

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

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

TREŚĆ: Spostrzeżenia. Pęknięcie cewki moczowej u mężczyzn. Skreślił dr. WŁ. ORŁOWSKI. (dok.)— Rozprawy. Drogi, jakimi dostaje się do ustroju ludzkiego zaraza morowa i środki ją niszczące lub ochraniające od niej. Podał prof. J. DOGIEL, z Kazania. (dok.) — Przegląd piśmiennictwa cudzoziemskiego. O przymocie mózgu, przez FOURNIER'A. Podał dr. WŁ. GAJKIEWICZ. (c. d.) Streszczenia i wyciągi. Przypadek porodu przy szparowanej miednicy. Przesadzanie zębów. — Kronika zagraniczna. Zakład oftalmiczny d-ra B. WICHERKIEWICZA w Poznaniu. Wiadomości z Cesarstwa. Zaraza morowa.—Ogłoszenia.

Pęknięcie cewki moczowej — (*Ruptura urethrae*).

SPOSTRZEŻENIA I UWAGI.

Skreślił dr. WŁ. Orłowski.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 11 i 12).

Przyczyną pęknięć części kroczonej przedniej bywa zwykle upadnięcie na krocz, lub stłuczenie powstające w skutek uderzenia np. kopnięcia nogą, kopytem końskim i t. p. Następstwa upadnięcia na krocz, tak zwanego przez francuzów *à califourchon*, w pozycyi konno, zależą od wysokości z której chory spada, od postaci i twardości przedmiotu na który upada; w każdym razie niezbędnem jest, by średnica tego przedmiotu była mniejszą od przestrzeni między guzami kulszowymi. Uszkodzenia tego rodzaju najczęściej zdarzają się u marynarzy. Mechanizm powstawania pęknięć dotąd jeszcze rozmaicie tłumaczonym bywa, jednak niemal wszyscy, zgadzają się na to, iż kości łuku łonowego przeważnie mają tu znaczenie. Średnica przedmiotu na który chory upada niemalą zwykle odegrywa rolę i tak: jeżeli średnica ta jest niewielką, chory upada w kierunku nieco ukośnym, krocz jego ulega stłuczeniu w tymże kierunku i następuje zwykle pęknięcie w części opuszkowej, lub na granicy przedniej opuszki powstaje, w skutek chwilowego ugniecenia jej pomiędzy gałęzią zstępującą kości łonowej i ciałem twardem. Jeżeli ciało twarde na które chory upada ma średnicę większą, tak, iż trudniej wklinać się może pod łuk łonowy, wtenczas trafia ono na linię środkową, ściany zaś cewki na powierzchnię przednią kości łuku łonowego. W każdym razie pierwsza ulega zniszczeniu ściana tylna cewki moczowej. Przy stłuczeniach innego rodzaju np. przy kopnięciu nogą, mechanizm powstawania pęknięcia cewki jest prawdopodobnie tenże sam.

PONCET, OLLIER, opierając się na doświadczeniach na trupach, twierdzą, iż w mechanizmie pęknięć części błoniastej przyjmuje udział stanowiący

czy wiązadło poprzeczne miednicy (*ligamentum transversum HENLE*), które wprost przecina ścianę przednią cewki moczowej i dlatego przy wprowadzaniu narzędzi do pęcherza, autorowie ci radzą trzymać się ściśle ściany tylnej cewki.

Doświadczenia te jednak dotąd przez nikogo stwierdzonemi nie były. Natomiast w przekonaniu większości, pęknięcia części błoniastej przeważnie są następstwem złamań kości miednicy, odłamki których niszcząc jednocześnie przyczepy powięzi kroczu naruszają całość ścian cewki. Przypuszczenie *TERKILLON'A* iż rozjęście się (*diastasis*) kości łuku łonowego może pociągać za sobą pęknięcia części błoniastej, nie opiera się bynajmniej na żadnych danych anatomiczno-patologicznych. Wogóle wytłumaczyć trudno, w jaki sposób powstają pęknięcia cewki moczowej w części błoniastej, jednak, o ile się zdaje, zależą one przeważnie od kierunku siły działającej, od wielkości i kształtu ciała twardego, o które następuje stłuczenie kroczu. W końcu należy uczynić wzmiankę o pęknięciach cewki moczowej, które zdaniem *THOMPSON'A*, *CRASS'A*, mają miejsce w skutek działania mięśni.

Objawy pęknięć cewki moczowej, dla obznajmionego z mechanizmem ich powstawania są nader charakterystyczne i ułatwiają znacznie samo rozpoznanie. Ból, zatrzymanie moczu, krwotoki z cewki moczowej, obrzmienie kroczu, w końcu badanie zapomocą cewnika, zwykle uwydatniają dokładnie nie tylko stopień uszkodzenia ścian cewki, lecz i dla wskazań leczniczych dostateczną są wskazówką.

Badanie jednak zapomocą cewnika wykonaniem być powinno ze wszelką oględnością i przy całkowitem pęknięciu zaniechanem zupełnie, w razie bowiem przeciwnym, stan chorego pogorszyć tylko może.

Mówiąc o leczeniu, zwróć przeważnie uwagę na pęknięcia części kroczowej, całkowite; zasady postępowania w dwóch pierwszych rodzajach, wyjątkowo tylko mogą być przedmiotem uwag szczególnych. Pamiętać wszakże należy, iż następstwem uszkodzeń ścian cewki o których mowa, bywają stale tak zwane zwężenia urazowe, objawy których występują niekiedy już po dniach kilkunastu. W przypadku naszym opisanym wyżej, objawy zwężenia posuniętego do wysokiego już stopnia, wystąpiły po dwóch miesiącach. Objawem najgroźniejszym, występującym zwykle bezpośrednio po pęknięciu cewki moczowej, jest zatrzymanie moczu, usunięcie go, o ile można najspieszniej stanowi zwykle wskazanie pierwsze; krwawienie z cewki rzadko kiedy bywa gwałtownem, w końcu z usunięciem zatrzymania moczu na drodze operacyjnej, ułatwiamy przystęp do ogniska krwotoku.

Cewnik, przekłócić pęcherza, ciąć na linii środkowej kroczu, są to trzy sposoby za pomocą których do zamierzonego celu, to jest do opróżnienia przepelnionego pęcherza dojść można. Pominię tu zupełnie sposób pierwszy, to jest wprowadzenie cewnika, które przypadkowo pomyslnie przechodnią tylko sprowadzając choremu ulgę, w żadnym razie za środek racjonalny uważanem być nie powinno, wywieszających się bowiem z postępowaniem czasu powikłań choroby zwykle usunąć nie jest w możności. Po-

zostają drugie dwa sposoby: przekłócie pęcherza i cięcie na linii środkowej kroczka. Przekłócie pęcherza w okolicy nadłonowej, przez niewielu wprawdzie chirurgów dotąd jeszcze uważanem jest za operacją niewinną, bynajmniej żadnych niepomysłnych następstw nie powodującą; z tego więc powodu, niektórzy uważają je za wskazane przy zatrzymaniu moczu, w skutek pęknięcia ścian cewki moczowej. Operacyja usuwając zektknięcie się moczu z raną, sprzyjać ma bardzo zabliźnieniu się tej ostatniej, tak iż niekiedy, już w dni kilka przystąpić można do wprowadzenia cewnika drogą naturalną. Stronnikiem tego sposobu widzenia jest LE FORT, który opierając się na nielicznych nader spostrzeżeniach dochodzi do wniosków wyżej wypowiedzianych. Ogół jednak chirurgów Francyi, Anglii, nie zgadza się bynajmniej na ten sposób widzenia rzeczy i przeciwnie uważa przekłócie pęcherza za środek li tylko ulgę przynoszący, nie będący w możności zapewnić wyleczenia pewnego. Obecnie, cięcie na linii środkowej kroczka, przechodzące warstwami do ogniska pęknięcia ścian cewki, wykonane o ile można najspieszniej, uważanem jest w ogóle, jako jedyny racjonalny środek, za pomocą którego jesteśmy w możności usunąć nie tylko najgroźniejsze objawy: krwotok i zatrzymanie moczu, lecz jednocześnie zapewnić choremu wyleczenie pewne. Z cięciem na kroczku nigdy zwlekać nie należy, doświadczenie bowiem przekonało, iż opóźnienie to niejednokrotnie bywa powodem nasiąknięcia moczem, przetok moczowych, a nawet życie chorego na niebezpieczeństwo narazić może. Czy po wykonaniu cięcia na kroczku, natychmiast przystąpić należy do wprowadzenia cewnika do pęcherza, czy z wprowadzeniem wstrzymać się do czasu oczyszczenia się brzegów rany, przez uszkodzenie spowodowanej, w odpowiedzi na to, dowodzenia wszelkie, zdaniem mojem, rzeczywiście nie mają żadnej doniosłości praktycznej. Wprowadzenie natychmiastowe istotnie wpłynąć może nieco na szybsze wyleczenie chorego; lecz czy jest możność odszukania tylnego otworu cewki moczowej; w każdym danym przypadku, przy pęknięciach całkowitych i zupełnych, czy odszukanie to nie napotyka niekiedy na trudności do przewyciężenia prawie niepodobne, o tem wie dobrze każdy chirurg doświadczony; kilkodniowa więc zwłoka w przypadku podobnym wbrew woli naszej nastąpić musi, zwłoka jednak podobna chorego na żadne groźne następstwo narazić nie może, chwilowe bowiem na powierzchnię rany działanie moczu, przez żadne sprawy patologiczne nie zmienionego, jak doświadczenie stwierdza, bynajmniej nie jest szkodliwym. Cewnik na zewnątrz otwarty, pozostaje zwykle w pęcherzu dni kilka; terminu tego ściśle z góry określić niepodobna, zależy on bowiem od usposobienia chorego, od stopnia podrażnienia szyjki pęcherza, jakie zwykle ma miejsce po pewnym przeciągu czasu. Najdogodniejsze ze wszech względów są cewniki miękkie kauczukowe wulkanizowane. Wkońcu wzmiankę uczynić należy o przekłóciu pęcherza w okolicy nadłonowej za pomocą przyrządu DIEULAFOY; sposób ten jako środek ulgę przynoszący, chorego na żadne niebezpieczeństwo nie narażający, w każdym danym przypadku na zupełne zasługuje uznanie.

