

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Przyczynek kliniczny

DO POSTĘPUJĄCEGO

ZANIKU MIĘŚNI.

PODAŁ

Dr. med. *Ludwik E. Bregman.*

Ordynator kliniki.



Jeden z najbardziej interesujących rozdziałów neuropatologii, stanowi postępujący zanik mięśni. Wszystkie odnośne przypadki podzielone zostały na dwie główne grupy: zanik *pierwotny* (postać myopatyczna, *dystrophia musculorum progressiva* według Erba), oraz zanik *wtórny*, będący następstwem zwyrodnienia pierwotnego komórek rogów przednich rdzenia lub nerwów obwodowych (*amyotrophia spinalis progressiva* i *Amyotrophia neurotica s. neuralis Hoffmana*). Podział ten, aczkolwiek w pewnej mierze usprawiedliwiony, względnie jednak, jak się zdaje, ma znaczenie. Badania anatomiczne Lewina (z kliniki Lichtheima) wykazały bowiem, że pomiędzy zmianami, znajduwanymi w mięśniach w zaniku pierwotnym i wtórnym, niema różnicy zasadniczej, któraby służyć mogła za podstawę owego podziału. W syrygomyelii, paraliżu postępującym opuszkowym i w rozsianem zapaleniu nerwów, a więc w cierpieniach, w których zanik jest z pewnością wtórny, autor wyżej wymieniony znalazł zmiany, uważane jako patognomoniczne dla zaniku pierwotnego: zanik „zwyczajny“ włókien z zachowaniem prążkowatości poprzecznej, pomnożenie

jąder mięśniowych, „blade plamy“ (wskutek rozpuszczenia substancji kitowej), wreszcie włókna hipertroficzne. Z wyników tych L. wyprowadza wniosek, iż *badanie układu mięśniowego, wbrew rozpowszechnionemu mniemaniu, nie daje możliwości rozpoznania różniczkowego dwu głównych postaci zaniku.*

Prof. Hoffmann w Heidelbergu, jeden z najbardziej kompetentnych na tem polu badaczy, pogląd ten w zupełności podziela: prócz Lewina, cytuje on szereg innych autorów, których wyniki słuszność jego potwierdzają. Charcot, opisując postać zaniku Aran-Duchenna (myelopatyczną), podnosi z naciskiem tę okoliczność, iż prążkowatość poprzeczna włókien pozostaje do samego końca widoczną, iż równocześnie z zanikiem ich następuje rozmnożenie jąder, które sprowadzić może rozpad włókien na „petits blocs“, nie naruszając jednakże prążkowatości; zwyrodnienie ziarnisto-tłuszczowe natomiast spotyka się nader rzadko i li tylko jako „phenomène accessoire“. Tkanka łączna (perimysium) rozrasta się silnie, w końcu zaś tworzy się tkanka tłuszczowa, dochodząca niekiedy do rozmiarów bardzo znacznych (Lipomatosis luxurians). Według Erba w następstwie zwyrodnienia urazowego nerwów obwodowych (z reakcją zwyrodnienia) włókna mięśniowe ulegają postępującemu zanikowi z pomnożeniem jąder; prążkowatość poprzeczna pozostaje zazwyczaj nienaruszoną, zwyrodnienie ziarniste lub tłuszczowe stanowi wyjątek.

Włókna hipertroficzne, podawane jako najbardziej dla zaniku myopatycznego charakterystyczne, również w sprawach wtórnych niejednokrotnie znajdowano: w Poliomyelitis ant. chron. przez Müllera i Oppenheima, w porażeniu dziecięcym (paralysis spinalis infantilis) przez Déjérine'a i Hitziga, w Syringomyelii przez Schultzego i Hoffmana, w zanikowej postaci Aran-Duchenne'a przez J. B. Charcota, wreszcie przez Lewina.

Dane wyżej przytoczone dowodzą, iż zmiany samych mięśni nie mogą mieć znaczenia decydującego w rozpoznaniu postaci zaniku.

Ale i drugi punkt, na którym się rozpoznanie to w większości przypadków opierało, mianowicie zachowanie się ośrodków rdzeniowych i nerwów obwodowych (zanik w postaci rdzeniowej resp. neurotycznej, stan nienaruszony w myopatycznej) również w niektórych razach zawieść może. W ostatnich latach opisano szereg przypadków, w których obok zmian w mięśniach, podawanych jako właściwe zanikowi pierwotnemu, znaleziono mniej lub więcej posunięty zanik komórek rogów przednich w rdzeniu i włókien w nerwach obwodowych: obraz kliniczny w pewnej części tych przypadków odpowiadał po-

staci myopatycznej (tak też brzmiało rozpoznanie kliniczne), np. przyp. Frohmaiera, Erba (sposzczenie 24-te), Preissa, Heubnera, w innych zaś objawy kliniczne były tego rodzaju, że zaliczenie ich do jednej z głównych grup było niemal niemożliwym.

Obserwacja kliniczna ze swej strony wykazała liczne fakty, które również sprzeciwiają się ustalonej klasyfikacji. Ze spostrzeżeń tych wynika przedewszystkiem, że pojedyncze objawy, na które przedtem tak wielki nacisk kładziono, jak np. reakcja zwyrodnienia, drżenia włókienkowe, dziedziczność, przebieg wolniejszy lub szybszy i t. d., same przez się nie posiadają bynajmniej jakiegoś wyjątkowego znaczenia i że *li tylko całościóbr objawów u chorego znajdujących usprawiedliwić może rozpoznanie tej lub owej postaci zaniku.*

Wobec tych wyników staje się pomimo rozległej dotychczasowej kazuistyki, gromadzenie nowego materiału, zarówno klinicznego jak anatomicznego, bardzo pożądanem. „W tej dziedzinie, również jak w wielu innych, słusznie powiada Strümpell, postęp wiedzy zasadza się na tem, iż w początku dokładna obserwacja faktów umożliwia stosowne ich ugrupowanie i poznanie pojedynczych typów, w następstwie zaś dopiero, kiedy znajomość wszystkich postaci została dostatecznie posunięta, okazuje się możliwym połączenie ich z ogólniejszego punktu widzenia. Co się tyczy nauki o zaniku mięśni, to znajduje się ona, niestety, jeszcze w pierwszym z pomienionych okresów. Nadal jeszcze zadanie nasze polegać będzie przedewszystkiem na zbieraniu i grupowaniu możliwie licznych i możliwie dokładnie i wszechstronnie badanych przypadków.“

Wychodząc z tego samego zapatrywania, zamierzam w pracy mej podać do wiadomości kolegów szereg przypadków, spostrzeganych po największej części na klinice chorób nerwowych, tem bardziej, że w ich opisie klinicznym (badanie anatomiczne w żadnym z nich nie było możliwe) znajdziemy sporo szczegółów, zasługujących na bliższe rozpatrzenie ¹⁾.

Przypadek I. X. Y., 53 lat, zapisał się do kliniki d. 30/1 1896 r. Przed 5-ma laty chory zauważył osłabienie kończyn górnych, które z wolna postępowało. W rok potem udał się z tego powodu do Petersburga, gdzie rozpoznano „suchoty mleczna“ (? zanik mięśniowy pochodzenia rdzeniowego). Od początku niedowład po stronie prawej występował najwyraźniej w palcach i w napiętku, z lewej zaś — palce poruszały się prawidłowo, natomiast podnoszenie ramienia (w stawie barkowym) było utrudnione. Niedowład stopniowo się

1) Fotografia będzie dołączona przy końcu artykułu.

wzmagał, zwłaszcza w ostatnim czasie: od roku chory nie jest już w stanie pełnić obowiązków służbowych.

W kończynach dotkniętych chory nie doznaje ani bólów, ani parestezyi. Ból w okolicach barkowych, zwłaszcza w prawej, zjawia się jednak, gdy chory leży na boku. Jednocześnie z niedowładem rozwijał się stopniowo zanik porażonych części.

W kończynach dolnych żadnych zaburzeń nie było: do dziś dnia chory może przejść pieszo dość znaczną odległość (do 10 wiorst), nie czując wcale zmęczenia. Stać może długo bez wysiłku, siedzieć natomiast, nie opierając tułowia, nie jest w stanie dłużej nad parę minut. Głowy przy siedzeniu opierać nie potrzebuje.

Leżąc, chory doznaje pewnych trudności przy oddechaniu.

Od bardzo dawna odznacza on się wielką wrażliwością, która w ostatnich latach — po wystąpieniu obecnej choroby — jeszcze się wzmogła.

Bólów, zawrotów głowy niema.

Ojciec chorego zmarł przed 10-ciu laty, mając lat 84, był fizycznie i umysłowo zdrowy. Matka jego dożyła do lat 70 i również była zdrowa. Chory miał 15 rodzeństwa, z których 13-ro zmarło w młodym wieku wskutek nieznanych mu chorób. Jedna siostra zmarła niedawno wskutek choroby popołożowej, pozostawiając 2 zdrowych dzieci, druga jest zupełnie zdrowa.

Ojciec chorego miał 5-ciu braci: wszyscy należeli do stanu duchownego. Wszyscy byli bardzo nerwowi, jeden zmarł wskutek choroby umysłowej, której towarzyszyło bardzo silne podniecenie. Drugi stryj miał syna idiotę-epileptyka, który zmarł w wieku lat 30, — oraz córkę, która również ma ręce słabe i niezręczne: bliższych jednak szczegółów o jej cierpieniu chory nie zna. Trzeci stryj miał syna dotkniętego cierpieniem umysłowym, peryodycznie występującem: w czasie napadu chory ten, będący pracowitym i dzielnym urzędnikiem (jedyne z całej rodziny nie należący do stanu duchownego), porzuca swą służbę, stroni od rodziny, włóczy się nieumyty i nieodziany z karczmy do karczmy, żebrze i upija się. Pozostali synowie tego stryja są zdrowi. Wreszcie jeden jeszcze brat stryjeczny dotknięty jest cierpieniem, które powoduje stałe pochylenie głowy (torticollis).

Chory nasz jest od 20-tu lat wdowcem, ma 5-ro zdrowych dzieci. Wychowanie ich przyczyniło mu dużo trosk i zmartwień. Do stanu duchownego wstąpił, mając lat 24.

Prócz lekkiego duru w 20-ym roku życia, żadnych poważniejszych chorób nie przechodził. Od wielu lat cierpi często na wrzo-

dziankę. W 22-im roku niósł na swych barkach trumnę kolegi: od owego czasu miewał często bóle w ramionach, to w jednym, to w drugim, lub naraz w obydwóch, po wystąpieniu obecnej choroby bóle te ustały.

Status praesens. Chory wysokiego wzrostu dość silnej budowy ciała, w odżywianiu nieco upośledzony. Przy obnażeniu ciała widać odrazu znaczny zanik kończyn górnych.

Lewa ręka znajduje się w zgięciu i pronacji, palce we wszystkich członkach lekko zgięte; paluch odwiedziony, członek paznogciowy palucha zgięty, pierwszy zaś wyprostowany. Thenar i hypothenar spłaszczone. Pierwsza przestrzeń międzykostna wpadnięta. Na grzbietowej powierzchni ręki guz kształtu owalnego, ruchomy, przy naciskaniu niebolesny (ganglion tendineum).

Lewe przedramię wygląda prawidłowo, ramię zaś jest bardzo wychudłe. Kąt barkowy ostry, części kostne pasa barkowego — spina scapulae, acromion, caput humeri — występują wyraźnie. Pod acromion znaczne spłaszczenie (na fig. 1 linia wklęsła).

Lewa łopatka wyższa od prawej i bliższa l. środkowej. Jej brzeg środkowy odstaje od klatki piersiowej, ale jest równoległy do kręgosłupa. Fossae supra — infraspinatae bardzo wpadnięte. Górny brzeg M. cucullaris zarysowuje się wyraźnie.

Co się tyczy ruchów dowolnych, to chory dość dobrze i z pewną siłą odprowadza i prostuje paluch, gorzej nieco doprowadza go, najgorzej zaś i najslabiej wykonywa zginanie i opozycję; tą ostatnią zaledwie do zetknięcia z 4-ym palcem. Paznogciowy członek palucha chory zgina dobrze; paluszek prostuje również dobrze; odprowadzić go nie może. Pozostałych palców wyprostować nie jest w stanie, zgina 2-gie i 3-cie członki dość dobrze. Rozstawienie palców możliwe li tylko przy biernem wyprostowaniu ich i opieraniu się ręki o stół. Ułożenie ręki w pięść utrudnione wskutek niedostatecznego zginania palucha; zgięte (czynnie) palce okazują jednakże badającemu dość znaczny opór.

Wyprostowanie w napiętku odbywa się z wielkim wysiłkiem i nie przechodzi nad poziom przedramienia, a przy najslabszym nawet oporze nie wykonywa się wcale: towarzyszy mu, również jak wielu innym ruchom, silne wyprostowanie palucha. Zginacze napięstka funkcyonują lepiej, ale siła ich jest równie zmniejszoną. Proi supinację chory wykonywa lepiej przy zgiętym (biernie), aniżeli przy wyprostowanym łokciu. Zgiąć łokcia nie może, prostuje go dobrze, nawet pomimo oporu. Podnieść ręki w bok nie może, ku przo-

dowi i tyłowi podnosi ją słabo (przytem znaczne podniesienie łopatkki).

Prawa kończyna górna. Ręka w położeniu środkowym między wyprostowaniem a zgięciem: w lekkiej pronacyi. Palce wyprostowane, paluch przywiedzioty. Thenar i hypothenar zanikły, dłoń płaska (ręka małpia). Grzbiet ręki w profilu wklęsły.

Przedramie dotknięte zanikiem w największym stopniu, w ramieniu zaś jest on o wiele słabiej wyrażony. Bark znacznie niższy od lewego, również ostrokątny. Zupełny zanik *M. cucullaris*. Oglądając chorego z tyłu, widzimy cały obojczyk.

Łopatkka bardzo oddalona od kręgosłupa, jej brzeg środkowy wystaje mniej niż po stronie lewej, przebiega ukośnie w dół i ku wewnątrz. Między łopatką a kręgosłupem wskutek zaniku mięśni, żebra bardzo wydatne. *Fossae supra — et infraspinatae* wpadnięte, jednakże mniej niż po stronie lewej.

Ruchy dowolne w palcach: w napiętku, prócz bardzo nieznacznego zginania ostatnich członków 4-go i 5-go palców (oraz śladu tegoż samego ruchów w 3-im) zniesione. Łokieć chory zgina słabo, prostuje lepiej; pronacyi nie wykonywa wcale, supinacya nieznaczna przy zgiętym łokciu. Podnosi rękę w kierunku bocznym, przednim i tylnym mniej więcej do kąta 25° . Ramię podnosić może do wysokości lewego, przytem uwydatnia się cienki brzeg *M. cucullaris*.

Prawą ręką chory sięga do odbytu, lewą zaś nie może. *Regio pectoralis* z obu stron wpadnięta, a zwłaszcza po stronie prawej: przywiedzenie ramienia po tej samej stronie słabsze. *M. latissimus dorsi* z obu stron bardzo cienki.

Stojąc, chory trzyma zwykle głowę naprzód pochyloną. Wyrostki cierniste ostatnich kręgów szyjowych i górnych grzbietowych występują wyraźnie. Kręgosłup nie przedstawia żadnego zбочenia, lordoza lędźwiowa bardzo wydatna (zwiększenie normalnej lordozy).

Klatka piersiowa rozszerzona w kierunku przednio-tylnym. Oddech bardziej żebrowy. Przy głębokiem wdychaniu obie łopatkki się podnoszą, lewa bardziej niż prawa.

Napięcie (tonus) mięśni w częściach dotkniętych zanikiem zmniejszone. Nerwy i mięśnie przy naciskaniu niebolesne. Pobudliwość mechaniczna w niektórych mięśniach zniesiona, w innych (*M. cucullaris*; *deltoideus*, *bicipsp.*) bardzo zmniejszona.

Badanie elektryczne nie wykazało ani reakcyi zwyrodnienia, ani wogóle jakichkolwiek zmian jakościowych pobudliwości. Pod względem ilościowym wyniki były następujące:

Przy prądzie faradycznym otrzymywaliśmy skurcze w:

	lewy	prawy
M. extensor pollicis long. przy	6.5 ctm. odległ. cewki	
— abductor „ „ „	7.5 „ „	skurczu
— flexor „ „ „	4.5 „ „	
— opponens „ „ „	4.5 „ „	
— flexor pollicis brevis „ „ „	9.5 „ „	
— abductor digiti minimi „ „ „	6.5 „ „	
— flexor „ „ „	4.0 „ „	
— extensor digit. comm.	niema skurczu	
— flexor „ „ „	4.5 „ „	
— interosseus III „ „ „	6.0 „ „	
— extensor carpi radial.	niema skurczu	
— „ „ ulnaris „ „ „	6.0 „ „	
— flexor „ „ radialis „ „ „	5.0 „ „	skurczu
— biceps „ „ „	6.0 „ „	
— triceps „ „ „	4.5 „ „	
— deltoides „ „ „	5.0 „ „	
— cucullaris „ „ „	9.0 „ „	
— sacrolumbalis „ „ „	5.5 „ „	
— orbicularis oris „ „ „	8.0 „ „	
— zygomaticus maj. „ „ „	7.75 „ „	
N. ulnaris „ „ „	6.5 „ „	
N. medianus „ „ „	5.5 „ „	
N. radialis „ „ „	3.5 „ „	

Przy prądzie galwanicznym skurcz występuje w:

	lewa	prawa
M. extensor poll. long.	1.5 MA.	
— abductor poll. long.	2.0 „	skurczu
— flexor pollic. long.	6.5 „	
— flexor poll. brev.	5.5 „	
— abductor digiti min.	5.0 „	
— flexor digit. comm.	3.0 „	
— extensor digit. comm.	2.0 „	
— extensor carpi uln.	4.5 „	
— flexor carpi uln.	5.5 „	
— flexor carpi rad.	5.5 „	
— biceps „ „ „	6.0 „	
— triceps „ „ „	3.0 „	5.0
— interossei „ „ „	5.0 „	niema skurczu

M. deltoides	5.0 MA.	6.5
— cucullaris	1.0 „	3.0
— infraspinatus	niema	skurezu
— pectoralis	2.0 „	2.0
N. ulnaris	2.5 „	4.0 (4 i 5 palec)
N. medianus	3.0 „	} niema skurezu
N. radialis	4.0 „	
N. peroneus	2.5 „	2.0

W kończynach dolnych zaburzeń niema. Chód prawidłowy, siła mięśniowa zachowana. Nerwy i mięśnie na naciskanie niebolesne.

