

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

w Warszawie:	rocznie.....	rs. 5 kop. —	Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką:	rocznie.....	rs. 6
	półrocznie.....	„ 2 „ 50		półrocznie.....	rs. 3
	kwartalnie.....	„ 1 „ 25			

TREŚĆ: Obecny stan wiedzy o umiejscowieniach mózgowych. Napisał dr. Wł. GAJKIEWICZ. — Przegląd piśmiennictwa cudzoziemskiego. Cięcie cesarskie z wycięciem macicy. Przez prof. MÜLLER'A. Podał dr. St. KONDRATOWICZ. — Streszczenia i wyciągi. Rak pierwotny przewodów żółciowych. Kwas borny przeciw chorobom skórny. Kiedy można pozwolić żenić się mężczyźnie przymiotem dotkniętemu? Dychawica wywołana wolem. — Wspomnienia pośmiertne. S. p. GAŁĘŻOWSKI Seweryn, ZAŁĘSKI Bronisław i OLSZEWSKI Jan. — Korrespondencyja Administracyi. — Sprostowanie. — Ogłoszenia. — W Dodatku: Assenizacyja miast. Tymczasowe środki assenizacyi miast nasych. Przez d-ra St. MARKIEWICZA, z Soczewki. (c. d.)

OBCENY STAN WIEDZY

O umiejscowieniach mózgowych

(Localisations cerebrales).

Napisał Władysław Gajkiewicz.

Une exception ne saurait prévaloir contre la règle; s'arrêter à une exception dans les sciences naturelles, c'est se condamner de parti pris, en quelque sorte, à la stérilité. Nous savons bien que nos lois ne sont pas absolues; faut-il pour cela renoncer à tenter d'en découvrir?

LEPINE.

Nieobcym jest zapewne nikomu ogromny postęp jaki zrobiła nauka o mózgu w bieżącym dziesiątku naszego stulecia. Pojęcia przyjmowane do tego czasu za pewniki, zostały wstrząśnięte w swych podstawach, inne znów, któreby przed 15 jeszcze laty uważane były za herezyją w nauce, zyskały prawo obywatelstwa. Zebrać w krótkosci te wiadomości i oszczędzić tym sposobem czasu kolegom, zwłaszcza praktykom, którym mimo chęci niepodobieństwem by było przejrzeć choćby tylko powierzchownie literaturę danej kwestyi, oto cel jakiśmy sobie postawili, zabierając się do niniejszej pracy. Podzieliliśmy ją na 4 części: W 1-iej rozpatrzemy, czy w obecnym stanie nauki, możliwym jest rozpoznanie cierpienia umiejscowionego w istocie szarej korowej, a nadto które miejsce tej istoty jest zajętem; w 2-iej rozberzemy kwestyją umiejscowień w istocie białej korowej; w 3-iej umiejscowienie we wnętrzu mózgu, a 4-tą część poświęciliśmy uwagom ogólnym. W 3 pierwszych częściach przyjrzymy się kolejno pokrótce anatomii danej okolicy, zobaczymy jakie jej jest utkanie (histologija), potem przejdziemy do jej czynności (fyzjologija), w której weźmiemy głównie na uwagę doświadczenia czynione na zwierzętach, by skończyć rozpatrzeniem przypadków jakie dostarcza nam patologija człowieka (klinika). Zbytecznym by było w tem miejscu usprawiedliwiać tę systematyczność i porządek przez

nas przyjęty; wartość ich, spodziewamy się, wyjdzie sama przez się, w ciągu pracy.

C Z Ę Ś Ć I.

O umiejscowieniach w istocie szarej korowej mózgu

(*substantia grisea corticalis cerebri*).

ROZDZIAŁ I. ANATOMIJA.

Powierzchnia półkul mózgowych poroaną jest rowkami, dzielącemi ją na pojedyncze części, zwane zawojami (*gyri, meandri, processus enteroideni*). Starzy anatomowie ¹⁾ porównywając zawoje mózgowę z wyglądem jelit po oddaleniu pokryw brzusznych, odmawiali im stałości w układzie. W istocie, przez długi czas myślano, iż zawoje powierzchni mózgu są poukładane bez żadnego planu i porządku i dla tego nie opisywano ich zupełnie. Dzięki dopiero nowszym pracom, wiemy dzisiaj iż zagłębienia i wyniosłości powierzchni mózgowia są, jak i inne szczegóły naszego ustroju, ułożone wedle stałego i określonego typu. Prawda, iż typ ten, nie jest niewzruszenie jednakowym, iż podlega on wielu odmianom osobniczym (indywidualnym); różnice nie są jednak nigdy tak liczne, jak podobieństwa i to właśnie umożliwia upatrzenie pewnych stałych punktów wytycznych.

Rozwikłanie pozornego chaosu w układzie zawojów mózgowych, zawdzięczamy anatomii porównawczej. Zestawienie mózgu ludzkiego z tymże narządem różnych zwierząt, okazało, iż mimo pozornych, ogromnych różnic, panuje w nich jedna idea przewodnia i że tylko w miarę posuwania się do wyższych klas zwierząt, spotkamy pewne dodatki. Pierwsze kroki na tem polu, były już zrobione w odległej starożytności. ERASISTRATES ²⁾ pierwszy powiedział: „zawoje są liczniejsze tylko u człowieka niż u zwierząt, ponieważ człowiek przewyższa zwierzęta rozumem”. Na co GALEN ³⁾ odpowiedział: „Nie podzielam tego zdania, gdyż wedle niego, osły będące zwierzętami głupcami powinnyby mieć mózg gładki, bez żadnego zagłębienia, a tymczasem mają liczne zawoje”. Trzeba jednak było czekać długie wieki, nim PIOTR GRATIOLET kierowany myślą ERASISTRATES'A zrobił swe odkrycia, które stanowią prawdziwą erę dla morfologii mózgu. Przed wyjściem jego pracy ⁴⁾ znano wprawdzie kilka szczegółów: ROLANDO np. opisał dokładnie rowek noszący dotychczas jego nazwę, VICQ D'AZYR, SOEMMERING, GALL i SPURZHEIM opisywali niektóre zawoje, CRUVEILHIER siłił się na opis zawojów stałych i oznaczał je nawet nazwami; wszystko to jednak były próby prawie bezowocne, bo „geografia globu mózgowego zostawała dla anatomów wciąż prawie zupełnie nieznaną”. I nie

¹⁾ SPIGEL. *De corporis humani fabrica*: lib. X tab. 2.

²⁾ SAMUEL POZZI. *Art. Circonvolutions cérébrales. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Serie I. Vol. XVII pag. 340.

³⁾ GALEN. *De usu partium*. lib. 8 chap. 13.

⁴⁾ PIERRE GRATIOLET. *Mémoire sur les plis cérébraux de l'homme et des primates*. Paris 1855.

mogło być inaczej: anatomia mózgu ludzkiego zostawiona samej sobie, nie mogła się rozpoznać w chaosie. U człowieka szczegóły są tak liczne i tyle przedstawiają odmian osobniczych, że w nich giną główne rysy. Zasługą największą GRATIOLET'A jest okazanie, iż mózg zwierząt najbliższych człowiekowi jest niejako szematem ludzkiego. „Jeżeli porównamy między sobą mózgi różnych gatunków małp, mówi GRATIOLET (*l. c.* str. 10), to we wszystkich tych mózgach, zawoje przedstawiają się naszym oczom, tak widocznie podobne, iż prawie niemożliwym jest, by to nie uderzyło odrazu. Jeżeli teraz spróbujemy porównać mózg ludzki z małpim, znajdziemy te same podobieństwa, te same części główne, ten sam układ ogólny; tylko więcej jest prostoty u małp, a u ludzi więcej zawiłkiania. Otóż, z przyczyny tych uderzających podobieństw, zagmatwanie zadania u jednego może być rozwiązane dzięki prostocie u drugich”. Badanie mózgu u zarodków (*embryo*) ludzkich, potwierdziło najzupełniej wyniki GRATIOLET'A, otrzymane przez użycie sposobu porównawczego. Myśl genialną francuskiego badacza, rozwinęli następnie: ECKER ¹⁾, BISCHOFF ²⁾, HUXLEY ³⁾, TURNER ⁴⁾, BROCA ⁵⁾, PANSCH ⁶⁾ i inni.

