

# GAZETA LEKARSKA.

ZE SZPITALA DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE.

## I. PARĘ SŁÓW O KONWALII MAJOWEJ PRZY CIERPIENIACH SERCA I NEREK.

Podał

**M. Jakowski,**

ordyn. oddziału wewn. kobiecego tegoż szpitala.

—{—{—{—

Dążąc do wyszukiwania środków, mogących zastąpić naparstnicę, miano na uwadze, aby środek taki nie wywoływał żadnych o ile możności ubocznych działań, był dobrze znoszony przez przewód pokarmowy, a wreszcie ażeby mógł być stosowany przez czas dłuższy bez koniecznej kontroli lekarskiej. Idąc w tym kierunku zwrócono uwagę, między innymi, na konwalię majową, środek znany powszechnie w medycynie ludowej.

W ciągu ostatnich piętnastu mniej więcej lat opinie, wygłoszone w prasie lekarskiej o tym środku, bywały tak krańcowe różne i do siebie niepodobne, że nie stosując go na szerszą skalę i przez czas dłuższy, trudno byłoby wyrobić sobie o nim zdanie, w tym lub innym kierunku. Gdy jedni liczyli, że w konwalii znaleźli środek, mogący najzupełniej zastąpić naparstnicę, a nieposiadający równocześnie niektórych niepożądanych dla chorego skutków tej ostatniej, inni odmawiali mu najzupełniej jakiegobądź terapeutycznego działania, a nawet widzieli wprost szkodliwy wpływ na krążenie i na przewód pokarmowy.

Do zwolenników konwalii w pierwszym szeregu zaliczyć należy GERMAIN SÉE i BOTKIN'a. Pierwszy z nich w pracy ogłoszonej z BOCHEFONTAINE'em <sup>1)</sup> jak i sam <sup>2)</sup> w swem studyum czysto klinicznym wypowiada zdanie, że konwalia działa dobrze we wszystkich przypadkach, w których na skutek złej kompensacji wad zastawkowych serca, dochodzi do obrzęków, przy arytmii serca zależnej zarówno od wyczerpania nerwu błędnego jak i wyczer-

<sup>1)</sup> SÉE et BOCHEFONTAINE. Recherches sur un nouveau médicament cardiaque. Propriétés physiolog. du convall. majalis. Compt. rend. XCV. Nr. 1 1882.

<sup>2)</sup> SÉE. Un nouveau médicament cardiaque, recherches sur convall. majalis. Union médic. 1882. Nr. 104—107.



pania mięśnia sercowego i wogóle w źle kompensowanych niedomykalnościach zastawki dwudzielnej lub półksiężycowych aorty, i przy zwężeniu ujścia żylnego lewego; przeciwwskazań do stosowania konwalii SÉE nigdy nie widział; środek ten jest dobrze znoszony przez przewód pokarmowy i nie działa źle na więzy nerwowe. TAYLOR<sup>3)</sup>, ROBERTS<sup>4)</sup>, BRUEN<sup>5)</sup>, FERREIRA<sup>6)</sup> i inni, a w nowym piśmiennictwie GLUZIŃSKI<sup>7)</sup> widzieli bardzo dobre działanie konwalii przy obrzękach, przy zwężeniu ujścia żylnego lewego, przy zapaleniu nerek przewlekłym, a GLUZIŃSKI widywał dobre działanie konwalii tam niekiedy, gdzie naparstnica nie działała; ten ostatni autor zaleca także stosowanie konwalii majowej i gorzykwiatu wiosennego dla podtrzymania poprawy w działalności serca, którą osiągnęło się uprzednio za pomocą naparstnicy.

Zupełnie inaczej zapatrują się na konwalię HERSCHEL<sup>8)</sup>, STILLER<sup>9)</sup>, MARAGLIANO<sup>10)</sup>, PEL<sup>11)</sup>, a wreszcie najkategoryczniejszy ze wszystkich LEUBUSCHER<sup>12)</sup>, który zupełnie odrzuca i nie uznaje działania terapeutycznego tego środka. STILLER nie podziela poglądu SÉE, MARAGLIANO i PEL'a zaznaczając, że wprawdzie przez pewien czas działa wzmacniająco upośledzoną czynność serca, lecz działanie to szybko ma przechodzić, HERSCHEL zaś widział niepożądane skutki stosowania konwalii a mianowicie już po 5 kroplach nalewki: upadek tętna, zawrót głowy, nudności i t. p.

Przyczyny tak różnorodnych i całkiem odmiennych poglądów zdaje mi się są dwie. Z jednej strony przekonano się [LOEWENTHAL<sup>13)</sup>, FRIEDLAENDER<sup>14)</sup>], że w badaniach dokonanych z *Convallamariną* autorowie niezawsze posiadali preparat o jednym i tym składzie i jednakich własnościach fizyologicznych i terapeutycznych, co zależało od tego, że glykozyd ten czerpano z różnych fabryk a co zatem idzie i sama roślina używana do naparu lub nalewki nie we wszystkich krajach mogła być jednaką co do swych własności. Z drugiej strony wydaje mi się słusznem twierdzenie, że niektórzy autorowie zbyt

3) TAYLOR. Jahresb. Virch-Hirsch. 1883. I. 486.

4) ROBERTS. Jahresb. Virch-Hirsch. 1884. I. 392.

5) BRUEN. Jahresb. Virch Hirsch. 1885. I. 438.

6) FERREIRA. Note clinique sur servir a fixer la valeur therapeutique du convallar. majalis. Union medical. 1885. Nr. 173.

7) GLUZIŃSKI A. Gorzykwiat wiosenny i konwalia majowa jako środki mające zastąpić naparstnicę. Przegl. Lek. 1884. Nr. 46—49.

8) HERSCHEL. Jahresb. Virch-Hirsch. 1883. 436.

9) STILLER B. Versuche über Convallaria majalis bei Herzkrankheiten. Wiener. med. Woch. 1882. Nr. 44—46.

10) MARAGLIANO. Convallaria majalis. Convallarín, Convallamarin. Centr. f. d. med. Wiss. 1883. Nr. 43.

11) PEL. Ueber die Anwendung von Convallaria majalis bei Herzkrankheiten. Centr. f. gesamt. Therapie 1802.

12) LEUBUSCHER. Physiologische und Therapeutische Wirkung d. Convallamarins. Zeitschr. f. klin. Med. 1884. VII. 581.

13) LOEWENTHAL. Jahresb. Virch-Hirsch. 1885. I. 392.

14) FRIEDLAENDER. Jahresb. Virch-Hirsch. ibid.,



śpiesznie i na małym opierając się materyale klinicznym, wydawali swe zalecające lub potępiające sądy, co zwłaszcza powiedzieć można o pracach ogłoszonych w Anglii i Ameryce północnej; prace te zjawily się prawie bezpośrednio po ogłoszeniu pierwszych o tym środku spostrzeżeń.

Zadaniem mojem było podanie w niniejszym komunikacie rezultatu do jakich doszedłem stosując konwalię majową u chorych w oddziale wewnętrznym prowadzonym przezemnie w szpitalu Dzieciątka Jezus. Stosowałem ją w odpowiednich według mego zdania przypadkach w ciągu lat przeszło siedmiu i rezultaty mych spostrzeżeń tutaj pokrótce komunikuję. Nie zamyslałem podawać szczegółowych historii chorób, nie chcąc obciążać tego krótkiego sprawozdania i nużyć czytelnika. Nadmienię tylko, że stosowałem konwalię u dorosłych w postaci naparzu—*infusum* [4,0—180,0] lub nalewki—*tinctura*, przygotowanej w stosunku 1:12 alkoholu 90%; dawki dobowe wynosiły więc 2,0 w naparzu lub 45—60—80 kropeł dziennie nalewki. Czystego glikozydu *convallamarin* u chorych nie stosowałem.

Zastanawiając się nad całym szeregiem organicznych zastawkowych wad serca, jakie miałem sposobność obserwować na oddziale i w praktyce prywatnej muszę z góry zaznaczyć, że tylko w przypadkach niedomykalności zastawki dwudzielnej samej lub skombinowanej ze zwężeniem ujścia żylnego lewego, widziałem dodatnie działanie konwalii, toż samo powiedzieć mogę o paru zaledwie spostrzeganych przezemnie przypadkach samodzielnego zwężenia ujścia żylnego lewego. Co się tyczy wad zastawek półksiężycowych aorty, to czy to dlatego, że zdarzało mi się obserwować już dość wysoko rozwinięte zmiany z wyraźnymi objawami dyskompensaty, czy też dlatego że wogóle naparstnica i pokrewne jej środki, jest mniej w takich razach odpowiednią, ale wbrew twierdzeniu SÉE'a nie widziałem tu nigdy dodatniego wpływu konwalii, zaś mówiąc już o tem, że w tych razach prędzej i łatwiej niż kiedyindziej występowały przy już istniejącej dyskompensacie objawy zaburzeń w przewodzie pokarmowym przy stosowaniu tego środka, a głównie mdłości i niekiedy wymioty.

Przy wadach zastawki dwudzielnej stosowałem konwalię albo przy zaledwo rozpoczynających się objawach zaburzeń wyrównania, albo też u chorych obłożnie z rozwiniętym całym prawie klasycznym obrazem dyskompensaty. Pierwszej kategorii chorzy, bylito przeważnie ludzie inteligentni, zwracający na swój stan uwagę, którzy wiedzieli o swem cierpieniu i szukali porady na skutek szybszego i łatwiejszego, niż zwykle męczenia się i lekkiej duszności przy ruchu, zwłaszcza pod górę, a czasami nieznaczego obrzęku nóg. Dwa do trzech dni spokoju odpoczynku od pracy, obok podania konwalii z początku w naparzu a następnie przy zwykłym już sposobie życia przez 2—3 tygodni w nalewce stopniowo pod koniec zmniejszając dawkę wystarczało, aby stan zdrowia chorych takich wracał do normy, objawy subiektywne znikaly, tętno stawało się rzadszem i pełniejszym, nieznaczne obrzęki znikaly całkowicie. U drugiej kategorii chorych z cierpieniami zastawki dwudzielnej, jakkolwiek rezultat niezawsze był tak widoczny jak u pierwszych, zawsze jednak w większości przypadków, śmiało rzec mogę, dodatni. Byli to przeważnie



chorzy szpitalni z bardzo częstym tętnem, powiększonym znacznie wymiarem poprzecznej tępości serca, małą ilością moczu, o wysokim ciężarze gatunkowym i zawierającym białko, z powiększoną znacznie wątrobą, obrzękami kończyn lub przesiękami. O ile stan ich nie zdawał się wymagać zastosowania natychmiastowego naparstnicy, obok rozumie się spokoju zupełnego i odpowiedniej diety, podawałem im konwalię w naparze i w niektórych razach po 5—6 dniach używania zauważyć mogłem widoczną poprawę, głównie i na początku zaznaczają się zwolnieniem tętna, zmniejszeniem się objętości wątroby i wzmożeniem filtracyi przez nerki.

Muszę tu jednak przyznać, że w większości przypadków pożądaný ten rezultat nie występował i musiałem się uciekać do podania naparstnicy a dopiero po stosowaniu jej w ciągu 4—6 dni rezultat osiągnięty za pomocą tego środka, przy zachowaniu jak zawsze, jak to zresztą wyżej nadmienilem, spokoju i odpowiedniej diety, a niekiedy nawet podanie środków ekscytujących [kamfora i kofeina] o ile stan chorego tego wymagał, nadal podtrzymać się starałem za pomocą dalszego stosowania konwalii, o ile chorzy ją znosili.

Tutaj mogę powiedzieć występowała dopiero owa dodatnia strona konwalii. Jeśli tylko po paru dniach używania leku okazało się że chory go znosi, że nie doznaje po nim mdłości i nie wymiotuje, wówczas przez parę tygodni nieraz podawałem go, najczęściej bez przerwy, rzadko zaś kiedy przerywając na dzień lub dwa i wówczas rezultat otrzymany w pierwszych dniach przy naparstnicy stopniowo coraz się wyraźniej zaznaczał. Wątroba stopniowo zmniejszając się wracała do normy obrzęki znikwały, ilość moczu znacznie wzrastała, nieraz do 3000 ctm. sz., ilość białka w nim zmniejszała się, aż wreszcie znikła zupełnie. Tutaj więc sprawdzało się zdanie GŁUZIŃSKIEGO, który gorzykwiat i konwalię zalecał jako środki podtrzymujące nadal poprawę działalności serca, osiągniętą przez naparstnicę.

Na zasadzie siedmioletniego, jak to zaznaczyłem doświadczenia, ośmieliłbym się bardzo gorąco polecać stosowanie konwalii w takich właśnie razach i w taki mianowicie, jak to podalem, sposób przy wadach zastawki dwudzielnej przy dłuższem użyciu, jak to nadmienilem tylko co, trzeba było robić niekiedy jednodniowe lub kilkodniowe przerwy, robiłem je albo z tego względu, ażeby chory nie przyzwyczajał się zbyt znacznie do używania leku, albo wreszcie dlatego, że u niektórych chorych po dłuższem stosowaniu zjawiało się lekkie rozwolnienie, które jednak po usunięciu chwilowem leku ustępowało. Dodam tu, że częściej widywałem rozwolnienie przy używaniu konwalii w naparze niż w nalewce, niekiedy bywało tak, że chorzy którzy nie znosili go w naparze, znosili go dobrze pod postacią nalewki alkoholowej.

