralysés pour les corrections de deviation ou difformités paralytiques. *Lyon med. N.* 34. 1889.

40. RYDYGIER. Przeszczepianie mięśni. Przegl. Lek. 1898.
41. SCHANZ. Erfahrungen mit Sehnen—und Muskeltransplantation Zeit. f. ortop. Chir. XII, III.
42. SPRINGER. Zur Technik der Sehnenverlängerung bei Sehnenüberpflanzung. Arch. f. Orthop. 1903.
43. TOWNSEND. Deformities due to muscular paralysis etc. New-York Med. Journal. 1902 (streszczenie w Centr. f. Chir.).
44. TUBBY. Recent surgical methods in the treatment of certain forms of. paralysis. Br. med. J. 1906 (podług streszcz. w Centralblatt f. Chir. 1906. N. 21).
45. VULPIUS OSCAR. Die Sehnenüberpflanzung. 1902.
46. VULPIUS OSCAR. Misserfolge der Sehnenüberpflanzung. Berl. Kl. Woch. 1906. N. 42.
47. WINKLER. Ueber Sehnentransplantation. Zeitsch. f. prakt. Aerzte. 1897.
48. WOLFF. Ueber ostale Sehnenplastik. Deut. med. Wochen. 1902.
49. WOLLENBERG. Der Verlauf der intramusculären Nervenbahnen und seine Bedeutung f. die Sehnenplastik. Münch. Med. Woch. 1906. N. 35.

Sprawozdanie z 24-go Zjazdu internistów w Wiesbaden od 15-go do 18-go kwietnia 1907 r.

podał

Aleksander Simon (z Wiesbadenu).

W połowie kwietnia r. b. odbył się w Wiesbaden 24-y kongres, poświęcony medycynie wewnętrznej, a zarazem uczczony został 25-letni jubileusz jego istnienia (z powodu międzynarodowego zjazdu w Madrycie w 1903 r. interniści nie obradowali). Tegorocznemu zjazdowi, w którym brało udział przeszło 400 lekarzy austriackich, niemieckich, szwajcarskich i in., z małym udziałem słowian, przewodniczył twórca kongresu LEYDEN, który w mowie wstępnej rozwinął w krótkim zarysie historię medycyny wewnętrznej za ostatnie dwudziestopięciolecie. Już przed ćwierćwiekiem przy otwarciu pierwszego kongresu zaznaczył FRERICHs jako jedno z głównych zadań medycyny i kliniki wewnętrznej zachowanie łączności i jedności nauki lekarskiej, opartej na jednolitości ustroju ludzkiego. Pogląd, że medycyna wewnętrzna jest głównym strumieniem, z którego wszystkie spe-

cialne działy medycyny praktycznej powstały i z którego czerpią sok odżywczy, i podziś dzień ma rację bytu. Mówca przypomniał, że na owym 1-ym zjeździe w r. 1882 KOCH obwieścił światu odkrycie pałeczki gruźliczej, od której to chwili datuje nowa era w medycynie—kierunek bakteriologiczny. Jako główny temat rozpraw tegorocznych służyła nauka o nerwobólach i ich leczeniu. Referowali profesorowie SCHULTZE z Bonn i SCHLÖSSER z Monachium.

Nerwoból według SCHULTZE'go to symptom, nie choroba, pojęcie kliniczne, nie anatomiczne. Jest to ból, powstający i przebiegający wzdłuż czuciowych nerwów i dróg nerwowych, o wielkiem napięciu i napadowym charakterze. Bóle, powstające z powodu cierpień narządów, oczywiście do powyższej kategorii nie należą.

