

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena w Warszawie: rocznie 5 rs., na prowincyi. w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs. **Cena ogłoszeń:** Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnym pismem, lub za jego miejsce, następne po kop. 10; ogłoszenia zagraniczne po kop. 18 za wiersz drobnym pismem lub jego miejsce.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

Treść: I. M. REJCHMANN. O sztucznem trawieniu trzustkowym w żołądku, zastosowanem do celów leczniczych. — II. WŁADYSŁAW MATLAKOWSKI. Zestawienie 25 przypadków otwarcia jamy otrzewnej przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych niezapalnego pochodzenia (Dokończenie). — III. WŁ. OETUSZEWSKI. Przyczynek do rozpoznawania i leczenia przymiotu krtani. — *Notatki lekarskie.* 12. F. ARNSTEIN. Ostre otrucie kwasem karbołowym wprowadzonym przez kiskę odhodową zakończone wyzdrowieniem. — 13. J. W. SAWICKI. Odprowadzenie przepukliny za pomocą faradyzaey, na czwarty dzień trwania jej uwięznięcia. — *Dział sprawozdawczy.* 46. JAKSCH R. O klinicznym przebiegu ospy ochronnej. — Dodatek. — Ogłoszenia.

Capsulae contra taeniam. Z pomiędzy wielu środków przeciworobaczych *Extractum filicis maris aethereum* jest najstarszym i bez zaprzeczenia najdzielniejszym w skutkach — przytem zasługuje na pierwszeństwo przed innymi, które w większej części drażnią i obciążają przyrządy trawienia.

Korzeń paproci zawiera w sobie olejki eteryczne, żywicę, kwas garbnikowy i kwas filicilowy, od ilości zaś i składowych części zależy skuteczność wyciągu. — Różne obserwacyje w tym kierunku robione dowiodły „ze cała skuteczność zawisła:“ 1) od warunków klimatycznych paproci (rosnąca na Alpach bogatszą jest w kwas filicilowy) 2) od czasu zbioru korzenia (Wrzesień najodpowiedniejszy) 3) od sposobu przygotowania wyciągu; — dodać jeszcze winniem że świeżość i odpowiednie zabezpieczenie, od wpływu światła i powietrza, najważniejszą odgrywa tu rolę. Wielokrotnie doświadczenia przekonały mnie, że *Extr. filicis mar.*, wystawiony na działanie powietrza, traci znaczną ilość olejków, jednocześnie mętnieje i osadza kwas filicilowy — gdy tymczasem w naczyniu zabezpieczonem od przystępu powietrza, światła, w chłodnem miejscu i rok może pozostać bez zmiany. Celem uchronienia go od utraty tak cennych części składowych, najodpowiedniejsze są kapsułki gelatinowe; forma ta łączy i drugą niezmiernie ważną dogodność, a tą jest przyjemniejsze użycie tak przykrego lekarstwa.

W ciągu ostatnich lat miałem sposobność sprawdzić rzeczywistą skuteczność. Wyciągu z korzenia Alpejskiej paproci w kapsułkach, których sztuk 12 po 10 gran zadawane były dorosłym, a dzieciom w połowie powyższej ilości.

Sposób użycia kapsułek z Wyciągu korzenia paproci Alpejskiej.

Dla dorosłych osób 12 sztuk kapsułek, dla dzieci sztuk 6. Chory dwa dni przed użyciem kapsułek powinien zachować o ile można ścisłą dyjetę, a to celem odkrycia całego ciała solitera.

Rano, na czczo, co kwadrans po 3 kapsułki używać, popijając herbatą z cytryną — chory powinien spokojnie leżeć, a w razie nudności kawałki lodu łykać, lub też trzymać w ustach plasterek cytryny, zwykle w pół godziny po ostatniem użyciu kapsułek, tasieniec kłębem wychodzi ze stołcem wodnistym, a jeżeli w przeciągu 2 godzin nie pokaże się, należy użyć 2 łyżki oleju ryecynowego ażeby wydalili martwego tasienca.

M. Mutniański.

Właściciel Apteki. Nowy-Swiat Nr. 18.

**APTEKA
I SKŁAD WÓD MINERALNYCH
NATURALNYCH,**

**WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH,
pod firmą**

D^R T. HEINRICH

w WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej N. 473b istniejąca.

Jest stale zaopatrywaną we wszystkie wody mineralne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

47—42

ARCO w południowym Tyrolu.

D-r Stanisław Prager

(dawniej w Meranie) praktykuje w **ARCO** (Villa Schwarz).

6—2

W osadzie **WIZNA**. Guberni Łomżyńskiej jest wakujące miejsce dla

LEKARZA

z pensją stałą Rsr. 400.

W pracowni chemiczno-lekarskiej Szpitali Warszawskich w gmachu Szpitala Ś-go Ducha, Elektoralna 12, lekarz-chemik Szpitali Warszawskich, Dr. L. Nencki i chemik P. Rakowski dokonywają wszelkich rozbiórów wchodzących w zakres dyjagnostyki lekarskiej i higieny publicznej, rozbiory-chemiczno-mikroskopowe moczu, kału, nasienia, płwociny, zawartości żołądkowej, krwi, mleka kobiecego i t. p., materyjłów spożywczych i przedmiotów codziennego, użytku, oraz przedmiotów mających zastosowanie w handlu i przemyśle. 0—6

Termometra maksymalne ze świadectwami po **Rs. 1 kop. 35**, **Irrygatory** D-ra Esmarcha szklane z kompletem kanek kauczukowych po **Rs. 2 kop. 50**. **Inhalatory, Środki opatrunkowe** po cenach fabrycznych poleca **MAGAZYN OPTYCZNO-CHIRURGICZNY JULJANA DREHER. SZPITALNA Nr. 6.** 6—3

APTEKA J. RUTKOWSKIEGO

dawniej **E. Wernera** w Warszawie,
otrzymała:

LIPANINUM [KAHLBAUM]

Przetwór otrzymywany z najczystszej oliwy, zalecany przez prof. Mehringa i inne powagi lekarskie zamiast tranu rybiego. Odznacza się przyjemnym smakiem i łatwą strawnością.

3-2

GAZETA LEKARSKA.

I. O SZTUCZNYM TRAWIENIU TRZUSTKOWEM W ŻOŁĄDKU, ZASTOSOWANEM DO CELÓW LECZNICZYCH.

[Rzecz czytana na V zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie].

Przez

Mikołaja Rejchmana.

Z pomiędzy różnych chorób żołądka wydzielono w ostatnich czasach pewną postać chorobową, która pod wielu względami na szczególną zasługuje uwagę. Mam mianowicie na myśli t. z. „zanikowy nieżyt żołądka“, wywołujący ważne czynnościowe zaburzenia w tym narządzie, dokładnie zbadane przez JAWORSKIEGO i innych.

Główną czynnościową zmianą, cechującą ten rodzaj nieżyty żołądka, jest znaczne upośledzenie lub też zupełne zniesienie wydzielania soku żołądkowego, wskutek czego pokarmy w żołądku albo zupełnie nie są trawione, albo też tylko w części ulegają sprawom trawiennym. Z tego powodu miazga pokarmowa wydobyta z żołądka składa się z dużych kawałków pokarmów białkowatych [i krochmalowych] i szczególnie przedstawia własności. U tych chorych, u których sok żołądkowy w bardzo małej jeszcze wydziela się ilości, miazga pokarmowa jest znacznie gęstsza, niż w stanach prawidłowych i zawiera tylko ślady peptonu i innych przejściowych produktów trawienia. W tych zaś razach, w których wydzielanie soku jest zupełnie zniesione, miazga pokarmowa wcale peptonu nie zawiera, jest do tego stopnia gęstą, że całą masą spada z nachylnego naczynia i przesączać się nie daje.

Przypadki zanikowego nieżyty żołądka w ogóle nie są tak rzadkie jak dotychczas mniemano; najrzadszemi są ciężkie formy tej choroby, o których tylko co mówiłem i które zdają się stanowić ostatni okres jej rozwoju. Na 107 chorych, nie dotkniętych rakiem, badanych przezemnie w ciągu ostatnich dwóch lat, znalazłem 10 przypadków nieżyty zanikowego, czyli $9\frac{1}{3}\%$. Z tych dziesięciu przypadków, w ośmiu wytwarzały się w żołądku mniejsze lub większe ślady peptonu, a u dwu tylko chorych t. j. u $1\frac{1}{10}\%$ sprawa peptonizacyjna w żołądku zupełnie była zniesioną. Wspomnieć tutaj muszę, że natężenie sprawy dyjastazyjnej w żołądku tych chorych jest w stosunku odwrotnym do natężenia sprawy peptonizacyjnej. Im mniej w zawartości żołądkowej znajduje się peptonu, tem więcej wykazać się daje maltozy, a tem mniej erythrodekstryny; tak, iż w tych przypadkach, w których miazga pokarmowa w żołądku wcale peptonu nie zawiera, maltozy znajduje się w niej bardzo dużo,

a erytrodekstryny ani śladu. Zjawisko to łatwo pojąć się daje, jeżeli zwrócimy uwagę na to, że w stanach prawidłowych sok żołądkowy, *resp.* kwas solny tego soku w pewnej fazie trawienia przecina działanie śliny na powstałe już z krochmalu gatunki dekstryny. Że pomimo tego energicznego amylolytycznego działania śliny na pokarmy krochmalowe w żołądku, znajdujemy w nim u osób dotkniętych zanikowym nieżytem duże tych pokarmów cząsteczki, to się tłumaczy niedostateczną peptonizacją glutenu, ściśle ciała krochmalowe sklelejającego.