Od czasu BURDACH'A ⁷⁾ i ARNOLD'A, powierzchnię zewnętrzną mózgu dzielią na pojedyncze części, zwane zrazami lub płatami (*lobus*) mózgowemi, noszące nazwy kości czaszki, pokrywających te części. Wyraz zraz lub płat nie szczególnie jest wybranym, bo zrazy są odgraniczone od siebie tylko rowkami, w głębi których jeden płat przechodzi bezpośrednio w drugi; są to więc raczej tylko okolice (*regiones*). To samo stosuje się do zrazika (*lobulus*), czem nazywają pojedyncze części zraza. Badania anatomiczno-porównawcze okazały, iż z zagłębień widocznych na powierzchni zewnętrznej półkul mózgowych jedne są stałe, i jak pokazały badania embryologiczne powstają bardzo wczesnie, a inne są niestałe, zmienne i powstają daleko później. Obecnie nie zadawalniamy się nazywaniem pojedynczych płatów

¹⁾ ECKER. *Zur Entwicklungsgeschichte der Furchen und Windungen der Grosshirn-Hemisphären im Fötus des Menschen.* Archiv für Anthropologie. Bd. III 1868.

ECKER. *Die Hirnwindungen des Menschen nach eigenen Untersuchungen, insbesondere über die Entwicklung derselben beim Fötus, und mit Rücksicht auf das Bedürfniss der Aerzte.* Braunschweig. 1869.

²⁾ BISCHOFF. *Die Grosshirnwindungen des Menschen, mit Berücksichtigung ihrer Entwicklung bei den Fötus und ihrer Anordnung bei den Affen.* Abhandl. der k. Bar. Akad. der Wissensch. Cl. II. Bd. X 1868.

³⁾ HUXLEY. *Note on the Resemblances and Differences in the Structure and the Development of the Brain in Man and Apes.* „The Descent of Man” DARWIN. London 1874.

⁴⁾ TURNER. *The Convulsions of the Human Cerebrum topographically considered.* Edinb. 1866.

TURNER. *The Convulsions of the Human Brain considered in Relation to the Intelligence.* West Riding Asylum Reports. t. III 1873.

⁵⁾ BROCA. *Bulletins de la Société d'Anthropologie.*

⁶⁾ PANSCH. *De sulcis et gyris in cerebris simiarum et hominum.* Kiel 1866.

PANSCH. *Ueber die typische Anordnung der Furchen und Windungen auf den Grosshirn-hemisphären des Menschen und der Affen.* Archiv für Anthropologie. Bd. III 1868.

⁷⁾ BURDACH. *Vom Baue und Leben des Gehirns.* Leipzig 1819—1826.

mózgowych, zależnie od kości pokrywającej, lecz do oznaczania granic przyjęto stałe rowki, którymi są ¹⁾:

1) Rowek SYLWIUSZA (fig. I rS) (*fissura s. fossa Sylvii*), bierze początek na podstawie mózgu, po obu stronach skrzyżowania nerwów wzrokowych (*chiasma nervorum opticorum*) prawie na połączeniu $\frac{1}{3}$ przedniej z $\frac{2}{3}$ tylnymi podstawy półkul, udaje się następnie poprzecznie z wewnątrz na zewnątrz, pod wierzchołkiem zrazu skroniowego, opisując krzywiznę z wklęsłością tylną. Przeszedłszy na wypukłość półkul mózgowych, dzieli się na 2 gałęzie: jedną przednią (*ramus anterior s. ascendens*), krótszą, idącą prawie prostopadle ku zrazowi czołowemu (fig. I a), drugą tylną (*ramus posterior s. horizontalis*), daleko dłuższą, prawie poziomą, udającą się w tył ku zrazowi ciemieniowemu (fig. I β). Część półkuli zawarta między temi 2 gałęziami zowie się nakrywką (*operculum, Klappdeckel*), bo podniósłszy ją w górę, widać w głębi rowka SYLWIUSZA mały zrazik złożony z 4—5 małych, wachlarzowato ułożonych, z dołu w górę i z przodu w tył idących zawojów (*gyri breves*); tak zwana wysepka REIL'A (*insula Reili, lobulus centralis—GRATIOLET*).

2) Rowek ROLANDA (*sulcus Rolandi, LEURET; sulcus centralis, ECKER, HUSCHKE; fissura transversa anterior, PANSCH; postero-parietal sulcus, HUXLEY*). Zaczyna się zwykle nieco z tyłu połowy szczeliny międzypółkulowej (*scissura interhemispherica s. longitudinalis sup.*). Niekiedy początek jego jest na powierzchni wewnętrznej półkuli, innym znów razem, rowek ten nie dochodzi do szczeliny międzypółkulowej. Biegnie na dół i naprzód (fig. I rR) i kończy się niedaleko gałęzi przedniej rowka SYLWIUSZA. ²⁾ Prząc z góry na obie półkule obok siebie leżące, to co w kranjologii zowią *norma verticalis*, widzimy iż rowek ROLANDA tworzy ze szczeliną międzypółkulową kąt, który wedle HAMY'EGO ²⁾ u noworodków ma 52°, a u dorosłych 70°, to jest, w miarę rozrostu zrazów czołowych, rowek ROLANDA staje się więcej prostopadły. To samo ma miejsce i u małp. GRATIOLET sądził iż rowek ten odpowiada szwu czołowo-ciemieniowemu (*sutura fronto-parietalis s. coronalis*), lecz nowsze poszukiwania nie potwierdziły tego, jak to niżej zobaczymy.

3) Rowek potylicowy zewnętrzny (*sulcus occipitalis ext.; scissure perpendiculaire externe, GRATIOLET; pars superior s. lateralis fissurae parieto-occipitalis, ECKER; fissure occipito-parietal, HUXLEY, TURNER; sillon occipital transverse, BROCA*) (fig. I r pz). Wychodzi on z części tylnej szczeliny międzypółkulowej. U człowieka zwykle jest bardzo mało rozwinięty, tak iż przedstawia się zwykle tylko jako nacięcie brzegu górnego półkuli. Daleko dłuższy i wyraźniejszy jest u małp i u idygotów, ztąd i zraz potylicowy jest u nich prawie oddzielony od ciemieniowego, tworząc to co francuzi nazywają *calotte*. Jak zobaczymy niżej, rowek ten przedłuża się stale na powierzchnię wewnętrzną półkuli, gdzie jest bardzo wyraźny.

¹⁾ Z małym wyjątkiem pomijamy w opisie, zdarzające się zboczenia.

²⁾ HAMY. *Contribution à l'étude du développement des lobes cérébraux des primates. Archives de Zoologie expérimentale et générale. Nr. 3 1872.*

porównawczej i embryjologii są stałe, niezmiennie; gdy tymczasem inne wydatności istoty szarej korowej, jakakolwiek jest ich wartość morfologiczna, zowią się fałdami (*plis*). Zawoje więc mają się do fałdów, tak jak szczeliny i rowki do brózd. Zawoje, szczeliny i rowki są częściami stałymi składowymi istoty szarej korowej mózgu, fałdy zaś i brózdy przypadkowymi. Ztąd w rysunkach szematycznych używa się tylko pierwszych. Zajmiemy się teraz opisem anatomicznym pojedynczych zrazów.

Powierzchnia górna półkul mózgowych.

Jak powiedzieliśmy odróżniamy na niej 4 zrazy: czołowy, ciemieniowy, potylicowy i skroniowo-klinowy.