Przyczyny nerwobólu bywają rozmaite: mechaniczne — ucisk lub targanie. Jednakże

nie zawsze ucisk nerwów wywołuje nerwoból, np. nie zawsze go widzimy w nowotworach. Muszą przeto jeszcze inne dołączać się momenty; otóż WITZELL przypuszcza na przykład, że bóle poamputacyjne powstają wskutek przyrośnięcia obwodowych zakończeń nerwowych, co uniemożliwia ich normalną ruchliwość. Nerwoból nerwu trójdzielnego zapewne również czasami powstaje przez zrośnięcie nerwu z otoczeniem w kanałkach kostnych. Targaniu przypisują obecnie powstawanie niektórych bólów, zwł. w jamie brzusznej, np. kolki żółciowej i kiszkiowej, suponując, że nerwy w otrzewnie i kreskach ulegają nadeciąganiu. Często przyczyną nerwobólów jest zapalenie nerwów (*neuritis et perineuritis*), które jednakże w swojej anatomicznej istocie nie zawsze daje się dokładnie wykazać. Nerwobóle w przebiegu choroby cukrowej, dny, alkoholizmu, zapalenia nerek z wielkim prawdopodobieństwem przypisać należy sprawom zapalnym i zwyrodnieniom tkanki nerwowej. To samo dotyczy nerwobólów w przebiegu chorób zakaźnych, natomiast nerwoból z powodu zimnicy, zwł. w 1-ej gałęzi nerwu V-go, nie jest jeszcze wyjaśniony. Nader częste i zagadkowe są też nerwobóle wskutek zaziębnienia. Przypuszczamy jednak, że ma tutaj miejsce zwykle prawdziwe zapalenie nerwów. Inną grupę stanowią nerwobóle bez widocznych zmian anatomicznych, powstałe psychicznie, mian. hysteryczne, neurasteniczne i hipochondryczne, odczuwane czy to w narządach wewnętrznych, wątrobie, jako kolka bez kamieni, sercu, jajnikach i t. d., czy też w stawach, żebrach i t. d. Następną grupę tworzą neuralgie wskutek przeciążenia np. oczu, rąk, pleców i t. d., nadto nerwobóle, powstałe pod wpływem jadów, zewnątrz wprowadzonych do ustroju lub też w samym ustroju wytworzonych: neuralgie z obstrukcji. Ciekawe są też nerwobóle w przebiegu zwężenia naczyń. Prócz przyczyn wywołujących pewnego znaczenia nie można odmówić momentom uspasabiającym, obciążeniu nerwowemu i neuropatycznemu, osłabieniu ustroju poprzedniami chorobami; natomiast według referenta uspasabia małą krwistość tylko do łagodniejszych postaci nerwobólu. Co się tyczy anatomii patologicznej, to przyznać się musimy do zawstydzającego „*ignoramus*”. Nie posiadamy dotychczas albowiem dokładnego

histologicznego badania bez zarzutu nerwu, dotkniętego nerwobólem od jego początku do zakończeń obwodowych. Materiał, zdobyty drogą chirurgiczną, nie jest zupełnie nieskazitelny. Co do fizjologii bólu, to mówca jest zwolennikiem teorii sumacyjnej: słabe, nieodczuwane bodźce składają się i w sumie wywołują skutek — ból. Dla rozpoznania duże znaczenie mają t. zw. punkty ucisku, których może jednakże i nie być. Najczęstsze nerwobóle: rwa kulszowa i nerwu trójdzielnego są łatwe do rozpoznania.

W ostatnich czasach zwrócono specjalnie uwagę na nerwoból biodra (*meralgia paraesthetica* ROT-BERNARD'a), ścięgna Achilles'a (achilodynia), tarsalgii i metatarsalgii (nerwoból 4-go, rzadko 2-go lub 3-go palca u nogi, choroba MORTON'a).

Pod względem różniczkowego rozpoznania mówca podaje wskazówki dla odróżnienia rwy kulszowej od biodra koślawego (*coxa vara* BRUNS'a), podnosi częste błędy rozpoznawcze z powodu nierozpoznania przestankowego chromania, płaskiej stopy i t. d. Zwraca zwłaszcza uwagę na niedawno przez WILMS'a wprowadzony do patologii obraz chorobowy „*Lymphangitis rheumatica chronica*”, cierpienie wzdłuż piszczeli, przeważnie obustronne, po ostrym gościecu, u młodych kobiet; nerwy (*tibialis, peroneus*) na ucisk nie są bolesne, natomiast naczynia limfatyczne i okolica pachwinowa. W końcu mówca poruszył sprawę leczenia nerwobólów. Leczenie zapobiegawcze, przyczynowe i psychiczne dotyczy tylko pewnych ściśle określonych postaci; symptomatyczne rozporządza nieskończoną liczbą środków chemicznych, t. zw. antyneuralgicznych, poczynawszy od salicylatów i najstarszego, chininy, a kończąc na nowszym pyramidonie; nadto akonityna, strychnina, arsenik, środki czyszczące. Nadzwyczaj ważną rolę odgrywają fizyczne metody lecznicze, nie tyle masaże, ile elektryczność, hydroterapia i termoterapia. BIER np. twierdzi, że udało mu się dużą liczbę operacji zastąpić przez systematyczne uparte stosowanie strumienia gorącego powietrza (*Heissluftdouche*). W rwie kulszowej pomagają często kąpiele z gorącego piasku. Najupartszy jest nerwoból pragnących otrzymać rentę (*Ischias testimonialis*), wywołany przez socyalne prawodawstwo niemieckie. Niekrwa-

