

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena w Warszawie: rocznie 5 rs., na prowincyi w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs. Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce, następne po kop. 10; ogłoszenia zagraniczne po kop. 18 za wiersz drobnem pismem lub jego miejsce.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

Treść: I. W. MATLAKOWSKI. Dwa przypadki osteoplastycznej operacyi stopy. — II. R. JASIŃSKI. Astasia congenita (Dokończenie). — *Dział sprawozdawczy.* 3. MILLER N. Th. Antyseptyka noworodków. — 4. P. BRUNS i NAUWERCK. O działaniu przeciwgruźliczem jodoformu. — 5. UNVERRICHT. O stosunku tylnej okolicy kory mózgowej do napadu padaczkowego. — Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. — *Wiadomości bieżące.* — Dodatek. — Ogłoszenia.

PEPSYNA I JEJ PRZETWORY.

W szeregu środków grających ważną rolę w terapii chorób żołądka, pepsyna wybitnie zajęła miejsce. Choć jako część składowa prawidłowego soku żołądkowego pepsyna nie jest lekiem w zwykłym pojęciu, ze względu jednak iż ona stanowi podstawę trawienia, gdyż zamienia białkany na peptony, czyli białko krzepnące na białko rozpuszczalne (więcej już nie krzepnące), ma bardzo ważne lecznicze znaczenie. Dawniej stosowano ją w niektórych tylko przypadkach osłabionego trawienia; z postępem jednak czasu granice wskazań do użycia pepsyny bardzo znacznie rozszerzonymi zostały, a to zawdzięczając postępowi chemii fizjologicznej i spostrzeżeniom klinicznym. Obecnie farmakologowie oraz klinicyści zalecają pepsynę: w konwalescencyi po wycieńczających chorobach, u osobników niedokrwistych czegokolwiek niedokrwistość ta byłaby następstwem, w poczynających się suchotach płucnych, w przewlekłym niezycie żołądka oraz niezycie żołądka i kiszki, wreszcie, we wszelkich postaciach niestrawności polegających przeważnie na niedostatku pepsyny w soku żołądkowym.

W obec częstszych dziś zapotrzebowań pepsyny z jednej strony, a z drugiej, drożyzny przetworów zagranicznych oraz bardzo wysokiego cła, uważałem za pożyteczne zająć się ich przygotowaniem na miejscu. Wyrabiając wszelkie przetwory pepsynowe, mogę jednak jako najodpowiedniejsze celowi, zdaniem lekarzy, polecić:

1. Wino pepsynowe dwuprocentowe, przygotowane na doborowym winie francuzkiem. Łyżka zawiera 5 gran pepsyny; zadaje się łyżkę przed jedzeniem.
2. Elixir pepsini compositum. Stanowi połączenie pepsyny z wyciągami gorzkiemi. Łyżka zawiera pepsyny gran 3. Zadaje się przed jedzeniem po łyżce.
3. Pilulae antidyspepticae zawierają pepsynę w połączeniu z chininą, kwasem solnym i gorzkim wyciągiem. Zadawać po 2 pigułki przed jedzeniem.

Uwaga. Przetwory moje są dwa razy tańsze niż zagraniczne, wyrabiane są z pepsyny wytrzymałej wszelkie próby chemiczne, a nadto zawierają ściśle podaną dawkę pepsyny.

APTEKA
SKŁAD WÓD MINERALNYCH
NATURALNYCH,

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH,

pod firmą

D-R T. HEINRICH

w WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej N. 473b istniejąca.

Jest stale zaopatrywaną we wszystkie wody mineralne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone,
52-4

Z zapomogi kassy pomocy dla osób pracujących na polu naukowem imienia D-ra Med. Józefa Mianowskiego wyszło z druku dzieło

A. KORNELIJUSZA CELSA

O LECZNICTWIE KSIĄG OŚMIORO.

(A. Corn. Celsi: De medicina libri octo) Z najlepszych wydań Almeveena, Krause'go i Targi na język polski przełożył

w komentarze Caesariusa, Constantina, Scaligera Casaubona, Morgagni'ego, Krause'go Targi, Scheller'a, warianty różnych wydawców, objaśnienia starożytnych autorów i w przypisk własne zaopatrzył, spisem ważniejszych wydań dzieła, wspominanych w niem Lekarzy, opisanych przez autora operacyj chirurgicznych i słownikiem wyrazów Celsowych uzupełnił

D-r med. i chir. Henryk Łuczkiwicz.

Cena 2 rs., z przesyłką 2 rs. 40 k.

Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa.

III ROK WYDAWNICTWA

„WIADOMOŚCI LEKARSKIE“

CHASOPISMO MIESIĘCZNE

poświęcone wszystkim gałęziom wiedzy lekarskiej
założone redagowane i wydawane przez

D-ra J. K. Wiktora,

Lekarza miejskiego we Lwowie

wychodzi raz na miesiąc, w zeszytach objętości przeszło, dwóch arkuszy. Prenumerować można rocznie lub półrocznie. Przedpłata wynosi wraz z przesyłką pocztową:

W państwie austryjackiem: rocznie 3 zlr. 50 ct.; półrocznie 1 zlr. 75 ct.

W cesarstwie rosyjskiem: rocznie 4 rs.; półrocznie 2 rs.

W cesarstwie niemieckiem: rocznie 8 marek; półrocznie 4 marki.

We Francyi, Szwajcaryi, Włoszech, Serbii, Turcyi, Belgii etc., rocznie 12 franków; półrocznie 6 fr.

Jeden zeszyt osobno kosztuje 50 ct.

Redakcja i administracja „Wiadomości Lekarskich“
we Lwowie przy ulicy Żółkiewskiej 1. 8.

GAZETA LEKARSKA.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO ŻEŃSKIEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

I. DWA PRZYPADKI OSTEOPLASTYCZNEJ OPERACYI STOPY.

Podał

Władysław Matlakowski.

Większą część operacyj plastycznych na stopie według najrozmaitszych metod dokonywa się u dzieci; dwie operacje, których opis podaję poniżej, były dokonane u osobników dorosłych, a prócz tego sądzę, że i z innych względów zasługują na uwagę.

I. W pierwszym przypadku, u 28-letniej służącej, Franciszki Obrębskiej, wada datuje od lat niemowlęcych; chora nie przypomina sobie, żeby miała inną stopę; nie pamięta także żadnej choroby, lub uszkodzenia, po którym by noga jej przybrała kształt obecnie posiadany. Jestto stopa końska (*pes equinus*) w najwyższym stopniu, tak że chora chodzi jak baletnica, opierając się na powierzchniach główek kości metatarsalnych, przyczem powierzchnie grzbietowe palców dotykają się i gniotą na powierzchnię grzbietową stopy w obrębie kości metatarsalnych, tak, że tu utworzył się bąbel, powstały z odgniecenia, a z niego owrzodzenie, róża i ropień na łydce [jako następstwo *lymphangioitidis*], dla którego chora właśnie przybyła do szpitala. Stopa zresztą jest prawidłowa, z wyjątkiem, że istnieje absolutna nieruchomość w stawie goleń-skokowym, prawdopodobnie jako wynik przebytego kiedyś zapalenia. W stawie CHOPART'a ruchy są bardzo ograniczone. Prawa stopa zupełnie prawidłowa. Kilka tygodni przeszło nim się zagoiło owrzodzenie na stopie i ropień na łydce. Dnia 12. I. 1887 r. przy pomocy kolegów: ORŁOWSKIEGO, JASIŃSKIEGO i CIECHOMSKIE-SKIEGO, po zachloroformowaniu chorej, wykonałem najprzód przecięcie ścięgna Achilles'owego, oraz rozścięgna podeszwowego, przez co wcale nie wpłynęło się na poprawę stopy. Wtedy zrobiłem 3 cięcia: jedno na poprzek stopy przez skórę okolicy kości klinowatych, przechodzące przez wszystkie części miękkie grzbietu stopy aż do jej szkieletu, a dwa drugie podłużne wzdłuż brzegu zewnętrznego i wewnętrznego stopy. Odluszczywszy części miękkie ku górze elewatozem aż po za linię stawu CHOPART'a i ku palcom również oddzieliwszy od szkieletu płat dolny, wypilowałem z kości stopy klin za pomocą dwóch cięć, z których jedno przeszło przez główkę *o. tali* [z której zabrało cienki ta-larek] oraz przez kość piętową (*calcaneus*), drugie zaś przeszło przez kości klinowate i sześcienną, tuż koło samych stawów *clino-metatarsee*, tak że pozostały

cienkie skrawki kości klinowatych i kości sześcienniej przy odpowiednich kościach metatarsalnych. Teraz po dopasowaniu powierzchni przepiłowania, spoilem je jednym szwem kostnym z drutu srebrnego, który zakręciwszy wklepałem w kość, poczem zdjąwszy opaskę ESMARCH'a, podwiązałem krwawiące naczynia i zeszyłem płaty skórne, z wyjątkiem cięć bocznych, pozostawionych otworem dla odpływu krwi; opatrunek: *silk protective*, gaza jodoformowa.

Wynik operacji, co do kształtu, czytelnik najlepiej osądzi z załączonej tablicy, co do używalności zaś stopy, chora wybornie na niej chodziła, zrost kości zeszytych był zupełny i nieruchomy, musiałem tylko w dwa miesiące po operacji zrobić cięcie i wyjąć drut wgojony, chora bowiem uczuwała ból przy chodzeniu.

II. Druga chora, Odalińska Maryja, 24 lat, służąca, przybyła do szpitala z *pes varoquinus* najwyższego stopnia; od kilku miesięcy skutkiem chodzenia powstało owrzodzenie, z powodu którego chora przybyła do szpitala. Chora chodzi na grzbiecie stopy, gdzie wytworzyła się obszerna i stwardniała bursa. Kończyna lewa cieńsza od prawej, wiotsze i cieńsze w niej mięśnie, mniej tkanki tłuszczowej; żyły podskórne widoczne, noga chłodniejsza od zdrowej i łatwo potnieje, chód bardzo trudny i niezgrabny. Czworo rodzeństwa chorej zdrowe i z dobrze sformowanemi członkami.

Dnia 26. IX. 1888 r. po zachloroformowaniu chorej i nałożeniu opaski ESMARCH'owej, wykonałem najprzód przecięcie ścięgna Achilles'owego i rozścięgna podeszwowego, co już do pewnego stopnia pomyślnie wpłynęło na kształt stopy, poczem postąpiłem podobnie jak w przypadku poprzednim, lecz z powodu obfitości skóry, wyciąłem jej część wraz z torbą i modzelowatym stwardnieniem; ze szkieletu stopy wypilowałem tyle, żeby dokładnie i bez sprężynowania powierzchnie kostne zetknęły się ze sobą; szew srebrny na kości, szew jedwabny na skórę, drenów nie włożyłem; opatrunek z gazy jodoformowej; teraz dopiero odjąłem opaskę ESMARCH'a.

Sprowadziło to nie miłe następstwa; pomimo nacisku opatrunku, pomimo zostawienia sporego rozporka dla odpływu nadmiaru krwi, pod płatami zeszytymi zebrała się masa płynnej krwi, co spowodowało nadzwyczajny i ciągły wzmagający się ból i podniesienie ciepłoty do 38,8° C. tak, że zmuszony byłem w kilka dni zdjąć opatrunek, krew wypuścić, skutkiem nacisku na płat [od zewnątrz przez opatrunek, od wewnątrz przez zebraną krew] powstało obumarcie brzegu płatu na nieznacznej przestrzeni. Zresztą od tej pory przebieg gojenia bez gorączki i powikłań. W dwa miesiące po operacji chora zaczęła chodzić. Chód w trzewiku z wyższym obcasem bardzo swobodny. Kształt stopy przed i po operacji czytelnik najlepiej oceni z załączonej tablicy *).