Drogi, jakimi dostaje się do ustroju ludzkiego zaraza morowa i środki ją niszczące lub ochraniające od niej.

Podał prof. J. Dogiel, z Kazania.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 12).

Każde dobrze urządzone państwo, przy zjawieniu się jakiegokolwiek epidemii, obowiązane jest do użycia odpowiednich środków dla powstrzymania rozprzestrzenienia tej kłęski i do dania pomocy chorym. W tym celu mamy pewne policyjno-lekarskie środki, prawem uświęcone, między którymi najważniejszą jest kwarantanna.

Chociaż taki środek, w braku innych mniej niedogodnych dla mieszkańców, może przynieść pewny pożytek, to jednak ma to miejsce tylko wtedy, gdy zarazone miejscowości będą w zupełności od innych zdrowych oddzielone. Lecz takie odosobnienie jest tylko wtedy możebnem, gdy obszar zarazonej miejscowości jest bardzo nieznacznym; w przeciwnym razie, mimo wszelkich starań władzy, środek ten jest niemożebnym do wypełnienia. Przyjmując, że zaraza może się rozprzestrzeniać zapomocą bielizny i innych przedmiotów, których chory się dotyka, odpowiedniem będzie palenie tych przedmiotów lub poddawanie ich działaniu wysokiej ciepłoty. A zatem spalenie jednej lub więcej zarazonych miejscowości przed przeniesieniem się ich mieszkańców do innej miejscowości, przy czem należy zachować wszelkie przepisy policyjno-lekarskie, może całe państwo ochronić od wymienionej kłęski. Przy tem należy zwrócić na to uwagę, żeby mieszkańcy nie cierpieli głodu, żeby wszelkie nieczystości były usunięte i zachowane wszelkie przepisy higieniczne. Wszakże doświadczenie pokazuje nam, że niezawsze te środki przynoszą pożądany skutek; to objaśnia się tem, że przy wstrzymaniu rozprzestrzenienia zarazy, zwykle zwracają uwagę wyłącznie na odosobnienie i dezynfekcyę wszystkiego co otacza chorych, gdy tymczasem źródło zarazy ukrywa się nietylko w ciele zarazonych, lecz i w ustroju tych, których uważamy za zupełnie zdrowych. Samo się przez się rozumie, że do nieskuteczności przedsięwziętych środków przyczynia się mały udział społeczeństwa, bez współudziału którego żadne państwo nie jest w stanie oddalić grożącego nieszczęścia. Do środków, wstrzymujących rozprzestrzenienie zarazy, możemy także policzyć palenie ognisk na granicy zarazonych i zdrowych miejscowości, gdyż dym można zaliczyć do środków niszczących zarazę. Prócz tego do środków ochraniających od zarażenia można zaliczyć użycie środków gorzkich, a mianowicie chininy w małych dawkach, jako też wódki, pożywnej strawy, spacerów na świeżem powietrzu i zabawy. Wedle poszukiwań BOUWETSCH'A ¹⁾ i LEONTJEW'A ²⁾ chinina i wyskok wstrzymują odtlenienie krwi; z tego wyprowadzam ten wniosek, że zapomocą tych

¹⁾ *Ueber den Einfluss verschiedener Stoffe auf die Umsetzung des Sauerstoffs im Blute. Diss. 1869.*

²⁾ Praca LEONTJEW'A będzie wkrótce ogłoszoną.

środków można w części powstrzymać (utrudnić) zmianę krwi pod wpływem zarazka morowego będącej.

Nakoniec zachodzi pytanie, co mamy robić w tym przypadku, gdy będziemy mieli do czynienia z chorymi? Najprzód winniśmy ich pomieścić w przygotowanym na ten cel zabudowaniu i w zupełnem odosobnieniu od zdrowych. Co do pierwszego sędzę, że najodpowiedniejszym jest pomieszczenie chorych (jeżeli epidemija wybuchnie na wiosną lub latem) nie w zwykłych szpitalach, a lepiej na otwartem powietrzu, pod szopą, któraby ich tylko od deszczu chroniła. Jednego chorego należy pomieszczać o ile możności daleko od drugiego i w ten sposób, ażeby służba i lekarz mogli wygodnie do nich dostąpić. Następnie przyjmując, że zarazek morowy jest pewnego rodzaju fermentem, uważałbym za pożyteczne użycie chininy i wysokoku w wielkich dawkach; tu możnaby zaliczyć kwas salicylowy i bendżwinowy, fenol i inne środki wstrzymujące rozkład krwi, jak: kwasy w kształcie napoju (kwas cytrynowy i solny, ocet, cytryna, borówka), strawę pożywną, kawę. Przy silnem podrażnieniu błony śluzowej przewodu pokarmowego, odpowiednie środki zmniejszające to podrażnienie. Przy zjawieniu się czyraków (*anthrax*) i dymienie należy postąpić wedle znanych prawideł chirurgii.

Wedle podań d-ra DEPNER'A użycie chininy w początku choroby przynosiło rzeczywistą korzyść; następnie, podczas najsilniejszego wybuchu tej epidemii, wszelkie środki okazały się bezskutecznymi. I inaczej być nie może, gdyż przy pewnym stopniu zmiany krwi już żadne lekarstwo nie jest w stanie zbawić chorego. To samo widzimy nietylko przy zarazie morowej, lecz i przy innych zmianach krwi np. wskutek zezadzenia, siarkowodoru i t. d. A zatem, by osądzić pożytek, jaki przynosi pewny środek, należy zwracać uwagę na stopień rozwinięcia choroby.

Wreszcie dla leczenia chorych trzeba mieć odpowiednią służbę i lekarzy, których należy postawić w warunkach najodpowiedniejszych dla ich własnego zdrowia. Dla osiągnięcia tego celu trzeba ich mieć w dostatecznej ilości i ażeby uchronić ich od zarażenia się morem, proponuję użycie stosownego respiratora. Na korzyść respiratora przemawia ta okoliczność, że zarażenie, jak wspomnieliśmy, winno głównie odbywać się zapomocą płuc, któremi zdrowy człowiek może wdychać powietrze zepsute przez chorych lub umierających. NÄGELI ¹⁾ podobny środek ochronny zalecał przy cholery i błonicy, jak to można wnosić z tych jego słów: „Środek ten zaleca się dla lekarzy podczas pozostawiania w pokoju chorego i dla pielęgniujących pewnych chorych (np. na błonicy lub ostre wysypki); dalej dla mieszkańców zdrowej miejscowości, którzy czas krótki pozostać lub nawet tylko przejść mają przez miasto w którym panuje epidemija”. Lecz NÄGELI zapatruje się z innego punktu na zarazek w cholery, błonicy, niż ja w zarazie morowej. Prócz tego poleca on w tym celu gąbkę,

¹⁾ C. v. NÄGELI. *Die niederen Pilze*. München 1877 str. 154—155.

zmocony ręcznik i bliżej nie opisany respirator. Gąbka i zmocony ręcznik nie mogą mojem zdaniem przynieść widocznej korzyści podczas panowania zarazy morowej, a tem mniej respirator zwykle używany przy cierpieniu narządów oddychowych. O urządzeniu zaś nowego respiratora dla ochronienia od cholery i błonicy nie pomyślał NÄGELI.