I. Zraz czołowy (*lobus frontalis*).

Jest częścią powierzchni górnej półkuli, położoną przed rowkiem ROLANDA i SYLWIUSZA. Zowią go także zrazikiem czołowym (*lobulus frontalis*) dla odróżnienia od części dolnej zraza czołowego, którą z powodu stosunku jej do sklepienia oczodołu, mianują zrazikiem oczodołowym (*lobulus orbitalis*). Na zraziku czołowym napotykamy następujące rowki: 1) rowek czołowy równoległy (*sulcus frontalis parallelis; sulcus praecentralis*, ECKER) (fig. I *rer*). Zaczyna się niedaleko podziału rowka SYLWIUSZA, od którego oddzielony jest fałdą przejściową (*pli de passage*) łączącą zawój czołowy dolny (*zed*) z zawojem czołowym wstępującym (*zew*); rowek ten idzie z dołu w górę, równoległe do rowka ROLANDA, od czego otrzymał nazwę i kończy się niedaleko szczeliny międzypółkulowej; 2) rowek czołowy górny (*sulcus frontalis superior*) (fig. I *reg*) idzie w kierunku prostopadłym, od poprzedniego do końca przedniego płata czołowego, gdzie jest przerwany przez fałdę łączącą zawój czołowy górny ze średnim; 3) rowek czołowy dolny (*sulcus frontalis inferior; sulcus frontalis medius*, PANSCH; *sillon surcilière*) (fig. I *red*). Zaczyna się z przodu podziału rowka SYLWIUSZA, łączy się pod kątem prostym z rowkiem czołowym równoległym.

Opisane 3 rowki czołowe, stanowią granice 4-ch zawojów czołowych. I tak: wzdłuż rowka ROLANDA, między nim a rowkiem czołowym równoległym, leży duży zawój, różny tem od innych czołowych, iż kierunek ma poprzeczny, z góry na dół, gdy inne biegną od przodu ku tyłowi. Zawój ten, który od początku bieżącego dziesiątka stulecia (1871) jak zobaczymy niżej, wielką odgrywa rolę w patologii mózgowej, ma rozliczne nazwy. Francuzi najczęściej nazywają go mianem nadanem mu przez TURNER'A, z a w ó j c z o ł o w y w s t ę p u j ą c y (*gyrus frontalis ascendens*) (fig. I *zew*). Niemcy zowią go zawojem środkowym pierwszym lub przednim (*erste s. vordere Centralwindung*), nazwą stworzoną przez ECKER'A (*gyrus centralis anterior*). Inne jego synonimy są: *pars anterior processu anteroidei verticali di mezzo*, ROLANDO; *premier pli ascendant pariétal*, GRATIOTET; *circonvolution pariétale ascendante antérieure*; *gyrus antero-pariétal*, HUXLEY; *quatrième circonvolution frontale*, POZZI. Zawój ten, jak i rowki ograniczające

go, ma kierunek skośny z dołu w górę i z przodu w tył. W razie gdy rowek ROLANDA nie dochodzi do szczeliny międzypółkulowej, znajduje się u góry mała fałda zwana przejściową, bo łączy 2 zawoje lub 2 zrazy między sobą, a jak tutaj, zawój opisywany z innym podobnym do niego z kierunku, leżącym z drugiej strony rowka ROLANDA. Taka sama fałda przejściowa, tylko że stale, znajduje się u dołu (*pli de passage fronto-pariétal*). Z zawoju czołowego wstępującego wychodzą prostopadle 3 zawoje, biegnące równolegle względem siebie do końca przedniego półkuli, zwane zawojami czołowymi (*gyri frontales*). Dla odróżnienia jednego od drugiego, oznaczają je liczbami porządkowymi, z tą różnicą iż jedni, zwykle Niemcy, rachują od dołu, nazywając najniższy pierwszym, a następnie coraz wyżej leżące drugim i trzecim; inni zaś, głównie Francuzi, rachują przeciwnie w kierunku odwrotnym, nazywając zawojem czołowym pierwszym ten, który leży wzdłuż szczeliny międzypółkulowej, pod nim leżący, zowią drugim a najniższy,—trzecim. Dla uniknięcia pomyłek lepiej je nazywać zawojem czołowym górnym, średnim i dolnym. Ostatni znany jest nadto pod nazwą zawoju BROCA, nadaną mu przez anglików; zobaczymy niżej z jakiego powodu. Zawój czołowy górny (*gyrus frontalis superior*) (fig. I *zeg*), jak zobaczymy przy opisie zrazika oczodołowego zaczyna się na powierzchni dolnej mózgu dwoma korzeniami, które wszedłszy na powierzchnię górną półkuli, udają się w kierunku przednio-tylnym do wierzchołka zawoju czołowego wstępującego, gdzie również bardzo często jest on rozgałęziony na 2 części. Przechodzi on bez żadnego odgraniczenia na powierzchnię wewnętrzną półkuli. Zawój czołowy średni (*gyrus frontalis medius*) (fig. I *zes*) leży pod poprzednim, od którego jest oddzielony rowkiem czołowym górnym. Zawój czołowy dolny (*gyrus frontalis inferior; pli surcilier, GRATIOLET*) (fig. I *zed*) leży najniżej ze wszystkich zawojów czołowych. Od poprzedniego oddziela go rowek czołowy dolny. Chcąc go dobrze zobaczyć trzeba nań patrzeć z profilu, bo w zwykłym położeniu półkul jest on zaledwie widocznym. Zaczyna się z zawoju czołowego wstępującego, powyżej i przed podziałem rowka SYLWIUSZA, siedzi jakby na koniu na jego gałęzi przedniej, następnie biegnie ku przedniemu koncowi półkul, opisując w tym przebiegu 2 łuki o wklęsłości dolnej, z których tylny jest w dopiero co opisanym stosunku z gałęzią przednią rowka SYLWIUSZA. Łuk przedni siedzi także na rowku jak i łuk tylny, tylko na mniejszym i idącym prawie poziomo lub lekko z dołu w górę i z tyłu naprzód. Ważność tych szczegółów poznamy niżej. Zawój więc BROCA najczęściej ma kształt litery m. Pod tym zawojem i nieco głębiej jest wysepka REILA, nad którą zawój czołowy dolny tworzy rodzaj nakrywki (*operculum*).

(d. c. n.)

PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA CUDZOZIEMSKIEGO.

Cięcie cesarskie z wycięciem macicy.

Przez prof. d-ra P. MÜLLER'A ¹⁾ w Bernie.

Podał dr. St. Kondratowicz.

Ważne zmiany, jakim w nowszych czasach uległa gynecologia operacyjna, dotyczą także i operacji cięcia cesarskiego. Postępy, jakie dokonano na polu techniki operacyjnej wycinania narządów brzusznych, wywołały zadanie polepszenia rokowania przy tej operacji, dającej dotychczas wyniki tak niepomyślne. Zejście śmiertelne, które uważano prawie za zwykłe, zależy prawdopodobnie nie tyle od wielkości uszkodzeń, dokonanych przy operacji, ile od ogromnego krwotoku prawie nie dającego się zatarować, oraz od tej okoliczności, że jama macicy łączy się z jamą brzuszną przez ranę w ścianach macicznych, przez co mamy szeroko otwarte wrota dla zakażenia posokowatego. Stosowane w ostatnich czasach zaszywanie rany macicznej, wcale nie przyczyniło się do polepszenia stosunku śmiertelności. Za to chirurgia nowoczesna posiada daleko lepsze środki obronne przeciw krwotokowi i zakażeniu posokowatemu. Ponieważ wyniki wycinania macicy przy włókniakach stają się coraz pomysłniejsze, przeto sądzą obecnie, iż wyżej wymienione niebezpieczeństwa, napotymane przy cięciu cesarskiem, dadzą się usunąć przez wycięcie całej macicy.

