

GAZETA LEKARSKA

I. NIEZWYKLE RZADKA POSTAĆ ZMIENNEGO SKRZYWIENIA

BOCZNEGO KRĘGOSŁUPA W PRZEBIEGU RWY KULSZOWEJ.

(*Scoliosis ischiatica alternans*).

Podał

D-r med. H. Higier,

były asystent szpitala starozakonných w Warszawie.

Przed kilku laty [1892] miałem sposobność opisać pięć przypadków rzadko spostrzeganej postaci rwy kulszowej, ciekawej ze względu na to, że w przebiegu jej dołącza się boczne skrzywienie kręgosłupa, objaw, który zasługuje na uwagę tak z punktu widzenia patogenezy, jak i rozpoznawania różniczkowego. Zboczenie to, zwane powszechnie „*scoliosis ischiatica*“, zaproponowałem, ze względu na przypadek skoliozy przy nerwobólu lędźwiowym, ochrzcić bardziej odpowiedniem i ogólniejszem mianem „*scoliosis neuralgica s. neuritica*“. Obecnie wracam do tegoż samego przedmiotu, bynajmniej jednak nie dlatego, ażeby wzbogacić kilku nowemi spostrzeżeniami i tak już obfitą w ostatnich latach kazuistykę danego przedmiotu, lecz by zwrócić uwagę na pewną wyjątkowo rzadką odmianę skrzywienia boczne go kręgosłupa przy rwie kulszowej, o czem w krótkości tylko nadmienilem w pierwszej swej pracy ¹⁾).

W przypadku owym [spoztrzeżenie III] istniała ciężka, jednostronna rwa kulszowa u starszego już, hypochondrycznie usposobionego mężczyzny; towarzyszące zaś jej skrzywienie boczne kręgosłupa zmieniało kilkakrotnie w ciągu choroby swój kierunek. Z jednym wówczas analogicznym przypadkiem „zmiennej“ skoliozy REMAK'a ²⁾ mój przypadek miał to wspólne go, że zboczenie kręgosłupa było zmienne; poza tem różnił się on wybitnie od przypadku REMAK'a wieloma cechami klinicznymi. Najbardziej rzucała się w oczy okoliczność, że istniejące w danym momencie skrzywienie kręgosłupa u mego chorego zmieniało kierunek swój całkiem niezależnie od woli chorego i wśród na-

¹⁾ HIGIER. Fünf Fälle von Ischias scoliotica. Deut. med. Woch. 1892. Gazeta Lekarska. 1892.

²⁾ REMAK. Alternirende Scoliose bei Ischias. Deut. med. Woch. 1891.

padów dotkliwego bólu, chory zaś REMAK'a był w stanie zamieniać skoliozę prawostronną na lewostronną zupełnie dowolnie przy pomocy pewnych manipulacji. Tak przypadek REMAK'a, jak i mój pozostały w piśmiennictwie lekarskim odosobnionymi. Co się tyczy mego przypadku zmiennego skrzywienia kręgosłupa, to ze względu na to, iż, odnośnie do zmiany kierunku owego skrzywienia, opierałem się jedynie na danych wywiadowych, przedstawiał się on wielu autorom dość zagadkowym. Wprawdzie już wówczas, zważywszy spostrzeżenie REMAK'a, nie miałem zupełnie najmniejszej podstawy do powątpiewania o prawdziwości słów mego chorego, jednak przypadek ten bezwarunkowo nie mógł być dowodem namacalnym, któryby stwierdził możliwość istnienia jakiejś nowej odmiany kulszowego skrzywienia boczno-kręgosłupa.

Po trzyletnich daremnych poszukiwaniach znajduję się obecnie w tem szczęśliwym położeniu, że mogę zakomunikować nowy, zupełnie analogiczny przypadek, w przebiegu którego dwukrotnie osobiście stwierdziłem samoistną zmianę kierunku skrzywienia boczno-kręgosłupa. Do opisu tego przypadku ciekawego pod względem klinicznym przystępuję z tem większą ochotą, że niedawno, w trakcie opracowywania niniejszej notatki, wpadła mi w ręce świeżo wydana [1895], ciekawa rozprawa z kliniki prof. DEBOVE'a, w której autor ¹⁾ uzupełnia dwa istniejące spostrzeżenia szeregiem nowych. „*Tel était jusqu'ici, exprime-t-il on ²⁾, le bilan de la scoliose alternante, réduit en somme à un spécimen de chaque variété [REMAK, HIGIER]. En l'espace d'un an et demi, nous avons eu l'occasion d'en observer trois nouveaux cas, qui tous d'ailleurs se rapportent au type décrit par HIGIER*“.

Zanim przejdę do omówienia przypadków PHULPIN'a, wspomnę w kilku słowach o właściwościach klinicznych skrzywienia kręgosłupa boczno-kręgosłupa przy rwie kulszowej wogóle. Różnorodny wielce obraz chorobowy skrzywienia tułowia przy rwie kulszowej został bardzo dokładnie zbadany, dzięki licznym pracom klinicznym z ostatnich lat kilku, i sądzę, że tylko badania, prowadzone na trupach, mogłyby jeszcze dostarczyć wielu nowych szczegółów. Zbiór objawów chorobowych jest bardzo typowy, w krótkości też załatwię się z nim, zamilczę zaś zupełnie o stronie patogenetycznej skoliozy kulszowej.

W przebiegu rwy kulszowej spostrzegamy u pewnej części chorych skrzywienie ciała, mniej lub więcej wydatne, które zbliża się w głównych swych zarysach do obrazu „skrzyżowanej“ skoliozy, opisanego dokładnie przez GUSSENBAUER'a i ALBERT'a, a później przez BALLET'a i BABIŃSKIEGO. Najbardziej cechuje tę nieprawidłową postawę ciała rzucanie tułowia w stronę zdrową, dzięki czemu biodro po stronie chorej uwalnia się od ciężaru ciała. Jest to najczystsza, zaczątkowa postać zboczenia w układzie ciała, t. zw. skrzywienie kręgosłupa boczne, całkowite (*scoliosis totalis* ALBERT'a), gdzie kręgosłup przedstawia się w postaci łuku, ciągnącego się od pierwszego kręgu aż do kości biodrowej, i gdzie szczyt tego skrzywienia odpowiada górnym kręgom lędź-

¹⁾ E. PHULPIN. La sciatique, en particulier contribution à l'étude des scolioles homologues et alternantes. Thèse inaugurale. Paris. 1895.

²⁾ loc. cit., str. 57.

wiowym. W rzadkich przypadkach skrzywienie kręgosłupa całkowite pozostaje bez zmiany w ciągu całego trwania choroby, zazwyczaj tworzy się po kilku dniach, obok głównego zgięcia, jedno lub kilka skrzywień dodatkowych, kompensacyjnych. Najważniejsze z nich jest skrzywienie grzbietowe kręgosłupa w kierunku przeciwnym do zgięcia zasadniczego, wyrównywa ono, pod pewnym względem zboczenia w postawie osobnika, szczególnie nieprawidłowe unoszenie ramion, zależne od głównego skrzywienia kręgosłupa. Czasami, jeśli skrzywienie grzbietowe osiąga wysokiego stopnia, wytwarza się obok drugiego trzecie skrzywienie, mianowicie w okolicy szyjowej, którego kierunek odpowiada zasadniczemu skrzywieniu kręgosłupa.

Dalszą, prawie stałą komplikacją skrzywienia kręgosłupa bocznego całkowitego (*scoliosis totalis*) jest zgięcie tułowia ku przodowi (*kyphosis*). Zgięcie to, umiejscowione w obrębie kręgów lędźwiowych, ma niekiedy przewagę nad skrzywieniem bocznym, tak, że na pierwszy rzut oka możnaby mówić tu o *ischias kyphotica*. Szczególniej rażąca bywa kifoza przy rwie kulszowej obustronnej, której towarzyszy w późniejszych okresach porażenie mięśni podłużnych tułowia.

Obok skrzywienia kręgosłupa do przodu i na bok spotykamy niejednokrotnie skręcenie (*rotatio*) kręgów lędźwiowych naokoło osi pionowej, wyrażone mniej lub więcej wybitnie; objawowi temu towarzyszy zwykle skręcenie w odwrotnym kierunku grzbietowej części kręgosłupa. Skrzyżowaną skoliozę, albo prawidłowej kifo-skoliozę rozpoznajemy, w większości przypadków rwy kulszowej, już z pewnej odległości i to całkiem dokładnie. Gdzie skrzywienie kręgosłupa wyrażone jest blado, tam posilkujemy się przy stawianiu rozpoznania niektórymi typowymi zboczeniami w postawie. Głowę chory trzyma po większej części prosto; lecz jeśli spuścimy od potylicy, w kierunku pionowym, jakiś ciężarek, to nie dosięgnie on środkowego punktu między piętami, a zależnie od stopnia skrzywienia kręgosłupa, dosięgnie zewnętrznego lub wewnętrznego brzegu pięty po stronie zdrowej. Ramiona nie stoją na jednakowej wysokości; najczęściej ramię po stronie chorej podane jest jednocześnie ku tyłowi. W tych razach, w których skrzywienie kręgosłupa lędźwiowo-grzbietowe nie prowadzi za sobą skrzywienia kompensacyjnego szyjowo-grzbietowego, ramię po stronie zdrowej opuszczone jest bardziej, niż po stronie chorej. Przestrzeń między brzegiem żeber a grzebieniem kości biodrowej jest znacznie skróconą po stronie zdrowej, niekiedy nawet całkiem zniesioną, tak, że łuk żebrowy prawie leży na miednicy; w wyjątkowych przypadkach spostrzegano [SOUDOUS, MASURKE] wprost odmienne stosunki. U ludzi otyłych, z nieznacznym skrzywieniem bocznym kręgosłupa, to ostatnie rozpoznajemy po delikatnych poprzecznych fałdach skóry, jakie tworzą się ponad grzebieniem kości biodrowej na stronie zdrowej [BABIŃSKI]. Chory najczęściej stąpa zupełnie prawidłowo i równomiernie, chora kończyna dolna jest nieco zgięta w stawie biodrowym oraz kolanowym. Rzadziej spotykamy postawę odsiebną chorej kończyny oraz skręcenie stopy na zewnątrz. Po większej części miednica pochyla, się ku stronie chorej, wskutek czego możliwym jest opieranie się całą podszewką o podłogę, pomimo tego, że kolano oraz biodro są zgięte po stronie chorej.

Powyższy objaw ułatwia rozpoznanie różniczkowe pomiędzy *coxalgia* i *ischias*. W tych nielicznych przypadkach, w których chory nie opiera się całą podszwą o podłogę, można stwierdzić albo znaczny ból w pięcie [PHULPIN], albo też brak opuszczenia się miednicy po stronie chorej [CHARCOT]. Niektórzy autorowie nie uznają zupełnie za charakterystyczne opuszczenia miednicy, ani skrzywienia kręgosłupa [MASURKE].

Niekiedy skrzywienie kręgosłupa boczne jest tak nieznaczne, że można je zauważyć dopiero wtedy, kiedy chory chodzi zaczyna. Zboczenia kręgosłupa, zwłaszcza kompensacyjne, są niesłychanie zmienne, nietrwałe; często-kroć dają się one wyrównać przy zawieszaniu chorego. Niekiedy skrzywienie kręgosłupa znika podczas leżenia w łóżku, w spokoju; odwrotnie wzmaga się ono przy długotrwałem staniu lub chodzeniu, jakoteż wskutek silnych napadów bólu. W okresie późniejszym choroby pacjent nie jest już w stanie poprawiać dowolnie wadliwej postawy kręgosłupa, nawet leżąc całkiem poziomo.

Wogóle, można przyjąć za zasadę, że skrzywienie boczne kręgosłupa rozwija się tylko w przypadkach ciężkiej i uporczywej rwy kulszowej, i że stopień skrzywienia zależnym jest od natężenia bólów i od tego, jak długo trwa nerwoból. Że jednak istnieją wyjątki od powyższego prawidła, dowiódł już przed laty BALLEET, a i ja wspomniałem w wyżej przytoczonej pracy swojej o analogicznym przypadku lekkiej rwy kulszowej, której towarzyszyło wyraźne skrzywienie kręgosłupa boczne. W każdym razie, w przeważnej liczbie przypadków skolioza znika równocześnie z ustąpieniem bólów kulszowych, lub wkrótce po ustąpieniu ich. Jeżeli skrzywienie pozostaje czas dłuższy nawet po ustąpieniu nerwobólu, wówczas należy, z wszelkiem prawdopodobieństwem, podejrzewać albo przykurczenie czynnościowe, podobne np. do kurczu pisarskiego lub do kurczu skrzypków, albo też istotne skurczenie się ścięgien łącznotkankowe, jakie spotykamy niekiedy w przypadkach ciężkich przykurczeń histerycznych. W pojedynczych przypadkach, w których nerwoból kulszowy jest objawem częściowym rozległego zapalenia całego splotu lędźwiokrzyżowego (*nevritis plex. lumbosacralis*), skrzywienie kręgosłupa boczne trwa przez czas dłuższy wskutek osłabienia niedowładowego całej muskulatury okolicy lędźwiowej po stronie chorej. Zanik i obniżenie pobudliwości elektrycznej odnośnych mięśni (*Mm. glutaeus med., quadratus lumborum, erector trunci*) ułatwiają w takich razach rozpoznanie [MANN, BREGMAN]. Tak zanik, jak i przykurczenie łącznotkankowe mięśni spotyka się wyłącznie w przypadkach zastarzałej i bardzo uporczywej rwy kulszowej; wyjątkowo tylko zdarza się, że skrzywienie kręgosłupa znika wcześniej, pomimo długotrwałych wzrastających bólów [SOUQUES].