Czucie na całym ciele zachowane.

Odruchy kolanowe nieco wzmożone, odruchy ścięgna Achillesa umiarkowane, clonus pedis niema. Odruchy stopowe silne. W kończynach górnych odruchy M. bicipis zniesione, M. tricipitis umiarkowane.

Nerwy mózgowie. Siła wzrokowa na obu oczach = 0.6. Chory utrzymuje, że od bardzo dawna wieczorem stosunkowo lepiej widzi, aniżeli przy świetle dziennym (nyctalopia). W obu oczach słaby stopień krótkowzroczności (1.0 D). Badanie wziernikiem wykazuje stosunki prawidłowe. Pole widzenia (badane perimetrem) niezmiennione.

Żrenice nierówne (prawa szersza), nie reagują wcale na światło, ani przy oświetleniu bezpośrednim, ani przy oświetleniu drugiego oka. Przy akomodacji i konwergencji reakcja zachowana, choć nieco powolna. Również wyraźną reakcję otrzymuje się przy faryzowaniu karku (reakcja bólowa).

Zewnętrzne mięśnie oczne czynne prawidłowo.

W mięśniach twarzowych można zauważyć pewną, choć nieznaczną różnicę obu stron: z prawej strony fałda wargonosowa nieco wyraźniejsza niż w lewej. Ruchy mimiczne prawidłowe, również jak i mowa. Chory łyka dobrze; łuki podniebienia z prawej strony niższe, przy fonacji i oddychaniu obie połowy podnoszą się jednakowo.

Smak i powonienie zachowane. Bicie zegarka słyszy prawem uchem na 10 m., lewym na 3 m. odległości.

Tętno 70, prawidłowe. Nieznaczna skleroza A. radialis. Narządy wewnętrzne zdrowe. W oddawaniu moczu zaburzeń niema.

Chory narzeka często na bóle głowy, szum w uszach i silne swędzenie twarzy. Utrzymuje, że pamięć jego osłabła, zwłaszcza

co się tyczy imion własnych, jednakże zadania arytmetyczne rozwiązywał dobrze. Chory nieustannie czyta.

Usposobienie jego stale przygnębione, przytem jest nadzwyczaj wrażliwy i prędki, a w szpitalu kilkakrotnie bez dostatecznego powodu wpadał w silny gniew.

Pomimo tak znacznie posuniętego zaniku w kończynach górnych, chory w życiu codziennem niezłe niemi się posługuje i bez obcej pomocy się obchodzi: w tym celu wyzyskuje on zwłaszcza asymetryę zaniku, podnosząc prawem ramieniem słabiej dotkniętą lewą ręką.

Chory pozostawał w klinice do 17-go marca. Stosowano franklinizacyę, kąpiele, masaż, różne wcierania. Przy silniejszym podrażnieniu podawaliśmy brom. Chory czuł się dobrze i utrzymywał, że ma w rękach więcej siły. Niestety, w końcu pobytu w szpitalu wystąpiła wrzodzianka, która mu bardzo dokuczwała i zmusiła nas do interwencji chirurgicznej.

Streszczając w krótkości ten przypadek, widzimy u 53-letniego mężczyzny zanik mięśni, połączony z niedowładem resp. bezwładem ich, który, stopniowo postępując, zajął znaczną część układu mięśniowego. Początek cierpienia przed 5 — 6 laty. Największy stopień zaniku znajdujemy w kończynach górnych i pasie barkowym: w mięśniach tylnych głowy i tułowia niedowład jest nieznaczny, a na twarzy stwierdzić tylko można lekką różnicę między jedną i drugą połową; kończyny dolne pozostały nietknięte.

W kończynach górnych spotykamy niezwykłą asymetryę cierpienia: po stronie prawej mięśnie przedramienia i drobne mięśnie dłoni uległy zupełnemu niemal zanikowi, a z czynności ich ślad zaledwie pozostał, daleko lepiej natomiast zachowane są mięśnie ramienia, oraz *M. deltoides*, *supra* i *infraspınatus*; na stronie lewej zaś znajdujemy wręcz przeciwny stosunek. *M. cucullaris* i inne mięśnie łopatkki są z prawej strony znów bardziej dotknięte.

Reakeyi zwyrodnienia niema. Drżenia włóknikowe bardzo nieznaczne. Prócz tego, ogólna wrażliwość i nerwowość, a ze strony źrenic objaw Argyll-Robertsona. Pod względem etyologicznym znaczne obarczenie neuropatyczne; zanik nie jest dziedziczny, być może jednak rodzinny (dane o siostrze stryjecznej są bardzo niepewne).

Jaką postać postępującego zaniku mięśni przedstawia dany przypadek? Odpowiedź na to pytanie jest dość trudna, ponieważ niektóre dane przemawiają na korzyść pierwotnego, myopatycznego zaniku, inne zaś, niemniej ważne, za wtórnym, pochodzenia rdzeniowego. W rzędzie pierwszych wymienimy powolny rozwój cierpienia,

brak reakcyi zwyrodnienia, po części umiejscowienie pierwotne w paśmie barkowym; natomiast początek cierpienia w wieku późniejszym, wczesne zajęcie mięśni drobnych dłoni (na jednej stronie), pominięcie kończyn dolnych, brak wrzekomego przerostu — są bardziej właściwe zanikowi myopatycznemu. Objawy te jednakże, jak już we wstępie zaznaczyliśmy, pojedynczo wzięte, nie posiadają owego znaczenia różniczkowego, które im zwykle nadawano. Tak np. *reakcyę zwyrodnienia* otrzymano kilkakrotnie w dystrofii, nawet w przypadkach pośmiertnie badanych, w których ośrodki i nerwy obwodowe okazały się nienaruszonymi (Erb-Schultze, Eisenlohr, niedawno Oppenheim i Cassirer); w przypadkach porażenia rdzeniowego może natomiast jej być brak, gdyż zanikowi ulegają pierwotnie pojedyncze pęczki włókien, nie zaś całe mięśnie en masse, a wskutek tego reakcyja pęczków dotkniętych może pozostać ukrytą po za reakcyą pęczków zdrowych. *Drgania włókienkowe* spotyka się niekiedy w zaniku myopatycznym (przyp. IV tej pracy), choć wprawdzie nigdy tak rozległe, jak w postaci wtórnej, rdzeniowej, w tej ostatniej jednakże również nie występuje ona stale: zatem objaw ten tak samo, jak i reakcyja zwyrodnienia, dość względną posiada wartość dyagnostyczną, wtedy bowiem tylko świadczy na korzyść cierpienia rdzeniowego, gdy jest silnie wyrażony.

Zanik myelopatyczny postępuje zwykle dość szybko, znane są jednak przypadki z przebiegiem wolniejszym jeszcze, aniżeli u naszego chorego, np. w przypadku Déjerine'a, w którym chory po 18-tu latach trwania choroby życie sobie odebrał. W postaci pierwotnej (myopatycznej) znów spostrzegamy nieraz ostre lub podostre nasilenia: po dłuższej lub krótszej przerwie cierpienie poczyna nagle szybciej się rozwijać, lub też (jak np. w następnym przypadku) początkowe objawy są tak nieznaczne, iż ujść mogą uwagi chorego, aż dopiero wskutek działania jakiejś przyczyny niewiadomej, występując w sposób podostry, w krótkim czasie dosięgają wielkich rozmiarów.

Początek sprawy w wieku późniejszym (u naszego chorego w 49-ym roku życia) częściej ma miejsce w zaniku rdzeniowym, ale i w postaci myopatycznej wyjątkowo to samo spostrzegamy, np. w przypadku Linsmayera, zanik na jaw wystąpił dopiero w 70-ym roku życia. Zauważyć jednak musimy, iż w przypadkach tych, również jak w naszym, przed wrzekomym początkiem choroby istnieć mogły drobne zmiany pomimo wiedzy chorego. Zresztą, dzięki badaniom Hoffmanna i Werdinga, wiemy, iż zanik rdzeniowy powstać może nie tylko w wieku dorosłym, ale nawet już w 1 — 2 roku życia.

Bardzo charakterystyczną cechą niektórych postaci zaniku pierwotnego (myopatycznego) stanowi przerost pewnych mięśni, prawdziwy lub wrzekomy: aliści brak tego objawu, jako niestałego, nie może mieć decydującego znaczenia rozpoznawczego.

Umiejscowienie zaniku w rozpoznaniu postaci tegoż, odgrywa zwykle rolę dość ważną, w naszym przypadku jednak nie uprawnia również do wniosków pewnych: po stronie prawej najwcześniejsze i w największym stopniu zajęte były, jak w postaci rdzeniowej, mięśnie drobne dłoni i przedramienia; wręcz przeciwnie na stronie lewej, te ostatnie mięśnie były względnie dobrze zachowane, a natomiast mięśnie ramienia i barkowe największemu uległy zanikowi. Wprawdzie i takie umiejscowienie, choć bardziej właściwe dystrofii, nieraz i w postaci rdzeniowej spostrzegano (Raymod, Roth, Laehr, Hoffmann i Werding), aliści tak silnie wyrażona *asymetria*, jak u naszego chorego, w obu cierpieniach jest objawem niezwykłym. Lżejsze stopnie asymetrii spotykamy dość często, zwłaszcza w zaniku wtórnym, rdzeniowym, w okresie wcześniejszym możliwym nawet jest zajęcie jednej tylko połowy ciała, tak wielka różnica w umiejscowieniu sprawy jednak jest bardzo rzadka. W dostępnej nam literaturze znaleźliśmy zaledwie dwa przypadki, mające pewne podobieństwo do naszego.

Ascher demonstrował w Berlińskim Towarzystwie Psychiatryków i Neurologów przypadek następujący (z polikliniki Mendla).

50-letni mężczyzna, dawniej zecer, od 3 lat zarządza drukarnią. W prawej kończynie górnej m. wyprostne palców porażone, zginacze słabe, ruchy paluchem ograniczone, przedramie w stanie zaniku. Po stronie lewej mięśnie przedramienia i ręki nietknięte, natomiast mięśnie ramienia, m. supra — et infraspinales uległy zanikowi, ramię wisi jakby zupełnie sparaliżowane, chory nie jest w stanie podnieść ręki w górę, z trudem wykręca ramię ku zewnątrz, łokcia nie zgina wcale, a prostuje bardzo słabo. W niektórych mięśniach reakcja zwyrodnienia. Zanik rozwinął się w ciągu 4-ch miesięcy. Autor na zasadzie przebiegu klinicznego wyklucza poliomyelitis ant. subacuta, a rozpoznaje porażenie wskutek otrucia ołowiem, prawdopodobnie, pochodzenia rdzeniowego.

Drugi przypadek, podany przez Rotha w kazuistyce zaników mięśniowych, pod względem liczebnym, prawdziwie imponującej, jest bardziej do naszego zbliżony.

34-letnia kobieta, żona żołnierza. Lewe ramię zwieszane, bez życia. M. deltoideus, biceps, brachialis int. w stanie zupełnego zaniku, bezwładne. Z prawej strony mięśnie ramienia i barku wolne, mięśnie przedramienia zaś i międzykostne w stanie zaniku, ruchy pal-

ców bardzo ograniczone. Reakcyi zwyrodnienia i drgawek włókienkowych niema. W kończynach dolnych podmiotowo osłabienie. Początek cierpienia przed rokiem.

W porównaniu z naszym przypadkiem zanik jest tu mniej daleko posunięty. Autor wyklucza pierwotne cierpienie mięśni, głównie na podstawie asymetrii zaniku, oraz zmian degeneracyjnych, stwierdzonych na kawałku wyciętym z mięśnia barkowego, dodaje wszakże, że przypadek jego nie jest zgoła podobny do żadnej ze znanych postaci zaniku pochodzenia rdzeniowego.

Streszczając to, cośmy o pojedynczych właściwościach naszego przypadku powiedzieli, widzimy, iż włączenie go do jednej z głównych grup zaniku postępującego mięśnia, byłoby w pewnej mierze rzeczą dowolną. Asymetria zaniku, jako objaw wyjątkowy, w żadnym razie, zdaniem naszym, decydującego znaczenia mieć nie może. W tych warunkach na szczególną naszą uwagę zasługiwał jeden jeszcze objaw, któryśmy u chorego stwierdzili, mianowicie brak oddziaływania źrenic na światło, podczas gdy reakcyja na akomodacyę oraz bólowa były zachowane (reflektorische Lichtstarre). Jakie znaczenie objawowi temu przypisać możemy?

Zewnętrzne mięśnie oczne były nienaruszone, akomodacya oraz odnośny odruch źrenicy zachowane, choć nieco leniwe, z góry więc wykluczyć możemy powikłanie postępującego zaniku mięśni oftalmoplegii, tem bardziej, iż w przypadkach tego rodzaju dotknięte bywają najczęściej same tylko mięśnie zewnętrzne oka, oftalmoplegii zaś wewnętrznej w połączeniu z zanikiem mięśniowym dotąd nie spostrzegano *).

Objaw Aigyll-Robertsona spotyka się najczęściej w wiądzie rdzenia oraz w paraliżu postępującym, które znów niekiedy wikłać się mogą z zanikiem postępującym mięśni, u naszego chorego jednakże brak wszelkiej podstawy dla rozpoznania jednego z tych cierpień. Brak również i innych przyczyn, mogących objaw ten powodować,

*) Dobre zestawienie wszystkich odnośnych przypadków u Kalischera: „Ein Fall von subacuter unclarer Ophthalmoplegie“ i t. d.; w „Deutsche Zeitschrift für Neurologie“, VI, p. 252. Po największej części są to przypadki zaniku postępującego powstania rdzeniowego, kilkakrotnie jednak spostrzegano to samo powikłanie w dystrofii, np. w przyp. Gowers'a, Oppenheima, Landouzy i Déjerin'a, oraz Winklera i Van del Wejde.

np. lues, alkoholizm, ogniska mózgowe i t. d. *). Jako odosobniony objaw cierpienia narządów ośrodkowych, występuje on, jak widzimy ze statystyki poniżej przytoczonej, nader rzadko, bywa w tych razach najczęściej wczesnym zwiastunem paraliżu postępującego lub władu rdzenia. Tak np. Thomson spostrzegł objaw Argyll-Robertsona w 2-eh przypadkach w ciągu lat 10-ciu, jako pozornie samoistny, potem jednak rozwinął się paraliż postępujący. Podobne przypadki opisali również Moeli, A. Westphal, Siemerling. Przejść może wszelako dłuższy jeszcze skok czasu bez pojawienia się innych objawów, tak np. w przypadku Siemerlinga lat 11, Mendla lat 15, Moe-

*) Unthoff spostrzegł brak odruchu źrenic na światło w 136-ciu przypadkach na 12,000 chorych na oczy i 550 chorych nerwowych. Z tej liczby przypadało na:

Wład rdzenia 92.

Paraliż postępujący 12.

Syfilis mózgu 11.

Cierpienia ogniskowe 8.

Stwardnienie wielogniskowe 2.

Railway spine 2.

Wrodzone (wraz z niedorozwojem tęczówki) 1.

Uraz głowy (+ alkoholizm) 1.

Idyotyzm (+ Retinitis pigmentosa) 1.

Otrucie nikotyną 1.

Hystero-epilepsia (przedtem porażenie mięśni ocznych) 1.

Hemianaesthesia 1.

Przyczyna niewiadoma 3.

Siemerling spostrzegł ten objaw 1,639 razy w liczbie 9,160 chorych, a mianowicie:

Paraliż postępujący 1,524.

Wład rdzenia powikłany psychozą 29.

Demencya starcza 19.

Syfilis mózgu 17.

Cierpienia ogniskowe 19.

Alkoholizm 15.

Uraz głowy 1

Epilepsia 4

Hysteria 4

Paranoia 7

} spostrzegane krótki czas, w jednym przypadku paranoiae podejrzany wład.

liego 16. Nie należy zatem, jak autorzy ci słusznie zaznaczają, wystąpieniu objawu żrenicowego nadawać znaczenia zbyt groźnego, gdyż przyłączenia się władu lub paraliżu bynajmniej z tego powodu z pewnością przepowiedzieć nie można. W naszym przypadku prócz tego odsunąć musimy wszelkie wnioski, dotyczące się natury zaniku mięśniowego, a oparte na możliwości podobnego powikłania (w razie władu lub paraliżu zanik wtórny—rdzeniowy lub neurestyczny—byłby bardziej prawdopodobnym).