Tem zadaniem zajmowano się we Włoszech już przed stu laty: CAVALLINI ²⁾ wycinał macice zwierząt ciężarnych i sądził, że w przyszłości operacja ta zastąpi cięcie cesarskie, ale dopiero REIN ³⁾ zaproponował wykonywanie tej operacji u kobiet, opierając się na całym szeregu doświadczeń wykonanych na zwierzętach, chociaż z doświadczeń tych tylko mniejsza część wypadła mu pomyślnie. Jeżeli nie będziemy tu zaliczali przypadku STORER'A ⁴⁾, który przy przecięciu ścian brzusznych (*laparotomia*) musiał zastosować cięcie cesarskie dla wycięcia macicy włókniakowato zwyrodnionej, to o ile wiadomo ⁵⁾, istnieją dotychczas cztery przypadki, w których przystąpiono do wyluszczenia macicy podczas cięcia cesarskiego; dwa z pomiędzy nich zakończyły się pomyślnie (PORRO w Pawii i SPAETH w Wiedniu), dwa zaś miały zejście śmiertelne (SPAETH i Carl v. BRAUN w Wiedniu).

Chociaż wyniki tej operacji, jeżeli wolno wyprowadzać jakiegokolwiek wnioski z tak małej liczby spostrzeżeń, wcale nie są niepomyślne, to jednak dodać należy, że sposób postępowania, jaki zastosowano w tych czterech przypadkach, tylko po części mógł usunąć niebezpieczeństwa napotymane przy cięciu cesarskiem dlatego, że zupełnie tak jak przy nowszym sposobie cięcia cesarskiego, nacinano macicę, gdy jeszcze znajdowała się w jamie brzusznej i dopiero po opróżnieniu jej wydobywano ją na zewnątrz i nakładano przyrząd odgniatający. Takie postępowanie przedstawia duże niedogodności: po pierwsze, pomimo wszelkich ostroż-

¹⁾ *Ein Kaiserschnitt mit Extirpation des Uterus. Mit Bemerkungen ueber das einschlägige Verfahren. Centralblatt für Gynaekologie. Nr. 5. 1878.*

²⁾ Alfonso CORRADI w swem dziele: „*Dell' Ostetrica in Italia*”, napisanem z wielką znajomością literatury, nie wspomina jednak nic o owych doświadczeniach na zwierzętach.

³⁾ *Centralblatt f. Gynäkologie 1877. Nr. 26 p. 99.*

⁴⁾ *Journ. Gyn. der Boston I 1869 p. 223.*

⁵⁾ *Verhandlungen der Versammlung deutscher Gynäkologen in München 1877 p. 90.*

ności, przy wydobywaniu płodu i w skutek nagłego zmniejszenia się macicy, krew wraz z mocno zanieczyszczoną wodą płodową może dostać się do jamy brzusznej, co według doświadczeń WEGNERA ¹⁾ uważać należy za bardzo niebezpieczne; powtóre, chociaż przy podobnem postępowaniu zapobiegamy tym krwotokom, które pojawiają się przed i po zamknięciu rany brzusznej, a zależą od niedostatecznego kurczenia się macicy, to jednak wcale nie zapobiegamy tym krwotokom, które towarzyszą przecięciu macicy, wydobywaniu płodu i łożyska i trwają aż do zaciśnięcia szyi macicznej. Tymczasem właśnie te krwotoki nie dają się powstrzymać żadnemi środkami i uważane są za bardzo obfite.

W celu usunięcia tych niedogodności prof. MÜLLER postanowił, przy zdarzonej sposobności, tak wykonać wycięcie macicy, by tym niedogodnościom w zupełności, o ile można zapobiedz. Przypadek chciał, iż autor w niedługim czasie miał sposobność zastosowania swego pomysłu.

Treściwy opis tego przypadku jest następujący:

E. R., żona robotnika fabrycznego, lat 37 mająca, przyjęta została d. 2 Stycznia r. b., w dziewiątym miesiącu ciąży, do kliniki położniczej w Bernie. Opowiadanie chorej wykazało: iż miesiączka przychodziła zawsze prawidłowo; pierwszy poród odbyła w 22-im roku życia zupełnie prawidłowo, podobnie jak i drugi w trzy lata później. Przy trzeciej ciąży, mniej więcej przed szesciu laty, okazały się pierwsze objawy mięknięcia kości (*osteomalacia*); jednak i ten poród był prawidłowym. Podczas czwartej ciąży, która nastąpiła niezadługo potem, cierpienie to się wzmogło, ale poród ukończył się bez pomocy sztuki. Po tym jednak porodzie choroba kości tak silnie wzmagać się poczęła, że chora była zmuszoną udać się do szpitala w Bazylei. Tam znaleziono znaczne zmiany w jej szkielecie: kręgosłup był mocno skrzywiony, a wysokość ciała uległa znacznemu skróceniu. Kobieta nie mogła ani chodzić, ani stać o swej mocy. Po wyjściu ze szpitala znów zaszła w ciążę. Poród, który nastąpił przed 1½ rokiem ukończył się także bez pomocy lekarskiej; trwał on 13 godzin; pęcherz płodowy był rozdarty przez akuszerkę, poczem w krótkim czasie urodziło się dziecko najzupełniej donoszone. Po tym porodzie stan chorej polepszył się; mogła znów sama stać i chodzić. Ostatnia miesiączka była w Maju r. z.; ostatnia ciąża, szósta z kolei, przebiegała do obecnego czasu bez żadnych ważniejszych cierpień. Badanie chorej dało następujące wyniki: stan odżywiania dobry; długość ciała 150 ctm., w części piersiowej stosu kręgowego skrzywienie (*kyphosis*), w lędźwiowej części silna *lordosis*; kolana skrzywione ku wewnątrz (*genua valga*); wymiar międzykolewowy = 21,0 ctm.; wymiar międzygrzebieniowy = 27,0 ctm.; wymiar BAUDELOQUE'A = 21,0 ctm.; skrzydła kości biodrowych umiarkowanie wywinęte; spojenie łonowe znacznie ku przodowi wystaje w postaci dzioba; wchód miednicy znacznie zwężony; łuk łonowy prawie zupełnie nie istnieje w skutek zbliżenia ud. Okolice panewkowe bardzo silnie wystają do światła przewodu miednicy; wzgórek kości krzyżowej zepchnięty głęboko ku dołowi i ku przodowi; kość ogonowa bardzo do tegoż wzgórnka przybliżona, w skutek czego kość krzyżowa jest mocno zgięta. Wchód miednicy miał kształt sercowaty i tak był zwężony, że nawet przy zupełnem zachloroformowaniu nie można było dojść do części pochwowej; kości wcale nie dały się rozszerzyć. Brzuch był mocno obwisły (*Hängebauch*); obwód brzucha 122 ctm., położenia dziecka nie można było ściśle oznaczyć; bicie serca płodu w bliskości pępka. Rozpoznanie nie podlegało najmniejszej wątpliwości: ciąża przy miednicy bardzo zwężonej wskutek mięknięcia kości.

¹⁾ LANGENBECK'S Archiv 1876 XX Bd, str. 51.

Gdybysmy mieli do czynienia z miednicą zwięzłą w podobnymże stopniu, ale nie w skutek mięknienia kości, to niechybnie przystąpilibysmy do wykonania cięcia cesarskiego z pojawieniem się pierwszych bólów, albo też w ostatnim okresie ciąży. Jeżeli bowiem zamierzamy wyluszczyć macicę, to dla zamknięcia krwawiących naczyń wcale nie potrzebujemy silnych bólów, a tem samem nie potrzebujemy wyczekiwać końca okresu pierwszego, lub początku drugiego okresu porodowego. Przy miednicy osteomalacyjnej, jak wiadomo, rzeczy się mają inaczej. Mając na uwadze coraz liczniej opisywane przypadki porodów, przy bardzo wysoko posuniętych zniepodobnieniach miednicy w skutek mięknienia kości, przy których kości miednicy podczas porodu ulegały tak znacznemu rozszerzeniu, że płód mógł przejść drogą naturalną, oraz opierając się na własnem doświadczeniu autora ¹⁾, gdyż w podobnym przypadku udało mu się za pomocą łatwej operacji kleszczowej wydobyć dziecię żywe, postanowił on wyczekiwać, o ile będzie można, na skutki, jakie poród wywrze na rozszerzalność kości miednicy. Rzeczy jednak przybrały inny obrót.