Najważniejszym i najczęstszym objawem zanikowego nieżytu żołądka są występujące w kilka godzin po jedzeniu wymioty pokarmowe masą gęstą, przedstawiającą powyżej wzmiankowane własności. Z 10 moich chorych wymioty spostrzegałem u 8-iu. Czas występowania tych wymiotów, grube cząstki pokarmowe wyrzucane z żołądka i bóle w dołku lub w prawym podżebrzu, nieraz przed wymiotami się zjawiające, przemawiają za tem, że drażnienie odźwiernika, a być może, że i skurecz jego, stanowią bezpośrednią przyczynę wymiotów. W stanach prawidłowych odźwiernik zwykły przepuszczać tylko najdrobniejsze cząsteczki pokarmowe, nic więc dziwnego, że jeżeli ciągle przezeń przechodzą nienormalnie duże cząstki pokarmowe, to drażniąc go ustawicznie, sprowadzają drogą odruchową wymioty, lub najpierw toniczny skurecz zwieracza odźwiernikowego, a następnie dopiero wymioty.

Drugim objawem, nie tak często dającym się spostrzegać, są bóle w dołku lub w prawym podżebrzu, występujące zazwyczaj w kilka godzin po jedzeniu. Z 10 moich chorych bóle zanotowałem u pięciu. U tych pięciu chorych przekonać się mogłem, że im miazga pokarmowa w żołądku była gęstsza, im większe cząstki pokarmowe zawierała, tem bóle były silniejsze. Fakty te przemawiają za tem, że i bóle zależą od drażnienia odźwiernika przez grubą i gęstą miazgę pokarmową. Muszę jednak zauważyć, że u niektórych z obserwowanych przemennie chorych, pomimo grubej i bardzo gęstej miazgi pokarmowej w żołądku, bóle spostrzegać się nie dawały. [Pod tym względem jeden szczególnie chory zasługuje na wzmiankę, u którego obok zanikowego nieżytu istnieje rozstrzeń żołądka; mechanizm tego narządu jest upośledzony, zalega w nim masa grubych cząstek pokarmowych, odbywa się kwaśna fermentacja, a czasem nawet i gnicie [przy znaczniejszej ilości pokarmów białkowatych], w miazdze pokarmowej wyciągniętej z żołądka wykryć można stale wielką ilość laseczników takich, jakie bywają w zawartości żołądkowej przy raku [tutaj raka stanowczo wykluczyć należy], pomimo tego wszystkiego jednak chory najmniejszych bólów nie doznaje]. Dlaczego to tak w podobnych wyjątkowych przypadkach się dzieje? na to odpowiedzi obecnie dać nie mogę.

Z tego com powyżej powiedział, wynikają ważne wskazania lecznicze dla chorych na zanikowy nieżyt żołądka. Rozumie się samo przez się, że o leczeniu zasadniczej choroby mowy być nie może, pozostaje więc nam tylko starać się o usuwanie zaburzeń czynnościowych. Ponieważ nie udaje się u tych chorych p o b u d z i ć w y d z i e l a n i e s o k u ż o ł ą d k o w e g o żadnym ze znanych sposobów, a to dlatego, że jak raz już gruczoły trawienne zanikły nie jesteśmy w stanie ani ich odbudować ani do czynności pobudzić, przeto starać się musimy o usuwanie tych następujących zboczeń w czynności żo-

ładka, jakie się przy zanikowym nieżycie rozwijają. Najważniejszym zaś następstwem zбочeniem, jak to mówiliśmy, jest niedostateczne w żołądku rozdrobnienie cząstek pokarmowych, co zależy głównie od znacznego upośledzenia lub zupełnego braku sprawy peptonizacyjnej, przy której to sprawie w stanach prawidłowych ciała białkowe naszych pokarmów, zarówno zwierzęcego jak i roślinnego pochodzenia, ulegają rozpuszczeniu. Wskazaniu temu w części możemy zadość uczynić, podając chorym pokarmy już w stanie najdokładniejszego rozdrobnienia. I rzeczywiście, tak postępując, przynosimy im nie małą ulgę. Ale ten sposób ustępuje pod wielu względami metodzie leczniczej, o której zaraz słów kilka powimy. Z jednej bowiem strony dla większości chorych przykrem jest żywienie się takimi rozdrobnionymi pokarmami i z tego powodu tracą oni chęć do jedzenia, a z drugiej strony, chociaż pokarmy mechanicznie już rozdrobnione do żołądka się dostają, jednak w nim się nie peptonizują. A sprawy peptonizacyjnej w żołądku nie należy znów tak lekceważyć; musi chyba ona mieć pewne zadanie do spełnienia jak w ogóle każda czynność naszego ustroju. Jeżeli ustrój może się przez jakiś czas obejść bez trawienia żołądkowego, jeżeli i w stanie prawidłowym sprawa trawienna głównie się w kiszki odbywa, to peptonizację w żołądku nie mniej za ważną poczytywać należy sprawę, już choćby dlatego, że pod jej wpływem rozpuszczają się ciała białkowe, skutkiem czego miazga pokarmowa rozdrabnia się na najdelikatniejsze cząsteczki i rozplywa. Jakie zaś znaczenie ma dla czynności życiowych samo wytwarzanie się peptonu w żołądku? na to pytanie odpowiedzieć obecnie nie można. Sądzę jednakże, że i pepton tworzący się w żołądku musi mieć jakieś przeznaczenie. Nielicznych chorych, u których pepton w żołądku zupełnie się nie wytwarza, a u których pomimo to nie spostrzegamy żadnych zmian w ogólnym odżywianiu, obserwujemy niezbyt dawno, zaledwie lat kilka i dlatego powinniśmy być ostrożni z wyprowadzaniem ogólniejszych wniosków. Bądź co bądź jednakże, przekonaliśmy się, że sama sprawa peptonizacyjna, jako taka, że rozpuszczenie pokarmów w żołądku, ma bardzo ważne dla zdrowia znaczenie. Staraniem więc naszym być powinno, u chorych na zanikowy nieżyt żołądka sprawę tę wzmóc lub wywołać. Tą myślą się kierując, po bezskutecznych próbach ze sztucznym sokiem żołądkowym, postanowiłem u chorych na zanikowy nieżyt żołądka zastosować sztuczny sok trzustkowy, dlatego, że sok taki znajduje w chorym żołądku odpowiedniejsze dla swego działania warunki. Wiadomo, iż pepsyna peptonizuje ciała białkowe jedynie tylko przy odczynie kwaśnym, a nadto aby sprawa peptonizacyjna w potrzebnej mierze się odbywała, koniecznym jest pewien stopień kwaśności miazgi pokarmowej. Ponieważ zaś przy nieżycie zanikowym ta ostatnia albo wcale nie jest kwaśną, albo w słabym tylko stopniu, przeto nic dziwnego, że wprowadzona z zewnątrz do chorego żołądka pepsyna, wcale do sprawy peptonizacyjnej się nie przyczynia. Nawet jednoczesne wprowadzenia z nią do żołądka kwasu solnego nie oddaje tych usług, o jakichby można sądzić, opierając się na teoretycznym rozumowaniu. Przyjęty kwas solny bardzo prędko z żołądka znika. Dla utrzymania w miazdze pokarmowej odpowiedniego stopnia kwaśności, należałoby kwas solny podawać albo bardzo często, albo w zbyt znacznej ilości. W znaczniejszem rozcieńczeniu

w wielkiej ilości wprowadzany do żołądka kwas solny niepotrzebnie go przeciąża i mało przyczynia się do sprawy peptonizacyjnej, połykanie zaś kwasu solnego w znaczniejszem stężeniu jest poprostu niemożliwe. Chociażby więc kwas solny, jak to wykazały badania JAWORSKIEGO, sam przez się pobudzał wydzielanie pepsyny w czczych żołądkach, dotkniętych niezupełnym zanikiem przyrzędu gruczołowego, to jednakże nie udaje nam się tym kwasem zakwasić miążgi pokarmowej do stopnia potrzebnego dla sprawy peptonizacyjnej. Z tego względu przy zanikowym nieżycie, żołądek przedstawia daleko lepsze warunki do urządzenia w nim sztucznego trawienia trzustkowego, niż do peptonizacji za pomocą pepsyny.

W takich żołądkach sprawa peptonizacyjna doskonale się pod wpływem sztucznego soku trzustkowego odbywa, w podobnych bardzo warunkach, jak w prawidłowym przewodzie kiszkowym ¹⁾. Jeżeli nawet miazga pokarmowa w żołądku posiada odczyn słabo kwaśny, to okoliczność ta bynajmniej działaniu soku trzustkowego nie przeszkadza. Pokarm mieszany, jakiego używam w celach rozpoznawczych, złożony z 30 grm. proszku mięsnego, 2 grm. soli kuchennej, 200 ctm. wody i 1 bułki, pomimo iż jest dość kwaśny, posiada bowiem stopień kwaśności około 0,1%, jednakże w chorych na nieżyt zanikowy żołądkach bardzo się dobrze pod wpływem wyciągu trzustkowego peptonizuje. Nawet mała ilość wydzielającego się w żołądku kwasu solnego, *resp.* soku żołądkowego, działaniu temu nie przeszkadza, jeżeli sok trzustkowy w odpowiedniej zostanie przyjęty ilości.

Pod wpływem peptonizacyjnego działania wyciągu trzustkowego, pokarm w żołądkach dotkniętych zanikowym nieżytem doskonale się rozpuszcza, miazga pokarmowa staje się rzadszą, płynną. Objawy chorobowe znikają, chorzy czują się daleko lepiej, zdaje się nawet, że trawienie trzustkowe w żołądku pomyślny wpływ wywiera i na ogólne odżywianie.