we wyciąganie nerwów, czasami wskazane, posiada wiele sposobów; GODSCHEIDER skonstruował specjalne krzesło dla wyciągania nerwu kulszowego jako sposób leczenia *ischias'u*. Zastrzykiwaniom w miąższ nerwu, metodzie, która dużą rolę obecnie odgrywa, poświęcony jest drugi referat. Mówca kończy w nadziei, że uda się nam wreszcie i bez interwencji chirurgicznej za pomocą powyższych metod wyleczyć i najupartsze nerwobóle, albowiem skutki operacji (wycięcie schorzałych nerwów na pewnej, dość rozległej przestrzeni) nie zawsze są pomyślne, nie dają gwarancji, że nie będzie nawrotów, stanowią niebezpieczne, niekiedy szpecące zabiegi, o poważnej odsetce śmiertelności. Wycięcie zwoju GASSER'a daje KRAUSE'mu, wynalazcy, odsetkę 11%, innym zaś 22% — 26%; operacja BARDENHEUER'a, *neurinsarcoclesis*, zalecona przeciwko nerwobólom biodrowym i twarzy, stanowi też ciężki zabieg. Operacja powinna przeto stanowić *ultimum refugium*.

Drugi referent prof. SCHLÖSSER, okulista monachijski, zdawał sprawę z wynalezionej i opracowanej przez siebie metody leczenia nerwobólu za pomocą wstrzykiwań wysoku w miąższ samego nerwu. Mówca pracuje nad tem od 15-u lat i po wypróbowaniu wielu przetworów ostatecznie się zatrzymał na wysoku, który w rozcieńczeniu 70—80% wywołuje zwyrodnienie nerwu i wessanie tegoż.

W 1903 r. mówca przedstawił swe wyniki w Heidelbergu, odkąd jego metoda znalazła naśladowców we Francji, gdzie stosowana jednak zostaje w modyfikacji, którą SCHLÖSSER uważa za ryzykowną. SCHLÖSSER opiera obecnie swe wnioski na 209 dokładnie obserwowanych przypadkach prawdziwych i zastarzałych nerwobólów; historycznych, urazowych i organicznych z zasady nie leczy. Stosuje on 80% wyskok, który wstrzykuje: 1) w możliwie centralny, 2) obwodowy i 3) pośredni odłam nerwu. Zabieg ten ma zastąpić radykalne wycięcie nerwu. Do jego wykonania posługuje on się mocną grubą igłą o grubych ścianach z przytępionem ostrzem (by nie zranić naczyń), zwykle prostolinijną, kolanowato zagiętą li tylko do wstrzykiwań w 3-ą gałąź nerwu trójdzielnego. Jednocześnie wstrzykiwana ilość wynosi 0,1 — 4,0 gramów, przyczem wyskok należy wstrzykiwać stopniowo, powoli, z przerwami, wyczekując,

czy się nie powiększa osłabienie (*paresis*) włókien ruchowych nerwu mieszanego. SCHLÖSSER wprowadza zatem podczas jednego seansu z przerwami kilka razy po 0,5 grama.