W tym ostatnim względzie więc zmuszeni jesteśmy nasz przypadek zaliczyć do tych nielicznych zresztą, w których zanik mięśni niezupełnie odpowiada ani postaci pierwotnej, ani wtórnej (por. przypadki Friedreicha-Schultzego, Singera, Frohmaiera, Erba, Preissa, Heubnera, Alzheimerera, Strümpfla i innych). W większości tych przypadków badanie anatomiczne, jak już we wstępie zaznaczyliśmy, dało również wyniki mieszane, gdyż prócz zaniku mięśni „zwyczajnego“ lub „degeneracyjnego“, znajdowano mniej lub więcej posunięte zmiany w komórkach zwojowych rogów przednich, oraz w nerwach obwodowych. Przypadek Strümpfla jako najbardziej do naszego zbliżony, pozwolimy sobie w tem miejscu szerzej nieco streścić.

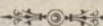
U 40-letniego mężczyzny stwierdzono zanik mięśni i prawie zupełny bezwład obu kończyn górnych, pasa barkowego i karku — po stronie prawej chory wykonywał tylko nieznaczne wykręcanie ramienia ku zewnątrz, po lewej zaś słabe podnoszenie ramienia i zginanie 1-go członka średniego palca. M. długie wyprostne tułowia, mięśnie pasa miednicowego, kończyny dolne nietknięte. Pobudliwość elektryczna prawie zupełnie zniesiona, reakcyi zwyrodnienia i drgań włókienkowych nie było. Zanik i niedowład wystąpiły przed 11-ma laty w palcach prawej ręki, potem w prawym pasie barkowym, w 3 lata później w tym samym porządku po stronie lewej. Matka chorego dotknięta była tem samem cierpieniem, również w późniejszym wieku około 35-go roku życia (umarła mając lat 45).

W przypadku tym zanik mięśni jest dalej jeszcze posunięty, aniżeli w naszym, pod względem umiejscowienia, pobudliwości elektrycznej, początku w wieku dojrzałym oraz przewlekłego rozwoju, są one do siebie bardzo zbliżone. W przypadku Strümpfla brak asymetrii, którąśmy spostrzegali, choć i tu zanik nie rozwinął się równocześnie na obu stronach; u naszego chorego znów cierpienie nie było dziedzicznem, co najwyżej było ono rodzinnem, lecz i to nie jest zupełnie pewnem.

Chory Strümpfla zmarł na influencę. Cóż wykazały oględziny pośmiertne?

W mięśniach znaleziono zanik włókien „zwyczajny“, nie degeneracyjny, zaokrąglenie ich, pomnożenie jąder, jądra środkowe (wewnątrz włókien mięśniowych), szczeliny, wreszcie przerost pojedynczych włókien, — jednym słowem, zmiany uważane jako właściwe dystrofii. Prócz tego, w nerwach obwodowych — zanik wielkiej części włókien, a w rdzeniu zaś zupełny prawie brak komórek w rogach przednich części szyjowej, nabrzmienia szyjowego oraz części górnej grzbietowej. Na zasadzie zmian w mięśniach, nie noszących charakteru degeneracyjnego, Strümpel rozpoznaje zanik myopatyczny, zmiany zaś w rdzeniu oraz w nerwach obwodowych podaje jako wtórne, później powstałe. Uwzględnia jednak wyniki nowszych badań (Lewina i innych), o których we wstępie wspominaliśmy i z których wynika, iż zmiany w mięśniach nie posiadają żadnej wartości różniczkowo-rozpoznawczej, mniemamy, że niemniej usprawiedliwionym jest inny, poniekąd wręcz przeciwny, pogląd na sprawę, a mianowicie, że pierwotnie dotknięte zostały komórki rdzeniowe, wtórnie zaś nerwy obwodowe i włókna mięśniowe. Alieści przyjmując nawet objaśnienie, podane przez Strümpela, uznać musimy, że przypadki podobne wyróżniają się z pomiędzy zwykłych postaci zaniku myopatycznego, w których, jak powszechnie wiadomo, narządy ośrodkowe, pomimo niekiedy długiego bardzo (50 lat i dłużej jeszcze) trwania choroby, pozostają nienaruszone. Późny wiek, w którym się zanik rozwinął, bardziej jeszcze utrudnia tłumaczenie tych przypadków, z doświadczeń na zwierzętach wiemy bowiem, iż zmiany wtórne w ośrodkach po uszkodzeniu narządów obwodowych (przecięcie nerwu) bywa tem większe, im zwierzę było młodsze i im dłużej po rękoczynie pozostawało przy życiu. Wobec tego, zmuszeni byłibyśmy przypuścić, że w tych razach stosunek troficzny włókien mięśniowych do 1-go neuronu ruchowego jest bardziej zależnym, lub też, co według nas jest bardziej prawdopodobnem, uznać zanik tego ostatniego jako współrzędny z zanikiem mięśni, wskutek jednej i tej samej przyczyny, t. j. wrodzonej wadliwości ustroju: w większości przypadków dystrofii, wadliwym jest li tylko układ mięśniowy, w innych zaś, mniej licznych wprawdzie, system 1-ych neuronów ruchowych jest również dotknięty wrodzoną słabością; do tych ostatnich prawdopodobnie zaliczyć należy podany przypadek.

(C. d. nast.).



II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. *Chirurgia.*

380. O. Vulpus. Przeszczepianie ścięgien w przypadkach porażeni i wywołanych przez nie zniekształceń nogi, a szczególnie ręki. (Berlin, Klin. Wochenschr., № 37, 1898).

Jeżeli jesteśmy w możności drogą wyprostowania (redressement) z wrodzonej stopy zniekształconej wytworzyć narząd do użytku zdatny, inaczej rzecz przedstawia się wobec braków postaci, powstałych na tle porażenia, a więc wtórnie; tu bowiem nastawienie poprawi rysy i ułożenie członka, lecz nie usunie trwającej w ciągu dalszym wady czynnościowej, a z nią i prawdopodobieństwa nawrotu. Ztemu, jak dotąd, starano się zaradzić przez stosowanie specjalnych przyrządów, metoda ta jednak jest niedostateczna i niedogodna, nie mówiąc już o całym jej stron ujemnych szeregu. To też dopiero t. zw. przeszczepianie ścięgien stanowi uzasadnioną rzeczywiście próbę poprawy czynnościowej, lecz pamiętać trzeba, że zabieg ów jest wskazany a możliwy wobec częściowego porażenia tylko i w razie zachowania kilku lub przynajmniej jednego mięśnia, posiadającego zapas siły pod dostatkiem dla osiągnięcia miernego bodaj wyniku czynnościowego. Rzecz prosta, do operacyi w mowie będącej przystępuje się wówczas dopiero, gdy rachować nie można na wyzdrowienie samoistne, a leczenie sposobami innemi jest bezsilne, gdy więc od porażenia mózgowego resp. rdzeniowego upłynął rok jakiś. Z drugiej znów strony z zabiegiem nie należy ociagać się zbyt długo, zwłaszcza gdy chodzi o niedające się w sposób inny wyrównać zaburzenia natury obwodowej, o braki np. większych kawałków nerwu.

Dążność przywrócenia porażonemu mięśniowi energii czynnościowej drogą przeniesienia siły od sąsiedniego zdrowego mięśnia, jest prostą w pomyśle i w wykonaniu nietrudną; zadanie to wikła się, lecz jest i wówczas do wypełnienia możliwem, jeśli do porażenia dołącza się zniekształcenie wtórne, przyczem to ostatnie usunąć trzeba przez nastawienie, a potem dopiero wykonać transplantacyę. Trudności tejsze techniczne schodzą na plan drugi wobec skreślenia planu operacyjnego, który zaiste jest problematem matematyczno-fizykalnym, rozwiązywanym odmiennie w każdym nowym przypadku. A chodzi mianowicie o to, by rozporządzałną w danym razie sumę siły wyzyskać jak najkorzystniej bądź przez odpowiednią mięśni kombinacyę, bądź za pomocą rozczłonkowania umiejętnego każdego po szczególe muskułu; to połączenie siłodajnika (kraftspender) i odbieracza (kraftempfänger) daje się wykonywać w sposób rozmaity, pamiętać zaś, naturalnie należy, że czynnościowo nieważnego siłodawcę zużytkować możemy całkowicie, gdy ważnego — częściowo tylko. Za pomocą za-

tem rozległych cięć podłużnych obnażamy ścięgna požądane aż do miejsca, w którym zaczyna się mięsień, poczem odcinamy siłę przenoszące ścięgna lub części tychże i oddzielamy od nich odseparowany możliwie na tępo kawałek pęczka mięśniowego, który prowadzi pod powięzią do nieuszkodzonego siłodbiorcy. Pociąganie tego ostatniego w kierunku dośrodkowym, a tworzą przeszczerpionego w odśrodkowym, staje się źródłem owego požądanego napięcia, którego trwałość zabezpiecza się szeregiem szwów. Bardzo właściwym jest nadto splatanie ścięgien za pomocą butonierek (Knopflocher), wykonanych w siłopoborcy. Jeżeli tylko plan i sam rękoczyn przeprowadzone zostały, jak należy, wówczas członek, naprawie poddany, stopa np. stawi opór wystarczający próbom samoistnym wznowienia pozycji wadliwej. Po nałożeniu szwów i opatrunku bezgnilnego oraz ustawieniu kończyny w położeniu właściwym, bierze się ją w gips bezzwłocznie, po upływie wreszcie 4 do 6 tygodni, t. j. gdy opatrunek staje się już zbytym, kurację uzupełnia się mięsieniem, elektrycznością oraz szeregiem ćwiczeń stosownych. Tą drogą wykonywać można wygodnie przeszczepianie wśród przedniej grupy mięśni podudzia, od przodu i od strony łydki ku mięśniom strzałkowym lub też odwrotnie, lub wreszcie w razach koniecznych—od łydki do mięśnia piszczelowego przedniego.

Jak wykazuje, dość szczupła zresztą, statystyka dotychczasowa Nicoladoni'ego i Goldwart'a, otrzymywano w tego rodzaju przypadkach wyniki dobre; zauważano np., że można było porażony mięsień czworogłowy uda, z powodzeniem zastąpić przez mięsień krawiecki, przyczem ten pierwszy odzyskiwał niekiedy sprawność w zakresie wystarczającym.

Ważniejszymi atoli są z przyczyn zrozumiałych łatwo skutki przeszczepiań, dokonywanych na ręce, tem więcej, że do niedawna jeszcze porażeniowe zniekształcenia ręki poczytywano powszechnie za cierpienie nieuleczalne zupełnie. Prób też odnośnych w kierunku tym na rękę dokonano, jak dotąd, daleko mniej, niż na nodze, a za pierwszych w kierunku tym działaczy uznać należy Drobnik'a i Kryńskiego. Przytoczeniem swoich trzech spostrzeżeń własnych autor obudzić pragnie pilniejsze zajęcie się operacją, w mowie będącą, zwłaszcza co do stosowania tejże na kończynie górnej, jakkolwiek wynik, przezeń otrzymany, był tu zadawalniającym tylko częściowo, zależnie od warunków, nader niesprzyjających.

W przypadku pierwszym, którego przytoczenie bardziej szczegółowe posłużyć może dla wyrobienia sobie pojęcia o istocie omawianego zabiegu, miano do czynienia z dzieckiem 6-letniem, cierpiącym od lat 5 na porażenie rdzeniowe ramienia lewego i goleni prawej. Podczas badania stwierdzono tu ruchomość dobrą w stawach ramieniowym i łokciowym, co zaś do stawu napięstkowego—czynnymi były tylko mięśnie: promieniowy zewnętrzny i zginacz napięstka promieniowy (extensor et flexor carpi radialis), z których ten ostatni funkcyonował dość mocno, tak, że dłoń zbaczała na stałe w stronę palucha. Mięśnie wyprostne zostały zachowane z wyjątkiem wyprostnego wskaźiciela właściwego (extensor indicis), zginaczy za to tak

jakby nie było wcale i tylko na palcu 4-ym oraz 5-ym zauważało się niejaki ślady ruchu. Palce stale wyprostowane i sztywne, mięśnie kłębu palucha i paluszka (thenar et hypothenar) — w zaniku zupełnym. Po wykonaniu 6 ctm. cięcia podłużnego na powierzchni zginaczy przedramienia obnażono ścięgno zginacza napięstka promieniowego, którego połowę odszczepiono wysoko ku górze. Przez rozpór w mięśniu przedziurawiającym (flexor digitorum profundus) przeciągnięto zginacza napięstka, poczem przy zgiętych możliwie palcach i rękę (w stawie napięstkowym) nałożono szwy. Z upływem trzech tygodni rozpoczęto leczenie dodatkowo-następcze, po sześciu wreszcie tygodniach u wypisującego się dziecka stwierdzono, że to ostatnie może zginać dokładnie palec środkowy i paluszek, przy jednoczesnej, rzecz prosta, abdukcji promieniowej. Dla wyprostowania palców chłopczyk ów ustawiał instynktownie dłoń w położeniu odsiebno-łokciowym. Lubo w wypadku tym osiągnięto wynik niezupełnie pomyslny, operowany bowiem nie był w możności zaciskać palców w kulał, niewątpliwie jednak polepszenie miejscowe dowodzi, że metoda operacyjna wybraną została właściwie i w warunkach lepszych, ku lepszym jeszcze doprowadziłaby wyników.

W przypadku drugim operowano dziecko czteroletnie z objawami lewostronnego porażenia mózgowego i istniejącymi od lat trzech tegoż następstwami. Stwierdzone u chorego zniekształcenie wydatne stopy (pes equinus) poprawiono drogą achillotomii i umocowaniem mięśnia wyprostnego palucha oraz części wyprostnego palców na pozostającym w stanie porażenia częściowego przednim piszczelowym mięśniu. Co do ręki lewej, zwieszającej się bezwładnie, jak w przypadkach porażenia promieniowego, wypadło urzeczywistnić zadanie podwójne: przedewszystkiem należało tu wytworzyć zginanie grzbietowe w stawie napięstkowym dla umożliwienia ruchów palcami i dostarczenie w tym celu ścięgnom zginaczy siły nowej. Poprowadzono więc dwa podłużne cięcia grzbietowe, a po utorowaniu sobie dostępu ku ścięgnom mięśni wyprostnych napięstka promieniowego i łokciowego, przecięto je, odcinek obwodowy przeciągnięto przez rozpór w pniu ośrodkowym i przyszyto tak, że ręka ustawiła się w zgięciu grzbietowym. Za pomocą cięcia skośnego, wykonanego na dłoni, odszukano zginacz napięstka łokciowego i spojono tenże ze ścięgnami głębokiego zginacza palców. Po zdjęciu gipsu, który pozostawał na kończynie w ciągu tygodni sześciu, przekonano się, że ręka pozostaje na stałe w pożądanej pozycji zgięcia w kierunku grzbietu i że zginanie palców występuje wyraźnie po zastosowaniu prądu elektrycznego w stawach międzyczłoneczkowych; zginanie palców czynne było możliwym również, lubo odbywało się z siłą mniejszą. Jeżeli zatem wynik czynnościowy nie był tu znakomitym nadto, to, bądź co bądź, eksperyment ów fizjologiczny uważać trzeba jako nader udany. Takież sam mniej więcej skutek niezupełny osiągnięto i w przypadku trzecim, który dotyczył chorej po lewostronnem porażeniu polowicznym.

Ta niedostateczność wyników operacyjnych, występująca tem wyraźniej, gdy porównamy je z otrzymaniami, dobrami zupełnie na-

stępstwami w przypadkach jednobrzmiących na kończynie dolnej, da się wytłumaczyć łatwo bardziej powikłanemi na rękę warunkami; wprawa techniczna i wzmagający się zapas doświadczenia, uwzględnianie więcej zasadnicze wymagań fizyologii, niepowodzenia wreszcie i pomyślnie następstwa zabiegów doprowadzić muszą pomału i operacyę przeszczepiania ścięgien kończyny górnej na drogę właściwą. W każdym bądź razie zakres wskazań do rękoczynu tego już dziś powiększył się znacznie; bo gdy pierwotnie podejmowano tenże jedynie wobec porażenia obwodowego na tle urazu lub wieloogniskowych spraw zapalnych w rdzeniu (poliomyelitis), obecnie posiadamy już spostrzeżeń kilka, gdzie operowano w ten sposób w razach częściowego porażenia mózgu, hemiplegii spastycznej, w chorobie Little'a, w pojedynczych wreszcie przypadkach sprawy zanikowej mięśni oraz wrodzonego stawów zeszywnienia. Autor mniema, że tu właśnie uregulowanie celowe nieokielznanych i niezgodnych ruchów mięśniowych stanie się możliwem tylko na drodze przeszczepiania ścięgien. Zresztą, może ta nowa droga pracy znajdzie chętnych i zajmie bliżej uwagę niektórych, co wyjdzie tylko na korzyść osobników, dotkniętych nieuleczalnem na pozór kalectwem.

K. Niedzielski.

381. Dr. Lavisé z Brukselli. **Przyczynek do amputacji języka metodą Whitehead'a oraz o sposobie Morestin'a wycinania zajętej przez raka odbytnicy** (Annales de la soc. Belge de chirurgie, № 5, 15 Aout., 1898).