Na zakończenie kilka słów dodać muszę o sztucznych przetworach trzustkowych. Najlepszym jest wyciąg wyskokowy z trzustki, świeżo przygotowany. Przyrządza się go w ten sposób, że na posiekaną świeżą trzustkę wołową nalewa się $\frac{1}{2}$ litra rozcieńczonego wyskoku 12%—15%, pozostawia się w zimnem miejscu na 1—2 dni i następnie dokładnie się cedi. Otrzymany w ten sposób wyciąg trzustkowy działa bardzo dobrze, nie posiada przykrego smaku i może

¹⁾ Sok trzustkowy *resp.* znajdująca się w handlu pankreatyna, były dotychczas przepisywane wewnątrz, jedynie tylko w celu wzmocnienia trawienia kiszkowego. Tymczasem zanim przez prawidłowy żołądek pankreatyna do kiszek się dostanie, własności jej trawienne zostają przez sok żołądkowy zniszczone. Być może, iż uda się ten cel osiągnąć przez podawanie chorym pigułek pankreatynowych pokrytych jakąś masą, nierozpuszczalną w soku żołądkowym. Pod tym względem keratina, jak się o tem doświadczalnie przekonałem, często zawodzi.

Drugie zastosowanie znalazł sok trzustkowy lub pankreatyna w ławatywach odżywczych. Pod wpływem fermentów ciała białkowane się peptonizują, krochmal przechodzi w maltozę, tłuszcz się emulsjonują, jednym słowem odbywa się sprawa trawienia kiszkowego. Najważniejsze jednak zastosowanie lecznicze, według mego zdania, powinien znaleźć sztuczny sok trzustkowy i pankreatyna w zanikowych nieżytkach żołądka.

być przez czas dłuższy przechowywany. Proszki i pigułki pankreatynowe znajdujące się w handlu, są prawie zawsze bez żadnej wartości. Są to przetwory bardzo prędko ulegające zepsuciu. Najlepszą jest, jak się mógłem przekonać, pankreatyna DEFRESNE'a, ale tylko zupełnie świeża, ta zaś, która się zwykle w handlu znajduje, zupełnie jest własności trawiennych pozbawioną. Co się tyczy dawki potrzebnej do speptonizowania danego pokarmu, to zależy ona od ilości tego pokarmu. Wyciągu wyskokowego trzustki zalecamy chorym mniejszy lub większy kieliszek, a pankreatyny 0,5—2,0 grm.. Przetwory te chorzy przyjmują zaraz po jedzeniu.

II. ZESTAWIENIE 25 PRZYPADKÓW OTWARCIA JAMY OTRZEWNEJ PRZY CHOROBAH NARZĄDÓW RODZAJNYCH KOBIECYCH NIEZAPALNEGO POCHODZENIA.

[SZEREG DRUGI].

Podał

Władysław Matlakowski.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 46].

Spostrzeżenie XLV. *Cystis dermoidalis multilocularis ovarii sinistri; contemptum adiposum globosum; cystis dermoidalis ovarii dextris; torsio pedunculi; ascites; ovariotomia bilateralis; sanatio.*

Piotrowiczowa Julja, 66 lat, wyrobnica, przybyła do szpitala 23. V. 1888 z powodu *lymphangoitis* prawej nogi i osłabienia.

Miesiączka ukazała się w 15 roku typu $\frac{7}{28}$ d. a ustała przed 10 laty; pierwszy i jedyny poród odbył się przed 28 laty. Guz zauważyła jeszcze w dzieciństwie, a mianowicie około 12 roku życia w podbrzuszu już wyczuwała guz nierówny, twardy, niebolesny, który mniej więcej w okresie ustawiania miesiączki zaczął szybko rosnać, nie sprawiając atoli prócz nacisku żadnych innych dolegliwości. Dopiero w ostatnich czasach przy nadmiernem rozciągnięciu brzucha, zaczęły puchnąć obie nogi, pojawiły się bóle w podbrzuszu, wychudnienie, osłabienie coraz większe; opuchłe nogi zacerwieniły się, pojawiła się gorączka, i to dopiero skłoniło chorą do szukania pomocy w szpitalu.

St. praesens. Wysokiego wzrostu, podupadłego odżywiania, z lekkim zabarwieniem żółtawem skóry, wychudłą twarzą, typu *facies ovarica*; golenie opuchłe, na prawej obszerne *lymphangoitis*. Tętno 100, głos słaby, język obeschły, nos i kończyny chłodne, stan gorączkowy [38,4° C.].

Brzuch ogromny, mierzy w obwodzie przez pępek 99 ctm.; w najgrubszym przecięciu 104, od *pr. xyph.* do pępka 17 ctm., od pępka do spojenia 25 ctm.. Okiem widać przez ścieńczalą skutkiem rozciągnięcia ścianę nierówności, które jeszcze lepiej określa się przy wymacywaniu; guz ogromny w prawej i dolnej części brzucha, twardy i nierówny, w lewej gładki, dający uczucie chełbotania; oddzielne wypukłości również dają fluktuację, guz w całości daje się przesuwac. Ani największa miękka lewa część guza, ani osobne mniejsze jego wypukłości nie dają uczucia falowania. Obfity przesiek swobodny w jamie otrzewnej (*ascites*). Najciekawszem zjawiskiem jest miękkie, nadwyzczaj delikatne tarcie wyczuwalne na bardzo znacznej przestrzeni brzucha przy przesuwaniu i poruszaniu guza; odnieść je wypada, wraz ze znaczną bolesnością brzucha przy badaniu do zapalenia

wysiękowego otrzewnej. W okolicy nad *spina ant. sup. dextr.*, wzdłuż podżebrzy oraz w nadbrzuszu wążki pas odgłosu tympanitycznego; zresztą brzuch daje odgłos tępy. Obie okolice lędźwiowe miękkie. Przy badaniu przez pochwę wyczuwa się macię *in latero-positione*, a przez sklepienie części elastyczne guza, który porusza się oddzielnie sam, nie pociągając macicy. Na brzuchu kilka plam od podskórnych wynaczynień. Narządy wewnętrzne inne [serce, płuca, nerki] zmian grubszych nie przedstawiają.

Postawiwszy rozpoznanie jako *cystoma* z prawdopodobnem zwyrodnieniem złośliwym torbielaka, co do pomocy operacyjnej powstrzymałem się z początku, nie wiele mając nadziei na poprawę chorej. Gdy jednak chora w szpitalu przeostała gorączkować, opuchnięcie nóg zmniejszyło się, a bolesność brzucha zupełnie znikła, postanowiłem operować, ewentualnie poprzestać na cięciu badawczem.

D. 18. VI. w obecności lub przy pomocy kolegów BORSUKA, CIECHOMSKIEGO, GULIŃSKIEGO, KONDRATOWICZA, KUNIEWICZA, BRUNNERA, LESZCZYŃSKIEGO, oraz naczelnego lekarza KOBYLAŃSKIEGO przystąpiłem do operacji. Po przecięciu brzucha w smudze, wypłynęła ciecz ascytyczna w wielkiej ilości; przekonawszy się ręką wprowadzoną do brzucha, że prócz z siecią nie ma mocniejszych zrostów do kiszek, rozszerzyłem cięcie prawie aż do wyrostka mieczykowatego i wydobyłem guz na zewnątrz *in toto*, poczem oddzieliłem przyrost sieci w dwóch miejscach i na tępo porozrywałem zlepienie guza na ogromnej przestrzeni od tyłu z jelitami i ich kręczkami. Jedną komora torbielaka wypełniała zagłębienie DOUGLAS'a. Szypuła okazała się niegrubą lecz krótką; dla bliższego stosunku z pęcherzem od przodu wypadło wprowadzić cewnik i dopiero określiwszy granicę pęcherza, odłuszczyłem przy pomocy noża szypułę od niego, poczem zarzuciłem prowizorycznie podwiązkę elastyczną; staranne zakrycie jamy otrzewnej ręcznikami i gąbkami, opróżnienie kilku komór większych torbielaka, odcięcie tego ostatniego, podwiązanie szypuły, przypalenie i wpuszczenie do jamy otrzewnej. Wtedy okazała się torbiel wielkości dwóch pięści wychodząca z prawego jajnika wisząca na długiej szypule, która uległa 7-krotnemu skręceniu naokoło swojej osi; podwiązanie, obcięcie i wpuszczenie szypuły; toaletę jamy otrzewnej, w której zebrało się bardzo dużo krwawego płynu; zeszyte rany w ścianie brzusznej; operacja trwała 1½ godziny. Chora łatwo ocuciła się, tętno po operacji 76.

Wydobyty guz należał do najciekawszych przedstawicieli torbielaków, z powodu że okazał się jako *cystis dermoidalis multilocularis*. W największej komorze zawartość stanowił tłuszcz gęsty, zastygły, uformowany w gałki, zupełnie kuliste, gładkie, jednokłowej wielkości, mniej więcej rozmiarów dębianski [galasówki], dające się łatwo rozgniatać i przylepiające się do naczyń; takich gałek było około tysiąca; pływały one w cieczy brudno-szarej; po usunięciu tej zawartości na dnie tej samej komory pozostała masa wielkości pięści, złożona z tłuszczu i zwiniętego kłęba włosów. W ścianie torbieli gładkiej tu i ówdzie przy naciśnięciu natrafia się na blaszki kostne, z których jedna większa kończy się dwoma zębami. W drugiej komorze zawartość była płynną, obrzydliwie brudno-szarą podobną do grochówki; w trzeciej również płynną, lecz na pół przezroczystą, pięknego żółtego koloru; po wylaniu zastygła ona w masę tłuszczową podobną do smalcu gęsiego; w czwartej zawartość na pół steżała szaro-brudna z włosami. Nadto mnóstwo małych jam z tłuszczową zawartością, z blaszkami chrupiącymi pod nożem w ścianach. Jajowód dobrze zachowany wraz z *infundibulum*. Torbiel z prawego jajnika okazała się również dermoidalną jednokomorową,

Przebieg jak najpomyślniejszy, bez wymiotów, bez gorączki, bez bóleści, z tętnem 76—80; trzeciego dnia obfite wypróżnienie cuchnące; łaknienie bardzo wczesnie. Szóstego dnia zdjąłem szwy w liczbie 33, brzuch nieckowato zapadły, stan ogólny świetny, obrzęk nóg znikł. Chora opuściła szpital d. 16 Lipca.