Sam zabieg jest dość bolesny, ból ten trwa jednak najwyżej kilka minut, poczem występuje bezbolesność na kilka godzin; nowy napad nerwobólu może się już następnego dnia zjawić, a ustępuje radykalnie zazwyczaj dopiero po 2 wstrzykiwaniu, które wykonywamy zwykle po 2 dniach. Większa liczba iniekcji potrzebna jest tylko w cięższych i wyjątkowych przypadkach, zwł. jeśli kilka gałęzi nerwu są dotknięte. Nawroty zdarzają się zwykle po roku, w przecięciu po 10,2 miesiącach; należy wtedy iniekcję powtórzyć z tym samym dobrym wynikiem. Wcześniejsze nawroty bólu bywają tylko wtedy, jeśli nie ta gałąź nerwu jest schorzała, w którą na zasadzie skarg chorego dokonaliśmy zastrzyknięć. Musimy wtedy oczywiście poddać leczeniu i tę gałąź, w której bóle biorą początek.

Podobne omyłki rozpoznawcze zdarzają się wcale nie rzadko i bacznie na nie zważać należy. Przypadek każdy wymaga indywidualizacji, ostateczny wynik bywa jednak zawsze pomyślny: wyleczenie przynajmniej na długi przeciąg czasu. Uśpienie i znieczulenie nie są pożądane, albowiem wskazówki chorego są b. korzystne. Przykre zdarzenia trafiały się mówcy, zwł. w początkach; przez ostrożność i wprawę można i należy ich uniknąć. Skaleczenie naczyń, zwł. *art. meningea media*, nie nastąpi, jeśli operator nie dokona zastrzyknięcia, gdzie z igły wprowadzonej wypływa krew.

Mówcy przytrafiły się 2 porażenia nerwu twarzowego, wyleczone w 2—3 miesiące, porażenie (*paresis*) *n. oculomotorii* i unieruchomienie szczęki z powodu zrostów, wyleczone przez ruchy i zastrzyknięcia fibrolizyny.

S. leczył wśród 209 przypadków 123 razy nerwobóle twarzy ciężkie, 38 razy ciężki *ischias* (z nich w 36 zupełne wyleczenie), 2 przypadki strzelających bólów z powodu choroby mlecznej (z wynikiem zupełnym) oraz inne nerwobóle. Najlepsze wyniki dają nerwobóle twarzy. Świeżych i ostrych neuralgii nie leczy on zupełnie, jeno uparte i przewlekłe. SCHLÖSSER nie zaprzecza bynajmniej, że zabiegi chirurgiczne (wycięcie nerwów i zwojów) dają co do trwałości

skutków lepsze wyniki, niż jego zastrzykiwania. Tem niemniej ze względu na to, że te ostatnie nie są niebezpieczne, ani szpecące, że przy omyłkach rozpoznawczych błęd łatwo naprawić, należy się im bezwarunkowo pierwszeństwo.

W dyskusyi omówiono leczenie nerwobólów za pomocą i innych metod iniekcyjnych. LANGE (z Lipska) z doskonałym skutkiem zastrzykuje pod dużym ciśnieniem w wielkiej ilości obojętny płyn, np. roztwór soli fizyologicznej, w okolicę nerwu, przypisując działanie li tylko mechanicznemu uciskowi. ALEXANDER (z Berlina) zaś zastrzykuje leki, np. kokainę, w postaci płynu SCHLEICH'a, w ilości 10 cent. sz. w okolicę nerwu, również z dobrym wynikiem, zwł. w nerwobólach biodrowych. Inni mówcy zalecali iniekcje eukainy, nowokainy i t. d., MINKOWSKI zaś w ciężkich przypadkach *ischiasu* ucieka się z doskonałym skutkiem do zastrzyknięć lędźwiowych, mian. stowainy. W uzupełnieniu powyższego wspomnę jeszcze, że omawiano znaczenie diety, bezwzględnej spokoju w ostrych stanach, zalecano stosowanie suchych baniek, pijawek, wezykatorii; błękit metylenowy (w ostrych przypadkach po chorobach zakaźnych), opaskę zastoinową, kokainizację błony śluzowej nosa (w nerwobólach twarzy) it. d. Z odczytów, dotyczących układu nerwowego, wspomnę tylko referat KRAUSE'go, który opisał kilka przypadków nowego cierpienia rdzenia, ograniczonego skupienia płynu rdzeniowego w dużej ilości w worku oponowym, cierpienia, które wywołuje objawy nowotworu i chirurgicznie zupełnie jest uleczalne. Z odczytów, dotyczących chorób zakaźnych, podnoszę prace MEYER'a i BERGELL'a, którzy sporządzili surowicę antytyfusową. Na zwierzętach osiągnięto za pomocą niej zupełnie zadawalające wyniki, upoważniające do szerszego stosowania klinicznego. NAEGELI mówił o rozpowszechnieniu gruźlicy, LIEBERMEISTER o badaniach, w których znaleziono w narządach, pochodzących od suchotników, pałeczki gruźlicze, chociaż anatomicznie gruźlicy w nich wykazać nie było można. KUHN (z Berlina) demonstrował swoją maskę, za której pomocą wywołuje się czynne przekrwienie w płucach. Stosowanie jej ma być zupełnie bezpieczne. Najciekawszem jest, że po tym zabiegu ma jakoby nadzwyczajnie się powiększać liczba ciałek krwi białych i czerwonych.