Mówiąc o stosowaniu konwalii u chorych z organicznymi wadami zastawkowymi serca winienem tu dodać, co uważam za rzecz niezmiernie wagi, iż kilkakrotnie, chociaż niezbyt często, spostrzegałem, że konwalia działała w takich przypadkach nawet, w których naparstnica nie okazywała efektu lub nie była znoszona. Pamiętam z prywatnej praktyki jeden przypadek, gdzie naparstnica była stosowaną przez 3 tygodnie i pod koniec wystąpiły wyraźne objawy nieznoszenia tego leku; po podtrzymaniu w ciągu 4 dni czynności ser-



ca za pomocą leków ekscytujących [kofeiny] zastosowałem u tego chorego konwalię w naparze a potem w nalewce i objawy dyskompensaty [obrzęki, powiększoną wątrobę, zwiększenie znaczne wymiarów serca] po trzech tygodniach używania, przy zupełnym zresztą spokoju ustąpiły bez śladu.

Mówiąc o przeciwnikach konwalii, jako środka terapeutycznego wspomniałem o PEL'U, który stanowczo odmawia jej działania na mięsień sercowy. Z obserwacji moich wypada, że trudno mi jest zgodzić się ze zdaniem tego autora. W całym szeregu przypadków, w których na podkładzie ogólnej niedokrwistości, czyto po dłuższych wyniszczających cierpieniach czy np. w blednicy, występowały objawy zmęczenia i wyczerpania mięśnia, gdzie występowała łatwo duszność przyspieszenie tętna, a niekiedy nawet po większych zmęczeniach i powiększenia wymiarów serca, udawało mi się spostrzegać bardzo wybitną poprawę w czynności serca po podaniu konwalii obok ogólnie wzmacniającego leczenia, stosowanego ze względu na ogólną bezkrwistość. Zazwyczaj w takich razach stosowałem konwalię w nalewce wysokowej, jako preparat lepiej znoszony przy dłuższym używaniu aniżeli napar (*infusum*) Do tej samej kategorii przypadków muszę odnieść i te wcale niezłe rezultaty, jakie zdarzało mi się spostrzegać u suchotników przy przyspieszonym tętnie i duszności, występujących pod wpływem zmęczenia i utrudzenia. Znam przypadki gruźlicy płuc, o bardzo przewlekłym przebiegu, w których chorzy przy zwykłym swym trybie życia, od czasu do czasu co parę miesięcy używają z mego zalecenia konwalię w ciągu dwóch do trzech tygodni na skutek duszności, powiększenia wymiarów serca, przyspieszonego tętna i obrzęku kończyn dolnych. Zawsze prawie chorzy ci, po użyciu parotygodniowem konwalii w nalewce spirytusowej subiektywnie czują się znacznie lepiej, tętno spada, nieraz ze 120 do 80 na minutę, obrzęki znikają bez śladu lub bardzo się znacznie zmniejszają. I w tych przypadkach mogę sobie wytłumaczyć nieomylną poprawę, bo zresztą chorzy najczęściej nie zmieniają nic w swym sposobie życia i zachowania się, jedynie drogą odpowiedniego wzmocnienia mięśnia sercowego, osiągniętego przez podawanie konwalii.

Zwracając się do zaburzeń w innerwacji serca i zależnej od niej nieprawidłowej czynności tego narządu, zaznaczam, że stosowałem konwalię w przypadkach arytmii przy ogólnym podkładzie nerwowym (*hysteria, neurasthenia*) w czystej *tachycardia paroxysmalica*) a wreszcie w dwóch przypadkach *neurasthenia cordis vasomotoria* [ROSENBACH <sup>15)</sup>], obu zależnych od zatrucia przewlekłego nikotyną. Rozumie się samo przez się, że we wszystkich przypadkach, zaliczonych przezemnie do kategorii nerwowych zaburzeń serca nie było żadnych objawów fizykalnych ze strony serca, mogących nasuwać podejrzenie o istnieniu jakiegobądź zastawkowej lub mięśniowej wady serca, a obok tego bardzo często istniały objawy ogólne, uzasadniające rozpoznanie nerwowego charakteru cierpienia.

Arytmia w uderzeniach serca i w tętnie, zdarza mi się widywać u hysterzyckich stosunkowo nierzadko; zjawiają się one najczęściej pod wpływem ja-

<sup>15)</sup> ROSENBACH. Herzkrankheiten. Real-Encyklop. EULENBURG'a. T. IX.



kichś pobudek psychicznych, najczęściej obawy lecz i bez tego nieraz po większem zmęczeniu, zwłaszcza u histeryczek lieho odżywianych, czasami zdarzało mi się spostrzegać, iż stan taki utrzymywał się po dni kilka. U tego rodzaju osobników zazwyczaj stosowałem konwalię z dodatkiem bromku sodu; już po 36—48 godzinach arytmia znikała. Stosując niekiedy dla próby sam bromek sodu nie otrzymywałem nigdy tak szybkiej poprawy i dla tego rezultaty pomyślniejsze muszę przypisywać dodatkowi konwalii. Zwykle dodaję do 0,6 *natrii bromati* w roztworze p 10—20 kropel nalewki konwaliowej na dawkę dwa do trzech razy dziennie.

W przypadkach blednicy, u histeryczek lub wogóle u osobników młodych z systematem nerwowym łatwo pobudliwym dość często zdarza mi się widywać t. zw. napadowe kołatanie serca (*tachycardia paroxysmatica*) i tu rzec mogę najlepsze rezultaty udawało się otrzymać przy zastosowaniu tej samej kombinacji bromku sodu z konwalią, jak to tylko co wspomniałem, mówiąc o napadach niemiarowych skurezów serca. Powiedziałbym, że rezultaty w tych przypadkach zdarzało mi się widywać jeszcze widoczniejsze, niż przy arytmii. Chorzy, zwłaszcza nie mogący częściej widywać lekarza, w takich razach sami sobie bardzo często przygotowują lek według tego przepisu, co łatwo w każdej chwili zrobić mogą, mając w zapasie oba te środki, a mieszkając nieraz na wsi zdala od lekarza i apteki. A przyznać trzeba, że śmielej można zalecić takiemu choremu użycie w razie potrzeby, choćby wielokrotne konwalii, zwłaszcza jeśli się wypróbowało na niem jej działanie, aniżeli takiego środka jak naparstnica, choćby w najostroźniejszych dawkach podana.

Wspomniałem już, że miałem sposobność wyprobowania dobrego wpływu konwalii również w kombinacji z bromkiem sodu w dwóch przypadkach t. zw. neurastenii serca *neurasthenia cordis vasomotoria* według nazwy nadanej jej przez ROSENBACH'a. W obu przypadkach przyczyną było nadużywanie tytoniu, a w pierwszym prócz tego u człowieka pracującego umysłowo i nadmiar tej pracy. O pierwszym z tych przypadków chcę tu nadmienić słów kilka. Dotyczył on nauczyciela, pracującego i na polu literackim, który w ciągu kilku ostatnich miesięcy zmuszony był dużo pisać a przytem palił niezmiernie dużo papierosów, co jak twierdził, bardzo mu w pracy miało pomagać. Podczas odpoczynku letniego, w kilka dni po skończeniu pracy literackiej, zaczął doświadczać bicia serca, zwłaszcza przy ruchu, tak iż w końcu nie mógł przejść 10 kroków, nie mógł się ubrać rano lub rozebrać wieczorem bez uczucia silnego kołatania serca, prócz tego doznawał silnego kłójącego bólu w dolnej części mostka i po stronie lewej klatki piersiowej a prócz tego bardzo często przy silniejszych atakach, jakby uczucie zamierania w okolicy serca a niekiedy nawet uczucie strachu niewytłomaczonego i obawy nagłego zgonu. Wychudł, stracił łaknienie, tętno bywało bardzo przyspieszone 100—140 na minutę, lecz przy tem bardzo zmienne i wahające się co do ilości uderzeń, a przeskoki od 100 do 140 uderzeń zdarzały się prawie ciągle. Badanie fizykalne w sercu żadnych zmian nie wykrywało, nerki były zupełnie zdrowe w innych narządach zmian żadnych nie mogłem skonstatować. Chory był zmuszony przerwać swe zajęcia, przestał palić nie nie pijał. Ponieważ nie



można było, ze względu na wiek chorego po za 40 laty, wykluczyć istnienia stwardnienia tętnic wieńcowych serca, nie można więc było być zupełnie pewnym, że nie mamy tu do czynienia z dusznicą bolesną o niezupełnie wyraźnych napadach. Systematyczne stosowanie jodku potasu nie okazywało najmniejszego wpływu, pomimo spokoju, jaki choremu zalecono; przy najmniejszym ruci u napady się powtarzały. Dopiero po zaleceniu konwalii, początkowo samej, a potem z bromkiem sodu, przy zupełnym spokoju, odpowiedniej dyecie [chory sam już uprzednio przestał palić] zjawiała się stopniowo poprawa, a po kilku tygodniach napady znikły bezpowrotnie; obecnie już trzy lata czuje się zupełnie dobrze. Chorego tego, wraz ze mną, obserwowało kilku jeszcze naszych warszawskich kolegów.

W drugim obserwowanym przeze mnie przypadku neurastenii serca od zatrucia nikotyną, u człowieka młodego, studenta uniwersytetu, odrazu prócz spokoju, powstrzymania się od palenia i odpowiedniej diety mlecznej, zaleciłem konwalię z bromem; chory po 2 tygodniach był wolny od napadów, a następnie wyjechał na kurację hydropatyczną.

Przechodząc do stosowania konwalii w pewnych razach przy zapaleniu nerek, winienem tu zaznaczyć, że mam na myśli jedynie chroniczne zapalenie, chorobę Bright'a, w której wykazać można było w anamnezie ostry początek z obrzękami, a niekiedy krwawieniem. Stosując tu konwalię, zawsze mam na uwadze wzmacnianie czynności serca, a tą drogą zwiększenie filtracji przez mniej lub więcej zmienione nerki. Za właściwą więc ją uważam w tych, licznie napotykanych w praktyce szpitalnej wśród ludzi niezamężnych, przypadkach, w których chory przybywa na oddział opuchnięty, z dusznością, małą ilością moczu i wielką ilością w nim białka. O ile niema objawów mocznicowych, a tętno jest niezłe, jeszcze zwykle obok diety mlecznej stosuję samą konwalię odrazu, w przeciwnym razie, t. j. wtedy, gdy tętno jest złe, razem z kofeiną przez dni parę. Jeśli można liczyć jeszcze na to, że czynność serca się poprawi pod wpływem spokoju, diety i tego środka—zwykle widzujemy już po 2—3 dniach używania wzmocnienie tętna, znikanie stopniowe obrzęków, zwiększanie się stopniowe ilości moczu nieraz do 3000 lub 4000 ctm. sz. i stopniowe zmniejszanie się ilości zawartego w nim białka, lub całkowite nawet tegoż zniknięcie. Zwykle w ciągu dwóch do trzech tygodni chorzy tacy wypisują się ze znaczną poprawą, w stanie tylko co opisanym. Zdarzają się chorzy, którzy w ciągu ostatnich kilku lat parokrotnie bywają na oddziale z powodu pogorszenia stanu ich choroby i po zastosowaniu zazwyczaj wspomnianego leczenia jeśli tylko nie przybyli w takim rozpaczliwym stanie, że nie już z nimi poradzić nie można — opuszczają szpital z poprawą, aby po jakimś czasie znów do niego zawitać, gdy nędzne biedne warunki życia znowu sprowadzają pogorszenie ich przewlekłego cierpienia. W przewlekłym przebiegu marskości nerek na gruncie najczęściej arteriosklerozy, nie zdarzało mi się stosować konwalii, gdyż przypadki te nie przedstawiają stosownego do jej podania materiału, ze względu na rzadko przy nich napotykaną i nieznacznie zaledwie obrzęki.



Dodatkowo chcę tu nadmienić, że jako *diureticum*, drogą wzmacniania czynności serca, stosowałem też konwalię przy przesiękach w jamie brzusznej i jamach opłucnej, przy zwykłej marskości wątroby (*cirrhosis hepatis atrophica*) i jakkolwiek dotąd spostrzegałem niewiele szpitalnych tego rodzaju przypadków, mogę jednak powiedzieć, że w tych razach działanie moczopędne konwalii było bardzo widoczne i stosunkowo dość szybkie. Toż samo twierdzi i FERREIRA w pracy swej z roku 1885.

Wreszcie kilkakrotnie próbowałem konwalii w połączeniu z jodkiem potasu przy napadach dusznicy oskrzelowej (*asthma bronchiule*), wtedy mianowicie, gdy wskutek długotrwałych lub często powtarzających się napadów powstają zaburzenia cyrkulacyjne w płucach. U jednej zwłaszcza 35-letniej chorej, którą obserwuję od lat kilku, mogłem przekonać się dowodnie, że przy podawaniu jodku potasu z konwalią zaburzenia cyrkulacyjne po napadach znikają daleko prędzej niż dawniej, gdy stosowałem u niej sam jodek potasu. Jeszcze w r. 1882 SÉE zalecał stosowanie tej kombinacji przy *asthma cardiacum*.

Kilkakrotnie wspomniałem o nieznoszeniu konwalii przez niektórych chorych. Nadmienić tu muszę naprzód, że takiej nietolerancji, o jakiej wspominał HERSCHEL, przez okres, jak to nadmieniał wyżej siedmioletni, ani razu nie napotkałem, chociaż stosowałem ten środek zarówno w praktyce szpitalnej, jak i po za szpitalnej bardzo często; ani upadku tętna ani zawrotów głowy ani tym podobnych groźnych zaburzeń nie widziałem. Niektórzy chorzy nie znoszą konwalii, lecz to objawia się najczęściej zaraz na początku używania młodościami i wymiotami. Nietolerancja u innych niektórych chorych przejawiała się rozwolnieniem, niezbyt zresztą silnem i dopiero po dłuższem, kilkotygodniowem podawaniu leku; odstawienie jednak konwalii na jeden lub kilka dni najzupełniej wystarczało do ustąpienia tego zaburzenia w trawieniu.