Wydobyte torbiele wraz z zawartością ważyły 12500 gramów i godne są uwagi pod niejednym względem. Najprzód torbiel lewa jako dermoidalna i wielokomorowa należy do rzadkości; prawa wisząc na bardzo długiej szypule, wypychana przez lewą stale ku okolicy nerki prawej, tutaj uległa siedmio-krotnemu skręceniu szypuły (*torsio*). Lecz najciekawszem zjawiskiem jest uformowanie zawartości największej torbieli w gałki kuliste, jednakowej wielkości. Sposób podobnego ukształtowania się jest zagadkowy, trudno jest doświadczalnie go powtórzyć; zdaje mi się jednak, że tłumaczenie następujące najbardziej wolnem jest od zarzutów dowolności i jako takie najbliższe prawdy. W kilku przypadkach [sp. VI i XXXVIII *)] przekonałem się, że tłusta zawartość torbieli skórzastych bywa u żywego człowieka zupełnie płynną i że dopiero po wypuszczeniu szybko tężeje na masę szmalcową. Przypuszczam tedy, że i w danym przypadku zawartość była zupełnie płynną. Będąc wszystka tylko tłuszczem, rozbić by się i uformować w kule nie mogła i dlatego przypuszczam, że do jamy owego skórzaka, zawierającego płyn tłusty, pod wpływem zapalenia zachodzącego w ścianie torbieli zaczął do jej jamy przesączać się wysięk surowiczy [woda + sole + nieco białka], który z tłuszczem musiał dać mieszaninę, podobną do tej, jaką przedstawia każdy tłusty rosół. Pod wpływem ruchów ciała, *resp.* torbieli, pod wpływem rozmaitych insultów, płynna tłusta zawartość torbieli rozbiła się w wysięku ciekłym na masę tłustych kul, taką bowiem formę przyjmuje oliwa i t. p. tłuszcze mieszane z wodą. Teraz chodzi o wytłumaczenie, dlaczego te płynne kule stężały na gałki; oczywiście samo ostygnięcie tu niewystarczy, w chwili bowiem wypuszczania zawartości z torbieli u naszej chorej znaleźliśmy gałki już gotowemi. Otóż przypuszczam, że pod wpływem soli zawartych w wysięku wyżej wspomnianym następuje częściowe zmydlenie tłuszczu zawieszzonego w postaci kul i w ten sposób kule płynne zamieniają się na gałki. W całym tem tłumaczeniu, jest tylko jeden słaby punkt, a mianowicie, niełatwo wytłumaczyć, dlaczego ów początkowo płynny tłuszcz rozbija się na kule równej wielkości. Co do tego punktu powyżej podanego tłumaczenia, że do jamy torbieli pod wpływem zapalenia odbywa się przesiąkanie płynu wodnisto-solno-białkowego, to miałem sposobność wielokrotnie stwierdzić [sp. XLIII, XLIV] w których nieprzeliczone kawałki tłuszczu pływały w cieczy istotnie wodnistej, a w anamnezie można było odszukać objawy przebytego zapalenia ścian torbieli. I w danym przypadku chora przebywała ciężkie zapalenia, którego dowody oprócz bólów, gorączki i t. p. w anamnezie, znajdujemy w zrostach i sklejeniach na ogromnej przestrzeni, dalej w masach białych, grubych, amorfnych, lub w postaci wałków, błon, w które uformował się wysięk włóknikowy na powierzchni torbieli, a który dawał tak charakterystyczne uczucie tarcia, skrzypienia, któreśmy zauważyli przy pierwszym badaniu chorej.

Spostrzeżenie XLVI. *Cystis colloidea utriusque ovarii; torsio pedunculi; ovariotomia bilateralis; intoxicatio sublimato; sanatio.*

Radziszewska Józefa, żona szlachcica zagrodowego z Radziszewa Sieńcach [gub. Grodz. powiatu Bielskiego], przybyła do oddziału 27. VI. 1888, przysłana przez kol. WRÓBLEWSKIEGO.

*) Patrz Zestawienie 25 przyp. otwarcia jamy otrzewnej. Gaz. Lek. 1887. str. 931.

Pierwsze oznaki choroby wystąpiły mniej więcej przed 9-ma miesiącami pod postacią bólów w krzyżu i w podbrzuszu; guza z początku nie było; dopiero podczas ostatniej 5-ej ciąży chora zauważyła, że brzuch jej nadzwyczaj, jest duży, a po rozwiązaniu przedwczesnym okazało się że w brzuchu jest guz który od tej pory [Kwiecień 1888] zaczął szybko się powiększać, sprawiając jej nadzwyczaj mocne i nieustające bóle w krzyżu, podbrzuszu i prawem udzie, które ją zmusiły do poddania się operacji. Miesiączki nie ma od czasu ostatniego porodu. Chora średniego wzrostu, chuda, zdrowego wyglądu, blada; narządy wewnętrzne prawidłowe; oddawanie moczu niezakłócone; przez cienką, choć jędrną ścianę brzuszną widać guz sięgający do łuków żebrowych, szerszy u góry niż w części nad spojeniem łonowym, widocznie nierówny, twardy, chlebocący, bardzo poruszalny z boku na bok, oraz z dołu do góry; część pochwowa od tyłu; przez sklepienie przednie wyczuwa się guz, który nie znajduje się w bliższym związku z trzonem macicy przesuniętej w tył; zresztą sklepienie tylne i boczne są wolne; *parametria* miękkie i podatne. Rozpoznanie: *Cystis multilocularis*.

D. 30. VI. 1888 w obecności kol. BORSUKA, CIECHOMSKIEGO, GULIŃSKIEGO, KONDRATOWICZA, KUNIEWICZA, ROGOZIŃSKIEGO, SAWICKIEGO, p. naczelnego lekarza KOBYLAŃSKIEGO, prosektora uniwersytetu Paryskiego LEJARS'a, oraz studentów medycyny KLECKIEGO [z Dorpatu] i ZABOROWSKIEGO [z Paryża], po zachloroformowaniu chorej, rozciąłem szeroko ścianę brzuszną w smudze, zaczawszy aż powyżej nad pępkiem, przypuszczając bowiem gęstą zawartość w torbieli, postanowiłem ją wydobyc w całości, nie nakłuwając jej. Wzrost nieznaczny z siecią. Szypułkę bardzo grubą i szeroką lecz długą, 4-ro-krotnie okręconą około swojej osi, stanowiął prawy wiąz szeroki i prawe *adnexa* macicy; podwiązano ją, obcięto i wpuszczono do jamy otrzewnej; tak samo postąpiono z lewym jajnikiem wielkości jaja gołębiego, uległym zwyrodnieniu drobnotorbielowemu; toaleta jamy otrzewnej, w której było sporo płynu surowiczego, szew.

Chora wybornie spała; po operacji nie miała wymiotów, czkawki, tylko silny ból w krzyżu, wieczorem ciepłota 40° C., z tętnem 120; nazajutrz z rana 37,2° C.; wieczorem 38,2° C.; tegoż dnia obfite wypróżnienie; język czysty mały, brzuch miękki, zapadły, tętno 100, w ciągu następnej nocy chora miała 12 wypróżnień, i wtedy rzecz cała wyjaśniła się jako ostre otrucie sublimatowe. W ciągu dnia chora miała jeszcze kilka wypróżnień śluzowo-wodnistych, bez krwi, z mocnym wydymaniem, które ustąpiły po zadaniu makowca. W moczu białka nie było, oddawanie moczu częstsze, ale bez bólu. Od tej pory przebieg prawidłowy, 7-go dnia zdjęto szwy, *prima intentio*. 14. Lipca 1888 r. wyszła zdrowa.

Spostrzeżenie XLVII. *Kystoma ovarii dextris; ovariectomy; sanatio.*

D... 54 lat, żona członka komory, nigdy nie zachodziła w ciążę; guz rósł tak zwolna i skrycie, że chora zupełnie nie pamięta jego początku, tembardziej, że nie sprawiał jej żadnej dolegliwości; w ostatnich czasach zaczął rósć szybko i wtedy chora zaczęła doznawać uczucia pełności, oraz niemiłego uczucia wzdłuż lewego łuku żebrowego. Miesiączka ustała przed 3-ma laty; przed tygodniem po raz pierwszy odeszło dość sporo krwi z części płciowych bez widocznego powodu i bez bólu. Zresztą chora ma się zupełnie dobrze, mocz oddaje prawidłowo, wypróżnienia bardzo opieszale.

Średniego wzrostu, zdrowego wyglądu, dobrej budowy, miernego odżywiania. Brzuch ogromny, niesymetryczny, płaski; przez napiętą ścianę wyczuwa się guz nierówny, ciągnący się od spojenia do wyrostka mieczykowatego, od jednego kolca (*spinæ ant. sup.*), do drugiego, z prawej strony dochodzący do samego łuku żebrowego, z lewej wchodzący głęboko pod ostatnie żebra; tu chora doznaje niemiłego uczucia przy macaniu. Guz na powierzchni przedstawia liczne nierówności, jest twardo-elastyczny, daje nie w całości lecz w pe-

wnych ustępach uczucie chęłbotania; zjawiska drżenia (*vibratio*) ani falowania (*undulatio*) nie można wywołać. Z powodu wielkości przesuwalność guza jest nieznaczną. Przez sklepienie przednie wyczuwa się guz również elastyczny nierówny; część pochwowa mała, zanikła; macica ruchoma, nie zdaje się być w bliższym stosunku do guza. Inne narządy zdrowe. Rozpoznanie *kystoma ovarii*.