Co się tyczy okresu choroby, w jakim występuje skolioza, trudno przyjąć jakąś ogólną zasadę; niektórzy klinicyści utrzymują, że daje się ona stwierdzić już po upływie pierwszych 24—48 godzin od początku choroby; inni, przeciwnie, widzieli ją powstającą dopiero po upływie kilku miesięcy. W przypadku GUSSENBAUER'a lewostronny nerwoból kulszowy, połączony ze skrzywieniem kręgosłupa, pojawił się bezpośrednio po podniesieniu do góry zna-

cznego ciężaru; w jednym ze spostrzeżeń MASURKE'a skrzywienie kręgosłupa pojawiło się prawie nagle, jednocześnie z obostrzeniem rwy kulszowej, wywołanem przez gwałtowne wzruszenie chorego. Zaznaczyć tutaj winniem, że skrzywienia boczne kręgosłupa mogą przez czas długi [całe tygodnie] nie zwracać na siebie uwagi, jeśli są słabo wyrażone; niektórzy pisarze [PHULPIN] twierdzą nawet, że nieznaczna skolioza daje się stwierdzić prawie we wszystkich przypadkach nerwobólu kulszowego. Wyraźną, a przeto łatwą do rozpoznania staje się ona z chwilą, kiedy bóle neuralgiczne wzmagają się; postawa, jaką chory instynktownie przybiera, ze względu na chorą nogę, staje się widoczniejszą dopiero z biegiem czasu i wraz z rozwojem samego nerwobólu [BABIŃSKI, BRISSAUD].

Daleko mniej zbadana jest strona patogenetyczna oraz kliniczna tej grupy nietypowych zboczeń kręgosłupa, którą pierwszy opisał BRISSAUD i nazwał „*scoliose homologue*“, w przeciwstawieniu do zwykłej skoliozy skrzyżowanej „*scoliose croisée*“. Odmiana ta jest daleko rzadszą, aniżeli przytoczone skrzywienie kręgosłupa, boczne, skrzyżowane. PHULPIN np. znalazł tę postać zaledwie 5 razy na ogólną liczbę 82 spostrzeganych przypadków kulszowego skrzywienia kręgosłupa. Podobne dwa przypadki i ja podałem w pierwszej swej pracy.

Przy skoliozie homologicznej tułów przegięty jest w kierunku strony chorej, a przestrzeń pomiędzy żebrami i kością biodrową jest po tej stronie znacznie skrócona. Rzadko kiedy widzieć tu można skoliozę wtórną, kompensacyjną, a w każdym razie dosięga ona nie wysokiego stopnia. Przy skoliozie homologicznej wydaje się, jak gdyby cały ciężar ciała spoczywał na chorej kończynie, wskutek tego chodzenie jest tu daleko uciążliwsze, niżeli przy skoliozie skrzyżowanej, to też chorzy, dotknięci nią, najczęściej nie opuszczają łóżka.

Jeśli będziemy obserwowali chorego w postawie stojącej, to cała okolica pośladkowa, po stronie chorej, wyda się nam znacznie powiększoną i wypukłą ku tyłowi; dół pozakrętarzowy jest bardzo wyraźny, fałda pośladkowa prawie całkiem zniesiona [HAYEM], chora kończyna wybitnie wydłużona lub skrócona. Ten ostatni objaw zależy od trafiającego się często stanu przykurczenia tej lub owej grupy mięśni dolnej kończyny.

Kurcze mięśniowe, istotne przykurczenia, wzmocnienie odruchów ścięgniowych na porażonej kończynie, jednym słowem, cały obraz tak zwanej „*sciatique spasmodique*“ powtarza się, według BRISSAUD'a i LAMY'ego, w każdym przypadku skrzywienia kręgosłupa bocznojednoimiennego (*scoliosis homologica*). Przykurczenia mają istnieć nie tylko w mięśniach, w których rozgałęzia się nerw kulszowy, lecz szerzą się i na mięśnie unerwione przez splot lędźwiowy. Autorzy ci starają się uzależnić skoliozę nietypową od wzmiankowanego stanu podrażnienia [kurcze] mięśni lędźwiowych. Nie wchodząc na tem miejscu w teoretyczne rozumowania, nadmienię tylko, że w obu moich przypadkach, tak, jak i w przypadku homologicznej skoliozy REMAK'a, nie było żadnych zgoła objawów spastycznych.

Kiedy wogóle pojawia się, a kiedy ustępuje skolioza homologiczna, trudno powiedzieć coś stanowczego; zdaje się, że i tutaj istnieje w większości przypadków prosta zależność między skoliozą i natężeniem bólów. Podobnie

jak przy skrzywieniu kręgosłupa bocznem skrzyżowanym, i tutaj zasługuje na uwagę ta okoliczność, że nerwoból ogarnia niektóre nerwy, nie wchodzące w zakres nerwu kulszowego.

Trzecią, najrzadszą odmianę zboczenia w postawie chorego osobnika, stanowią skrzywienie kręgosłupa boczne, zmienne (*alternierende Scoliose*), o którym zamierzam szczegółowiej pomówić. Cechą właściwą takim przypadkom rwy kulszowej jest zmiana kierunku skrzywienia, odbywająca się w przebiegu choroby.

Pierwszy odnośny przypadek pochodził od REMAK'a; tyczył się on pewnego 40-letniego, cierpiącego na nerwoból kulszowy, strażnika, który wyuczył się zmieniać skrzywienie skrzyżowane na homologiczne i mógł w tej postawie używać ruchu całkiem wygodnie, oraz bez bólu. Przy dłuższem chodzeniu odczuwał chory wprost ulgę, gdy zmieniał samowolnie kierunek skrzywienia tułowia. Uskutecznił zaś on ten zabieg bardzo prosto: zginał tułów dość mocno do przodu, a jednocześnie opierał się rękoma o krzesło. Obie postacie skrzywienia nie różniły się u tego chorego od typu klasycznego ze skoliozą kompensacyjną w okolicy grzbietowej. W łóżku chory kładł się najczęściej na boku. Pozycja pozioma nie sprawiała mu również wielkiej przykrości, tak na plecach, jak i na brzuchu; na plecach kładł się wtedy chętniej, kiedy skolioza była skrzyżowana, na brzuchu zaś, gdy była nieskrzyżowana.

REMAK, kończąc opis swego przypadku, przypuszcza, że pacjent jego był w stanie zmieniać postawę swoją dzięki temu, że, jako były kawalerzysta, wyrobił sobie doskonale pewną ruchliwość kręgosłupa i jakieś szczególne panowanie nad ruchami czynnymi mięśni lędźwiowych, a wszystko to zapewniało mu możliwość korzystania, w sposób nawykowy, z dwójakiej postawy, jak również było przyczyną tego, że chory mógł przy każdej z tych postaw swobodnie chodzić i stać po odpowiedniem zniesieniu obciążenia chorej kończyny. W późniejszej pracy swojej ¹⁾ wraca REMAK do tego samego tłómaczenia, gdy omawia przypadek czystej skoliozy homologicznej, która rozwinęła się, według jego zdania, wskutek tego, że chory, pomimo bólów, pracował ciągle, zginając górną połowę tułowia w stronę cierpiącej kończyny, a nawet, poza godzinami pracy, zachowywał tę najwygodniejszą dla siebie postawę. Po zestawieniu i rozpatrzeniu krytycznem teorii, odnoszących się do skrzywienia bocznego kręgosłupa przy rwie kulszowej, dochodzi REMAK do wniosku: „że kierunek zboczenia w każdym oddzielnym przypadku zależy raczej od indywidualnych warunków, niż od tego lub innego umiejscowienia sprawy zapalnej, wywołującej szereg objawów właściwych rwie kulszowej, lub też od współdziałania pewnych czuciowych gałęzi nerwowych; warunki powyższe skłaniają chorego do wyszukiwania wszelkich możliwych sposobów, któreby uwolniły chorą kończynę od ciężaru ciała“.

Pogląd ten podziela i SCHMIDT ¹⁾, który nie chce uznać, by skolioza, w przebiegu nerwobólu kulszowego, stanowiła jakiś stały, odrębny obraz cho-

¹⁾ REMAK. Deut. med. Woch. 1892. 27.

¹⁾ SCHMIDT. Sitzung d. med. Gesellschaft zu Leipzig. SCHMIDT's Jahrbüch. 1893.

robowy. Opisując przypadek lewostronnej, skrzyżowanej skoliozy w przebiegu rwy kulszowej u pewnego ogrodnika, sądzi on, że na rodzaj skrzywienia wpływały z jednej strony — chęć oszczędzania mięśni dotkniętych, z drugiej — zajęcie chorego, który, jako ogrodnik, zmuszony był pracować w postawie zgiętej i przeważnie prawą ręką.

Że względy indywidualne mogą mieć wielki wpływ na kształt skrzywienia kręgosłupa, przekonywa również następujące spostrzeżenie ¹⁾ PHULPIN'a, opisane jako „*scoliose homologue anormale avec hanchement du côté malade*“. Skrzywienie kręgosłupa różniło się wybitnie od zwykłej postaci homologicznej skoliozy. Podobnie jak u REMAK'a i SCHMIDT'a, przyczyną zбочenia był rodzaj zajęcia chorego, który, jako stolarz z zawodu, zmuszony był, pomimo silnych bólów w prawym boku i lędźce, pracować całymi dniami w postawie zgiętej przy swym stole warsztatowym. Potem, jak chory przeleżał dwa tygodnie w łóżku, zmieniła się postawa cierpiącej kończyny i prawej połowy miednicy prawie zupełnie: skolioza homologiczna nie różniła się prawie nic od typu zwykłego zбочeń jednoimiennych.

Że jednak nie wyłącznie względy indywidualne, jak tego chce REMAK, należy brać pod uwagę przy powstawaniu skrzywień kręgosłupa zmiennych, wykazałem już dostatecznie na przypadku, ogłoszonym przezemnie, a stanowiącym analogię do spostrzeżenia REMAK'a. U 43-letniego chłopca, mniej więcej w dwa miesiące od chwili pojawienia się nerwobólu lędźwio-krzyżowego, wystąpiła skolioza skrzyżowana, której kierunek, według słów pacyenta, zmieniał się kilkakrotnie w ciągu trzeciego miesiąca. Za każdym razem zmianę kierunku skrzywienia poprzedzał silny napad bólu. W szpitalu stwierdziliśmy *neuritis lumbosacralis dextra*, znaczne zwiotczenie mięśni oraz skoliozę skrzyżowaną, nie zmienną. Przy zawieszaniu chorego na odpowiednim przyrządzie *kypho-scoliosis* znikła prawie zupełnie, wracała jednak rychło wśród zwykłych warunków. Szczegółem, na który zwracaliśmy uwagę w naszym przypadku było pojawianie się skrzywienia homologicznego całkiem niezależnie od woli pacyenta i wśród napadów bólu, który umiejscawiał się przeważnie w obrębie splotu lędźwiowego.

Ani przypadek zmiennej skoliozy REMAK'a, ani też mój nie miały do niedawna w całej literaturze lekarskiej podobnych sobie; przypadek bowiem BERBEZ'a ²⁾, zaliczany przez niektórych autorów do tej właśnie postaci skrzywienia kręgosłupa, winien być wyłączonym: u chorego tego zmiana skoliozy prawostronnej na lewostroną odbyła się jedynie dzięki temu, że po kilku latach rozwinęła się neuralgia po stronie przeciwnej, zupełnie jednak niezależnie od nerwobólu pierwotnego.

W maju 1895 pojawiła się wspomniana już wyżej praca PHULPIN'a, w której tenże opisuje 3 przypadki skrzywienia kręgosłupa bocznego, zmiennego,

¹⁾ Loc. cit. str. 79.

²⁾ BERBEZ. France médicale. 1888.

jakie miał sposobność obserwować na bardzo znaczną ilość przypadków skoliozy kulszowej. Ilość przypadków skoliozy zmiennej wystarcza mi, by postawić przedwczesny, zdaniem mojem, wniosek: „à moins que nous ne soyons tombé sur une série tout à fait exceptionnelle, il semble d'après ces exemples que la scoliose alternante du type HIGIER n'est pas aussi rare qu'on l'a cru“.

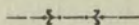
[D. n.]

Z PRYWATNEGO ZAKŁADU LECZNICZEGO DLA DZIECI PRZY ULICY LESZNO.

II. Z DZIEDZINY ZBOCZEŃ WRODZONYCH.

Podał

Bronisław Wilhelm Sawicki.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 37].

