

GAZETA LEKARSKA.

I. O PRZESZCZEPIANIU PŁATÓW Z SZYPUŁĄ

Z ODLEGŁYCH OKOLIC CIAŁA.

[Odczyt, wygłoszony na II Zjeździe chirurgów w Krakowie].

Przez

Bronisława Sawickiego.

Dzieje medycyny wykazują nam, jak często jedna i ta sama idea kilkakrotnie wzbudzała zachwyt i znowu ginęła w zapomnieniu. Podobny los spotkał rodzaj autoplastyki, który, dzięki pracom MAAS'a, od lat kilku zwrócił na siebie uwagę chirurgów. Już w połowie XV wieku sycylijszyk BRANCA [syn] pozyskał sobie rozgłos przez dorabianie nosów ze skóry rąk. W sto lat potem [1547] bolończyk CASPAR TAGLIACCOZZI [podług ALBERT'a, TAGLIACCOZZA] sposób ten dokładnie opisał. TAGLIACCOZZI dorabiał nosy, uszy i wargi z płatów skórnych, branych z ramienia. W tym celu wycinał on na ramieniu płat z dwiema szypułami, czekał, aż okrwawiona powierzchnia płata zabliźni się, i wówczas górną szypułę przecinał. Następnie okrwawiał odpowiednie miejsca na twarzy, a okrwawiwszy także boczne brzegi płata, takowy wszywał. Dla dokładnego unieruchomienia odpowiednich części przed operacją jeszcze przygotowywał gorset i czapeczkę. TAGLIACCOZZI uważany jest w chirurgii za twórcę tej metody, sama zaś metoda otrzymała miano włoskiej. Jeszcze w XVII wieku o metodzie tej odzywano się z zachwytem, z czasem jednakże zupełnie o niej zapomniano. Gdy w 1742 r. RENEAUME przypomniał tę operację Akademii królewskiej w Paryżu, proponując przytem uproszczenie przez jednoczesne wykrojenie i wszycie płata, wszyscy uznali to za niemożliwe, pracę zaś TAGLIACCOZZI'ego za apokryf. Zupełnie nie wiedząc o propozycji RENEAUME'a, na tę samą myśl wpadł na początku bieżącego stulecia GRAEFE. Radził on wycinać płat z szypułą z ramienia i od razu zeń nos wytwarzać. Modyfikacja ta używała miano metody niemieckiej. Sam GRAEFE proponował ją tylko dla rynoplastyki i, o ile się zdaje, raz tylko jej użył z powodzeniem. Mianowicie wytworzył on koniec nosa z płata, wziętego z ramienia, z szypułą, którą po 6 dniach przeciął. Metodę GRAEFE'go pochwycił i zastosował DIEFFENBACH. W jego przypadku płat początkowo przyrósł, lecz ropienie było niepomiernie obfite, przyłączyła się róża, wskutek czego cały płat zmartwiał, a chory omal życiem nie przypłacił doświadczenia. To tak zniechęciło do nowej metody Dief-

FENBACH'a, że wystąpił przeciw niej z ostrą krytyką i na czas jakiś ją pogrzebał.

Dopiero w r. 1843 włos FABRIZI, w przypadku bliznowatego przykurczenia palców po oparzeniu lewej ręki, wyciął bliznę na dłoni i ranę pokrył świeżo wykrojonym płatem z piersi; 14-go dnia szypułę przecięto. Zagojenie nastąpiło zupełne. Początkowo przeszczepiona skóra tworzyła wygórowanie i wyróżniała się małą czułością, z czasem jednakże otrzymała wygląd bardziej prawidłowy. Wynik czynnościowy był zupełnie zadowalający.

To zachęciło chirurgów do nowych prób, które jednakże wypadły ujemnie. ZSIGMONDI w Wiedniu przeniósł płat z goleni na goleń drugiej nogi, lecz tenże zmarł. Z takimże wynikiem WUTZER przeszczepiał płat z goleni na piętę. Pojmując potrzebę dokładnego umocowania kończyn, nałożył on na obie umyślnie przygotowane na to pończochy z wyciętymi odpowiednio oknami; nadto obie kończyny połączył jeszcze rzemieniami. Pomimo to unieruchomienie było niedokładne i płat zmarł. W r. 1870 SZYMANOWSKI przeniósł płat z goleni jednej nogi na goleń drugiej, umocowując nogi gipsem. Nie mniej przeto chory zaczął się rzucać po chloroformie i spowodował zgorzel płata. Pomimo tych niepowodzeń chirurgowie niemieccy nie zarzucają samej myśli przeszczepiania płatów z okolic odległych, lecz zmieniają tylko samo postępowanie, przyszywając płaty dopiero po ich pokryciu się ziarniną. Przypuszczają oni, że płat, pokryty ziarniną, mniej się poddaje zakażeniu, nie tak łatwo wysycha i łatwiej przyrasta. Najprzód biorą oni podobne płaty z sąsiedztwa dla zakrycia otworów, jak to: przy *ectopia vesicae* [THIERSCH], przy przetoce żołądkowej [BILLROTH], przy przetoce pęcherzowej dla zamknięcia pochwy [CZERNY] i t. p..

Zachęceni dobrymi wynikami, zaczynają płaty przenosić na dalsze okolice. BILLROTH ¹⁾ w przypadku owrzodzenia lewej pięty u 21-letniego mężczyzny wyciął poprzeczny płat z dwiema szypułami z prawej łydki. Po 14 dniach tylną szypułę przeciął, płat przyszył i kończyny gipsem umocował. Po 8 dniach szypułę nadciął, a w 9 dni potem całkowicie przecięto. Wyzdrowienie zupełne. W taki sam sposób postępując, CZERNY ²⁾ zagoił owrzodzenie na prawej stopie, używszy płata z lewej łydki. Płat wycięto podłużny, górny mostek przecięto po miesiącu i płat wszyto. W 14 dni potem szypułę od razu przecięto. W 2 lata potem, gdy chory dostał przymiotu, brzeg płata owrzodził się, lecz pod swoistem leczeniem znowu się zagoił. Skóra na płacie niczem się nie różniła od otaczającej. W drugim przypadku tenże autor zagoił wrzód lewej goleni, przeszczepiwszy w tenże sposób płat z prawej łydki. Szypułę nadcinał kolejno 18 i 19 dnia, przeciął zaś zupełnie 23. Dla dokładnego unieruchomienia kończyn nakładał na każdą z nich oddzielną pochwę gipsową z odpowiednim oknem, później zaś łączył je ze sobą za pomocą opasek. Na wzmiankę zasługuje jeszcze projekt CZERNY'ego, by przenosić płaty z szypułą z jednego osobnika na drugiego. W tym celu radzi on wybierać dwóch chorych z wrzo-

¹⁾ Całą powyższą literaturę czerpałem przeważnie w prac MAAS'a, BERGER'a i CZERNY'ego.

²⁾ Ueber die Plastik mit granulirenden Hautlappen. Beiträge zur operat. Chir. 1878. p. 163.

dami goleni układać ich naprzeciw siebie tak, by goleń jednego odpowiadała udu drugiego; wówczas możnaby im wzajemnie płaty przeszczepić i kończyny umocować gipsem.

W tymże czasie, gdy chirurgowie niemieccy zwracają się ku metodzie włoskiej, chirurgowie francuzcy zaczynają stosować metodę niemiecką. BERGER ¹⁾ w r. 1880 przy *ectropion* wskutek blizn po wilku przeszczepia z powodzeniem płat z ramienia, ratując oko. Szypułę przeciął dnia 22. W prędkie potem tenże autor owrzodzony kikut po amputacji goleni pokrył świeżym płatem z drugiej goleni; szypułę przeciął po 23 dniach.