D. 5. VII. 1888 przy pomocy kolegów CIECHOMSKIEGO, KONDRATOWICZA i OBREŃSKIEGO dokonałem operacji. Chloroformowanie z początku zakłócone wymiotami bardzo uporczywymi. Cięcie ponad pępek przedłużone. Torbiel wielokomorowa, na krótkiej i szerokiej szypule z prawego jajnika, nigdzie nie-przyrosła, została podwiązana i obcięta, a szypuła wpuszczoną do jamy otrzewnej; szew na ścianę brzuszną, operacja trwała godzinę.

Przebieg: wieczorem tętno 84, ciepłota 37,9° C., częsta i męcząca czkawka, ból głowy i w podbrzuszu, zresztą przebieg idealny. 6-go dnia wypróżnienie, 7-go zdjęto szwy, *prima intentio*. Od tej pory D. jest zupełnie zdrową.

Spostrzeżenie XLVIII. *Carcinoma utriusque ovarii; ascites; punctio abdominis; ovariotomia; sanatio; regeneratio.*

Piecko Rozalija, 66 lat, wdowa po oficjaleście z Pułtusza, przysłana przez kol. SZACHERSKIEGO wstąpiła do szpitala d. 2. IX. 1888; wychodziła zamąż po czterykroć, dwa razy odbyła poród przedwczesny; przez długi czas czuła się w zupełności zdrową; przed 17-tu laty ustało miesiączkowanie i od tej pory czuje się słabą; z początku były to bóle i dolegliwości w dolnej części brzucha, w którym przed 7 laty zauważyła pewne powiększenie na dole. Przed 6-ciu laty zmuszoną była poddać się przekłuciu brzucha celem wypuszczenia z niego płynu, od tej pory powtarzano tę operację 45 razy, ostatni raz przed 3-ma tygodniami.

Chora chuda, bez charłaczej cery; kończyny, nos, wargi sinawe i chłodne, nogi nie obrzmiałe. Brzuch w położeniu na grzbiecie bardzo wystaje ku górze, a mało rozlewa się na boki, wszędzie daje wybitne chęłbotanie i drżenie (*undulatio*), żadnego guza wymacać nie można. Narządy oddechania, krążenia, trawienia, oraz nerki zdrowe; oddawanie moczu utrudnione, tego ostatniego bardzo mało. Obwód brzucha przez pępek 131 ctm., od *pr. xyph.* do *umb.* 27, od tego ostatniego do spojenia 43, a do *spina ant. sup.* po 42. Z powodu wielkiej duszności chorej zrobiłem przekłucie brzucha w smudze i wypuściłem 35000 ctm. sześciennych płynu ascytycznego, w końcowych porcjach nieco lepkiego, poczem uwidocznił się przez wiotką ścianę brzucha guz bardzo nierówny, twardy, bardzo bolesny przy macaniu, przesuwalny z boku na bok, wychodzący z miednicy małej, wielkości trzech pięści. Macica mała, zanikła, mało ruchoma, również jak i sklepienie, przez które wyczuwa się guz nierówny, twardy.

Chociaż cechy guza [twardość, nierówność, kształt nieregularny, *ascites*], wyraźnie wskazywały, że jest rakiem, i że wyjęcie będzie trudnem z powodu małej ruchomości sklepień i macicy oraz samego guza, mając na uwadze względnie dobry wygląd, zdrowy stan innych narządów [w tej liczbie i wątroby] postanowiłem przystąpić do operacji.

D. 24. IX. przy pomocy i w obecności kol. CIECHOMSKIEGO, GULIŃSKIEGO, BORSUKA, KUNIEWICZA, SZACHERSKIEGO, WINAWERA i pomocnika naczelnego lekarza OBREŃSKIEGO, otworzyłem brzuch w smudze, a przekręciwszy chorą na bok, wylałem z jamy otrzewnej masę płynu, który się zdążył już zebrać w ciągu 4 dni od przekłucia, poczem przedstawił się guz czerwony, krwawiący za najlżejszem potarciem, kruchy, podobny do kalafiora, z szeroką szypułą i twardą, usianą guziczkami aż do podstawy; także same guziczki wielkości ziarna soczewicy na otrzewnej miednicy i na listku wyścielającym ścianę brzuszną; operowanie bardzo nieprzyjemne z powodu lepkiego śluzu, którym powleczone wszystkie trzewa. Z powodu grubości, twardości i kruchości szypuły, obawiałem się

ją podwiązywać jedwabiem i wpuszczać do jamy otrzewnej; nitka jedwabna przerzywała tkankę nowotworu jak mydło, i dlatego objąłem szypulę w podwiązkę kauczukową, a obciawszy guz umieściłem ją w dolnym kącie rany ekstra-peritonealnie, poczem gruntownie wypłukałem jamę otrzewnej roztworem tymolu [1:2000] w celu oczyszczenia jej od płynu klejowatego i krwi. Szypuła z powodu krótkości swej bardzo się wciągnęła; nie można też było wcale obszyć jej i otulić otrzewną ścienną poniżej ligatury elastycznej.

Pomimo to przebieg jak najpomyślniejszy, bez wymiotów, gorączki lub boleści; chora spokojnie zachowywała się, wyczekując swego wyzdrowienia, nie podejrzewając, że to przyjść nigdy nie mogło z powodu rozsiania się nowotworu po otrzewnej, wreszcie z powodu, że w samej szypule pozostać musiały części podejrzane. W końcu Listopada chora została przeniesioną do szpitala S-go Łazarza.

4-o WYCIĘCIE JAJNIKA PRZY NERWOWOŚCI.

Spostrzeżenie XLIX. *Degeneratio cystoidea utriusque ovarii; nervositas; oophorectomia partialis; salpingectomy dextra; sanatio.*

Pio...czowa Aleksandra 42 lat, żona urzędnika, z Wołkowyska, przybyła do mojego oddziału d. 28. XII. 1887. Zameżna od kilku lat, lecz bezdzietna; przed kilku laty kol. THIEME uskutečnił rozcięcie części pochwowej celem ułatwienia zapłodnienia, lecz bez skutku. Miesiączka odbywa się prawidłowo co 4 tygodnie, trwa krótko 3—4 dni z bardzo skąpym odpływem krwi, zawsze z rozmaitemi przypadłościami, zwłaszcza w ostatnich latach; na kilka dni przed rozpoczęciem się jej i przez tydzień po ustaniu, chora ma ogromne bóle w podbrzuszu, w pachwinach, w bokach, nie może zajmować się niczem; nadto przyłącza się niepokój, rozdrażnienie, jakaś obawa, wstręt do pewnych osób i t. p.. Pochodzi z rodziny nerwowej, jedna siostra była w oddziale obłąkanych; druga siostra ma dzieci, jest zdrową.

Chora średniego wzrostu, wybornie odżywiana, białoróżowa; pokład tłuszczu na brzuchu bardzo gruby, przez co badanie trzew brzusznych i narządów płciowych nie daje żadnego dodatniego wyniku; przy macaniu podbrzusza, szczególnie z lewej strony, chora doznaje silnego bólu. Pochwa ciasna, macica stoi wysoko; część pochwowa stożkowata, z małutkim otworem, sklepienia odporne, nie można jednak nawet przy oburęcznem badaniu wyczuć jajników, lub guzów.

Operacyja wykonaną została w obecności kol. BORSUKA, BORKOWSKIEGO, BRUENERA, LESZCZYŃSKIEGO, ŻOLEŃZIOWSKIEGO, CIECHOMSKIEGO, GULIŃSKIEGO, THIEMEGO i OBREBSKIEGO. Chora bardzo źle spała; ciągle się wyprężała, a za obfitszem podlaniem chloroformu tętno promieniowe stawało się niewyczuwalnem. Wprowadziwszy rękę do jamy otrzewnej przez ranę w smudze, zamiast prawego jajnika znalazłem guz gładki, torbielowy, napięty, wielkości jaja gołębiego, przyrośnięty do tylnej powierzchni macicy i do więzła szerokiego, tak że nawet dookoła obejść go palcami nie można, o wydobyciu go zaś z jamy na zewnątrz, lub choćby do rany w ścianie brzusznej ani może być mowy. To samo z lewej strony, gdzie na miejscu jajnika wyczuwa się guz torbielowy wielkości orzecha włoskiego. Pomiędzy temi guzami zagłębione dno i trzon macicy, tworzące wraz z niemi wspólną masę. Zagłębienie DOUGLAS'a w części zarośnięte, w części wypełnione przez torbielaki. Przy usiłowaniach oddzielenia palcem torbieli lewej tak od dołu jak i z boków, takowa pękła, a zawartość jej czekoladowa wylała się do jamy otrzewnej, z kądem zaraz gąbkami została wymaczana. Z prawej strony umyślnie torbiel między palcami rozgniotłem, a odszukany jajowód podwiązałem i obciąłem, kończąc w ten sposób operacyję, gdyż wobec złego snu chorej, ustawicznego nadymania się, przerw w oddechu i tętnie nie odważyłem się na cięcie poprzeczne mięśni prostych brzucha, i wycięcie *à tout prix* adneksów

macy, jak to radzi HEGAR. Szew ściany brzusznej. Przebieg wyborny, bez gorączki, bez wymiotów i innych przypadłości. Jedyne z powodu rozejścia się brzegów rany w ścianie brzusznej na pewnej przestrzeni, chora zmuszoną była dłużej poleżeć. Wypadła pod ten czas miesiączka przeszła szczęśliwie bez żadnych dolegliwości. O dalszych losach chorej pomimo odnoszenia się listownego nie mam wiadomości.