Sierpień 1897.

---

Z KLINIKI CHORÓB NERWOWYCH PROF. A. SZCZERBAKA.

---

## II W KWESTYI CIERPIEŃ CZĘŚCI KRZYŻOWEJ RDZENIA I STOŻKA RDZENIOWEGO.

Napisał

**Dr med. E. Bregman,**  
ordynator kliniki.

---

Cierpienia najniższego odcinka rdzeniowego i ogona końskiego w ciągu lat ostatnich były przedmiotem badania wielu poważnych klinicystów i odnośne spostrzeżenia, skrzętnie notowano. Wyniki tych poszukiwań zaznaczyły się w dwojakim kierunku: 1) we względnie dokładniejszego określania zajętego odcinka; 2) w różniczkowaniu między cierpieniem samego mlecza a cierpieniem odnośnych korzeni.



Co się tyczy punktu pierwszego, to RAYMOND <sup>1)</sup> dla celów klinicznych zaproponował odgraniczenie stożka końcowego nieco odmiennie od określenia anatomicznego, a mianowicie poniżej odejścia 3-go korzenia krzyżowego [w anatomii—poniżej 5-go krzyżowego]. W następstwie zniszczenia tego odcinka zjawia się stale następujący zbiór objawów: porażenie pęcherza i odbytnicy, zaburzenia narządów płciowych u mężczyzny, znieczulenie błon śluzowych wymienionych narządów oraz krocza, okolicy odbytu, zewnętrznych narządów płciowych, dolnej części okolicy pośladkowej i w części wreszcie tylnej powierzchni ud.

Pogląd powyższy oparty został: 1) na wynikach badań anatomicznych i fizjologicznych, według których zaburzenia powyżej wymienione zależne są od uszkodzenia splotów sromno-hemoroidalnego, ogonowego i krzyżowego, biorących z rdzenia początek poniżej 3-go nerwu krzyżowego; powtóre, na oględzinach pośmiertnych w 3-ch przypadkach [OPPENHEIM <sup>2)</sup>, KIRCHHOFF <sup>3)</sup>, SARBO <sup>4)</sup>], w których odnośny odcinek rdzenia okazał się w mniejszym lub większym stopniu uszkodzonym.

Nie możemy jednak pominąć milczeniem, że w żadnym z tych przypadków cierpienie nie ograniczyło się do części przez RAYMOND'a wskazanej, gdyż wbrew temu górna część krzyżowa rdzenia również w pewnym stopniu była zajęta. A ponieważ, z drugiej strony, doświadczenie fizjologiczne pod względem umiejscowienia ośrodków pęcherza, odbytnicy i narządów płciowych, nie dały wyników zgodnych i odpowiadających granicy, na początku przytoczonej [BUDGE <sup>5)</sup>, NAWROCKI i SKABICZEWSKI <sup>6)</sup>], oczywiście więc jest, że granica ta, aczkolwiek przez niektórych późniejszych autorów przychylnie przyjęta, jest w istocie nieco dowolną. Atoli pod względem praktycznym wyróżnienie z pomiędzy cierpień pokrewnych opisanego zbioru objawów, który w pewnej liczbie przypadków stereotypowo się powtarza, jest rzeczą bardzo ważną, czy zaś przypadki te nazywać mamy cierpieniami stożka końcowego rdzenia, według poglądu RAYMOND'a, czy też, bardziej ogólnikowo, cierpieniami odcinków ogonkowego i krzyżowego, a głównie części dolnej tego ostatniego, jest kwestyą podrzędną, wobec tego zwłaszcza, że wyróżniając je klinicznie kładziemy głównie nacisk na brak innych zaburzeń w kończynach dolnych, przedewszystkiem ze strony splotu kulszowego.

Jeśli prócz wymienionych powyżej objawów znajdujemy porażenie tego ostatniego splotu, to orzec możemy z pewnością, że cierpienie rdzenia sięga do dolnej części nabrzmienia lędźwiowego, lub też, w razie uszkodzenia samych tylko korzeni, zajęte są nie tylko wszystkie krzyżowe, ale i 2 ostatnie lędź-

<sup>1)</sup> RAYMOND. Clinique des maladies du système nerveux. Paris. 1896.

<sup>2)</sup> OPPENHEIM. Archiv für Psychiatrie 1889.

<sup>3)</sup> KIRCHHOFF. Ibidem. 1884.

<sup>4)</sup> SARBO. Ibidem. 1893.

<sup>5)</sup> BUDGE. zob. LANDOIS. Podręcznik fizjologii. Wyd. IV, str. 540.

<sup>6)</sup> NAWROCKI-SKABICZEWSKI. Archiv PFLÜGER'a. 1891, również badania G. KAPSAMMER'a i J. PAL'a. [Wiener klin. Wochenschrift. 1897. Nr. 22]: „tóry ruchowe pęcherza znajdują się u psa mniej więcej równomiernie w 4-ch przednich korzeniach krzyżowych“.



wiowe. Natomiast w przypadkach, w których spłot ten jest częściowo porażony, li tylko w części odpowiadającej nerwowi strzałkowemu [KAHLER <sup>1)</sup> VALENTINI <sup>2)</sup>], lub samemu tylko nerwowi podkolanowemu [EULENBURG <sup>3)</sup>, CLEMENS <sup>4)</sup>] umiejscowienie cierpienia nie jest zupełnie pewnem: na podstawie twierdzenia niektórych autorów, jakoby włókna nerwu strzałkowego pochodziły z korzeni niższych aniżeli włókna nerwu podkolanowego, przypuszczano, iż w przypadkach z porażeniem pierwszego siedlisko cierpienia jest niższe, aniżeli przy porażeniu drugiego [RAYMOND na tej zasadzie zestawił wszystkie przypadki w kształcie „drabiny“]. Dotychczas jednak brak w tym względzie potwierdzenia anatomicopatologicznego, które jedynie może dla nas być miarodajnem. Zresztą zauważyć musimy, że gdyby przypuszczenie powyższe było prawdziwem, niewątpliwie w przypadkach powikłanych porażeniem nerwu podkolanowego nerw strzałkowy położony po środku między dotkniętymi częściami nie mógłby być pominiętym.

Wszystkie dane zresztą, powyżej przytoczone, upoważniają nas do wniosku, że w tym najniższym odcinku rdzenia—również jak to dla całego narządu zostało dowiedzionem, dokładne umiejscowienie objawów do pewnych tylko granic okazuje się możliwem, gdyż i tu prawdopodobnie zachowuje swą moc t. zw. prawo SHERINGTON'a, które głosi, iż każdy mięsień i każdy kawałek skóry [to samo odnosi się też do ośrodków narządów i odruchowych] zostaje unerwiony nie przez jeden, a przez kilka, co najmniej trzy, odcinki rdzeniowe.

Rozstrzygnięcie kwestyi, czy w danym przypadku dotkniętym jest sam mlecz, czy też odnośne korzenie, zaburzenia czynnościowe w obu razach są oczywiście te same—napotyka nieraz wielkie trudności. Musielibyśmy przekroczyć granice, dla pracy tej nakreślone, gdybyśmy chcieli wszystkie nastroczające się wątpliwości rozpatrzyć, a możemy to tem śmielej opuścić, że są one już znakomicie rozebrane w pracach VALENTINI'ego <sup>5)</sup>, SCHULTZE'go <sup>6)</sup>, BECHTEREWA <sup>7)</sup> i REYMOND'a <sup>8)</sup>, do których też Sz. czytelnika po dalsze szczegóły odsyłamy. Co się tyczy tylko przypadków niepowikłanych, przedstawiających zbiór objawów na początku przytoczony, a przypisywany stożkowi końcowemu rdzenia, zaznaczyć musimy, że w tych przynajmniej, których przyczyną jest uraz, a mianowicie upadnięcie z pewnej wysokości na poślądki, uszkodzenie mlecza wydaje nam się daleko prawdopodobniejszem, aniżeli uszkodzenie korzeni. Oględziny pośmiertne, dokonane w kilku podobnych przypadkach, wykazywały stale, że odcinek końcowy rdzenia był zniszczony, z korzeni zaś należących do ogona końskiego te tylko zajęte były, które z uszkodzonej części rdzenia biorą początek. Kość krzyżowa we wszystkich tych

---

<sup>1)</sup> KAHLER. Prager med. Wochenschrift. 1882.

<sup>2)</sup> VALENTINI. Zeitschrift für klin. Medicin. 1893.

<sup>3)</sup> EULENBURG. Ibidem. 1891.

<sup>4)</sup> CLEMENS. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 1897. Tom IX.

<sup>5)</sup> VALENTINI. L. c.

<sup>6)</sup> SCHULTZE. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 1894.

<sup>7)</sup> BECHTEREW. Wracz. 1890.

<sup>8)</sup> RAYMOND. L. c.



przypadkach przedstawiała się zupełnie prawidłową i nawet przy ucisku była bezbolesną: w razie uszkodzenia wyłącznie tylko dolnych korzeni krzyżowych, które jedynie wewnątrz kanału krzyżowego jest możliwym, kość ta z pewnością naruszoną by być musiała. Wylew krwi na zewnątrz opony twardej teoretycznie byłby możliwy [DUFOUR<sup>1)</sup>], w rzeczywistości jednak istnienie tego rodzaju wylewów nie zostało dotąd poparte faktami.

W niektórych przypadkach uszkodzenia części krzyżowej rdzenia kręgosłup wydawał się zupełnie prawidłowym, albo też znajdowano zniekształcenie, które nie odpowiadało wcale umiejscowieniu cierpienia w rdzeniu. W pewnej części tych przypadków rdzeń został prawdopodobnie dotknięty w sposób bezpośredni, przez samo wstrząśnienie. Tym sposobem powstawać mogą jak wiadomo, zarówno ogniska rozmiękczenia, jak i wylewy krwi: rozstrzygnięcie pytania, czy w danym przypadku miało miejsce jedno, czy drugie, jest bodaj rzeczą niemożliwą.

W innych podobnych przypadkach bez zniekształcenia kręgosłupa, przypuścić możemy zwichnięcie lub złamanie z „diastazą“ [według określenia THORBURN'a<sup>2)</sup>], t. j. chwilowe przemieszczenie kręgów lub odłamków, poczem samowolnie następuje powrót do położenia normalnego: ucisk na części w kanale kręgowym zawarte jest również w tym razie bardzo krótkotrwałym.

W większości jednak przypadków, tu omawianych, zniszczenie rdzenia następuje niewątpliwie wskutek złamania lub zwichnięcia kręgosłupa, lub jednocześnie jednego i drugiego, i stałego przemieszczenia odłamków.

Z pomiędzy 3-ch przypadków badanych pośmiertnie, w dwóch [OPPENHEIM, KIRCHHOFF] znaleziono zwichnięcie wraz ze złamaniem, w 3-im zaś [SARBO] o stanie kręgosłupa nie znajdujemy żadnej wzmianki. Według granic stożka końcowego, podanych przez RAYMOND'a odpowiada on całkowicie drugiemu kręgowi lędźwiowemu, wbrew temu jednak w obu wyżej wymienionych przypadkach, okazał się zmienionym pierwszy krąg lędźwiowy; sprzeczność tę, zdaje się, łatwo wytłómaczyć przemieszczeniem kręgów, które pociąga za sobą nieco odmienne umiejscowienie w rdzeniu.

Czy prócz uszkodzenia samej istoty mlecza zostają bezpośrednio dotknięte odnośne korzenie, nie możemy z pewnością rozstrzygnąć, choć wydaje nam się to bardzo mało prawdopodobnem. Zmiany w nich znajduwane uważamy raczej za wtórne, wskutek zniszczenia odnośnego odcinka rdzeniowego. Twierdzenie THORBURN'a<sup>3)</sup>, jakoby przy uciskaniu ogona końskiego najbardziej ulegały korzenie wewnętrzne, najbliższe rdzenia, nie jest dostatecznie uzasadnione. W przypadku BECHTEREWA<sup>4)</sup>, w którym złamanie 2-go kręgu lędźwiowego, zniszczonego przez złośliwy nowotwór, spowodowało ucisk na ogon koński i zupełne porażenie, ruchowe i czuciowe, kończyn dolnych, zwieracze pęcherza i odbytnicy zachowały czynność prawidłową, a zatem korzenie

<sup>1)</sup> DUFOUR. Thèse de Paris. 1896.

<sup>2)</sup> THORBURN. Dyskusya w Londyńskim Towarzystwie chirurgicznem. „Brit. med. Journal” 1894.

<sup>3)</sup> THORBURN. Brain. 1888.

<sup>4)</sup> BECHTEREW. Neurologičeski Wiestnik. 1893.



krzyżowe, najbardziej wewnątrz położone, wbrew powyższemu twierdzeniu, pozostać musiały nietkniętymi.