LANNELONGUE wskutek bliznowatego przykurczenia u dziecka przeszczepił płat z jednej ręki na drugą. W taki sam sposób postąpił ADAMS [1881], z Niemców zaś Socin [1883]. Właściwy jednakże zwrot w chirurgii niemieckiej na korzyść metody GRAEFÉ'go datuje się od pracy MAAS'a ²⁾. W r. 1884 ogłosił on pięć przypadków owrzodzeń, uleczonych za pomocą powyższej metody. W pierwszym i drugim przypadku dla zagojenia wrzodu w okolicy kolana użyto świeżego płata z łydki drugiej nogi. W trzecim przypadku wrzód, powstały wskutek obrażenia w okolicy wyrostka łokciowego, zagojono płatem z piersi. Czwarty przypadek dotyczył 11-letniego chłopca, któremu lokomotywa zmiażdżyła piętę. Dla zagojenia powstałego przez to wrzodu przeniesiono płat z łydki drugiej nogi. W piątym przypadku, właściwie mówiąc, płat był wzięty z okolicy nie bardzo odległej; wrzód gruźliczy, leżący w okolicy prawego wyrostka barkowego łopatki, MAAS wyciął i powstały przez to brak pokrył płatem z sąsiedniej części grzbieta. Opierając się na powyższych przypadkach, jakoteż na przypadkach, ogłoszonych przez innych autorów, MAAS podał następujące zasady, jakich należy się trzymać przy wykonaniu transplantacji:

1) Część ciała, z której mamy brać płat do plastyki, powinna być, o ile można, najdokładniej unieruchomiona w pobliżu mającego się pokryć braku. W każdym przypadku należy się starać wybrać najdogodniejsze dla chorego położenie. Ponieważ najczęściej ma się do czynienia z nogami, najlepiej przeto kłaść chorego w położeniu wyprostowanym, lub na boku z kończynami, zgiętymi w kolanach i biodrach. Ustawwszy kończyny w odpowiedniej pozycji, nakładamy na każdą z nich oddzielnie lekki gipsowy opatrunek z gipsowanych bandaży, zmoczonych w ciepłej wodzie ałunowej. Takie gipsowe pochwy na obu kończynach mniej więcej jednakowe w przypadkach MAAS'a sięgały od palców do połowy łydki, lub od połowy łydki do połowy uda. Po ich wyschnięciu MAAS nakładał z wierzchu jeszcze trzeci gipsowy opatrunek, którym łączył ze sobą obie kończyny. W razie przenoszenia płata z piersi na rękę radzi autor nakładać jeden opatrunek gipsowy na rękę, drugim zaś połączyć ją z piersiami.

2) Należy pilnie baczyć na to, by, zamieniając wrzód na świeżą ranę, dokładnie usunąć z niego powierzchowną, miękką warstwę ziarniny.

¹⁾ Rapport sur deux observations d'autoplastie par la méthode italienne modifiée. Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie. 1888, p. 29.

²⁾ Ueber Plastik mit frischen gestielten Lappen aus entfernten Körpertheilen. Arch. f. klin. Chir. Bd. XXXI. H. 2.

3) Przeznaczone do przeszczepienia płaty winny być wycinane, o ile można, w kierunku przebiegających naczyń, chociażby to nawet miało spowodować większe skrócenie płata przy jego przystosowaniu do braku. Na kończynach autor wycinał płat przeważnie w kierunku ich osi, na piersiach zaś w kierunku poprzecznym, t. j. poziomym. Od ułożenia i wzajemnego stosunku odpowiednich części zależy, czy mamy najprzód unieruchomić część za pomocą gipsu, a potem płat wyciąć i wrzodu powierzchnię ziarninową oświeżyć, czy też postąpić odwrotnie.

4) Płat winien być najdokładniej przyszyty do brzegów braku; do szwu M. używał katgutów chromowego, moczonego w ciągu 2—3 tygodni w sublimacji. Płat powinien dokładnie przystawać do oświeżonej powierzchni wrzodu; w tym celu można w razie potrzeby nałożyć kilka szwów pograżonych.

5) Przystosowując wykrojony płat do braku, szypułę płata musimy zawsze pozostawić wolną w powietrzu, a odpowiednią część oświeżonego braku niepokrytą. Ponieważ wysychanie szypuły może spowodować jego zgorzel i spoczenie, MAAS radzi okrwawioną jej powierzchnię pokrywać warstwą maści borowej. Całą operację należy wykonywać przy ścisłej antyseptyce, opatrunek nakładać z gazy sublimatowej.

6) Szypułę należy przecinać 10—14 dnia po operacji. Raz tylko, z powodu niespokojnego zachowania się chorego, M. przeciął szypułę 7 dnia. Płat przyrósł dokładnie, lecz nastąpiło obfite łuszczenie się naskórka.

Powyższe przepisy MAAS'a starałem się streścić dokładnie, ponieważ dotąd stanowią one, z małymi wyjątkami, podstawę naszego postępowania przy omawianej operacji. Nadto MAAS w swej pracy zaznacza, że przeszczepione płaty wprędce odzyskiwały czucie, były sprężyste, przesuwalne, przywracając nawet stawom ruchomość, którą przedtem blizny lub wrzody ograniczały. W dwa lata po pierwszej swej pracy ogłosił MAAS ¹⁾ drugą. Tym razem wykonał on z dobrym wynikiem operację w trzech przypadkach. W pierwszym z nich dla pokrycia wrzodu na zewnętrznej stronie lewej goleni wyciął płat z powięzią 6 ctm. długi i 6 do 7 ctm. szeroki, z wewnętrznej strony prawej goleni. Musiał przytem podwiązać *v. saphenam magnam*. Szypułę przeciął 12 dnia. W drugim przypadku 5½ letniemu dziecku przeniósł płat z powięzią z wewnętrznej strony lewej goleni na owrzodzoną powierzchnię prawej stopy. Szypułę przeciął po 6 dniach. Zagojenie bez złuszczenia naskórka. Czucie, początkowo zmniejszone, zaczęło szybko powracać po 4 tygodniach i wprędce stało się takim, jak na drugiej pięcie. W trzecim przypadku dla pokrycia wrzodu w okolicy wyrostka łokciowego użył płata z podżebrza; szypułę przeciął po 9 dniach. Brzeg płata zmarzł, reszta przyrosła zupełnie.

[C. d. n.]

¹⁾ Weitere Fälle von Plastik mit frischen gestielten Lappen aus entfernteren Körpertheilen. Arch. f. klin. Chir. Bd. XXXIII, p. 323.

II. O PRZYMOTOWYCH CIERPIENIACH KRĘGOSŁUPA.

Napisał

R. Jasiński,

chirurg Warszawskiego szpitala dla dzieci.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 45].

NÉLATON w drugiej części swej *Pathologie chirurgicale*, w rozdziale *tumores albi vertebrarum* powiada, że za jedną z przyczyn tej choroby uważać należy zakażenie weneryczne, które pojawić się może w kościach i stawach kręgosłupa raz pierwotnie, drugi raz wtórnie, t. j. wskutek przejścia na te tkanki owrzodzeń tylnej ściany gardzieli. Przytacza też NÉLATON przypadek, spostrzegany przez TEISSIER'a (z *hospice d'Antiquaille*) u kobiety publicznej, u której owrzodzenia przymiotowe tylnej ściany gardzieli przeszły na trzony i chrząstki trzech pierwszych kręgów szyjowych. Jeden z trzonów jako martwak wydzielił się i został wypłuty.

ASTLEY COOPER ¹⁾ opowiada o kobiecie, leczonej przez czas dłuższy merkuryjuszem, która, usiadłszy na łóżku, nagle zmarła. Znaleziono na sekcji złamanie wyrostka zębatego naturalnie rozmiękczonego kręgu obrotowego, zwichnienie kręgu szczytowego ku przodowi i ucisk rdzenia przedłużonego.

LEVOT ²⁾ cytuje przypadek, w którym egzostoza trzonów kręgów szyjowych [u syfilityka] wywoływała zaburzenia w łykaniu i mówieniu, gdyż sięgała tak znacznie ku przodowi, że przemieściła w tym kierunku podniebienie miękkie.

PIORRY (*Mémoires sur les affections du rachis désignées sous le nom de mal de POTT*) ³⁾ mówi o związku niektórych cierpień kręgosłupa z przymiotem. Chory, przez PIORRY'ego spostrzegany, miał kostniaka na wyrostku poprzecznym lewym trzeciego kręgu lędźwiowego. Guz ten wywierał ucisk na odpowiedni nerw lędźwiowy, bóle w splotach lędźwiowym i kulszowym, oraz w nerwie kulszowym, wreszcie porażenie kończyny dolnej lewej. Po jednym miesiącu leczenia za pomocą jodku potasu i jodku rtęci, znikło obrzmienie z kręgów, a wraz z niem wszystkie objawy uciskowe w nerwach.