Autor wypróbował w przypadku raka języka metodę Whitehead'a, której zaletę główną stanowi pominięcie zabiegów przedwstępnych, zmierzających ku powstrzymaniu krwotoku, tego ostatniego bowiem, mówiąc nawiasem, niema się co właściwie, wbrew mniemaniu wielu, obawiać zanadto. Operacya zasadza się na: *a)* szerokiemi jamy ustnej rozwarciu klinem, nad czem czuwa stale jeden z pomocników; *b)* wysunięciu języka na zewnątrz za pomocą nitki podwójnej, przeprowadzonej przez jego koniec, którą trzyma pomocnik drugi, ciągnąc umiarkowanie ku górze; dalej na *c)* przecięciu nożyczkami zrostów języka ze szczęką i łukami podniebiennymi. Poczem *d)* rozciąć należy mięśnie języka poprzecznie, zwolna jednak i stopniowo, dopóki tenże nie będzie oddzielony zupełnie na wysokości brzegu dolnego szczęki i tak daleko ku tyłowi, o ile pozwala na to nagłośnia; *e)* tętnicę językową i naczynia inne, po ich przecięciu, skręca się bezzwłocznie; *f)* wreszcie przeciąga się nitkę grubą przez resztę błony śluzowej języko-nagłośniowej w tym celu, by można było zbliżyć ku przodowi dno jamy ustnej w razie krwotoku wtórnego. Nitkę tę usunąć można nazajutrz bez lęku, zwalniając w sposób ten chorego od niepotrzebnej zawady.

Leczenie następcze zasadza się, zgodnie z W., na podtrzymaniu chorego w ciągu trzech dni pierwszych za pomocą ławatyw od-

żywych, dla zaspokojenia zaś pragnienia wyciera mu się usta od czasu do czasu słabym roztworem mrożonego nadmanganianu potasu, przyczem operowanemu zabrania się, naturalnie, mówić.

Dr. Lavisé operował w sposób powyższy w jednym przypadku nabłoniaka języka, szerzącego się przeważnie ku tyłowi, przyczem naciek stwierdzono również i na dnie jamy ustnej. Lubo, wobec rozległego zajęcia gruczołów chłonnych, skuteczność zabiegu operacyjnego mogła tu być bardziej, niż wątpliwą, do operacji przystąpiono na wyraźne życzenie chorego, który rozumiał zresztą dobrze całą grozę położenia swego; zabieg rozpoczęto od wyuszczenia gruczołów podszczękowych, poczem wykonano tracheotomię. Operacja właściwa składała się z przecięcia łuków zasłony podniebiennej przednich, co kosztowało nieco trudu, gdyż naciek nowotworowy dna jamy ustnej stał na przeszkodzie ku wyciągnięciu języka na zewnątrz, powiększone zaś wymiary narządu utrudniały manewrowanie w ustach. Z kolei rzeczy rozcięto przyczepę mięśnia bródko-językowego (m. genio-glossi), oraz błonę śluzową dna wzdłuż całego łuku szczękowego; oddzielenia tegoż mięśnia od m. żuchwo-gnykowego (mylo-hyoidei) dokonano w całej pełni nacieku, tętnice językowe pochwycono w pensety, odseperowano wreszcie język tuż u przyczepów gnykowych, w końcu wycięto nożyczkami całe zwyrodniałe przez nabłoniaka dno narządu. Podczas wykonywania rękoczynu tego, penseta, nałożona na tętnicę językową prawą spełzła, poczem nastąpił krwotok bardzo obfity, powstrzymanie którego nie było łatwym. Ostatecznie pozostawiono na naczyniu przeciętem dwie à demeure pensety, ligaturę, zaciskającą kikut, umocowano na policzku, usta i gardziel operowanego wypełniono gazą. W godzinę po zabiegu chorey dostał tak mocnego kaszlu, że wskutek powstałych stąd wysiłków z tchawicy, wyskoczyła rurka i, pomimo pomocy natychmistej, śmierć od zaduszenia nastąpiła niebawem.

Że wynik niepomyślny nie zależał tu bynajmniej od wyboru metody operacyjnej, wątpliwości co do tego nie może być żadnej; owszem, autor jest zdania, że sposób d-ra W. nadaje się bardzo w większości przypadków, w których wycięcie zwyrodniałego nowotworowo języka staje się koniecznym. Że zaś operacja ta ma za sobą niejakię powodzenia szansę, przekonują o tem statystyka zestawionych przez d-ra H. T. Butlin'a (Brit. med. journ., Febr., 1898) przypadków odnośnych. Chirurg ten operował 102 osobników, chorych na raka języka; z tych 6 żyją już rok do dwóch lat bez nawrotu, czterech przetrwało szczęśliwie 3-letni okres czasu, 20 wreszcie wolnymi są od nawrotu od lat 12-tu. W 20% zatem spostrzeżeń stwierdzono wyzdrowienie doszczętne. W większości tych wyleczonych przypadków siedliskiem raka były przednie $\frac{2}{3}$ języka; zajęcie gruczołów jednoczesne nie zmniejsza nazbyt widoków powodzenia, a 5 bowiem chory, którym wycinano zwyrodniałe przez sprawę nowotworową gruczoły chłonne, otrzymano wyzdrowienie tak samo. W 16 przypadkach język wycięto całkowicie i cztery razy otrzymano tu zejście niepomyślne, zależne bezpośrednio od operacji; dwóch chorych umarło wkrótce z przyczyny innej; pięciu doświadczyło na-

wrotu i jeden tylko, pozbawiony języka zupełnie, zdrów jest już w ciągu lat trzech. Ponieważ doświadczenie poucza, że wyzdrowienie bywa częste nawet po wycięciu języka częściowym tylko, dr. B. uważa ekstirpację narządu zupełną jako zabieg zbyteczny. Dalej odsetka wyzdrowień pogarsza się znacznie przez raki wtórne gruczołów chłonnych, choćby nawet nie było nawrotu miejscowo; przypadków takich naliczono 28. Co do gruczołów wreszcie, lepiej jest wykonać uprzednio rezekeję języka i potem dopiero w jakieś trzy czy cztery tygodnie, gdy operowany poprawi się nieco, zabrać się należy do ich wycięcia.

Przytoczony w nagłówku dr. L., do kazuistyki swej dołącza jeszcze ciekawy ze względu na wybór metody operacyjnej przypadek raka odbytnicy; nowotwór, dochodzący tu niemal do odbytu, sięgał ku górze tak wysoko, że nie można było dotrzeć palcem do jego granic. Wyluszczenia kiszki dokonano drogą krzyżową według Morestin'a, a mianowicie: po ułożeniu chorego w pozycji ginekologicznej z mocno przysuniętymi do brzucha udami i pośladkami, uniesionymi ku górze, poprowadzono cięcie pionowe w kierunku linii środkowej od szczytu kości ogonowej prawie do trzeciej dziury krzyżowej, tu zaś wykonano drugie cięcie pionowo ku pierwszemu, przebiegające przez całą okolicę krzyża. Oba te cięcia dochodziły do krzyża. Po spiłowaniu szczytu ogona i rozłupaniu kości krzyżowej w poprzek, aż do końca cięcia pionowego, wyłom kostny rozszerzono za pomocą rozwieraczy, poczem dostęp do jelita stołowego uzyskano wygodny. Jelito samo usunięto bez trudu, odłamki zaś kostne ustawiono na poprzednim ich miejscu i spojono drutami srebrnymi dokładnie. Pomimo pomyślnego zrazu przebiegu pooperacyjnego, chory zmarł jednak po upływie dni czterech na skutek zapalenia płuc.

Metodę Morestin'a wyluszczenia raków odbytnicy, stosowano, jak dotąd, nader rzadko. W Brukselii np. znany jest jeden tylko operowany w ten sposób przypadek, ogłoszony przez d-ra Van Engelen'a, w którym chirurg ten otrzymał, zresztą, wynik bardzo dobry, operowany bowiem wyzdrowiał, miejscowo zaś stwierdzono rychłozrost zupełny.

K. Niedzielski.

382. J. Grekoff. **O pokrywaniu braków czaszki kością wypaloną.**
(Centralblatt f. Chir., № 39, 1898).

Z pomiędzy rozmaitych sposobów pokrywania braków czaszki ciałami obcymi, jedne są trudne do wykonania, aczkolwiek idealne w założeniu swem (sposoby: Müller-Königa, Seydel-Czernego), inne—proste w wykonaniu, lecz nie przywracające prawidłowych stosunków. Autor zatrzymał się na sposobie Bartha, który wypełniał braki kostne u zwierząt, a raz u człowieka w przypadku stawu rzekomego puszczeli, kością wypaloną; nie próbował wszakże Barth tego sposobu w przypadkach braków czaszki. Autorowi nastęczyły się

dwa przypadki odnośnie, gdzie użył sposobu Bartha: jeden dotyczył 10-letniej dziewczynki, u której brak powstał po wypiłowaniu kości czaszki wskutek powikłanego złamania z wtłoczeniem kości skroniowej; drugi dotyczył 9-letniego dziecka, któremu musiano usunąć odłam kości czołowej. W obydwóch przypadkach operacja wytwórcza (plastyczna) dokonana była po pewnym przeciągu czasu od chwili wypadku: w pierwszym — w 20 dni, w drugim 16-go tygodnia: w obydwóch okrwawiono brzegi luki kostnej i zeszkrobano łyżeczką ziarninę, jaka pokrywała powierzchnię twardówki (*durae matris*), oraz usunięto tkankę bliznową, wytworzoną pomiędzy twardówką a brzegami kości i rany skórnej. Do przeszczepienia na odświeżoną ranę użyto kawałków (blaszek) wypalonych w ogniu kości; w tych miejscach, gdzie blaszki owe były dokładnie przystosowane, otrzymał autor wgojenie zupełne.

Polecając innym prowadzenie dalszych badań nad tą kwestyą, stawia autor tymczasem następujące wnioski: sposób operowania metodą Bartha jest bardzo łatwy i pozbawiony wszelkich niebezpieczeństw; rodzaj zwierzęcia, od którego bierzemy kość, niema wielkiego znaczenia, natomiast pożądanem jest użycie kości gąbczastych, gdyż te łatwiej przerastają ziarniną; przypadki autora dowodzą, że i stare braki dadzą się zastępować przez przeszczepioną kość, i że kość taka nie wchłania się, lecz daje bodźca do nowotworzenia tkanki kostnej. Autor stwierdza w swoich przypadkach, że po upływie 5—7^{1/2} miesięcy od zabiegu, kość przeszczepiona była całkiem twarda, niepodatna i zrosnięta z otaczającymi kośćmi. Rozumie się, że im młodszy wiekiem będzie dany osobnik, tem większe będzie prawdopodobieństwo pomyślnego wyniku operacji; nie trzeba dodawać, że ścisła aseptyka jest koniecznym warunkiem powodzenia; niemniej ważną jest rzeczą, by kość była dobrze wypalona, a z drugiej strony, by przeszczepione kawałki bardzo dokładnie wypełniały lukę w czaszce.

W. Żurakowski.

383. Abrazanow. Przyczynek do zamieszczenia braków czaszkowych sposobem Müller-König'a (Chirurgia, t. 3, № 18, lipiec, 1898).

Według Wagner'a, brak czaszkowy przykrywa się sąsiednim płatem skórno-kostnym, przyczem kość wykrawa się przez całą swą grubość, a według König'a, bierze się tylko warstwę powierzchowną. Jedyną wadę tego ostatniego sposobu stanowi, zdaniem autora, uderzenie młotkiem w dłuto, co nie pozostaje bez pewnego wpływu na mózg; oprócz tego i samą blaszkę kostną trudno otrzymać równą i gładką. Radzi więc autor, zamiast wydłutowania, wypiłowanie blaszki kostnej odpowiednim narzędziem. Ze względu na małą ilość opisanych tego rodzaju przypadków, autor przytacza swój własny.

35-letni robotnik został uderzony kamieniem w głowę, poczem sam jeszcze poszedł do domu, zjadł kolację, i dopiero, gdy położył się, schwyliły go skurcze ogólne, oraz utrata przytomności, której nie

odzyskał aż do operacji. Rano wymioty. Po obmyciu głowy widać nad prawą brwią ranę stłuczoną, idącą z góry na dół, z trzema nierównymi płaciami. W głębi rany — obnażona wciśnięta kość; odpowiednio do wciśnięcia kości, wystający łukowato brzeg kości wklęsłą swą powierzchnią zwrócony jest na prawo; pod owym właśnie brzegiem znaleziono wciśnięty odłamek kostny, wielkości trzykopiowej monety. Objawy mózgowe kazały przypuszczać podrażnienie błon i mózgu odłamkami kości i zniewoliły do jak najszybszego otwarcia czaszki, co wykonano w 16 godzin po otrzymanym urazie. Rozszerzwszy ranę, oddzielono dłutem wystający ów brzeg kości; roztrząskany, jak pokazało się teraz, wciśnięty odłamek kostny usunięto. Na twardówce znaleziono drugi okrągły odłamek wielkości 15 kop. monety i kilka drobnych; sama zaś twardówka rozdarta była w dwóch miejscach. Odłamki usunięto, rozerwaną tęgowkę zeszyto jedwabiem; brzegi okrągłego otworu czaszkowego wyrównano. W sąsiedztwie przygotowano płat skórno-kostny, według König'a; nie zakryto jednak nim jeszcze otworu czaszkowego z powodu wahań, co do czystości rany. Tę ostatnią wypełniono gazą. Po operacji wymioty, skurcze, nawet ból głowy ustąpiły szybko i chory odzyskał przytomność. Trzeciego dnia po operacji sam przyszedł na opatrunek. Dnia piątego, gdy przekonano się o czystości rany, przykryto ją przygotowanym uprzednio płatem skórno-kostnym, który umocowano szwami. W 14 dni potem stwierdzono doskonale przyrośnięcie płatu, na ucisk niebolesnego; stan chorego ogólny jest obecnie dobry zupełnie.

St. Stanisławski.

384. Kozłowski J. Endoteliomia diploë, błon i mózgu, usunięta za pomocą wiercenia (Chirurgia, t. 3, № 18, lipiec, 1898).

56-letnia pacjentka miernego odżywiania, z bladymi powłokami, z dość wyraźnem zwapnieniem naczyń, przed rokiem zauważyła na środku ciemienia lewego pod skórą guz nieduży, nierachomy, niebolesny, wielkości orzecha laskowego. Guz, pokryty skórą ruchomą i niezmienioną, w ciągu roku dosięgnął wielkości połowy pomarańczy; okrągły, nieco eliptyczny, większym wymiarem leżąc równolegle do szwu strzałkowego, znajduje się na szwie wieńcowym tak, że większa jego część leży na kości ciemieniowej, mniejsza zaś — na czołowej. Przy dotyku twardy, przechodzi bezpośrednio w kość, a na granicy przejścia nie wyczuwa się wałka kostnego; przekłucie próbne wykazuje tylko czystą krew, przyczem igła wchodzi w tkankę twardą po użyciu pewnego wysiłku i opiera się w głębi na kości czaszkowej. Objawów nerwowych (porażenia, znieczulenia, nadczułości i t. p.) nie było. Rozpoznano guz złośliwy czaszki, najprawdopodobniej mięsak.

W znieczuleniu chloroformowem dokonano cięcia skóry przez środek i wierchołek guza w jego najdłuższym wymiarze. Po odcignięciu skóry, guz okazał się pokrytym okostną. Wokoło guza

rozięto okostną i włókna mięśni skroniowego (temporalis) i czołowego (frontalis), poczem za pomocą dłuta płaskiego przebito dość cienkie wokół guza kości czaszki, które wraz z guzem usunięto. Guz wrastał do mózgu w postaci grzyba, wskutek czego podczas jego usuwania przerwana została opona mózgowa twarda, a nawet miękka, co wywołało silny krwotok. Twardówka była zgrubiała, mięsisto-różowa; obcięto ją więc na całym obwodzie wywierconego otworu czaszkowego. Brzegi otworu zrównano kleszczami kostnymi, przy czem na całym obwodzie tegoż, obcięto pas kości do 1 — 1.5 cm. szerokości; na obwodzie rozszerzonego w ten sposób otworu, znów obcięto twardówkę w granicach zdrowych. Teraz na dnie otworu widać było prawie całą bruzdę Roland'a, zwój środkowy (gyrus centralis), cały przedni i część środkową zwoju tylnego, górno-tylną część zwoju czołowego (gyr. frontalis) dolnego, tylną część środkowego i dolną górnego. Oględziny tej części mózgu wykazały, że guz był zrośnięty z korą mózgową i że przeszedł na tylny koniec zwoju czołowego środkowego w jego dolnym obwodzie i na przylegającą doń niewielką część zwoju środkowego przedniego, leżącą nieco wyżej ponad zwojem czołowym dolnym, t. j. na tę okolicę mózgu, gdzie, według Horsley'a, znajdują się ośrodki, kierujące unoszeniem i odprowadzaniem kąta ust, ruchami twarzy i niemotą ruchową, a według Ziehen'a, i ośrodek grubych ruchów języka i warg. Ta część powierzchni mózgu była marmurowo zabarwiona, nacieczona, a ciągłość kory mózgowej naruszoną wskutek zrośnięcia tej okolicy z dolną powierzchnią guza. Dlatego więc nożem usunięto tkankę szarą mózgu na przestrzeni 10 — 12 mm., a białą — na 2—3 mm. głębokości. Krwawienie zatamowano podwiązkami i wacikami. Skórę zeszyto i tylko do przedniego kąta rany wprowadzono niegłęboko pasek gazy jodoformowej. Operacja trwała 53 minuty. Natychmiast po operacji zauważono opuszczenie prawego kąta ust; gdy pacjentka oprzytomniała po chlороformie, język pokazać mogła, lecz odpowiadać nie mogła, choć pytania rozumiała — aphasia. Nazajutrz porażenie prawej ręki; ruchy nogi prawej zachowane; język wyciągnięty odechyła się w stronę lewą. Trzeciego dnia zauważono skurcze drgawkowe i tępcowe prawej połowy twarzy i zginaczy prawej ręki, porażenie prawej nogi; skurcze powtarzały się co 10 — 30 minut i trwały po 1 — 3 minuty; tłómaczono je uciskiem mózgu i jego podrażnieniem przez wydzielinę rany, wskutek czego po raz pierwszy zmieniono opatrunek na mniej uciskający. Po opatrunku zaraz, jak i dni następnych, skurcze stawały się coraz rzadszemi i słabszemi. Połykanie utrudnione z powodu wyciekania płynu (mleko) przez porażony (prawy) kąt ust. Dnia 7-go skurcze zupełnie ustały; połykanie swobodne; chora zaczęła poruszać prawą nogą. Dnia 10-go opatrunek drugi; szwy zdjęto, rychłozrost, skóra w miejscu rany zapada się; jasne tętnienie mózgu; wprowadzono jeszcze wazki pasek gazy. 17-go dnia opatrunek trzeci; powoli chora zaczęła już prawie dobrze chodzić; z trudnością wymawia niektóre krótkie wyrazy. Następných dni ciągle poprawa w ruchach nogi, ręki i w wymawianiu wyrazów.