Sądzę, że przyrząd, zbudowany przez W. J. NIKOLSKIEGO, laboranta tutejszej pracowni farmakologicznej, podczas badań nad działaniem kamfory na ustrój zwierzęcy, można, przy zjawieniu się zarazy morowej zastosować dla oddychania, jeśli go połączymy ze zbiornikiem oczyszczonego powietrza lub tlenu ¹⁾. Takiego respiratora winna używać służba i lekarz, ile razy są zmuszeni stykać się z chorymi lub umarłymi. Pokrywanie rąk lekarza i służby olejem kamforowym, terpentyną, dziegciem i t. p. również nie będzie bez korzyści. Należy nadto o ile możności nie długo pozostawać razem z chorymi, często zmieniać bieliznę i ciało nacierać octem. Moczu i kału nie należy pozostawiać przez dłuższy czas w namiotach lub w tych miejscach, w których się znajdują chorzy i zdrowi. Umarłych, i wszystko co po nich zostało, najodpowiedniej jest natychmiast spalić.

Oto krótkie, nawet poniekąd powierzchowne uwagi, które chciałem zakomunikować kolegom. Może one posłużą do obmyślenia czegoś lepszego, odpowiedniejszego w walce z tak groźnym nieprzyjacielem, jak zaraza morowa.

Kazań d. 9 Lutego 1879 r.

¹⁾ Przyrząd ten składa ze szklanego lejka obwiedzonego łatwo rozciągającą się kauczukową cewką, do której przytwierdza się maska z otworami zakrytymi szkłem dla oczu. Szerszy obwód lejka przykłada się do twarzy tak że w nim się mieszczą usta i nos. Wązki otwór lejka tego jest zatkany korkiem, przez który przechodzą do wnętrza lejka dwie odkryte cewki zgięte pod kątem prostym; poziome ramiona tych dwóch cewek przechodzą równolegle przez korek a pionowe: jednej cewki do góry, a drugiej na dół jest skierowane; te dwa ostatnie ramiona są zaopatrzone w dwie klapy, otwierające się ku górze. Ramię dolne jest połączone w dolnym swym końcu z inną cewką poziomą z kranem, prowadzącą do zbiornika zawierającego tlen lub powietrze oczyszczone. Ta ostatnia cewka spoczywa na ramieniu w przyrząd ten ubranej osoby, a zbiornik spoczywa na jej plecach i przytwierdza się do jej ramion zapomocą odpowiednich pasków jak tłumok żołnierski. Na ramieniu też osoby przypada kran, który przerywa lub przywraca połączenie zbiornika z cewką dolną do lejka szklanego prowadzącą. Podczas zatem oddychania, powietrze wydechowe otwiera sobie klapę w pionowym ramieniu górnej cewki lejka, a przy wdychaniu klapa ta zamyka się i przecina połączenie z powietrzem zewnętrznem, a otwiera się klapa w ramieniu pionowej dolnej cewki połączonej ze zbiornikiem. Tym sposobem oddęcha się wyłącznie powietrzem lub tlenem zawartym w zbiorniku.

Załączony do rękopisma rysunek tego przyrządu staraliśmy się zastąpić powyższym opisem, dającym jak sądzimy dostateczne pojęcie o głównej zasadzie, na jakiej budowa tego przyrządu polega. (Red).

PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA CUDZOZIEMSKIEGO.

O przymiocie mózgu (*syphilis cerebralis*).

Przez Alfreda FOURNIER'A.

Streścił Wł. Gajkiewicz.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 10 i 11).

III. Postać drgawkowa lub padaczkowa (*forme convulsive ou épileptique, épilepsie syphilitique tertiaire*) (lekcyja VI, VII, VIII i IX). Jest częstą z tego powodu iż, jak widzieliśmy, zmiany anatomiczne przymiotowe dotyczą najczęściej osłon mózgowych lub istoty korowej mózgu. „Z tego co widziałem, mówi FOURNIER (str. 147), doszedłem oddawna do przekonania, iż najzwyczajsze zmiany w padaczce przymiotowej, mają miejsce w osłonach mózgu i w istocie jego szarej”. „*Pachymeningitis gummosa circumscripta* z udziałem poniżej leżących osłon, zdaje się być najzwyczajszem *substratum anatomicum* padaczki przymiotowej częściowej”. (CHARCOT. *Progrès médical* 1877 str. 68). Nadto wiemy iż zmiany te najczęściej dotyczą przednią połowę półkul mózgowych; nie więc łatwiejszego jak o drażnienie pobudliwej części istoty szarej korowej (*zona motorica corticalis*), drażnienie, które jak już wiemy zakładają (MEDYCYNA 1878. Nr. 20—24) ujawnia się drgawkami. Klinicznie padaczka przymiotowa nie różni się niczem od zwykłej (*epilepsia essentialis*). Może objawiać się jak i ostatnia pod postacią *grand mal* lub *petit mal*. W pierwszej następuje nagle utrata przytomności, chory upada, dostaje drgawek tonicznych wszystkich mięśni, po których wkrótce następują dłużej trwające drgawki kloniczne. Na skutek drgawek mięśni gardzieli i szczęk następuje pienie i zranienie języka. Po dłuższym lub krótszym czasie kończy się wszystko śpiączką (*stertor*). Po takim napadzie przytomność wraca, pozostaje tylko przez pewien czas lekkie stępienie umysłu (*hebetudo*), osłabienie pamięci i większa drażliwość nerwowa. *Petit mal* jak i w padaczce zwykłej może objawiać się w najrozmaitszy sposób: albo jest to tylko silny zawrót głowy; albo nagle osłabienie, jakby omdlenie; albo drgawki pewnych mięśni; innym razem nagły i silny ból gdziekolwiek; innym wreszcie napad gwałtownego gniewu, szaletstwa w którym może przyjść do zabójstwa lub samobójstwa (*delirium comitale*) i t. d. Opisane 2 postaci padaczki mogą istnieć same lub też naprzemian jedna z drugą.

Padaczka jest niekiedy jedynym objawem przymiotu mózgu, częściej jednak razem z nią istnieją i inne objawy (napływowe, porażeniowe, umysłowe). Bywa ona albo objawem początkowym przymiotu mózgu, niepoprzedzona żadnymi innymi, albo co częściej bywa następową, to jest przed jej pojawieniem istniały już inne (ból głowy, objawy napływowe, niekiedy objawy małokrwistości: błądność twarzy i całej pokrywy ciała, osłabienie, zmniejszenie łaknienia, schudnięcie i t. d.), albo wreszcie co rzadko się zdarza, padaczka jest objawem końcowym przymiotu mózgowego. Przyjście lub powtórzenie się padaczki zapowiadają niekiedy pewne znaki, które mogą ją już na kilka dni poprzedzać [ogólne osłabienie, drażliwość, zwiększenie się lub pojawienie bólu głowy (często w okolicy skronio-ciemieniowej)], lub co częściej na krótko przed samym napadem (*aura*): mrowienie, dzwonienie w uszach, mroczyki, ból w jakiej części ciała, drgawki bardzo ograniczone, ziewanie, dreszcz, gniecienie w dołku, uczucie jakiego zapachu i t. d. Padaczka raz powstała najczęściej powtarza się w różnych przedziałach czasu (bo jest objawem stałej zmiany anatomicznej), z początku rzadkich, później coraz częstszych. Przez pewien czas stoi na pierwszym

planie, tak że ją można wziąć za padaczkę zwykłą. Powoli jednak w miarę jak następuje desorganizacja mózgu przyłączają się inne objawy cierpienia mózgowego, czyniące padaczkę nie tak wybitną, jak objawy umysłowe [osłabienie władz umysłowych (zwłaszcza pamięci) i moralnych (uczuć i woli)] i porażenia [zrazu przejściowe, później trwałe, porażenia jak zobaczymy niżej różnych mięśni ciała i najrozmaiciej z sobą powiązane, a najczęściej porażenia połowiczne (*hemiplegia*) (*dementia paralytica*)] które z czasem stanowią główne tło obrazu chorobowego, wśród którego tylko od czasu do czasu przychodzą napady padaczki.