DEBOUT ⁴⁾ opisuje ciekawą historję choroby z oddziału NÉLATON'a. Pewien żołnierz marynarki, na kilka dni przed wstąpieniem do szpitala, obudzwszy się z rana, dostrzegł, że ma prawą rękę zupełnie sparaliżowaną. Nie doświadczał wszakże żadnych bólów w niej, tylko męczyło go uczucie zimna w całej kończynie, oraz mrowienie i odrętwienie palców. Już kilka dni przed tem porażeniem poczuł bóle strzelające w obojczyku prawym, przemijające i niezbyt silne. Porażenie, dotyczące z początku całej kończyny, umiejscowiło się później w mięśniach barku. Przypuszczano z początku porażenie mięśnia

¹⁾ LEVOT. Des lésions syphilitiques du rachis. str. 41.

²⁾ L. c. str. 41.

³⁾ Mon. des hôp. Tome I, p. 470.

⁴⁾ Mémoires de la société de Chirurgie. 1852.

naramiennego, badanie jednak bliższe wykazało, iż ono rozciąga się na część mięśnia kapturowego, na mięsień zębaty wielki, naramienny i piersiowy wielki. Wykryto punkt bolesny w okolicy szyjowej prawej, w miejscu odpowiadającym wyjściu nerwów składających spłot szyjowy i ramieniowy; uciskanie bocznej części kręgosłupa w tem miejscu wywoływało ból, rozpromieniający się na całą kończynę górną prawą. Prof. JARJAVAY, który wówczas zastępował NÉLATON'a, napróżno starał się za pomocą przyszczydeł i elektryzacji poprawić stan chorego i zapobiedz zanikowi porażonych mięśni. W miesiąc później NÉLATON powrócił do swego oddziału, a badając dokładnie naturę cierpienia, wykrył w anamnezie niewątpliwy przymiot. Ucisk na nerwy objaśnił gumatem, tworzącym się w kręgosłupie, i zalecił leczenie specyficzne. Już po kilku dniach znikły bóle, a potem i porażenie.

ALLAIN ¹⁾ opisał przypadek postępowego porażenia czucia i ruchu w kończynach dolnych, wskutek ucisku mlecza egzostozami kręgosłupa. Wyleczenie prawie zupełne za pomocą rtęci i jodu w dużych ilościach.

LEPESTRE z Caen spostrzegał na oddziale DOMINELLE'a przymiot u 33-letniej kobiety, dotkniętej głuchotą, drgawkami i owrzodzeniami gardzieli, oraz zniszczeniem podniebienia. Rozwinęło się próchnienie trzeciego kręgu szyjowego z przedziurawieniem opon i wylewem krwi pod opony. Sekcja wykazała wylew, sięgający od 6-go kręgu szyjowego aż do wzgórków czworaczych, zniszczenie zastawki VIEUSSENS'a i wypełnienie krwią komórki czwartej do *calamus scriptorius* i t. d..

OLLIVIER [d'ANGERS] ²⁾ znalazł na sekcji próchnienie trzonu trzeciego kręgu szyjowego tak znaczne, iż ten trzon, zmniejszony do wielkości ziarnka fasoli, oddzielony był od mas bocznych. Trzon kręgu czwartego, mający powierzchnię nierówną, oddzielony był od trzeciego i z łatwością na piątym dawał się poruszać. Więzy były zniszczone, na przedniej powierzchni trzonu czwartego widać było płaski guz wielkości orzeszka, złożony z tkanki włóknistej, żółtej. Mlecz pacierzowy na wysokości tych kręgów był rozmiękczony. Za życia chorej spostrzegano bóle z lewej strony szyi, nieruchomość kręgosłupa i zgrubienia na goleniach [przymiotowe]. Potem przyłączyła się sztywność w obu kończynach górnych. Chora zrzuciła kołnierz tekturowy, nałożony przez DUPUYTREN'a, wskutek czego nastąpiło porażenie czucia i ruchu w obu kończynach górnych, drgawki w twarzy, wzrastająca duszność, sinica i śmierć.

WILLIAM OGLE ³⁾ wyleczył chorego syfilityka, u którego badanie chorej gardzieli wykazało obnażenie kręgu. Chory wyjął sobie sam potem z gardła prawie cały trzon kręgu szyjowego prawdopodobnie czwartego, chrząstkę międzytrzonową i kawałek sąsiedniego trzonu.

LAGNEAU FILS ⁴⁾ widział dziewczynę zarażoną *a postera venere*, u której znalazł próchnienie kości krzyżowej, guzy owrzodzone na rzyci, na tułowiu i na

¹⁾ Mon. des hôpit. Październik 1858.

²⁾ Traité de la moelle épinière et de ses maladies, t. I. p. 350.

³⁾ Med. chir. Transact. 1872.

⁴⁾ YVAREN. Métamorphoses de la syphilis. Paris. 1854. p. 101.

nogach, oraz osłabienie obu kończyn dolnych. Wyleczył ją płynem VAN SWIETEN'a.

LAGNEAU ¹⁾ przy sekcji chorego, który miał gumaty owrzdzone na obojczykach, na szyi, na pięci, na podniebieniu, na łopatce i t. d., znalazł, jak powiada, zniszczenie migdała, łuku przedniego, przyczepu mięśni podniebiennych, podstawy czaszki, wyrostka rylcowego, powięzi zagardzielowej, ściany bocznej gardzieli i kości, nawet wyrostka skrzydłatego i kości skalistej, to wszystko zajęte było gumatem rozpadłym. Taki sam gumat rozciągał się w tkance łącznej pozagardzielowej pomiędzy mięśniami głębokimi szyi, aż do stawu szczytowo-obrotowego. Kości były tam obnażone.

TOMASSI ²⁾ widział syfilityka, który w kilkanaście lat po zarażeniu zaczął doznawać bólów w karku coraz to silniejszych, do których po jakimś czasie dołączyło się obrzmienie bolesne wyrostków ciernistych i poprzecznych 4-ch kręgow szyjowych, nieruchomość karku i zajęcie gruczołów.

ZAMBACO ³⁾ widział próchnienie przymiotowe trzonu 4-go kręgu szyjowego utrudniające połykanie i oddechanie. Objawy te znikły po wyjęciu wystającego z tylnej ściany gardzieli martwaka.

BECK ⁴⁾ opisuje historję choroby syfilityka, który wypłuł kawał trzonu drugiego kręgu szyjowego.

AUTENRIETH ⁵⁾ znalazł przy sekcji syfilityka łuk przedni kręgu szczytowego zniszczony, powierzchnię przednią zęba kręgu obrotowego spróchniałą. Dziura w kręgu szczytowym miała 11 milimetrów średnicy, widać było przez nią oponę twardą rdzenia. To szankier dyfterytyczny na tylnej ścianie gardzieli przeżarł się tak aż do mleczu.

PAROT ⁶⁾ opisuje porażenie wszystkich czterech kończyn. HARDY rozpoznał tu egzostozę przymiotową w kręgosłupie, uciskającą mlecz powyżej wyjścia splotu ramieniowego. Nie przerwano leczenia rcięcią dotąd u chorej stosowanego, dodano jodek potasu po 2 gramy dziennie i wcierania maści jodowej. Po miesiącu objawy ucisku mleczu zupełnie znikły.

ZAMBACO ⁷⁾ wspomina o syfilityku, dotkniętym paraplegiją, nerwobólem kulszowym, porażeniem nerwu bródkowego [nieczułość połowy wargi dolnej], oraz licznymi gumatami na mostku, na szczęcie, na pośladku i t. d..

Sekcja wykazała w kanale kręgowym naokoło połowy dolnej części grzbietowej mleczu i na całej części lędźwiowej nacieczenie galaretowatą tkanką, uciskającą rdzeń. Badanie drobnowidzowe, dokonane przez CHARLES ROBIN'a, wykazało, że była to tkanka gumatyczna.

VERNEUIL ⁸⁾ demonstrował w szpitalu *de la Pitié* dziecko, u którego rozpoznał *malum Potti syphiliticum* i przy tej sposobności opisał.

¹⁾ *Maladies syphilitiques du système nerveux*. 1860.

²⁾ LEVOT. L. c. str. 56.

³⁾ *Traité des affections nerveuses syphilitiques*.

⁴⁾ *Transactions de la société médicale d'Ulster*. 1876.

⁵⁾ LEVOT. L. c. str. 60.

⁶⁾ Cytowany u. Gross et Lanceraux, l. c. p. 397.

⁷⁾ ZAMBACO. L. c. p. 250. 1862.