1-go Lutego zrana R. oświadczyła, iż w nocy wody odeszły pomimo, iż do tej pory żadnych bólów nie uczuwała; dopiero przy końcu doznała bardzo słabych bólów; bicie serca płodu było bardzo wyraźne; położenia dziecięcia oznaczyć nie można; prawdopodobnie główka stanowiła część przodującą; przy powtórnem badaniu, z wielką trudnością udało się dotrzeć do części pochwowej, usta maciczne przedstawiały się w postaci szpary poprzecznej. Dzień przeszedł przy bólach bardzo słabych; wieczorem ciepłota wynosiła + 38,6° C., tętno 128 uderzeń.

2-go Lutego. Bóle bardzo słabe; ciepłota zrana + 38,4° C., wieczorem zaś + 39,0° C., tętno rano 120 wieczorem 136.

3-go Lutego. Zrana przez kilka godzin silne bóle, po południu bóle znów bardzo słabe, ciepłota rano + 38,0° C., wieczorem + 39,6° C.; tętno z rana 128, wieczorem 132.

4-go Lutego. W nocy bóle niby nieco mocniejsze, zrana bólów nie ma; macica nieco mocniej skurczona, bolesna. Bicie serca płodu po raz pierwszy nie można wysłuchać. Ciepłota + 39,2° C., tętno 136. Po południu o godzinie 5-ej macica bardziej bolesna; za pomocą pukania można wykazać obecność gazów w jamie macicy, czego nie było przed południem. Bóle zupełnie ustały; przy badaniu znaleziono, że usta maciczne nie rozszerzyły się, oraz że nawet przy użyciu znacznej siły, kości miednicy nie dają się rozszerzyć. Ciepłota + 39,0° C., tętno 136. Z powodu istniejącego od kilku dni podwyższenia ciepłoty i znacznego przyspieszenia tętna, bolesności macicy i nagromadzenia się w niej gazów, obrzmienia płodu i t. p., nie uległo wątpliwości, iż miano do czynienia z zapaleniem macicy; nie można się więc było spodziewać, by macica znajdując się w podobnym stanie, przy tak znacznej niepodatności kości, mogła wytworzyć niejako dostateczną drogę porodową. Z powodu takich okoliczności postanowiono natychmiast przystąpić do operacji.

Operacją wykonano wieczorem o godzinie 8-ej w ginekologicznej sali operacyjnej, ogrzanej do ciepłoty + 20° C., przy obfitem nasyceniu powietrza parami kwasu karbolowego i po głębokiem zachloroformowaniu chorej. Przygotowania do operacji były zupełnie podobne, jak przy wycinanu jajnika. Ponieważ ściany brzusne były bardzo cienkie, przeto przecięcie ich zabrało niewiele czasu; jedno tylko naczynie zostało przewiązane. Z jamy otrzewnej wylała się mała ilość przezroczystego płynu. Usiłowano wtedy nałożyć pętlę drucianą naokoło szyjki macicznej, jednakowoż brak miejsca, a przedewszystkiem przodowanie główki, uczyniło to

¹⁾ SCANZONI'S Beiträge. Bd. VII. Hft. 2 p. 268.

niemożliwym. Ponieważ autor chciał wykonać przecięcie macicy, o ile można bez utraty krwi, a nie można było dokonać zaciśnięcia szyi macicznej w samej jamie brzusznej, przeto postanowił wyciągnąć nienaruszoną macicę przez ranę w ścianach brzusznych i następnie dopiero wykonać odpowiednie rękożyny. W tym celu rozszerzono ranę ścian brzusznych ku górze i ku dołowi tak, że końce rany dochodziły na 2 ctm. do spojenia łonowego i do pępka. Macicę, która była mocno czerwoną i lewym swym bokiem była już nieco zwróconą ku przodowi, skreślono tak koło jej osi podłużnej, że lewy jej róg pograżył się w jamie brzusznej, a następnie przez pociąganie ręką, głównie zaś przez obsuwanie przez asystentów ścian brzusznych po powierzchni macicy, została ona wyciągniętą na zewnątrz. Wtedy nałożono swobodnie pętlę drucianą na około szyjki i ustalono ją za pomocą zaciskacza MAISONNEUVE'A. Wybór miejsca nałożenia pętli przedstawiał pewne trudności, albowiem na przedniej powierzchni szyi macicznej znajdowało się powierzchowne, miękkie, okrągławe wywyższenie (pochodzące od obecności miękkiego przedgłowia), które można było uważać za pęcherz moczowy. Wszelką wątpliwość w tym względzie usunęło wprowadzenie cewnika. Po obłożeniu gąbkami całej szyi macicznej i zakryciu niemi rany w ścianach brzusznych, aby uniknąć spływania zawartości macicznej do wnętrza jamy brzusznej, pętla przez pokręcanie została silniej zaciśniętą i natychmiast przystąpiono do przecięcia przedniej ściany macicy na znacznej przestrzeni. Tylko z jednego naczynia ze środka rany trysnęła krew i to przez jedną tylko chwilę, z innych zaś części rany krew prawie wcale nie wypływała. Po otworzeniu jamy macicy wyszła z niej dosyć znaczna ilość gazu mocno śmierdzącego, oraz wypłynęło nieco rozłożonej wody płodowej; płód (już noszący na sobie oznaki zgnilizny, długi na 51 ctm., ważący więcej niż 3000 grammów, płci żeńskiej) sam wypadł z jamy macicznej; łożysko, które było przyrośnięte do tylnej ściany, zostało wydalonemu na zewnątrz; i z miejsca przyczepienia łożyska także nie było krwotoku. Następnie bez utraty kropli krwi na $1\frac{1}{2}$ ctm. po nad pętlą, odjęto macicę wraz z wiązadłami, jajowodami i jajnikami; cięcie przeszło mniej więcej przez środek rozszerzonej szyjki macicznej; z powodu zachowania wyżej opisanych ostrożności przy otwieraniu macicy wszelkie oczyszczenie jamy otrzewnej było zbyt łatwe; tylko jelita rozszerzone w skutek ciąży, stanowiły pewną przeszkodę przy zamknięciu rany brzusznej. Rana została zaszyta za pomocą szwów powierzchownych i głębokich, zajmujących samą otrzewnię; pozostała część odjętej szyjki macicznej została ustaloną w ranie brzusznej przez nałożenie trzech szwów z każdej strony, a pomiędzy szypułę i ostatni szew jamy brzusznej wprowadzono dren, by w razie rozwinięcia się zapalenia otrzewni, można było przepłukiwać jamę brzuszną. Opatrunek uskutecznilo zupełnie tak samo, jak po wycięciu jajnika, leczenie następne również było takie same.