Czy w danym przypadku mamy do czynienia z padaczką przymiotową czy też ze zwyczajną, możemy sądzić tylko *a posteriori*, po skuteczności leczenia swoistego, lub też przy obecności innych objawów trzeciorzędnych przymiotu (*exostosis, gummata, sarcocele* i t. d.). Zazwyczaj nie możemy naszego rozpoznania tak daleko posunąć, co najwyżej możemy tylko wnosić iż istnieje padaczka objawowa (*epilepsia symptomatica*), a nie prawdziwa (*epilepsia vera, essentialis*). Do tego posługujemy się:

1) rozważeniem części składowych samego napadu padaczki. Powiedzieliśmy iż ogółem wzięty napad padaczki przymiotowej nie różni się w niczem od padaczki zwykłej. Są jednak szczegóły które mogą obudzić podejrzenie. FOURNIER (str. 191) nie widział nigdy by padaczka przymiotowa zaczynała się krzykiem. Utrzymują iż po padaczce przymiotowej częściej pojawiają się porażenia. Lecz najważniejszym znakiem jest to, iż padaczka przymiotowa bywa częściową (*partialis*) i wtedy bez utraty przytomności. Drgawki mają miejsce w pojedynczych tylko częściach ciała, częściej w kończynie górnej niż dolnej, a w tej ostatniej częściej niż w twarzy; chorzy pamiętają najmniejszy jej szczegół i dokładnie opisują wszystko co się z nimi podczas takowego działo. Dodać jednak musimy iż u jednego i tego samego chorego raz bywa padaczka ogólna z zupełną utratą przytomności, drugi raz, po mniejszej lub większej przerwie czasu, padaczka częściowa, bez utraty przytomności (*épilepsie partielle et consciente*). Są nadto przypadki iż z początku padaczka jest częściowa, a w kilka minut chory traci przytomność i drgawki uogólniają się; i wtedy jednak często przeważają po stronie gdzie była padaczka częściowa. Musimy zanotować jeszcze jeden szczegół, który chociaż przychodzi rzadko, jednak bywa wtedy tak wybitnym iż wystaje po nad inne, a mianowicie wielka bolesność mięśni kurczących się w padaczce miejscowej i świadomej.

2) Czasem pojawienia się padaczki. Jest dziś przyjętem i dowiedzionem iż jeśli padaczka po raz pierwszy pokazuje się po 30—40 roku życia, to 8—9 razy na 10 jest ona objawową. Dalej sądzono, lecz niesłusznie, iż napady padaczki objawowej a w szczególności przymiotowej, częściej bywają w nocy (*epilepsia nocturna*) i że szeregi jej napadów bywają oddzielone od następnych dłuższym przeciągiem czasu.

3) Do rozpoznania różnicowego padaczki przymiotowej od zwykłej przyczynia się wreszcie dużo stan zdrowia chorego w czasie wolnym od napadów. W padaczce zwykłej chorzy po przejściu napadu lub szeregu napadów są zupełnie zdrowi (przynajmniej w początku), gdy w padaczce przymiotowej w czasie wymienionym istnieją inne objawy cierpienia mózgu (ból głowy, objawy napływowo, umysłowe i t. d.). Mamy więc 3 punkta: czas pierwszego pokazania się padaczki, częściowość jej i współistnienie innych objawów mózgowych, pomagające nam do odróżnienia padaczki zwykłej od objawowej. Gdyśmy już doszli do tego stopnia, to wyłączenie innych przyczyn [zatrucie ołowiem (*saturnismus*), wysokiemiem (*alcoholismus chronicus*), absentem (*absentismus*), mocznicy (*uraemia*), pasyżytów; cierpienie mózgowych jak: gruźlki i innych nowotworów i t. d.] pozwoli wniesć, iż padaczka w danym razie jest objawem przymiotu mózgu.

IV. Niemota ¹⁾ przymiotowa (*forme aphasique, aphasia syphilitica*) (lekcyja X). Władza wyrażania myśli mową lub innymi znakami często cierpi w przymocie. Zboczenia tej władzy, jak wiemy, nie zależą od cierpienia intelligencyi ani od niezdolności czynnościowej narządów obwodowych, służących do urabiania (*articulatio*) dźwięków, lecz od zбочzeń władzy pośredniej między temi dwoma i dla tego zwanej psychoruchową, której siedliskiem jak w tym razie jest podstawa zawoju mózgowego czołowego dolnego lewego. Jak sama niemota w ogóle, tak i przymiotowa w szczególności jest dziełem nowożytnem. Niemota przymiotowa nie różni się w niczem od spowodowanej inną przyczyną, i nie w tem dziwnego gdyż istnienie jej zależy tylko od siedliska cierpienia, wszystko jedno jakakolwiek jest jego przyroda. I niemota przymiotowa może się przedstawiać pod różnymi postaciami klinicznymi, których wymienianie w tem miejscu, byłoby zbyt liczne. Powstaje ona albo nagle lub stopniowo, może być zupełną (*aphasia*) lub niezupełną (*dysphasia*), a trwanie jej może być chwilowe lub ciągłe. Niemota może być objawem początkowym, pierwszym przymiotu mózgu, lub też późniejszym, to jest przed jej pojawieniem się istniały już inne objawy przymiotu mózgu. Jako objaw początkowy niemota jest zawsze przejściową i krótkotrwałą [kilka godzin, godzina a nawet krócej bo kwadrans lub nawet kilka minut, tak że ją niektórzy uważają z tego względu za objaw padaczki (*aphasie comitiale*)], lecz za to często się powtarza (*aphasie à répétition*). Niemota jako objaw przymiotu mózgu może istnieć sama, być jedynym znakiem cierpienia, częściej jednak towarzyszą jej i inne objawy jak: napływowe ²⁾ (ból głowy, zawrót głowy, przemijające zaburzenia czucia, ruchu i intelligencyi), zaburzenia umysłowe, padaczki, lecz najczęściej objawy porażenia rąk, które w miarę czy zajęta będzie większa lub mniejsza przestrzeń zawoju sąsiadujących z ośrodkiem mowy, będą to albo: *monoplegiae* (*brachialis, femoralis, facialis, glossoplegia*) albo *hemiplegiae*. Naturalnie porażenia te dotyczą mięśnie strony prawej. Jeżeli jednak kilka jest ognisk cierpienia to i strona lewa może cierpieć. Porażenia bywają albo całkowite lub częściowe, zupełne lub niezupełne (*paresis*).

V. Postacie zaburzeń umysłowych (*forme mentale*) (lekcyja XI, XII i XIII). Intelligencyja w przymocie mózgowym cierpi nadzwyczaj często i to w różnym stopniu i pod różną postacią. Prędzej czy później, ale prawie zawsze w przebiegu przymiotu mózgu, przyłączają się zaburzenia umysłowe. W 4 poprzednich postaciach widzieliśmy je jako objawy współistniejące lub następujące po innych. Częstość ta tłumaczy się tą okolicznością, iż, jak widzieliśmy w anatomii patologicznej, najczęściej zmiany przymiotowe dotyczą istotę szarą zrazów z przednich półkul mózgowych. Zaburzenia umysłowe w przymocie mózgowym powstają: a) albo powoli i są objawami pogńębienia (*depressio*); b) albo co rzadziej powstają stosunkowo prędko i są zjawiskami pobudzenia (*excitatio, exaltatio*).

a) Przypadki przymiotu mózgu cechujące się objawami pogńębienia należy podzielić znów na 2 grupy. W pierwszej którą autor zowie: *dépression intellectuelle simple*, władze duchowe są tylko osłabione, lecz odby-

¹⁾ Wyraz polski niemota jest niestosownym, niedostatecznym, gdyż w *aphasii* jest często mniej lub więcej zniesioną nie tylko mowa, lecz i inne znaki służące do oddania myśli, jak pisanie, czytanie, mimika i t. d. Używamy go jednak dla braku lepszego. Te same niedobory co niemota mają i wyrażenia: niewysłowność, niedomowność używane przez prof. ŁUCZKIEWICZA.