⁸⁾ LEVOT. L. c. 71. str. 26.

[VERNEUIL] drugi przypadek, spostrzegany przezeń przed laty w szpitalu Lariboisière, wyleczony rtęcią i jodem.

LAGNEAU FILS ¹⁾: na wysokości siódmego kręgu grzbietowego kręgosłup jak przełamany (*gibbus angularis*), paraparesis, kurcze w nogach, nieczułość wewnętrznej powierzchni kończyny dolnej prawej i zanik, oraz bóle w kręgosłupie u syfilityka nie ustąpiły pomimo energicznego leczenia. Sekcja wykazała egzostozy na goleniach i łokciach, na żuchwie i mostku. Trzony 5-go, 6-go, 7-go i 8-go kręgu grzbietowego zupełnie zniszczone przez spróchnienie. Błazka ich wewnętrzna, tworząca ścianę przednią kanału kręgowego, szczególnie w 7-ym kręgu skrócona znacznie, kanał zwężony. LAGNEAU zacytował to spostrzeżenie z PORTAL'a (*Observations sur la nature et le traitement du rachitis. Paris 1717. strona 19: Bosses vénériennes*).

HAYEM ²⁾ spostrzegał chorego z paraplegią i postępującym zanikiem kończyn dolnych, osłabieniem kończyny górnej prawej i bólami w nogach. Wskutek róży na twarzy chory umarł. W kręgosłupie znaleziono:

Łuki kręgów: 7-go szyjowego i 1-go grzbietowego kruche. *Osteitis rarefaciens i eburneatio* w trzonach ostatnich kręgów szyjowych i pierwszych grzbietowych. Chrzastki międzykręgowe nabrzmiałe i nastrzyknięte. Okostna podcieknięta wysiękiem plastycznym z łatwością się oddziela. Hyperostozy na goleni lewej. Na przecięciach mleczka w części, odpowiadającej zajętemu chorobą kręgom, znaleziono *sclerosis diffusa* bez umiejscowień specyjalnych.

FOURNIER ³⁾ leczył w 1877 r. mężczyznę zarażonego w 1858, który od owego czasu, po trzymiesięcznej kuracji u RICORD'a, żadnych objawów [przez lat 19] nie spostrzegał. Teraz skarżył się na ból gardła, trudność połykania, kaszel uporczywy, chrząkanie i spluwanie ciągłe, wreszcie na kompletną dysfagię, oraz uczucie mechanicznej przeszkody, siedzącej w przełyku.

Palec, badający gardziel, znajduje za językiem na przedniej ścianie kręgosłupa guz twardy wielkości dużego migdała: niewątpliwie egzostoza trzeciego lub czwartego kręgu szyjowego. Jodek potasu i syrup GIBERT'a po kilku [9—10] miesiącach spowodowały zanik kostniaka.

WESTPHAL ⁴⁾ opisuje przypadek, w którym zauważono zaburzenia czuciowe i ruchowe w obrębie splotu sromnego i krzyżowego. Chora miała w łuku gardzielo-podniebiennym prawym dziurę o średnicy równej średnicy wielkiej przecięcia grochu, ból głowy połowiczny uparty, zupełną nieczułość skóry części płciowych zewnętrznych, aż do wzgórka sromnego, do granicy błony śluzowej pochwy i do fałdy oddzielającej skórę wewnętrzną powierzchni obu ud od skóry międzykrocza. [Nieczułość zupełna na pobudzenia dotykowe, bólowe, ciepłikowe i elektryczne]. W okolicy krzyżowej dolnej skóra po obu stronach brzozy międzypośladkowej zmieniona w strup czarno-żółty, suchy. Skóra, pokrywająca dolną część okolicy pośladkowej, zupełnie pozbawiona czucia. Po-

¹⁾ Maladies syphilitiques du système nerveux. 1860. p. 369.

²⁾ Przytoczony w tezie agregacyjnej CHAUVET'a p. t. „Influence de la syphilis sur les maladies du système nerveux“.

³⁾ LEVOT l. c. pag. 90.

⁴⁾ Charité Annalen. 1874, str. 422. Berlin. 1876. HIRSHWALD.

nad tem miejscu skóra aż popod ostatnie żebra wykazuje pewną nadczułość. Wykazano też nieczułość pęcherza i kiszki prostej, oraz ¹⁾ pozorną sprawność zwieraczy. WESTPHAL rozpoznał: cierpienie gumatyczne tylnych korzeni splotu sromnego i ogonowego z zajęciem tylnych korzeni splotu kulszowego, które przebiegają w nerwie zaskórnym uda tylnym (*nervus cutaneus femor. posterior*, a mianowicie: *nn. cutan. clun. infer., nn. cutanei perinaei*). Zniesienie czucia objaśnił uciskiem odpowiednich korzeni tylnych, przez wytwory gumatyczne wywartym, nie będąc pewnym, czy te ostatnie z *dura mater*, czy z *pia mater* powstały. Wyniszczona chora umarła wskutek róży na twarzy.

Sekcya wykazała między innemi: Na powierzchni przedniej kości krzyżowej, przed 1-ą dziurą krzyżową lewą nagromadzenie grubej, tęgiej tkanki łącznej, w której przebiegały jednolite, żółte pęki sprężyste i w którą wdrażały przekrwione części tkanek otaczających. Dziura krzyżowa pierwsza lewa zatkana żółtą masą, a brzegi tego otworu i najbliższe jej sąsiedztwo kostne w stanie próchnienia. Kanał środkowy kości krzyżowej wypełniony po części gumatyczną, po części przekrwioną i usianą wybroczynami tkanką łączną, uciskającą opony. Wewnętrzna powierzchnia kości [ściany kanału] także uległa próchnieniu.

ARTHUR VAN HARLINGEN ²⁾ powiada w roku 1830 o przymocie kręgów szyjowych, że skoro cierpienie takie usadowi się na przedniej powierzchni trzonów, wówczas powstaje w gardzieli guz. Jednocześnie zjawia się trudność połykania, może zagrozić zaduszenie zupełne, gdy chory zbyt gruby kęs pokarmu chce przełknąć; występują dalej bóle, szczególnie dokuczliwe po nocach, utrudnienie ruchów i charakterystyczne zeszytywnienie karku. Śmierć może nastąpić wskutek charłactwa, lub duszności wielkiej, szczególnie gdy guz nie ulegnie rozmięczeniu i nie wytworzy ropnia gardzielowego.

Rokowanie staje się wówczas gorszem, gdy choroba zajmuje kanał rdzeniowy kręgosłupa. Rozpoznanie objawów ucisku lub podrażnienia mlecza zazwyczaj bywa trudnem, gdyż odgadnięcie w tych razach przyczyny tych zjawisk, oraz jej natury często bywa prawie niemożliwem.

Umiejscowienie choroby tej w masach bocznych kręgów może wywołać ucisk niektórych nerwów rdzeniowych, wówczas jakoś zjawiska zależy od tego, który z nich uległ uciskowi.

LEWIN w pracy swej pod tytułem „*Ueber Gummata, bemerkenswerth durch eigenthümlichen Sitz, Härte und Verlauf*“ ³⁾ opisuje, między innymi, chorego, który miał gumaty liczne na kończynach, a jeden z nich na karku, po środku na 2-gim kręgu szyjowym.

JUERGENS w ten sposób wyraża się w cennem swoim studyjum: ⁴⁾

¹⁾ Niemożność dowolnego oddawania moczu i mimowolne oddawanie kału.

²⁾ Encyclopédie internationale de Chirurgie. Paris. 1883. Tom I, str. 714.

³⁾ Charité Annalen. Jahrgang. VII. Berlin. 1882. HIRSCHWALD. Str. 732.

⁴⁾ Charité Annalen. Jahrgang X. Berlin. 1885, str. 730. „Ueber Syphilis des Rückenmarkes u. seiner Häute“.

Przyczyną pewnych różnic, zachodzących w cierpieniach [przymiotowych] mózgu i mlecza, jest odmienny stosunek opony twardej do ośrodków nerwowych w czaszce i w kręgosłupie. Okostna kanału kręgowego nie jest zlaną w jedną blaszkę z oponą, a więc sprawy przymiotowe, z kręgow początek biorące, w inny sposób na nią przechodzą. Rzadką jest rzeczą, żeby takie cierpienie doszło do zajęcia mlecza lub jego opon. Wogóle rzadkiem zjawiskiem jest przymiotowe cierpienie kręgosłupa, chociaż zdarza się niewątpliwie, szczególnie przy przymiocie wrodzonym. Przejście sprawy z kości na mlecz i opony utrudnionem bywa obecnością dość znacznego pokładu tkanki tłuszczowej, która okostną od *dura mater* oddziela.