Guz w rozcięciu środkowym pomiędzy częściami zewnątrz i wewnątrz-czaszkowymi przedstawia warstwę dobrze zachowanej kości, nieco przedziurawionej, lecz twardej, grubości 7 — 8 mm. z napełnionymi v. v. diploëticae. Nigdzie nie widać, by nowotwór rósł wprost przez brak w kości lub też przechodził przez kość bezpośrednio. Badanie drobnowidzowe wykazało endotelioma.

Wobec powolnego (w przeciągu roku) wzrostu guza, a tem samem powoli i stopniowo wzmagającego się ucisku, mózg zdążył się doń przysposobić, — i dlatego u chorej nie było przed operacją żadnych zmian w nerwach obdowych i mięśniach. Twardość guza i jego równa powierzchnia przemawiały za nowotworem względnie mało złośliwym, pochodzenia łączno-tkankowego, a nie kostnego, gdyż i tu przy przekłuciu próbnym wchodziła włąb tylko do kości czaszkowych. Nieruchomość guza, niebolesność i brak objawów mózgowych, nawet przy ucisku, były dowodem związku guza z kośćmi czaszki. Zdawałoby się logicznem przypuszczenie, że guz pochodzi z okostny, i dostatecznym byłoby usunąć część zewnętrzną guza.

Lecz doświadczenie uczy, że guzy podobne, nawet kostniaki, rosną włąb czaszki bez uszkodzenia jej całości, tak jak gdyby z dwóch symetrycznych punktów wewnętrznej i zewnętrznej powierzchni czaszki. A więc usunąć trzeba nie tylko część zewnętrzną guza, lecz i płat zmienionej kości, a następnie i podejrzaną część błon mózgowych aż do granic zdrowych. Gdy nareszcie i powierzchnia mózgu zostaje zajęta guzem, trzeba i jej zmienioną część usunąć, nie bacząc na następcze konieczne porażenie obwodu, jak w danym przypadku porażenie prawego kąta ust, twarzy, ręki i nogi. Porządek porażen w danym przypadku (1-go dnia kąt ust i twarz, 2-go — ręka, 3-go — noga) ściśle odpowiadał odległości ośrodków od usuniętego siedliska. Porażenia te zależne były od encephalitis, szerzącego się od miejsca urazu do obwodu i w odwrotnym kierunku znikającego. W takim samym porządku zjawiały się i ruchy: nogi — 9-go dnia, języka — 24-go dnia, wreszcie ręki — 29-go dnia. Skurcze zależne były od tegoż zapalenia mózgu, a po części i od ucisku nań opatrunku. W celu uniknięcia zbierania się w ranie krwi i cieczy mózgowej, a w następstwie niebezpiecznych objawów mózgowych, lepiej nie zeszywać całkowicie rany, lecz zostawić w niej niewielki pasek gazy. Wobec dużego braku czaszki i tęgówki, o plastyce kostnej myśleć nie było można. Mózg jednak przez otwór nie wypadł, a na miejscu rany zapadała się skóra, unosząc się podczas tętnienia mózgu. Ponieważ jednak nie pozostały się w następstwie operacji jakiegokolwiek objawy podrażnienia mózgu, trzeba przypuścić, że powłoki czaszkowe nie zrosły się z powierzchnią powstałych błon mózgowych. Co do przepowiadni, śródbłoniak (endotelioma) nie jest tak złośliwy, jak mięsak lub rak.

St. Stanisławski.

II. Choroby oczne.

385. Dr. Félix Lagrange. **O stosowaniu wyciągu z ciała rzęskowego i szklistego w terapii ocznej** (La clinique ophtalmologique, № 16, Août, 1898).

Lagrange z Bordeaux od kilku miesięcy z dużym jakoby powodzeniem w przypadkach utraty ciała szklistego i odklejeń siatkówki na skutek zmian w ciałku szklistem, używa wyciągu e corpore vitreo et ciliari bulbi oculi bovis. Preparat przez skrócenie nazwany okuliną (oculina), przyrządza mu w Bordeaux E. Barin podług następującego przepisu: Należy, o ile się da, aseptycznie i szybko, zebrać wołowe oczy, oddzielić potrzebne części i mieszać należyście z obojętną 30^o wyjałowioną gliceryną w stosunku 100 : 200, macerować w przeciągu sześciu godzin, kłócąc mieszaninę od czasu do czasu do zupełnego rozpuszczenia się ciała szklistego, następnie dodać wody wyjałowionej części 200, by w ten sposób otrzymać stosunek 1 : 5. Płyn przepuszcza się przez gazę aseptyczną i filtruje przez bibułę uprzednio zwilżoną wodą gorącą. Otrzymany tą drogą płyn jest zupełnie przejrzysty koloru żółtawego, dobrze się zachowuje. Podaje się chorym per os lub w postaci wstrzykiwań podskórnych.

Obecnie autor przygotowuje okulinę trochę inaczej:

Corporis vitrei et corporis ciliaris . . . 100 grm.

Glicerini neutralis 100 grm.

Płyn poddaje maceracyi również w ciągu sześciu godzin, kłócąc go stale, dodaje surowicy tyle, by otrzymać 300 gramów płynu, filtruje przez bibułę, następnie przez filtr Chamberlain'a, przesącz rozlewa w wyjałowione naczynia, zawierające każde po 3 sześciennie centymetry okuliny. Zawartość takiego naczynia służy do jednorazowego użycia, bądź to pod postacią wstrzyknięcia pod skórę, bądź przyjęcia wewnątrz w $\frac{1}{2}$ szklance czystej wody.

Tu następuje przytoczenie kilku przypadków, gdzie autor stosował okulinę. W dwu była znaczna utrata ciała szklistego, po kilkumiesięcznem użyciu preparatu per os, ostrość widzenia znakomicie się poprawiła, a nawet nie zostawiała nic do życzenia, w dwu drugich przypadkach odklejenia siatkówki, ta ostatnia w znacznej części wróciła na swoje miejsce, pole widzenia i ostrość wzroku znacznie się zwiększyły.

Stefan Cetnarowicz.

386. L. de Wecker. **Stosowanie surowicy jako środka leczniczego w oftalmologii** (La clinique ophtalmologique, № 11, 10 Juni, 1898).

Początkowo autor stosował zastrzykiwania surowicy z dodatnim wynikiem w przypadkach niedowidzenia (amblyopia) pochodzenia

toksycznego i jest zdania, iż wstrzykiwania codzienne w ilości 50 — 100 grm. płynu, są najpewniejszym i najszybciej sprowadzającym wyleczenie środkiem, nawet w takich przypadkach, jak upadek ostrości widzenia w następstwie zatrucia siarkiem węgla, w zatruciu zaś alkoholem szybka poprawa, jaką otrzymuje się dzięki serumterapii, staje się często przeszkodą do zupełnego wyleczenia chorego, gdyż ten ostatni często, zadawalniając się szybką częściową poprawą ostrości widzenia, przerywa kurację, oddaje się zwykłej pracy, a co najgorsza wraca napowrót do swego nałogu.

Obecnie Wecker stosuje tąż metodę leczniczą, jako środek pomocniczy w tych przypadkach, gdzie przeprowadza się kurację rtęciową lub wstrzykiwania pilokarpiny, a więc w cierpieniach tęczy i naczyńki, ciała szklanego, nerwu wzrokowego i wogóle w przypadkach, w których chodzi o dezynfekcję organizmu. Dzięki stosowaniu tej metody pomocniczej w podobnych przypadkach, należących bezwątpienia do bardzo ciężkich, możemy wprowadzać znacznie większe ilości rtęci do organizmu chorego, nie sprowadzając, jak to ma miejsce często przy zwykłym leczeniu za pomocą rtęci, zbyt-niego osłabienia chorego; jednym słowem, podobne wstrzykiwania, zwiększając przemianę materii w chorym organizmie, wzmacniają go i robią zdolniejszym do walki z tą lub inną sprawą chorobową.

Wstrzykuje autor 20 — 50 grm. codzień następującego płynu pod skórę pleców:

Acidi carbolici crystallisati	10 grm.
Natrii chlorati	20 grm.
Natrii phosphorici	40 grm.
Natrii sulphurici	80 grm.
Aq. dest. sterylisatae	1,000 grm.

S. Cetnarowicz.

387. Dr. Moissonnier. Leczenie łzawienia spowodowanego cierpieniem nosa. (*La clinique ophtalmologique*, № 17, 10 Septembre, 1898).

Wprowadzanie zgłębników przy łzawieniu nie jest właściwym leczeniem cierpienia i stosowanie jedynie tego rękoczynu nie usuwa w większości przypadków samej przyczyny łzawienia, która rzadko zależną jest od cierpienia oka, częściej zaś jamy nosowej, mianowicie błony śluzowej tej ostatniej: zwykle mamy tu do czynienia bądź to z sprawą ostroprzebiegającą — coryza acuta, bądź przewlekłą — rhinitis hypertrophica postać pierwsza, rhinitis atrophica — postać druga.

Przy rhinitis hypertrophica błona śluzowa nosa staje się obrzmiałą, różowo-fioletową, muszle powiększone również obrzmiałe, dzięki stosunkom anatomicznym, sprawa też sama przechodzi na błonę śluzową kanału noso-łzawego i tu wskutek obrzęku i zastoinowego

przekrwienia, obszernego splotu żylnego, powoduje zwięźenie kanału, a co zatem idzie łzawienie.

Przy drugiej postaci — rhinitis atrophica, mamy do czynienia z zanikiem błony śluzowej, z tworzeniem się blizn, często nawet fałd i kieszonek, które przechodząc na błonę śluzową woreczka łzawego zamykają wejście do kanału noso-łzawego.

Wreszcie zwięźenie dróg łzowych może być w następstwie owrzodzeń błony śluzowej nosa (scrophulosis, tuberculosis, lupus, lues) i polipów tej ostatniej. Zawsze zatem w przypadkach łzawienia należy zbadać starannie błonę śluzową nosa.

W przypadkach, gdzie płyn chociaż z trudnością, jednakże przechodzi przez kanaliki łzowe, autor chętnie stosuje zgłębniki, gdzie zaś tego niema, leczy przedewszystkiem błonę śluzową nosa; zdaniem autora, często nadużywa się leczenia za pomocą zgłębników, nie rachując się nawet z przypadkami, gdzie właśnie użycie zgłębnika powoduje silniejsze zwięźenie kanału łzawego, zwłaszcza zgłębników grubszych.

W przypadkach, gdzie ma autor z cierpieniem błony śluzowej nosa do czynienia (rhinitis), chętniej stosuje maść niżeli proszek, proszek bowiem więcej drażni błonę śluzową; używa zwykle maść mentolową w stosunku 1 : 100, aristol 1 : 30, pulweryzację z mentolu w oliwie 1 : 20 dwa razy dziennie, wprowadzając środek w otwory nosa.

Do szprycowań, które stosuje autor przez kanał łzowy, używa prócz zwykłych z sublimatu, lub cyanku rtęci, chętniej jodoform zawieszony w oleju waśelinowym w stosunku 1 : 10, lub 1% roztworu fenolu w oliwie. Obok miejscowego leczenia, zaleca leczenie ogólne względnie do tła, na jakim zjawia się cierpienie, więc jod, arsenik, alkalia i t. p.

S. Cetnarowicz.

388. Dr. Guibert. **Tenonitis rheumatica.** (La clinique ophtalmologique, № 16, Août, 1898).

Autor podaje ciekawy przypadek cierpienia oka zakończonego zanikiem zupełnym gałki ocznej na tle ostrego gośćca stawowego. Rolnik, nawiedzany od czasu do czasu napadami ostrego gośćca stawowego, podczas jednego z takich napadów, począł się skarżyć na silny ból głowy w oku prawem. Przy badaniu oko prawe silnie wypięte ku przodowi, powieki obrzmiałe, dają się jednak otworzyć na tyle, że widziana jest błona rogowa i krew obrzękła, zaczerwieniona łącznica gałki, ruchy gałki ocznej niemożliwe, tęczęwka o barwie zmienionej, u brzegu źrenicznego tejeż lekki wysięk, pod działaniem atropiny źrenica się nie rozszerza (zrost okrężny), w przedniej komóreczce niema zgręźw, ani ropy, wielkość przedniej komory zwykła. Przy badaniu za pomocą wziernika, nie widać dna oka na skutek zupełnego zmętnienia ośrodków łamiących światło. W chwili badania chory nie gorączkuje, puls prawidłowy, wysłuchuje się lekki

szmer podczas pierwszego tonu serca; badanie moczu nie wykrywa białka, ani cukru, znaczną zaś ilość kwasu moczowego, odczyn mocno kwaśny. Chory cierpi strasznie; bóle w oku i skroni doprowadzają go nieomal do szaleństwa.

Przy użyciu salicylanu sodu do wewnątrz, wstrzykiwań pilokarpiny i naparu z tejże, bóle znakomicie się zmniejszają, wysadzenie gałki ocznej ustępuje, chory zaczyna sypiać, równocześnie znikają obrzmienia i bóle w porażonych stawach.

Sprawa dla oka zakończyła się jednakże niepomyślnie — nastąpił zanik gałki, co zatem idzie utrata wzroku.

Opierając się na tle gościcowem, w danym przypadku na jednoczesnem porażeniu kilku stawów i wreszcie na wpływie użytych środków leczniczych, które równocześnie uspokoiły bóle i w oku i w stawach — inaczej sprowadziły wyleczenie, autor mniema, iż miał do czynienia z niezwykłym, jak sam zaznacza, prawdziwem zapaleniem otoczki Tenon'a, która dla oka jest fizjologicznie nie czem innym, jeno stawem — enarthrozą. (Przypadek powyższy mógł być prawdziwym tenonitem, jakimi bywają również i inne na tle gościcowem występujące, lecz przebiegające łagodniej i dające zwykle dobre rokowanie; w danym przypadku prawdopodobnie infekcyja była mieszaną — stąd niepomyślne zejście. *Przypisek referenta*).

S. Cetnarowicz.

III. Choroby kobiet.

389. Prof. dr. L. Kessler (Dorpat). **O raku pochwy i o ekstypacji pochwy.** (Ueber Scheidenkrebs und Scheidenexstirpation. St. Petersburg. Med. Wochschrift, № 34, 1898 r.).

Rokowanie w raku pochwy jest nadzwyczaj niepomyślne, jest nawet gorsze niż w raku macicy. Według Schwarza, z 84 przypadków pierwotnego raka pochwy (na 35.806 chorych kliniki kobiecej w Berlinie) było 16 przypadków operacyjnych, a z nich tylko w jednym przypadku nie było nawrotu po 2-ch latach po operacji. J. Veit utrzymuje, że rak pochwy jest jedną z najniepomyślniejszych form raka i daje w każdym przypadku złą przepowiednię.

Przyczyna tego leży w stosunkach anatomicznych. Ściana pochwy względnie cienka, otoczona jest tkanką łączną bardzo rozciągliwą z licznymi drogami chłonnymi, a bardzo skąpą zawartością mięśni, jeszcze zmaltretowanych przez porody; w takich warunkach rak może rozwijać się nader pomyślnie, nie spotykając przeszkody ze strony mięśni (jak np. w trzonie lub szyi macicy), w luźnej tkance łącznej, dolegliwości są przytem bardzo nieznaczące i razem z krwawieniem i charakterystycznymi upławami zjawiają się późno. Jeżeli do tego dodamy niechęć do leczenia u starszych kobiet, to stanie się zrozumiałym wysoki odsetek przypadków nieoperacyjnych i nawrotów. Nawroty można wytłómaczyć jeszcze łatwą przeszczepialnością cza-

steczek nowotworowych (Impfrecidive, Impfinfection), czy to na nadwężonej powierzchni pochwy, czy też w bliżniej pooperacyjnej.