O dalszym przebiegu wspomnimy pokrótce. Zaraz następnych dni po operacji szypuła została wciągniętą do jamy brzusznej, tak że w tem miejscu utworzył się dół lejkowaty, głęboki na kilka centymetrów. Zaciskacz ze swą pętlą odpadł 10-go dnia. Dren usunięto 5-go dnia, jako zupełnie zbędny. Brzegi rany oddzieliły się od zagłębienia lejkowatego na pewnej przestrzeni ku górze, jednak tylko powierzchownie, gdyż w głębi połączenie było dokładne. Górna część rany pozostała zarosniętą, tylko pod nią utworzyło się płaskie zgrubienie, rozciągające się na kilka ctm. w około; prawdopodobnie był to wysięk pod otrzewnią, albo w samej grubości ścian brzusznych. Najpowierzchniwsze warstwy ścian brzusznych uległy w tem miejscu zgorzeli: albo z powodu obecności wysięku, albo też z powodu iż szwy, być może, były zanadto gęste i zbyt zaciskane. Ciepłota spadła po operacji do $+ 36,2^{\circ}$ C.; następnego dnia po-

dniosła się do + 37,0° C., szóstego zaś dnia doszła do + 38,0° C. Raz tylko jeden i to na jedynasty dzień po operacji doszła do + 39° C. Godnem uwagi było zachowanie się tętna. Natychmiast po operacji spadło ono do 96, a następnego dnia do 84, chociaż nie było przytem żadnych objawów upadku sił. Trzeciego dnia tętno podniosło się do 120 i przez pewien czas utrzymywało się na tej wysokości, zaś jedenastego i dwunastego dnia doszło do 140—150, jednocześnie zaś wystąpiło i podwyższenie się ciepłoty, zależne prawdopodobnie od wysięku i od zgorzeli ścian brzusznych. Przy tem wszystkim chora czuła się zupełnie dobrze. W dalszym przebiegu i tętno i ciepłota powróciły do stanu prawidłowego, wysięk uległ zupełnemu wchłonięciu; zagłębienie lejkowate, szpara w ranie, oraz miejsce, w którym skóra uległa zgorzeli, pokryły się ziarniną i zagoiły się. Stan ogólny chorej był zupełnie dobry, cierpienie miejscowych nie było śladu, tak że obecnie (w 17 dni po operacji) chorej nie zagraża już żadne niebezpieczeństwo.

Do powyższego opisu dodaje autor jeszcze kilka następnych uwag.

Nie podlega żadnej wątpliwości, że chora podczas porodu (od 1—4 Lutego) uległa posocznemu zapaleniu wewnętrznej powierzchni macicy. Przemawiają za tem opisane objawy oraz stan wewnętrznej powierzchni macicy. Powierzchnia ta, z wyjątkiem miejsca przyczepienia się łożyska, była zabarwioną brudno-zielonawo, tak jak to bywa przy septycznych sprawach połogowych. Według zdania autora, przy podobnych okolicznościach, wyłuszczenie macicy było koniecznem, chociażby nawet nie wchodziło w pierwotny plan operacji, ponieważ pozostawienie podobnie zmienionego narządu niechybnie pociągnęłoby za sobą szybkie rozszerzenie się tej sprawy. Bardzo ciekawym jest fakt, iż po wyłuszczeniu macicy objawy gorączki zupełnie znikły, podobnie jak to ma miejsce po wycięciu torbieli jajnika, uległych ropieniu. Sprawa chorobna była ograniczona tylko do wnętrza ciała macicy i nie zajęła ani głębszych jej warstw, ani otrzewni. Dla tego też udało się przeciąć sprawę zapalną.

Ponieważ operacja ta jest nowością, przeto sposób operacyjny budzi niezaprzeczenie wiele interesu. Przy podaniu historyi operacji przedstawiliśmy sposób operowania, jaki autor wybrał, oraz powody, które go do tego skłoniły. Różnica od sposobów dotąd używanych polega na tem: że nie przecinał on macicy w jamie brzusznej, lecz na zewnątrz tej jamy, oraz że cięcie wykonał dopiero po zaciśnięciu szyi macicznej. Korzyści tej odmiany są bardzo widoczne. Już przez to, że po wyciągnięciu macicy na zewnątrz, ustala się ona mocno w dolnym kącie rany i że cięcie robi się na przedniej ścianie macicy, niedopuszcza się by wypływający płyn dostawał się do jamy brzusznej. Drugą korzyścią, wynikającą z wczesnego zaciśnięcia szyi macicznej, jest to, że przy tak krwawej operacji, kobieta straciła mniej krwi, niż przy porodzie zwyczajnym. Ale nawet jeżeliby się kto w podobnym przypadku nie decydował na wycięcie macicy, to może z korzyścią zastosować podobny sposób postępowania; jeżeli zaś operujący obawiałby się zaciśnięcia za pomocą drutu, czego, jak sam autor doświadczył przy lejkowatym wycięciu części pochwowej macicy, zupełnie obawiać się nie należy, to może zastosować tu najbezpieczniej taśmę ESMARCH'A. Pary kwasu karbolowego ochraniać będą obnażoną macicę od wszelkiego zakażenia i spokojnie a wygodnie będzie można zaszyć ranę w macicy, bez narażenia chorej na krwotok.

Możnaby uczynić dwa zarzuty podobnemu postępowaniu. Możliwoby mniemać że z powodu wielkości macicy, potrzeba, dla wydobycia jej, znacznie przedłużać ranę brzuszną. Zdaje się jednak iż tak nie jest. Przy tak

znaczących zniepodobnieniach miednicy, jakie wymagają cięcia cesarskiego, macica bywa zazwyczaj przechylną ku przodowi; w takim razie dno macicy ściąga prawie wyłącznie tę część ścian brzusznych, która znajduje się między pępkiem, a spojeniem łonowym, tak że nie ma potrzeby przedłużać cięcia po za pępek, tem bardziej jeżeli wyciąga się macicę, według jej najkrótszego wymiaru. Drugim ważniejszym zarzutem mogłaby być ta okoliczność, że przez zaciśnięcie szyjki macicznej, a z nią i wszystkich naczyń udających się do macicy, przecinamy dla płodu dowóz materyjału oddychowego. Co do autora, nie podziela on tej obawy; wprawdzie przypadek opisany nie pozwala na wyprowadzenie bezpośrednich wniosków co do wpływu zaciśnięcia szyjki macicznej na życie płodu, ponieważ w tym razie płód już oddawna był nieżywy; ale można tak szybko wykonać zaciśnięcie szyi macicznej i bezpośrednio po tem przeciąć macicę, iż zwłoka ta w dowozie materyjału oddychowego nie stanie się groźną dla życia dziecięcia. Nieraz przy wypadnięciu sznurka pępkowego, krążenie krwi w łożysku przez długi przeciąg czasu bywa wstrzymanem, a pomimo to płód po wydobyciu bywa żywym, lub też w stanie niezbyt głębokiej śmierci pozorowej.

Co do pytania, czy zaciskać należy za pomocą pętli drucianej, czy też za pomocą klamry, oraz czy lepiej wszywać szypułę w ranę brzuszną, czy też opuszczać ją do jamy brzucha, to autor nie jest w stanie dać na to stanowczej odpowiedzi.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

Rak pierwotny przewodów żółciowych należy do nadzwyczaj rzadkich przypadków, tak że piśmiennictwo lekarskie zaledwie kilka podobnych zna przykładów. Prawie zawsze raki zarówno pęcherzyka jak i przewodów żółciowych zdarzają się równocześnie z kamieniami żółciowymi. Związek tych dwóch chorób niedokładnie jeszcze jest znany; większość jednak nowoczesnych badaczy, jak KLEBS i CHARCOT twierdzi, że kamienie, drażniąc błonę śluzową, rozwój raka powodują. Odmienny był sposób powstawania raka przewodu wątrobowego, który opisał prof. KORCZYŃSKI (Przegl. lekarski Nr. 11 i 12 z r. b.). Chory cierpiący parę lat na kaszel, i na objawy przewlekłego niezytu żołądka nie doznający nigdy napadów kolki wątrobianej, nagle dostał żółtaczki. Badanie wykazało istnienie suchot płucnych; wątroba była nieco powiększona, twarda, guzów jednak na niej żadnych wyczuć nie można było. Badanie pośmiertne potwierdziło istnienie suchot płucnych, wykryło jednak oprócz tego obecność marskości przerostowej wątroby (*cirrhosis hepatis hypertrophica*), a co najważniejsze—raka w przewodzie wątrobianym. Ujście przewodu żółciowego wspólnego do dwunastnicy było w wysokim stopniu zwężone, skutkiem wybujałości błony śluzowej w odpowiednim miejscu; natomiast kamyków żółciowych nie napotkano wcale. Jako uwagę epikrytyczną prof. K. dodaje, iż w tym razie początkiem całej sprawy był niezyt żołądka i dwunastnicy, który spowodował zwężenie ujścia przewodu żółciowego, a tem samem i odpływ żółci zatamował. Następstwem tego utrudnionego odpływu był przerost wątroby; co się zaś raka dotyczy, to zdaniem autora momentem przyczynowym jego rozwoju był niezyt przewodu żółciowego. Prof. K. twierdzi, że w obec ostatnich badań nie można wątpić, iż długotrwałe niezty przyczyniają się do rozwoju raka, chociaż bezpośrednio przemiany niezytu w raka przyjąć nie można. W przeciwnym razie raki daleko częstszymi by być winny.