W pracy, o której mówię, znajdujemy protokół sekcji dziecka, nieżywo urodzonego, u którego znaleziono, między innemi, nadzwyczajne sklerotyczne zgrubienie wszystkich prawie trzonów kręgowych, bez zajęcia okostnej kanału kręgowego. Przy drugiej sekcji ¹⁾ pięciodniowego dziecka znalazł autor: *osteochondritis syphilitica femoris, tibiae (et) vertebralis*.

Wobec tak licznych, tak nieraz wyczerpująco ścisłych spostrzeżeń, niepodobna powstrzymać się od zdziwienia, biorąc do ręki jeden z lepszych podręczników niemieckich, a mianowicie tom 2-i chirurgii ALBERT'a ²⁾, wydany w Wiedniu w 1878 roku i znajdując na stronie 105 tej książki następujący ustęp: „...zniszczenia kręgów spowodowane jakoby przez przymiot są bardzo wątpliwe. Nie ulega kwestyi, że owrzodzenia przymiotowe gardzieli, mianowicie gdy się staną dyfterytycznemi (*sic*), tak głęboko sięgnąć mogą, że nadezną nawet trzony kręgów szyjowych; inna rzecz jednak, czy w istocie może się w tychże trzonach rozwinąć podobna „*ostitis syphilitica*“ odrębnie, taka, jaką widzimy w pojedynczych częściach kości twarzy, lub takie owrzodzenia, jakie na kościach czaszki spotykamy. *Bis nun hat man keine genügend beweisenden Fälle beigebracht*. Próchnienie kręgów u osobnika, mającego jednocześnie inne objawy przymiotu, nie upoważnia nas jeszcze do przypuszczenia, że i jedno i drugie wspólną mają przyczynę“.

Tymczasem KOENIG w podręczniku swoim [Tom 3, paragraf 350] powiada:

W bardzo rzadkich przypadkach przyczynę kifotycznego skrzywienia kręgosłupa bywa przymiot. Równie rzadko usadawiają się ziarniniaki w trzonach jak i w łukach kręgowych, w każdym atoli razie znany jest cały szereg podobnych spostrzeżeń, między innemi kilkanaście zestawił LEYDEN, a wiele ogłosił VOLKMANN. W jednym przypadku gumaty porozrzucane były po trzonach i łukach. KOENIG sam widział jednego chorego, u którego oprócz rozlicznych cierpień przymiotowych kości były także ziarniniaki w rozmaitych wyrostkach ciernistych. Chory ten miał jednocześnie garb kątowaty, którego przyczyną była prawdopodobnie analogiczna sprawa w trzonach zapadniętych kręgów. Podobnie jak przy zwykłym zapaleniu kręgów [powiada KOENIG], spotykamy u takich chorych bezwładny. Nieraz atoli popełnilibyśmy błąd w rozpoznaniu, gdybyśmy, opierając się na tem, chcieli uważać bezwładny, występu-

¹⁾ L. c. str. 372.

²⁾ Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre v. E. ALBERT. Band II. Wien. 1878. URBAN SCHWARZENBERG.

jące bez garbu u ludzi, którzy przechodzili przymiot za skutek obecności gumatów lub kostniaków w kręgosłupie.

R. VOLKMAN¹⁾ powiada wyraźnie, że syfilomaty, będące wytworem przymiotowego zapalenia okostnej, spotykać można na wyrostkach ciernistych kręgów.

Nakoniec przytoczyć muszę jeszcze dwa spostrzeżenia: jedno LEYDEN'a, a drugie LEVOT'a, gdyż oba, zdaniem mojem, nadzwyczaj są interesujące i pouczające.

U LEYDEN'a w jego pracy o chorobach mlecza pancerzowego znajdujemy pod Nr. XI następującą historję choroby.

Student prawa, A. F., w r. 1868 dostał owrzodzenia twardego, pierwotnego, potem wysypki plamistej i stwardnienia gruczołów szyjowych i pachwinowych. W końcu tegoż roku wyłysiał i cierpiał na bardzo bolesne obrzmienie stawu kolanowego prawego. Wszystkie objawy znikły po wcieraniach. W rok potem, t. j. 1869, zaczął uczuwać zrana pewną sztywność szyi, która mu ruchy głowy hamowała. Przy ruchach głowy czuł lekkie bóle w karku. Czasami w nocy sztywność szyi tak się zwiększała, że aby zmienić pozycyję głowy, musiał sobie pomagać rękami. Dolegliwości te nie trwały ciągle, zjawiały się przeważnie podczas snot i zimna. W Grudniu tegoż roku, chory poczuł głuchy ból w potylicy, potem w czole, a potem w prawej stronie twarzy. Bóle te niezbyt silne przychodziły napadami, szczególnie nad ranem, trwającymi po dni kilka i znikającymi nieraz na cały tydzień. W Maju 1870 r. przyłączyło się mrowienie w obu rękach, ziębnięcie i pocenie, a potem osłabienie kończyny górnej prawej i dolnej lewej. W nocy zauważył mimowolne skurcze, od czasu do czasu pojawiające się w nogach. Przybył wtedy do szpitala z obrzmiałymi gruczołami, osłabieniem kończyny górnej prawej i lekkim przykurczeniem jej w łokciu. Kończyna górna lewa także nieco osłabiona, a czucie skórne zmniejszone na obu tych kończynach. Kurczliwość faradyczna mięśni nie zmniejszona, prąd jednak wywołuje skurcze kloniczne, trwające czas jakiś. Noga prawa włóczy się nieco przy chodzeniu. Badanie nóg wykazuje małe osłabienie kończyny prawej, zachowaną zupełnie kurczliwość elektryczną, oraz bardzo żywą kurczliwość odruchową. Zauważono przytem osłabienie mięśnia zwieracza pęcherzowego. Przypuszczano tedy istnienie gumatu lub ograniczone rozmiękczenie przymiotowe szyjowej części mlecza. Zalecono jod, a potem wcierania rtęciowe. Po nieznaczej poprawie początkowej nastąpiło znaczne pogorszenie, a mianowicie porażenie zupełne ręki prawej, zwiększenie osłabienia w ręce lewej i w obu nogach, oraz takie wzmoczenie odruchów, że nacisk na mięsień piersiowy wielki powodował przyciągnięcie całej kończyny górnej do tułowia; uklucie zaś w jedną piętę powodowało skurcze w obu nogach, wreszcie drgania w całym ciele. Uklucie dłoni sprowadzało odruch tylko w odpowiedniej kończynie górnej. Zginanie i wyprostowywanie głowy wykonywał chory dobrze, jednakże ruch obrotowy był prawie niemożliwy. Wystąpiły bóle w lewej połowie głowy i prawie zupełny bezwład kończyn, szczególnie po

¹⁾ BILLROTH u. PITHA. 2 Band. 2 Abtheilung. 1 Lieferung, str. 245.

stronie prawej. Pod koniec miesiąca ciepłota podniosła się znacznie, tętno uległo przyspieszeniu, wystąpiła duszność i kaszel z obfitą wydzieliną. Ruchy boczne głowy coraz to trudniejsze, szczególniejsze ku stronie prawej, ucisk jednak na kręgi bólu nie wywołuje. Żadnej też deformacji kręgosłupa nie zauważono.

W połowie Czerwca znowu ciepłota podniosła się bardzo, wystąpiły poty i wśród tej gorączki 7 Lipca chory umarł. Sekcja wykazała nadzwyczaj ciekawe zmiany.

Dziura potylicowa zwężona i nierówna, a to z trzech powodów: 1) dlatego, że opona twarda wepchnięta jest do środka przez tkawkę tęgą, włóknistą, białawą, mającą około 3 milimetrów grubości, 2) dlatego, że krąg szczytowy ustawił się skośnie względem wyrostka stawowego kości potylicowej i tak się na lewo przesunął, że kanał kręgowy w swej górnej części przegięty jest na lewo, i po 3) dlatego, że wyrostek zębaty kręgu obrotowego, widocznie zgrubiał, wystaje znacznie ku przodowi. W miejscu tem opona twarda z łatwością dała się oddzielić, ale z nią razem oddzielił się kawałek zęba obrotowego.