5-o JEDNA LAPAROTOMIJA BADAWCZA.

Spostrzeżenie L. *Cysto-sarcoma utriusque ovarii; exsudatum sero-sanguinolentum in cavo peritonei; punctio; laparotomia explorativa; sanatio.*

Grabek Teresa lat 34, żona oficjalisty kolejowego, przybyła do oddziału d. 3. I. 1888. Miesiączka rozpoczęła się w 15 r. życia; przed 14-tu laty pierwszy poród, od tej pory miesiączkowanie nieprawidłowe; druga ciąża przed 1½ rokiem; poród w 7-ym miesiącu. Przed rokiem zaczęła uczuwać ból w prawej pachwinie i boku, a w kilka miesięcy wymacała sobie w prawej połowie brzucha guz twarde. Jednocześnie ze zmniejszeniem sił brzuch zaczął się powiększać. W Październiku wypuszczono jej masę płynu krwawego, ulga atoli nie trwała długo, a w 2 miesiące brzuch urósł do poprzednich rozmiarów.

Chora średniego wzrostu, blada, lecz bez cech charłactwa; prawidłowej budowy, niezłego odżywiania; kończyny dolne wcale nie obrzękłe. Brzuch ogromny, kulisty, symetryczny; nadbrzusze nieco spłaszczone. Brzuch gładki, drżenie, chęłbotanie, falowanie bardzo wyraźne; w prawej połowie brzucha ponad prawym więzmem POUPART'a i nad spojeniem wyczuwa się guz twarde, nierówny, jakby z lekka skrzypiący, do spojenia i więzmu POUPART'a oraz ściany brzusznej przyparty, z miednicy wyrastający, płaski, z krawędzią nieprawidłową, z trudnością dający się od spojenia i więzmu odepchnąć ku górze i na lewo i na powrót w swoje miejsce wracający. W położeniu na grzbiecie w całej okolicy nadbrzuszej, prawie do samego pępka, oraz w obu podżebrzach odgłos bardzo pełny, bębniasty, jak przy *tympanitis*, wszędzie indziej na brzuchu odgłos tępy; przy zmianie położenia [na boku] stosunek tego odgłosu do tępego się zmienia, z kądem wniosek: płyn w jamie otrzewnej jest wolny. Macica nisko, przesunięta i przyparta na prawo, i do tego obrócona tak, że wargę przednią zwrócona jest nieco na prawo. tylna na lewo; macica twarda, zupełnie nieruchoma. Sklepienie przednie i lewe jest wypełnione przez guz twarde, którego ani samego oddzielnie, ani wraz z macicą, wcale poruszyć nie można.

Serce, płuca i nerki zdrowe.

D. 4. I. w miejscu klasycznym nakłułem brzuch i wypuściłem 12,000 ctm. sześciennych płynu ciemno-krwawego, nieco lepkiego, w którym pod drobnowidzem znaleziono masę zmienionych czerwonych ciałek krwi. Chora bardzo osłabła, skutkiem czego badania tymczasem zaniechano, obwiązawszy brzuch obcisłe. W kilka dni badanie wykazało, że pomimo opróżnienia jamy brzusznej stosunki przez pochwę ani na jotę się nie zmieniły; guz zaś wyczuwalny, nad prawym więzmem POUPART'a, pozostał podawnemu bardzo mało poruszanym.

Rozpoznanie brzmiało jako złośliwy guz jajnika, w kombinacji z guzem macicy; głównie do rozpoznania złej natury guza skłonił nas krwawy, a wolny płyn w jamie otrzewnej. Tak w celach rozpoznawczych, jak i przez wzgląd żeby chora się nieco poprawiła postanowiliśmy wyczekiwać. Płyn w jamie otrzewnej zaczął nagromadzać się bardzo szybko i wkrótce brzuch doszedł do poprzednich rozmiarów. Stan ogólny mimo to poprawiał się widocznie i dlatego nie chcąc chorej zostawiać jej losowi postanowiliśmy uciec się do laparotomii próbnej w celu przekonania się, czy rzeczywiście nic poradzić nie można.

D. 18. II. chora została uspioną w obecności kolegów OBRĘBSKIEGO, GUŁIŃSKIEGO, CIECHOMSKIEGO, BORSUKA, BORKOWSKIEGO, ŻOŁĘDZIOWSKIEGO i KU-

NIEWICZA. Po otwarciu jamy otrzewnej cięciem w smudze poniżej pępka, wypuściłem płyn zebrany również krwisty, poczem wprowadziwszy rękę zbadaliśmy stan rzeczy. W prawej stronie z poza spojenia i prawego więzu POUPART'a wyrasta płaski guz, czerwony, kalaforowaty, wielkości dwóch rąk, na szerokiej podstawie, punktu wyjścia niepodobna określić, gdyż zrasta się on ku dołowi w miednicy małej z torbielą wielkości główki dziecka, wypełniającą jamę DOUGLAS'a i jamę miednicy małej. przyrosłą całkowicie do jej ścian aż do płaszczyzny wchodu, przyczem po bokach, zwłaszcza z lewej strony, torbiel wprost przyrosłą jest do *a. iliaca com.*, którą wyczuwa się w kształcie tętniącego wałka, tuż przy samej ścianie torbieli. Ku przodowi ta ostatnia zrosła nie do oddzielenia z macicą; o stanie jajowodów nie można z powodu zrostów zdać sobie sprawy; od przodu pęcherz również zrosły z wymionionemi tworami, tak, że go oddzielić niepodobna. Ku górze powrózek sieci zawierający liczne guzy nowotworów wtórnych łączy poprzeczną, która dlatego bywała tak rozdętą. Wobec tego stanu rzeczy wypukaliśmy jamę otrzewną kilku litrami roztworu kwasu bornego, dopóki nie zaczęła wypływać ciecz prawie koloru wody, poczem zaszyłem ranę w ścianie brzusznej. Po zaszyciu brzuch ma szczególną formę: w dolnej prawej stronie ściana brzucha spoczywa na twardym guzie jak na podłużonej pięści, wyżej zaś i na lewo jest głęboko zapadłą. Wypełniwszy dół gazą i watą nałożyliśmy opatrunek.

Przebieg idealny, bez wymiotów, podniesienia ciepłoty i t. d.; chora miała przez kilkanaście dni po operacji skórę ciągle wilgotną i ciepłą. Wyszła ze szpitala d. 9. III. 1888 z guzem, lecz bez śladów zbierającego się na nowo płynu w jamie otrzewnej. Chorą widziałem w kilka miesięcy potem; płynu zebrało się napowrót tak wiele, że chora chodzić nie może wcale, ale mimo to blizna w brzuchu po operacji ani na $\frac{1}{4}$ ctm. nie rozciągnęła się i nie puściła, pomimo tak ogromnego napięcia; przekłuwszy wypuściłem ogromną ilość krwistego ciemny płyn.

III. PRZYCZYNEK DO ROZPOZNAWANIA I LECZENIA PRZYMIOTU KRTANI

[Rzecz czytana na V zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie].

Podał

Władysław Oltuszewski.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 47].

III. Wrzody przymiotowe.

Przeglądając nasz materyjał, widzimy, że wrzody przymiotowe mogą się umiejscawiać na najrozmaitszych miejscach krtani. Owrzodzenie w rodzaju szczeliny wskutek rozpadu lepieża płaskiego widziliśmy w spostrzeżeniu 3, owrządzenie na przedniej powierzchni nagłośni mieliśmy w spostrzeżeniu 4, na tylnej w 7, w spostrzeżeniu 6 owrządzenia umiejscowiły się na przedniej powierzchni tylnej ściany i na strunach prawdziwych, w przypadku 7 owrządzenia były liczne, mianowicie na tylnej powierzchni nagłośni, na więzie nalewko-nagłośniowym prawym, na strunie fałszywej lewej i na tylnej powierzchni chrząst-

ki nalewkowej lewej; obie struny prawdziwe przedstawiały owrzodzenie w przy- padku 8, w 9 zaś prawa struna cała była owrzodzona, a na lewej takowe znaj- dowało się na wyrostku głosowym.

Wszystkie te owrzodzenia były powierzchowne, pokryte szaro-żółtym na- lotem i po większej części otoczone były czerwoną obwódką. Owrzodzenia na skutek rozpadających się ziarniniaków przymiotowych widziałem na nagłośni. Były one głębokie i z wywniętymi brzegami. W ogóle wrzody przy- miotowe bywają nieregularnej mniej lub więcej okrąg- łej formy, o dnie szaro-żółtem i otoczone są czerwoną obwódką, czem głównie na wygląd odróżniają się od gruźliczych, których otoczenie prawie zawsze bywa blade. Cechę tę uważam za bardzo charakterystyczną i sprawdziłem ją prawie we wszyst- kich spostrzeganych przypadkach. Przy rozróżnianiu pomienionych wrzodów od gruźliczych, oprócz wzmiankowanej cechy otoczenia, małej bolesności przy znacznym nawet posunię- tych zmianach, przez długi czas zachowanego głosu i powyżej wyszczególnionych momentów, jak zachowanie się sąsiednich narządów, objawy konstytucjonalne w innych organach, wywiady, głównie kierować się winniśmy wynikami leczenia, tak, że można prawie przyjąć za regułę, aby każde owrzodzenie w krtani, jeżeli u danego osobnika nie ma wyraźnych objawów gruźlicy, traktować jako pochodzenia przymiotowego, gdyż wynik leczenia prawie zawsze będzie momentem rozstrzygającym. Wszel- kie wysilanie się na wyróżnienie wrzodów gruźliczych od przymiotowych, oparte li tylko na umiejscowieniu, uważam za bezpodstawowe, gdyż zarówno gruźlicze owrzodzenia jak przymiotowe mogą się umiejscawiać na różnych miejscach krtani.