3. Przypadek tak zw. wewnątrz-macicznego złamania obu ud.

Dnia 27 marca r. b. przyniesiono mi do lecznicy Zofię S., dwumiesięczne dziecko, ze zniekształceniem obu ud. Matka dziecka, mająca lat około 30, dość dobrze zbudowana kobieta, rodziła trzykrotnie. Dwoje pierwszych dzieci urodziło się zupełnie prawidłowo i oboje są dotąd zdrowe. W ósmym miesiącu trzeciej ciąży matka naszej pacjentki, szorując podłogę, pośliznęła się i upadła. Na drugi dzień potem z części rodnych zaczęła wypływać ciecz wodnista z krwią zmieszana. W ciągu miesiąca woda codziennie wypływała, przyczem ciężarna przestała odczuwać ruchy dziecka. Poród odbył się w swoim czasie, trwał blisko dwa dni, przyczem jakoby wody wcale nie odchodziły, bóle zaś były niewielkie [dwa tylko mocniejsze bóle]. Dziecko urodziło się samo, lecz było słabe, wątłe i tak skulone, że zaledwie z trudnością zdołano rozprostować jego członki. Oba uda w swej części środkowej były zgięte i przedstawiały na kości znaczne zgrubienia. Wciągu pierwszych kilku tygodni po porodzie zgrubienia te, podług opowiadania matki, widocznie się zmniejszyły. Zwłaszcza zmalało zgrubienie na prawej nodze. Przy oględzinach pacjentki znaleźliśmy, co następuje: dziecko ukształtowane dobrze, mięśnie rozwinięte także dobrze, tkanki tłuszczowej ilość umiarkowana. Główka ma w obwodzie 38,5; szew strzałkowy na całej przestrzeni niezarośnięty. Oba uda przedstawiają w swej części środkowej znaczne kątowe zgięcie, przyczem wierzchołek kąta skierowany ku przodowi i na zewnątrz. Skóra i miękkie części na udach nie przedstawiają nieprawidłowego. Natomiast na kości wyczuwamy na miejscu zgięcia zgrubienie, o wiele wyraźniej występujące na stronie lewej, niż na prawej. Lewa goleń przedstawia niewielkie pałakowate wygięcie ku wewnątrz, obie stopy są szpotawe. Obie nogi, wskutek zgięcia kości udowych, mają wygląd krótszych, niżby powinny być w stosunkach prawidłowych. Przy oglądaniu rąk zwracają na siebie uwagę oba duże palce, które mają skłonność układać się na dłoni. Są one, tak jak i reszta palców, ukształtowane dobrze, mogą wykonywać

wszystkie prawidłowe poruszenia, lecz ruch odprowadzania jest w nich znacznie ograniczony. Przy czynnem, a zwłaszcza przy biernem odprowadzaniu, napina się fałda skórna na dłoni w okolicy brzuśca palca dużego (*thenar*) i nie pozwala na dalsze odsuwanie się dużego palca. Czyni to wrażenie, jak gdyby skóry w odpowiednim miejscu na dłoni było za mało, lub też jak gdyby ona była zbyt mało rozciągliwa. Pociąga to za sobą taki skutek, że duże palce wciąż się podwijają, że tak powiem, pod inne i układają na dłoni. Ponieważ udało mi się kiedyś za pomocą odpowiednio nałożonych leszczotek poprawić krzywo zrosnięte ramię, popróbowalem tego sposobu i w danym razie. Wynik był ujemny: co mogło w części zależeć od krótkości czasu, jako też od trudności nałożenia leszczotek na udo tak, by one mogły wykonywać odpowiedni ucisk. Dla poprawienia czynności palców dużych chciałem wykonać operację plastyczną na dłoniowej części skóry, lecz matka zmuszona była wyjechać z dzieckiem na prowincję, wskutek czego straciłem małą pacjentkę z oczu.

Powyżej opisany przypadek należy do rzędu uszkodzeń płodu, które noszą nazwę złamań wewnątrz-macicznych. Traumatyczne uszkodzenia płodu nie stanowią wielkiej rzadkości. Akuszerowie rozróżniają zwykle dwa rodzaje takich uszkodzeń: jedne z nich powstają przy znacznych obrażeniach ciała matki, połączonych z utratą ciągłości powłok brzusznych, ścian macicy i błon płodowych; drugie mogą jakoby powstawać na skutek obrażeń, które, wywołując znaczne zmiany w organizmie płodu, nie pozostawiają żadnych śladów na matce.

Pierwszy rodzaj uszkodzeń odnotowywano wielokrotnie w kazuistyce akuszerycznej i sądowo-lekarskiej. TEMESVARY przytacza w swej pracy liczne przypadki obrażenia miękkich części płodu przy jednoczesnem zranieniu ciała matki. Obrażenia takie powstawały wskutek działania rozmaitych narzędzi, jako to: kuli pistoletowej [HAYS], noża [FINNELL], kłonicy [PLANCHON]. JOBERT zranił dziecko przy cięciu cesarskiem, STICKNEY przekłuł płód przy przekłuwaniu torbieli jajnika; TARNIER i BUDIN, oprócz przekłucia, wstrzyknęli nawet w płód nalewkę jodową. Nierzadkie też muszą być przypadki uszkodzeń płodu za pomocą wprowadzania do macicy przez pochwę rozmaitych przedmiotów w celu wywołania poronień, jak to kilkakrotnie widział TARDIEU. W tychże samych warunkach mogą powstawać i złamania kości płodu, na co dowody przytacza GURTH w swojej pracy. W jednym mianowicie przypadku [d'OUTREPONT] kula strzelby przeszła brzuch kobiety ciężarnej. Wprędce potem nastąpił poród, po którym zaraz kobieta umarła z powodu silnego krwotoku macicznego. Mózg dziecka był zmiażdżony i czaszka posiadała dwa otwory. W innym przypadku [LOEWENHARDT] kobieta, będąca w 7-m miesiącu ciąży, została przy koście trafiona kosą w brzuch. W 4 godziny potem nastąpił poród. Dziecko było nieżywe i miało ranę drążącą na potylicy. Matka wyzdowrowiała. Trzeci przypadek [CZAJEWSKI] dotyczył kobiety, będącej w 5-m miesiącu ciąży, która to kobieta nadziała się brzuchem na widły. Z powstałych wskutek tego dwóch ran sączyła się zielono-żółta ciecz. Po dwóch dniach nastąpiło rozwiązanie. Dziecko było martwe i posiadało ranę na dolnym kącie łopatki. Matka wyzdowrowiała po upływie 5 miesięcy, w ciągu których przeszła zapalenie otrzewnej i przetokę kałową, powstałą na miejscu byłej rany brzucha.

Co się tyczy możności uszkodzenia płodu, a zwłaszcza złamania jego kości bez znacznych obrażeń ciała matki, to tu sprawa nie przedstawia się tak jasno, jak w poprzednim razie. Jedni z pomiędzy autorów możność taką uważają za zupełnie uzasadnioną i na dowód tego przytaczają liczną kazuistykę, drudzy atoli twierdzenia tamtych odrzucają i podawane przez nich przypadki objaśniają w sposób inny. Postaram się tu przedstawić w krótkości poglądy jednych i drugich. O powstawaniu wewnątrz-maciczych obrażeń płodu bez jednoczesnego uszkodzenia macicy pierwszy wspomina HIPPOKRATES. Obrażenia takie, zdaniem jego, powstają wskutek uderzenia lub też innego urazu, który działa na miejsce, odpowiadające położeniu płodu. Począwszy od końca zeszłego stulecia [EISENBEIN], zaczęto opisywać wewnątrz-maciczne złamania kości, które stale przypisywano urazowi. Opisy takie pozostawili SACHSE, SIEBOLD, DIETRICH, później BARKER, MURRAY, DAVIS, BRAUN i inni. Sprawa omawianych złamań zainteresowała nie tylko akuszerów, lecz i sędowników. Otóż, CASPER w swej medycynie sądowej [1857 r.] zwrócił na nie uwagę, a opierając się na swych doświadczeniach, przyszedł do wniosku, że możność powstawania złamań wewnątrz-maciczych wskutek obrażeń ciała matki wcale nie jest jeszcze dowiedziona. Nieco wcześniej [w r. 1853] i w sposób bardziej jeszcze stanowczy przeciwko powstawaniu złamań wewnątrz-maciczych oświadczył się BROCA. Stało się to z powodu dziecka, które DANYAU przedstawił w Towarzystwie Paryżkiem. Dziecko miało goleń zgiętą pod kątem w swej dolnej trzeciej części. Na skórze, naprzeciw kątowatego zgięcia kości, była blizna; nadto zauważono brak mięśnia strzałkowego, skrócenie ścięgna Achillesa, brak na obu nogach piątego palca. DANYAU kątowe zgięcie uważał za skutek wewnątrz-macicznego złamania goleni, pomimo że w wywiadach nic nie wspomniano o jakimkolwiek urazie. W dyskusyi CHASSAIGNAC zgodził się z D. na objaśnienie tegoż i sam przytoczył własny przypadek, w którym widział wrodzone złamanie goleni obok braku trzech palców u nogi. BROCA jednakże wystąpił z opozycją. Uważa on zgięcie goleni w obu opisanych przypadkach za zboczenie wrodzone, zależne od nieprawidłowego ukształtowania kości. Trzon kości może być bardzo słabo połączony z nasadami, tak, że skurcze mięśni macicy są w stanie wywołać zgięcie. Nadto, trzon kości może się składać z kilku kawałków kostnych, połączonych ze sobą tkanką włóknistą, a wówczas otrzymujemy wrażenie, jak gdybyśmy mieli do czynienia z kilkoma złamaniami. Z poglądem, jaki wypowiedział BROCA, godzi się w zupełności GIRALDES, dla którego bardzo ważne zaprzeczenie urazowego pochodzenia złamań wewnątrz-maciczych stanowią te przypadki, w których opisywano przeszło 100 złamań w jednym płodzie. W tym samym duchu wypowiedzieli swą opinię BLASIUS i HOUEL. Pierwszy z nich uważa omawiane złamanie za zboczenie wrodzone i zwraca uwagę na to, że złamaniom tym towarzyszą często inne zboczenia rozwojowe, jak to: zniekształcenie stóp, słabszy rozwój kończyny. HOUEL przyjmuje krzywicę za podstawę cierpienia. Jednakże ani przemówienia BROCA i GIRALDES'a, ani artykuły BLASIUS'a i HOUEL'a nie obaliły wiary w możność powstawania złamań wewnątrz-maciczych wskutek urazu. W r. 1857 ogłosił pracę GURLT, w której zebrał i uporządkował całą kazuistykę, dotyczącą omawianej sprawy. Jest to praca, na której dotąd opie-

rają się wszyscy o złamaniach wewnątrz-macicznych piszący. GURLT uważa powstawanie złamań wewnątrz-macicznych wskutek urazu za rzecz zupełnie dowiedzioną. Na dowód tego przytacza on 21 spostrzeżeń złamań wrodzonych, z których 13 dotyczyło kończyn, 3 obojczyka i 5 kości czaszkowych. We wszystkich tych przypadkach wywiady wykazywały mniejszy lub większy uraz w czasie ciąży, jako to: spadnięcie, uderzenie w brzuch i t. p.. Obrażenie w wielu przypadkach spowodowało utratę przytomności, krwawienie z pochwy. Najczęściej uraz miewał miejsce w końcowych miesiącach ciąży [dwa razy tylko zdarzył się on w 4-ym i dwa razy w 5-ym miesiącu]. Co się tyczy miejsca złamania, to najczęściej występowało ono na goleni [7 przypadków]. GURLT przypuszcza, że złamania wewnątrz-maciczne mogą być proste lub powikłane raną, jeżeli jeden z odłamów przedziurawia mięśnie i skórę. W ostatnim razie dziecko po urodzeniu posiada w miejscu, odpowiadającym złamaniu, bliznę lub powierzchnię ziarninującą na skórze. Zaznacza GURLT w swej pracy i ten szczegół, że złamania wewnątrz-maciczne łączą się często z brakami rozwojowymi [brak palców, brak strzałki i t. p.]; przypuszcza on, że braki rozwojowe mają o tyle związek ze złamaniem, o ile usposabiają do nich [np. brak strzałki]. Po za złamaniami urazowymi uznaje GURLT także zbroczenia rozwojowe, polegające na niezupełnem skostnieniu szkieletu, co z jednej strony wytwarza podobieństwo do złamań, z drugiej zaś sprowadza kruchość i łamliwość kości. Przypadki te G. odłącza od czystych złamań urazowych, tworząc z nich oddzielną kategorię. W przypadkach tych opisywano zwykle ogromną ilość złamań, niekiedy kilkadziesiąt wynoszącą [CHAUSSIER].