Przeciw metodzie zastosowanej w powyższych dwóch przypadkach można podnieść ten zarzut, że przy niej poświęca się ścięgna mięśni wyprostnych oraz nerwy dla palcy z grzbietowej strony. Co do pierwszego, to metodę z przecięciem ścięgien gorąco polecał HUETER jako najlepszą dla resekcji w stawie golenio-skokowym (*art. talocruralis*), poczem radził zeszywać przecięte ścięgna. Ja dlatego zaniechałem zeszywania, że przed operacją obie chore

*) Tablica będzie dołączoną do jednego z następných numerów Gazety.

wcale palcami poruszać nie mogły, pierwsza bowiem miała je stale w położeniu wyprostowania *ad maximum*, druga w ciąglem zgięciu; jeżeli zatem całe lata nie poruszały niemi w kierunku wyprostnym, nie wydało mi się tak nagłą troską o zachowanie tego ruchu. Co do czucia w palcach to ono zwolna powróciło.

II. „ASTASIA CONGENITA“.

Napisał

R. Jasiński,

chirurg warszawskiego szpitala dla dzieci.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 2].

Niedoleżność czyli niesprawność ich zależała tu najwidoczniej od nieprawidłowego rozmieszczenia punktów przyczepu tych mięśni. Widzieliśmy powyżej, że dokładne badanie wykazało w nich zupełny brak wszelkich zmian patologicznych; przypuszczać jednak należało, że przy miednicy zbudowanej tak, iż ciężaru ciała nie może sama dźwigać w postawie stojącej — i mięśnie do niej przyczepione dobre są do stania i chodzenia na czworakach, ale nie na dwóch nogach.

Opasałem tedy miednicę wraz z tułowiem w pancerz z filcu plastycznego, zamieniając te dwie części na jeden klocek, dla uproszczenia warunków mechanicznych [wykluczenie mięśni grzbietu, *erectores trunci* i t. d.]. Do tego kłoca po obu stronach przyczepiłem stalowe szyny, opuszczające się do dolnej części łydki, ażeby sztuczne mięśnie biartralne zamienić na monartralne i przez to uniknąć zgięcia w stawach kolanowych przy skurczeniu mięśni przyczepiać się mających do *tubera ischii*, a wreszcie, żeby na nich osadzić *puncta fixa* owych muskułów. Przyczepiając te szyny do pancerza, zaopatrzyłem je w zawiasy na wysokości stawów biodro-udowych, ale zawiasy te pomieściłem nieco przed stawami, ażeby oś ich padała przed osią biodrową. W ten sposób cieszyłem się nadzieją, że im więcej oś ta przesunie się ku przodowi, tem łatwiej namówię linię ciężkości ciała żeby padła po za nią. Za pomocą haków nasladujących przyczepy miednicowe i haczyków, grających [na szynach i pochwach przytwierdzających szyny do ud i łydek] rolę przyczepów dolnych czyli stałych, porozciągałem od miednicy do kończyn dolnych mocne sznurki gumowe: gumę pośladową wielką, gumę dwugłową uda, gumę jednocześnie półścięgnistą i półbłoniastą, wreszcie gumę ksobną wielką. Ta ostatnia dlatego była ksobną, że jej kazałem przebiegać od haka umieszczonego na lewej części gorsetu do haczyka przytwierdzonego na wewnętrznej powierzchni prawej goleni *et vice versa*. Ciągnęła tedy lewa guma prawe kolano do środka, a prawa lewe.

Cała ta maszyna, zanim ją choremu przymierzyłem, budziła naturalnie we mnie zaufania mało, a w ojcu chorego i w mechaniku który ją robił wcale ¹⁾.

Tymczasem zaraz po pierwszym założeniu Zygmunt J... po raz pierwszy w życiu po ludzku stanął na dwóch nogach, wyprostował się i zaczął od razu chodzić. Chodzi też do dnia dzisiejszego, jak to widzieli koledzy: GAJKIEWICZ,

¹⁾ Przyrząd wykonany został przez p. ST. LUBLIŃSKIEGO, mechanika z fabryki M. ERLICH'a (*élève de Mathieu à Paris*) w Warszawie — (p. aut.).

MATLAKOWSKI, ORŁOWSKI i PESZKE, w pięć miesięcy po założeniu przyrządu. Chodzi podpierając się zlekka laską, nieraz po 6 do 7-iu godzin dziennie.

Oprócz tej mechanicznej pomocy, chciałem koniecznie wpłynąć, o ile się da, na poprawienie odżywiania, a szczególnie w mięśniach kończyn dolnych, które wskutek długoletniej bezczynności na dobre, jak wiemy, zanikać poczynają. W tym celu zaleciłem: faradyzację, masaż i gimnastykę. Co do tej ostatniej to na pozór wydała mi się ona niemal nie możliwą do zastosowania u człowieka, który stać i chodzić nie może, boć w przyrządzie ortopedycznym gimnastykować się nie podobna. Ponieważ jednak chory leżąc i siedząc z łatwością poruszać może nogami, kazałem mu tedy w pozycji leżącej wykonywać ruchy bierne, a ruchy czynne, nawet „z oporem“ siedząc. Zamiast siedzieć na krześle, kazałem mu siaść na welocyped trzykołowy, na którym systematycznie po kilka godzin dziennie jeździ. Z początku było mu to bardzo trudno z powodu braku siły, obecnie jest w stanie jeździć bardzo szybko i nawet podjeżdżać po równi pochyłej pod górę.

W ciągu pięciu miesięcy mięśnie ud i łydek znacznie zgrubiały, tak, że musieliśmy pochwy od przyrządu porozszerzać bo stały się za ciasne.

* * *

Zastanówmy się teraz nad samem kalectwem Zygmunta J... które tedy za wadę rozwojową stanowczo uważać musimy. Sądzić należy, że mamy tu do czynienia z wynikiem zatrzymania się w rozwoju kości krzyżowej na pewnym stopniu jej stanu płodowego. Przypuszczam tedy, że u noworodków jest chwila, w której *promontorium* jeszcze nie istnieje, a górna część kości krzyżowej [2 kręgi] wyraźnie różni się od dolnej [3 kręgi]. Na tym punkcie zatrzymał się rozwój prawidłowy tej części kośćca u mego chorego, z powodu przypuśmy nieprawidłowego powstawania ekwilibrycznych usiłowań mięśniowych.

W takim razie przypuszczać należy, że zbekształtnienie miednicy powstało w pierwszym roku życia zewnątrz-macicznego. Należy tedy przedewszystkiem dowieść, że teoria powstawania *promontorium*, podana przez H. MEYER'a, jest w istocie słuszną.

Potwierdzenie tej teorii znajduję w znakomitej pracy FEHLING'a ¹⁾, z której dowiaduję się, że

Różnica miednicy noworodka od miednicy dorosłego człowieka jest znaczna. U dojrzałego noworodka kość krzyżowa ma następujące cechy:

U chłopców jest ona szerszą, niż u dziewczyn [3,24:3,03]. Liczbami wykazać można, że ta znaczniejsza u chłopców szerokość kości krzyżowej zależy od silniejszego u nich zaczątku budowy całego kręgosłupa: i tak, przeciętna szerokość 1-go kręgu krzyżowego wynosi:

u chłopców 1,85	u dziewczyn 1,75,
szerokość 1-go skrzydełka krzyżowego:	
u chłopców 0,81	u dziewczyn 0,78,
szerokość 2-go kręgu krzyżowego:	
„ u chłopców 1,38	u dziewczyn 1,23,
„ 2-go skrzydełka krzyżowego:	

szerokość u chłopców 0,85	u dziewczyn 0,85,
„ jądra kostnego:	
„ u chłopców 1,02	u dziewczyn 0,91.

Tu więc różnica miednicy noworodka od miednicy dorosłego polega na tem także, iż szerokość skrzydeł, nawet u nowonarodzonej dziewczyny, jest nieco mniejszą niż u chłopca.

Przyczyna różnicy we wzroście trzonów kręgowych tem daje się objaśnić, że u chłopców w ogóle cały kościec tułowia rośnie silniej.

Dowiedzionem to już zostało [co do stosunków długości i wagi] przez HEC-
KER'a, SCHROEDER'a i innych. Podczas życia płodowego, kość krzyżowa, w rozwoju swoim, wykazuje daleko więcej analogii z kręgosłupem, niż po urodzeniu, gdyż wówczas podobieństwo to coraz więcej się zaciera. Niewiadomą jest dotąd przyczyna, dla której skrzydła krzyżowe u dziewczynek dopiero po urodzeniu silniej rozrastać się zaczynają.

Miednica u dziewczynek dłuższą jest niż u chłopców [przecięciowo jak 4,5 do 4,4].

Ciekawą rzeczą jest wysokość chrzęstnych spoeń kręgowych (*Wirbelsynchondrosen*), których podścielisko włókniste, podług HENLE'go, składa się u noworodków z samej tkanki łącznej. U ludzi dorosłych wysokość takich spoeń chrzęstnych wynosi [między kręgami lędźwiowemi] nieco więcej niż $\frac{1}{3}$ części wysokości samych trzonów. Na kości krzyżowej, od czasu dojrzałości, spojenia też już nie istnieją, już zaginęły niemal bez śladu.

U noworodka zaś FEHLING następujące otrzymał dane:

	Dziewcze	Chłopiec.
Wysokość 5-go kręgu lędźwiowego	0,6	0,5
„ spojenia chrzęstnego między nim, a 1-ym kręgiem krzyżowym	0,5	0,58
„ 1-go kręgu krzyżowego	0,6	0,58
„ spojenia chrzęstnego między nim, a 2-im kręgiem krzyżowym	0,45	0,35
„ 2-ego kręgu krzyżowego	0,6	0,5
„ spojenia następnego	0,2	0,2.

Potem, im niżej, tem wysokość spoeń chrzęstnych gwałtowniej się zmniejsza. U noworodka wysokość spoeń chrzęstnych kręgów lędźwiowych i 1-go kręgu krzyżowego wynosi od $\frac{2}{3}$ do $\frac{1}{1}$ wysokości trzonu, ale tylko na powierzchni przedniej, bo na tylnej równa się $\frac{1}{3}$ części powyższej wartości, o czem przekonywają przecięcia podłużne.

U noworodków kość krzyżowa nie jest tak opuszczona między boczne kości miednicy jak u dorosłych. Dlatego też górny brzeg pierwszego trzonu krzyżowego, czyli późniejsze *promontorium*, stoi u noworodków nawet o cały centymetr prawie nad płaszczyznę wejścia do miednicy. W ten sposób położenie przedniej powierzchni trzonów kręgowych innym jest jak u dorosłych.