T. D.

Kwas borny w chorobach skóry. J. NEUMANN (*Fester med. Presse* 1877 Nr. 25) poleca użycie kwasu bornego, albo w postaci roztworu albo maści. Przy *pityriasis versicolor*, *herpes tonsurans* roztwory wyskokowe 10:300 i roztwór 20:300 z dodatkiem *oleum caryophyl.* 2,50; przy *pityriasis rubra* i wszelkich postaciach pryszczycy (*eczema*) maść z 10 na 50; przy *herpes tonsurans* i innych pasorzytowych chorobach skóry roztwór z 20:300.

(Ref. w *Centrabl für Chirurgie* Nr. 8, 1878). E. K.

Kiedy można pozwolić żenić się mężczyźnie przymiotem dotkniętemu? To niezmiernie ważne dla całego społeczeństwa pytanie, bardzo powierzchownie prawie zawsze jest traktowane. Niejednokrotnie zdarzyło nam się słyszeć zdania lekarzy w kwestyi rzeźzonej rozmaite i sprzeczne z sobą, a na nieszczyćście często i szkodę przynoszące pojedynczemu osobnikowi! FOURNIER (*Journ. de Med. et Chirurg. prat.* 1877), podaje warunki przy obecności których, odbywać się powinno zawarcie związków małżeńskich, skoro mężczyzna przebywał chorobą przymiotową. Zdaniem F. mężczyzna na przymiot cierpiący może być niebezpiecznym: dla żony, dla dzieci swoich i dla współobywateli. Żona może być zarażoną z powodu ciągłych stosunków płciowych z mężem swoim. Dzieci rodzić się mogą z objawami przymiotowemi, lub też, jak to zwykle ma miejsce, dzieci już to rodzą się niedonoszone i nieżywe, już też przychodzą na świat z objawami żoźłów, ogólnego wyniszczenia lub osłabienia, co koniecznie przypisać musimy chorobie przymiotowej ojca.

Wreszcie mężczyzna, przymiotem dotknięty, żonaty, może przynieść szkodę ogólnym interesom społeczeństwa, z powodu że ciężkie następstwa przymiotu, mogą się późno ujawnić, w skutek których chory życie utracić może, wielką stratę przynosząc rodzinie, której utrzymaniem się zajmował.

FOURNIER dozwala żenić się mężczyznom, którzy chorobą przymiotową przebyli, zwracając uwagę na następujące okoliczności: 1) brak wszelkich objawów choroby przymiotowej; 2) czas przebytej choroby; 3) czas ubiegły od ostatniego powrotu choroby; 4) charakter choroby; 5) leczenie.

Co do 1-go. Wypełnienie pierwszego warunku—jest, jak się samo przez się rozumie, konieczne; śmiałość a raczej bezczelność tych osobników, którzy z objawami przymiotu żenią się, wkrótce surowo zostaje ukarana.

Co do 2-go. Im choroba przymiotowa trwa krócej, tem też niebezpieczeństwo przeniesienia zarazy jest większe, im zaś zakażenie przymiotowe dłużej trwa, tem niebezpieczeństwo przeniesienia choroby jest mniejsze. F. jest zdania, że chorzy którzy byli dotknięci przymiotem—najwcześniej żenić się mogą w trzy lata od chwili zarażenia się.

Co do 3-go. Przeciąg czasu upływający między ostatnim powrotem choroby, a żeniem się nie powinien być krótszy od 18 miesięcy.

Co do 4-go. Postacie choroby przymiotowej lekko przebiegające, zawieraniu związków małżeńskich najmniej przeszkadzają. W przypadkach gdzie powroty choroby już to są lekkie, już ciężkie, lub też gdy były i objawy zajęcia mózgu, małżeństwo nie powinno być zawierane.

Co do 5-go. Dostatecznie długo przeprowadzone leczenie zmniejsza niebezpieczeństwo zarażenia, dziedziczności choroby, a mianowicie przejścia w złośliwe trzecio-rzędne postacie. Oto przykład: Kobieta przymiotem dotknięta ronila 7 razy z rzędu. Wówczas poddała się leczeniu—w skutek czego 8 i 9 poród wydały zdrowe i donoszone dzieci. Leczenie przerwało; 10-ty poród skończył się poronieniem. Po ponowionem leczeniu 11-ty poród zakończył się wydaniem na świat zdrowego dziecka.

Leczenie właściwe i dostatecznie długi czas prowadzone są najpewniejszą rękojmią wyleczenia; zdarzają się przypadki, w których chorzy przebyli długie leczenie w kąpielach siarczanych bez okazania się objawów przymiotu, a którzy pomimo tego nie byli wyleczeni z przymiotu, jeżeli jeszcze w ogóle prawdą jest, że kąpiele siarczane mogą ujawnić ukryte źródła choroby przymiotowej.

Niekiedy lekarz proszony jest o poradę, skoro małżeństwo już zawarte zostało; z tego względu mogą wytworzyć się rozmaite położenia. Należy choremu oświadczyć, że ulega chorobie niebezpiecznej, że może zarazić żonę i że może plodzić dzieci chorobą przymiotową dotknięte. Leczenie więc natychmiastowe, energiczne, jest koniecznem, pomimo że w danej chwili może nie być objawów bardziej wybitnych. Chorego należy uprzedzić, że nawet bardzo małoznaczne objawy mogą być przyczyną zarażenia żony; należy go uwiadomić, że na długo powinien się wstrzymać od chęci zapłodnienia żony, aż do chwili istnienia objawów przymiotu.

Jeżeli lekarz wezwany jest w chwili takiej, gdy kobieta jest brzemienną, lecz jeszcze

nie jest zarażoną, jeżeli przytem już chora ronila, które to poronienie tylko przymiotowi męża zawdzięcza, to musimy zalecić leczenie rțęciowe.

Jeżeli kobieta już jest zarażoną, jednakże nie jest brzemienną, to i wówczas koniecznie poddać ją należy leczeniu. Gdyby w tym przypadku ze strony męża zachodziły pewne przeszkody, to należy samej żonie przedstawić całe niebezpieczeństwo z choroby wyniknąć mogące i położyć nacisk na to, że leczenie właściwe musi być przeprowadzone.

Jeżeli kobietą jest brzemienną i zarażoną, to wówczas życie dziecka jest w niebezpieczeństwie, chociaż w szczęśliwych przypadkach, przy pomocy właściwego leczenia, dziecię może się urodzić żywe i donoszone. Nie należy się obawiać niebezpieczeństwa z tego względu dla chorej, rțęc bowiem działa przy niedokrwistości z choroby przymiotowej wynikłej, tak samo jak żelazo przy zwykłej niedokrwistości.