²⁾ Benjamin TARNOWSKY. *De l'aphasie syphilitique. Paris. 1870.*

wają się w porządku, bez żadnego nieładu, bredzeń. Myśli tylko przychodzą trudniej i leniwiej, pojmowanie nie jest tak łatwe jak prawidłowo, uwagi chorey nie może tak dobrze skupiać, pamięć osłabiona (*amnesia*). Skutkiem tego brak naturalnego następstwa w myślach, słowach i czynach chorego, niemożliwość zajęć wymagających naprężenia umysłu, prędkie zmęczenie umysłu, zapomnienia, niestosowność i t. d. w interesach i codziennych zajęciach. Osłabienie to umysłu nie uchodzi uwagi chorego, zdają oni sobie z niego sprawę, lecz niezupełnie dokładnie. Pomieędzy przytoczonymi objawami wyróżnia się częstotścią, utrata pamięci (*amnesia*). Przychodzi ona albo stopniowo, powoli, albo w pewnych przerwach albo też nagle (*ictus amnésique*); bywa różnego stopnia, całkowita lub częściowa (np. tylko utrata pamięci terażniejszości). Jednocześnie ze zbroczeniami umysłowemi przychodzą i zmiany moralne (humoru, charakteru, przyzwyczajaje). Zaburzenia umysłowe i moralne nie są zawsze jednako-wo wyraźne. Raz są tak wybitne iż nietylko lekarza ale i całe otoczenie chorego uderzają; innym zaś razem są tak lekkie iż trzeba ich niejako szukać i potrzebują pewnej biegłości ze strony lekarza by nie zostały przeoczonemi. W drugiej grupie przypadków nazwanej przez FOURNIER'A: *dépression intellectuelle avec incohérence v. hébétude incohérente*, władze umysłowe nietylko że są osłabione, ale nadto odbywają się bez ładu; jest to rodzaj *ataxi* inteligencji. Chory zaczyna co i nie kończy, bierze przedmiot i puszcza za chwilę; projektuje coś i to seryjo, by nie wykonać; mówi ciągle, lecz bez sensu; ubiera się i rozbiera; podnosi się, to siada lub kładzie, sam niewiedząc dla czego; nie pamięta o czasie, miejscu i t. d. Jednem słowem na tle osłabienia inteligencji, rodzaj bredzenia w słowach i czynach, bredzenia cichego, spokojnego i ogólnego a nie monomania. Wyjątkowo jednak bredzenie bywa więcej systematyczne, *délire à idées fixes* np. *à idées de persécution* ¹⁾. Postać zaburzeń umysłowych cechująca drugą grupę przypadków, wyjątkowo tylko bywa pierwotną, zwykle po pewnym czasie przyłącza się do pierwszej.

b) Zaburzenia umysłowe z cechą pobudzenia (*délire, manie, folie syphilitiques*) są jak powiedzieliśmy wyżej daleko rzadsze. Przez długi bardzo czas zaprzeczano istnieniu różnych postaci *alienatio mentalis* pochodzenia przymiotowego, obecnie jednak są prawie ogólnie przyjęte ²⁾. Bywają różnego stopnia natężenia. Raz bywa to tylko niewielkie pobudzenie, egzaltacyja

¹⁾ GRAINGER STEWART. *Syphilitic Insanity*. *British med. Journal*. 1870. str. 406.

²⁾ Ch. SCHUTZENBERGER. *De la syphilis comme cause de troubles fonctionnels graves de l'encéphale, simulant des affections idiopathiques du cerveau*. *Gaz. méd. de Strasbourg*. 1850. Ch. BEDEL. *De la syphilis cérébrale*. *Strasbourg*. 1851. Th. READ. *The Dublin quarterly Journal*. 1852. *Syphilitic Affections of the nervous system*. *London*. 1867. HILDENBRAND. *De la syphilis dans ses rapports avec l'aliénation mentale*. *Strasbourg*. 1859. BERTHIER. *De la folie diathésique*. *Montpellier* 1859. LAGNEAU. *Maladies syphilitiques du système nerveux*. *Paris*. 1860. GROS i LANCEREAUX. *Des affections nerveuses syphilitiques*. *Paris*. 1861. ZAMBACO. *Des affections nerveuses syphilitiques*. *Paris*. 1862. GRIESINGER. *Archiv der Heilkunde*. 1863. DUNCAN. *Cases of syphilitic insanity and epilepsy*. *Dublin quat. Journ.* 1863. SMITH. *Case of insanity depending of syphilitic infection*. *Brit. med. Journ.* 1868. LEIDESDORF. *Med. Jahrb.* 1864. STRETHILL WRIGHT. *Insanity dependent upon constitutional syphilis*. *Edinb. med. Journ.* 1872. HENRY. *Two Cases of syphilitic insanity*. 1875. WILLE. *Die syphilitische Psychosen*. 1872. BRAUSS. *Die Hirnsyphilis*. 1873. BATTY TUKE. *Two cases of syphilitic insanity*. *Journ. of ment. sc.* 1873—74. HAYES NEWINGTON. *Notes of a case of insanity dependent on syphilis*. 1873—74. Samuel WILKS. *Two Cases of insanity dependent on syphilis*. 1874. ERLLENMEYER. *Dieluetischen Psychosen in diagnostischer, prognostischer und therapeutischer Beziehung* 1877.

w słowach, czynach i innych objawach intelligencji, chory jest jak nazywają pospolicie jakby postrzelony, dziwak, ekscentryk. Drugim razem do tych objawów podniecenia dołącza się istotne lekkie bredzenie w słowach i czynach. Innym wreszcie bredzenie jest gwałtowne, podobne do napotykanego w zapaleniu osłon mózgowych lub samego mózgu, za jakie bywa niekiedy brane. Niekiedy, choć rzadko, bredzenie nie jest ogólne lecz więcej ograniczone (*délire hallucinatoire, monomaniaque, lypémanie* i t. p.). W przypadkach zaniedbanych najczęściejszym zakończeniem objawów przytoczonych jest *dementia paralytica*, która przychodzi po krótszym lub dłuższym przeciągu czasu. Zaburzenia umysłowe w przymocie mózgowym najczęściej istnieją jednocześnie z innymi objawami cierpienia mózgu i zwykle dopiero przychodzą dopiero wtedy, gdy te inne (napływowe, padaczkowe i t. d.) już pewien czas występowały. Rzadziej są jedynym objawem zarażenia mózgu przymotem, a zwłaszcza, bo wyjątkowo, rozpoczynają one szereg następstw zmian przymiotowych mózgu. Łatwo pojąć iż w ostatnim razie może zachodzić wielka trudność w rozpoznaniu natury cierpienia, bo nieistnieje żaden znak patognomiczny któryby wyróżniał obłąkanie pochodzenia przymiotowego od zwykłego. Najczęściej w takich przypadkach, skuteczność leczenia przeciwprzymiotowego jest jedynym kryterjum do rozstrzygnięcia wątpliwości.

Jednym z punktów najbardziej spornych jest istnienie porażenia ogólnego postępującego (*paralysis generalis progressiva*) pochodzenia przymiotowego. Jedni badacze zaprzeczają jego istnieniu, drudzy są zdania wręcz przeciwnego, utrzymując iż każde porażenie ogólne postępujące jest przymiotowe, inni wreszcie hołdują pośredniemu zdaniu, mianowicie iż przymiot jest zdolny wywołać porażenie ogólnego postępujące tylko w młodym wieku, między 25—35 rokiem życia. Według FOURNIER'A należy odróżnić przypadki, prawda że rzadkie lecz niewątpliwe, porażenia ogólnego postępującego u osób które były dotknięte przymotem, od przypadków częstych w przymocie, które nasladują do złudzenia porażenie ogólne postępujące, lecz niem nie są, a dla odróżnienia ich i jednocześnie pokazania podobieństwa, F. nazywa je: *pseudo-paralyse générale syphilitique*. Podobieństwo pozornego porażenia ogólnego przymiotowego ze zwykłym dotyczy objawów i zmian anatomicznych. Wystawmy sobie bowiem chorego, o co nietrudno, u którego istnieją opisane dopiero co zaburzenia umysłowe (pognębienia lub podniecenia), nadto ruchowe (niepewność ruchów objawiająca się niezręcznością rąk, chwiejającym chodem, wahaniami w równowadze, zająkiewaniem, czasem drżenie i *paresis* i t. d.) i napływowe (zawroty głowy, zaburzenia zmysłowe, napady podobne do padaczkowych lub apoplektycznych i t. d.), a po śmierci ślady zapalenia przewlekłego osłon mózgowych i samego mózgu, a będziemy mieli obraz pozornego porażenia ogólnego przymiotowego, nadzwyczaj podobny do zwykłego porażenia ogólnego postępującego. Podobieństwo to jednak ginie jeśli wnikiemy w szczegóły każdego z tych objawów.