Jeżeli ustawimy miednicę w położeniu jej istotnem [tak jak u stojącego człowieka jest nachyloną], to przekonamy się, że:

a) U dorosłego przednia powierzchnia trzonów górnych kręgowych zwróconą jest prawie zupełnie ku dołowi, a u noworodków ku przodowi i tylko nieznacznie na dół.

b) Pod silnie wyskakującym ku przodowi *promontorium*, u człowieka dorosłego, cała keś krzyżowa bierze udział w utworzeniu wklęsłego ku przodowi łuku. Inaczej rzecz się ma u noworodków. U nich *promontorium* nie istnieje. U nich ostatni trzon lędźwiowy i 2 pierwsze [czyli górne] trzony krzyżowe tworzą łuk ku przodowi wypukły, a dopiero do tego łuku dołącza się drugi, dolny, ku przodowi wklęsły, który z biegiem czasu jeszcze wklęslejszym się staje.

U noworodka wyraźnie tedy występuje różnica w znaczeniu anatomicznem dwóch części kości krzyżowej: górnej [2 kręgi] i dolnej.

W cennej pracy FEHLING'a, z której powyższe zaczerpnąłem szczegóły, znajduje się bardzo wiele innych interesujących danych; nie wspominam tu wszakże o nich, gdyż nie jestem w stanie znaleźć w nich bliskiego związku ze sprawą, o którą mi chodzi w niniejszej rozprawie.

Dzięki FEHLING'owi przekonywamy się dowodnie, że *promontorium* tworzy się podczas życia zewnątrzmacicznego i to upoważnia mnie do twierdzenia, że Zygmunt J. urodził się z miednicą prawidłową, a *kyphosis sacralis* nabył skutek tego, że nie wytworzyło się prawidłowe *promontorium*, że więc bardzo późno, bo w 3-im roku życia, przy stawaniu na dwóch nogach, bez dobrych wysiłków ekwilibrycznych mięśniowych, nieprawidłowo obciążał 3 krąg krzyżowy, który się też wreszcie skrzywił, powoli pociągając za sobą swego sąsiada, to jest 2-i krąg krzyżowy. Kręgi dolne krzyżowe były tymczasem wstrzymywane przez *ligamenta tuberoso et spinoso-sacra*.

Przypominam, iż chłopiec nigdy najmniejszych śladów krzywicy nie miał i nie ma. Pierwotną przyczynę całej sprawy cofamy tedy z kości na mięśnie.

Nie można przypuszczać, żeby u noworodka wystąpiło jakieś samoistne, pierwotne cierpienie mięśni dźwigających tułów, wprost dla tego, że to nie miało by najmniejszego sensu.

Mimowoli więc zwracamy się do myśli, że Zygmunt J... urodził się z niedorozwiniętym ośrodkiem koordynującym ruchy, od których stanie na dwóch nogach zależy. Chodzenie odbywa się u niego stosunkowo dobrze z początku, ale brak mu od razu typu chodzenia ludzkiego. Wyprostowanie kręgosłupa szczególnie szwankuje od samego początku. W miarę wzrostu, a więc w miarę powiększania się ciężaru kręgosłupa i tułowia, zwiększa się tedy pochylenie ciała ku przodowi, czyli owa *quadrupedale Haltung*. Miednica pod wpływem tych wszystkich warunków o tyle powstrzymuje się w rozwoju, że pozostaje w typie „ultra męzkim“ a chodzenie na dwóch nogach staje się coraz trudniejszym, wreszcie nie możliwym. Tymczasem władza właściwego chodzenia, czyli posuwania się z miejsca na miejsce, pozostaje aż do ostatka, bo chory z łatwością chodzi, siedząc w kucki lub na czworakach.

Wskazuje to nam, że w danym razie była wrodzona wada, a mianowicie zatrzymanie w rozwoju tylko specjalnie tej części układu nerwowego, która koordynuje ruchy potrzebne do stania na dwóch nogach.

Dodatek bezpłatny do N-ru 4-go Gazety Lekarskiej. 1889.



To właśnie mniemanie upoważniło mnie do zatytułowania niniejszej pracy „*Astasia congenita*“.

Zatrzymanie w rozwoju „ośrodka koordynującego stanie na dwóch nogach“ pozbawiło mego chorego jednej z najwięcej swoistych cech, właściwych wyłącznie tylko człowiekowi (*Homo sapiens, bimana, erecta*), zbliżyło go więc do rzędu dwuręcznych, chodzących na czworakach. Zbliżenie to wyraziło się u niego szczególnie w budowie miednicy.

Słusznie powiada KAROL VOGT ¹⁾, że badając porównawczo miednice u rozmaitych zwierząt, należy za skalę różnic brać całość jej kształtów, a przeważnie rozpatrywać te części, od których postawa zwierzęcia zależy. Mniej tedy znaczenia mają w tym względzie kształty otworów miednicy, które tylko w położnictwie ważną grają rolę, a które prof. WEBER'owi z Bonn za podstawę klasyfikacji posłużyły.

Kości bezimienne czyli biodrowe, ich szerokość, rozłożystość i długość są tu najważniejsze. Można więc przyjąć 2 typy: miednicę talerzowatą, płaską i miednicę ostrokągowatą czyli wydłużoną. Do tego drugiego, zwierzęcego typu zbliża się miednica mężka. Stanie i chodzenie w postawie prostej (*aufrechte Stellung*) jest cechą wyróżniającą człowieka od wszystkich innych zwierząt ssących i stanowi istotny atrybut człowieka.

Biorąc jednak pod uwagę całe królestwo zwierzęce, przekonywamy się, że wprawdzie niektóre ptaki, jak pingwiny, albatrosy, stają zupełnie tak prosto, jak człowiek. Naturalnie, mowy tu o nich być nie może, gdyż u ptaków ta prosta postawa zależy od zupełnie innych stosunków budowy anatomicznej. Tymczasem małpy tylko czasami [albo też umyślnie wyuczone] przyjmują taką postawę, która jednak jest u nich przypadkową, a nigdy nie codzienną i zwykłą ²⁾.

U człowieka miednica dźwiga cały ciężar ciała i dlatego talerzowato się rozszerza. U zwierząt mała część ciężaru trzew spoczywa na tej podporze, jest ona tylko górnym punktem oparcia dla kończyn tylnych, staje się tedy wąską i długą, kości biodrowe upodobniają się do łopatek. Im większą masę dźwiga miednica, tem więcej na nazwę „miednicy“ zasługuje, bo tem podobniejszą do miski się staje. Najlepszy na to dowód stanowi płaska szeroka miednica kobiety, przeznaczona do dźwigania ciężarnej macicy ³⁾.

Czyż nie wyda się nam teraz wyraźniejszym prawdopodobieństwo wyżej podanych przypuszczeń co do powstawania u mego chorego miednicy niezwykłej i objaśnienie jej kształtów zatrzymaniem w rozwoju, przez brak fizjologicznej przyczyny do jej kształtowania zwykłego konieczniej?

Niedorozwój miednicy głównie zależał od nieprawidłowego ukształtowania się kąta krzyżo-łędźwiowego. W każdym razie przepadła charakterystyczna

¹⁾ CARL VOGT. Vorlesungen über den Menschen, seine Stellung in der Schöpfung und in der Geschichte der Erde. 1. Bd. Giessen. 1863, str. 150.

²⁾ VOGT. l. c. str. 169.

³⁾ VOGT. l. c. str. 173.

postawa kręgosłupa ludzkiego z jego krzywiznami, któremi tak dalece człowiek różni się od innych ssących ¹⁾).

W atlasie HUXLEY'a ²⁾ znajdujemy wyborne rysunki przedstawiające miednicę i kość krzyżową: człowieka, goryla (*troglodytes gorilla*) i gibbona (*hylobates leuciscus*).

[Plate XI, figury: 1-a, 1-b, II-a, II-b, III, III-a].

Najwięcej charakterystyczną cechą jest nadzwyczajna wężkość kości krzyżowej, a szczególnie jej podstawy, jak również znacznie mniejsze jej wygięcie u małp. W dziele tegoż autora o stanowisku człowieka w naturze ³⁾, widzimy tablicę [przed kartą tytułową], na której pomieszczono kościec: gibbona, orangę, szympansa, goryla i człowieka ⁴⁾).

Z rysunków tych widać, że wszystkie wspomniane małpy są mocno pochylone [najmniej gibbon, najwięcej goryl], że nie mają wcale lordozy lędźwiowej, lecz lekką lordozę krzyżo-ogonową, *promontorium* więc u nich albo wcale nie istnieje, albo też zaledwie ślad wzgórka krzyżowego, a nie krzyżo-lędźwiowego, a i ten jest nie kątowny, lecz łukowaty.

Kość krzyżowa małp w najwyższym stopniu i w bardzo interesujący sposób różni się od ludzkiej, powiada klasyczny OWEN w swej *Anatomy of Vertebrates* (*Volum. II str. 525*).

Składa się ona z 5-ciu albo 6-iu zrosniętych ze sobą kręgów, które wszelako są dłuższe i węższe, niż u człowieka i tworzą niezmiernie niewyraźną krzywiznę wklęsłą ku przodowi. Dziury są mniejsze, a wyrostki więcej rozwinięte i tworzą silny grzebień kostny, rozciągający się do ostatniego kręgu krzyżowego, który dziur nie ma. Pierwszy krąg krzyżowy odpowiada piątemu kręgowi lędźwiowemu u człowieka [OWEN *l. c.*].

Charakterystyka anatomiczna człowieka silnie wyrażoną jest w budowie jego kości bezimiennych. Kość biodrowa jest więcej szeroka niż długa i więcej wklęsła ku przodowi niż u goryla. Jest także więcej wklęsła od tyłu, szczególnie w kierunku pionowym, w którym kość biodrowa szympansa jest wypukłą. Chrzęstakozrost krzyżo-biodrowy u szympansa jest podługowaty i wężki. Grzebień biodrowy jest grubszy i więcej wygięty, a oba kąty czyli kolce, szczególnie tylny, silniej są rozwinięte u człowieka. Te różnice, a szczególnie rozwój wargi zewnętrznej grzebienia, są wyrazem silnego rozwoju powierzchni, służących za punkta przyczepu dla potężnych mięśni, których przeznaczeniem jest utrzymywanie tułowia w postawie prostej na kończynach dolnych.

¹⁾ Porównaj: *A treatise on the human skeleton* by GEORGE MURAY HUMPHRY. Cambridge. 1858, str. 145 do 155.

²⁾ *An elementary Atlas of comparative Osteology in twelve plates the objects selected and arranged by Prof. HUXLEY and drawn on stone by B. Waterhouse Hawkins. London. 1864.*

³⁾ *Zeugnisse für die Stellung des Menschen in der Natur* von THOMAS HENRY HUXLEY aus dem englischen übersetzt von J. VICTOR CARUS. Braunschweig. 1863.

⁴⁾ „Photographisch nach Abbildungen in natürlichen Grösse war]. Die Zeichnungen v. Mr. Waterhouse Hawkins nach Exemplaren in Royal-College of Surgeons.

Brzeg przedni kości bezimiennnej [a szczególnie jego część górna, utworzona przez kość biodrową] jest o wiele krótszy i grubszy, a kolec przedni dolny lepiej rozwinięty. Panewka zwróconą jest więcej ku tylnej części kości bezimiennnej.

Wcięcie kulszowe wielkie jest krótsze, lecz głębsze. Kolec kulszowy więcej wystaje, wcięcie kulszowe mniejsze jest głębsze, wklęslejsze chociaż tej samej długości co u małp.

Guz siedzeniowy człowieka jest wypukły i zbliża się do samej prawie panewki, gdy tymczasem u goryla i szympansa jest więcej płaski i od panewki ku dołowi oddalony. Spojenie łonowe niższe jest i o wiele grubsze niż u szympansa.