Inne korzenie, należące do ogona końskiego i pokrywające stożek końcowy rdzenia w miejscu urazu, mianowicie korzenie lędźwiowe i górne krzyżowe, jak się zdaje, uciskowi nie ulegają, gdyż brak zazwyczaj wszelkich z ich strony objawów. Być może, iż zawdzięczają one to okoliczności, wskazanej przez SCHULTZE'go <sup>1)</sup>, mianowicie że zwężenie kanału kręgowego przez odłamki kostne bywa często największe w linii środkowej, części boczne zaś, t. j. właśnie korzenie tworzące ogon koński, łatwiej ocaleć mogą. Z drugiej strony jednak nie należy zapomnieć tego, że korzenie nerwowe są względem urazów daleko mniej wrażliwe, aniżeli sama istota mlecza. Możliwym więc jest, że w niektórych przypadkach ogon koński uciskany został, że jednak wynikię ztąd zaburzenia trwały znacznie krócej, aniżeli zmiany istoty rdzeniowej. Być może, że porażenie zupełne kończyn dolnych [połączone często z bólami], które zwykle następuje natychmiast po urazie, a po pewnym, krótszym lub dłuższym czasie, znika bez śladu i tłómaczone bywa przez autorów jako działanie shock'u na rdzeń, w części przynajmniej jest następstwem lżejszego uszkodzenia ogona końskiego.

Poniżej podaję historję kliniczną przypadku, który niedawno spostrzegłem w klinice chorób nerwowych: w przypadku tym znaleźliśmy wszystkie objawy przypisywane stożkowi końcowemu rdzenia, a spłot kulszowy pozostał zupełnie wolny; ze strony wyższych korzeni lędźwiowych natomiast zanotowano powikłanie, które zwłaszcza z punktu widzenia powyżej przytoczonego zasługuje na uwagę.

Franciszek Ros, 32 lat, mularz, wstąpił do kliniki 31 grudnia 1896 r. Chory podaje, że na 3 miesiące przed wstąpieniem malując mur spadł z drabiny, mniej więcej z wysokości 4—5 metrów. Chory pamięta dobrze, że upadł na pośladki, głównie jednak na prawy pośladek, tak, że tułów natychmiast przechylił się na prawą stronę. Przytomności chorey nie tracił, zaraz potem poczuł silne bóle w krzyżu i nogach. Nogi były prawie zupełnie porażone, zaledwie minimalne poruszenia palców były możliwe.

Po wypadku chorego przywieziono do domu, a nazajutrz przeniesiono do szpitala Praskiego, w którym przebywał w ciągu 6-iu tygodni. W dniu katastrofy nastąpiło zatrzymanie moczu, nazajutrz mocz zaczął wyciekać pomimo woli i wiedzy chorego. W ciągu 15 dni od wypadku trwało zaparcie stolca, później wypróżnienia odchodziły mimowolnie.

Porażenie lewej kończyny dolnej ustąpiło po kilku dniach, prawa natomiast poprawiała się znacznie wolniej, tak, że dopiero po 5-iu tygodniach chorey był w stanie chodzić bez pomocy.

Bóle w krzyżu były przez długi czas tak silne, że chorey nie mógł bez obcej pomocy wykonać najmniejszego poruszenia w łóżku.

W chwili wstąpienia na oddział chorey uskarżał się na bóle w kręgosłupie, odpowiadające górnym kręgom lędźwiowym. Czasami klucie w bokach.

<sup>1)</sup> SCHULTZE. L. c.



Różnorodne parestezye na przedniej i zewnętrznej powierzchni prawego uda [„jakby krew krążyła“, „jakby go szczypano“ i t. d.].

Zaburzenia pęcherza trwają wciąż: moczu wycieka mimowolnie kroplami lub naraz w większej nieco ilości. Objaw ten przy kaszlu się wzmacnia. Potrzeby oddawania moczu chory nie doznaje wcale, niekiedy jednak miewa uczucie jakby pęcherz był przepelniony i jednocześnie „szczypanie“ w okolicy nadłonowej. Dowolne oddawanie moczu jest wprawdzie możliwe, ale wymaga wielkiego wysiłku i ilość moczu tym sposobem oddanego jest nieznaczna. Samego wyciekania moczu chory nie czuje wcale.

Stolec zwykle bywa zaparty. Kilka razy od czasu wypadku chory miał rozwolnienie i wtedy nie mógł kału utrzymać. To samo bywa po zażyciu środków przeczyszczających. Dowolnie wypróżnić się może, ale przy wielkim wysiłku. Prawie ciągle chory doznaje bardzo przykrych parestezyi w okolicy odbytnicy, t. np. wydaje mu się, że tam pełno robactwa, albo że kiszka mu wypada, a uczucie jest tak ludzące, że dopiero namacawszy ręką chory przekonywa się, iż wszystko jest w porządku. Bardzo często chory doznaje swędzenia w tem samym miejscu. Potrzeby wypróżnienia nie odczuwa wcale, również jak i samego wychodzenia kału.

Parestezye w okolicy pośladkowej [jakby była obrzęknięta], również jak i w jądrach: wydaje mu się, że się one podnoszą.

W ostatnich 2-ch dniach chory doznawał zdrętwienia w ostatnich 2-ch palcach obu rąk, obecnie uczucie to znikło.

*Status praesens.* Chory dość silnej budowy, odżywianie upośledzone. Narządy wewnętrzne prawidłowe. W dziedzinie nerwów mózgowych, prócz nieznacznej różnicy źrenic [lewa szersza], zaburzeń niema. Toż samo w kończynach górnych.

Kręgosłup żadnego zniekształcenia nie przedstawia. Wyrostki cierniste 1-go i 2-go kręgów lędźwiowych są przy ucisku bardzo bolesne, w mniejszym znacznie stopniu również wrażliwym jest wyrostek ciernisty 6-go kręgu grzbietowego.

W kończynach dolnych siła mięśniowa zachowana, w obu jednakowa. Chód prawidłowy. Chory jest w stanie przejść pieszo 4—5 wiorst bez najmniejszego zmęczenia.

Czucie wszędzie zachowane, prócz okolicy zakreślonej na rysunku 1 i 2: na powierzchni tylnej anestezja zajmuje dolną część pośladków i część uda symetrycznie z obu stron, z przodu zaś tylko po stronie prawej przednią powierzchnię uda aż za pachwinę i prawą połowę pagórka sromnego [w części ciemniej zakreślonej wszystkie gatunki czucia są zniesione, w części jaśniejszej tylko czucie bólowe i ciepłikowe, przyczem okolica termanestezji jest odrobinę większa od okolicy analgezyi, [oznaczone kropkami <sup>1)</sup>]]. Zupełna anestezja w okolicy odbytu i w kroczu; na mosznie czucie dotykowe zmniejszone, bólowe zniesione. Wprowadzania palca do odbytnicy chory nie czuje, odruchu odbytowego nie otrzymujemy.

<sup>1)</sup> Niestety okolica zupełnej anestezji nie wypadła ciemniejszą, wyróżnia się jednak drobniejszymi prążkami.<sup>2</sup>



Co się tyczy pęcherza, to do tego, co już wyżej powiedzieliśmy, dodać musimy, że po dowolnem oddaniu około 60 ctm. sześć. moczu, wypuszczono przy pomocy cewnika jeszcze 400 ctm. sześć.. Mocz daje odczyn alkaliczny, ciężar właściwy = 1018, mętny, nie zawiera ani białka, ani cukru; w osadzie liczne kryształki siarczanu i fosforanu wapnia oraz ciała ropne.

Fig. I.

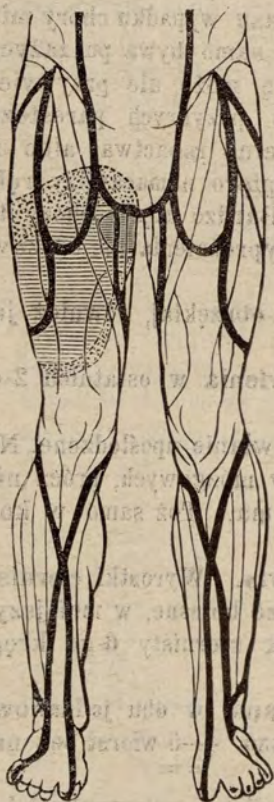
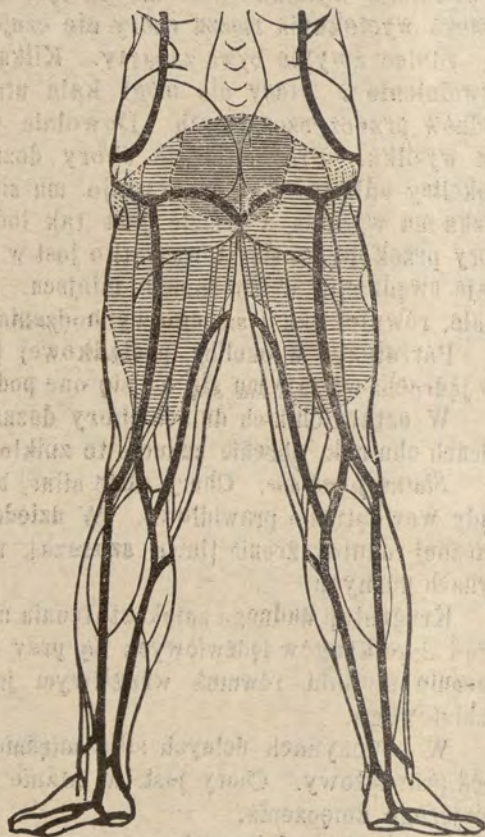


Fig. II.



Erekcya prawidłowa, do spółkowania chory nie przystępował, obawiając się, żeby mu to nie zaszkodziło. Chuć zachowana. Polucyi nie było. W czasie erekcyi wyciekanie moczu się wzmag.

Chory pozostawał w klinice do 4 marca 1897. Ciepłota ciała podnosiła się wieczorami powyżej 38<sup>o</sup>, nad ranem zaś spadała ku normie. W nocy chory pocił się bardzo. Narzekał często na bóle w okolicy nadłonowej i w okolicy nerkowej, zwłaszcza po stronie lewej: przy ucisku miejsce to było bardzo wrażliwe. Mocz przez pewien czas dawał stale odczyn alkaliczny i zawierał prócz części wyżej wspomnianych wrzecionowate komórki i odłamki ziarnistych cylindrów. Ogólne odżywianie było niezadawalające, łaknienie złe.



Przy pomocy chininy udawało się wstrzymać wahania hektyczne ciepłoty, powracały one jednakże natychmiast, skoro tylko środek ten odstawiano. Salol, podawany w ciągu dłuższego czasu, kąpiele ciepłe, odpowiednie odżywianie, cięte bańki i pijawki w okolicy nerkowej, sprowadziły pewną poprawę stanu chorego, tak, że przy wypisywaniu go z kliniki mocz dawał już odczyn obojętny lub słabo kwaśny, komórki w osadzie były stanowczo mniej liczne, bóle w okolicy nerkowej znikły, a w okolicy nadłonowej były nieznaczne, wrażliwość tych miejsc przy ucisku znikła.

Zaburzenia pęcherza i odbytnicy pozostały też same. Parestezye *in ano* trwają wciąż. Zaburzenia czuciowe z tyłu niezmienione, z przodu po stronie prawej okolica zupełnie nieczuła zmniejszyła się nieco, jednakże zdolność umiejscowienia dotyków pozostała zniesioną w granicach poprzednich anestezyi; czucie bólowe w okolicy, w której przedtem stwierdzano dysocycję czuciową, w części powróciło. Stan ogólny poprawił się znacznie.

Jeśli teraz rzucimy okiem na całokształt obrazu klinicznego danego przypadku, to znajdujemy przede wszystkim charakterystyczny zbiór objawów, który na wstępie jako właściwy dla cierpień dolnego krzyżowego odcinka rdzenia podaliśmy: porażenie ruchowe i czuciowe pęcherza i odbytnicy w połączeniu z ograniczonym zniesieniem czucia w okolicy odbytu, kroczka, mosznicy, dolnej części okolicy pośladkowej i na tylnej powierzchni uda (*reithosenförmig*), oraz przykre bardzo parestezye we wszystkich tych częściach. W dziedzinie unerwionej przez splot kulszowy żadnych zaburzeń nie znaleźliśmy, wnioskujemy więc, że górna część odcinka krzyżowego w mniejszym stopniu, lub wcale nie jest zajęta.

Wyżej wyłuszczyliśmy już powody, dla których w przypadkach, podobnych do naszego, skłonni jesteśmy bardziej przypuszczać uszkodzenie istoty mlecza, aniżeli samych tylko korzeni nerwowych. Cierpienie tych ostatnich rozwija się w tych razach prawdopodobnie li tylko jako wtórne, w następstwie zajęcia rdzenia. Ta okoliczność, że w większej części okolicy znieczulonej [na tylnej powierzchni ciała zobacz fig. II] znaleźliśmy rozszczepienie czuciowe, typu syringomyelicznego, pozwala nam wnioskować, że najbardziej uszkodzoną została istota szara rdzenia, wskutek czego znów przypuszczenie hematomyelii zyskuje więcej prawdopodobieństwa.

Prócz zaburzeń powyższych mamy jednak jeszcze u naszego chorego ograniczoną anestezją z przodu, tylko po stronie prawej, odpowiadającą według szematu THORBURN'a 1—3 korzeniom lędźwiowym. W dziedzinie 1-go korzenia wszystkie gatunki czucia są zniesione; w pozostałej części li tylko czucie bólowe i ciepłikowe, dotykowe zaś jest zachowane. Anestezja ta zajmuje w obrazie chorobowym stanowisko odrębne, gdyż nie należy ona do objawów uszkodzenia rdzenia krzyżowego lub stożka końcowego rdzenia. Jakże więc mamy ją sobie tłómaczyć? Tu również dwie możliwości uwzględnić musimy: uszkodzenie rdzenia lub samych tylko korzeni.