Przy rozpoznawaniu owrzodzeń przymiotowych winniśmy także pamiętać o możliwości kombinacji przymiotu z gruźlicą. Tego ro- dzaju kombinację spostrzegłem w następującym przypadku.

Spostrzeżenie XIII. W. K., lat 24 liczący, zgłosił się do mnie w 1885 roku. Pochodzi z rodziny suchotniczej. Przed 4 lata miał wrzód na członku i prze- prowadził leczenie ręcicowe. Od roku chory kaszle, chudnie, poci się w nocy, chrypi i doświadcza bólu przy łykaniu. Nadzwyczajny upadek odżywiania. Prawie wszystkie gruczoły powiększone. W płucach stępienie w obu szczytach. Na tylnej ścianie gardzieli, prawie pośrodku, sadłowate owrzodzenie. W krtani owrzodzenie na przedniej powierzchni nagłośni, na wy- rostku głosowym lewej struny i na strunie lewej fał- szywej. Na przedniej powierzchni tylnej ściany nie- znaczne nierówności.

W przypadku tym, na zasadzie znalezionych danych, przemawiających za możliwą kombinacją gruźlicy i przymiotu, zacząłem stosować leczenie swoiste. Po wyżyciu pół uncji jodku potasu, pędzlowaniu gardła rozczyntem sublimatu i zasypywaniu do krtani jodoformu, zauważyłem znaczną poprawę, a mianowicie ogólny wygląd daleko lepszy, gruczoły zmniejszone, znaczna poprawa w płucach, zupełne zagojenie owrzodzeń gardzieli, nagłośni i strun, poprawa głosu i łykania. Pozostały tylko wyżej wspomniane nierówności na tylnej ścianie krtani. W cie- kawym tym przypadku do starego przymiotu przyłączyła się gruźlica. Prawie

analogiczne do mojego spostrzeżenia opisał w ostatnich czasach ARNOLD POCI (*Med. aud. surg. Journal und Westein Lancet. April 1887*), gdzie u suchotnika zjawilo się owrzodzenie na nagłośni *in rimula* i obrzęk tylnej ściany, obok powierzchownego owrzodzenia strun prawdziwych. Rozpoznano *phthisis laryngis*. Po pewnym czasie chory przyznał się, że przed 3 laty miał wrzód na członku. Ponowne badanie wykryło ślady stwardnienia na członku i lepieże około otworu stolcowego. Zaczęto stosować swoiste leczenie. Po pięciu dniach owrzodzenia nagłośni i na strunach w zupełności się zagoiły, a pozostał tylko wrzód na tylnej ścianie i obrzęk tejże.

O podobnej kombinacji przymiotu krtani i gruźlicy wspominają i inni autorzy, jak IRSAL, SCHNITZLER, KUBE, SCHECH, HERYNG, GRUENWALD, MASSEI i t. d.. We wszystkich tego rodzaju przypadkach różniczkowe rozpoznanie na zasadzie tylko samego wyglądu owrzodzeń jest zdaniem mojem bezcelowe. Oprócz uwzględnienia kilka już razy wspomnianych towarzyszących okoliczności, rozstrzygającym momentem winno być leczenie.

iv. Blizny

stanowią nieraz ważną oznakę przy wyróżnianiu przymiotu krtani od raka i gruźlicy. Aczkolwiek dwa ostatnie cierpienia w bardzo rzadkich przypadkach mogą także wytwarzać blizny, nie bywają jednakowoż one ani tak obszerne, ani tak charakterystyczne jak przymiotowe. Blizny powodują często przeszkody przy oddechaniu, łykaniu i wydobywaniu głosu. Kilka przypadków zwężeń bliznowych krtani, odnoszących się do pierwszej kategorii, tutaj pomijam. Będą one stanowić przedmiot oddzielnej pracy. Natomiast podaję w streszczeniu ciekawy przypadek dziedzicznego przymiotu, odnoszący się do drugiej kategorii, który leczyłem wspólnie z kolegą SOKOŁOWSKIM w 1882 roku i który obszernie przez kolegę SOKOŁOWSKIEGO został opisany w *Medycynie*. W przypadku tym u 26-letniego chłopca, wskutek przebytych owrzodzeń nagłośni, fałdów nalewko-nagłośniowych i tylnej ściany gardła, wytworzyła się przepona z trójkątnym pośrodkowym otworem. Przez wspomniany otwór w głębi można było widzieć zmienione [bliznowate] struny prawdziwe i tylną ścianę. Przechodzenie pokarmów przez ten otwór powodowało choremu stosunkowo nieznaczną przeszkodę przy łykaniu. W ogóle widziałem blizny na fałdach nalewko-nagłośniowych, na nagłośni, na strunach prawdziwych i fałszywych.

v. Zapalenie stawów

oraz pozostające po niem zeszytywnienie stawu (*ankylosis*) spostrzegano dotychczasowo tylko na stawie obrączko-nalewkowym. Niżej podane spostrzeżenie należy stosunkowo do bardzo rzadkich.

Spostrzeżenie XIV. M. K., 40-lat licząca, odesłana została przezemnie do szpitala S-go Rocha na oddział kolegi HERYNGA d. 19. X. 1885 r.. Zameżna, jeden raz rodziła. Od kilku lat kaszle. Duszność i chrypka od lat 4. Zaduśnianie od tygodnia. Chora dobrze odżywiana. Granice płuc nieco obniżone. Oddech prawidłowy. Gardziel nie godnego uwagi nie przedstawia. Przelykanie swobodne. W krtani: nagłośnia zdrowa, prawy wiąz nalewko-nagłośniowy obrzmiała, w daleko mniejszym stopniu lewy. *In*

rimula nieznaczne obrzmienie. Szpara głosowa przedstawia trójkąt, którego bok prawy stanowi kąt prosty, lewy zaś kąt ostry. Szerokość szpary głosowej 4 milimetry. Chrzątka nalewkowa prawa obrzmała, zupełnie nieruchoma, a struna głosowa prawa stoi w pozycji fonacyjnej. Lewa struna głosowa wykonywa nieznaczne ruchy, a przy wydobywaniu tonów głośnia przedstawia dosyć znaczną szparę. Obie struny prawdziwe żółto-czerwonej barwy, mięśnie ich zanikłe. Głos względnie czysty.

Wyłączywszy w opisanym przypadku blizny, które mogłyby warunkować zeszywnienie stawu fałszywe, gdyż takowych nie było, a także porażenie prawostronne nerwu zwrotnego, na zasadzie zmian anatomicznych w krtani, jakie wyżej opisaliśmy, przyszedłem do wniosku, że mieliśmy do czynienia z idyopatycznym zapaleniem stawu obrączko-nalewkowego, reumatycznego, gruźliczego lub przymiotowego pochodzenia. Wyłączywszy, na zasadzie starannego zbadania płuc, gruźlicę, najwięcej prawdopodobną przyczyną w tym przypadku wydawał mi się przymiot, co też i zastosowane swoiste leczenie w zupełności stwierdziło. W myśl zrobionego rozpoznania zastosowałem wcierania szaruchy, a do wewnątrz jodek potasu. Już po sześciu wcieraniach i wyżyciu kilku drachm jodku potasu zauważyłem znakomitą poprawę; ruch chrząstki nalewkowej prawej zaczął wracać, obrzęki znacznie się zmniejszyły. Podczas pobytu chorej w szpitalu zastosowałem 18 wcierań i $\frac{5}{2}$ jodku potasu. Chora wypisała się ze szpitala 12 Listopada z poleceniem używania jodku potasu i preparatów rtęci. Ostatni raz widziałem ją 14 Kwietnia 1886 roku. Krtani była zupełnie prawidłowa. Podobne idyopatyczne zapalenie stawu obrączko-nalewkowego opisał w ostatnich czasach LEWIN.

VI. Zapalenie ochrzęstnej (*Perichondritis laryngea*)

widziałem kilka razy, brak jednak dokładnych notatek pozbawia mnie możności podania szczegółów obserwacji. Natomiast załączam niżej podane spostrzeżenie, jako dowodzące dużej trudności przy rozpoznawaniu *perichondritis laryngeae tuberculosae* od *perichondritis laryngeae luetica*. Pomieniona trudność zwiększa się jeszcze z powodu niesprzyjających momentów, jak to było w naszym przypadku.

Spostrzeżenie XV. A. K., kąpielowy, 50-lata liczący, odesłany został przezemnie do szpitala S-go Rocha, na oddział specjalny kol. HERYNGA dnia 2. XI. 1885 r., dla przeprowadzenia systematycznego leczenia. Przed 18 laty miał wrzód na członku. Innych chorób nie przebywał. Chrypka od lat 5. Duszność ze szmerem wdechowym od kilku dni. Budowy prawidłowej, nieźle odżywiany. Gruczoły limfatyczne nie powiększone. Ani na skórze, ani na kościach nie znalazłem żadnych śladów przebytego przymiotu. Granice płuc obniżone. Szmer oddechowy zamaskowany szmerem stenotycznym. Chory nie kaszle i nie nie odpluwa. W innych narządach nic nieprawidłowego nie znalazłem. Gardziel nic godnego uwagi nie przedstawia. Nagłośnia zdrowa. Wejście do krtani zakrywa guzowatość, wychodząca z lewej i tylnej połowy krtani, powstała ze zlania chrząstki SANTORINIEGO i więzula nalewko-nagłośniowego, draży ona do wnętrza krtani i przedstawia się jakoguz wielkości wiśni. Zupełna nieruchomość lewej połowy krtani. Prawa połowa krtani zdrowa. Po naradzie z kolegą HERYNGIEM przyjęliśmy cierpienie za *perichondritis crico-arytenoidea luetica*.