Tylna część powierzchni zewnętrznej kości biodrowej, służąca za przyczep mięśnia pośladkowego wielkiego i kolce biodrowe przednie, dolne, do których przyczepiają się mięśnie proste ud, rozwojem swym potężnym dowodzą jak ważną rolę grają te mięśnie przy ustawianiu tułowia w postawie prostej na kończynach dolnych. Wszystkie powyższe dane zaczerpnięte są z OWEN'a (l. c. 574 Vol. II). Z rysunków jego jak: szkielet mandryla (*papio maimon*) [str. 518], szympansa (*Troglodytes niger*) [str. 522], goryla (*Troglodytes Gorilla*) [str. 523] widać wyraźnie, że małpy te nie mają wcale *promontorium*, czyli kąta krzyżo-biodrowego, mającego wedle jego wymiarów 117° u człowieka.

„Die doppelte Krümmung der Wirbelsäule die beim Menschen so auffällig ist, tritt bei dem Affen gänzlich zurück“, pisze KAROL VOGT (l. c. str. 191).

Orangutangi rosną i dojrzewają niezmiernie wolno, zaledwie około 10-ego, a nawet piętnastego roku życia dorastają zupełnie ¹⁾). Samiczka przez pięć lat w Batawii żyjąca, nie dorosła $\frac{1}{3}$ części tej wysokości do jakiej dochodzą samice dzikie. Zdaje się, że orangutang rzadko miewa więcej jak 4 stopy wysokości. SCHLEGEL i MUELLER ²⁾) powiadają, że największy stary ich samiec miał 1,25 łokcia niderlandzkiego, a samiczka 1,09.

Z 17 orangów przez WALLACE'a mierzonych, największy miał 4 stopy, cali 2, [127 ctm.] ³⁾). Tymczasem SPENCER-ST-JOHN ⁴⁾) opowiada o orangu, który jakoby miał 5 stóp cali 2, ale zdaje się, że go sam wcale nie mierzył.

Przytoczyłem ten cały ustęp o wroście orangą dlatego, że szkielet tej małpy, dzięki nadzwyczajnej uprzejmości profesora ULJANINA, miałem sposobność dokładnie obejrzeć w gabinecie zootomicznym Uniwersytetu Warszawskiego. Opierając się na powyższych danych przypuszczać należy, że wspomniony szkielet należy do osobnika młodego [4 do 6 lat], który wszakże miał już wszystkie zęby i z pewnością pod względem stania i chodzenia otrzymał skończone wykształcenie od swoich rodziców.

Otóż na szkielecie tym prawie ani śladu *promontorium* nie ma, jest może lekka ale bardzo nieznaczna wypukłość, odpowiadająca trzonowi pierwszego

¹⁾ HUXLEY. Zeugnisse für die Stellung des Menschen etc. p. 37.

²⁾ Verhandelingen over de Natuurlijke Geschiedenis der Nederlandsche overzeesche Bezittingen [1839—45], [cytata z HUXLEY'a l. c.].

³⁾ RANKE. Allgemeine Naturkunde. Der Mensch. str. 25 Lieferung 60.

⁴⁾ SPENCER. St. John Life in the Forests of the Far East.

kręgu krzyżowego, ale nie można jej żadną miarą nawet porównywać z kątem krzyżo-łędźwiowym człowieka. Nie istnieje też wcale lordoza łędźwiowa, przeciwnie wyraźną jest kyfoza łędźwiowo-grzbietowa.

Tymczasem na skieletach małp ogoniastych, których dosyć dużo w gabinecie zootomicznym się znajduje, widziałem stale pojawiające się *promontorium*, ale z przeznaczeniem zupełnie różnym od ludzkiego. Jest to mianowicie przednia powierzchnia lordozy krzyżo-ogonowej, a więc powierzchnia przednia kilku kręgów kości krzyżowej, stanowiących wierzchołek łuku, a nieraz kąta krzyżo-ogonowego.

Żałuję bardzo że nie widział *in natura* skieletu jakiego gibbona (*Hylobates agilis* albo *Hylobates syndactylus*), gdyż te małpy chodzą pono prawie zupełnie jak ludzie ¹⁾. Wyborny spostrzegacz GEORGE BENNETT ²⁾, opisując zwyczaje samca siamang (*H. syndactylus*) powiada, że takowy na równej płaszczyźnie chodzi ciągle na dwóch nogach, dość prosto, podpierając się jednak długimi rękami, albo też podnosi kończyny przednie do góry zupełnie, z opuszczonemi dłońmi. Na dwóch nogach chodzi dość prędko, kiwa się jednak z boku na bok i łatwo traci równowagę.

OWEN ³⁾ twierdzi, że w zwykłych ruchach po ziemi, zwierzęta czwororęczne chodzą tak jak czworonożne. Wyższe małpy bezogonowe dotykają ziemi grzbietową powierzchnią drugich członków (*phalanges*) palcowych, przy zwinionych palcach, nie tak jak małpy niższe, które chodząc, opierają się dłońmi lub zewnętrznym brzegiem śródreżca. Długoręczne małpy opierają się w wolnych tempach rękami przednimi o ziemię, podnoszą całe ciało jak na dwóch kulach i wahadłowym ruchem przerzucają takowe ku przodowi. Gdy im się spieszy, kołyszą tułów z boku na bok, wykonywając pewien rodzaj truchta i skrocza.

Ślady, które goryl idąc pozostawia, wskazują, że to jest właśnie zwykły ich sposób chodzenia; stanie na kończynach albo poruszanie się w postawie prostej jest dla nich bardzo trudne, gdyż małpy są niezgrabne i zbyt krótko mogą utrzymać w ten sposób równowagę. Chodzenie ich jest tylko kiwaniem się z boku na bok, przyczem grube cielsko utrzymuje się w równowadze za pomocą kołyszących ruchów długich kończyn górnych, albo przez zakładanie rąk na potylicę.

Gibbon najprościej jeszcze na rysunkach HUXLEY'a [a raczej HAWKINS'a] wygląda, a w atlasie HUXLEY'a (*l. c.*) kość krzyżowa gibbona [plate XI fig. III-a], ma jakby rodzaj *promontorium* na wysokości chrząstkozrostu między trzonem pierwszego i drugiego kręgu krzyżowego.

HUXLEY powiada, że wyborny badacz szympanów, D-r SAVAGE ⁴⁾ stwierdza, iż małpy te zbudowane są tak, że prosto na 2 nogach stać nie mogą, tylko

¹⁾ O. HERMES, MARTIN, VIRCHOW [patrz RANKE, Allgemeine Naturkunde, der Mensch., Lieferung 60, str. 30].

²⁾ Wanderings in New South Wales. Vol. II. chap. VIII. 1834.

³⁾ RICHARD OWEN F. R. S. On the Anatomy of vertebrates Vol. III, str. 71. London. 1868.

⁴⁾ Który odkrył Goryla w 1847 roku.

pochylają się naprzód; stojąc zaś, dla utrzymania równowagi, albo zakładają ręce na potylicę albo na lędźwie (*l. c. str. 49*). Mają one około 135 do 140 ctm. wzrostu.

Goryl ma kręgosłup bez wygięć szyjowych i lędźwiowych, nie ma wystających pośladków, cały niedźwiedziowaty tułów jego pochylony jest ku przodowi i oparty zwiniętymi palcami rąk na ziemi, tak jak na kulach; kolana krótkich jego nóg są zgięte, przez co kończyny dolne jeszcze krótszemi się wydają ¹⁾. „*Die hintere Profillinie des Rumpfes erscheint leicht konvex vom Genicke an, welches über den Hinterkopf hervorragt, bis zum Kreuzbeine; eine Einbiegung der Wirbelsaule in der Lendengegend, wie sie für Menschen charakteristisch ist, scheint ganz oder nahezu zu fehlen*“ powiada RANKE (*l. c. str. 14*). Dorosły samiec goryla w muzeum w Lubece [podług H. LENZA] ma 165,0 ctm., w muzeum Brytyjskiem [podług OWENA] 167,6, samica zaś z Lubeki 140,0. Długość miednicy od górnego jej brzegu do dolnego brzegu guzów kulszowych u samca 36, a u samicy 32 ctm., czyli w stosunku do długości ciała jak 22,4% i 22,8% [RANKE *l. c.*], szerokość miednic 40,0 ctm. i 35 ctm., czyli 24,2 : 25,0. Porównajmy teraz niektóre mięśnie człowieka z mięśniami małp.

HAUGHTON bierze za równoważnik działalności danego mięśnia wagę jego i na tej zasadzie ustanawia tak zwane typy mięśniowe zwierząt, służące do objaśnienia różnic w ich ruchach. Jeżeli sumę wag wszystkich mięśni, działających na jeden staw przyjmujemy za 100, to wagę każdego z nich z osobna możemy wyrazić w odsetkach. W ten sposób HAUGHTON buduje swoje tablice porównawczo-fizjologiczne. Żeby uniknąć gromadzenia niepotrzebnego kolumn cyfrowych, opuszcza bezwzględną rzeczywistą wagę każdego mięśnia — podaje tylko ogólną rzeczywistą wagę wszystkich mięśni jednego stawu, tak, że czytelnik z łatwością może obrachować sobie sam, ile w istocie każdy mięsień waży.

Powtarzając jego niektóre tablice, opuszczam tę ogólną istotną wagę, dla oszczędzenia miejsca, oraz ze względu, że nas tutaj takowa nic nie obchodzi.

Porównanie typów mięśniowych (*muscular types*) człowieka i zwierząt tak zwanych czwororęcznych jest niezmiernie interesującym działem anatomii porównawczej.

Porównania tego dokonał HAUGHTON na następujących okazach.

1. Człowiek [3 okazy], 2. Goryl [samica z Liverpool-Museum, przysłana w spirytusie przez kapitana Walkera z Afryki], 3. Chimpanzee [2 egzemplarze], 4. *Macacus rhesus* [2 egzemplarze], 5. *Macacus cinomolgus*, 6. *Cynocephalus hamadryas* [zwany Hepi albo lew baboon], 7. *Papio maimon* [czyli Mandryl], 8. *Ateles ater* [2 egzemplarze].

Przytoczę tutaj tablicę dotyczącą stawu biodro-udowego:

¹⁾ Allgemeine Naturkunde, 60 Lieferung, Der Mensch, II Heft 1 von Prof. JOHANNES RANKE. Leipzig, 1886. str. 9.

Typy mięśniowe człowieka i małp ¹⁾. Staw biodrowy.