W celu usunięcia możliwości przeszczepiania i operowania w zdrowych tkankach, podał Olshausen szczęśliwą myśl operowania raka pochwy od strony krocza i przegrody pochwowo-odbytnicowej. W najpomyślniejszem z 3-ch operowanych w ten sposób przez Olshausena przypadków, nawrót nastąpił po 3-ch latach. Przypisując to ciężkości przypadków chorobowych i niezupełności wyosobnienia chorej powierzchni od zetknięcia się z raną operacyjną, autor podaje jeden przypadek raka pochwy i cz. pochwowej macicy operowany przez siebie metodą Olshausena z modyfikacją, uwzględniającą powyższe wymagania. Chora 65 letnia; na tylnej ścianie pochwy na 1 ctm. poniżej p. vagin. dwa stwardnienia i na przedniej ścianie prawie naprzeciwko tego nacieczenie twarde, w tem miejscu pochwa przedstawia twarde, niepodatne zwężenie; tylna warga cz. pochwowej również zajęta przez nowotwór; macica w tyłozgięciu nieruchomem. Staranna dezynfekcyja. Poprzeczne cięcie na kroczu przedłużone ku górze z boku warg sromowych do połowy ich wysokości; oddzielenie tylnej ściany pochwy aż do szyi. Poprzeczne cięcie przedniej ściany pochwy na wysokości górnej $\frac{1}{3}$ cewki przedłużone przez boczne głębokie nacięcia, idące ku tyłowi przez wejście do pochwy, przedsionek i wargi aż do spotkania z dolnem przecięciem od krocza, po odpreparowaniu płata do 2 ctm. wolne brzegi otworu pochwy ujmują się w klamp i światło pochwy z nowotworem jest odosobnione. Na tępo oddziela się przednią ścianę pochwy i boki, podwiązując naczynia catgutem. Kiedy już całą pochwę oddzielono, otwiera się szerokiem cięciem zatoki Duglasa i maciczno-pęcherzową; w tylnej zatoce oddziela się zrosty i podwiązują się szerokie więzadła i jajowody, poczem już zupełnie wyosobniony kanał porodowy usuwa się na zewnątrz bez następezego krwawienia. Umocowanie kikutów wiązadłowych w ranie otrzewnowo-pochwowej, którą się zupełnie zamyka. i zeszyte przecięć przedniej i tylnej ścian pochwy i krocza kończy operację. Przebieg pooperacyjny pomyślny. W pięć tygodni po zabiegu: pochwa przedstawia kanał drożny dla małego palca na kilka centymetrów, ściany gładkie. Autor miał wiadomość o chorej w 1 $\frac{1}{4}$ roku po zabiegu, stan zupełnie pomyślny. Operowanie w zdrowych tkankach postępuje bardzo gładko, możność przeszczepienia nowotworu wyklucza się i zwężenie światła pochwy nie robi żadnych trudności. Dla większego jeszcze bezpieczeństwa przed przeszczepieniem autor zamierza na przyszłość zamiast noża używać żegadła Paquelin'a.

Wł. Staniszewski.

IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

390. Dr. K. Sehrwald w krótkim artykule zwraca uwagę lekarzy-akuszerów na bardzo ważną okoliczność, mającą miejsce w praktyce — zbyt wczesne przecinanie sznurka pępkowego po porodzie.

Zwykle oddziela się dziecko od łożyska po 1 — 2 minutach po urodzeniu, kiedy tętno sznura pępkowego słabnie, jest to niewątpliwie za wcześnie, to osłabienie tętna jest tylko pozorne, przy krzyku dziecka i głębszym oddechu, tętno się wzmacnia i dzięki temu przeprowadza się z łożyska krew do organizmu dziecka; jeżeli więc oddzielimy dziecko tak wcześnie, pozabawimy go niepotrzebnie, a nawet z jego szkodą krwi, tej najdzielniejszej cząstki jego ciała. Najlepiej można się o tem przekonać za pomocą ważenia noworodka, autor widział raz przybytek na wadze 85 grm., a drugi raz nawet 118 grm., ubytek tak znacznej ilości krwi nie może pozostać obojętnym dla dziecka. Po dłuższem oddychaniu, kiedy cała krew z naczyń łożyskowych przejdzie do dziecka, łożysko samo, zmniejszone przez to w swej objętości, łatwiej się wydziela. Tem bardziej w razie pozornej śmierci nie należy tak wcześnie oddzielać noworodków od łożyska, skąd właśnie mogą zaczerpnąć swe życie; autor zaleca w tych wypadkach okład ciepły na serce i kark i nie oddzielając od łożyska, wzniesienie sztucznego oddechu przez unoszenie bark. Przecięcie sznura pępkowego powinno nastąpić w 1½ — 2 — 3 godziny po urodzeniu dziecka, w kilka minut po zupełnem zniknięciu tętna w pępownie, kiedy ta ostatnia staje się zupełnie białą i prawie przezroczystą.

(Deutsche med. Wochschrft, № 36, 1898).

St.

391. Dr. Ehrmann. **O przymioście bez wykwitów skórnych.** (Wien. Med. Woch., 1898, № 38).

Przypadki przymiotu, w których, po wystąpieniu typowego stwardnienia pierwotnego i niebolesnego obrznięcia gruczołów, nie pokazują się pierwsze wykwitki skórne w czasie odpowiadającym występowaniu tychże, autor nazywa przymiotem bez wykwitów. Możliwość występowania wykwitów skórnych w czasie późniejszym trwania tego cierpienia, t. j. w kilka miesięcy po zakażeniu, lub jeszcze później nie jest w przypadkach takich wykluczona. Wysypkę wówczas uważamy za objaw recydywy przymiotu. Według Fournier'a, 40% przypadków przymiotu u kobiet przebiega bez wysypki skórnej.

H. U.

392. Dr. Hirsch kron stosował **naftalon** w 28 przypadkach **pryszczycy**; z tych w 26-ciu otrzymał wynik dodatni, w 2-ch zaś — ujemny. W przypadkach ostrych z moknącą powierzchnią skóry kompletne wyleczenie następowało po kilkunastu dniach, w przewlekłych zaś, aczkolwiek wyniki były mniej pomyślne, dawało się jednak zauważyć znaczną poprawę.

(Wien. Med. Woch., 1898, № 39).

H. U.

393. Dr. Weiss z Hamburga przedstawiał w tamtejszem towarzystwie lekarskiem **przypadek wady serca, powstałej wskutek urazu**. Przypadek ten dotyczy młodego robotnika, który przy robocie został silnie uderzony deską w piersi, przytomności jednak nie stracił, po kwadransie sam poszedł do domu i po południu udał się na poradę

do d-ra W. Lekarz, badając go, nie znalazł prawie żadnych zewnętrznych uszkodzeń, natomiast wyraźny szmer skurczowy, uwydatniony głównie u wierzchołka serca. Pacjent przedtem na serce nie chorował, jak świadczy o tem badanie lekarskie dokonane przed rokiem, gdy chory stawał do wojska. H. K.

394. Dr. Poppert z Giessen zdawał w tamtejszem Towarzystwie Lekarskiem sprawozdanie z przypadku, gdzie wskutek postrzału pistoletowego chory miał w **dwunastu miejscach kieszki przedziurawione**. Chirurg dokonał wycięcia kieszek cienkich w pięciu miejscach. Pomimo nadzwyczaj silnego krwotoku i pomimo tego, że pomoc lekarska mogła być udzieloną dopiero w cztery godziny po postrzale chory do zupełnego zdrowia powrócił. H. K.

395. Dr. L. Linkenheld z Ems (Deutsch. Med. Woch., № 41, 1898) opisuje dwa przypadki t. zw. **ictus laryngis** (Kehlkopfschwindel). Przypadłość ta polega na tem, że chory nagle uczuwa silne łaskotanie w gardle, poczem następuje gwałtowny napad kaszlu i chory pada w omdlenie, trwające kilka sekund, cały ten napad przechodzi bez śladu.

Charcot przypadłość tę ochrzcił nazwą „vertige laryngé“, następnie Francuzi przemianowali to na „ictus laryngé“ i nazwa ta się utrzymała. H. K.

396. Jak wiadomo, większe dawki salicylanu sodu (5 — 8 gr.) szybko usuwają (w 1 — 2 dni) główne objawy ostrego *gośca* stawowego, nie usuwając jednak choroby samej, to też po paru dniach zaprzestania salicylu bóle powracają. Jeżeli zaś przedłużać podawanie mniejszych dawek, przyłączają się objawy uboczne (zawroty, kurecz, nudzenie). Aby tego uniknąć, prof. Mosler z Gryfii poleca **kwasic salicylowy w kombinacji z salofenem**; mianowicie, po usunięciu przez salicyl objawów bolesnych, podaje salofen po 2—3 g. dziennie. Salofen jest połączeniem kwasu salicylowego z acetylparamidofenolem, nie rozkładającym się w żołądku (przez kwasy) i stąd nie wywierającym działania na ten narząd. Rozpad następuje dopiero w kiszkiach przez zasady, powoli, stąd działanie salicylu jest długie i trwałe, a nigdy nadmierne (Kl. Ther. Woch. 45) (analogia z salolem R.).

V. POLEMIKA.

Odpowiedź na „Kilka słów w kwestyi słownictwa“.

W zeszytcie 20-ym „Kroniki Lekarskiej“ z roku bież., kol. Gruczewski wystąpił z krytyczną oceną słownictwa, używanego w przekładach podręczników chirurgicznych, przyczem wypowiedział kilka

zarzutów pod adresem tłumaczy. Jako jeden z tych, przeciwko którym kol. G. zwrócił ostrze swej krytyki, mam prawo, jak sądzę, zabrać głos w tej sprawie. Czynię to tem chętniej, że dyskusję w sprawie ustalenia słownictwa uważam za rzecz wielce pożądaną.

Ponieważ kol. G. nie dotyka zasad słownictwa Krysińskiego, ogłoszonych drukiem w zeszytacie 2-im tomu III „Przeglądu chirurgicznego“, nie będę przeto wszczynał sporu o to, czy zasady te są zupełnie słuszne i bezwzględnie zasługują na przyjęcie. Pozwolę sobie jedynie wypowiedzieć kilka słów w obronie niektórych terminów, zakwestyonowanych przez kolegę G., oraz odeprzeć zarzuty, które, jak mi się zdaje, nie są dostatecznie uzasadnione.

Z pośród nowoutworzonych terminów jedynie ropówka (*phlegmone*) i obwój (*tour*) bandaża zyskały całkowite uznanie kolegi G. Niezrozumiałą natomiast wydało mu się rzezcą, dlaczego nazwy „otok“, „cierń (tarn)“ i „wrostek poprzeczny“ zastąpiono terminami „ropniak“, „grzbietnik“ i „bocznik“.

Sądzę, że termin „ropniak“ jest daleko odpowiedniejszy do oznaczenia sprawy ropnej, aniżeli otok, przez dawnych autorów używany w znaczeniu „posoka“, „krwawa ropa“. Zresztą i we współczesnem słownictwie lekarskiem termin „otok“ nie posiada ściśle określonego znaczenia. Dla uniknięcia wątpliwości, większość autorów, używając tego terminu, dodaje doń zwykle określenie przymiotnikowe (otok ropny). Wprowadzenie terminu „grzbietnik“ i „bocznik“ wzamian „ciernia“ i „wrostka poprzecznego“, jest zupełnie uzasadnione z tego względu, że ostatni termin zwłaszcza, jako złożony, nie pozwala tworzyć odpowiednich nazw przymiotnikowych.

Pytam, jak kol. G. każe nazwać *mm. intertransversarii*? Czy mięśnie „międzypoprzeczne“, czy może mięśnie „międzypoprzecznowyrostkowe“. Na taki dziwoląg nikt się chyba nie zgodzi.

Celem oznaczenia zakażeń ogólnych, we współczesnem piśmiennictwie lekarskiem używa się terminów różnorodnych. Nie przesądzam w tej chwili, czy nazwy odpowiadają istocie rzeczy. Bądź co bądź, istnieją terminy „septicaemia“ i „ichoraemia“, dla których odpowiednie równoznaczniki brzmieć powinny po polsku: gnilica i posocznica. Gnilica nie jest ani lepszą, ani gorszą od posocznicy, lecz obie te nazwy istnieć obok siebie mogą i istnieć powinny dopóty, dopóki istnieją odpowiednie terminy łacińskie.

Idźmy jednak dalej.

„Wrostek sutkowy (*proc. mastoideus*) — pisze kol. G. — został w podręcznikach zastąpiony przez wyrostek cycowy.“ Przewszystkiem pozwolę sobie zwrócić uwagę kolegi G., że nie „cycowy“, lecz „cycowaty“. Mniejsza jednak o to. Źródłosłów tego wyrazu nie zyskał uznania kolegi G. z powodów następujących: „Wrostek ten z formy swej — twierdzi autor „Słów kilku“ — może być prędzej porównany do brodawki (*mamilla*), aniżeli do całej piersi (*mamma*)“. Zupełnie słusznie. Lecz nie wiem skąd to kol. G. wywnioskował, że cała „piers“ (*recte* sutkę, — już to ścisłością terminologii kol. G. nie grzeszy) nazwano „cycem“. *Mamma* pozostała sutką, cyckiem zaś (i to w nawiasie) Krysiński nazywa w swym słow-

niku, wyłącznie brodawkę sutki. Linde, na którego powołuje się kol. G., mówi: „Cyc — brodawka czyli guzik“ piersi, osobiście biologicznych (t. II, cz. I, str. 333). Jesteśmy więc w zupełnej zgodzie z Lindem. Wbrew koledze G., pozwolę sobie twierdzić, że ścisłość wyrażenia zyskała wiele na tej zamianie. W myśl tego bowiem, czego żąda sam kolega G., rzecz otrzymała nazwę według istotnego podobieństwa (podobny do cyca — cycowaty).

Co się tyczy wyrazu „odziedza“, to wybrany on został dla oznaczenia terminu „tunica“, podczas gdy „błona“ pozostała dla terminu „membrana“. Pozwolę sobie zwrócić uwagę kolegi G., że nie o „myszkę“ tu chodzi, lecz o przywrócenie praw obywatelstwa wyrazowi, który, nie wiadomo dla jakich powodów, został wyrzucony ze skarbcza mowy naszej. Stało się to chyba dlatego, że „habent sua fata... verba.“ Język nasz jest tak bogaty, że pozwala dla każdego wyrazu łacińskiego znaleźć odpowiednik właściwy. Nie mamy prawa zubożać go dobrowolnie, oznaczając jednym mianem dwa odrębne terminy łacińskie (błona — *membrana*, *tunica*).

W wyrazie cieśń, zawiera się pojęcie czegoś ciasnego, wązkiego i nie więcej, podobnie jak w łacińskim „isthmus“. Istnieje przeto *isthmus faucium* i *isthmus glandulae thyreoideae*. W tłumaczeniu kolegi G. isthmus „jako wązkie połączenie“ jest przeciwstawieniem cieśni, która oznacza „szparę lub wązką przerwę pomiędzy dwoma przedmiotami“. Niewłaściwie kol. G. powołuje się tu na Lindego, gdyż ten nie mówi bynajmniej, ażeby cieśń miała oznaczać wyłącznie szparę lub wązką przerwę. (Cieśń, cieśnia, cieśnina — ciasne miejsce, ciasne położenie. Cieśnina morska — przesmyk, kanał morski łączący dwa morza z sobą. Linde, t. II, cz. I, str. 304).

Kolega G. może być zupełnie spokojny, że powoływanie się na słownik Knapusza i Lindego, nie będzie mu poczytane za chęć pochwalenia się erudycją. Zdaje mi się, że zagładanie do słownika języka polskiego jest obowiązkiem każdego piszącego po polsku, ten zaś kto to czyni, bynajmniej na miano erudyty nie zasługuje. Ośmielałem się jednocześnie twierdzić, że nie można uważać Lindego nawet w połączeniu z Knapuszem za jedyną i nieomylną wyrocznię w sprawie współczesnego słownictwa lekarskiego. Utrzymuję nadto, że słownik języka polskiego, stanowczo nie może być pomocnym w tej potrzebie, jaką ucuwał kol. G. przy czytaniu „podręczników chirurgicznych“. Zresztą ta potrzeba uciekania się do słownika wydaje mi się wielce przesadzoną, w tłumaczeniach bowiem obok terminów polskich, zwłaszcza odmiennych od używanych dotychczas, wszędzie podane zostały w nawiasie nazwy łacińskie. Jedyne tylko wtedy, gdy termin powtarzał się po raz drugi lub kilka razy z rzędu, ograniczano się wyłącznie nazwą polską. Okoliczność, że kol. G. napotykał trudności w zrozumieniu pewnych terminów, można chyba tem wytłumaczyć, że czytał on „podręczniki chirurgiczne“, że tak powiem, na wrywki.

Następny zarzut kol. G. dotyczy braku jednolitości w terminologii całego dzieła. Zarzut ten jest do pewnego stopnia słuszny. Należy jednak uwzględnić okoliczność, że tłumaczenia podręczników

chirurgicznych dokonywa kilkunastu ludzi, a w tych warunkach zachowanie zupełnej jednolitości jest rzeczą prawie niemożliwą do osiągnięcia. Te przykłady zresztą, które przytacza kol. G., bynajmniej uczynionego zarzutu nie potwierdzają. Aczkolwiek ujednostajnienie terminologii jest rzeczą wielce pożądaną, nie mniej przeto nikt nie może wymagać, by całkowicie zostały wyrzucane z języka wszystkie wyrazy obcego pochodzenia. Antyseptyka i dyfterya, które istotnie mają odpowiednie równoznaczniki polskie, są w powszechnem użyciu w mowie i w piśmie i o tyle są znane, że nie mogą sprawiać zamętu w pojęciach uczącego się. Zresztą, ze względów stylistycznych, użycie wyrazu pochodzenia obcego jest czasem rzeczą nieuniknioną.