Poglądy GURLT'a przetrwały *mutatis mutandis* do ostatnich czasów. Niektórzy tylko autorowie [KRULLE, BARKER] powątpiewali jeszcze, pomimo dowodów GURLT'a, o możliwości wywołania złamań u płodu za pomocą obrażeń brzucha matki, przypisując powstawanie tychże złamań skurczom macicy i wadom w kostnieniu szkieletu. W ostatnich czasach zjawilo się kilka prac, zajmujących się przeważnie wewnątrz-macicznymi złamaniami goleni. Przedewszystkiem należy tu wymienić pracę BRAUN'a, ITHEN'a i TEMESWARY'ego. Wszyscy oni twierdzą, że złamania wewnątrz-maciczne mogą powstawać wskutek spadnięcia, ucisku, uderzenia lub wreszcie wskutek skurczów macicy. Płód najłatwiej ma ulegać złamaniom pomiędzy 7 i 8 miesiącem życia. Nadto powstawaniu złamań sprzyjają: krzywica, syfilis, mała ilość wody płodowej. Przy złamaniach kości czaszkowych poważną rolę mają odgrywać: wążkość miednicy, duży wzgórek kości krzyżowej (*promontorium*), wielka głowa płodu. Do rzędu najczęstszych przypadków należą złamania goleni, przyczem znowu najczęściej łamie się $\frac{1}{3}$ dolna, rzadziej $\frac{1}{3}$ środkowa, nigdy zaś nie widziano złamania w $\frac{1}{3}$ górnej części. Zwykle złamaniu ulega jedna lub dwie kości, rzadziej większa ich ilość. Znaczna ilość dzieci ze zmianami, uważanymi za złamania, rodzi się żywa, przytem bardzo często dzieci wyglądają dobrze, nie posiadają objawów krzywicy lub syfilisu i wogóle, oprócz złamania, innych objawów chorobowych nie przedstawiają. W wielu przypadkach obok złamania znajdowano wady rozwojowe pod postacią braku palców, kości śródstopia, strzałki, niektórych mięśni, wargi zajęczej lub wilejczy paszczy. Odłamy przy urodzeniu bywały prawie zawsze zrosnięte pod

kątem, niekiedy tylko istniała jeszcze ich ruchomość [2 razy na 28 przypadków]. Wówczas znajdowano obok ruchomości tychże trzeszczenie i bolesność. Czasami zrost bywał nie kostny, lecz łącznotkankowy. Kość na miejscu zgięcia bywała zwykle zgrubiała, a skóra w tem miejscu często posiadała bliznę ruchomą lub wciągniętą, niekiedy zaś była owrzodzona. Jakiśmy wyżej widzieli, GURLT, a po nim i inni przypisywali to podziurawieniu skóry odłamem kości. Po za tem zwrócono uwagę na znaczne skrócenie kończyny przy takich wewnątrz-maciczy-nych złamaniach goleni. Skrócenie te, co jest najbardziej interesujące, zależy nie tylko od mniejszej długości goleni, lecz i od zmniejszenia długości uda. Wogóle cała kończyna przedstawia się słabszą i gorzej rozwiniętą, niż kończyna zdrowa. Skrócenie z biegiem czasu nie tylko się nie zmniejsza, lecz się nawet powiększa, co czyni chodzenie bardzo utrudnionem.

Przed trzema laty SPERLING ogłosił wielce interesującą pracę o złamaniach wewnątrz-maciczy-nych. Poddaje on ścisłej krytyce dowodzenia GURLT'a i innych, poczem dochodzi do wniosku, że urazowe pochodzenie tych złamań wcale nie jest dowiedzione. Przedewszystkiem zwraca SPERLING uwagę na to, że złamaniom wewnątrz-maciczy-nych bardzo często towarzyszą rozmaite zbo-eczenia wrodzone, których nie można uważać ani za przyczynę, ani też za skutek złamań. Można by raczej przypuścić, że oba te zjawiska mają przyczynę wspólną. Za taką przyczynę uważa Sp. zrosty z owodnią, które to zrosty wywołują zgięcie kończyny już w pierwszych miesiącach życia płodowego. Wskutek zgięcia kończyny w samym początku jej kształtowania się, powstają nieprawidłowości w rozwoju naczyń i nerwów, wskutek czego dalszy rozrost kończyny bywa upośledzony. Obecność blizn lub owrzodzeń na skórze w miejscu, odpowiadającym zgięciu kości, nie zależy, zdaniem Sp., od przedziurawienia części miękkich odłamem, lecz od przymocowania w tem miejscu zrostu owodni, który się później oderwał. Jako na dowód wskazuje tu SPERLING na blizny i owrzodzenia, spotykane przy amputacjach wrodzonych. Ażeby uderzenie w brzuch matki mogło wywołać złamanie kości płodu, potrzeba, by ta kość była unieruchomiona; tymczasem jest to niemożliwe w tych warunkach, w jakich się znajduje płód, otoczony wodą płodową. SPERLING robił doświadczenia z pęcherzem, do którego wkładał butelkę. Pęcherz był napełniony całkowicie wodą, butelka zaś zawierała jej tyle tylko, by ciężar właściwy butelki równał się takiemuż ciężarowi wody. Pęcherz taki Sp. rzucał z pewnej wysokości na drewnianą podłogę i nie widział nigdy pęknięcia butelki, jeżeli tylko sam pęcherz nie ulegał uszkodzeniu. Butelka pękała dopiero wówczas, gdy się pęcherz rozrywał, a woda zeń wypływała. Oceniając rozmaite przypadki, w których rozpoznawano złamanie wewnątrz-maciczy-nych, zależne od urazu, Sp. prawie wszędzie widzi zupełnie inną przyczynę cierpienia. W jednym tylko przypadku ALBERT'a kobieta, po upadnięciu brzuchem na kamień w ostatnim okresie ciąży, porodziła dziecko z uszkodzeniami czaszki i mózgu. W danym razie jednakże uderzenie było bardzo silne i spowodowało uszkodzenie macicy. W kilka godzin po upadnięciu ciężarna poczuła bóle porodowe, z pochwy sączyła się w niewielkiej ilości krew. Natychmiast po porodzie wystąpił bardzo obfity krwotok, który spowodował śmierć matki. Tak więc, w tym przypadku uszkodzenie kości czaszkowych było

wprawdzie spowodowane urazem, lecz jednocześnie towarzyszyło mu pęknięcie macicy.

W innym przypadku, w którym macica nie podlegała znaczniejszym obrażeniom, nie może być mowy, zdaniem SPERLING'a, o złamaniach traumatycznych. SPERLING także odrzuca wpływ ucisku wewnątrz-macicznego na powstawanie złamań. Gdyby ucisk taki mógł rzeczywiście powodować złamania, to powinnyby one bardzo często występować podczas porodu, ponieważ wówczas skurcze macicy największy mogą wywierać wpływ na dziecko. Tymczasem w rzeczywistości tego nie bywa. W końcu zastanawia się SPERLING nad własnością zgrubień kostnych, spotykanych na miejscu rzekomych złamań. I tu widzi dowody, które bardziej przemawiają na korzyść zbroczeń wrodzonych, wywołanych zrostami płodu z owodnią, niż na korzyść złamań urazowych. Zgrubienia takie, uważane za kostninę (*callus*), zawsze znajdowano przy złamaniach obojczyka, natomiast w niektórych tylko przypadkach złamania goleń. SPERLING tłumaczy to w ten sposób, że kostnienie (*ossificatio*) obojczyka rozpoczyna się już w 18-m dniu życia płodowego, gdy tymczasem goleń zaczyna kostnieć na początku 3-go miesiąca. Ponieważ zrosty owodniowe wywołują zgięcie kości przypuszczalnie w 1-m i 2-m miesiącu życia, przeto odczyn w tkankach na taką zmianę nie może być jednaki. Na obojczyku, znajdującym się w okresie kostnienia, zgięcie wywoła zwiększone wytwarzanie się kości. Natomiast goleń zgina się w okresie, poprzedzającym kostnienie, gdy chrząstkowata jej tkanka słabo reaguje na podrażnienie; zanim się rozpocznie sprawa kostnienia, podrażnienie to maleje lub zupełnie przechodzi. W jednym przypadku zgięcia przedramienia Sp. zbadał mikroskopowo tkankę kostną na miejscu zgrubienia i nie znalazł tam tego, co się nazywa kostniną. Tak kanał kostny, jak i sama kość nie przedstawiały żadnych wybitnych zbroczeń. Zgrubienie zależało od warstwy tkanki osteoplastycznej, leżącej pomiędzy okostną i kością. SPERLING uważa tę tkankę, składającą się z wielkiej ilości komórek, za skutek podrażnienia, nigdy zaś za bliznę, łączącą ze sobą odłamki. Co się tyczy tych przypadków, w których opisywano znaczną ilość złamań, to Sp. stawia takie zbroczenia w zależności od przyczyn ogólnych (*rhachitis, osteogenesis imperfecta, lues etc.*).

Zestawiając poglądy SPERLING'a z poglądami jego poprzedników, trzeba przyznać, że ma on dużo racji. Trudno rzeczywiście przypuścić, by uderzenie w brzuch matki mogło połamać kości dziecku bez jednoczesnego uszkodzenia macicy. Z drugiej strony, porównawszy niektóre objawy, spotykane przy rzekomych złamaniach, z tem, cośmy mówili wyżej przy amputacjach i owrzodzeniach wrodzonych, łatwo możemy się zgodzić na przyjęcie i w tym razie za główny czynnik więzów owodniowych. Pomimo to jednakże nie mógłbym, przynajmniej w niektórych przypadkach, odrzucić tak stanowczo wpływu ucisku ze strony macicy, jak to SPERLING czyni. Ucisk ten może wywierać wpływ tam tylko, gdzie istnieje niewielka ilość wody płodowej, jak to było np. w moim przypadku. Nie przeczę, że i tu mogła być jakaś wada w ukształtowaniu błon płodowych, wskutek której proste poślizgnięcie i upadnięcie na podłogę wywołało pęknięcie tychże błon. Niemniej przeto powstanie zgięć na udach objaśniam sobie długotrwałym uciskiem ścian macicy na dziecko. Wpływ tego ucisku mógł

być znaczny z powodu niewielkiej ilości wody, płód otaczającej. Wyraził się on także w zeszczywnieniu wielu stawów, które z trudnością zdołano rozruszać. Dziecko było po urodzeniu skulone i dopiero po jakimś czasie odzyskało ruchy w stawach. Nie uważam zgięcia obu ud w danym przypadku za skutek całkowitego złamania, lecz raczej za wynik nadłamania, które wytwarzało się stopniowo w ciągu paru lub kilku tygodni. Nic dziwnego, że przy takim stopniowym wytwarzaniu się zgięcia nie znajdujemy na miejscu zgrubienia typowego obrazu kostniny. Przecież w tych warunkach ciągłość kości nie bywa naruszona, a zatem tak kanał kostny, jak i sama kość nie mogą się wiele zmieniać. Natomiast, jako skutek stopniowego zginania się kości, występuje tworzenie się tkanki osteoplastycznej pod okostną.

Sprawa złamań wewnątrz-macicznych budzi dziś jeszcze wielkie zainteresowanie i czeka na dalsze poszukiwania. U nas w sprawie tej zabierał głos przed laty tylko jakiś kandydat medycyny, który się podpisał literą K. Opisuje on mianowicie płód, w którym znaleziono oba uda kątowato w środku zgięte i przedstawiające znaczne zgrubienie kości w tem miejscu. Po za tem zauważono brak części kości strzałkowych i promieniowych, zanik mięśni na przedniej powierzchni ud i skurcz na tylnej. Matka dziecka miała krwotoki z pochwy, począwszy od 3-go miesiąca aż do końca ciąży, powtarzające się po 3—4 razy na tydzień.

Na zakończenie uważam za konieczne usprawiedliwić się z tego, że podjąłem się pracy, która bardziej dotyczy akusзера, niż chirurga. Otóż, uczyniłem to z dwóch względów: popierwsze, ponieważ prawie nic u nas w tej sprawie nie pisano; podrugie, ponieważ chciałem wykazać, jak bogaty materiał naukowy przedstawiają jeszcze jaja poronione i płody niedonoszone, które u nas, z wyjątkiem paru ludzi nikt się nie interesuje. Cała ta kopalnia wiedzy idzie na śmietnisko. Literaturę, danej kwestyi dotyczącą, czerpałem przeważnie z bogatej biblioteki kol. NEUGEBAUERA, za co mu niniejszem serdeczne dzięki składam.

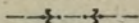
Prace, któremi się przy pisaniu rzeczy o złamaniach wewnątrz-macicznych posiłkowałem, są następujące:

- 1) DANYAU. *Gaz. des hôpit.* 1853 Nr. 144 str. 580. — 2) BARKER. DAVIES, MURRAY. *CANSTATT's Jahresber.* 1857. Bd. IV s. 9; także SCHMIEDT's *Jahrbüch.* 1858 Bd. 99 s. 195. — 3) BRAUN. HIRSCHFELD *CANSTATT's Jahresber.* 1857 Bd. IV s. 12. — 4) KRULLE. SCHMIDT's *Jahrbüch.* 1860 Bd. 108 s. 329. — 5) K. *Przegl. lek.* 1868 str. 66. — 6) BUSCH. *Arch. f. klin. Chir.* 1871. Bd. XII str. 66. — 7) GURLT. *Monatsch. f. Geburtsk. u. Frauenkr.* 1857 Bd. IX. str. 321 i 401. — 8) BRAUN. *Arch. f. klin. Chir.* 1857 Bd. 34. str. 668. — 9) ITHEN. *Die intrauterinen Unterschenkel-Brüche.* Einsiedeln. Dissert. 1885. — 10) TEMESVARY. *Wien. med. Woch.* 1892 Nr. 33 i 34. — 11) SPERLING *Zeitsch. f. Geburtsk. u. Gynäk.* 1892 Bd. 24. str. 225.

III. MEDYCYNA NAUKĄ JEST, CZY SZTUKĄ?

Podał

H. Nusbaum ¹⁾.



Na innym miejscu powiedziałem, że „medycyna jest jedną z najmłodszych nauk, ale zato jedną z najstarszych sztuk“, że jest zatem i nauką razem i sztuką; była wszakże kiedyś przeważnie sztuką, miała też momenty, w których była przeważnie nauką—być winna i sztuką razem i nauką.