<i>Musculus.</i>	Człowiek. %	Goryl. %	Chimpanzee. %	Hamadryas. %	Cynomolgus. %	Man-drill. %	Rhesus. %	Ateles. %						
Abductores.														
1. <i>Gluteus primus</i>	18,28	13,29	11,67	9,33	5,38	3,72	6,78	4,96						
2. <i>Tensor vaginae femoris</i>	2,33	2,10												
3. <i>Gluteus secundus</i> (α)	10,89	13,98	14,58	13,03	13,80	13,85	11,60	9,79						
4. <i>Gluteus secundus</i> (β)	1,43													
5. <i>Gluteus tertius</i>	3,52	1,75	4,17	1,93	1,93	2,06	1,71	0,89						
6. <i>Gluteus quartus</i>	—	—	—	—	—	—	—	1,27						
7. <i>Obturator internus</i>	3,22	1,92	2,08	2,13	1,79	3,14	2,15	3,93						
Flexores.														
1. <i>Rectus femoris</i>	4,94	3,50	3,75	5,55	5,79	5,15	6,19	6,49						
2. <i>Sartorius</i>	4,13	2,62	2,50	0,98	2,34	1,37	2,48	3,93						
3. <i>Iliacus</i>	4,25	7,00	11,67	11,47	10,49	8,47	8,99	11,18						
4. <i>Psoas</i>	4,89													
Extensores.														
1. <i>Biceps femoris</i>	5,50	7,86	5,84	17,21	16,56	17,34	13,36	8,13						
2. <i>Semitendinosus</i>	3,60	5,95	4,58	6,04	4,97	6,24	5,40	4,70						
3. <i>Semimembranosus</i>	4,27	2,45	3,33	3,62	3,58	4,45	5,13	5,08						
4. <i>Gracilis</i>	2,27	6,46	5,83	6,24	5,65	5,32	7,24	5,59						
5. <i>Quadratus femoris</i>	1,04	1,40	1,25	1,48	0,69	1,37	1,49	2,29						
Adductores.														
1. <i>Adductor primus</i>	16,58	9,97	19,18	17,59	24,14	23,00	23,69	26,55						
2. " <i>secundus</i> (α)														
3. " <i>secundus</i> (β)		14,33												
4. " <i>tertius</i>		2,39	2,91											
5. " <i>quartus</i>		3,82	2,45						3,33	—	—	0,45	1,15	
6. " <i>quintus</i>		1,35	0,87						0,83	0,65	0,96	1,49	0,71	1,78
7. <i>Obturator externus</i>		1,30	2,10						2,50	2,75	1,93	2,58	1,93	3,44
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00						

¹⁾ Principles of animal mechanics by the Rev. SAMUEL HAUGHTON F. R. S. London, 1873, str. 400 i dalsze.

Właściwości tedy mięśni stawu biodrowego u człowieka, łatwo z tej tablicy dostrzedz się dające, są takie:

1-o Mięsień pośladowy pierwszy jest ogromnie rozwinięty i zupełnie oddzielony od mięśnia naprężającego powięź szeroką, tymczasem u wszystkich czwororęcznych są daleko węższe i złączone w jeden przyrząd.

2-o To samo dotyczy mięśni biodro-udowego (*iliacus*) i lędźwiowego (*psaos*).

3-o *Glutaeus secundus* α i *glutaeus secundus* β są u człowieka rozdzielone.

4-o *Glutaeus quartus* nie istnieje.

5-o U człowieka znajdujemy doskonałą diferencjacyję mięśni ksobnych.

Dalsze różnice tychże mięśni widać z następującej tablicy, w której takowe porównane są grupami.

Zwierzęta.	Mięśnie uda.			
	Odsiebne.	Zginacze.	Wyprostne.	Ksobne.
	Odsetki.	Odsetki.	Odsetki.	Odsetki.
1. Człowiek	39,67	18,21	16,68	25,44
2. Goryl	33,04	13,12	24,12	29,72
3. Chimpanzee	32,50	17,92	20,83	28,75
4. Hamadryas	26,42	18,00	34,59	20,99
5. Cynomolgus	22,90	18,62	31,45	27,03
6. Mandrill	22,77	14,99	34,72	27,52
7. Rhesus	22,24	17,66	32,62	27,48
8. Ateles	20,84	21,60	25,79	31,77

Z tej tablicy widać, że w zginaczach i w mięśniach ksobnych nie można dostrzedz zbyt wielkich różnic, lecz że wyższość człowieka nad temi małpami polega na przewadze mięśni odsiebnych, kosztem wyprostnych, które są u małp więcej rozwinięte. Dzieje się to głównie wskutek nadzwyczajnego rozwoju mięśnia pośladowego wielkiego, który jest fundamentem prostej i wyniosłej (*erect*) postawy człowieka, oraz wskutek mniejszego rozwoju mięśnia dwugłowego uda, który jest mięśniem *par excellence* zwierzęcym, muskulem czworonogów.

* * *

Nie śmiem twierdzić, że spostrzeżenie moje powyżej podane stanowi unikat, nie mogłem jednak, pomimo długotrwałych i mozolnych poszukiwań, znaleźć ani jednego podobnego przypadku, w dostępnej mi literaturze lekarskiej.

Niezwykłe wygięcia kości krzyżowej napotykanie dość często, jak nie mniej tak zwana *spondylolisthesis sacri sine spondylolysi* MEYERA ¹⁾, zbyt się różnią od tej zmiany patologicznej którą opisałem i to mnie właśnie wstrzymało od obszerniejszego przedstawiania owych zniekształnień szkieletu.

Hypoteza o niedorozwoju ośrodka koordynacji ruchów, potrzebnych do prostego stania na dwóch nogach, pozostać musi naturalnie hipotezą, dopóki istnienie takiego ośrodka stwierdzonem nie zostanie, tą lub inną drogą. W każdym razie w mojem pojęciu przypuszczenie to ma wartość pewnego prawdopodobieństwa.

Czuję się też w obowiązku usprawiedliwić z tego, żem przytoczył w pracy mej zaledwie 1/3 część tych autorów, których dzieła posłużyły mi do jej napisania, żem pominął już nie VESALA ale CAMPERA, TYSSONA, AGASSIZA, GOULDA, DARWINA, HEUSINGERA, FOERSTERA, WAGNERA, BRANDTA, CARUS'a, HALLER'a, BLUMENBACH'a, LAMARCK'a, CUVIER'a, HOLLARD'a, JAROCKIEGO, WIGMAN'a, PERTY'ego, JONATAN'a FRANKLIN'a, RUHT'ego, BREHM'a, MECKEL'a [wyborne prace], MILNE-EDWARDS'a, HENNIG'a, WEBER'a, HUETER'a i wielu innych.

Prace ich miałem w ręku, bez przejrzenia prac tych nie śmiałybm napisać mego artykułu, przypuszczałem jednak, że należy uniknąć w danym razie przedławiania cytatami pracy, która nie zasługuje na to, aby ją rozdymać do poważnych monograficznych rozmiarów.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

3. Miller N. Th. Antyseptyka noworodków.

Nie bacząc na olbrzymi postęp w zastosowaniu antyseptyki w najrozmaitszych działach sztuki lekarskiej, odnośnie do noworodków nie znalazła ona dotychczas należytego uwzględnienia, chociaż zarówno podczas porodu jako też wraz po przyjściu na świat podlegać one mogą najrozmaitszym uszkodzeniom, do jakich uspasabia ich cienki naskórek, o delikatnem podłożu. Jeżeli przytem zwrócimy uwagę na liczne a szerokie naczynia włosowate i limfatyczne z odpowiednią energiją rozprawdzające krew i limfę w ich skórce, jeżeli przypomnimy sobie, że krew noworodków stosunkowo słabo krzepnie i wskutek tego tworzy nie tak mocne skrzepy w zanikających naczyniach płodowych (*arteriae umbilicales, vena umbilicalis, ductus Botalli et Arantii*), jeżeli dodamy do tego sprawę oddzielania się pępownicy [w końcu 4 lub 5 dnia po porodzie], łuszczenie się naskórka i nabłonka [z końcem pierwszego tygodnia], to łatwo przekonamy się jak liczne są drogi, przez które nastąpić może zakażenie drobnego ustroju.

W moskiewskim domu podrzutek $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{12}$ wszystkich przypadków śmierci zależy od różnorodnych spraw septyko-pyemicznych, a przyczyną tego nie brak pomysłnych warunków higienicznych w samym zakładzie, które są doprowadzone do możliwej doskonałości, lecz zaniedbanie w jakim dzieci pozostają przed przyjęciem do domu podrzutek. Wszystkie przypadki zakończone śmiercią, dadzą się podzielić na 3 grupy. Do pierwszej [39,5% wszystkich przypadków] należy t. z. *Septicaemia recens neonatorum v. Dissolutio sanguinis acuta neonatorum*. Dzieci umierają podczas pierwszych dni życia, zakażone przez matkę, która

¹⁾ Zur Lehre von der *spondylolisthesis* v. Prof. HERMANN MEYER in Zürich. Archiv für Gynäkologie Bd. XXXI. Heft. 1.

podczas ostatnich dni ciąży cierpiała na pyemiję. Przy sekcji znajdujemy: krew rzadką, ciemną, w jamach ustroju krwawe przesięki, często liczne wybroczyny i podbiegnięcia krwawe w błonach surowicznych; śledziona duża, miękka, wynaczynienia w wielu narządach; mniejsze lub większe stłuszczenie narządów mięsnych. Żadnych ropni. W pępowinie, pępku, naczyniach pępkowych żadnych zmian. Skóra i błony śluzowe całe, często w płucach wrodzone, płatowe zapalenie płuc.

Do drugiej, najliczniejszej grupy [49,5% wszystkich sekcji], należą przypadki, w których zarażenie nastąpiło przez ranę pępkową. Na wszystkich trupach tej kategorii znajdowano: ropienie fałdy pępkowej, zapalenie pępka, zapalenie naczyń pępkowych, przyczem częściej spotykano zapalenie tkanki łącznej na około tętnic i zapalenie samych tętnic aniżeli żył pępkowych. Zapalenie, rozprzestrzeniając się po naczyniach pępkowych, przechodziło na różnorodne narządy, drogą bezpośredniego rozprzestrzeniania się lub zatorów [ogniska apoplektyczne i ropnie metastatyczne].

Nie rzadko [w 9%] spotykał MILLER zapalenie pępka równocześnie z blenoragicznym zajęciem spojówki oczu, sądzi przeto, że w pewnych przypadkach zapalenie pępka powstać może pod wpływem jadu tryprovowego, bez współdziałania właściwych ropnych drobno—ustrojów.

Do trzeciej, najmniejszej grupy [15%], należą przypadki ropnicy, powstałe na skutek obecności różnorodnych, mniejszych i większych ognisk ropnych, róży, zapalenia opłucnej i osierdzia, zapalenia gruczołu sutkowego, zropienia guzów krwawych czaszkowych, jak nie mniej przypadki zdarzające się przy pleśniawkach [u dzieci atroficznych], przy owrzodzeniach przymiotowych jamy ustnej, po bąblicy (*pemphigus*), przy owrzodzeniach w jamie nosowej, lub też około odbytu, ropnych zapaleniach kości, po urazowych obrażeniach skóry przy porodzie i wreszcie po szczepieniu ospy ochronnej.

W celu zapobieżenia tym przykrym następstwom radzi autor postępować w następujący sposób:

1. Odnosnie do przypadków pierwszej kategorii poleca ścisłą antyseptykę podczas ostatnich dni ciąży i porodu: dezynfekowanie rąk i odzieży osób z otoczenia chorej, czystość ciężarnej *resp.* rodzącej, używanych narzędzi, środków opatrunkowych i t. p.. Zwraca przytem szczególną uwagę na dozorujące kobiety, które łatwo, podczas miesiączki, mogą być źródłem zakażenia.