W końcowym ustępie swych „Kiłku słów“, kol. G. czyni tłumaczom zarzut, iż zbyt pochopnie i nieopatrzenie zastosowali nowe słownictwo w podręcznikach chirurgicznych. Mogę zapewnić kol. G., że postanowienie w tej sprawie zapadło po długim i głębokim namyśle. Powszechnie wiadomą jest rzeczą, że polskie słownictwo lekarskie dotychczas zgola nie jest ustalone. Wiemy wszyscy doskonale o tem, że inaczej się mówi i pisze w Warszawie, inaczej w Krakowie, inaczej wreszcie w Poznaniu. Nie dość tego. Każdy niemal z piszących urabia słownictwo według własnego widzi mi się. Szczegrze byłbym wdzięczny temu, ktoby mi wskazał raczył, gdzie jest instancya rozstrzygająca, że ten a nie inny wyraz jest „uprawniony“. Ja takiej instancji nie znam i z tego powodu byłem wielce zadowolony, mogąc się oprzeć na powadze Krysińskiego, którego o brak sumiennosci i erudycyi nikt chyba pomówić nie może. Bezwątpienia po wyjściu słownika Krysińskiego znajdą się krytycy, którzy, podobnie jak kolega G., będą czynić zarzuty zarówno zasadom ogólnym, jak i poszczególnym wyrazom. Temu nie podoba się „cyc“, innemu „preł“ i t. d. Lecz czy głosy krytyki rozwiążą kwestyę ostatecznie? Czy naprawdę krytycy obwieszczą nam prawa obowiązujące cały ogół lekarzy? Pozwolę sobie o tem wątpić.

Istotnie uczyniliśmy próbę, wprowadzając do tłumaczonych podręczników zasady prawidłowego słownictwa, próbę tę uważamy za zupełnie uzasadnioną. Jedynie tylko w podręczniku, obejmującym cały obszar pewnego przedmiotu, zalety i wady nowego mogą się uwydatnić należycie. Ponieważ zdobyliśmy przeświadczenie, że zalety nowego słownictwa stokrotnie przewyższają jego wady, skorzystaliśmy z okazji, by spopularyzować je wśród szerokiego koła lekarzy. Druga taka okazyja prawdopodobnie nie prędko się nadarzy.

Nie moja jest rzeczą sądzić, czy przekłady podręczników chirurgicznych dorównają wzorom, które kol. G., opierając się na cytacie z przedmowy do dzieła Cohnheima, stawia nam przed oczyma. Na usprawiedliwienie zaś „nowatorstwa“, niech mi wolno będzie przytoczyć następujące słowa Krysińskiego: „Przy przejściu ze słownictwa dowolnego do jednolitego, każdy musi złożyć coś ze swoich upodobań na ołtarzu wspólnego dobra i wzajemnego porozumienia, każdy z nas musi się przyzwyczajać i oswajać z tem nowem słownic-

twem, mam jednak nadzieję, że dbałość o czystość i ścisłość języka, którym mówimy, trud ten nam osłodzić i do poniesienia go skłonić nas potrafi.“

A. Karczewski.

W „Kilku słowach“ pozwoliłem sobie powątpiewać, czy rzeczywiście terminy wprowadzone w „wydawnictwie podręczników“ są racjonalniejsze od ogólnie używanych obecnie. Kolega Karczewski sądzi, że tak jest dlatego mianowicie, że odpowiadają dwom wymaganiom, stawianym przez niego terminologii polskiej.

Zdaniem mego przeciwnika, każdy termin polski musi być: 1) jednowyrazowym, 2) dosłownem tłumaczeniem łacińskiego. Pierwsze żądanie, zdaje mi się, zostało stworzonym *ad usum delphini*. Zasada ta nie jest w słownictwie „podręczników chirurgicznych“ konsekwentnie przeprowadzona. Wiele z dawnych złożonych terminów pozostało bez zmiany (np. gruczoł podszczękowy, gr. chłonny), niektóre nowopowstałe są również złożone z dwóch wyrazów (odziedza wewnętrzna). Zresztą z dwóch bronionych terminów (grzbietnik i bocznik) pierwszy zastępuje będący już w użyciu, również jednowyrazowy termin (grzbietnik = cierń v. tarń). Nie widzę zatem potrzeby dłużej zastanawiać się nad słusznością tego wymagania. Drugim żądaniem kol. K. jest, aby, jak to już nadmieniałem, termin polski był dosłownem tłumaczeniem łacińskiego. Skoro zatem terminologia łacińska posiada dwa określenia jednej rzeczy, polska również dwa ich posiadać winna. Powołuję się w tej mierze na dowodzenie autora repliki w kwestyi słów *ichoraemia* i *septicaemia* lub *tunica* i *membrana*. Pozwolę sobie tylko zauważyć, że przeciwstawienie tych dwóch ostatnich jest sztuczne, albowiem są one synonimami: np. „*tunica cellularis*“ i „*membrana adventitia*“ oznaczają jedno i to samo. Więcej nawet, kol. K. sądzi, że jeżeli termin cudzoziemski ma dwa znaczenia, to wyraz polski, którym przetłumaczono, powinien również mieć dwa takie same znaczenia. Przykład takiego pojmowania rzeczy widzę w przekładzie *isthmus gl. thyroideae* na *cieśń tarczycy*. Jeżeli kol. K. nie odczuwa różnicy pomiędzy pojęciem „wązki“ i „ciasny“, niech raczy przeczytać raz jeszcze cytowany przez siebie ustęp z Lindego. Mogę mu zresztą wskazać Słownik anatomiczno-fizjologiczny J. Majera i F. Skobla (Kraków, 1838, str. 140), lub Słownik terminol. lekar. polski (Kraków, 1881), gdzie znajdzie potwierdzenie słów *moich*. Czynię to dlatego, że kol. K. nie bardzo uznaje powagę Lindego i nie zawsze dokładnie go cytuje. Omawiając trafność wyrażenia *cyc*, autor repliki podał tylko początek tekstu Lindego. Ten ostatni mówi jednak dalej: „*Cyc często za całe piersi, albo raczej za ich wyniosłość, die Brust, die Erhöhung der Brust...*“; potem cytuje jeszcze z anatomii Kircheima: „*Cyc, część podniesiona na piersiach, w której śródku brodawka*“; więc kol. K. w zupełnej zgodzie z Lindem nie jest, chociaż o tem zapewnia.

Ażeby zbyt szeroko nie rozpisywać się o tym niefortunnym wyrażeniu, dodam tylko, że język polski może mógłby się obyć bez tego germanizmu (wyrostek cycowaty = Zitzenfortsatz). Pominę również osobiste wycieczki przeciwko mnie skierowane, a zwrócę tylko uwagę kol. K., że zarzucanie komukolwiek czytania podręczników na „wyrwyki“ wcale nie jest zarzutem: tak bowiem zwykle podręczniki bywają czytane. Przypuśćmy, że zaglądnącego do podręcznika interesuje rozdział drugiego tomu; jeżeli dla zrozumienia go będzie musiał rozpocząć czytanie dzieła ab ovo, ażeby uchwycić miejsce, gdzie dla zrozumiałości była podana w nawiasie nazwa łacińska, czy ta okoliczność nie może zniechęcić go do wzięcia po raz drugi do ręki podręcznika?

Sądze, że odpowiedź na to pytanie jest zbyteczna.

Dałej, przyznać muszę, że nie tłómaczę sobie jasno, w jaki sposób kol. K. uważa za możliwe bronić gęsto rozsianych po „podręcznikach“ terminów łacińskich, skoro uważa język polski za tak bogaty w wyrażenia. Usprawiedliwianie tego względami stylistycznymi, wobec swobody, jaką pozostawia piszącemu składnia polska, w żaden sposób uwzględnione być nie może. Oglądanie stylu i pilnowanie jednolitości języka jest obowiązkiem redakcyi, przyznając, że możnym, lecz zupełnie do wykonania możliwym.

Nie wiem również, na jakiej zasadzie kol. K. nazywa dotychczasowe słownictwo polskie „dowolnym“. Powoływanie się na słowa St. Krysińskiego nie w tej mierze pomódz nie może, ponieważ fakty stwierdzają rzecz przeciwną. Pierwsi twórcy słownictwa lekarskiego polskiego trzymali się pewnych, z góry postawionych prawideł, jak to widać z przedmowy do ich słownika *), lub z rozprawy J. Majera z r. 1849 **). Wolno nie zgadzać się z czyjemiś zasadami i wolno je krytykować, lecz nie wypada, wbrew prawdzie, zarzucać dowolności, która nie istnieje.

Kończąc odpowiedź, kol. K. mogę zapewnić, że istnieje instancya, która „uprawnia“ terminia językowe, a przeciw której wszelkie powagi są bezsilne. Instancją taką jest przyjęcie przez ogół. On też rozstrzygnie i kwestyę nas zajmującą i do niego, nie do jednostek, starających się rozpowszechnić nowe słownictwo, należy sąd, czy zalety tego słownictwa stokrotnie przewyższają jego wady. Zadaniem krytyki jest zbadanie i osądzenie sumienne dzieła. Do tej pory nigdy też krytyka nie obwieszczała światu praw obowiązujących, ale też ani jednostki, ani nawet ciała zbiorowe, bez wyraźnego ze strony ogółu mandatu, prawa tego sobie nie usurpowowały.

Aleksander Grużewski.

*) J. Majer i F. Skobel. „Słownik anatomiczno-fizyologiczny“ (Kraków, 1838).

**) J. Majer. „Uwagi w przedmiocie zasad słownictwa lekarskiego w ogólności, w szczególności zaś w przedmiocie zasad tworzenia i oceniania wyrazów lekarskich polskich“ (Kraków, 1849).

VI. KRONIKA BIEŻĄCA.

Dnia 15-go listopada 1898 r.

—h.— 5-go listopada poświęcony został w kościele PP. Witytek pomniki Jędrzeja Śniadeckiego, wzniesiony z funduszu zapisanego przez ś. p. Ignacego Orzechowskiego, ucznia Śniadeckiego.

Pomnik umieszczony jest w nawie głównej z prawej strony. Jest to wykupiorzeźba, przedstawiająca Śniadeckiego w całej postaci w todze profesorskiej. Na około mieści się napis: Jędrzejowi Śniadekiemu, badaczowi przyrody i profesorowi uniwersytetu wileńskiego, w wykonaniu zapisu i ostatniej woli d-ra Ignacego Orzechowskiego Warszawskie Towarzystwo Dobroczynności.

Pomnik j.st dziełem Piusa Welońskiego. Poświęcenia dokonał J. E. ks. biskup Ruszkiewicz, który w odpowiedniem przemówieniu zaznaczył zasługi znakomitego męża.

—h.— Dnia 19 listopada o godz. 11 odbędzie się w szpitalu starozakonnym przy ul. Pokornej konkurs na posadę ordynatora nadetatowego tegoż szpitala w zakresie chorób gardlanych. Według obowiązującej dotąd w Królestwie Polskiem ustawy szpitalnej wszelkie posady w szpitalach powinny być obsadzone z konkursu. Dziwnem się przeto wydaje ogłoszenie konkursu właśnie na posadę bezpłatną ordynatora nadetatowego, skoro w tym samym szpitalu świeżo obsadzonych zostało kilka posad płatnych z pominięciem konkursu.

—h.— Prof. E. Korczyński w Krakowie otrzymał od komitetu urządzającego XIII zjazdu międzynarodowego lekarzy w Paryżu wezwanie do zorganizowania sekcji polskiej w przyszłym zjeździe. Prof. Korczyński mandat przyjął, a w celu wykonania go zaprosił do pomocy lekarzy z głównych ognisk życia naukowego polskiego, a mianowicie: z Krakowa: prof. Wicherkiewicza, prof. Kostaneckiego, Kwaśnickiego; ze Lwowa: prof. Rydigiera, Ziębickiego i Gluzińskiego; z Warszawy: d-ra Sokołowskiego, Hewelkego, Rychlińskiego; prof. Laskowskiego z Genewy; z Poznania: d-ra H. Święcickiego; Chłapowskiego i Jaruntowskiego. Wybrani lekarze upoważnieni są więc do pośredniczenia pomiędzy zamierzającymi przyjąć udział w zjeździe, a biurem głównem w Krakowie we wszelkich dotyczących Zjazdu kwestyach, zarówno naukowej jak i administracyjno-informacyjnej natury. Zjazd paryski odbędzie się w pierwszych dniach sierpnia 1900 roku. W tymże roku, w drugiej połowie lipca, odbędzie się w Krakowie zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

— „Rada lekarska“ postanowiła uzupełnić swój skład przez dobranie członków stałych ze wszystkich ministerjów, którzyby pomagali jej w kwestyach specjalnych, dotyczących ich wydziałów. Dotąd naznaczeni zostali: dr. E. A. Gołowin, pomocnik głównego inspektora komunikacji lądowych i wodnych, M. G. Zdanow, urzędnik do szczególnych poruczeń z ministerjum spraw ze-

wewnętrznych, oraz L. B. Bertenson, członek uczonego Komitetu Górnego. Ministerium sprawiedliwości jeszcze nie posiada swego przedstawiciela (Wr. 41).

— W odeskim szpitalu miejskim za staraniem lekarza głównego, d-ra I. F. Sabaniewa, na niektórych oddziałach wprowadzono: naukę czytania, lekkie, nie męczące zajęcia i gry (szachy, warcaby, loteryjka numerowa i t. p.). Dr. S. w tym celu wprowadził do budżetu sumę 1,070 rubli, a mianowicie na opłacenie 2 nauczycieli i na sprawienie potrzebnych przedmiotów (Wracz. 43).

— 30-ty zjazd ziemski Akkermański przyjął w zasadzie ubezpieczenie życia składu lekarskiego ziemstwa w wysokości 4,500 dla lekarzy i 1,000 dla felezerów.

—h.— VII zjazd lekarzy rosyjskich odbędzie się na wiosnę roku 1899 w Kazaniu. Pogłoski o odłożeniu zjazdu do jesieni nie mają żadnych podstaw.

— Duma petersburska postanowiła nazwać Aleksandro-Newski przytułek dla rodzących przytułkiem imienia prof. A. I. Krassowskiego.

—h.— Prof. M. D. Lawdowski ogłosił: Rys historyczny katedry histologii i embryologii w W. M. Akademii. Pomiedzy innymi autor zaznacza nizki stopien przygotowania studentów, wychowanców gimnazjów klasycznych, do sluchania lekcyj na wydziale lekarskim. Nieznajomosc podstaw nauk przyrodniczych, nieoswojenie sie z terminami, nieumiejtnosc myslenia przyrodniczego, niezdolnosc do spostrzegania i opisanja spostrzeganego — oto sa cechy i braki wybitnie uderzajace w umyslowym rozwoju tej kategorii mlodziencow.

Spostrzezenie to zaznaczamy, poniewaz nalezy ono do nielicznych, uczynionych przez jedynie tu kompetentne sfery.

Zwykle w obronie gimnazjów klasycznych wskazywane sa stosunki procentowe zdajacych wstepne egzamina do instytutów specjalnych, a wykazujace przewage dobrych stopni u filologów nad realistami.

Zdanie „matury“ jest zapewne dowodem przyswojenia pewnej sumy wiadomosci, ale niekoniecznie dojrzalego rozwoju umyslowego.

Sad prof. L. jest waznym przyczynkiem do kwestyi wyboru kierunku przygotowawczego do studyów przyrodniczo-lekarskich. Nasze zdanie w tym wzgledzie wypowiedzieliśmy obszerniej w roku zeszlym (patrz felieton „Kron. Lek.“ 1897 r.).

—h.— Z powodu uplynięcia terminu patentu Knorra na wyrób antypiryny, cena tego srodka spadla w Niemczech z 96 marek za kilo na 17! Odpowiednio zniży sie tez cena salipiryny.

—h.— Następcą po zmarłym profesorze Strickerze na katedrze patologii doświadczałnej w wszechnicy wiedeńskiej, mianowany został prof. Ph. Knoll z Pragi.

—n.— Że dyplom naukowy może wpływać bardzo ujemnie na wyrobienie sobie praktyki lekarskiej, poucza o tem wymownie następująca ciekawa z dziejów kryminalistyki paryskiej wypadek. Człowiek

pewien oskarżony został, że zajmuje się na przedmieściu La Chapelle znachorstwem; aresztowany wszelako, ku wielkiemu zdziwieniu swych sędziów, przedstawił tymże swój własny, prawdziwy dyplom doktorski, pozyskany na fakultecie paryskim. Na pytanie sędziego, czemu pełni swe obowiązki, otaczając je sui generis tajemniczością, owczarz rzekomy odpowiedział temi słowy: „W tej części miasta, gdzie mieszkam z rodziną i ordynuję oficjalnie jako lekarz ze znakiem, przyznanym mi prawnie, nie mam prawie wcale praktyki; przeciwnie, na La Chapelle, gdzie leczę chorych przez kilka godzin dziennie w ciupie zapadającej się rudery i gdzie uchodzę za znachora, liczną cieszę się zawsze klientelą. Dyplom doktora właściwie szkodzi mi tylko.“

(St. Petersburger medicin. Wochenschr., № 12, 1898).

— Komitet Krzyża Białego obliczył, że Belgowie tracą na najoje wysokokowe rocznie tyle, ileby wystarczyło na zakup 27,000 domów dla robotników, 66 milionów kilogramów mięsa, albo 675 milionów kilogramów chleba (Wr. 41).

— Według obliczeń dr. Hameau, liczba lekarzy we Francji obecnie jest mniejsza niż w r. 1854, pomimo, choć niewielkiego (o 3 miliony) zwiększenia się ludności; podobnie w latach 1835 — 1839 wydano więcej dyplomów, niż w r. 1893—1896). Pomimo to, we Francji daje się odczuwać nadmiar lekarzy i ciągłe zmniejszanie się dochodów. Zależy to od zmniejszenia się liczby chorych, zwłaszcza płacących, — ograniczenia epidemij i różnych instytucji, dających pomoc lekarską darmo albo prawie darmo (Przeg. Med. 45).

—k.— Fabryka w Höchst puściła w obieg nowy ortoform (orthoformneu), który obok własności kojących poprzedniego preparatu, odznacza się większą taniością.