I tak co do zaburzeń umysłowych, to w przymocie mamy pognębienie lub podniecenie władz umysłowych, bez zaburzeń szczególnych, swoistych, cechujących porażenie ogólne postępujące, w którym z początku istnieje *délire expansif ou lypémaniaque*, a później *délire de grandeur (megalomanie)*. Co do zaburzeń ruchowych: w przymocie rzadko jest drżenie (*tremor*) a porażenia są częste, gdy tymczasem w porażeniu ogólnym postępującym porażenia prawdziwych nie ma, a tylko brak dokładności w ruchach, brak w ich porządkowaniu. Dalej w porażeniu ogólnym, zaburzenia umysłowe i moralne rozpoczynają cierpienie, a w przymocie takowe dołączają się zazwyczaj do innych już przedtem istniejących. Roz-

wój porażenia ogólnego jest postępujący, tak że można go na okresy podzielić, a w przymiocie, nieprawidłowy; pierwszego nie możemy niczem powstrzymać, a w drugim jest to możliwe. W porażeniu ogólnem odżywianie bardzo długo jest dobre, a cierpi ono od początku w przymiocie. Ale nietylko objawami klinicznymi wyróżnia się porażenie ogólne postępujące od rzekomego porażenia ogólnego przymiotowego. Różnice między nimi zachodzą i w zmianach anatomiczno-patologicznych. W obu cierpią osłony mózgowe i sam mózg, lecz w porażeniu ogólnem postępującem cierpienie dotyczy przedewszystkiem istoty szarej korowej, która jest zmiononą na dużej przestrzeni, rozmiękczoną, nasiąkniętą i t. d., bo osłony są tylko przekrwione, nasiąknięte; w przymiocie zaś przeważają zmiany osłon, zgrubienie, zmętnienie, zrosty, a mięsz ulega zmianom na mniejszej rozciągłości, więcej umiejscowionym i mniejszego natężenia. (d. c. n.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

Przypadek porodu przy szparowatej miednicy opisał A. GUSSEROW (w *Berl. klin. Wchyt.* Nr. 2—1879). Brak znaczniejszej części przedniej ściany brzucha i pęcherza, o ile dotychczas wiadomo, zawsze zdarza się jednocześnie z brakiem przedniej ściany miednicy. W skutek pracy LITZMANN'A (*Arch. f. Gyn.* IV. str. 266) uwaga akuszerów zwróconą została na powyższą wadę rozwojową miednicy. Na krótki czas przedtem (*ibid.* III. str. 398) FREUND opisał przypadek „szparowatej” miednicy u pewnej dziewczyny, u której przednia ściana brzucha była zupełnie wykształconą, przez co nie było też i ektopii pęcherza. W opisie swoim FREUND zwrócił uwagę na trudności, jakie mogą powstać podczas porodu, przy podobnej miednicy. Dotychczas spostrzegano tylko 5 przypadków porodu przy podobnie niepodobnionej miednicy. Pierwsze spostrzeżenie podane było przez BONNET'A w r. 1722, drugie, przez AYRES'A w r. 1859, trzecie przez LITZMANN'A, czwarte zaś i piąte odnosi się do tejże samej osobistości i były podane przez GÜNZBURG'A w *Petersb. med. Zeitschr.* 1872—73 r.

17-go Listopada 1878 r. przybyła do kliniki położniczej w *Charité* 19-sto letnia rodzająca z typową *ectopia vesicae*. W dolnej trzeciej części przedniej ściany brzusznej, znajdowała się tylna ściana pęcherza moczowego w postaci guza czerwonego, pokrytego wilgotną błoną śluzową, mającego 7 ctm. szerokości a 5 ctm. wysokości. Przy dolnym brzegu guza widać oba ujścia moczowodów, z których podczas bólów i przy pociskaniu ściany brzusznej wytryskał moc strumieniem łukowatym długim na stopę. Skóra na brzuchu była, w okolicy tej wypukłej tylnej ściany pęcherza, jakby bliznowatą i szarawo zabarwioną. Pępka wcale nie było; ku dołowi ściana pęcherza przechodziła stopniowo w skórę, zabarwioną czerwono ale nie posiadającą już wyglądu błony śluzowej, chociaż część tej skóry stanowiła jakby tylną ścianę cewki moczowej; pasek tej skóry był szeroki na 2 ctm. Poniżej tego mostku widać było otwór, długi na 3 ctm. a szeroki na 5 ctm., przedstawiający wchód do pochwy, o największym wymiarze poprzecznym, co zależało od braku mięśnia zwieracza pochwy. Na około tego otworu znajdowały się nieznaczne i nieprawidłowe wałki skórne, przedstawiające większe i mniejsze wargi sromne. Ku górze znajdują się dwie większe fałdy skórne, stanowiące rozdzielone dwa ciała jamiste łechtaczki. Tuż pod skórą można rozpoznać, tak na oko, jako też i przy dotykaniu, poziome gałęzie kości łonowych, kończące się tępo i oddalone od siebie na 8 ctm. Przestrzeń między nimi wypełnioną jest po części przez pasek skórny, na którym znajdują się ślady tylnej ściany cewki moczowej, po części zaś przez skórę, pokrywającą tępe gałęzie kości łonowych. Na tej części skóry porastają rzadkie włosy. Od dolnego brzegu otworu pochwowego rozciąga się krocze, długie na 4 ctm. i skierowane, wraz z otworem stolcowym, ku przodowi i ku górze. W chwili przybycia rodzającej do kliniki z poprzecznego otworu pochwowego wystawała na zewnątrz prawa stopa dziecięcia, obok niej zaś znajdowała się pętla nietętniącej pępowiny, na której widać było węzeł prawdziwy.

Dno macicy znajdowało się mniej więcej na wysokości ręki powyżej górnego brzegu

blony słuźowej pęcherza; woda płodowa odeszły przed dwiema godzinami. Skurcze macicy były silne, poród jednak nie postępował, raz z powodu szczupłości części rodnych zewnętrznych, a powtórę z powodu niedostatecznego działania tłoczni brzusznej. Znaczne utrudnienie dla porodu stanowiła i ta okoliczność, że przodujący pośladek nie znajdował oparcia od przodu, z powodu braku spojenia łonowego, przez co drugi pośladek nie mógł wykonać odpowiedniego zwrotu, dla wejścia do jamy miednicy. Przy każdym bólu część przodująca naciskała na mostek skórny znajdujący się między tępymi końcami kości łonowych. Przy śledzeniu można się było przekonać, że pochwa była długą na 3 ctm., wargi zaś ujścia macicznego były zupełnie zanikane.

Rodząca opowiedziała iż miesiączkowała zupełnie prawidłowo, począwszy od 14-go roku życia. Ostatnia miesiączka była przy końcu miesiąca Lutego, ostatniego zaś Lutego odbyła pierwsze i jedyne spółkowanie. Podczas spółkowania leżała na wznak, nie doświadczała żadnego bólu, a mężczyzna, który miał z nią stosunek, nie zwrócił uwagi na jej kalectwo. I o spółkowaniu nie było żadnego krwawienia, jakie bywa przy rozerwaniu błony dziewiczej. Cięża przebiegała bez żadnych zaburzeń. Dawno już przedtem chora uskarżała się na osłabienie w nogach i prowadziła życie więcej siedzące; części płciowe utrzymywała w wielkiej czystości i tem zapobiegała szkodliwemu działaniu moczu na części sąsiednie.

Poród rozpoczął się odejściem wody płodowej, przyczem zaraz wypadła pętla pepowiny i prawa nóżka dziecięcia. Z powodu parcia przez część przodującą, przy każdym bólu na mostek skórny, zachodziła obawa by mostek ten nie uległ rozdarciu; przyczem jama brzuszna została by otworzoną. Dlatego też przystąpiono do wydobywania dziecięcia nieżywego, a przedtem zrobiono dwa głębokie nacięcia kroczka, w kierunku guzów kulszowych w celu rozszerzenia otworu pochwowego. Wydobycie było dosyć łatwe, jednak dolny odcinek macicy wyszedł znacznie na zewnątrz. Po wydaleniu łożyska było silne krwawienie z tegoż dolnego odcinka macicy.

Połów przebiegał zupełnie prawidłowo, chociaż dolny odcinek macicy leżał ciągle na zewnątrz części płciowych; na ustach macicznych utworzyło się brudne owrzodzenie, z ropną wydzieliną, które jednak przy użyciu odpowiednich środków zagoiło się.

LITZMANN, opierając się na badaniu kostnej miednicy w której brak spojenia łonowego, doszedł do wniosku, że główne zmiany kształtu tejeż zależą od działania ciężaru tułowia; w powyższym jednak przypadku zdanie to nie znalazło potwierdzenia.