2. W celu zapobieżenia zakażenia przez pępek, radzi przystępować do dziecka z rękoma i narzędziami należycie zdezynfekowanymi. Po przecięciu pępowiny [nożyczkami przepalonymi nad lampą spirytusową], część jej pozostałą przy dziecku obmyć należy 3—5% roztworem kwasu bornego lub salicylowego, osuszyć dobrze watą hygroskopijną i zasypać suto proszkiem RUNGEGO [1 część kwasu bornego na 3 części mąki kartoflanej, lub 1 część kwasu salicylowego na 5 części tejże mąki]. Potem pępowina powinna być zawinięta w watę hygroskopijną i przy pomocy bandażyka gumowego utrzymana po lewej stronie brzucha. Proszkiem RUNGEGO zasypywać należy dwa razy dziennie. Po każdej kąpieli pępowina powinna być starannie wysuszona. Jeżeli dziecko przybywa z ropiejącą cuchnącą pępowiną, to zgniłą jej część odcina się, resztę zaś i pępek obmywa się 2—3% roztworem kwasu karbolowego, osusza watą i zasypuje proszkiem złożonym z gipsu, talku i kwasu bornego.

Jeśli ropienie odbywa się w fałdzie pępkowej, w takim razie przemyć ją trzeba roztworem kwasu karbolowego, osuszyć, zapuścić kilka kropel 2% roztworu azotanu srebra i przysypać wspomnianym proszkiem antyseptycznym. Wrazie obfitszego ropienia lub rozpoczynającego się zapalenia pępka, autor używa, po uprzednim wymyciu pępka, jodoformu lub też kompresików z waty, zmoczanej w roztworze kwasu karbolowego lub octanu glinu. MILLER słusznie żąda, aby akuszerki dobrze wyuczały się właściwego sposobu postępowania z pę-

powiną i pępkiem, a nie posiłkowały się: waseliną, szmalcem, oliwą [bodaj karbolową], które tylko mogą dopomagać gniciu i rozkładowi.

3. W celu uniknięcia zarażenia jadem tryprowym posiłkuje się od roku zeszłego metodą CREDE'go i w tym celu każdemu noworodkowi przybywającemu do oddziału zrasza fałdę pępkową 2% roztworem azotanu srebra.

4. Przy pleśniawkach kilka razy dziennie przemywa się usta roztworem kwasu bornego, a miejsca podejrzone pędzluje, przy pomocy zawsze świeżych kulek waty, zamoczonych w płynach antyseptycznych. Miejsca pozbawione nabłonka, tuszuje mocnym roztworem lapisu.

5. Wszelkie obrażenia skóry leczy antyseptycznie [obmywanie roztworem kwasu bornego i jodoformu lub maść borna].

6. Przy szczepieniu ospy ochronnej, winno dziecko w przeddzień dostać ciepłą kąpiel. Tuż przed szczepieniem zmienia się bieliznę, obmywa płynem antyseptycznym rękę i ramię dziecka. Po zaszczepieniu i przyschnięciu miejsce zaszczepienia, usuwa się tymże płynem zaschlą krew. W okresie kwitnienia i przysychania króst obmywa się je roztworem dezynfekcyjnym i smaruje maścią borną lub jodoformową. Pilnie baczyć należy na czystość cieląt i stajen, w których one przebywają. Skórę na brzuchu cieląt, zarówno podczas szczepienia jak i przy zdejmowaniu lymfy, powinno się obmywać sublimatem, narzędzia zaś, rurki, wszelkie szkiełka poddawać ściślejszej dezynfekcyi. Jako najmniej niebezpieczny i zarazem najodpowiedniejszy środek dezynfekcyjny dla dzieci poleca MILLER kwas borny, którego użycie powierzyć można nawet najmniej doświadczonym dłońom.

(*Jahrb. f. Kinderterlkunde XXVIII. Bd.*).

Anders.

3. P. Bruns i Nauwerck [profesorowie w Tübingen]. **O działaniu przeciwgruźliczem jodoformu** (*Ueber die antituberkulöse Wirkung des Jodoform*).

Chociaż jodoform cieszy się szerokiem zastosowaniem, pytanie jednak o jego wpływie na sprawy gruźlicze pozostawało dotychczas nierozstrzygniętem; podczas gdy MOSERIG—MOORHOF, MIKULICZ przypisują mu swoiste działanie, inni natomiast przy obszernem użyciu nie mogli dopatrzeć się żadnego szczególnego działania; znowu inni jak KOENIG wprost odrzucają swoisty wpływ jodoformu, a dodatnie działanie przypisują tylko jego działaniu przeciwgnilnemu. B. i N. przyszedli do przekonania, że przy zwyczajnem klinicznem zastosowaniu jodoformu [posypywanie owrzodzeń, wprowadzanie pałeczek do przetok, bez uprzedniego wyskrobywania, wydlutowania, wyżegania ognisk gruźliczych, lub po takowem] niepodobna jest rozstrzygnąć powyższej sprawy i że jedyną drogą do tego jest stosowanie jodoformu pod postacią wstrzykiwań przy ropniach zimnych, jak to prawie jednocześnie wprowadzili w użycie MIKULICZ (*FRAENKEL Wien. med. Wochen. 1884. Nr. 26*) i VERNEUIL (*Congrès français de chirurgie Paris. 1885 str. 254*; MATTEI: *Traitement des abcès froids par l'injection d'iodoforme Thèse. 1884*; VERCHÈRE: *Traitement des abcès froids par les injections d'éther jodoformé. Revue de Chirurgie. 1886 p. 476*). W klinice Tybingeńskiej stosowano ten sposób 50 razy (ANDRASSY: *Beiträge zur klin. Chir. T. II. str. 311*), w sposób następujący: po wyciągnięciu szprycą ropy przy zachowaniu ostrożności przeciwgnilnych, wstrzykiwano przez tę samą igłę 10% emulsyję jodoformu na pół z gliceryną + wyskokiem; naraz używano 30—50 ctm. najwyżej 100 ctm., stosownie do wielkości ropnia. Wkłuwa się igłę tam, gdzie skóra do ropnia jest nie ścięńczona i nie zaczerwieniona, jeżeli przez dziurkę wylewa się emulsyja, to otwór się zasztywa. Po operacyi nigdy BRUNS nie widział u chorego gorączki, bólów lub innych objawów odczynu, nigdy też nie było objawów najłżejszego otrucia. Tymczasem po wstrzyknięciu VERNEUIL'owskiego roztworu jodoformu w eterze skutkiem ciepłoty ciała wywiązują się w jamie ropnia pary eteru, które rozdymają go, sprawiając nieznośne bóle; tu i ówdzie widziano groźne objawy; raz na szyi skutkiem par eteru nastąpił ucisk na tchawicę i objawy duszenia, drugi

raz na głowie, po wstrzyknięciu w kilka sekund pękła ściana ropnia, a pary eteru sprawiły nacieczenie gazu pod *galea*.

Dalszy przebieg po wstrzyknięciu jodoformu do jamy ropnia jest taki, że zrazu ropień jakby nabiera, lecz wkrótce tęchnie, zwolna maleje, a w 1—2 miesięcy zupełnie ginie, pozostawiając po sobie twardą bliznę. Zazwyczaj potrzeba jest zrobić 2—3 wstrzyknięcia w odstępach 3—4 tygodniowych. VERNEUIL w jednym przypadku olbrzymiego ropnia opadowego miednicy i uda wyciągnął 8—9 litrów ropy i po 8 wstrzyknięciach w ciągu 1½ roku osiągnął zupełne wyzdrowienie. Recydywa przychodzi przy użyciu tego sposobu w ropniach około stawowych, które łączą się cienkimi przetokami ze świeżymi ogniskami gruźliczemi w stawie lub w kości, zkad przybywa nowy materiał do zakażenia jamy ropnia.

Wyborny ten sposób leczenia zimnych ropni ma niezmierną wyższość nad szerokim przecięciem i wyskrobanie lub wycięciem błony ropnia, które wprawdzie od czasów LISTER'a przestało grozić choremu posocznicą, lecz w pewnych warunkach może być bardzo ciężką operacją.

Na zasadzie tego sposobu B. i N. przychodzą do wniosku, że jodoform posiada działanie miejscowe przeciw-gruźlicze.

Załatwiwszy się z tem pytaniem, autorowie przechodzą do drugiego: czy jodoform działa w sposób swoisty? Chcąc przekonać się, czy jodoform działa na same laseczniki gruźlicze, BRUNS u chorych z ropniami gruźliczemi w pewien rozmaity czas po wstrzyknięciu emulsji jodoformowej wycinał ścianę ropnia w całości i poddawał ją badaniu drobnowidzowemu. Przedewszystkiem dla porównywania dwóch możliwie jednostajnych ropni wyciął u tego samego osobnika jeden ropień zimny, powstały skutkiem próchnienia żebra bez poprzedniego wstrzyknięcia emulsji, a następnie takż sam ropień również od ogniska gruźliczego żebra w 3 tygodnie po wstrzyknięciu jodoformu. Niepodobna mi jest streszczać tu wszystkich przypadków badanych drobnowidzowo, ani podawać szczegółów samej metody, które pomijamy dla braku miejsca, a natomiast streszczamy najprzód obraz drobnowidzowy budowy ściany ropnia wyciętej bez uprzedniego wiania do niego emulsji jodoformowej. Na ścianie tej, mającej na grubość 0,5—0,7 ctm., odróżnić można idąc z zewnątrz do środka jamy cztery warstwy: 1-o szeroka, tęga, gęsta grubo-włóknista czyli sklerotyczna, uboga w komórki, przenizana kiściasto ułożonemi naczyniami dążącemi ku wnętrzu ropnia; tu i ówdzie nacieczenie drobnokomórkowe. 2-o nieznacznie warstwa ta przechodzi w drugą komórkowo-włóknistą, a od wnętrza prawie jedynie z samych komórek wrzecionowatych utkaną, bogatą w naczynia. 3-o na tej warstwie spoczywa dopiero ziarnina gruźlicza złożona z guziczków utkanych z licznych epitelioidnych, a wśród nich olbrzymich komórek z figurami podziału jąder. Granulacje niegruźlicze są skąpe; wędrujące leukocyty co do liczby w porównaniu z komórkami podobnemi do nabłonkowych stoją na drugim planie. Od tego pasa ziarniny ostro odcina się 4-a warstwa składająca się z tłuszczowego drobnego rozpadu, z komórek stłuszczających, rozpadających się. Laseczniki rzadka leżą w obu ostatnich warstwach.

Wręcz odmiennie przedstawia się ściana ropnia gruźliczego [gdyż wzięta od osobnika posiadającego i więcej ropni niewątpliwie gruźliczych] wycięta np. w 6 tygodni po wstrzyknięciu jodoformu, oczywiście najostrożniej obchodząc się z powierzchnią wewnętrzną, aby z niej niezetrzeć ropy i jodoformu: znikły z niej [pod drobnowidzem] warstwa ziarniny gruźliczej i warstwa serowato nekrotyczna; znikły gruzelki; napróżno szuka się laseczników. Tęga warstwa łącznotkankowa istnieje bez widocznej zmiany; wewnętrzna ściana ropnia tworzy obecnie pas włóknisto-wrzecionowato-komórkowy, ku wnętrzu rozpułchniony, nasiękły wysiękiem komórkowo-włóknikowym, ścianą naczyń tętniczych, im bliżej powierzchni wewnętrznej tem bardziej grubieją, światło ich się zwęża, tu i ów-

dzie zamyka pod wpływem *arteriitis* i w części *thrombosis hyalinosa*. Na podstawie licznych badań B. i N. przychodzą do przekonania, że jodoform wywiera swoisty wpływ na sprawę gruźliczą w zimnych ropniach, że pod jego działaniem giną laseczniki warstwy gruźliczych ziarnin; bujanie gruźlicze ustaje; następuje mocna emigracja białych ciałek krwi, które wnikają między komórki podobne do nabłonkowych, przez sute nacieczenie rozpułchniają tkankę gruzelka, który pod wpływem bogatej wypociny zapalnej ulega rozpadowi; jednocześnie występuje silne bujanie warstwy wrzecionowato-komórkowej, wytwarza się nadzwyczaj unaczyniona zdrowa tkanka ziarninowa, która znosi coraz bardziej części zawierające gruzelki, które ulegają stłuszczeniu i obumarciu. Po zniknięciu gruzelków naczynia się obliterują, ustaje wysiękanie, znika ziarnina lub zamienia się w warstwę wrzecionowato-komórkową, zawartość ropnia ulega wessaniu, a ściana jego kurczy się bliznowato.