Nauka jest poznawaniem, jest zdobywaniem prawdy bez względu na pożytek, wypływać mogący ze zdobycia prawdy, z poznania; określenie to wymaga dopełnienia. Można dochodzić mnóstwa prawd, dochodzenie to wszakże nie będzie miało cechy naukowej, jeżeli dążyć nie będziemy do powiązania tych prawd i wyprowadzenia z nich jakiejś prawdy ogólniejszej, która objaśnia istnienie poszczególnych i do pewnego stopnia wykazuje ich rację i ich konieczność. Nauka, innemi słowy, dąży do zrozumienia, w zakresie dla naszego umysłu przystępnym, istoty mechanizmu bytu w jego najróżnorodniejszych przejawach, szuka ona praw odwiecznych bytu, szuka przyczyn zjawisk i usiłuje zjawiska objaśniać przyczynami. Ogólne te zadania nauki wymagają całego szeregu drobnych, skrzętnych i mozolnych postrzeżeń, porównań, doświadczeń, rozbiórów i wniosków, słowem, poznawania zjawisk szczegółowych, prawd.

Człowiek w życiu swem, na każdym niemal kroku spotyka się z koniecznością wywierania pewnego wpływu na otaczający go świat, pokonywania pewnych przeszkód, torowania sobie ruchu, opanowywania sił i zniewalania ich sobie, to znowu usuwania się z pod wpływów otaczającego go świata. Umiejętność oddziaływania na te wpływy, czyli, co na jedno wychodzi, na zjawiska świata zewnętrznego—jest tem, co nazywamy sztuką.

Rzecz prosta, że umiejętność oddziaływania na zjawiska wymaga znajomości zjawisk, wymaga pewnego zakresu poznania, innemi słowy: sztuka opierać się musi na nauce.

Sama nauka, zdobywanie wiedzy, wymaga pewnych metod, pewnej umiejętności oddziaływania na zjawiska, wymaga więc posiadania pewnej sztuki; tak więc widzimy, że z drugiej strony nauka opierać się musi na sztuce.

I tak, w dziejowym rozwoju umysłowości ludzkiej, widzimy wciąż ciągnący się splot nauki i sztuki, wzajem się popierających, wzajem się doskonalących.

Sztuka użycia papyrusów i zaklinania myśli w szeregi znaków, utrwala myśl ludzką, potęguje to, co moglibyśmy nazwać władzą pamięci ludzkości i nadaje większą sprawność władzy poznawania. Nauka matematyki i mechaniki, podnosi sztukę architektury. Sztuka drukarska dodaje nowej potęgi rozwojowi nauk. Nauka astronomii wspiera sztukę żeglarstwa, a sztuka żeglarstwa wzbogaca naukę geografii, historii naturalnej i etnografii. Sztuka szlifierstwa oparta na nauce fizyki, umożliwiała poznawanie wielkich i odległych zjawisk dzięki teleskopom, małych i bliskich dzięki mikroskopom.

¹⁾ Otrzymaliśmy jednocześnie dwie prace, noszące ten sam tytuł: od kolegi NUSBAUMA i od kolegi ZYGMUNTA KRAMSZTYKA. Po skończeniu pracy NUSBAUMA podamy zaraz pracę KRAMSZTYKA. (Przypisek redakcyi).

Jakże by mógł umysł ludzki poznać takie mnóstwo zjawisk i praw przyrody, gdyby rozwój sztuk i rzemiosł nie obdarzał go niezliczonymi sposobami najściślejszego mierzenia, ważenia, ogrzewania, oświetlania, topienia, stwardzania, spajania, dzielenia, mieszania i t. d..

Wszakże nie tylko nauki ściśle przyrodnicze wymagają takiego współdziałania sztuk: historia, archeologia, etnografia, czyż nie zawdzięczają swojego postępu licznym metodom badania, których podstawą jest zwiększona możliwość działalności ludzkiej, czy to się odnosi do ulepszonych sposobów komunikacji, czy wzajemnego porozumiewania się, czy do konserwacji wykopalisk i t. d.. Są bez wątpienia nauki najbardziej obchodzące się bez pomocy sztuki, jak matematyka, są sztuki, które najmniej potrzebują podstaw nauki, ale wogóle panuje w rozwoju cywilizacji zasada wzajemnego popierania się nauki i sztuki, poznania i umiejętności, wiedzy i możliwości.

Rozdział sztuki i nauki, opiera się najczęściej na świadomości celu, jaki sobie dana grupa uprawiaczy jednej lub drugiej zakłada, jakkolwiek zdarzało się tu zbyt często krzyżowanie się zamierzanych, a osiągniętych celów.

Alchemicy szukali sztuki stworzeniu materii filozoficznej, a przyczynili się do stworzenia filozofii materii.

KOLUMB szukał sztuki dostania się do znanych Indyi, a przyczynił się do poznania ziem nieznanych; przedsiębrał dopełnienie sztuki żeglarstwa, a osiągnął dopełnienie nauki geografii.

Hodowcy angielscy starali się osiągnąć najpopłatniejsze gatunki zwierząt domowych, a bezwiednie obdarzyli teorię rozwoju gatunków i rodzajów kapitalnemi prawdami biologicznemi.

Poszukiwania UNFERDORBEN'a i HOFMANN'a, mające czystą naukę na celu, wzbogaciły przemysł wspaniałemi farbami anilinowemi.

GALVANI badał prawa fizyologiczne na żabach, a mimowoli stworzył podstawę sztuki leczenia elektrycznością.

Powiedzieliśmy, że nauka jest zdobywaniem prawdy, bez względu na pożytek, wypływać mogący z jej zdobycia. Sztuka jest umiejętnością skutecznego, celowego czynu. Nauka poznaje zjawiska w naturze, sztuka stwarza zjawiska zamierzane świadomie.

Umiejętność skutecznej działalności opierać się musi z jednej strony na materiale zdobytym przez naukę — z drugiej wszakże strony, umiejętność skutecznej działalności wymaga pewnych spostrzeżeń, prób i studyów, których celem bezpośrednim nie jest szukanie prawdy dla prawdy, szukanie materiału wiedzy, który dałby się zastosować do uogólnień naukowych, ale których celem jedynie jest podniesienie sprawności sztuki; takie to studia, jakkolwiek polegają na badaniu i wnioskowaniu, nie stanowią treści nauki w ścisłym jej pojęciu, ale raczej nauki t. zw. stosowanej. Kto studyuje kwestyę budowania maszyny do lotu w powietrzu — nie zajmuje się nauką.

Kto studyuje kwestyę aseptycznego operowania ciała ludzkiego — nie zajmuje się nauką.

Również nie zajmuje się nauką, kto studyuje kwestyę poprawy stanu ekonomicznego lub finansowego danego państwa. Nie idzie za tem, aby każdy

z wymienionych trzech pracowników nie musiał najprzód w studyach swoich opierać się na nauce, a w danym razie rozwiązywać nawet przygodnie kwestye, które przedstawiają interes czysto naukowy, czy to odnoszący się do fizyki, czy do biologii, czy do socjologii.

Ważną cechą, odróżniającą naukę czystą od nauki stosowanej i sztuki samej, jest to, że owoc nauki w każdej poszczególnej kwestyi może być tylko jeden, tym owocem jest prawda; prawda jest tylko jedna, nie po za nią już być nie może.

Owoce sztuki natomiast mogą być mniej lub więcej doskonałe, a w tej skali niema widocznych granic z żadnej strony.

Wynalezienie koła obracającego się wokół osi poziomej lub włożenie koła do pracy pociągowej, udoskonalilo względnie zadanie lokomocyi — jeszcze bardziej udoskonalilo tę możność zastosowanie pary jako siły pociągowej, elektryczności, jako środka sygnałowego i nie wiadomo, jak daleko jeszcze możność ta się rozwinie. Sztuka podnoszenia sprawności organizmu nie ma również jasnych granic, ani w kierunku najmniejszej, ani największej jej możności.

Natomiast prawdy matematyki, mechaniki, fizyki i chemii, bez względu na zmienność hipotez i teoryi, są niewzruszone i jedne, a nawet takimi są prawdy historyczne, biologiczne i socjologiczne. Możliwość błędu lub pomyłki nie zmienia tu wcale zasady ogólnej.

Nie przedsiębraliśmy tu wcale studium filozoficznego i ani pragniemy do dna zanalizować pojęcia: nauki, wiedzy, poznania, sztuki, umiejętności, kunsztu; ani też zagłębiać się możemy nad kwestyą względności i bezwzględności prawd naukowych i wartości kryteriów logiki naszej. Chcieliśmy tylko wogóle przytoczyć powszechnie zresztą przyjęte, pojęcia, odnoszące się do wzajemnego stosunku nauk i sztuk, by na tem tle uwydatnić stanowisko medycyny.

Od początku zapewne dziejów cywilizacji człowiek pragnął przedłużyć życie umierających i ulgę przynieść cierpieniom. Wobec dwu tak groźnych zjawisk, jak: śmierć i choroba, człowiek jak najwcześniej chciał osiąść sztukę zwalczania jednej i drugiej, jak najwcześniej też uprawiał sztukę medycyny.

Ale każda sztuka oprzeć się musi na wiedzy, bez względu na absolutną wartość tej wiedzy, bez względu na rzetelną wartość prawd za takie uważanych. To też człowiek pierwszych wieków kultury wiedział, że śmierć i choroba, to objawy woli bogów, umiał też zażegnywać jedną i drugą dzięki wiedzy o upodobaniach swych bożków, o wartości zaklęć, ofiar i modłów. To też korporacye kapłańskie w rodzaju Asklepiadów, bogate w wiedzę mistyczno-religijną, pełniły funkcye lekarzy, a dla ubóstwionego ich protoplasty Eskulapa wznoszono świątynie, miasto klinik dzisiejszych.

A trzeba było wiedzieć, jak zaklinać, by umieć korzyść przynosić. Oto np. zaklęcie lekarskie, zachowane na jednym z papyrusów egipskich w muzeum berlińskim: „Powstań! w dobrem trwaniu na zawsze, niszcząc wszystko złe przed sobą; oczy twoje rozewrze Ptah, usta rozewrze Sakri, przez potężną księgę Baa w której Paut-to wskazał leki—przez boską Izis niechaj zniweczone będą śmiertelne nasiona, które znajdują się w członkach twoich“. Nie bez tego,

aby, obok wartości zaklęć, wiedza ich, oparta na obserwacji natury, nie dawała materiału dla ich sztuki. Dostrzegli np., że kozy, zjadające ziele Ciemiernika (*Helleborus*), dostawały dyaryi, zastosowali też środek ten jako środek rozwalniający.

Mistycyzm indyjski, perski, hebrajski, egipski, grecki ustępował na chwilę zdrowym poglądom to genialnego Hipokratesa, twórcy nozografii i patologii humoralnej, to szkoły aleksandryjskich empiryków, to metodystów rzymskich z ich teorią naukową ściągania i zwalniania tkanek: *strictum et laxum*, to wreszcie sławnego lekarza z Pergamu—GALLENA, który słusznie twierdził, że sztuka lekarska oprzeć się winna na doświadczeniu i rozumowaniu i zbudował teorię czterech humorów, czyli pierwiastków życiowych, których siedliskiem jest wątroba, serce i mózgowie. Po długim, 14 wieków [!] trwającym okresie, trawestowania poglądów GALLENA przez Arabów i Żydów, weszła medycyna w nową epokę mistyczną średniowiecza.

Najgłówniejszy z lekarzy owej epoki, PARACELsus [XVI w.], rozwinął teorię naukową o ustroju ludzkim, jako o małej a zwartej kopii wszechświata, i nazwał ustrój *mikrokosmosem* w przeciwstawieniu do *makrokosmosu*, wyprowadził czynności ustroju ze sympatyi narządów do konstellacji i sił duchowych nieba. Jako w wielkim świecie włada Bóg, tak w małym tym świecie włada *archaeus* główny, z całym zastępem *archeusów* drugorzędnych. *Archeus* ten lub jego urzędnicy mogą być podrażnieni, beczynni i t. d., co powoduje choroby. Może też nastąpić, jak to bywa w makrokosmie, potop mikrokosmu, co stanowi puclhinę wodną, albo też susza, która sprawia zanik narządów, mogą też i pioruny uderzać, co daje apopleksję i t. p. Oto jest naukowa strona medycyny PARACELSA, która przez następującą teorię prowadzi do strony praktycznej, do sztuki lekarskiej: Często bardzo *archeus* sam się mityguje i tym sposobem następuje wyzdrowienie naturalne, w przeciwnych przypadkach Bóg, dbały o dobro człowieka, myślał o środkach poskramiania *archeusa* i stworzył odpowiednie na każdą potrzebę *arcana*, których własności i enoty lekarz badać powinien i skutecznie je stosować. Podobało się też Bogu odpowiednie dawać człowiekowi skinienia i tak np. plamy czerwone na liściach *Polygoni persicariae* wskazują, iż roślina ta niewątpliwą posiada siłę leczenia ran; *Orchis mascula*, jak jej nazwa objaśnia, jest silnem *aphrodisiacum*; *Sawifraga* leczy kamienie, a ciernie ostu usuwają kolki i t. p. Niemniej udało się PARACELSOWI, wprowadzić do sztuki lekarskiej przez ślepe doświadczenie ludu zastosowany potężny środek, mianowicie rtęć.

Nie wiele się różni w zasadzie ani teorią, ani zasadami praktyki od PARACELSA, wybitny lekarz początku XVII wieku VAN HELMONT—jakkolwiek uwydatnia się w nim już walka pomiędzy korzeniem się przed dogmatem religijnym a poczuciem wolności badań przyrodniczych. VAN HELMONT to wypadkowa walka dwu potęg: mistycyzmu i krytycyzmu.