KUHN zaleca maskę w gruźlicy, dychawicy, małokrwistości i innych cierpieniach. Przemówienia z dziedziny raka budzą więcej teoretyczne zainteresowanie, jak również i dotyczące zapaleń nerek, wytwarzanych doświadczalnie przez wprowadzanie do ustroju soli uranowych. 23 odczyty dotyczyły zagadnień z dziedziny przemiany materii: patologii kwasu moczowego, — SCHILTELHELM i BRUGSCH oznajmili, że znajdując we krwi chorych na dnę w każdym przypadku, nawet przy dyecie bezpurynowej, endogeny kwas moczowy; acetonurii (EMBDEN), choroby cukrowej, którą za pomocą adrenaliny doświadczalnie można wywołać i przez podawanie trzustki znów usunąć. Zachodzi więc ścisły stosunek pomiędzy nadnerczem i trzustką, a cukrówka pochodzenia nadnerczowego zdaje się być niewątpliwą. LÜTHJE (Frankfurt) na zasadzie nowych badań jeszcze raz podnosi zależność mellitury od otaczającej ciepłoty, z której obniżeniem cukromocz rośnie. Doświadczenia z kliniki MINKOWSKI'ego dotychczas wyników powyższych nie potwierdziły. Z prac z dziedziny patologii serca i naczyń wymieniam: SPALTENHOLZ'a (Lipsk): „o naczyniach wieńcowych i mięśniu sercowym“, któremu udało się ostatecznie obalić naukę, jakoby naczynia wieńcowe miały charakter końcowych (Endarterien); demonstrację pęczka His'a, którego zwyrodnienie, jak wiadomo, jest powodem choroby ADAM-STOKES'a (FAHR z Hamburga); TREUFEL'a (Frankfurt n/M), który podał krytykę współczesnych metod opukiwania serca, zwł. metody GOLDSCHIEDER'a, t. zw. minimalnego opukiwania (Schwellenwertperkussion). GOLDSCHIEDER zaleca w celu dokładnego opukiwania posługiwanie się szklaną pałeczką, u końca powleczoną cienką kiską gumową, przyczem opukuje się wzdłuż pałeczki.

Patologię narządów trawienia poruszył WOLGEMUT, który obserwował fistułę trzustkową i wpływ pokarmów na wydzielanie soku trzustkowego; wydziela go się dużo po podawaniu wodoru węgla, mniej po pokarmach białkowych, najmniej po tłuszczach. Dyeta tłuszczowa sprzyja zagojeniu się fistuły. Sekrecja trzustkowa zależna jest wreszcie od bodźców nerwowych, składu krwi i daje się regulować pod wpływem leków i wód mineralnych. SCHLOSS sądzi, że t. zw. nadkwaśność żółądkowa

polega przeważnie na wydzielaniu nadmiernem soku, zresztą normalnie kwaśnego, i zaleca jaską dyetę. LEO sądzi, że nie kwas solny umożliwia działanie pepsyny na białko, lecz odwrotnie, i zaleca w przypadkach niedokwasu żołądkowego podawać nie jednorazowo kwas solny, lecz wielorazowo, w czasie jedzenia, jako napój stołowy, składający się z kwasu solnego z dodatkiem pepsyny. Wreszcie mówił VELDEN o zatruciu lizolem, ZIEGLER o leukemii, który uważa białaczkę za cierpienie wtórne, wywołane przez zaburzenia przemiany materii, upośledza

jące śledzionę lub szpik kostny. Brak regulującej czynności jednego z tych narządów umożliwia nadmierną funkcję drugiego, skutkiem czego powstaje białaczka.