(*Beiträge zur klin. Chirurgie, T. III, str. 133—163*). Wład. Matlakowski.

4. Unverricht [prof. w Dorpacie]. O stosunku tylnej okolicy kory mózgowej do napadu padaczkowego. (*Die Beziehungen der hinteren Rindengebiete zum epileptischen Anfall*).

Ogólnie dziś jest przyjętem, że z całej kory mózgowej, tylko t. zw. „okolica ruchowa (*zona motoria*)“ ma własności epilepto-genetyczne. Wprawdzie klinicyści spotykali niekiedy drgawki padaczkowe i przy cierpieniach umiejscowionych na zewnątrz tej okolicy, nawet daleko od niej, np. w zrazie potylicowym, co potwierdziły i doświadczenia na zwierzętach dokonywane, lecz i w tych przypadkach całą odpowiedzialność zwalono na „zonam motoriam“ i tłómaczono drgawki w pierwszym razie drażnieniem jej z odległości (*à distance*), a w drugim, rozchodzącymi się strumieniami elektrycznymi (*Stromschleifen*). Gdyby jednak strumienie te oboczne grały w tem istotną rolę, to drgawki powinnyby wtedy rozpoczynać się w mięśniach, których ośrodki najbliższe drażnionego miejsca leżą, czego doświadczenie nie potwierdziło. UNVERRICHT, opierając się na swych doświadczeniach, okolicę ruchową korową rozszerza na koszt tylnej części mózgu [która jest ośrodkiem wzrokowym]. Już FERRIER widział, iż drażnienie u zwierząt pewnego miejsca [oznaczonego na jego rysunkach Nr. 13 i 14] tylnej części 2 zawoju podłużnego wywołuje skierowanie głowy i oczów w przeciwną stronę, rozszerzenie źrenicy, strzyżenie uchem przeciwległym, jednym słowem ruchy jakie występują przy przestraszu, gdy np. głośno krzyknijemy zwierzęciu w ucho. Ruchy te FERRIER uważał za odruchy wywołane widziadłami wzrokowymi [Nr. 13], lub słuchowymi [Nr. 14], powstałymi przez drażnienie ośrodków wzroku lub słuchu, a na dowód słuszności tłómaczenia przytaczał fakt, iż zniszczenie tychże miejsc pociągało zaburzenia wzroku lub słuchu. Podobne ruchy widział przy doświadczeniach i UNVERRICHT, występowały one nawet wtedy, gdy używał strumienia elektrycznego minimalnej siły, przy którym nie mogło być mowy o strumieniach obocznych. Przy drażnieniu miejsca odpowiadającego N-r 13 FERRIER'a, następowały ruchy gałek ocznych w przeciwną stronę [przy drażnieniu np. lewej półkuli mózgowej — w prawą]. UNVERRICHT różni się od FERRIER'a tłómaczeniem tych ruchów, nie uważa ich za odruchy, lecz za ruchy zależne od drażnienia ośrodka korowego mięśni bocznych gałek. Jeszcze stalej mógł on oznaczać ośrodek mięśni usznych [w miejscu odpowiadającym Nr. 147 FERRIER'a]. Co do rozszerzenia źrenicy i szpary powiekowej, oraz wysadzenia gałki z oczodołu, jakie jednocześnie z ruchami bocznymi gałek występują, U. czyni je zależnymi od podrażnienia ośrodka tych ruchów, znajdując się u zwierząt na 2 zawoju mózgowym czołowym, w miejscu gdzie takowy okrąża *gyrus sigmoideus* [ośrodek oznaczony również przez FERRIER'a i KATSCHANOWSKY'ego], ośrodka assocyjacyjnie działającego z ośrodkiem mięśni koszących gałkę oczną na bok. Drażnienie dłuższe tych ośrodków u psa, wywoływało

drgawki całej połowy ciała lub ogólne, które zaczynały się albo drganiem oczu (*nystagmus laterális*) lub uszów, tak samo więc jak drażnienie ośrodków mięśni twarzy lub kończyn powoduje padaczkę zaczynającą się stale w mięśniach twarzy lub kończyn. Istnienie ośrodka dla ruchów bocznych oczu w tem miejscu [w sąsiedztwie ośrodka wzroku] i tylko dla tych ruchów, U. tłumaczy tem, iż ruchy te są w ścisłym związku z czynnością tylnych zrazów mózgu. Zadaniem ich jest, jak wiemy, przyjęcie i przeróbka wrażeń doznanych na siatkówce. Każdy zraz potylicowy jest w związku z połowami siatkówek obu ocz, z połowami po tejże samej stracie co półkula mózgowa leżącemi. Zniszczenia go wywołuje połowiczną ślepotą (*hemianopsia homonyma*), a drażnienie — omamy wzrokowe. W lewej więc np. półkuli mózgowej, która zaopatruje w nerwy lewe połowy obu siatkówek, zostają spostrzeżone przedmioty świata zewnętrznego, leżące na prawo od linii widzenia, i ażeby przy tej czynności każdy z przedmiotów mógł wpaść linii patrzenia, gałki oczne muszą być poruszone w prawo.

I klinicznych dowodów nie brak UNVERRICHT'owi na potwierdzenie: 1) iż w tylnym zrazie mózgowym jest ośrodek ruchów bocznych gałek ocznych i 2) iż drażnienie tego miejsca jako takie, a nie przez przeniesienie się na „okolicę korową ruchową“, może wywołać drgawki padaczkowe. Jako takie dowody przytacza autor przedewszystkiem fakt oddawna znany, iż u niektórych epileptyków, napad drgawek poprzedzają stale omamy wzrokowe [widzenia barw (*aura chromatica*), iskier, różnych przedmiotów, istot żyjących], i najnowsze spostrzeżenia WESTPHAL'a, HAAB'a REINHARD'a, ARNDT'a, BANTI'ego, LEYDEN'a, u których za życia obserwowano: hemianopsję, zboczenie boczne oczu lub *nystagmus*, drgawki, które bądź to ograniczały się tylko do mięśni bocznych ocznych lub przechodziły i na inne mięśnie tejże samej połowy ciała, a na sekeyi znajdowano cierpienie zrazu potylicowego. Jeśli dalsze badania potwierdzą pogląd UNVERRICHT'a, to będziemy mogli wyróżnić 2 postacie padaczki pochodzenia korowego, jedna dotychczas znana pod nazwą padaczki JACKSON'a, której podstawą anatomiczną jest cierpienie „*zonae motoricae corticalis*“, a klinicznie cechującą się drgawkami poczynającemi się stale w pewnej grupie mięśni, i bądź to nich ograniczonymi, bądź i inne mięśnie tejże połowy ciała zajmującemi i następczem porażeniem mięśni, w których drgawki się rozpoczynają i drugą zależną od cierpienia zrazu potylicowego a klinicznie cechującą się ślepotą połowiczną i drgawkami klonicznymi (*nystagmus*), lub tonicznymi (*deviatio conjugata*) mięśni bocznych ocznych rozprzestrzeniać się mogącemi i na mięśnie całej połowy ciała.

(*Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 44. Hft 1. 1888*).

W. Gajkiewicz.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE

Na posiedzeniu klinicznem dnia 15. I. 1889 roku kol. BORSUK przedstawił chorą z oddziału kol. MATLAKOWSKIEGO, u której z powodu ogromnego owrzodzenia na goleni było wykonane przeszczepienie płatów skórnych sposobem THIERSCH'a. Podczas operacji i przy opatrunkach, zamiast roztworu soli kuchennej, jak radzi THIERSCH, używano fenolu [2%] i sublimatu [0,1%]. Prócz tego płaty ścinano nożem amputacyjnym, starając się aby płat ścięty pozostał na swoim pierwotnem miejscu, następnie przykrywano płat kawałkiem silku, tak, aby tenże ściśle do płatu przylegał. Wtedy dopiero przenoszono płat razem z silkiem na miejsce przeznaczenia. Unikano tym sposobem zawijania brzegów płatu. Wynik tak zmodyfikowanego sposobu THIERSCH'a był ze wszech miar zadowalający.

W dalszym ciągu kol. STANKIEWICZ mówił o leczeniu zwężeń cewki moczowej i opisał szczegółowo trzy własne spostrzeżenia. Przypadek 1-szy

dotyczył 72-letniego mężczyzny, który przed 6 laty miał robioną *uretrotomiam internam*. Zwężenie wróciło, utworzył się w międzykroczu ropień moczowy z 4 przetokami. Zrobiono *uretrotomiam externam*, założono cewnik *à demeure*. Z powodu modzelowatego zniszczenia cewki na przestrzeni 2 ctm., kol. S. dla pokrycia rany zrobił operacyjną plastyczną, po której pozostał bardzo mały otworek w kroczu. Cewnik trzymany był w pęcherzu przez 4 miesiące bez wywołania objawów szkodliwych. Chory po wyjściu ze szpitala przeszedł *cystitis* po kateteryzacji, ale obecnie jest zdrow zupełnie. W przypadku 2-im 86-letni letni lekarz, wskutek zadawnionego zwężenia cewki, dostał ropnia moczowego w kroczu z objawami gangreny, silnej gorączki i upadku sił. Zrobiono głębokie cięcie, poczem ciepłota spadła i rozpad się ograniczył. We 2 miesiące zrobiono *uretrotomiam internam* i zostawiono cewnik w pęcherzu przez miesiąc. Wyzdrowienie zupełne. Przypadek 3-ci kol. S. obserwował u 29-letniego owczarza, cierpiącego od lat 13 na zwężenie cewki. Tu istniały przetoki po bokach prącia i w przedniej jego części. Cały napletek i tkanka łączna, skutkiem przewlekłego nacieku moczowego, utworzyły rodzaj guza wielkości małego jabłka, twardości chrząstki. Po przecięciu guza znaleziono zwężenie na 3 ctm. od ujścia; przecięto je sposobem *MAISONNEUVE'a*, ale skutkiem twardych i niepodatnych ścian nie można było przeprowadzić żadnego cewnika do pęcherza. W nocy przyszły objawy silnej gorączki i upadku sił. Nastąpiło nacieczenie moczowe w *scrotum* i pachwinie. Wykonano cięcie przez całą mosznę i *uretrotom. externam* przyczem założono cewnik do pęcherza. Ciepłota spadła, objawy zgorzeli wstrzymano. Po kilku tygodniach przeprowadzono cewnik przez zwężenie od tyłu. Po 6 tygodniach zagojenie zupełne. W końcu kol. S. wyciął guz, który był przerostem włóknistym niesłychanie twardym napletka i tkanki łącznej. Wyleczenie zupełne nastąpiło po 3 miesiącach.