Przeczy v. H. teorii PAR. jakoby głównymi składnikami ustroju były: „sól, siarka i rtęć“, ale natomiast utrzymuje, że żywiołami materialnymi, z których tworzą się istoty organiczne, to „woda i powietrze“, z których połączenia powstaje ziemia. Do utworzenia istoty organicznej wystarcza jednak sama woda—teoria ta naukowa wyprowadzona jest z obserwacji naukowej, że gałąź wierzby

rośnie, podlewana wyłącznie wodą. Życie, to połączenie materji i siły, stanowiące VAN-HELMONT'owskiego archeusa; życie to bywa różnych stopni „*Vita minimum prima*“, „*media*“ i „*ultima*“. Jest i tu *archeus influus* i *archaei imiti v. locales*. Archeus nie jest duszą, ale jej organem i mieści się w duumwiracie żołądka i śledziony, z kąd włada archeusami miejscowymi i t. p.. Choroba powstaje przez to, że przyczyna chorobotwórcza podrażnia, onieśmiela i t. p. archeusa życiowego i wywołuje chorobową ideę, która się narzuca archeusom cząstkowym i t. d.. Oto wzorek nauki lekarskiej, reprezentowanej przez VAN HELMONT'a. A jak wygląda oparta na tej teorii sztuka jego lekarska? Chorobę usuwa „idea“ zawienna archeusa życiowego, która wywiązuje się w nim samodzielnie pod wpływem najczęściej stosownych zarządzeń higienicznych. Ale i leków nie odrzuca v. H., przypisując udzieloną im przez Boga cnotę (*virtus*) działania na choroby; np. jak działa światło na przedmioty, których dosięga.

Rozwijały się tymczasem nauki przyrodnicze, a teorye lekarskie, wobec nieistniejących jeszcze nauk biologicznych, opierały się jednostronnie to na prawach mechaniczno-fizycznych, to na prawach fizycznych, to znowu na mętniejszych jeszcze pojęciach biologicznych i powstały jednostronne teorye i szkoły terapeutyczne: jatrochemików, jatrofizyków i witalistów.

Widzimy istotnie, iż sztuka lekarska jest sztuką bardzo starą; opierała się ona wprawdzie zawsze na danych pojęciach naukowych współczesnych, ale nauka ta nie była bynajmniej w dzisiejszym jej pojęciu, t. j. opartą na ścisłych kryteriach indukcyjnej i dedukcyjnej logiki, a nie była często ani nauką przyrody w ogólności, a tem mniej nauką o zjawiskach życia wogóle, a więc jeszcze mniej nauką o szczególnej formie życia, t. j. o życiu chorem. Co więcej, oprócz małej garstki anatomów, lekarze wybitni nie korzystali z nauki o życiu istniejącej i sankcyonowanej, ani też tworzyli pojęć lekarskich jako prawdę dla prawdy, ale tworzyli niejako naukę o życiu zdrowem i chorem *ad hoc*, w celach wprowadzenia z niej wskazówek dla swej sztuki. [D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

82. Prof. D-r K. Gussenbauer. Resekcyja czasowa nasady nosa w celu umożliwienia dostępu do zatok czołowych, sitowych i klinowych oraz do oczodołów.

Autor opisuje nowe, w dwóch własnych przypadkach wypróbowane sposoby ułatwienia dostępu przy wyluszczeniu nowotworów do wymienionych w nagłówku jam czaszki z pozostawieniem po sobie możliwie ograniczonej co do rozmiarów i nie szpecącej blizny. Przypadek pierwszy dotyczy 18-letniego młodzieńca, któremu przed trzema laty wycinano mięsak oczodołu lewego, dający jednak prędko nawroty, wskutek czego operacyę powtarzano dwa razy jeszcze i przy drugim z kolei zabiegu wyluszczone choremu lewą gałkę oczną. Na początku roku zeszłego chory ów zaczął doświadczać bólów w prawej poło-

wie czaszki i w oku prawem, a nadto, jak sam zauważył, w tymże mniej więcej czasie jama lewego oczodołu, która po rękoczynie ostatnim uległa głębokiemu zapadnięciu, powoli i stopniowo wypełniała się twardą masą od wewnątrz. Przy badaniu, prócz twardego nowotworu, umiejscowionego ponad lewym brzegiem nadoczodołowym (*margo supraorbitalis*) stwierdzono nieznaczne zesunięcie się ruchomej prawej gałki ocznej ku dołowi wraz z umiarkowanym wypchnięciem jej na zewnątrz, zależnem od obecności guza, który wyczuwano najlepiej w okolicy górnej oraz wewnętrznej ściany oczodołu i prawej zatoki czołowej. Trzeci zatem nawrót cierpienia nie ograniczył się już tym razem do obrębu blizny, lecz szerzył się na prawo; wobec tego konieczność rychłego zabiegu operacyjnego była tu aż nadto widoczną. Po uspieniu tedy chorego w położeniu siedzącym i wytamponowaniu mu obu nozdrzy poprowadzono przenikające do kości cięcie części miękkich od środka prawostronnego łuku brwiowego, wzdłuż wyrostka nosowego prawej kości czołowej, stąd równolegle do tej nazwy wyrostka szczęki górnej, potem zaś przez nos w kierunku poprzecznym odpowiednio brzegowi dolnemu kości nosowych i ostatecznie jednakowo przebiegające po stronie lewej cięcie ukończono na środku łuku. Po oddzieleniu za pomocą dłuta i młotka z obu stron wyrostka nosowego szczęki górnej aż do brzegu nadoczodołowego, a dalej obu wyrostków nosowych kości czołowej wraz z jej po obu stronach częścią oczodołową, blaszką papierową kości sitowej i kością łzową, po oddzieleniu wreszcie sitowej blaszki pionowej z lemieszem (*vomer*), przekonano się, że nowotwór, tworząc z masą bliznowatą oczodołu lewego jedną całość, zwyradniał kość sitową od strony blaszki papierowej, wrastając przytem w prawą i lewą zatokę czołową. Guz ten po części wycięto nożyczkami, po części zaś wyskrobano ostrą łyżeczką, przyczem ze względu na umiejscowienie sprawy nowotworowej, niezbędnem było wydłutowanie z górnej ściany oczodołu lewego aż do twardej opony mózgowej blaszki kostnej o powierzchni 3 ctm kwadratowych oraz częściowe usunięcie kości sitowej wraz z jej muszlami i komórkami. Po przemyciu pola operacyjnego 1% roztworem sublimatu, całą ranę oraz nozdrza wypchano gazą, której jeden koniec wyprowadzono na zewnątrz przez lewy otwór powiekowy, a po przystosowaniu w miejscu właściwym płata skórno-okostno-kostnego nałożono szwy; ósmego dnia przy zdejmowaniu tych ostatnich stwierdzono miejscowo rychłozrost zupełny, po upływie zaś niemal miesiąca operowany opuścił oddział w całym pomyślnym stanie zdrowia i z blizną ledwie widoczną.

W przypadku drugim miano do czynienia z 22 letnią chorą, u której już od lat czterech wyrastał w oczodole lewym guz; ten ostatni, niebolesny zupełnie, w miarę swego rozrostu wypychał oko lewe coraz bardziej na zewnątrz, wywołując pod koniec widzenie podwójne, bóle i zawroty głowy. Badanie, obok zmian natury zapalnej na dnie obu oczu i zaburzeń czuciowych na skórze policzka prawego, wykryło w wewnętrznym kącie oczodołu lewego twarde, mocno do jego górnej i wewnętrznej ściany przyrośnięty guz, po nad którym powieka górna była nieco obrzmiała. Tym razem przy przecinaniu części miękkich użyto sposobu odmiennego: cięcie bowiem, dochodzące do kości, poprowadzono w kierunku linii prostej przez grzbiet nosa i gładyszki (*glabella*), stąd

zaś sklepieniowato wzdłuż łuków brwiowych, poczem, podobnie jak w przypadku pierwszym, obnażono obie zatoki czołowe, części oczodołów wewnętrzne i kość sitową; nowotwór (*endothelioma psammosum*), który wyradniał w oczodole lewym tkankę tłuszczową aż do otworu wzrokowego (*foram. opticum*) i wrastał w kość sitową oraz obie zatoki klinowe wyluszczone doszczętnie; i tutaj jednak przy wydłutowywaniu wewnętrzno-górnej ściany oczodołowej wypadło na pewnej przestrzeni otworzyć jamę czaszki. Jakkolwiek i w tym przypadku rana zagoiła się pomyślnie, to jednak wobec trwającego ciągle dość znacznego wypuklenia się lewej gałki ocznej ku zewnątrz, po upływie 2½ miesięcy dokonano operacji wtórnej z cięciem w bliźnię i obnażeniem lewego oczodołu, z którego nieco obrzękłej tkanki tłuszczowej wycięto tyle, że obnażonymi zostały mięśnie oczne, poczem łatwiej można już było wepchnąć gałkę oczną do jamy. Po zaszcyciu rany nałożono opatrunek uciskający; przy następnej zmianie opatrunku stwierdzono, obok doraźnego miejscowego zagojenia się, ustąpienie zupełne wypchnięcia gałki ocznej na zewnątrz, chora zaś oznajmiła, że dwojenia się przedmiotów i innych ogólnych objawów chorobowych nie doznaje już wcale.

Powyższe dwa sposoby przecinania części miękkich, jak doświadczenie poucza, ułatwiają znacznie dostęp do zatok i jam czaszki, wywołując utratę krwi prawie jednakową; oba więc, zdaniem autora, są równie pożyteczne. Co do estetyki jednak, wyższość należy oddać pierwszemu sposobowi; ten bowiem choć na pozór bardziej powikłany, daje z jednej strony bliźnię bardzo nieznaczną, bo przebiegającą w brózdach z boku nosa, z drugiej zaś—bliźnię poprzeczną łatwo przez cień maskowaną, gdy tymczasem bliźnia na grzbiecie nosa i gładyszce, jakkolwiek również nie rażąca, była jednak w przypadku drugim daleko więcej widoczną.

(*Wien. klin. Wochenschr.* Nr. 21. 1895.).

K. Niedzielski.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE,

Posiedzenie kliniczne z d. 17. IX. 1895.

Dmochowski przedstawił chorą, której od lat 2-ch dokucza silny ból w okolicach podstawy nosa i oczu, rozprzestrzeniający się na czoło, ciemię i oba policzki. Przy badaniu wykryto niewielkie polipy, umiejscowione głównie na około muszli średniej. Pomimo usunięcia tych polipów ból się powiększał, jednocześnie wystąpiło zaczerwienienie całej twarzy i zażawienie oczu. Przy próbnym przekłuciu jamy Highmor'a wydobyto ze strony lewej 60 ctm. sz., ze strony zaś prawej 40 ctm. sześć. żółtego przezroczystego płynu surowiczego ze [znaczną domieszką włókniaka i śluzu. W płynie tym przy badaniu drobnowidzowem wykryto kryształki cholestearyny, tłuszczowo zwyrodnione białe ciała krwi oraz znaczną ilość komórek nabłonkowych z zachowanymi w wielu miejscach migawkami. Rozpoznano *hydrops inflammatorius antri*

HIGHMORI. W celu usunięcia cierpienia D. proponuje otworzenie jamy HIGHMOR'a.

JAWDYŃSKI przedstawił chorą, lat 22, u której dokonał operacji z powodu *hydorrhachis*. Chora ta opowiadała, że miała zawsze guz wielkości jabłka na miejscu kości krzyżowej nieco po stronie prawej od linii środkowej. Guz, pozostając wciąż *in statu quo*, od 1½ roku zaczął się powiększać, w następstwie po obu stronach fałd pośladeków utworzyły się symetryczne owrzodzenia prawie jednakowej wielkości. Odżywianie chorej mierne. Skóra na łydkach sinawa. Obie stopy są w postawie *pedis vari*. Chora stąpa całymi stopami, nie zginając stawów golenio-stopowych i stopowych. W okolicy krzyżowej zauważyć się dawał guz ruchomy wielkości głowy dorosłego człowieka, wiszący na grubej i krótkiej szypule, elastyczny, chełbocący, pokryty ruchomą również skórą, w dwu miejscach na dolnej jego powierzchni owrzodzoną. Kość krzyżowa rozszczepiała się w górnej swej części na dwie połowy, z której prawa wystawała ku tyłowi i na zewnątrz. Kość ogonowa bardzo mała. Przy ucisku na guz chora uczuwa klucie w tyle głowy. Przy operacji, po wypuszczeniu z guza około 800 ctm. sześć. płynu surowiczego, prawie bezbarwnego, oddzielono torbiel, a kawał kości krzyżowej wystający w postaci klina, złamano u podstawy i odchyłono ku dołowi. Po niespełna 1½ miesiąca chora opuściła szpital na wyzdrowieniu.

SAWICKI mówił „o działalności i znaczeniu w chirurgii MATLAKOWSKIEGO“.

PAPIEWSKI [z Radomia] miał odczyt p. t. „Badania chemiczne i kliniczne nad t. zw. mlekiem tłustem GAERTNER'a“. Rzecz ta będzie wydrukowaną w Gazecie Lekarskiej.

W dyskusyi JULIAN KRAMSZTYK, omówiwszy sposoby sztucznego karmienia niemowląt, tak mlekiem wyjałowionem, jakoteż mlekiem krowim z dodatkami, które by skład jego zbliżały do mleka krowiego, jest zdania, że mleko GAERTNER'a, t. j. właściwie mieszanka BIEDERT'a, w ulepszony sposób przygotowania, ma przyszłość przed sobą, zwłaszcza w nieżytych przewlekłych i u dzieci z podupadłym odżywianiem. Co się zaś tyczy zawartości tłuszczu w kale, to badania KRAMSZTYKA, dokonane w r. 1884, doprowadziły go do wniosku, że tak u różnych dzieci, jak i u danego dziecka w rozmaitych miesiącach życia zawartość tłuszczu ulega bardzo obszernym wahanom.