Co się dotyczy karmienia, to należy przyjąć, że dziecko przymiotem dotknięte, zdrową mamkę zarazić może, a że zadaniem lekarza jest aby przymiot nierozszerzał się, powinien więc nalegać, aby matka sama karmiła swoje dziecię. Tak więc, jeżeli matka i dziecię są zdrowe, lub też oboje są przymiotem dotknięci, lub skoro matka jest zdrową, a dziecię chore na przymiot, wreszcie gdy dziecko jest zdrowe, a matka chora, we wszystkich tych przypadkach matka powinna karmić swe dziecię

(*Ref. w Schmid's Jahrbuch Nr. 12, 1877*). E. Klink.

Dychawica wywołana wolem (*Kropffasthmo*). Pod tą nazwą SCHNITZLER (*Ref. w Allg. Med. Centr.-Zg. Nr. 6 1878*) rozumie występujące czasem przy obecności wola napady duszności, wznagające się do wysokiego stopnia i następnie przechodzące szybko, czasem jednakże kończące się zaduszeniem. Napady te występują bez widocznej przyczyny; w przypadkach tych serce i płuca okazują się zdrowymi, a nawet krtani i tchawica przedstawiają prawidłowe światło i tēm ostatniem odróżnia się tego rodzaju dychawica od postaci wywołanej przez ucisk i następowe zwężenie dróg oddechowych. S. zbijając dawniej podawane teoryje LÜCKE'GO i STÖRK'A (ucisk na nerw błędny, stan paralityczny mięśni obrączko-nalewkowych *crico-arytaen.*) przypuszcza, że tego rodzaju dychawica powstaje w skutek kurezu najdrobniejszych oskrzeli, który bywa wywołanym przez bezpośrednie podrażnienie nerwu błędnego przez występujące od czasu do czasu do czasu zbrzęknięcie gruczołu tarczowego. Kurcz w niektórych przypadkach dotyka nie tylko oskrzela ale tchawicę i głośnię. Następnie autor opisuje ciekawy przypadek tego rodzaju dychawicy u 16 letniej dziewczyny, który pomimo nader starannego leczenia zakończył się śmiercią. Ponieważ dokładnie wykonane badanie pośmiertne przez CHARI'EGO nie wykazało żadnej przyczyny, która zwykle sprowadza zejście śmiertelne przy wolu, autor więc przypuszcza, że śmierć wywołaną została przez skurcz głośni. Przypadek ten pobudził autora do zbadania wpływu gruczołu tarczowego na nerw błędny i wsteczny i znalazł przy tem, że w największej liczbie przypadków wola, istnieją zaburzenia w głosie i oddychaniu, które polegają na podrażnieniu, a nawet nieraz na porażeniu owych nerwów. Badanie krtaniowe wykazywało silne przekrwienie błony śluzowej krtani i tchawicy, niezupełne porażenie zwieraczy głośni i natężaczy strun głosowych, a nieraz nawet porażenie jednego lub obu rozszerzaczy głośni. U jednego z chorych zauważył autor bardzo zajmujące zwężenie tchawicy, wywołane przez skurczowe zaciśnięcie jej mięśni. W końcu, autor zwraca uwagę, że ostatniemi czasy silnie zalecane przez BILLROTH'A wstrzykiwanie nalewki jodowej do powiększonego gruczołu tarczowego, jest operacją niezupełnie tak bezpieczną, jak BILLROTH twierdzi, pomijając bowiem przypadki, gdzie przy tego rodzaju postępowaniu śmierć nagle nastąpić może, jak to spostrzegali LÜCKE i ROSE, niebezpieczeństwo dla chorego powstać może w ten sposób, że przez bliźnowate ściągnięcie się tkanki powstają włókniste guziki, które stale uciskając na tchawicę wywołują jej zwężenie.

A. Sokolowski.

W zapaleniu jaglicowem spojówki (*ophthalmia granulosa*) RISLEY z Filadelfii (*Philadelphia Med. Times, 1877*) zachwala użycie roztworu kwasu karbolowego w glicerynie (20 na 100). Rozczyn ten przekłada nad azotan srebra i siarczan miedzi w tych postaciach jaglicy, w których dotychczas te ostatnie środki prawie wyłącznie były stosowane.

S. K.

WSPOMNIENIA POŚMIERTNE.

† Gałęzowski Seweryn, doktor medycyny i chirurgii b. uniwersytetu Wileńskiego zmarł w Paryżu d. 31 Marca r. b. w 80-ym roku życia. Ś. p. GAŁĘZOWSKI był wysłany kosztem uniwersytetu Wileńskiego za granicę w celu kształcenia się w chirurgii, zkąd powróciwszy sprawował w r. 1824 obowiązki adjunkta przy katedrze chirurgii w tymże uniwersytecie. Po roku 1831 udał się naprzód do Berlina, gdzie starał się o posadę profesora przy tamecznem uniwersytecie, lecz gdy takowa była mu odmówioną, wyjechał w r. 1834 do Paryża, a następnie do Ameryki, gdzie sprawował urząd nadwornego lekarza przy cesarzu brazylijskim, zkąd ostatecznie do Paryża powrócił. W r. 1869 brał czynny udział w zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. Był to człowiek pełen zasług i gorliwy dobrodziej zwłaszcza dla rodaków swoich.— Czy co ogłosił drukiem po polsku nie jest nam wiadomem. Z czasów jego działalności w Wilnie, ogłoszono kilka prac jego chirurgicznej treści w tłumaczeniu niemieckiem z rękopismów łacińskich i polskich (GREFFE'GO i WALTER'A, *Journal der Chirurgie* T. XII r. 1829). Pokój ceniom zacnego męża!

† Załęski Bronisław zmarł w Kazanłyku (w Bułgarii), gdzie pełnił obowiązki lekarza wojskowego, z durzycy, w 24-ym roku życia, 25 Lutego r. b.

† Olszewski Jan, lekarz czasowego szpitala wojennego N. 82, zakończył życie w Warszawie d. 1 Marca r. b., w 24-ym roku życia z suchot płucnych, które szybko rozwinęły się na skutek pełnienia uciążliwych obowiązków lekarza wojskowego.

Obaj wychowañcy uniwersytetu Warszawskiego, świeżej daty, zwiększyli liczbę ofiar ostatniej wojny, która dziś jeszcze dziesiątkuje lekarzy niosących pomoc ranionym i chorym wojownikom na jej widowni. Pokój ich ceniom ofiarnym!

Korrespondencyja Administracyi.

Dla przesłania do Goerbersdorfu na nagrobek ś. p. Romana KOWALEWSKIEGO otrzymaliśmy: od d-rów: MATLAKOWSKIEGO rs. 10; CHROSTOWSKIEGO rs. 3; ANDERSA rs. 1 i od pani A. MARKIEWICZOWEJ rs. 5.

Sprostowanie. W N-rze 13-ym z r. b. na str. 200 w wierszu 23-im i 17-ym od dołu i na str. 201 w w. 24-ym od dołu, zamiast miejskich, winno być wiejskich; a na str. 200 w wierszu 19-ym od dołu, zamiast wiejskiej, winno być miejskiej.

OGŁOSZENIA.

Do nabycia za rubli **25.**

Pismo tygodniowe: „*Naturforscher*” komplet pierwszych lat siedmiu od r. 1868—1874. Cena księgarska wynosi przeszło 50 rubli.

KLIMATOLOGJA „HYÉRES”

jako stacyi leczniczej zimowej dla chorych, opisał Dr. M. MALCZ.
Osobne odbicie z Pam. Tow. lek. zeszyt I z r. 1878. Str. 10, cena kop. 30. Broszurę tę można nabyć za pośrednictwem Redakcyi Medycyny, oraz w księgarniach warszawskich.

Do tego Nru dołącza się bezpłatny **Dodatek**, z 4-ch stronice, zawierający ciąg dalszy pracy d-ra St. MARKIEWICZA, p. n. **Assenizacyja miast.**

Redaktor i Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

Biuro Redakcyi Medycyny w Warszawie, ulica Marszałkowska Nr. 57.