Po wyjęciu dwóch kręgów stwierdzono, że wyrostek zębowany jest zupełnie owrzodzony, że obie powierzchnie stawowe dolne kręgu obrotowego zmieniły się w dwie wyniosłości nierówne i kątowne, a łuk przedni tego kręgu mocno wyżarty, spróchniał, pokryty był znaczną ilością serowatej ropy; że oba stawy dolne kręgu szczytowego są równie ponadżerane i spróchniałe; że wreszcie brzeg górny wyrostka ciernistego kręgu obrotowego w swej części prawej przedstawia ograniczoną utratę substancji. [W pobliżu znaleziono kilka drobnych martwaków]. W ten sposób zwężenie dziury potylicowej z prawej strony zależało od wystawiania w tem miejscu łuku przedniego kręgu obrotowego. Ani mózg, ani mózdzek, ani rdzeń przedłużony, żadnych zmian nie przedstawiały.

Jednakże na tym samym trupie, nadzwyczaj wychudłym, znaleziono bardzo stare zrosty obu płuc, usianych maleńkimi ogniskami serowatemi. W zrazach górnych także rozsiane ogniska poczęści zwapniałe, wreszcie w lewym wierzchołku znajdowała się duża kawerna, a w prawym kilka jam bronchiectycznych, łączących się ze sobą.

Ten przypadek LEYDEN'a, zdaniem mojem, narzuca nam pytanie: z czem właściwie mieliśmy tu do czynienia. Czy zmiany, znalezione w kręgosłupie, które były przyczyną ucisku mlecza, uważać należy istotnie za wytwór przymiotowy? Czy bardzo myliłby się ten, ktoby przypuszczał, że u studenta, dotkniętego przymiotem, mającego jednocześnie stare suchoty płucne, rozwinęło się gruźlicze zapalenie kręgów, którego produkty znaleziono w postaci próchnienia i ropy zserowaciałej?

Niemniej ciekawem i pouczającym jest spostrzeżenie LEVOT'a [l. c. str. 76, obserwacja XXIX].

Pierwszego Lipca 1876 r. na salę Św. Ludwika w szpitalu Saint-Louis w Paryżu przybył niejaki A., 56 lat liczący, nie umiejący dokładnie opowiedzieć swojej anamnezy.

Czuje się bardzo osłabionym, miewa silne bóle w okolicy nerek, promieniujące do nóg. Na pośladku prawym miał guz, który obecnie zamienił się na wrzód; podobny wrzód ma na jednym z paluchów u nogi, jedno jądro mocno spuchnięte i dużo guzów na ciele. Badanie wykazało: na prawem udzie duża blizna, prawie czarna; w grubości pośladka prawego, w mięśni, guz twardy, niebolesny, wielkości orzecha; takie same gumaty za krętarzem, na udzie, pod kolaniem, na pośladku lewym, na krzyżu, nad więzem FALLOPIUSZA prawym, na przedramieniu prawem, na dłoni. Na paluchu nogi prawej gumat w rozpadzie. Jądro lewe wielkości jaja kurzego, guzowate, niebolesne. Obie kończyny dolne i pośladki przedstawiają znaczny zanik mięśni, drżą i z trudnością pozwalają choremu chodzić.

Zalecono jodek żelaza, wino chinowe i nieco przetworów rtęci, co spowodowało znaczną poprawę stanu chorego. Potem jednak rozpoczęło się nieustające pogorszenie, pomimo wszelkiego leczenia. Wykryto nieznaczne zmniejszenie wątroby, przesiek w opłucnej i w otrzewnej, oraz obrzęk nóg. Nastąpiła wreszcie śmierć d. 12 Października. Przy sekcji między innymi znaleziono: marskość wątroby, gumat jądra i ważne zmiany w dolnej części kręgosłupa.

Po obu stronach kręgosłupa ropnie opadowe w mięśniach lędźwio-biodrowych; trzon 4-go kręgu lędźwiowego, obnażony na przestrzeni 4×2 ctm.. Po prawej stronie trzon tego kręgu także obnażony. Opona twarda odcinka lędźwiowego mocno zgrubiała, równie jak i pochwy nerwów lędźwiowych. Mlecz na pozór niezmienny. Wycięto z trupa kręgosłup od drugiego kręgu lędźwiowego aż do kości krzyżowej i preparat ten przecięto wzdłuż, z tyłu ku przodowi.

Badanie, przez prof. HAYEM'a dokonane, wykazało: trzony kręgów lędźwiowych 3-go i 4-go w tylnej części nacieczone masą żółtawą, serowatą, chrząstka międzytrzonowa w $\frac{3}{4}$ tylnych znikła tak, że na miejscu tem znajdujemy jamę wypełnioną płynem ropiastym i zielonkawym. Wiąz podłużny tylny odkleił się w tem miejscu, poczerwieniał, zmiękł i zgrubiał. W głębi trzonu 3-go mała jama pusta. Chrząstka między 4-m a 5-m trzonem rozmiękła i nacieczona ropą. Badanie drobnowidzowe wykazało miejscami *osteitis condensans*, miejscami zaś nacieczenia ropne i wogóle zmiany odpowiadające gumatycznemu zapaleniu kości. Dodam tylko, że HAYEM znalazł zwężenie dziur bocznych przez zmiany w kościach spowodowane. Czwarty nerw lędźwiowy kompletnie zgnieciony i otoczony tkanką gumatyczną, usianą ogniskami ropnemi i serowatemi. Nerw 5-ty obrzmiały znacznie. Niektóre z ognisk otaczających nerwy przedstawiały się jako charakterystyczne gumaty rozmiękczone w środku. Nagromadzenie mnóstwa małych komórek, tkanki granulacyjnej miejscami stłuszczonej bez wyraźnej budowy, paski włókienek, duże ciała ziarniste i t. d.. W przegrodach, rozdzielających pojedyncze ogniska, wykryto niewątpliwe zapalenie błony wewnętrznej kilku tętnic, wreszcie niezbite dowody tego, że w grubości korzenia 4-go nerwu lędźwiowego, pomiędzy oddzielnymi włóknami, wytworzyły się gumaty, które część włókien zniszczyć zdołały. Jednakże nawet w największej zanikłych włóknach nerwowych odnaleźć się dawał cylinder osiowy. W samym zwoju nerwu wyraźna skleroza tkanki łącznej. Podobne zmiany znaleziono i w dwóch

drugich nerwach lędźwiowych. Wszędzie wzdłuż drobnych naczyń znaczne nagromadzenia brunatnego barwnika. Jednem słowem wykazano: 1) ucisk na nerwy przez gumaty okostnej, 2) wytworzenie się gumatów w grubości nerwów, 3) zapalenie śródmiaższowe tychże nerwów, z częściowym zanikiem włókien nerwowych.

W tym przypadku nie wątpliwem jest cierpienie przymiotowe kręgosłupa, które jednak nie zdradziło się żadną zmianą w jego kształcie i rozpoznaniem za życia nie zostało.

Dowodzi tego starannie FOURNIER, który o tym samym chorym napisał artykuł w *Annales de dermatologie et de syphilographie* ¹⁾. Dowody jego słuszne bardzo są następujące:

1-o. Wiek chorego lat 56. Choroba POTT'a, szczególnie gruźlica, nie ma zwyczaju czekać tak późnego okresu życia, chociaż niewątpliwie zdarzyć się może i u osób starszych. Otóż co do tej uwagi FOURNIER'a, to muszę dodać, w jaki sposób ja sam kieruję się w rozpoznawaniu spondylitów. Z góry przypuszczam, że pierwotna gruźlica w kości zdarza się tylko u osobników rosnących. Gruźlica tylko jako wtórna może zjawić się w kręgach u dorosłego, a wtedy najczęściej z łatwością odnajdziemy gruźlicę w płucach, krtani i t. d. Skoro więc gruźlicy w narządach wewnętrznych nie wykryłem, a dorosły mój chory ma garb spondylityczny lub inne objawy choroby POTT'a, to znowu z góry przypuszczam, albo nowotwór, albo przymiot. Znalazłszy gumaty na goleniach, czy inne wreszcie objawy przymiotu, wykluczam nowotwór. W razie, gdy takich objawów nie znajdę, zalecam jod i szaruchę i wówczas *ex juvantibus* wykluczyć mogę raka, mięsaka i t. p. W niektórych wreszcie przypadkach bez jodu i szaruchy dojść mogę do rozpoznania nowotworu z niezwykłego przebiegu, wzrostu, objawów i t. d. ²⁾.