LITZMANN znalazł iż kość krzyżowa była mocno wciśnięta między obie kości biodrowe, trzony kręgowy były przyciśnięte do skrzydeł kości, cała kość była w kierunku podłużnym podzieloną na dwoje, przytem kości biodrowe były niezwykle od siebie oddalone, jednym słowem miednica przedstawiała wszystkie oznaki krzywicy. Według LITZMANN'A objaśnia się to niedostatkiem punktu oporu, w skutek braku spojenia łonowego, dla przeciwdziałania ciśnieniu wywieranemu przez tułów, za pośrednictwem kręgosłupa, na miednicę. Jeżeli kości biodrowe i kulszowe nie są ściśle ze sobą połączone za pomocą spojenia łonowego, to koniecznie musi nastąpić powiększenie wymiaru poprzecznego miednicy.

Tak w przypadku FREUND'A, jako też i w przypadku opisywanym, oznak podobnych nie było wcale. Wymiary miednicy były następujące:

Dist. inter spin. 25 ctm. *Dist. inter crist.* 27 ctm. *Conj. diag.* 9 ctm. (mierzona od dolnego brzegu paska skórniego, który zastępował spojenie łonowe). *Conj. ext.* 20 ctm. (w podobny sposób mierzona). *Dist. inter. tub. isch.* 10 ctm. Od lewego kolca biodrowego przedniego i górnego do tępego końca lewej kości łonowej 13 ctm. Tenże sam wymiar ze strony prawej, 14 ctm. Odległość prawego kolca biodrowego tylnego i górnego do tępego końca lewej kości łonowej 21 ctm. Tenże sam wymiar od strony lewej ku prawej, 23 ctm. Odległość między krętarzami 34,5 ctm.

Przy poziomem położeniu kończyn dolnych i możliwym zbliżeniu kolan do siebie, uda są od siebie oddalone na 6,5—7 ctm., chociaż kości goleniowe nie są wcale skrzywione; jeżeli zaś kończyny dolne leżą swobodnie, to oddalenie między nimi jest jeszcze znaczniejsze, tak że odrazu widać iż wychód miednicy jest niezwykle szeroki. Kość krzyżowa jest wązka i długa i przebiega dosyć stromo z góry ku dołowi, tak że nie ma wgię-

cia kości krzyżowej oraz nie ma wystającego wzgórka. Tak w przypadku powyższym jak i w przypadku FREUND'A, brak spojenia łonowego nie wpłynął w niczem na zmianę kształtu miednicy. Gałęzie kości łonowych są dosyć od siebie oddalone, skrzydła kości biodrowych są nieco więcej odsunięte, co wpływa na zwiększenie odległości między krętarzami, oraz na charakterystyczne położenie kończyn dolnych. Trzeba przyjąć iż przyczyną tego braku zniepodobnienia kształtu miadnicy było wczesne skostnienie obu stawów krzyżo-biodrowych, co się stwierdza i tem, że chora nigdy nie doświadczała przeszkody w chodzeniu. Przy śledzeniu jednak, tak przez pochwę, jako też i przez odbytnicę, nie można wykryć żadnych śladów silniejszego kostnienia w okolicach stawów krzyżo-biodrowych.

Porody u kobiet dotkniętych podobnem zniepodobnieniem zdarzają się bardzo rzadko; co objaśnia się tem, że brak przedniej ściany miednicy i *ectopia vesicae* zdarza się częściej u mężczyzn niż u kobiet (41 u mężczyzn, 8 u kobiet), oraz tem że spółkowanie w takich razach odbywa się rzadko, chociaż z drugiej strony zapłodnienie bywa łatwiejszem, z powodu niskiego położenia macicy i krótkości pochwy.

W spostrzeżeniach BONNET'A i AYRES'A, dziecię urodziło się raz w położeniu czaszkowem, drugi raz w położeniu nóżkowem. Pierwsze, po rozszerzeniu palcami otworu sromnego zostało wydobytem na zewnątrz, przez pociąganie palcem wprowadzonym do ust dziecięcia. W drugim przypadku dziecię urodziło się siłami natury, ale było nieżywe. W przypadku opisanym przez LITZMANN'A poród nastąpił w 7-ym miesiącu, położenie było czaszkowe, poród przebiegał bardzo powoli, dziecię obumarło w macicy i poczęło ulegać rozkładowi, w skutek czego założono kleszcze. Matka zmarła po porodzie w skutek posocznicy. W przypadkach podanych przez GÜNZBURG'A pierwszy poród odbył się na czasie i ukończył się w 18 godzin, w położeniu czaszkowem, dziecię było żywe. Z powodu znacznego wężenia pochwy wykonano krzywe nacięcie głębokie na 1 ctm. Drugi poród ukończył się w 5 godzin. Dziecię było żywe i donoszone.

W przypadku GÜNZBURG'A miednica była niezwykle szeroką w wymiarze poprzecznym i zbliżała się kształtem do miednicy krzywicowej.

Dr. St. Kondratowicz.

Przesadzanie zębów. MAGITOT na posiedzeniu Tow. chirurg. w Paryżu, odczytał pracę o przemieszczeniu chirurgicznem w zastosowaniu do dentystyki. Przesadzanie zębów rozpada się na kilka różnych odmian: 1. Przesadzanie zębów wydobytych z zębodołów i wsadzenie ich znowu do tychże samych zębodołów albo zaraz, albo po upływie dłuższego lub krótszego czasu: *greffe par restitution*; 2. przesadzanie zębów świeżo wyciętych do innych zębodołów u tejże samej lub innej osoby: *greffe par transposition*. 3 nakoniec przesadzanie zęba nie w szczękę lecz w inną część ciała: *greffe hétérotopique*. M. tym razem zajmował się tylko pierwszym rodzajem przesadzania zębów, którego pierwsze usiłowania czynił DELABARRE i które następnie dokonywali: ALQUIÉ, TH. ANGER, PÉAN, TERRILLON i inni. Wskazanie chirurgiczne do przesadzenia zęba połączonego z jego częściowem wycięciem (*resectio*) polega głównie na rozpoznaniu obrażenia swoistego o jego odnogi (korzenia) cechującego się przewlekłym zapaleniem listka okostni, oddzieleniem się jej, zgorzelą cementu pod nią się znajdującego i wchłonięciem samej kości zębowej. Postępowanie operacyjne rozpada się na 3 części: 1 wydobyć całkowite chorego zęba; 2 odpiłowanie części jego zmienionej; 3 wsadzenie go bezpośrednio. Na 63 przypadków w ten sposób operowanych w 58 osiągnięto skutek pożądany. W razie niepowodzenia wsadzony ząb już w pierwszych dniach wypada, poprostu przez ropienie. MAGITOT w pracy swej doszedł do ostatecznych wniosków następujących: 1. Zapalenie okostni wierzchołka korzenia zębowego, powikłane obrażeniami części przyległych, zapalenie rozlane (*phlegmone*), ropień, oddzielenie i zgorzeł szczęki, przetoki pojedyncze i złożone nie wyłączają postępowania zachowawczego. 2. Postępowanie chirurgiczne polega na odpiłowaniu części zepsutej korzenia, po chwilowem wydobyciu zęba i następnie wsadzeniu go w toż samo miejsce. 3 Wynikiem wyleczenia jest ustanie wszelkich przypadłości, rzeczywiste wrośnięcie zęba przez powrocie zupełnego jego związku z naczyniami i przywrócenie jego używalności.

(Spraw. w Gaz. méd. de Paris. Nr. 6—1879).

J. R.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Poznań. Zakład oftalmiczny d-ra B. WICHERKIEWICZA. Zakłady oftalmiczne są u nas jeszcze rzadkością w porównaniu z zagranicą, gdzie, szczególnie w Niemczech, niemal w każdym większym mieście znajduje się klinika oftalmiczna lub także zakład prywatny. W Królestwie Polskiem Warszawa jest pod tym względem najbogatszą, bo oprócz instytutu oftalmicznego ks. LUBOMIRSKIEGO istniejącego od 1827 r., a zostającego pod kierownictwem prof. SZOKALSKIEGO, lecznicy ocznej d-ra DOBRZAŃSKIEGO, posiada jeszcze oddział oczny w szpitalu starozakonnych, ale za to kliniki okulistycznej przy uniwersytecie nie ma wcale! W Warszawie jest aż 8 okulistów. Ale zato na prowincyi nie ma ani jednego okulisty, ani jednego zakładu tego rodzaju. Na Litwie mamy tylko zakład oftalmiczny hr. TYZENHAUZA, prowadzony przez d-ra CYWIŃSKIEGO w Wilnie. W Kijowie jest tylko klinika uniwersytecka. Na Podolu i Wołyniu nie ma ani jednego zakładu, ani jednego okulisty. W Galicyi prócz kliniki okulistycznej uniw. pod dyrekcją prof. RYDLA w Krakowie, istnieją oddziały oczne przy szpitalu starozakonnych tamże i przy szpitalu powszechnym we Lwowie (dr. KILARSKI).