W pierwszym wypadku musielibyśmy przypuścić istnienie odosobnionego ogniska w górnej części lędźwiowej, któreby się wcale nie stykało z ogniskiem w części krzyżowej, gdyż w takim tylko razie dziedzina splotu



kulszowego mogłaby pozostać nietkniętą. Ogniska takie spotyka się wprawdzie niewątpliwie po wstrząśnieniu mlecza, pomimo tego jednakże druga możliwość, t. j. uszkodzenie korzeni, wydaje nam się prawdopodobniejszą, a to dla następujących powodów. Pomimo braku wyraźnego zniekształcenia sądzimy, że i u naszego chorego, również jak w innych podobnych przypadkach badanych pośmiertnie, kręgosłup został w następstwie urazu uszkodzony: na to wskazują silne bóle w krzyżu, a zwłaszcza ogromna bolesność przy poruszeniach tułowia, na którą chory przez dłuższy czas się uskarżał. Sądząc z bolesności przy ucisku wyrostków ciernistych, wskazać możemy jako uszkodzone 1-y i 2-i kręgi lędźwiowe, czemu też znakomicie odpowiada umiejscowienie sprawy w rdzeniu w odcinku krzyżowym. Rzecz prosta, iż przy uszkodzeniu jakiegokolwiek tych kręgów górne korzenie lędźwiowe z łatwością naruszonymi być mogą, a w takim razie nasza prawostronna anestezja, która, jakżeśmy już powiedzieli, odpowiada unerwieniu 1—3 korzeni lędźwiowych, staje się dla nas zupełnie zrozumiała. Prócz tego, gdy uwzględnimy jeszcze, że chory, jak sam opowiada, upadł głównie na prawy pośladek i że tułów natychmiast przechylił się na prawą stronę, to dziwić nas wcale nie może, że anestezja ta jest jednostronną, ponieważ kręgi i ich wyrostki z tej samej strony najbardziej narażone zostały. Z tem przypuszczeniem zgadza się również i ta okoliczność, w wywiadach podana, że porażenie prawej nogi trwało dłużej znacznie, aniżeli porażenie lewej, które już po paru dniach ustąpiło zupełnie.

Obecnie porażenie ruchowe prawej kończyny dolnej również bez śladu przeszło, a pozostała sama tylko anestezja, tak że wnioskować możemy, iż korzenie tylne w silniejszym stopniu dotknięte zostały. Niejednakowe zachowanie się różnych gatunków czucia w części okolicy anestetycznej [fig. I] nie staje bynajmniej na przeszkodzie powyższemu objaśnieniu, gdyż uznanem jest powszechnie, że rozszczepienie czucia, t. zw. syringomyeliczne, nie jest wyłącznym atrybutem cierpień istoty szarej rdzenia.

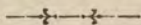
Z drugiej strony, obserwacya kliniczna naszego chorego pokazuje wyraźnie, że anestezja prawego uda, zarówno pod względem rozciągłości, jak i pod względem swego natężenia, stopniowo, choć zwolna się zmniejsza, możliwym więc jest, że w przyszłości zniknie ona zupełnie, pozostałyby w takim razie te tylko objawy, które należą do obrazu klinicznego cierpień odcinka krzyżowego rdzenia [stożka końcowego według określenia RAYMOND'a].

Wobec tego, iż wiele przypadków tego rodzaju badane były nie wnet po urazie, lecz po przeciągu dłuższego czasu; prawdopodobnem jest, że, w niektórych przynajmniej, podobne zaburzenia, ze strony korzeni lędźwiowych, jak u naszego chorego, również na początku istniały, później zaś szybko przeszły. Objaw ten, który uwadze późniejszych na tem polu badaczy polecamy, zdaniem naszym, nie jest pozbawiony doniosłości pod względem praktycznym, gdyż wobec braku wyraźnego zniekształcenia kręgosłupa daje nam pewną wskazówkę co do umiejscowienia innych objawów.



### III. LISTY Z PARYŻA.

#### I. Poglądy Chipault'a na operacyjne leczenie garbów spondylitycznych.



W lecie roku bieżącego wybrałem się umyślnie do Paryża, w celu bliższego poznania jednego z najsympatyczniejszych dla mnie pracowników na niwie chirurgii układu nerwowego, a mianowicie D-ra CHIPAULT'a. W ten sposób miałem sposobność dowiedzenia się o losie nowych jego pomysłów chirurgicznych, oraz nauczenia się techniki nowych metod operacyjnych.

Wrażeniami temi chciałbym choć pobieżnie podzielić się z Czytelnikami Gazety, sądząc że ich zainteresują.

Przedewszystkiem przekonał mnie CHIPAULT, że pogląd mój na nową metodę [CALOT] leczenia garbów jest istotnie słuszny, że tedy gwałtowne prostowanie ich żadnej korzyści stałej przynieść nie może, a nieraz bardzo wielką szkodę spowodować, że wreszcie o tyle tylko da się zastosować, o ile chodzi o garby nadzwyczaj małe, dające się wyprostować bez narkozy chloroformowej i bez żadnego gwałtu. I tu jednak sam akt wyprostowania i staranie o następne utrzymanie wyniku ortopedycznego są rzeczą zupełnie małoważną, tembardziej, że usiłowania takie nigdy odpowiednim stałym rezultatem nie są uwieńczone. Pod najlepszymi gorsetami, u chorych leżących poziomo przez szereg miesięcy i lat, garby powstają, zwiększają się i rosną, o ile, prędzej czy później, niezależnie od zabiegów leczniczych, nie nastąpi konsolidacja kręgosłupa, czy to drogą wytworzenia się stalaktyków, powstających przy ostatecznem zbliżeniu się przednich brzegów trzonowych, czy wreszcie drogą zrostów kostnych pomiędzy łukami, wyrostkami stawowymi, poprzecznymi, oraz wyrostkami ciernistymi. Że się takie ankiłozy wytwarzają, o tem przekonały mnie preparaty w muzeum DUPUYTREN'a, oraz dwie prace: jedna REGNAULT'a p. t. „*De l'ankylose spontanée des apophyses épineuses et des lames dans les déviations vertébrales de diverses origines*“, a druga CHIPAULT'a „*Un cas de cyphose pottique avec ankylose des arcs*“. Z drugiej strony bardzo liczne preparaty paryskie, oraz arcyciekawe preparaty w morskim szpitalu dla dzieci, które widziałem w Berk sur Mer, zebrane przez MENARD'a, utwierdziły mnie w tem przekonaniu, że jamy gruzlicze w zniszczonych trzonach kręgowych nigdy nie wypełniają się nowoutworzoną kością. CALOT opierać musi całe swoje nadzieje lecznicze na owem wytwarzaniu się takiej autoreparacyi kostnej, którą każdy znawca tej sprawy uważa za rzecz niebywałą. Nie tu jednak miejsce na dalsze zastanawianie się nad tą sprawą; postanowiłem w innej, obszernej pracy przedstawić stan obecnej nauki o chorobie POTTA oraz o jej leczeniu. Ograniczę się tutaj wzmianką o zdaniu takiego znawcy, jakim jest LORENZ, wyrażonem niedawno w *Deutsche med. Wochenschrift* 26 sierpnia 1897 (*Ueber das Brisement des Buckels nach CALOT*) i o zdaniu wygłaszanem niejednokrotnie przez bardzo dzielnego chirurga, MENARD'a, stojącego na czele szpitala morskiego dla dzieci, a więc zakładu chi-



rurgicznego, w którym się mieści na raz 710 dzieci, przeważnie gruźliczych. Jestem coraz mocniej przekonany, że i sam CALOT, który już dziś zmodyfikował swoją metodę, prędzej czy później odstąpi od zasady przewodniej owego *brisement forcé de la bosse*.

Ponieważ w oddziale CALOT'a w szpitalu Rotschilda [Berk s. Mer] byłem podczas jego nieobecności [gdyż wyjechał był na zjazd do Moskwy], przeto nie mam prawa ani słowa wspomnieć o tem, jakie wrażenie z oddziału tego wyniosłem.

Metodę CALOT'a stosuje w Paryżu D-r BILHAUT w *Hôpital international*. Widziałem tam i BILHAUT'a, metodę samą i chorych, u których niezbyt dawno [niestety] ją stosował. Nie mogę więc i o tych chorych ostatecznie sądzić. Wszelako całe postępowanie lecznicze wydało mi się pod każdym względem mniej odpowiedniem niż inne, w ogólnem użyciu będące.

Miałem też sposobność przekonać się, że metoda CHIPAULT'a, stosowana już i przezemnie, podług wskazówek podanych w jego *Chirurgie opératoire du système nerveux*, a mianowicie związywanie wyrostków ciernistych daje istotnie wyniki nieraz wyśmienite.

Przekonały mnie o tem wyniki tego zabiegu widziane u chorych, operowanych przez CHIPAULT'a już dość dawno, a mianowicie: młody człowiek 28 letni, któremu przed trzema i pół laty wydarzyło się złamanie jedenastego kręgu grzbietowego z porażeniem kończyn dolnych czuciowem i ruchowem wskutek cierpienia korzeni nerwowych o typie radikularnym. W jedenaście dni po wypadku CHIPAULT zrobił mu laminectomię, czyli wycięcie trzech łuków, usunął odłamy z kanału kręgowego, uciskające na mlecze i związał ligaturą jedwabną płaską [plecioną] wyrostki cierniste, leżące powyżej i poniżej owych wyciętych łuków. Od tego czasu chory uważa się za zdrowego zupełnie, dokuczają mu tylko niezwykła wrażliwość na zimno w kończynie dolnej lewej. Niema ani śladu niedowładu, ani śladu garbu lub innego skrzywienia kręgow. W drugim przypadku związanie boczne wyrostków ciernistych dało wyborną korekcję skrzywienia, zależnego od zwichnięcia kręgow szyjowych a wynik ten trwa od roku 1893 po dzień dzisiejszy. Widziałem bardzo piękny radiogram ROENTGEN'owski tego chorego. Wybornie odznaczają się tu pętlice drutu srebrnego siedzące w kręgosłupie. Na drugim radiogramie, przedstawiającym jednego z sześciu spondylityków, operowanych dotąd przez CHIPAULT'a, wykonanym przez LONDE'a, z nadzwyczajną dokładnością widać wyborny wynik związania drutem srebrnym kilku sąsiadujących ze sobą wyrostków ciernistych w dolnej części grzbietowej. Na tym radiogramie przekonać się można, że w koło drutu powstało obfite bujanie tkanki kostnej, ankylozującej łuki.

Zdanie CHIPAULT'a co do wartości redukowania garbów spondylitycznych streszcza się mniej więcej w następujących wnioskach:

Chirurg powinien starać się o odprostowanie [bez użycia siły] garbów małych, a więc najczęstszych w chorobie POTT'a i o uzyskanie wyleczenia bez zbezkształcenia kręgosłupa. Nie wolno tego przedsiębrać w przypadkach powikłanych większymi ropniami. Wielką pomocą w tych usiłowaniach, zabiegiem, który znakomicie ułatwia zadośćuczynienie tym wskazaniom i potę-



źnie wspiera działanie opasek oraz przyrządów, jest związanie wyrostków ciernistych, zastępujące lub nieraz wywołujące powstawanie ankylozy łuków.

W przypadkach garbów ankylozowanych nie wolno pod żadnym pozorem przedsięwziąć rękoczynów, mających na celu prostowanie gwałtowne lub mniej gwałtowne skrzywionego kręgosłupa. Co najwyżej, w celach estetycznych dozwolonem by być mogło odcięcie zbyt wystających czubów wyrostków ciernistych bez naruszenia kostniny, spajającej te wyrostki u ich podstaw lub łączących luki.

CHIPAULT dowiódł w Akademii, że CALOT ogłosił swą metodę jako pomysł nowy i własny, gdy tymczasem jest ona tylko niepotrzebną i niedobłą modyfikacją sposobu, oddawna przez CHIPAULT'a stosowanego, a znanego bardzo wielu chirurgom. I tak: w garbach nieankylozowanych CALOT postępuje prawie zupełnie tak, jak postępowano przed nim, tylko dodaje kilka wariantów, a mianowicie: na 25 przypadków w 30-u wyciął wystające wyrostki cierniste, wyciął więc te części, których istnienie tak doniosłe ma znaczenie w ostatecznym powstawaniu dobroczynnej ankylozy tylnego odcinka chorego kręgosłupa. Mnóstwo z tych jego pacjentów jeszcze pozostaje w leczeniu i słusznie każdy obawiać się może, iż zgarbacieją oni wkrótce po zdjęciu opaski gipsowej ostatniej. Dalej, zamiast z całą ostrożnością rozprostować tylko tę część zbezkształcenia, która od skurczu mięśni i kontraktury więzów w danym garbie zależy, CALOT wywiera jak sam powiada, ucisk nadzwyczaj silny i t. d. „*une pression extrêmement vigoureuse; allant peu à peu jusqu'à l'extrême limite de ses forces; on perçoit sous la main et l'on entend même quelquefois des craquements osseux, qui témoignent du desengrènement de deux segments rachidiens et du glissement des vertèbres*“. Na to nikt przed CALOT'em słusznie się odważyć nie śmiał.