2-gi dowód FOURNIER'a w powyżej przytoczonym przypadku jest ten, że chory był nadzwyczaj tęgim, atletycznym osobnikiem, jednem słowem, że przedstawiał glebę, na której łatwiej przymiot, niż gruźlica, rozwinąć się mogła.

3-ci dowód, współczesność rozwoju cierpień kręgosłupa z innemi zjawiskami niewątpliwie przymiotowymi [syfilidy strupiasto wrzodziejące, gumaty w mięśniach i t. d.].

1) Deuxième série tome II. 1881, str. 19. FOURNIER. Un cas de mal de POTT d'origine syphilitique.

2) Promienicowe cierpienie kręgosłupa rozpoznajemy z łatwością dlatego, że występuje ono zazwyczaj jako jeden z późnych objawów choroby, której rozpoznanie nie przedstawia dziś wielkich trudności.

Po 4-te i po 5-te własności anatomiczne zmienionych tkanek i wytworów chorobowych znalezionych na sekcyi.

III. O UCISKU MÓZGU.

Napisał

Prof. N. Cybulski [z Krakowa].

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 45].

Doświadczenie II. Pies. Trepanacja, ucisk za pomocą oliwy.

Ucisk na mózg.	Ilość sekund, które upłynęły od chwili uci- sku.	Czas trwa- nia ucisku.	Tętno w 10"	Średnie ci- śnienie w mi- limetrach.	Maximum ciśnienia w milim.	Minimum ciśnienia w milim.	U W A G A.	
0 — 220 mm. 220 mm.	— — — 16"	— — 26" —	33 22 17 16	109,4 107 93 82	124 122 154 164	99 97 52 75	} Przed uciskiem. Drgawki i ruchy wy- miotowe.	
0 — 210 mm.	— — —	— — 2' 24"	22 19 13	131,6 134,8 104	142 141 158	105 106 68		} Przed ponown. uciskiem.
— — — —	18" 40" 73" 1' 59"	— — — —	20 3 7 8	143 56,4 112 139	182 146 186 220	106 38 92 112		
U c i s k p r z e r w a n o.								
0 — — — — 220 mm. — — — 240 mm. 240 mm.	— — — — — 20" 43" —	— — — — — 2' 28' — — aż do końca doświad- czenia.	8 19 17 32 31 29 21 0 8 10 23	80 102 104 110 105 104 144 — 160 188,4 82	142 128 128 115 114 114 147 38 241 232 100	58 64 68 98 98 90 107 — 122 130 76	} Pauza 1/4 godz. } Oddech krótko i ciężko.	

Podczas dalszego trwania ucisku zwierzę przestaje oddychać; w końcu zastosowano oddychanie sztuczne, przyczem ciśnienie się obniża aż do zera. Po usunięciu ucisku jeszcze raz się podnosi, lecz podniesienie to trwa krótko, zaledwie 35" i pies ginie.

Doświadczenie III. Pies. Ucisk za pomocą oliwy.

Ciśnienie w mózgu w milim.	Liczba tętna. w 10''	Średnie ci- śnienia ozna- czone w mi- limetrach.	Maximum ciśnienia ozn. w milim.	Minimum ciśnienia ozn. w milim.	U W A G A.
0	36	105	108	87	Ciśnienie stopniowo podnosi się do 200 mm. Ucisk przez 3 Po 40''.
—	25	113	123	112	
—	25	120	130	99	
260 mm.	3	70	120	40	Po 72''.
—	7	150	190	112	Pierwsze 10''.
0 mm.	8	146,2	172	108	Po upływie 2' 30''.
—	7	91,4	140	53	Po upływie 4''.
—	11	120,8	148	80	Po upływie 30''.
180 mm.	14	122	140	88	
—	22	126,8	136	76	
—	6	102	138	63	Po upływie 1/2 godziny.
—	5	170,6	212	101	
0 mm.	15	110,4	120	90	
3	34	95,4	100	82	Po upływie 1/2 godziny.
220 mm.	24	97,6	108	67	Po upływie 2.
—	3	94	171	39	
—	7	209,2	231	149	
—	8	164	202	122	
—	8	148	184	100	

Po usunięciu ucisku krążenie wraca do pierwotnego stanu, lecz zwierzę jest jakby nieprzytomne. W mózgu przy sekcji liczne wynaczynienia.

**Doświadczenie IV. Pies. Ucisk za pomocą oliwy. Wysokość ucisku ozna-
czano za pomocą manometru graficznie na kimografijonie LUDWIG'a obok krzy-
wej ciśnienie krwi.**

Ciśnienie na mózg ozna- czone w mm.	Liczba tętna.	Średnie ciśnienie w milim.	Maximum ciśnienia w milim.	Minimum ciśnienia w milim.	U W A G A.
0 mm.	25	118	136	102	Krzywa z tego doświadcze- nia przedstawiona jest na tablicy I, rycina II, I, li- nija sekund odległa o 36 mm. od linii 0. II. linija ciśnienia krwi w tętnicy udowej, III. linija wyso- kości ucisku na mózg, który stopniowo wzrasta, począwszy od a, przy b, c, d i e, gdzie staje się wyższym, niż ciśnienie krewi w tętnicy.
0 mm.	27	122	140	104	
50	33	124	168	83	
48	32	114	144	84	
0	27	106	124	87	
22	26	104	120	86	
42	32	98	124	74	
0	24	116	138	94	
64	38	122	158	88	
54	34	116	145	87	
0	33	111,5	144	80	
0	28	124	140	108	
0	29	117	136	96	
48	35	118	148	82	
78	30	136	164	88	
60	33	122	154	88	
96	30	117	148	82	
100	31	134	168	98	
144	25	134	180	86	
129	22	158	180	136	



Ciśnienie na mózg ozna- czone w mm.	Liczba tętna.	Średnie ciśnienie w milim.	Maximum ciśnienia w milim.	Minimum ciśnienia w milim.	U W A G A.
186	25	176	190	150	Ciśnienie utrzymywano przez 2 minuty. Przecięto nerwy błędne. Przy pouownem podniesie- niu ciśnienia.
194	21	168	196	138	
242	23	200	228	174	
230	nieoznacz.	194	234	156	
206	dtto	193	234	152	
248	16	196	222	164	
228	—	191	232	150	
6	34	185	208	148	
2	27	100	105	94	
0	34	72	76	64	
24	33	67,5	74	64	
44	31	73	82	66	
204	30	116	128	101	
216	—	208	230	188	
156	45	182	190	172	
238	45	179	182	176	

Po obniżeniu do zera w ciągu $\frac{1}{2}$ minuty, ciśnienie zaczęło spadać do zera, oddechy ustały i zwierzę zginęło.

Doświadczenie V. P i e s. Ucisk za pomocą oliwy, którą wprowadzono po-
nad oponę twardą.

Ciśnienie na mózg ozna- czone w mm.	Liczba tętna.	Średnie ciśnienie w milim.	Maximum ciśnienia w milim.	Minimum ciśnienia w milim.	U W A G A.
—	27	122,8	140	108	Przy każdym podniesieniu ciśnienia w czasie, nie przewyższającym 100 mm., spostrzegano zna- czne przyspieszenie od- dechania, przy wyższym ucisku oddechanie się zwalniało, a w końcu na pewien czas ustawało
przed ciśnieniem w mózgu.	27	125	138	98	
50	36	151,6	164	111	
0	32	146	155	114	
0	24	140	142	111,2	
przed ozna- czeniem ciśnienia.	26	124	130	102	
50	31	160	164	126	
50	36	153,2	157	127	
0	30	137	144	108	
0	19	125,8	130	108	
100	46	157,4	162	125	
100	40	175,6	190	128	
0	28	148	151	130	
0	24	137	146	128	
60	37	158	164	142	
0	26	140	152	124	
0	23	142	149	126	
150	46	158	182	137	
150	28	180	190	142	
—	24	150	152	123	
0	21	150	155	140	
190	45	182,2	204	145	
190	14	160	209	120	
0	19	155	159	134	
0	27	136	149	136	



Ciśnienie na mózg ozna- czone w mm.	Liczba tętna.	Średnie ciśnienie w milim.	<i>Maximum</i> ciśnienia w milim.	<i>Minimum</i> ciśnienia w milim.	U W A G A.
200	33	160	162	141	
200	13	156	183	122	
0	9	120	150	73	
0	26	147,4	151	136	
0	17	141	145	133	
200	19	159	170	138	
200	6	182	203	146	
0	25	142	147	127	
210	27	176	196	147	
200	8	208	235	166	
220	6	208	227	137	

Zwierzę zginęło po zaprzestaniu oznaczania ciśnienia krwi przy ucisku, wynoszącym 440 mm. słupa rtęci.