W. Ks. Poznańskie pod tym względem pozostawało w tyle, pomimo swego sąsiedztwa z Niemcami. Dr. Bolesław WICHERKIEWICZ, b. asystent d-ra Aleks. PAGENSTECHER'A w Wiesbaden, uwzględniając potrzebę kraju założył w Poznaniu „Zakład leczniczy dla ubogich chorych na oczy”. Mamy przed sobą pierwsze sprawozdanie z czynności lekarskiej tego zakładu, skreślone przez jego założyciela i kierownika, za czas od 1 Lipca 1877 r. do 31 Grudnia 1878 (Poznań 1879, w druk. J. I. KRASZEWSKIEGO, str. 22).

Pierwotnie dr. W. założył 1 Lipca 1877 r. instytut oftalmiczny z polikliniką; w instytucie urządzono tylko kilka łózek, a w miarę wzmagającego się napływu chorych ilość łózek pomnażano, tak że od 1/2 roku wzrosła ona do 15-stu. Zakład urządzony został w zamiarze niesienia pomocy ubogim chorym na oczy: dziennie płaci się 1,25 mar. i za to chory otrzymuje całkowite utrzymanie i mieszkanie, pomoc zaś lekarska, a niekiedy i lekarstwa udzielają się niezamownym bezpłatnie; zamożniejsi płacą dziennie 2 marki. Do zakładu przyjmują się chorzy bez względu na ich narodowość i religiję. Dochód i rozchód zakładu za ubiegłe 1 1/2 roku wynosił 4420 mar.; główny dochód pochodził z opłaty za utrzymanie chorych (2956 mar.), z dodatku z kasy prywatnej (1087 mar.) i datków zebranych za pośrednictwem red. Kur. Poznańskiego (295 mar.); w liczbie 37 ofiarodawców naliczyliśmy 19 księży.

W zakładzie udzielono pomocy 2875 chorym. Z tej liczby przypada: na m. Poznań 1327, pow. Pozn. 525, obwód rejencji Pozn. 505, obwód rejencji Bydgoskiej 347, Król. Pruskie 64, Król. Polskie 77, Galicyję 16, zagranicę 14. Z liczby chorych przypada: na narodowość polską 2144 (w tej liczbie zapewne są i żydzi?), na narodowość niemiecką 731; mężczyzn było 1355, kobiet 1520. Wyzdrowiało 2282, polepszenia doznało 110, nieuleczalnych obejrzano 109, nieuleczono 21, jednorazowo udzielono poradę 312, pozostało 95.

Podług chorób: cierpienie spojówki 266, rogówki 204, białkówki 6, tęczówki 17, naczyńkiwi 15, jaskra 8, n. wzrokowy i siatkówka 27, niedoślep i ślepotą 11, chor. soczewki 56, ciałka szklonego 20 (w jednym przyp. rozpoznano *sublatio corp. vitrei*; ani razu nie spostrzegano wągra), gałki 13, zboczeń refrakcyi 66, akkomodacyi 85, chorób mięśni 34, n. trójdzielnego 4, przewod. żowego 25, oczodołu 1, powiek 104.

Operacyi wykonano 300, z tych najwięcej oper. zaćmy (69), irydektomii (72), tenotomii m. prost. wewn. (29) i oper. *distichiasis* (29). Z oper. zaćm zrobiono: 1) *extr. lin. GRAEFFE'GO* 9 (wynik 7 dobry, 2 mierny); 2) *extr. lin. modif. GRAEFFE'GO* 31 (27 dobr., 2 mier., 2 żaden); 3) *extr.* w zamkniętej torebce 3 (3 dobr.); 4) *discisio* 14 (13 dobr., 1 mier.); 5) *discisio catar. secundariae* 12 (11 dobr., 1 mier.). Raz była zrobiona *transplantatio corneae*, jak zwykle z wynikiem ujemnym. Wycięcie całej zawartości oczodołu autor trafnie nazywa *exenteratio orbitae*, dla odróżnienia od wyjęcia li tylko gałki ocznej (*extirpatio bulbi*). W ogóle wynik operacyi okazuje się dość świetnym. Kilka z ciekawszych

przypadków, spostrzeganych w zakładzie, kol. W. opisał szczegółowo w pismach lekarskich, do takich należy wrodzony brak obu gałek ocznych u niemowlęcia (*anophthalmia congen. duplex*) podany w *Klin. Monatsblätter f. Augenheilkunde* i spostrzeżenie gliosarcomatu operowanego u 2-letniego dziecka, ogłoszone w PRZEGLĄDZIE LEKARSKIM.

Ze sprawozdania dowiadujemy się, że dr. W. oczy sztuczne wypisuje od fabrykanta z Wiesbaden, który zaopatruje takowemi jego chorych znacznie taniej niż fabrykanci francuzcy.

Witamy to pierwsze sprawozdanie młodego zakładu oftalmicznego w Poznaniu, życząc mu dalszego rozwoju na drodze postępu. Sprawozdanie to odczytaliśmy z przyjemnością. Napisano je nie tylko dla lekarzy, lecz i dla publiczności, od której kol. W. słusznie domaga się szlachetnego poparcia. Przez ogłoszenie tego sprawozdania drukiem, chciał autor zapoznać mieszkańców W. Ks. Poznańskiego ze swoją pożyteczną działalnością dla cierpiących na oczy ubogich chorych, którzy przed tem po macoszemu byli traktowani.

Dr. J. Talko.

WIADOMOŚCI Z CESARSTWA.

Zaraza morowa. „*Journal de St.-Petersbourg*” podaje następujące liczby zapadłych na zarazę morową i z niej zmarłych w tych miejscowościach gub. Astrachańskiej, w których zaraza ta panowała, a mianowicie: W Wetlance zachorowało 357, zmarło 296; w Pryszybie zachorowało 16, w Staricy 9, w Nikolskiej 2, w Udacznoj 1, wszyscy zmarli; w Michajłowskiej zachor. 4, zmarło 3 i w Selitrennoj zach. 32, zm. 30. W ogóle zachorowało 421, zmarło 357 t. j. 84,8⁰/₁₀₀. W Wetlance w 283 domach znajdowali się chorzy na zarazę morową, w 200 z tych domów dłużej niż miesiąc mieszkaly rodziny chorych lub zmarłych i nie poniosły żadnego szwanku na swoim zdrowiu; 41 domów całkiem opustoszało. Dr. KRASSOWSKI i niektórzy inni lekarze są zdania, że jedynie tylko te 3 domy, które służyły jako szpitale zasługują na spalenie.

Oprócz podanych poprzednio delegatów zagranicznych przybyli na miejsce zarazy następujący lekarze jako delegaci: Szwecyi i Norwegii dr. DUNER i MALTHÉ, Francyi prof. ZUBER i Emile LALLEMONT i Danii dr. FEILBERG.

OGŁOSZENIA.

WODOLECZNICA NOWE MIASTO NAD PILICĄ Zakład Przyrodoleczniczy.

Cały rok w zimie i w lecie otwarty, przyjmuje cierpiących na choroby nerwowe, niezłyty żołądkowo-kiszczkowe, choroby wątroby, śledziony, nerek, pęcherza, macicy i skóry; reumatyzmy, niemoc, nasieniotok, bezpłodność i różne zakażenia jak rżęciowe, zimnicze i t. p. Najskuteczniejsze leczenie w Marcu, Kwietniu, Maju, Sierpniu, Wrześniu i Październiku.

Blizsze objaśnienia w Zarządzie Zakładu w Nowem-Mieście nad Pilicą, lub też w Ap-tece p. KUCHARZEWSKIEGO w Warszawie, Senatorska 480. Dr. Jan Bielński

ZAKŁAD LECZNICZY DLA KOBIET D-rów ROGOWICZA i BERNHARDA w Warszawie, aleja Ujazdowska, Nr. 14.

Istniejący od r. 1868.

Przyjmuje osoby ciężarne, rodzące, oraz dotknięte wszelkiemi chorobami kobiecemi oprócz nieuleczalnych. W razie potrzeby zachowanie zupełnej tajemnicy jest zapewnione. O warunkach przyjęcia dowiedzieć się można pod wskazanym adresem zakładu.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

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