Dalej, w garbach nie ankylozowanych większych, CALOT opierając się na jednym jedynym przypadku, którego dalsze losy są dla nas wszystkich jeszcze bardzo niepewne, przepowiada zupełną ich uleczalność. „Zwrócę uwagę“ powiada CALOT „na tę okoliczność, iż zaobserwowałem, że do zapelnienia próżni, która powstaje w części przedniej kręgosłupa, natura posiada środki daleko potężniejsze, niż przypuszczamy. Trzeba jednak przyznać, że ta potęga wynagradzająca straty ma pewne granice, że więc w przypadkach bardzo głębokich zniszczeń kostnych, otrzymana korekcyja okaże się tylko częściową, a raczej tylko część jej będzie trwała. [W dniu, w którym chory stanie na nogach, małe zgięcie ku przodowi powstać może, gdyż słup kostny międzyodłamowy odtworzył się nie w zupełności]. Cóż począć w podobnym przypadku? Kto chce otrzymać wynik zupełny, powinien wykonać prawdziwą resekcycję ortopedyczną kręgosłupa, polegającą na wycięciu klina o podstawie tylnej, odpowiadającej garbowi i wierzchołku przednim, odpowiadającym kątowi zgięcia. Usunięcie kostniny tylnej kręgosłupa [ankylozowanych łuków i wyrostków ciernistych, przyp. JASIŃSKIEGO] umożliwi otrzymanie zetknięcia dwóch odcinków przednich kręgosłupa w kierunku linii prostej“. Otóż CHIPAULT zamiast krytyki tego pomysłu zapytuje tylko „co się stanie z organem tak wątłym (*fragile*) jak mlecz pacierzowy?“



My z naszej strony nie przestaniemy wątpić o istnieniu owej „*puissance de réparation*“ w jamach gruzliczych trzonów dopóty, dopóki CALOT, lub kto inny, nie dowiedzie jej istnienia preparatami. Takich preparatów nikt dotąd na świecie, o ile wiemy, nie widział. Wszystkie zaś odnośne preparaty znane dowodzą wręcz przeciwnego stanu rzeczy.

Co się tyczy operowania przez CALOT'a garbów ankylozowanych, gdzie przy operacji mlecz obnażony był na przestrzeni sześciu centymetrów i gdzie zmieścić się on nie mógł w skróconym przez chirurga kanale kręgowym bez pofałdowania, gdzie więc CALOT zmuszony był pomiędzy kości powszywać strzępy okostnej i mięśni dla wydłużenia owej skróconej kolumny pacierzowej, to istotnie nie podobna inaczej odpowiedzieć jak tylko powtarzając słowa CHIPAULT'a: „*pour moi, la question de la réduction des gibbosités pottiques ankylosées est non seulement posée, mais résolue. et résolue par la négative*“.

Wybacz mi Szanowny Czytelniku ten ton nieco polemiczny, który się odzywa w niniejszym moim liście, mówię w nim przecie o sprawie, która do dnia dzisiejszego nie przestała być jedną z ważniejszych kwestyi spornych w chirurgii. W liście następnym napiszę Wam o innych pracach CHIPAULT'a, z których treścią zechciał on łaskawie bliżej mnie zapoznać.

Roman Jasiński,

chirurg warszawskiego szpitala dla dzieci.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 2 — 3 —

### 114. D-r Rudolf Panse. O cholesteatomacie ucha.

Do rzędu najczęstszych i najniebezpieczniejszych powikłań przewlekłych, ropnych zapaleń uszu należy cholesteatomat. Mianem tem oznaczamy twory okrągłej lub owalnej formy, białą-żółtawą lub białą-niebieskawą barwy o perłowym blasku, wielkości od ziarnka maku do jaja gołębiego, składające się przeważnie ze złuszczonych, zrogowaciałych komórek nabłonkowych: jądro cholesteatomatu stanowi zeschnięta ropa lub detryt rozpadłych komórek nabłonkowych; oprócz tego w masach cholesteatomatu znajdujemy kryształy cholestearyny, ziarnka tłuszczu i rozmaite drobnoustroje.

Siedliskiem cholesteatomatu może być: a) zewnętrzny przewód słuchowy, b) substancja błony bębenkowej, c) jama bębenkowa. O ile geneza cholesteatomatów zewnętrznego przewodu słuchowego i błony bębenkowej jest zupełnie jasną i zrozumiałą, o tyle powstawanie ich w jamie bębenkowej stanowi dotychczas przedmiot sporu patologów z otyatrami. Pierwsi zaliczają cholesteatomat jamy bębenkowej do nowotworów heteroplastycznych, ostatni zaś, na zasadzie klinicznych obserwacji, przenoszą punkt ciężkości na ropotoki uszne, uważając je za bezpośrednią przyczynę cholesteatomatów: pod wpływem długotrwałego ropienia, a ztąd ciągłego drażnienia błony słuzowej jamy bębenkowej, następuje z jednej strony zamiana nabłonka cylindrycznego jamy bębenkowej na płaski i następne jego zrogowacenie, a z drugiej—wrastanie naskórka z zewnętrznego przewodu do jamy bębenkowej, w rezultacie czego cała jama bębenkowa zaciąga się typowym naskórkiem.

O ile w pewnych przypadkach [np. przy zupełnem zniszczeniu błony bębenkowej] opisana powyżej epidermizacja stanowi objaw bardzo pożądaną,



o tyle w całym szeregu przypadków prowadzi ona wprost do cholesteatomatu. Ma to mianowicie miejsce przy 1) nadmiernej proliferacji nowoutworzonego naskórka i 2) przy istnieniu przeszkód do jego wydalania na zewnątrz. Przy współczesnym istnieniu wyżej wymienionych przyczyn, złuszczonego naskórka pozostaje w jamie bębnekowej i, zbierając się w coraz większej ilości, tworzy cholesteatomaty.

Powstałe w powyższy sposób masy cholesteatomatu wywierają ucisk na otaczające kości i powodują z biegiem czasu kolosalne zniszczenia. Jeżeli sprawa rozprzestrzenia się w zewnętrznym kierunku, zniszczeniu mogą ulec: tylna ściana przewodu słuchowego, kosteczki słuchowe, boczna ściana jamy bębnekowej, *antrum mastoideum*, a przez utworzone przetoki masy cholesteatomatu wydostają się na zewnątrz. Gorzej, jeżeli sprawa rozprzestrzenia się w kierunku wewnętrznym, lub jeżeli przyłączą się objawy zapalne; występuje wtedy cały szereg powikłań mózgowych [zakrzepy w zatokach, zapalenie opon, ropnie mózgowe, ze śmiertelnem zazwyczaj zejściem].

Cholesteatomat ucha może się rozwinąć w przebiegu każdego przewlekłego ropotoku usznego i początkowe okresy cierpienia często przebiegają bez żadnych podmiotowych objawów; ogólny stan chorych może być zupełnie zadawalający; podniesienia ciepłoty ciała nieskomplikowana postać cholesteatomatu nie wywołuje. Bóle głowy, gorączka, wymioty, zawroty głowy wskazują prawie zawsze na powikłania wewnątrz czaszkowe i wymagają już czynnej interwencji. Zmiany miejscowe przy cholesteatomacie ucha w zupełności zależą od okresu i umiejscowienia cierpienia. Na wyrostku sutkowym często znajdujemy zróżniete z kością blizny i przetoki, na szyi powiększenie gruczołów chłonnych. W zewnętrznym przewodzie słuchowym znajdujemy zazwyczaj ropną wydzielinę, zmieszaną z grudkami zrogowaciałego nabłonka, przetoki, obnażenie kości, a w zastarzałych przypadkach ziarninę, polipy i zniszczenia kości. Błona bębnekowa może przedstawiać najrozmaitsze zmiany, spotykane przy przewlekłych usznych ropotokach; typowymi dla cholesteatomatu są tak zwane wysokie perforacje błony bębnekowej, t. j. perforacje, umiejscowione nad krótkim wyrostkiem młoteczka. W wątpliwych przypadkach uciekamy się do próbnych przestrzykiwań jamy bębnekowej za pomocą srebrnej rurki, wprowadzonej przez otwór błony bębnekowej [ub. po uprzednim dokładnem przemyciu przewodu zewnętrznego]; jeżeli wtedy w wypływającym płynie znajdujemy charakterystycznie ułożone masy nabłonka, rozpoznanie cholesteatomatu jest niewątpliwe.

Rokowanie przy cholesteatomacie ucha, pozostawionym bez leczenia, jest stanowczo złe; wczesne i radykalne leczenie daje prawie zawsze dobre wyniki.

Co się tyczy leczenia cholesteatomatów ucha, to może ono być zapobiegawcze, objawowe i radykalne. Pierwsze polega na leczeniu ostrych i przewlekłych ropnych zapaleń ucha—bezpośredniej przyczyny cholesteatomatów. Leczenie objawowe ma rację bytu tylko w tych przypadkach, w których jamy, powstałe wskutek ucisku mas, dostępne są dla oka ze strony zewnętrznego przewodu słuchowego lub ze strony przetoki po za uchem. Przez te otwory usuwamy za pomocą szczypeczyków lub dłótka zawartość jam, a następnie już leczymy istniejące zmiany błony śluzowej i kości [zasypywanie jodoformu, kwasu bornego, wkraplanie spirytusu, pędzlowania 1%—5% azotanem srebra]. Sposób powyższy prawie zawsze prowadzi do celu, a przy odpowiedniej kontroli zapobiega nawrotom cierpienia.

Przejście od objawowego leczenia do radykalnego stanowi cały szereg drobnych operacji, mających na celu zapobiegać przy powikłanej budowie jam zatorymnia się mas cholesteatomatu; tu należy wycięcie błony bębnekowej z młote-



czkiem i kowadelkiem, usunięcie bocznej ściany jamy bębenkowej i rozmaitych występów kostnych.

Wreszcie w tych przypadkach, w których mamy do czynienia z jamami, niedostępnymi dla oka, jedyny racjonalny zabieg przedstawia radykalna plastyczna operacja Sracke'go.

(*Klinische Vorträge aus dem Gebiete der Otologie und Phar.-Rhin.* II Band. 4 Heft).  
A. Zięciakiewicz.

### 115. Franke. Zapalenie okołotrzewnowe ropne (*periperitonitis purulenta*).

Autor przejrzawszy, z okazji ciężkiego przypadku we własnej praktyce, całą literaturę, odnoszącą się do zapaleń ropnych jamy brzusznej, doszedł do przekonania, że dotychczas brano pod uwagę jedynie zapalenia umiejscowione, nie uwzględniając przypadków, w których zapalenie ropne, mające nieokreślone źródło, rozpościera się na całej przestrzeni okołotrzewnowej.

Zapalenie takie w objawach swoich nie przypomina żadnego typu znanego poprzednio (np. *pericolitis* lub *paranephritis*) i stanowi zupełnie nową, nieznaną dotychczas w literaturze, postać chorobową. Po tych uwagach wstępnych, następuje szczegółowy bardzo opis przypadku, jaki autor spostrzegał u 13-letniej, zkadınad zupełnie zdrowej, dziewczynki. Pomimo objawów, przemawiających za zapaleniem otrzewnej natury gruźliczej [wymioty, silny ból w jamie brzusznej, wzdęcia, ogólne wycieńczenie] i przekłucia próbnego, które wykazało obecność ropy, źródła ropienia wynaleźć nie było można. W dwa miesiące po rozpoczęciu choroby, które przypadło jednocześnie z pierwszym miesiączkowaniem—autor przystąpił do operacji. Przecinając powłoki brzuszne od spojenia aż powyżej pępka, znalazł przed otwarciem otrzewnej, ognisko ropne, z którego usunął 2½ litra żółto-szarej ropy, poczem przesuwał swobodnie ręką w jamie od przepony do małej miednicy i do kolumny kręgowej z obu stron. Trzewa nie były nigdzie zrosnięte ze ścianami brzusznej, i zapalenie ropne obejmujące całą jamę brzuszną rozciągało się całkowicie poza otrzewną. Ponieważ przez czas dłuższy ropienie nie ustawało, autor wykonał dwa przeciwotwory: jeden przez małą miednicę około pochwy, drugi w okolicach wątroby, poniżej łuku żebrowego. Ropa wydobywała się obficie przy wydechaniu; po przekłuciu przepony przekonano się, że z opłucnej wydzielają się również wielkie ilości ropy. Dziecko zmarło wskutek wycieńczenia w dwa tygodnie po operacji.

Autor zwraca uwagę na tę okoliczność, że błona brzuszna, przylegająca ściśle do trzew, nie była nigdzie przyrośniętą do ścian jamy brzusznej, tudzież na niemożność wynalezienia źródła ropienia; obrzmienie jednak z prawej strony jamy, dość nisko, zdaje się wskazywać na zapalenie około ślepej кишки lub wyrostka robaczkowego, w połączeniu z zapaleniem otrzewnej. Dzięki sklejeniu się trzew, okolica кишки ślepej została zupełnie oddzieloną od reszty jamy brzusznej, podczas gdy tam wytworzył się ropień. Niezwykłą drogą, po której posuwało się ropienie, autor przypisuje uprzedniemu istnieniu zapalenia wyrostka robaczkowego, które jak wiadomo rozwija się często bez żadnych zewnętrznych objawów. Upatrywanie związku między zapaleniem a pierwszym miesiączkowaniem uważa autor za bezzasadne; przypuszczenie, że sprawa zapalna rozwinęła się z ropnia podprzeponowego lub otoku ropnego, nie ma również dostatecznych podstaw.

W następnym przypadku zapalenie okołotrzewnowe rozwinęło się u 14-letniego chłopca wskutek zapalenia opłucnej żebrowej. Po otwarciu jamy brzusznej powyżej i poniżej pępka, otrzewną swobodnie można było oddzielić od ścian jamy. Usunięto wielką ilość zielonej ropy, a po wprowadzeniu 7-miu drenów, chłopiec leżał godzinami na brzuchu; w miesiąc wyzdrowiał zupełnie.