W doświadczeniu ostatniem spotykamy, przy niskich stopniach ucisku, tylko przyspieszenie oddechania i tętna; dopiero przy ucisku o wiele wyższym od 100 mm. słupa rtęci występowały zmiany charakterystyczne dla ucisku mózgu, lecz i tu przyspieszenie tętna i podniesienie ciśnienia zawsze poprzedzało zwolnienie tętna i zmiany w oddechaniu. Ponieważ podane wyżej obliczenia niezupełnie oddają charakter rzeczywistych zmian tętna i ciśnienia, przeto przytaczam kilka krzywych, w których te zmiany wystąpiły bardzo wybitnie [patrz Tablica I. krzywe II. III *a.* i III *b.* i IV *b.* i V].

Jakkolwiek w doświadczeniach tej kategorii zwracałem uwagę na wszystkie objawy, które u zwierzęcia występowały, to jednak aby rzeczy nie komplikować, przedstawiam tu tylko zmiany w zakresie ciśnienia krwi, tętna i tylko częściowo oddechania. Zmiany te w ogólności były takie same, jakie już wielokrotnie opisywali inni autorowie, a w szczególności NAUNYN SCHREIBER i BLUMENAU. Prawie we wszystkich doświadczeniach, tak samo jak w doświadczeniach moich poprzedników, z chwilą wzrastania ciśnienia w czasie zwykle ciśnienie krwi w układzie tętniczym także się podnosiło; następnie znowu się obniżało, lecz przytem wybitnie występowało zwolnienie tętna. W niektórych jednak doświadczeniach podczas pierwotnego podniesienia ciśnienia udawało się spostrzedz wybitne przyspieszenie tętna. Przyspieszenie to prawie stale występowało przy niskich stopniach ucisku [doświadczenie 5-te, tablica I. fig. III *a.* ucisk 100 mm.], podczas gdy przy wyższych [doświadczenie to samo, fig. III *b.* ucisk na mózg 210 mm.] występowało zawsze również wybitne zwolnienie. Zwolnienie tętna, jak i podniesienie ciśnienia, trwało zwykle jeszcze przez czas długi po zniesieniu ucisku — Tabl. I. fig. III *b.* [ucisk rozpoczęto przy *A*, zniesiono przy *B*]. Z doświadczeń tych także wynika, że tem łatwiej i tem przy niższym ciśnieniu w czasie udaje się otrzymać objawy ucisku, im pierwotne ciśnienie w układzie tętniczym jest niższe.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Na posiedzeniu klinicznym, dnia 21 Października r. b., kol. STANKIEWICZ okazał dziecko 4-dniowe z zarośniętym otworem stolcowym, przyczem smółka wydziela się z dolnej części otworu pochwowego. Na miejscu zarośniętego otworu stolcowego widać nieznaczne wzniesienie, w tylnej zaś ścianie pochwy, u samego dołu, znajduje się mały otvorek komunikujący z kiszka. Kol. ST. zaznaczył, że z operacją myśli się wstrzymać nieco, gdyż nie jest to przypadek wymagający natychmiastowej pomocy, albowiem kał odchodzi, a pozostaje tylko do zdecydowania, czy odchodzi w dostatecznej ilości. Kol. JASIŃSKI sądzi, że lepiej jest przyspieszyć operację i czego zawsze trzyma się w podobnych przypadkach, ośmielony dobrymi wynikami, otrzymanymi w tych razach, w których operowanie jest niezbędne, na co kol. STANKIEWICZ odpowiada, że woli się wstrzymać, aż pole operacyjne będzie nieco większe, a tymczasem poczekać można z operacją, ze względu na to, że nie jest to wcale *casus urgens*.

Nastąpiło obszernie i wyczerpujące przemówienie kol. KRYSIŃSKIEGO „o jednostkach elektrycznych“, które zajęło całe prawie bieżące i całe następne posiedzenie, t. j. posiedzenie kliniczne dodatkowe w dniu 28. X.

Kol. KRYSIŃSKI, zanim doszedł do określenia jednostek elektrycznych i ich znaczenia, wyłożył i ugrupował cały szereg faktów, na zasadzie których mógł dojść do rzeczonoego określenia. Mówca przytaczał liczne znane z fizyki fakty, dotyczące podstawowych określeń i doświadczeń, przyczem kilkakrotnie zwracał się do ściśle matematycznych określeń i rozumowań. Z konieczności, rzeczy te, jako zbyt specjalne i nie dające się streścić musimy tu opuścić, tembardziej, że interesujący się tą kwestyją znajdą w swoim czasie szczegółowe streszczenie przemówienia, dokonane przez samego kol. KRYSIŃSKIEGO w protokółach z posiedzeń towarzystwa, zamieszczonych w jego organie, t. j. Pamiętniku towarzystwa lekarskiego. Mówca na końcu tylko w kilku słowach dotknął własności fizjologicznych prądu elektrycznego, jego zastosowania leczniczego, tudzież kwestyi pierwotnego chwilowego i stałego oporu stawianego przez ciało ludzkie.

Wiadomości bieżące.

— W kwestyi nowej metody leczniczej Kocn'a otrzymaliśmy od kol. BUJWIDA, który od kilku dni bawi w Berlinie, wiadomość następującą:

Berlin 10. XI. 90 r.

Dzisiaj wreszcie mogłem się zobaczyć z Kocn'em. Oto, co mi powiedział: „Dzienniki nie wiedzą o tem, co robię — twierdzenia opierają na domysłach; o niczem nikomu nie mówię, przygotowuję szczepionkę sam, chorým zaś szczepię ją D-r CORNER, który w tym celu otworzył klinikę. W swoim czasie, a nastąpi to za parę tygodni, ogłoszę moje dotychczasowe wyniki. Żadnych odczytów w kwestyi tej mieć nie będę“.

Prosiłem CORNER'a, aby mi pozwolił obejrzeć klinikę i chorych: dwóch przyprowadził ze sobą, mianowicie młodego człowieka i dziewczynę, mających obszernego wilka twarzy. Tych, po dokonaniu zdjęć przez PFEIFFER'a, ma zamiar wziąć do szczepień leczniczych. Na zapytanie, czy chorych przyjmuje, odpowiedział twierdząco, ale dodał, iż nastąpi to po pewnym czasie, gdy klinika zostanie rozszerzona za dni 8—10, obecnie wszystkie miejsca są zajęte.

To więc, co mówią o robieniu prób w szpitalu Charité, nie jest prawdą. Na zapytanie moje co do istoty szczepionki, CORNER odpowiedział, iż szczegóły zostaną ogłoszone później; nie jest to jednak żaden preparat chemiczny, ale szczepionka, przygotowana na drodze bakteriologicznej. Obecnie, dodał, seryja pierwszych doświadczeń została ukończoną, robione zaś są szczepienia lecznicze, których wyniki ogłoszone zostaną razem ze sposobem przygotowania szczepionki. O ile dotąd sądzić można, szczepionka przygotowywana zostaje w sposób podobny do przygotowywania jadu wścieklizny: zarazek przeprowadzonym zostaje przez ustrój zwierzęcia odpornego na gruźlicę z tą odmianą, że następnie, o ile się zdaje, hoduje się na glebie powstrzymującej rozwój siły zakazającej, bez uszkodzenia samych własności morfologicznych i biologicznych bakterij gruźliczych.

W śróde zobaczę klinikę CORNER'a i doniosę o szczegółach.

O. Bujwid.

— Prof. LEYDEN w liście, pisanym do kol. HEKINGA, donosi, że metoda KOCN'a w zupełności potwierdzoną została i za 2 tygodnie ogłoszoną zostanie w *Deut. Med. Woch.*

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 1 Января 1890 г.

Друк К. Ковалевскаго, Крѣлевска № 29.