KOSMOWSKI twierdzi, że w kwestyi sztucznego karmienia niemowląt główny punkt ciężkości nie spoczywa wyłącznie na jednakiej ilości składników, lecz na ich naturze chemicznej, jak o tem można się przekonać z porównania sernika, zawartego w mleku kobiety z sernikiem krowim, przeprowadzonego w pracy A. WRÓBLEWSKIEGO. [p. Gazeta Lekarska r. 1894, str. 951 i 988].

Obserwacye prelegenta dokonane zostały na dzieciach od 7—15 miesięcy życia, łatwiej znoszących sztuczne karmienie; pomyślnie wyniki otrzymano u dzieci zdrowych lub z niewielkimi śladami krzywicy, przy dyspepsyach ostrych lub cierpieniach przewlekłych rezultaty wcale nie są zachęcające. Co się zaś tyczy przyrostu wagi u dzieci, karmionych mlekiem tłustem GAERTNER'a, to według zdania KOSMOWSKIEGO podobny przyrost daje się zauważyć i przy stosowaniu innej metody sztucznego karmienia.

W odpowiedzi PAPIEWSKI zaznacza, że tak on, jakoteż GAERTNER i ESCHERICH nie mieli zamiaru udowodniać wyższości odżywiania niemowląt mlekiem tłustem nad pokarm kobiecy; wobec warunków jednak społecznych sztuczne odżywianie niemowląt jest złem koniecznym, które, o ile się zdaje, w obecnej chwili najodpowiedniej zaspokoić mlekiem tłustem GAERTNER'a. Produkt ten ma tę wyższość nad mieszaniną BIEDERT'a, że zawartość tłuszczu może być stale jednakową. Co się zaś tyczy sernika, to zbliżenie jego własności do własności sernika mleka kobiety jest rzeczą przyszłości. Przyrost wagi przy karmieniu niemowląt mlekiem GAERTNER'a jest bardzo znaczny: w jednym ze zbadanych przez się przypadków prelegent otrzymał 20 grm. przyrostu wagi *pro die*.

VII Zjazd chirurgów polskich w Krakowie.

A) Dzień pierwszy Zjazdu.

Siódmy Zjazd chirurgów polskich w Krakowie odbył się w d. 16 i 17-ym lipca r. b. pod przewodnictwem prezesa stałego prof. RYDYGIERA i stałego zastępcy przewodniczącego prof. OBALIŃSKIEGO. Sekretarzem był docent Bosowski, podskarbin prof. TRZEBICKY.

Posiedzenia Zjazdu rozpoczęły się 16-go o 9-iej rano w sali wykładowej kliniki chirurgicznej od przemowy przewodniczącego. RYDYGIER wyraził przekonanie, iż rozpoczęta w tym roku budowa nowej kliniki chirurgicznej we Lwowie rokuje pomyślnie o przyszłości zjazdów, gdyż roznieci nowe ognisko naukowej pracy nad chirurgią. Następnie w gorących słowach uczcił RYDYGIER pamięć nieodżałowanego kolegi i znakomitego chirurga MATLAKOWSKIEGO, proponując przesłanie telegramu kondolencyjnego do jego zacnej małżonki wdowy. Wszyscy obecni uchwalili jednogłośnie wysłanie tego telegramu i wielce wzruszeni powstaniem z miejsc ostatni pokłon oddali pamięci tego dzielnego męża.

Po wybraniu na honorowych przewodniczących kk. ZIEMBICKIEGO ze Lwowa i ROMANA JASIŃSKIEGO, rozpoczęto szereg wykładów.

1) Pierwszy mówił profesor GLUZIŃSKI o symptomatologii przedziurawienia jelit; ją był wzbogacił wynikiem swych badań doświadczalnych nad zachowaniem się tętna pod wpływem gazów gnilnych, które się z jelit do jamy otrzewnej wydostają. Charakterystyczna przy tem zjawisku pozorna poprawa tętna stawała się często powodem pomyłek w rokowaniu, zamiast utwierdzać klinicystę w zamiarze bezzwłocznego skierowania chorego na stół operacyjny.

2) Następnie RYDYGIER przedstawia nową, swego pomysłu modyfikację postępowania operacyjnego przy wycinaniu odźwiernika, która to modyfikacja istotnie pozwala wgłębić dwunastnicę w żołądek w czasie stosunkowo znacznie krótszym, niż ostatnia metoda KOCHER'a. [Patrz Gazeta Lekarska, № 39].

3) OBALIŃSKI przedstawia preparat, otrzymany przy sekcji po gastroenterostomii, wykonanej za pomocą guzika MURPHY'ego. Pętlica jelitowa pękła skutkiem zbyt silnego, przewidzieć się nie dającego napięcia. W drugim preparacie przedstawionym przez OBALIŃSKIEGO widzieliśmy zamknięcie światła otworu żołądkowo-kiszkowego po gastroenterostomii, spowodowane przez nabrzmienie ziemniaka, który tu był [podług LANDERER'a] użyty zamiast guzika MURPHY'ego, a śmierć nastąpiła wskutek krwotoku ze starego wrzodu dziurawiącego. Oba więc te przypadki, zakończone śmiercią, zniechęcają do stosowania tego rodzaju nowych metod skróconej enteroanastomozy, a przemawiają za dawnym sumiennym szwem. Dla przypadków, w których chodzi o nadzwyczajny pośpiech, proponuje OBALIŃSKI guzik kauczukowy swego pomysłu.

W dyskusji BARĄCZ pokazuje różnice, jakie zachodzą między budową oryginalnego guzika MURPHY'ego a budową takichże guzików, wyrabianych w Europie, sądząc, że na tej różnicy [ostrość brzegów, siła sprężyny i t. d.] polega powodzenie metody. JASIŃSKI wspomina o dwóch gastroenterostomiach, wykonanych w jego obecności przez ODERFELDA. W jednej guzik MURPHY'ego wywołał zbyt rozległą [pomimo szwu bezpieczeństwa] zgorzel i przedziurawienie, guzik znaleziono w żołądku; w drugim między zeszytami jelitami a ścianą brzuszną i wątrobą wytworzyło się takie sklejenie, że skreśliło i zamknęło po kilku tygodniach otwór komunikacyjny, zmuszając do powtórnej operacji. Proponuje tedy JASIŃSKI operować szwem zwykłym i zeszyte miejsce utrzymywać przez przyszycie do przedniej ściany brzucha *in loco electionis*, dla uniknięcia zrostów, nie dających się przewidzieć, a ODERFELD zaleca przyszycie do sieci.

SZUMAN sądzi, że należałoby robić guziki z istot, ulegających wessaniu, np. z odwapnionej kości, uważając wszystkie inne za nieodpowiednie, bo mogą długo pozostawać w kiszkiach i nieraz, po roku nawet, wywołać przedziurawienie jelit.

RYDYGIER stanowczo radzi pozostać przy szwie piętrowym, twierdząc, że różnica w czasie nie może tu żadną miarą mieć tak decydującego znaczenia i w końcu nie jest tak znaczną, żeby należało dla niej poświęcać pewność samego zabiegu.

4) Dalej DROBNIK wygłosił nader zajmujący odczyt o powstawaniu urazowych torbieli trzustki. Badania jego doprowadzają w końcu do wniosku, że są to torbiele retencyjne w mięszu narządu, powstające przez zarośnięcie przewodu. W ten sposób torbiele trzustki prawie nigdy nie mają szypułki i doszczętne ich usunięcie jest, wbrew twierdzeniu MIKULICZA, niewykonalne; radzi więc ten dzielny chirurg wyrzec się wyluszczenia takich torbieli, a wszywać ściany jej w ranę powłok brzusznych. Wynik otrzymał w ten sposób powolny, ale zupełnie dobry. KRYŃSKI, zwracając uwagę na pracę ZAJCA, popiera pogląd na tę sprawę, wygłoszony przez prelegenta.

5) JASIŃSKI opisał pięć laminektomii, wykonanych przezeń u spondyliotyków w celu uwolnienia mlecza pacierzowego od ucisku, którego objawy [porażenie, kurecze i t. d.] w dwóch przypadkach udało się doszczętnie usunąć,

a w trzech przekonał się, iż usunąć się one nie dadzą, gdyż sam mlecz zdążył już uleść głębokim zmianom. Z powodu tego odczytu ZIEMBICKI, BOSSOWSKI, DROBNIK i BARĄCZ zadali prelegentowi szereg pytań, dotyczących wskazań do tej operacji, na które tenże odpowiedział, iż przy chorobie POTT'a nie można wcale, zdaniem jego, rachować na laminektomię jako na sposób leczenia gruczoły kregów, lecz tylko jako na zabieg, mogący nieraz uratować mlecz, który uległ uciskowi.

6) OBALIŃSKI przedstawił chorego, u którego wykonał operację płaskonogu (*pes plano-valgus*) metodą GLEICH'a, zmodyfikowaną w ten sposób, że dla uniknięcia blizny na podeszwie, prelegent wykonał cięcie w kształcie podkowy lub przewróconej litery „u” (η), łukiem więc wypukłym tego cięcia przeciął ścięgno Achillesa, potem przepiłował kość piętową, przesunął ją podług potrzeby i ustalił szwami. Wynik wyborny.

7) RYDYGIER demonstrował obecnym kilka narzędzi nowych, które przybyły do zbioru kliniki chirurgicznej, a między innymi maskę własnego pomysłu do chloroformowania i eteryzowania.

Posiedzenie przerwano o godzinie 12½ w południe.

W godzinę potem, a więc o 1½ na nowo zabrano się do roboty.

8) JORDAN z właściwą sobie swadą, w dłuższem przemówieniu wygłosił interesujący wykład o wycięciach mięśniaków macicy, dokonanych w jego klinice z przedstawieniem całego muzeum zakonserwowanych preparatów. Jeden przypadek operowano przez pochwę, 15 przez cięcie brzuszne; 2 razy odcięcie nadpochwowe SCHROEDER'a, 2 razy odcięcie metodą CHROBAKA, reszta metodą FREUND'a i RYDYGIERA. Jeden tylko z tych 16-u przypadków zakończył się śmiercią przy niewyrównanej wadzie serca. JORDAN twierdzi, że zbyt rzadko można spotkać przypadek, nadający się do operowania zachowawczego, zalecanego we Lwowie w roku zeszłym przez OBALIŃSKIEGO, to jest do wycinania pojedynczych guzów z zaoszczędzeniem macicy. Tam jednak, gdzie taką metodę możemy zastosować, dobrą mu się wydaje rada tegoż profesora, żeby ranę macicy wszywać w ranę ścienną. Wogóle mówca dochodzi do tego przekonania, że przypadki pojedynczych mięśniaków są daleko radsze, niż by się wydawać mogło, że nawet tam, gdzie na pozór jeden podsurowiczny guz taki istnieje, często współcześnie macica kryje w sobie liczne nowotwory śródmięsne lub podśluzowe; stawia więc za zasadę, iż doszczętne usunięcie macicy przy jej mięśniakach jest metodą najlepszą i najpewniejszą. Wobec takiego zapatrywania się na całą tę sprawę uważa JORDAN za najwłaściwszą metodę RYDYGIERA [dla większości przypadków], to jest: 1-o zaszcycie ust macicznych, odłączenie od pęcherza i otwarcie tylnego sklepienia, nałożenie podwiązek przez pochwę oraz wypchanie jej kłębami gazy jodoformowej i 2-o wydobytcie macicy z guzami przez cięcie ściany brzusznej oraz zaszcycie sklepienia pochwy. Guzy małe, o ile się stają przyczyną ważnych dolegliwości, radzi wydobywać przez cięcie pochwowe, a o ile siedzą pod błoną śluzową—przez macicę.

9) ZIEMBICKI odrzuca zupełnie wyluszczenie dużych nowotworów z macicy. Przy guzach mniejszych wykonywa kastrację, najczęściej ze skutkiem zupełnie wystarczającym. W tych przypadkach, w których, zwiększona obe-

nością mięśniaka, macica nie sięga po nad pępek i gdzie spodziewać się można, że jej ściana mięsna może się jeszcze przydać — zaleca mówca francuzką metodę rozkwalania guza (*morcellement*). W sposób nader interesujący wykłada ZIEMBIŃSKI systematycznie szczegóły metod PÉAN'a, DOYEN'a i RICHELOT'a.

OBALIŃSKI na zasadzie doświadczenia osobistego broni poglądów, poprzednio we Lwowie wygłoszonych. ROSNER twierdzi, że kastracja na wzrost guzów macicznych wywiera wpływ wątpliwy, na który wiele rachować nie można, krwotoków nie powstrzymuje, nie sądzi więc, żeby należało, oszczędzając macicę, wycinać kobiecie zdrowe jajniki. SZUMAN stanowczo jest przeciwny MARTIN'owskiemu wyluszczeniom, a gorąco przemawia za poleconą przez JORDANA metodą doszczętnego usuwania macicy, powołując się na pracę swą w „Przeglądzie chirurgicznym“ drukowaną w r. 1894.