W tym przypadku widać wyraźnie, że ropa przedostała się przez przeponę ponad otrzewną, oddzielając ją od powłok brzusznych; możliwym jest jednak, że ropa nie przeszła sztucznie wytworzonym otworem, lecz drogami limfatycznymi.

W przypadku 3-im chora, lat 31 mająca, miała pod 12-tem żebrem, z lewej strony, guz wielkości jaja gęsiego, bolesny, wyraźnie chlebocący. Po przecięciu znaleziono pod przeponą, a ponad otrzewną, jamę wypełnioną zieloną, cuchnącą ropą. Po operacji chora wypływała wielkie ilości rosy; nieco później przekłucie wykazało wysięk surowiczy w opłucnej. Objawy płucne ustąpiły niebawem; ponieważ jednak ropienie posuwało się ku przodowi w kierunku smugi białej, przecięcie powtarzano jeszcze 2 razy, poczem chora poprawiła się wyraźnie.

Dlaczego ropa raz tą, drugi raz inną posuwa się drogą, autor nie umie objaśnić; przypuszcza jednak, że polega to na szczególnej jadowitości rosy. Tem samem możnaby wytłómaczyć przyczynę, dla której przy flegmonie np. przedramienia tworzą się czasem umiejscowione ropnie, niekiedy zaś ropa rozlewa się na bardzo szerokiej przestrzeni. Ropa wogóle ma dążność do obejmowania jaknajwiększej rozległości; posuwając się w powłokach brzusznych niszczy powięzie, które zresztą u wielu osobników bardzo są słabe i oddziela całkowicie zewnętrzną ścianę brzuszną od otrzewnej. Trudno zebrać więcej danych, dotyczących zapalenia okołotrzewnowego, z powodu braku materiału. Prawdopodobnie powstaje ono wówczas, kiedy powięź okołopępkowa jest tak mocna, że nie ulega działaniu przedostającej się tutaj z jakichkolwiek ognisk rosy. Początkowy okres zapalenia rozwija się całkowicie bez objawów zewnętrznych—tak dalece, że chorzy uskarżają się dopiero wtedy, kiedy choroba jest w pełni rozwoju. Sprawa zapalna bywa ostra lub przewlekła. Objawy pierwszej są identyczne z objawami zapalenia otrzewnej lub ślepej kiszki, po krótkim czasie jednak nikną całkowicie; występuje natomiast gorączka i wzdęcie, które, niezależnie od ułożenia chorego, wydaje przy opukiwaniu jednakowy odgłos. [Pochodzi to stąd, że cała jama brzuszna wypełniona jest równomiernie płynem]. Charakterystycznym objawem zapalenia okołotrzewnowego jest guz, jaki się wytwarza około pępka i po pewnym przeciągu czasu znika; mianowicie wtedy, kiedy ropa nie mogąc zebrać się w ropień okołopępkowy, rozlewa się dokoła całej jamy brzusznej. Pomimo tych wskazówek jednak trudno jest czasem postawić rozpoznanie, dlatego też autor radzi nie zwlekać z przekłuciem lub cięciem próbnem.

Tak badanie jak i postępowanie podczas operacji musi być niezmiernie staranne. Jeżeli tylko wyrostek robaczkowy ulega jakimkolwiek cierpieniu, należy go usunąć, może on bowiem być powodem przewlekłego ropienia. Skoro już istnienie rosy nad otrzewną jest dowiedzionem, należy ropę usunąć i jamę oczyścić we wszystkich zakątkach. Po operacji trzeba pilnie uważać na wydzielenie się rosy. Chory powinien jaknajczęściej leżeć na brzuchu, dla tem łatwiejszego odpływu, w razie rozszerzania się ogniska ropnego należy bez wahania powtórzyć kilkakrotnie przecięcie i drenowanie.

*(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie II Bd. 1 u. 2 H.)*

*A. Ciechowski.*

### 116. P. Strassmann. O powstawaniu ciąży zamacicznej.

Pod nazwą „cięży zamacicznej“ rozumiemy usadwienie się i rozwój jaja zapłodnionego na błonie śluzowej jajowodu. Cięża zamaciczna otrzewnowa powstaje tylko wtórnie, skoro pęknie jajowód, a worek płodowy rozrasta się na zewnątrz od niego; istnienie ciąży zamacicznej jajnikowej jest wątpliwem i możliwym tylko przy osiedleniu się jaja w lejku jajowodu lub w jajowodzie dodatkowym.



Dla rozstrzygnięcia pytania, jak powstaje ciąża zamaciczna, niezbędnym jest rozwiązanie zagadnienia, gdzie wogóle następuje zapłodnienie jajka. Dawna teoria zapłodnienia jajka w macicy, opierała się na błędnym mniemaniu, że ruch migawkowy nabłonka macicy jest skierowany ku ujściu jajowodu i sprzyja posuwaniu się nitek nasiennych w tym kierunku, podczas gdy ruch migawkowy nabłonka jajowodu, skierowany ku macicy, sprzyja posuwaniu się jajka ku macicy i przeszkadza dalszemu ruchowi nitek nasiennych. Teoria ta musiała upaść, gdy badania podjęte na świeżo wyciętych macicach dowiodły, że ruch migawkowy nabłonka nie sprzyja posuwaniu się nitek nasiennych, gdyż jest skierowany również, jak i w jajowodzie, ku ujściu wewnętrznemu macicy. Dalej stwierdzono u zwierząt, że zapłodnienie następuje w dolnym [macicznym] odcinku jajowodu, każda za tem ciąża jest z początku zewnątrzmaciczną.

Wobec tego przy rozstrzygnięciu pytania o powstawaniu ciąży zamicznej należy zastanowić się nad tem:

- 1) dlaczego jajo zapłodnione nie posuwa się ku macicy?
- 2) w jaki sposób może się usadowić ono i odżywiać w jajowodzie?

Jajko po zapłodnieniu zostaje czas jakiś w jajowodzie, zanim przesuwanie się do macicy. Czas ten nie jest ściśle określony, w każdym razie wynosi mniej, niż tydzień i wystarcza na to, żeby pierwsze stadya przewężania się jajka oraz powstawanie listków zarodkowych mogły odbywać się w jajowodzie. Dalsze posuwanie się jajka może być utrudnione lub wstrzymane: najprzód przez osłabienie siły poruszającej, powtóre gdy kanał jest za wązki, wreszcie, gdy ciało posuwające się jest za duże. Posuwaniu się naprzód jaja zapłodnionego pomaga ruch migawkowy nabłonka jajowodu i po części ruch robaczkowy. Zmniejszyć siłę tego ruchu i jednocześnie zmniejszyć drożność mogą: poprzednie zapalenia niezłytowe błony śluzowej jajowodu, zapalenia połączone z częściowym zniszczeniem nabłonka i wytworzeniem się blizn, nacieczenia ścian, chorobowe umocowanie i przemieszczenie jajowodu, zgięcia, polipy jajowodu oraz nowotwory narządów sąsiednich. Ze wszystkich chorób najważniejszą rolę w etiologii ciąży zamicznej odgrywa zapalenie tkanki okołomaciczej, które prowadzi za sobą zgięcie i zanik drożności jajowodu.

Rzadkie powstawanie ciąży zamicznej u pierwiastek tem się tłumaczy, że zapalenie tkanki okołomaciczej zwykle powstaje wskutek zakażenia podczas porodu lub poronienia. Częste powstawanie ciąży zamicznej po czasowej nieplodności można wytłumaczyć tem, że dopiero po przejściu ostrego zapalenia [rzeżączka, zakażenie poporodowe], jajowód staje się drożnym dla nitek nasiennych i dla jaja, które jednak po zapłodnieniu przesuwać się nie może.

Co się tyczy ostatniej z przyczyn, mianowicie gdy jajko po zapłodnieniu stało się za wielkiem lub o tyle się zmieniło w swej istocie, że dalsze posuwanie się jego ku macicy stało się niemożliwem, to powiększenie się takie może być wywołane przez zbyt powolne posuwanie się przez zwężony jajowód, zbytnią długość jajowodu, rozciągniętego przez nowotwory jajnika i przyjajnika, słowem może powstać wskutek zwiększenia drogi, jaką zapłodnione jajko ma do przebycia. Z drugiej strony na powiększenie jajka mogą wpływać pierwotne zmiany w samym jajku. Zmiany chorobowe w pęcherzyku GRAAF'a, w błonie ziarnistej jajka, znaczniejszy wylew krwi przy pęknięciu pęcherzyka, powiększają niem samym. Dlatego też często spotykamy w ciąży zamicznej bliźnięta, opisano nawet potwory (*thoracopagus*).

Pozostaje teraz rozstrzygnąć pytanie jak może jajko, zapłodnione, zagnieździć się i odżywiać w jajowodzie?

Do tego czasu w ciąży zamicznej upatrywano objaw atawizmu. Jajowody i macica są to przeistoczone przewody MUELLER'a, które u niższych



zwierząt służą za miejsca rozwoju jaja. Do rozwoju zapłodnionego jaja w jajowodzie potrzeba tylko wytworzenia się w nim błony doczesnej, która powstaje pod wpływem zetknięcia się zapłodnionego jaja z błoną śluzową macicy i zwykle tylko w ostatniej. Jeżeli błona doczesna rozwinię się przez atawizm w jajowodzie, to w nim może się rozwijać jajo zapłodnione [WEBSTER-PATELLANI]. Hypoteza ta przedstawia przedewszystkiem tę słabą stronę, że błona doczesna nie rozwija się przez zetknięcie się błony śluzowej macicy z jajem zapłodnionem, lecz jest wogóle jakby reakcją ustroju na jajo zapłodnione, spotykamy bowiem błonę doczesną w macicy przy ciąży zamacicznej, odnajdywano ją pod otrzewną w jamie DUGLAS'a, w jajniku i t. d. Zdaniem autora błona doczesna odgrywa inną rolę, przyjmuje mianowicie udział w wytworzeniu zewnętrznej warstwy nabłonkowej kosmków t. zw. *syncytium*<sup>1)</sup>. Otóż ciąża zamaciczna powstaje wtedy, gdy jajko zapłodnione zatrzyma się na zdrowej błonie śluzowej jajowodu w okresie wytwarzania się kosmkówki i pobudzi nabłonek jajowodu do zmiany na tkankę syncycialną, potrzebną do wytworzenia kosmków, a więc i do odżywiania jajka. Większość jaj zapłodnionych wstępuje do macicy, zanim zaczyna wytwarzać się kosmkówka i rozwija się następnie w macicy, inne giną w bardzo wczesnych stadiach rozwoju, nie znajdując odpowiedniego w jajowodzie podłoża.

(Berlin, klin. Wochensh. Nr. 36).

Ignacy Mucha.

### 117. Rosenberg. Leczenie wola za pomocą wstrzykiwań śródmiąższowych.

Leczenie wola za pomocą wstrzykiwań śródmiąższowych w ostatnich czasach zaniedbane zostało, gdyż z jednej strony zabiegi operacyjne zaczęto częściej stosować, a z drugiej podawanie przetworów z gruczołu tarczowego, przedewszystkiem tyreoidyny, nadzwyczaj się rozpowszechniło. Zresztą liczne przypadki zejścia śmiertelnego, jakie zanotowano po wstrzykiwaniu nalewki jodowej [znanych jest 28 przypadków] i niezawsze osiągnięta poprawa, zniechęciły lekarzy do tej metody postępowania. ROSENBERG za przykładem GARRÉ zaczął stosować do wstrzykiwań jodoform, a mianowicie: 1,0 *jodoformii, aetheris et ol. olivarum aa* 7,0. Rozczyn ten należy przechowywać w ciemnych fiaskach i w ciemnym miejscu, gdyż łatwo się rozkłada. Technika rękoczynu tego jest prosta. Po należytem wyjąłowieniu skóry chwytamy dwoma palcami za wole lub za tę część jego, do której wstrzyknąć mamy jodoform, i wkłuwamy zwyczajną dobrze zdezynfekowaną strzykawkę; z początku wstrzykujemy 0,5 gr. w celu obserwowania odczynu, później 1 grm. i dawkę tę zwołna powiększać możemy. Z początku robimy 3-dniowe przerwy, następnie 1—2 dniowe, a gdy pacjent dobrze znosi ten rękoczyn, można naraz wstrzyknąć więcej niż jedną szprycę. Dolegliwości, jako bezpośrednie skutki takich iniekcji, nie są wielkie. Nieznaczne palenie lub w ogóle ból w miejscu wstrzyknięcia, czasem rozchodzi się i na sąsiednie części ciała, niesmak w ustach znika po kilku minutach, kaszel, zawrót przelotny i t. d. —oto skargi pacjentów leczonych w sposób omawiany. Poważniejszych zaburzeń, jakie często notowano przy wstrzykiwaniu nalewki jodowej, tu nigdy nie spostrzegamy. GARRÉ zrobił 1000 iniekcji i nigdy nie zauważył nic groźnego nawet wtedy, gdy igła wkłutą została do żyły, a w jej światło dostał się rozczyń jodoformu. W jakim kierunku działa ta metoda leczenia, nie wiadomo; bardzo być może, iż jodoform wywołuje tłuszczowe zwyrodnienie nabłonków, tak jak to ma miejsce w wątrobie i nerkach, co doświadczalnie zostało dowiedzionem. W każdym razie nie sprowadza on tych skutków, co nalewka jodowa, a mianowicie

<sup>1)</sup> Jest to jeszcze kwestya sporna, czy zewnętrzna warstwa nabłonkowa kosmków (*syncytium*) powstaje z tkanek miazgicznych. Na ostatnim zjeździe ginekologów niemieckich w Lipsku większość uczonych skłaniała się do zdania, że *syncytium* jest wytworem płodu i niema nic wspólnego z tkanką miazgiczną [LEOPOLD, L. FRAENKEL, RUGE i inni]. *Przyp. spraw.*



blizn i zrostów wola ze skórą a co utrudnia robotę chirurgowi, jeżeli po bezskutecznej kuracji przypadek taki podlega operacji.