Jest to proszek bardziej mialki i nie tak łatwo zbija się w grudki. Zastosowanie ma bardzo szerokie dla wywołania znieczulenia, kojenia bólów, tam działa wybornie, gdzie może wejść w zetknięcie z obnażonymi zakończeniami nerwów (oparzenia, caries-odontis, owrzodzenia). Działa już w stosunku 10 — 20% np. z krochmalem, sadłem, w emulsji (do krtani).

—h.— Ruchliwa firma wydawnicza paryska J. B. Baillière'a et fils zamierza nowe wydawnictwo pod tytułem „Les actualités médicales“, którego celem jest puszczanie w obieg dziełek mniejszej objętości, monografii, przedstawiających stan obecny danych kwestyj, pytań na ezasie interesujących, spornych i t. p., na podobieństwo naszych odczytów klinicznych, zbioru Volkmana i t. d.

Pierwsze miejsce w tym szeregu zajmuje książeczka Gilles de la Tourette: „États neurasthéniques“ (92 str. w 16-ce), odpowiadająca zupełnie założeniu wydawcy. Autor uważa neurastenję jako pewien stan chorobowy, a nie określoną jednostkę nozologiczną. Tu zaś odróżnia: stan neurasteniczny istotny, stan neur. dziedziczny albo konstytucyjny i stan hystero-neurasteniczny.

Różnice tych stanów autor przeprowadza ściśle i ilustruje odpowiednimi historiami chorych. Odróżnianie takie ma nader ważne znaczenie zarówno dla rokowania, jak i leczenia.

Książeczka p. G. de T. dla niespecjalistów może być rzeczywiście pożyteczna.

Następnie wyjść maja: La Grippe przez L. Gaillard, Le diabète — przez Lépina, Les Albuminuries curables przez Teissier i inne.

NEKROLOGIA.

S. p. Stanisław Kondratowicz.

Śmierć nagła, niespodziewana, czyni nam wciąż nowe szczyrby w szeregach akuszerów i ginekologów. Niedawno ubyli nam Rogowicz i Krysiński, obecnie straciliśmy Stanisława Kondratowicza, który zmarł nagle w Monachium, podczas podróży, d. 25 października r. b. Te nieprzewidziane straty stają się dla nas tem dotkliwsze, im szersze było pole pracy tych naszych współtowarzyszy.

Ze śmiercią ś. p. Kondratowicza traci „Gazeta Lekarska“ swego wydawcę od lat 18-tu, Towarzystwu Lekarskiemu ubywa podskarbi, który pełnił te obowiązki od lat 5 ciu, szpitalom warszawskim brakuje ordynatora przytulku położniczego, który przez lat 15 zajmował tę posadę.

Wszystkie wyliczone stanowiska nie były pozornymi tytułami ś. p. Kondratowicza.

Nasze piśmiennictwo lekarskie wzbogacił on nieobfita ilością, ale kilkoma cennymi pracami, z pośród których wyróżnia się rozprawa doktorska o histologii macicy ciężarnej, z pracowni prof. Hoyera. W latach późniejszych ś. p. Kondratowicz nie pisywał wcale, ale za to brał nader czynny udział w wydawnictwie „Gazety Lekarskiej“.

Jego współtowarzysze redakcyjni, żegnając Go mową pogrzebową, przyznali, że tracą w nim kolegę, który wzbudzał zapał do pracy, poszanowanie dla czystości języka,—przyczyniał się swoją energią do utrzymania w swem gronie solidarności w dążeniu ku celom najszlachetniejszym. Jako urzędnika Towarzystwa lekarskiego scharakteryzował ś. p. Kondratowicza vice-prezes Wł. Gajkiewicz, chwając jego benedyktyńską pracę jako podskarbiego, wzorowy porządek

w księgach kasowych majątku Towarzystwa, kasy wsparć wdów i sierot po lekarzach. Wyróżnił jego działalność jako członka zarządu Towarzystwa, którego zdrowe, trzeźwe i dobrze umotywowane zdanie było zawsze uważnie słuchane i cenione, a pilność w przychodzeniu na posiedzenia zarządu — wzorowa.

O pracy szpitalnej ś. p. Kondratowicza świadczył w jednej z mów były jego asystent R. Zaborowski i podnosił nadzwyczajną sumiennosc i pieczołowitość, a przytem wszystkim współczucie dla biedy i cierpienia. Jako lekarz, nieboszezyk zawsze w chorym widział, szanował człowieka—i nosił w sobie spokój i wyrozumiałość.

Ś. p. Kondratowicz był z urodzenia dzieckiem Warszawy, tutaj chodził do gimnazjum, uczęszczał na uniwersytet, a potem otrzymał stypendyum profesorskie i wysłany został zagranicę; doktoryzował się w r. 1875. Wyróżniając się inteligencją ogólną, wiedzą specjalną, charakterem prawnym i energią niepospolitą, ś. p. Kondratowicz posiadał rozległą praktykę tak na mieście, jak i poza Warszawą, przeważnie wśród sfer inteligentnych.

I ta rzesza pacjentek łączy swój żal z ubolewaniem kolegów na los nieubłagany, który wydziera społeczeństwu i nauce pracownika jeszcze w sile wieku, bo zaledwie w 48 roku życia.

Grzankowski.

Prace literackie ś. p. Kondratowicza:

- Trzeci międzynarodowy kongres lek. w Wiedniu r. 1873. Gaz. lek., t. XV, r. 1873; t. XVI, r. 1874.
- Dwa przypadki przerwania się pępowiny podczas porodu w stojącym położeniu. Medycyna, 1874, № 26.
- Uwagi o cięciu cesarskiem według Porro. Medycyna, 1880, № 17 i 18.
- Przyczynek do histologii ciężarnej macicy. Pamiętnik Tow. lek. Warsz., t. LXXI, 1875.
- O pozornej kastracyi kobiety. Gaz. lek., 1881, str. 21—25.
- O badaniu chemicznem zawartości torbieli jajnikowych.
- Przekład Barnet'a.
- Przekład Schroedera.

Z m a r l i.

Dr. Dawid Toscani, profesor medycyny sądowej w Rzymie.

Dr. Simon Fubini, profesor farmakologii w Pizie.

W Petersburgu zmarł profesor farmakologii w Akademii medycznej, Kostiurin.

Komitet zarządzający Kasą pomocy naukowej imienia d-ra medycyny J. Mianowskiego ma zaszczyt zawiadomić, że w wykonaniu woli Z. Pileckiego, lekarza, który na rzecz Kasy pomocy zapisał fundusz wieczysty, z przeznaczeniem procentów na coroczne wynagrodzenie autorów prac, ku pożytkowi ogólnemu drukiem ogłoszonych, z dziedziny dziejów narodu polskiego, jego języka, literatury i prawa, jak również matematyki i nauk przyrodniczych, mając do rozporządzenia kwotę rb. 750 kop. 69 z procentów za rok 1897 przyznał: p. Adamowi Antoniemu Kryńskiemu nagrodę w kwocie rubli 750 kop. 69 za pracę pod napisem „Gramatyka języka polskiego“, w tymże roku drukiem ogłoszoną.

Prezes Komitetu: *H. Struve.*

Członek Komitetu Sekretarz: *Feliks Kucharzewski.*



SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

- I. Przyczynek kliniczny do postępującego zaniku mięśni — Dr. med. Ludwik E. Bregman — str. 939.

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

380. O. Vulpius — Przeszczepianie ścięgien w przypadkach porażen i wywołanych przez nie zniekształceń nogi, a szczególniej ręki — str. 954. 381. Dr. Lavisé — Przyczynek do amputacji języka metodą Whitehead'a oraz o sposobie Morestin'a wycinania zajętej przez raka odbytnicy — str. 957. 382. J. Grekoff. — O pokrywaniu braków czaszki kością wypaloną — str. 959. 383. Abraźanow — Przyczynek do zamieszczenia braków czaszkowych sposobem Müller-König'a — 960. 384. Kozłowski — Endoteliomia diploë, błon i mózgu, usunięta za pomocą wiercenia — str. 961.

II. Choroby oczne.

385. Dr. Félix Lagrange — O stosowaniu wyciągu z ciałak rzęskowego i szkliste-go w terapii ocznej — str. 964. 386. L. de Wecker — Stosowanie surowicy jako środka leczniczego w oftalmologii — str. 964. 387. Dr. Moissonnier — Leczenie iza-wienia spowodowanego cierpieniem nosa — str. 965. 388. Dr. Guibert — Tenonitis rheumatica — str. 966.

III. Choroby kobiece.

389. Prof. dr. L. Kessler — O raku pochwy i o ekstyrpacyi pochwy — str. 967.

IV. Wiadomości pomniejsze str. 968 — 370.

- V. Polemika. Odpowiedź na „Kilka słów w kwestyi słownictwa” — str. 970.

VI. Kronika bieżąca — str. 976.

Nekrologia — str. 979.

Zmarli — str. 980.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

Дозволено Цензурою, Варшава 4 Ноября 1898 года.

PROSPEKT.

“GAZETA POLSKA”

Dziennik polityczny, społeczny i literacki wychodzi w Warszawie przy współpracownictwie doborowych sił pisarskich.

W szeregu ulepszeń, jakie zaprowadzamy w wydawnictwie „Gazety Polskiej“ od dnia 1-go października r. b. wybitne miejsce zajmie powiększenie objętości naszego

Bezpłatnego tygodniowego DODATKU DO GAZETY

Dawniej dawaliśmy czytelnikom jeden arkusz dodatku co tydzień, od-
tąd będziemy im dawali **co tydzień książkę.**

Tym sposobem każdy prenumerator *Gazety Polskiej* otrzyma od nas **corocznie**
52 TOMY KSIĄŻEK DARMO.

Ten tom tygodniowy będzie rozsyłany *bezpłatnie* wszystkim prenumerato-
rom zarówno w Warszawie, jak na prowincyi. Będzie on obejmował *naj-
mniej* dziesięć arkuszy druku. Będzie miał za treść co tydzień inny *u-
twór wybitny*, bądź oryginalny, bądź tłumaczony. *Przejdziemy kolejno*
wszystkie literatury europejskie i damy czytelnikom naszym kolekcye
arcydzieł i najwybitniejszych prac współczesnych. Po kilku latach ka-
żdy nasz prenumerator będzie *posiadaczem bogatej biblioteki*, w której
on sam i jego rodzina będą mogli czerpać rozrywkę, naukę i wykształcenie.

A dostanie prenumerator nasz te 52 tomy
corocznie *naprawdę* darmo, bez żadnych do-
płat, bez zwrotu kosztów opakowania czy
przesyłki. Śmiało też powiedzieć możemy, że
na takich warunkach nikt nigdy jeszcze
książek nie dostawał.

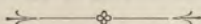
Że zaś treść każdego takiego tomu będzie
godną poznania; że te 52 książki, które do-
damy corocznie, będą zarówno pod względem

estetycznym jak moralnym, odpowiadały najwybredniejszemu wymaganiu, tego
zupełną rękojmię dają i samo stanowisko naszej „Gazety“ i nazwiska ludzi,
którzy z myślą o pożytku społecznym, będą nam pomagali w wyborze ma-
teryału literackiego, a są nimi pp.

Zyg. Gloger, Kaz. Raszeński i Ign. Matuszewski.

Pierwszy dodatek dostaną abonenci „Gazety Polskiej“ w pierwszym
tygodniu Października; potem w dalszym ciągu regularnie co tydzień tom
nowy. Upraszamy jednak Sz. Czytelników o wczesne nadsyłanie zamówień,
abyśmy mogli uregulować wysokość nakładu.

Redaktor i Wydawca Jan Gadomski.



Cena „Gazety Polskiej“ wraz z Bezpłatnym Dodatkiem Tygodniowym :

W Warszawie: Rocznie rs. 9 kop. 60; półrocznie rs. 4 kop. 80; kwar-
talnie rs. 2 kop. 40; miesięcznie kop. 80, z odnośnieniem do domów.

Na prowincyi: Rocznie rs. 12; półrocznie rs. 6; kwartalnie rs. 3.

Adres: Warszawa, Warecka 14.

DLA ZAKŁADU ZDROJOWO-KĄPIELOWEGO

poszukuje się

Doktora Medycyny,

jako współnika z kapitałem

od 25 — 30.000 rubli.

Oferty pod lit. „M. Ł. 48“ proszę nadsyłać do Administracji „Kroniki Lekarskiej“ w Warszawie, Marszałkowska 99.

ZAKŁAD HYDROPATYCZNY w OJCOWIE

„Lecznica dla chorych nerwowych cały rok otwarta.“
Wodolecznictwo, gabinet elektryczny, ścisły internat, opiekunka dla chorych pań i panien.—Zakład urządzony według wszelkich wymagań higieny i wygody.—Poczta i telegraf na miejscu.—Odiegłość od Olkusza, stacji kolei Iwangr.-Dąbrowskiej 19 wiorst.—Ceny mieszkań i stołowania w sezonie zimowym niższe.—Brozury na żądanie wysyła się gratis i franco.—Chorych umysłowych i epileptyków Zakład nie przyjmuje.

6422

Dyrektor Zakładu **Dr. Stanisław NIEDZIELSKI.**

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

NOWE DZIEŁA:

Prof. D-r W. Jaworski. Podręcznik chorób żołądka i Dietyki szczegółowej.

Wydanie drugie przerobione i znacznie powiększone. Kraków 1899, str. 512 i XX n. l. Cena 11 koron = 5 złr. 50 cnt. w. a.

D-r W. Pisek, b. asystent Uniw. Jag., lekarz ordynujący lecznicy powszechnej we Lwowie.

Terapia chorób serca i naczyń krwionośnych. Część I. Zasady leczenia wad zastawkowych i zwyrodnień mięśnia sercowego. Krak. 1899. Część I, str. 261 i XII. n. l. Cena 6 koron = 3 złr. w. a.

Członkowie i Prenumeratorowie Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie po nadesłaniu zaległej należności do Administracji (Kraków, Klinika lekarska, D-r St. Kwiatkowski) otrzymują dzieła te jako **bezpłatne** premie za r. 1897 i 1898.

Nabywać można w każdej księgarni.

Zakłady Chemiczno-Techniczne

SKŁAD MATERIAŁÓW APTECZNYCH i FARB

Ludwika Spiess i Syna

w Warszawie, ul. Senatorska № 464/5 obok kościoła P.P. Kanoniczek

drugi: Marszałkowska Nr. 140.

po między Ś-to Krzyżką i Placem Zielonym.

BUSKO D-r GRĄBOWSKI. Lekarz zakładu kąpielowego
Ordynuje od lat 12-tu.

Apteka H. Wendy

Istniejąca od czasów

ELEKTORÓW SASKICH

Krakowskie-Przedmieście 45.



Przetwory chemiczne, czyste do celów naukowych.

Barwniki do robót mikroskopowych.

Wszelkie nowe środki do użycia wchodzące.

Wody mineralne, Wina lecznicze.

Wszelkie rodzaje surowie leczniczych,

i szpryce do ich wstrzykiwania.

A p t e k a E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska N. 27, róg Kruczej w Warszawie.

Poleca następujące wina:

	za całą butelkę		za pół butelki	
	rs.	k.	rs.	k.
Wino Kakaowo-Chinowe (<i>Vin de Bugeaud</i>) przyrządzone na Maladze	1	50	--	80
Wino Chinowe czyste na Maladze	1	50	--	80
" " z żelazem zawiera 1 ⁰ / ₀ żelaza	1	75	--	90
Wino Condurango czyste na Xeresie	1	75	--	90
" " z żelazem 2 ⁰ / ₀ żelaza	2	--	1	--
Wino Coca (<i>Vin de Coca</i>) na liściach Krasnochrzewu (<i>Erythroxylon coca</i>) na Maladze, w stosunku 1 : 20	1	50	--	80
Wino Goryczkowe (<i>e rad. Gentianae</i>) na Xeresie	1	50	--	80
Wino Kola (<i>Vin de Cola</i>) na nasionach Kola, przedtem odpowiednio upalonych, na Maladze. Nasiona Kola zawierają 2,34 ⁰ / ₀ Cofeiny	2	25	1	15
Wino Kwassjowe na winie węgierskiem wytrawn.	1	50	--	80
" " na Xeresie	1	50	--	80
Wino pepsynowe słodkie na francuzkiem desserowem, zawiera 2 ⁰ / ₀ pepsyny	2	--	1	--
Wino pepsynowe wytrawne na Xeresie zawiera 2 ⁰ / ₀ pepsyny	2	--	1	--
Wino przeczyszczające z korą Cescara Sagrada na Maladze	2	--	1	--
Wino rabarbarowe czyste na Maladze	2	--	1	--
" " z korą chinu królewskiej na Maladze	1	75	--	90
Wino Senesowe (<i>fol. Sen. alex. sine resinae</i>) na Xeresie	1	75	--	90
Wino manganowo-żelazne z peptonem (<i>Vinum ferro-manganum peptonati</i>) na Xeresie, zawiera 1 ⁰ / ₀ ferro-manganu peptonati	1	75	--	90
Wino peptonowe na Maladze, zawiera 5 ⁰ / ₀ peptonu	2	--	1	90
Wino piołunowe (<i>Vin de Vermuth</i>) na białem francuzkiem winie	2	--	1	--
	1	50	--	--

Cała butelka zawiera 420,0 do 450,0.

KEFIR. Czysty, z żelazem lub pepsyną, przyrządzony na mleku przegotowanym. **Gzybki kefiowe** mokre i suche.

Praktyczne wskazówki, wydanie własne, przyrządź. kefiru.