Z tegorocznym zjazdem połączona była wystawa jubileuszowa, obfita zwłaszcza w przyrządy dla dyagnostyki lekarskiej.

Przyszły 25-y zjazd odbędzie się w 1908 r. we Wiedniu.

Wiesbaden, w kwietniu 1907.

ODCINEK.

WRAŻENIA Z PODROŻY PO MIEJSCACH KĄPIELOWYCH ANGLII.

podał

Dr Med. Alfred Sokołowski.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 18).

Po skreśleniu powyższych ogólnych uwag chcę jeszcze na zakończenie niniejszej pogawędki opisać krótko niektóre z tych miejscowości, które sam szczegółowo zwiedzałem.

St. Leonards on Sea. Miejscowość ta położona jest na południu - wschodniej części kanału; stanowi dalszy ciąg historycznego miasta Hastings, które uchodzi za jedną z najzdrowszych miejscowości Anglii; dlatego też nie tylko latem mieszkają w niej osobniki wątłe, rekonwalescenci, a nawet i chorzy, szczególnie dotknięci różnorodnymi zaburzeniami dróg oddechowych. W miejscowości tej i okolicy ze względu na zdrowotne warunki istnieją bardzo liczne zakłady wychowawcze z niezwykle wygodnie i higienicznie urządzonej pensjonata-

mi. Miasteczko Hastings, liczące około 80000 mieszkańców, położone jest niezwykle uroczo na gruncie pagórkowym, nad morzem zaś we właściwym St. Leonards, stanowiącym nową dzielnicę, rozłożone jest na przestrzeni kilku kilometrów właściwe miejsce kąpielowe.

Szczególnie piękna jest długa wyasfaltowana na przestrzeni kilku kilometrów promenada z wygodnymi ławkami i licznymi oszklonymi pawilonikami, pozwalającymi korzystać z morskiego powietrza nawet w dni słotne i mocno wietrzne. Same kąpiele są bardzo dobre, fala mocna, dno piaszczyste. Pensjonaty na ogół dobrze urządzone i niezbyt drogie.

W mieście isinieje kilka ogromnych i ślicznie urządzonych parków dla gier sportowych, a przede wszystkim tennisa. W najbliższym otoczeniu miasta znajdują się liczne i wielce rozmaite spacer, a wszędzie widać dużo i pięknej roślinności. Samo miasteczko stanowi typ angielskiej miejscowości z wzorowo urządzonymi instytucjami miejskimi, posiada piękną publiczną bibliotekę, a nawet niewielkie, lecz dobrze urządzone muzeum sztuki i nauk przyrodniczych. Miasto posiada oświetlenie i tramwaje elektryczne, umożliwiające odbywanie licznych wycieczek w dalsze lub bliższe bardzo

piękne okolice. Wycieczki również ułatwiają okręty spacerowe, kursujące do różnorodnych miejsc na wschodnim i zachodnim wybrzeżu kanału. Do dodatnich również stron tej miejscowości kąpielowej zaliczyć można istniejące w Hastings olbrzymie baseny wody morskiej, ogrzewanej stale do 18 stopni R. w celu pływania jakoteż kąpieli dla osób, nie znoszących zbyt zimnej dla nich kąpieli w morzu. W basenach tych widywałem codziennie masy młodych chłopców, oddających się sportowi pływania. St. Leonards przyległa posiada wyborną komunikację z Londynem (1½ g. drogi).

W najbliższych okolicach Hastingsu istnieje jeszcze cały szereg skromniejszych miejsc kąpielowych np. Bexhill i wiele innych, posiadających jednakże wygodne urządzenia i dobre warunki życia.

Na północno - wschodniej części kanału, niedaleko Douvru, leży przepiękne miejsce kąpielowe Folkestone. Jest to miasteczko, 30 tysięcy mieszkańców mające, z bardzo obszernym i wielkim piaszczystym wybrzeżem, ze wspaniałymi tarasami i wielkimi parkami, z bardzo wielką ilością zieleni. Miejscowość ta jednakże latem jest bardzo uczęszczana i z tego też względu jest nieco droższa od poprzednich. Folkestone jest miejscem urodzenia wielkiego fizjologa Harvey'a, którego pomnik zdobi plac, znajdujący się na wielkiej promenadzie nadmorskiej.