W końcu kol. S. robi niektóre uwagi ogólne co do uretrotomii zewnętrznej, resekcji cewki i zeszycia tejże przy modzelowatych zwężeniach.

Niezależnie od swego odczytu kol. S. demonstrował dwie torbiele, wydobyte z więzów szerokich jednej kobiety. Torbiel lewa skórzasta (*cysta dermoidalis*) miała dwa litry zawartości gęstej szaro-żółtawej, a nadto zwój włosów i zęby wrosnięte w ścianie guza. Druga torbiel, wielkości główki małego dziecka, miała zawartość płynną, a wewnątrz narośle brodawkowate. Dalej kol. S. przedstawił 2-ie powiększone dziesięciokrotnie nerki, pochodzące od jednego chorego. Nerki te były przepełnione torbielami różnej wielkości, powstałymi z rozszerzenia kanalików mózgowych. Chory, od którego te nerki pochodzą, przybył do szpitala z objawami hematurji i upadku tętna, a nazajutrz zmarł.

Kol. HEIMAN przedstawił chorego z wrzodem taszkienckim (*Bouton d'Alep*) muszli usznej. Dotyczył on oficera niedawno przybyłego z Samarkandy, który już od r. 1883 cierpi na tę chorobę endemiczną, panującą w krajach gorących przeważnie nad południowym brzegiem morza śródziemnego. U danego osobnika cierpienie początkowo wystąpiło pod lewą powieką dolną, po pewnym czasie pod wargą dolną, następnie na plecach, poczem znowu na prawym policzku, na wardze górnej, pod nosem i nareszcie na wiosnę r. z. na muszli usznej, na której cierpienie trwa dotąd, jakkolwiek obecnie choroba jest już w okresie gojenia. Kol. H. już drugi raz spostrzegł przypadek tej choroby [pierwszy w roku 1883, opisany w *Gazecie Lekarskiej*]. Po przedstawieniu chorego kol. H. w krótkości określił, co rozumiemy pod wrzodem taszkienckim, opisał jego objawy, patologiję rozpoznanie i leczenie. Badań bakteriologicznych dotąd nie wykonano.

W końcu posiedzenia kol. POLAK odczytał uwagi nad instrukcją o kanalizowaniu domów. Rzecz ta w całości jest drukowaną w bieżącym numerze „zdrowia“.

Wiadomości bieżące.

Warszawa, W Grudniu r. z. wielce zasłużony w nauce 70-letni prof. PETTENKOFFER w Monachium obchodził jubileusz. Z tej okazji utworzonym został fundusz stypendyjalny jego imienia. Berlin nie przyjął udziału w składkach na ten cel.

— LAWSON TAIT w Londynie wykonał w tych czasach 2000-ną laparotomię. W pierwszym tysiącu śmiertelność wynosiła 9,2%, w drugim zaledwie 5,3%.

— W stanie New Yorku od 1 Stycznia mają tracić skazanych na śmierć zapomocą prądu elektrycznego. Według badań H. P. BROWN'a koń ważący 1230 funtów zostaje zabitym natychmiastowo strumieniem o sile 700 volt.

— Dla lekarzy zmuszonych często myć ręce w celach dezynfekcyi i narażonych z tego powodu na pękania skóry, poleca G. MEYER maść: *Lanolini* 100,0; *Parafini liquid.* 25,0; *Vanilini* 0,1; *Oli rosarum* gtt. 1. *M. f. terendo Unguentum*, — którą radzi dokładnie wcierać po każdym myciu rąk. Zbytek maści usuwa się ręcznikiem. (*Berl. klin. Woch. Nr. 2*).

— W towarzystwie lekarzy wiedeńskich na posiedzeniu z d. 11 Stycznia w dyskusyi o dyfteryicy D-r HAJEK zaznaczył, że statystyczne badania miejskiego fizykatu przekonały go o dodatnim wpływie dymu tytoniowego, znalazł bowiem, że mężczyźni rzadziej niż kobiety zapadają na dyfteryt [1:3]. W N-rze 46 Gazety Lekarskiej z r. z. wspominaliśmy o badaniach TASSINARI'ego nad wpływem dymu tytoniowego na rozwój bakteryi.

— Na klinice BILLROTH'a w Wiedniu w przypadkach połknięcia ciał obcych z pomyślnym skutkiem stosują angielską metodę podawania w dużych ilościach kartofli do jedzenia. Kartofle jednostajnie rozszerzając kiszki nie pozwalają ciału obcemu zatrzymywać się i wydalają je w kilka dni *per vias naturales*. W ten sposób wydalone zostały w ostatnich czasach połknięte ciała obce: gwóźdź, ciężarki, igła, sztuczne zęby.

— Według rozporządzenia gubernatora Odeskiego stosujący hypnotyzm obowiązani są wzywać przynajmniej dwóch innych lekarzy do każdego seansu.

— W Portugalii władze zabroniły publicznych hypnotycznych posiedzeń.

— C. LIEBERMANN i F. GIESEL otrzymali z ubocznej zasady kokainy — ecgoninę, z tej zaś ostatniej przez syntezę sztuczną kokainę. Wprawdzie w r. 1885 MERK otrzymał również sztuczną kokainę, lecz jego metoda otrzymywania nie miała znaczenia praktycznego. Kokaina wytworzona syntetycznie przez LIEBERMANN'a i GIESEL'a jest zupełnie identyczna z czystym naturalnym alkaloidem i wolna od ubocznych alkaloidów znajdujących się w handlowej kokainie, które posiadają działanie drażniące i są powodem ubocznych tak często występujących przykrych przypadłości.

— W r. b. zaczął wychodzić w Paryżu dwumiesięcznik, poświęcony medycynie doświadczalnej i anatomii patologicznej, wydawany przez GRANCHER'a, LÉPINE'a, STRAUSS'a i JOFFROY'a, pod redakcją CHARCOT'a — noszący tytuł: „*Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*” (cena 26 fr. rocznie).

Pod względem treści ma to być dalszy ciąg i uzupełnienie kwartalnika, wychodzącego od lat 20 pod redakcją BROWN-SÉQUARD'a, CHARCOT'a i VULPIAN'a p. t. *Archives de physiologie normale et pathologique*. Redakcja zamierza jaknajszerzej uwzględnić obok bakterjologii kwestyje anatomii patologicznej, patogenii, chemii biologicznej i terapii doświadczalnej. W 1-ym Stycznimowym zeszytcie tego pisma znajdujemy następujące prace: 1. STRAUSS i DUBARY: Poszukiwania nad długością życia pasorzytów chorobotwórczych w wodzie, 2. GRANCHER i DESCHAMPS: Poszukiwania nad lasecznikiem tyfusowym w ziemi. 3. LÉPINE: O działaniu niektórych środków przeciwgorączkowych na chłonięcie węglowodanów. 4. MARTINI: Wiadomość o hodowlach lasecznika gruźliczego. 5. LANNEGRACE: Wpływ obrażeń korowych mózgu na wzrok, 6. JOFFROY i ACHARD: Przyczynek do anatomii patologicznej ostrego paraliżu dziecięcego. 7. DARIER: Przyczynek do badań nad epitelijomatem gruczołów potowych. 8. TROISIER i MENÉTRIER: Histologija plan bliznowych w skórze. W dziale krytycznym spotykamy obszerny artykuł STRAUSS'a „O samoródtwie”. W dziale sprawozdawczym — dwa referaty. Do zeszytu dołączone są 4 tablice kolorowane rysunków i fotografija hodowli laseczników gruźliczych w próbach.

— W Marburgu zmarły d. 12 Grudnia r. z. prof. WILHELM ROSER w wieku lat 72, znany był między innymi z wydanego *Handbuch der anatomischen Chirurgie, Chirurgisches Vademecum*.

— Zmarł w Odesie D-r HENRYK STANKIEWICZ.

— Zmarł w Wiedniu D-r L. WITTELSTÖFER wieloletni redaktor „*Wiener medizinische Wochenschrift*”.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog księgarni W-go Wendego i S-ki” za miesiąc Grudzień 1888 r.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wl. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 13 Января 1889 г.

Друк К. Ковалевського, Крólewska Nr. 29.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1 Stycznia 1889 rok dwudziesty ósmy swego istnienia i wychodzić będzie w formacie in 4-to w objętości 1 1/2 arkusza na tydzień, jak najregularniej.

Wszystkie prace umieszczane w Przeglądzie Lekarskim, tak oryginalne jakoteż nieoryginalne są płatne.

Prenumerata Przeglądu Lekarskiego z przesyłką pocztową bezpośrednią wynosi:

	w Austrii	w Królestwie Polskiem i Cesarstwie rosyjskiem	w Cesarstwie niemieckiem
rocznie	8 zlr. 80 c.	6 rsr.	16 marek.
półrocznie	4 " 40 "	3 " "	6 " "
kwartalnie	2 " 20 "	1 1/2 " "	4 " "

we Francji i Belgii.

rocznie 24 franki, półrocznie 12 franków, kwartalnie 6 franków.

W innych krajach według przepisów pocztowych.

Prenumeratę przyjmują: w Krakowie Administracja, nadto w Warszawie pp. Ge-
bethner i Wolff, w Paryżu, p. Adam, Rue Clément 4.—Ogłoszenia przyjmują: Administracja oraz
w Paryżu p. Adam, Rue Clément 4 i p. Leszczyński Bd Voltaire 104bis 3—3

D-r E. Brühl,

ordynuje od 16 Września do 10 Maja w Meranie, Marktgasse 5,

od 15 Maja do 15 Września w Gleichbergu, Villa Max. 12—6

Levico

naturalna woda mineralna w arsen i żelazo zasobna (roz-
biór prof. Ludwika Bartha Wiedeń), z silnem działaniem
leczniczem w osłabieniu, niedokrwistości, nerwowości, cho-
robach krwi i skóry, nieprawidłowościach perjodów i t. d.
Składy w aptekach i składach wód mineralnych. Woda
świeżego napełnienia sprzedaje w aptekach pp. T. Heinrich-
cha, H. Kucharzewskiego, L. Ziemińskiego i K. Lilpopa
w Warszawie. 10—9

0—2

Z początkiem roku bieżącego

NAKŁADEM REDAKCYI GAZETY LEKARSKIEJ

wychodzić będzie szereg

ODCZYTÓW KLINICZNYCH,

zarówno tłómaczonych jak i oryginalnych, których treść poczerpnięta przeważnie
z dziedziny medycyny praktycznej:

Pierwsze zeszyty zawierać będą następujące prace:

Heubner. *Dyfteryt szkarlatynowy i jego leczenie.*

Struempel. *Nerwice pochodzenia traumatycznego.*

Sahli. *Najnowsze poglądy na istotę chorób zakaźnych (odczyt
podwójny).*

Loevenfeld. *Nowoczesne metody leczenia neurastenii i histeryi
(odczyt podwójny).*

Odczyty kliniczne wychodzić będą mniej więcej w miesięcznych odstępach
czasu, w objętości średnio 2 arkuszy druku. Pierwszy odczyt wyjdzie w drugiej
połowie Stycznia. Cena odczytu wynosi 30 kop.; wnoszący należność za 12 od-
czytów z góry płaci tylko 3 rs.

Nabywać można w Administracji Gazety Lekarskiej i wszystkich księgarniach.