ROSENBERG stosował tą metodę u 30 pacjentów [24 kobiety i 6 mężczyzn], prawie u wszystkich, prócz mniej lub bardziej wydatnego wola, istniało zwiększenie uciskowe tchawicy. W niektórych przypadkach już po kilku wstrzyknięciach następowała taka poprawa, iż chory mógł się mieć względnie za wyleczonego; zdarzało się to nie tylko u osobników młodszych, ale nawet i starszych, jakkolwiek u tych ostatnich zdarzało się to rzadziej. Niektóre obserwacje autora sięgają dłuższego przeciągu czasu [2 lata, 2½ roku, ¾ roku] a nawrotu mimo to nie spostrzegano. Czasem jednak zmniejszanie się wymiarów wola idzie bardzo wolno, a są przypadki, w których ta metoda zupełnie zawodzi. Z 30-u przypadków w jednym R. nie osiągnął żadnej poprawy, w jednym była ona wątpliwą, w dwóch bardzo nieznaczną, w trzynastu [t. j. w 43%] była zadawalniająca, zwłaszcza co do oddychania, w pozostałych trzynastu nastąpiło zupełne wyzdrowienie. Nigdzie więcej nad 25 iniekcji nie wykonano. Autor zestawia statystykę BRUNS'a, dotyczącą metody leczenia tyreoidyną [z liczby 350 chorych tylko u 8% zupełne wyleczenie, u 1/3 większa poprawa, u 75% nawrót cierpienia po zaprzestaniu kuracji] i widzi wyższość w stosowanej przez siebie metodzie leczenia wola. W każdym razie u osób wrażliwych autor radzi rozpocząć kurację od tyreoidyny i dopiero przejść do iniekcji, gdy ta nie będzie dobrze znoszona lub zawiedzie; u pacjentów odważniejszych można odrazu zastosować jodoform.

A. Lande.

### 118. Obaliński. Przyczynek do techniki trepanacji czaszki.

Technika trepanacji czaszki zrobiła w ostatnich czasach znaczne postępy. Nikt zapewne dzisiaj nie używa trepanu ani trefny, które wyrugowane zostały całkowicie przez dłuto i młotek. Usiłowano jednak zastąpić te zbyt proste instrumenty dogodniejszymi i bardziej skomplikowanymi. Jedyna dotąd piła rotacyjna BERGMANN'a jest zbyt drogą aby mogła się rozpowszechnić. Po krótkim opisie przyrządu DAHLGREN'a autor przedstawia nowy sposób wypilowywania kości z wewnątrz na zewnątrz za pomocą COLLIN'owskiego perforatora z koroną i drucianej piłki GIGLIE'go. Z powłok czaszki wycina się płat w kształcie języka. Następnie przewierca się perforatorem w miejscach ściśle oznaczonych 5 — 7-iu otworów, sięgających do twardej opony mózgowej. Po odluszczeniu twardej opony od kości czaszkowych za pomocą podważki, przeciąga się przez otwory giętką drucianą piłkę i wypilowuje oznaczony odcinek kostny. Tym sposobem odsłania się dowolną powierzchnię mózgu, a wycięty początkowy płat skórny wystarcza całkowicie do zakrycia i zagojenia rany. Autor wypróbował sumiennie powyższą metodę i poleca ją usilnie chirurgom, zastrzegając, że nie stosuje się ona do uszkodzeń traumatycznych, lecz jedynie dla celów terapeutycznych lub rozpoznawczych.

(Centralblatt für Chirurgie, Nr. 32).

A. Ciechomski.

### 119. D-r I. Strauss. Dwa przypadki odosobnionego, obwodowego porażenia nerwu mięśniokórnego (*n. musculocutaneus*).

O ile często nerw w wspomniany przyjmuje udział w porażeniu splotu ramieniowego, które powstało na drodze urazu czy zapalenia, o tyle rzadko widzimy odosobnione jego porażenie. W literaturze zanotowano tylko sześć odnośnych przypadków. Autor miał sposobność obserwowania na poliklinice prof. OPPENHEIM'a dwóch chorych, dotkniętych tem cierpieniem. U obu powstało ono na drodze urazu [złamanie główki kości ramieniowej i cięcie szablą pod pachę] i należało do cięższych, albowiem połączone było z odczynem zwyrodnienia w mięśniu dwugłowym (*m. biceps*). Autor zwraca uwagę na jeden lekceważony dotąd objaw takiego odosobnionego porażenia nerwu skór-



nomięśniowego, a mianowicie w obu przypadkach skonstatował istnienie szerokiego stosunkowo wgłębienia na bocznej przedniej stronie ramienia pomiędzy przyczepem *m. deltoidei* i początkiem *m. supinatoris longi*. Konfiguracya taka zależy od zaniku mięśnia *brachialis internus* i zupełnego zachowania dwóch powyżej wspomnianych mięśni. Prócz charakterystycznych innych objawów tego porażenia [zmiany czuciowe i ruchowe], u jednego z pacjentów autor obserwował i zmiany troficzne pod postacią jakiegoś wyprysku, przypominającego na pierwszy rzut oka *psoriasis*.

A. Lande.

## Wiadomości drobne.

— D-r R. MÜHSAM z oddziału SONNENBURG'a opisuje rzadko nadzwyczaj spstrzegane zapalenie okostnej i kości pierwszej kości śródstopia po przebytych tyfusie u 5-letniej dziewczynki; cierpienie objawiło się w 7-ym dniu trwania stanu bezgorączkowego obrzmieniem i bolesnością w wyżej wzmiankowanej okolicy. W płynie brunatno ropiastym, otrzymanym po przecięciu ropnia i w czystej hodowli wykazano laseczniki tyfusowe pod drobnowidzem i za pomocą próby WIDAL'a; w kilka dni później trzeba było usunąć i część pierwszej kości śródstopia, przesyconej kroplami surowiczo-ropnego płynu, w którym również stwierdzono obecność laseczników tyfusowych. Przypadek powyższy należy do rzadkości ze względu na rozwój cierpienia w okresie bezgorączkowym, na wiek chorej, i na umiejscowienie się w małej kosteczce sprawy chorobowej, która zazwyczaj rozwija się w kościach długich, najczęściej w piszczeli.

(Centr. für Chirur. Nr. 35. 1897).

A. G.

## Wiadomości bieżące.

— Nieraz już zwracaliśmy uwagę czytelników Gazety Lekarskiej na Pamiętnik Tow. Lek. Warsz., archiw najtańszy ze wszystkich naszych czasopism lekarskich [3 rs. rocznie], a najbardziej z nich imponujący nie tylko swymi rozmiarami, ale i wartością pomieszczonych w nim prac. Ostatni zeszyt Pamiętnika zawiera prace: RENCZKIEGO „O półksiężycowych pasożytach zimnicy złośliwej“, POPIELA „Przyczynę do badań nad kastracyą w ustroju kobiecym“, NEUGEBAUERA „34 spostrzeżeń podwójności zewnętrznych organów płciowych“, PIĄTKOWSKIEGO „O działaniu soli wapiennych, w szczególności wody krynickiej w niektórych przewlekłych chorobach żołądka“, TYRCHOWSKIEGO „Instytut położniczy w Warszawie od 1802—1884“. Obok tych ciekawych prac znajdujemy w tymże zeszycie bardzo dokładne protokoły posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, mogące wybornie zaznajomić czytelnika z dzisiejszym stanem bieżących kwestyi lekarskich. Z rocznika zarządu Towarzystwa dowiadujemy się, że liczy już ono 200 członków czynnych i 100 korespondentów, że bije ono swój Pamiętnik w 500 egzemplarzach, że biblioteka Towarzystwa szybko wzrasta [przeszło 23 tysiące numerów], że w czynnościach naukowych Towarzystwa widać ciągle postęp, że pracownia towarzystwa powoli a stale rozwija się i służy coraz liczniejszemu pracownikom. Wreszcie ze szczególnym naciskiem odznaczamy pomieszczony w tym zeszycie Pamiętnika „Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za rok 1896“. Odpowiednio rozrostowi naszego piśmiennictwa lekarskiego i wydawnictwo to wzrosło niesłychanie w porównaniu z dawnymi laty. Podaje ono streszczenia 650 prac 300-u autorów. Trudno wyobrazić sobie, żeby lekarze piszący po polsku mogli się obywać bez takich przeglądów. Redakcyja Pamiętnika ma je do zbycia [po rs. 1] z ostatnich lat 10.

— W dniu 25 b. m. Towarzystwo Farmaceutyczne Warszawskie święciło 25-letni okres swego istnienia. Licznie zebrani goście i uczestnicy wysłuchali spra-



wozdanía, odczytanego przez p. H. HUBERTA seniora; ze sprawozdania tego czerpiemy następujące dane: Towarzystwo, założone staraniem D-ra HEINRICHA, W. KARPIŃSKIEGO, K. LILPOPA, F. SZTEYNERA i innych, otwartem zostało 1872 roku. Skromne pierwotnie zasoby rozwijały się stopniowo, dziś przedstawiają poważne zbiory. Biblioteka liczy do 7000 dzieł treści naukowej, gabinet farmakognostyczny, zapoczątkowany bogatym darem F. SZTEYNERA, posiada 1292 doborowych okazów, zielniki botaniczne, pomiędzy któremi zebrany przez F. KARO, posiadający 4000 gatunków i odmian w postaci 16000 roślin, gabinety fizyczny i chemiczny, okazy plastyczne, anatomiczne, owoców, grzybów i t. d. Towarzystwo w drugim roku swego istnienia rozpoczęło wydawnictwo organu zawodowego p. t.: „Wiadomości farmaceutyczne“, które pierwiastkowo wydawane jako miesięcznik, w 1885 r. zamieniono na dwutygodnik, obecnie odbijanem jest w liczbie 650 egzemplarzy. Kierownikami jego byli: J. MROZOWSKI, K. WENDA, WŁ. WIOROGÓRSKI i JULJUSZ KUŚMIERSKI. Przy Towarzystwie istniała szkoła farmaceutyczna dla uczniów aptekarskich, zamknięta z powodu szczupłości lokalu i braku kandydatów z Warszawy przed kilku laty. Przy współdziałaniu Towarzystwa wydane zostały następujące dzieła: „Uprawa roślin lekáarskich“ J. BIEGAŃSKIEGO, „Słownik synonimów farmaceutycznych“ WŁ. WIOROGÓRSKIEGO i ZAJĄCZKOWSKIEGO; przekład „Chemii analitycznej dla aptekarzy“ D-ra BECKURTS'a. Towarzystwo ogłasza konkursa z nagrodami 300 i 200 rs., rozporządza stypendyami powstałemi z ofiarności członków o kapitale 9000 rs.. Pod opieką Towarzystwa znajduje się 2 instytucje: Kasa Wsparcia podupadłych farmaceutów oraz wdów i sierot po nich pozostałych, i w ostatnich czasach otwarta „Kasa pożyczko-wkładowa“. We wspomnianym okresie przewodniczyli kolejno Towarzystwu pp. K. LILPOP, F. SZTEYNER, E. WERNER, H. HUBERT, H. KŁAWE i obecnie A. MANDUK. Z 38 członków założycieli pozostało szczupłe już grono zaledwie 10. Dwudziestoletnia działalność Towarzystwa zamknięta została utworzeniem pracowni chemiczno-bakteryologicznej, pozostającej pod przewodnictwem Magistra Farmacyi MICHAŁA BIAŁOBRZESKIEGO b. asystenta prof. M. NENCKIEGO w Petersburgu. Lokal Towarzystwa farmaceutycznego (przy ulicy Długiej pod Nr. 16 składa się z 7 pokoi. Pokoje te przeznaczone są na salę posiedzeń, bibliotekę, zielnik, muzeum i trzy na pracownię chemiczno-bakteryologiczną. W oddziale bakteriologicznym umieszczono termostat, suszarkę, parowy dezynfektor, dwie wagi chemiczne, szafę z przyrządami fizycznymi i stół przeznaczony do prac mikroskopowych z odczynnikami i mikroskopem ZEISS'a. Dalej w obszernym pokoju mają się wykonywać prace czysto chemiczne; mieszczą się tam 4 duże stoły, z których trzy z szufladami, szafkami i kompletem odczynników, a jeden z wszelkimi przyrządami do spalenia ciał organicznych, dalej stół do mianowania, szafa z odczynnikami i płynami mianowanymi, dwa stoły z kapami dla prac z ciałami, wydzielającemi gazy duszące i stół z przyrządem do gięcia szkła, suszarkami i wagami o dolnem zawieszaniu. Wszystkie stoły wyłożone białemi kafelkami. Trzeci pokój zawiera szafy z naczyniami, przyrządami, odczynnikami i biblioteczką podręczną. Podłogi w pracowni wyłożono linoleum, a ściany malowano olejną farbą, koloru piaskowego.

— Katedrę chirurgii w Uniwersytecie Jagiellońskim objął prof. RYDYGIERZ.

— D-r A. OBALIŃSKI.

— Kol. A. JARUNTOWSKI, sekretarz jeneralny VIII zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu, zawiadamia nas, że termin tegoż zjazdu odroczonej został do pierwszych dni lipca roku przyszłego.

## DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy Pp. Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, o rychłe uregulowanie rachunków.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 19 Сентября 1897. Druk Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.