Posuwając się na zachód od Hastings, spotykamy więcej uczęszczaną przez Anglików miejscowość - Eastbourn. Miejsce nie tylko położone ładnie i wygodnie, ale stanowi bardzo elegancki i modny kurort angielski. Wybrzeże jest bardzo obszerne i piaszczyste, spacer nadmorskie bardzo wygodne, odznaczają się niezwykle obfitą zielonością i pięknymi kwietnikami. W Eastbournie panuje w czasie sezonu letniego bardzo wielki napływ gości kąpielowych, wielkie ożywienie, liczne wyścigi i t. p. zabawy, ztąd też miejscowość ta, mimo swego pięknego położenia i wygodnych warunków pobytu, mało się nadaje dla ludzi, miłujących spokój i pragnących mieć latem odpoczynek pod każdym względem.

Toż samo jeszcze w wyższym stopniu da się zastosować do znanej powszechnie miejscowości, zwanej Brighton. Już samo miejsce, to

jest miasto, liczące przeszło 100 tysięcy mieszkańców, samo przez się przedstawia nie bardzo pojętne środowisko do odpoczynku. Wprawdzie miasto samo jest pięknie urządzone i wzorowo utrzymane, ruch jednakże i gwar panuje w nim wielki, jak wogóle w mieście handlowym portowym. Część kąpielowa nadbrzeżna jest wspaniale urządzona, posiada dwie tarasowe promenady, jedna nad drugą położone. Domy zaś i wspaniałe hotele ciągną się na przestrzeni kilkowiejskiej. Wybrzeże jest wielkie i piaszczyste, latem, w czasie sezonu kąpielowego, panuje ogromny zgiełk i wielki napływ ludzi. Sezon jednakże w Brighton najbardziej ożywiony bywa jesienią, a nawet zimą, warunki bowiem klimatyczne mają być bardzo łagodne, a ogromne promenady, szczególnie tak zwana Madeira rout, są mocno usłonecznione i dobrze sąsiadkami wysokimi skałami osłonięte od wiatrów.

Posuwając się bardziej jeszcze na zachód, o pół godziny drogi koleją od Brightonu, leży małe nadmorskie miasteczko Worthing, w bliskości którego istnieje dość znacznie uczęszczane w ostatnich czasach toż samo nazwisko noszące miejsce kąpielowe, posiadające wyborne pod każdym względem warunki, wybrzeże bowiem jest bardzo obszerne, piaszczyste, odpływ morza bardzo wielki, kąpiele dobrze urządzone, warunki pobytu bardzo wygodne, a mimo bliskości Brightonu, hotele i pensjonaty są niezbyt drogie, dla osób, lubiących spokój i piękną naturę, miejsce to jest odpowiednie ze wszelkiego miar, niema bowiem w nim gwaru, ani nadmiernej liczby przejezdnych turystów. Ja sam spędziłem w nim z prawdziwą przyjemnością kilka tygodni; rozrywek w nim w porównaniu z poprzedzającymi miejscami nie wiele, znajduje się jednakże na miejscu dobra orkiestra, niezła sezonowa operetka i komedia angielska. Podstawę jednakże pobytu stanowi kilkukilometry spacer nadmorski, wyborne urządzone, pozbawiony hałasu i kurzu, na którym ma się możliwość oddychać w pełni świeżym morskim powietrzem, obserwując jednocześnie przepiękne fale i srebrzysty lazur morskiej powierzchni, słusznie przez Anglików nazwanej srebrnym morzem. Worthing dla swego położenia spokojnego nadaje się szczególnie na letni pobyt dla dzieci, które mają tam możliwość brodzenia

boso po piaszczystem wybrzeżu, a przy bardzo dalekim odpływie chodzenia wśród licznych skał i kamieni, wyłaniających się z morza przy odpływie, i zabawiania się w poszukiwanie różnych morskich żyjątek. Okolice Worthingu posiadają naogół mniej zieloności, aniżeli okolice Hastingsu, tem nie mniej są w jego bliższej lub dalszej okolicy bardzo urocze wycieczki, jak np. do małej miejscowości kąpielowej Littlehampton, do Arundalu, wspaniałej posiadłości księcia Norfolk i t. p.