10) ROSNER w odczycie swoim zwraca uwagę na konieczność starannego wiązania oddzielnych naczyń krwionośnych w kikutach i szypułach [po guzach z jamy brzusznej wydobytych] oraz unikania przewiązań masowych, gdyż te ostatnie są, według jego badań, najważniejszą przyczyną powstawania wysięków plastycznych, wikłających w nieznośnym nieraz stopniu przebieg poopercyjny. Przy tej sposobności nie mogę zataić, jak mnie dziwi upieranie się naszych kolegów krakowskich przy wyrazie „wypocina“ zamiast wyrazu „wysięk“, gdyż dotąd nie byłem w stanie wytłomaczyć sobie, co wysiękanie z naczyń lub z elementów tkankowych ma wspólnego z „potem“ (*przyj. spr.*).

DROBNIK nie podziela zdania mówcy, twierdząc, że masowe podwiązania, stale przezeń stosowane, na kilkanaście przypadków, w dwóch tylko mogły być posądzone o wywołanie wysięków okołoszypułowych i to niesłusznie, gdyż w jednym wysięk spowodowany był niewątpliwie przez miesiączkę, a w drugim zdarzył się po wycięciu galaretowatego raka jajnika (*Gallertkrebs*). BOGDANIK, który od lat 8-iu używa w chirurgii wyłącznie katgut, konsekwentnie trzyma się zasad, i dlatego powiada, że ten tylko widuje wysięki okołoszypułowe, kto szuka materiału do przewiązek po za granicami świata zwierzęcego.

11) WOŁKOWICZ, opierając wykład swój na gruncie doświadczeń i prób, na trupach i psach dokonanych, proponuje skrzyżowane zeszyca mięśni prostych brzucha przeciętych umyślnie, po dokonaniu laparotomii, dla uniknięcia przepuklin następczych w ścianie brzusznej. Analogiczny pomysł tegoż mówcy obmyślony został przezeń do leczenia brzucha obwisłego.

12) ŚWITALSKI na zasadzie doświadczeń FOCHIER'a, oraz zachęcony badaniami DIEULAFOY'a, ŚWIĘCICKIEGO, KARCEWSKIEGO, zabrał się do wywołania ropni miejscowych przez wstrzykiwanie olejku terpentynowego, w celu leczenia ropnicy i posocznicy. W trzech przypadkach metodę powyższą zastosował i otrzymał wyniki pomyślne.

B) Dzień drugi zjazdu.

13) BUJWID przedstawiał piękne mikro-fotogramy, rzucone na duży ekran. Wyborne preparaty pasożytów błonicy objaśnia mówca bardzo interesującym wykładem o ich rozmaitych postaciach wegetacyjnych, cechach

rozpoznawczych i. t. d., radząc badanie tych istot przedsiębrać w każdym przypadku, a z owych podejrzanych przypadków jedynie te zaliczać w spisowaniu spostrzeżeń do błonicy, w których niewątpliwie pasożyta błonicowego znajdziemy. Szczere oklaski były wymownem podziękowaniem słuchaczy za ten akademicki, bardzo pożyteczny wykład BUJWIDA.

14) STĘPIŃSKI zdał sprawę z ośmiu przypadków kraniektomii, wykonanych przez RAUMA w szpitalu praskim w celu leczenia idyotyzmu. RAUM robi 6 otworów za pomocą ręcznej trefiny i łączy je przekopami wązkimi, wykonanymi za pomocą piłki nożowatej (*passé-partout*). Wyniki, otrzymane przez RAUMA, jeszcze nie pozwalają na stawianie wniosków stanowczych. W jednym przypadku wynik był bardzo dobry. Musimy jednak czekać analizy tego przypadku, przez samego operatora dokonanej, zanim będziemy w stanie powiedzieć, jaką rolę w samym zejściu odgrywała operacja i jakiej natury były zmiany w mózgu, które grunt owego idyotyzmu stanowiły. W jednym przypadku dziecko umarło podczas operacji, prawie bezpośrednio po przekłuciu komórki mózgowej przez obecnego przy operacji neurologa.

JASIŃSKI wykonał wraz z CIECHOMSKIM kraniotomię, jako wstęp do kraniektomii, uruchamiającej sklepienie czaszkowe, w przypadku idyotyzmu, zależącego od makrokefalii. Dziecko umarło czwartego dnia po operacji wśród nieustającego upadku sił. Rozdzielono umyślnie operację na dwa akty, rachując się ze skutkami bardzo długo trwającego chloroformowania i ciężkości samego zabiegu. Pierwsze badanie mózgu już wykazało pierwotną marskość jego (*sclerosis primitiva*), dalszych badań podjął się D-r CIĄGLIŃSKI i prawdopodobnie je ogłosi, rzucając jasne światło na pytanie, czy w ogóle kraniektomia jest racjonalnie wskazaną w takich przypadkach.

DROBNIK wykonał w 2-u przypadkach idyotyzmu kraniektomię w 2-óch aktach, na wyraźne żądanie rodziców. W pierwszym przypadku można było dostrzedz pewną, acz niewielką poprawę, dziecko umarło na zapalenie płuc w miesiąc po operacji. W drugim przypadku absolutnie żadnego nie otrzymał wyniku.

15) BARĄCZ zaznajamia obecnych z metodą antroattikotomii STACKE'go, okazując preparaty, objaśniające metodę samą.

16) JASIŃSKI przedstawia preparaty anatomiczne, wykonane przez ORŁA, na których objaśnia położenie jamy sutkowej, wejścia czyli, wrót (*aditus ad antrum*), uchyłka jamy bębnekowej (*atticus*) i widok błony bębnekowej od tyłu, wraz ze stosunkiem kosteczek słuchowych do jamy bębnekowej i do jej uchyłka. Preparat ten stosownie do życzenia, wyrażonego przez rektora BROWICZA, ofiarował JASIŃSKI w swoim i ORŁA imieniu do zbiorów Uniwersytetu Jagiellońskiego. Dalej przedstawił mówca metodę JASIŃSKIEGO i ORŁA antroattikotomii, którą czytelnicy nasi znają już z artykułu, pomieszczonego w № 5 Gazety Lekarskiej z r. b., oraz opowiedział o zastosowaniu tej metody przez ODERFELDA w jednym przypadku ropienia w uchu średnim i skrzepu w zatoce poprzecznej. Na preparatach wspomnianych dowiódł też mówca, że za pomocą tej metody wchodzi się za zawsze od razu do attyki i do *antrum*.

17) **OBALIŃSKI** pokazał chorą, u której z jamy czaszkowej przez zatokę czołową wy dostał guz torbielowaty, wewnątrz zropiały.

Rektor **BROWICZ**, który zbadał guz ten bardzo starannie, powiada, że należy go uważać za uchyłek wrodzony zatoki czołowej, w którym wskutek wytworzenia się polipów i zamknięcia przez nie komunikacyi z samą zatoką czołową powstał otok ropny (*empyema*) wtórny.

18) **WEHR** kreśli ze zwykłym sobie talentem stan obecny nauki o rozpoznawaniu ropni mózgowych, twierdząc, iż stoi ona obecnie na poziomie bardzo wysokim, na poziomie zupełnej prawie pewności rozpoznawczej, oraz przedstawia przecięcia formalinowych preparatów mózgu, wykazujących w sposób jasny i niezbity, jak głęboko i w jakim kierunku wolno jest chirurgowi wdrążyć w głąb mózgu od przodu, bez obawy zranienia komór bocznych. Dalej opisuje nieskończoną wprawdzie do chwili odczytu, ale niewymownie interesującą historię choroby pewnego nadporucznika, u którego rozpoznał i operował ropień urazowy zrazu czołowego. Mówca obiecał tę swoją piękną pracę pomieścić w Gazecie Lekarskiej po ostatecznem ukończeniu spotrzeżenia samego.

OBALIŃSKI zaznacza, że przed czternastu laty miał sposobność zoperowania z dobrym wynikiem ropnia urazowego umiejscowionego także w ośrodkach psychomotorycznych.

19) **BOGDANIK**, podejrzewając u chorego kamienie w pęcherzyku żółciowym [stwardnienie miejscowe, napady bólu, żółtaczką], przystąpił do operacyi, podczas której przekonał się, że ma do czynienia z jego otokiem ropnym, zgrubieniem ścian i zrostami. Wykonał tedy cholecystostomię, a po dłuższem trwaniu przetoki cholecystoenteroanastomozę katgutem.

[D. n.]

Roman Jasiński.

Dnia 29 b. m. zmarł

LUDWIK PASTEUR.

Życiorys tego wielkiego Męża podamy w jednym z następnych N-rów Gazety Lekarskiej.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów rysunki do artykułu: „Z dziedziny zbroczeń wrodzonych“ B. W. SAWICKIEGO.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Довѣ Цензурою, Варшава, 22 Августа 1895 г. Друк K. Kowalewskiego. Warszawa, Mazowiecka 8,

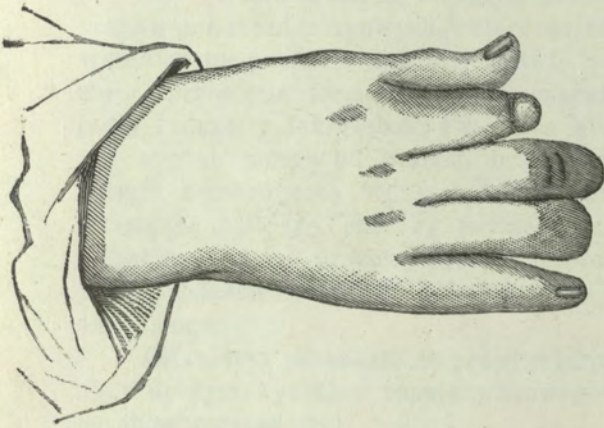


Fig. 1.

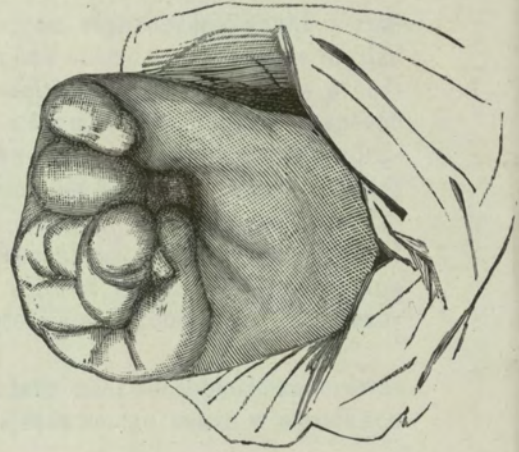


Fig. 2.

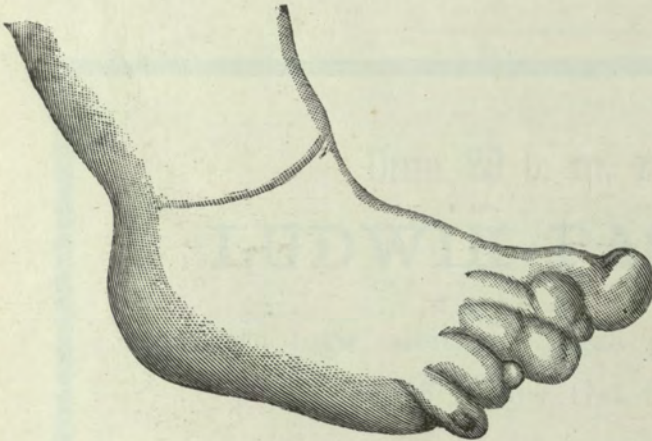


Fig. 3.

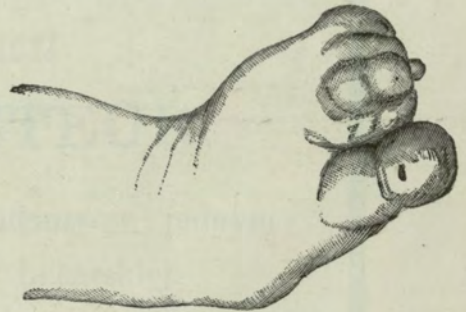


Fig. 4.

Fig. 1, 2, 3 i 4 przedstawiają górne i dolne kończyny dziecka w pierwszym przypadku.



Fig. 5.

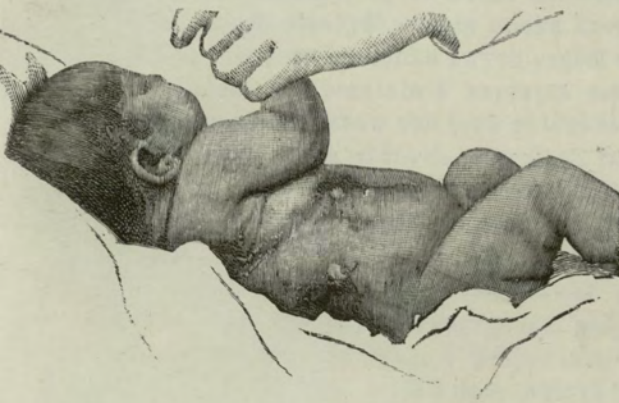


Fig. 6.

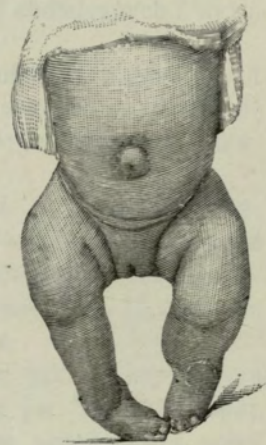


Fig. 7.

Fig. 5 i 6 przedstawiają oba boki dziecka w drugim przypadku. Fig. 7 przedstawia kończyny dolne dziecka w trzecim przypadku.