Mała wyspa Wight, leżąca na południowo-zachodniej części kanału i zaledwie kilka kilometrów oddalona od morskiego wybrzeża, z wielką słusnością przez anglików jest uważana za najcenniejszą stację klimatyczną, którą Anglicy może z pewną przesadą nazywają „rivierą angielską”. Wyspa Wight rzeczywiście, zawdzięczając ciepłemu prądowi oceanowemu, zwanemu „golf-stroemem”, posiada nawet, jak na południową Anglię, wyjątkowo łagodną zimę, rzadko bowiem temperatura zimą spada niżej zera, śnieg pojawia się rzadko, zawdzięczając zaś wilgoci morskiej, lato nie bywa zbyt skwarne.

Powyższe właściwości klimatu szczególnie dodatnio odbijają się na roślinności, która jest tak bujna i piękna, że porównać ją chyba można do flory stref południowych. Naturalnie, staranna ręka ludzka, przez umiejętne hodowle, przyczyniła się do tego, że w istocie całą wyspę porównać można do przepięknego parku, w którym obok wspaniałych lasów liściastych, przeważnie dębowych, spotyka się i przepiękne drzewa iglaste i południowe cedry i właściwe tylko południowi rosnące swobodnie w pięknych bardzo egzemplarzach drzewa eukaliptusowe, kamelie rosną dziko, a nawet palmy w niewielkich egzemplarzach przechowują się bez szwanku przez zimę. Zaslugują również na uwagę szczególnie w północnej stronie wyspy istniejące olbrzymie łąki, pokryte latem przepięknym kwieciami. Obok powyższych właściwości wyspa Wight odznacza się jeszcze, szczególnie w swojej południowej części, nadzwyczaj uroczym położeniem, brzegi jej bowiem są bardzo wy-

nosłe, a białe skały, stanowiące ich podkład, fantazyjnie ugrupowane, stanowią, szczególnie w okolicy Ventnoru i Freshwateru, niezwykle urocze obrazy. Na całej wysepce, a szczególnie jej wybrzeżu południowem, istnieje cały szereg miejscowości, w których przebywają turyści jako też chorzy nie tylko latem, ale i zimą. Latem zjazd turystów bywa ogromny, przebywają oni albo chwilowo dni kilka w celu poznania tylko piękniejszych jej punktów, lub też przebywają czas dłuższy na wilegiaturze, połączonej z użyciem wybornych kąpeli morskich, które są w użyciu do późnej nawet jesieni. Z bardzo licznych miejscowości, służących za pobyt dla turystów, zaznaczę Shanklin z bardzo pięknym wybrzeżem i przepięknymi spacerami, wśród lasów, położonych nad brzegiem morskim, dalej nieopodal leżący Sandown Ventnor, niezwykle uroczo położony, służy szczególnie za miejsce pobytu na zimę. Na północnej części wyspy w Coves, Ryde, a wreszcie i w centralnem miejscu w Newport wszędzie znajdują się wygodne hotele i pensjonaty dla turystów.

Wogóle pobyt w którejkolwiek z licznych miejscowości na wyspie jest bardzo przyjemny, nie tylko ze względu na piękność natury, lecz i możliwość robienia pięknych wycieczek w bliższe i dalsze okolice wyspy. Pobyt na wyspie jest nieco droższy, niż w innych miejscach kąpielowych, które zwiedzałem, w każdym jednakże razie ceny pobytu nie są znowu zbyt wygórowane, nie przenoszą nawet w dobrych hotelach ceny 4 do 5 rubli dziennie. Komunikacja z lądem stałym jest bardzo ułatwiona, a kolejka z Londynu dojeżdża się na wyspę w dwie do trzech godzin.

Bardziej jeszcze na zachód od wyspy Wight leży cały szereg pięknych miejscowości, wśród których szczególnie uroczym pobytem mają się odznaczać miejscowości, położone w Kornwalii. Ja ich jednakże osobiście nie zwiedzałem.

Warszawa, luty 1907.