W myśl pomienionego rozpoznania zalecono choremu do wewnątrz sublimat i jodek potasu, co też chory przyjmował do dnia 19. XI. Ponieważ w stanie chorego nie zauważyliśmy najmniejszej zmiany na lepsze, zaleciliśmy przeto wcierania szaruchy, pozostawiając jodek potasu nadal do wewnętrznego użycia. Do dnia 9. XII. choremu uskuteczono 14 półdrachmowych wcierań i podano ośm drachm jodku potasu. Nie widząc od tego żadnego dodatniego wyniku, a nawet do pewnego stopnia pogorszenie, gdyż wyżej wspomniany guz zaczął się zwiększać, odstawiliśmy stosowane dotychczasowo środki, podejrzewając zapalenie ochrzestnej innego pochodzenia lub nowotwór. Na skutek co raz zwiększającej się duszności, kolega HERYNG w dniu 17 Grudnia wykonał operację przecięcia tchawicy. Od tego czasu chory zaczął gorączkować, a 7 Stycznia 1886 r., wykrztusił zmartwiały kawałek chrząstki. 11 Stycznia otworzono ropień, który się utworzył około zewnętrznej rany tchawicy. Chory ciągle gorączkował, niszczał, a dnia 19 Lutego przy objawach coraz większego upadku sił umarł.

Badanie pośmiertne wykryło co następuje: Ciało mocno wychudzone, na szyi na linii środkowej rana otwarta, na 2 cale długa, na 1 szeroka. Płuca nieznacznie opadają. Prawe płuco przyrośnięte do klatki piersiowej. W jamie lewej opłucnej niewielka ilość płynu. U szczytu lewego płuca stwardnienia wielkości jaja. Brzegi płuca mocno rozdęte, w dolnym zrazie *pneumonia hypostatica*. Błona śluzowa oskrzeli żywo-czerwona, z wyraźnym prążkowaniem podłużnym. Na opłucnej żebrowej lewej drobne guziczki. W całym prawym płucu wyczuwa się rozsiane stwardnienia. U szczytu tego płuca dwie niewielkie jamy. Brzegi rozdęte. Na opłucnej prawej drobne guziczki. Na przekroju wyżej wspomniane guzy i guziczki obu płuc przedstawiają obraz przewlekłej gruźlicy płuc. Nagłośnia cienka, chrząstka jej przeświecająca. Lewy wiąz nalewko-nagłośniowy zgrubiał, obrzękły. Brak zupełny z lewej strony chrząstki nalewkowej SANTORINI'ego i WRISBERG'a, pozostał tylko kawał zbitej, modzelowatej tkanki pokrytej ziarniną. W okolicy torebki MORGAGNI'ego szeroka przestrzeń wyropiała. Nad nią wał tkanki łącznej, ciągnący się od tylnej ściany do przedniego kąta strun. Nad nim sadłowate owrządzenie trójkątnej postaci. Struna prawdziwa lewa zniszczona, pokryta bliżej kąta przedniego ziarniną. Na tchawicy z lewej strony głębokie owrządzenie wielkości piątki. Powierzchnia zetknięcia chrząstki obrączkowej i nalewkowej przedstawia próchnienie kości (*caries*). Prawa połowa krtani nic godnego uwagi nie przedstawia. Od przodu obnażenie i próchnienie przeciętych chrząstek tarczowej i obrączkowej.

Na zasadzie wyniku ujemnego leczenia przeciw-przymiotowego, jak również pośmiertnych zmian w płucach, charakterystycznych dla gruźlicy, zdaje się nie ulegać najmniejszej wątpliwości, że w danym przypadku mieliśmy do czynienia z *perichondritis crico-arytenoidea tuberculosa*. Niesprzyjającym momentem przy rozpoznawaniu za życia był stenotyczny szmer maskujący oddech.

VII. Bezwładny krtani

przymiotowego pochodzenia bywają najczęściej połowiczne, rzadziej zajmują pojedyncze mięśnie. Przyczyną tych bezwładów są w niektórych przypadkach nacieki przymiotowe w mięśniach, częściej zmiany dotyczą nerwu obwodowego lub ośrodków, a zdarza się i tak, że nie można wykryć żadnej materyjal-

nej zmiany, W ostatnim razie objaśniamy je sobie swoistem działaniem jadu przymiotowego na nerw. Materyjalne zmiany w nerwie błędnym lub zwrotnym warunkuje zazwyczaj ucisk na takowy obrzmiałych gruczołów szyjowych, oskrzelowych lub śródpiersiowych. W większości przypadków omawiane bezwładny zajmują lewą stronę. Za przyczynę tego uważają większą dostępność nerwu zwrotnego lewego na ucisk przez obrzmiałe gruczoły oskrzelowe i śródpiersiowe. Szczegółowe dane, dotyczące bezwładny przymiotowego pochodzenia, można znaleźć w pięknej pracy wychodzącej w ostatnich zeszytach *Archives générales de médecine (Syphilis tertiaire de larynx par CH. MAURIAC)*. Poniższa własna obserwacja należy do jednostronnych porażen i także z lewej strony.

Spostrzeżenie XVII. S. L., lat 18 liczący, stolarz, przybył na oddział kol. HERYNGA dnia 13. I. 1886 r., skarżąc się na chrypkę. Chory opowiada, że przed pół rokiem zauważył u siebie otwór w podniebieniu twardem, wskutek czego lekarz zalecił mu wcierania szaruchy. Gruczoły na skórze mianowicie na szyi powiększone. Zgrubienie obojczyka z prawej strony. Narządy wewnętrzne nie przedstawiają żadnych dostępnych dla rozpoznania zmian. Nos łopaciasty, na skrzydle lewem nieznaczne zgrubienie. Przegroda nosowa po lewej stronie u dołu ma podłużną listwę, stykającą się z zanikłą muszłą dolną. Lewa średnia muszla powiększona, twarda. Lewa połowa nosa zwężona wskutek skrzywienia przegrody. Prawa dolna muszla o budowie spiralnej także jest zgrubiała i twarda na dotyk [przerost istoty kostnej]. Na środkowej linii, w połowie drogi podniebienia twardego i miękkiego, otwór owalny na 1 ctm. długości, a pół ctm. szerokości, o twardych brzegach. W jamie noso-gardzielowej przerost migdałków. Języczek unosi się swobodnie do góry. Nagłośnia prawidłowa, błada, również jak i wewnątrz krtani. Lewa połowa krtani nieruchoma, nie zbliża się przy fonacyi i nie oddala się przy oddechaniu [położenie trupie]. Struna ta nieco wkleśła o budowie spiralnej znajduje się w zaniku. Wejście do torebki MORGAGNI'ego bardzo wyraźne w formie ciemnej szpary. Żadnych śladów spraw zapalnych lub blizn po lewej stronie nie wykrywamy. Rozpoznanie w pomienionym przypadku nie przedstawiało żadnych trudności. Ankiłozę fałszywą wyłacziliśmy na zasadzie braku odpowiednich zmian w krtani. Opisywany brak w podniebieniu twardem, zgrubienie obojczyka i t. d., brak odpowiednich zmian w płucach i sercu nasunęło przypuszczenie, że mieliśmy do czynienia z lewostronnym bezwładem przymiotowego pochodzenia. Odpowiednio do zrobionego rozpoznania, choremu zalecono do wewnątrz jodek potasu, który używał przez cały czas pobytu w szpitalu; dnia 3. II. wypisał się bez żadnej poprawy.

Ujemny wynik leczenia w opisanym przypadku spowodowany był, zdaje się, długim trwaniem cierpienia.

*

*

*

Jeżeli, jak to z uprzedniego widać, lekarz praktyczny napotyka trudności przy odróżnianiu przymiotu od gruźlicy, to nie mniej dotyczy to wyróżniania przymiotu od raka. Z szeregu obserwowanych przez nas tego rodzaju spostrzeżeń, pozwalamy sobie przytoczyć następujące:

Spostrzeżenie XVIII. W. M., wyrobnik, 52 lat liczący, przybył na oddział kol. HERYNGA dnia 5. I. 1886 r. Przed 32 laty wrzód na członku. Od dwu lat bóle gardła i utrudnione przelykanie. Od 6 tygodni kaszle i odpluwa nieco krwi. Powiększenie gruczołów na szyi z lewej strony. Błady, umiarkowane odżywiany. W narządach wewnętrznych żadnych widocznych zmian nie ma.

Lewa połowa krtani nieruchoma. Wiąz nalewko-nagłośniowy lewy zgrubiał, nacieczony. Naciek ten przechodzi i na chrząstkę nalewkową lewą. Zestruny fałszywej lewej wychodzi nieznaczna narośl zakrywająca nieco wejście do krtani. Tylne ściana nierówna. Nieprzyjemny odór z ust. Ból gardła niezależny od łykania i przy łykaniu. Na zasadzie ujemnego wyniku z badania płuc i płwociny, wyłączyliśmy gruźlicę i przyjęliśmy opisany przypadek za przymiot krtani. Ponieważ zastosowane swoiste leczenie nie przyniosło najmniejszej korzyści, z tego względu kol. HERYNG uskutečnił wyjęcie małego kawałka ze wspomnianej wyrosli i po zbadaniu przekonał się, że mieliśmy do czynienia z rakiem. Chory opuścił szpital przy końcu Lutego 1886 r.

Na zasadzie powyższych, jako też kilku innych spostrzeżeń, gdzie podobne pomyłki trafiały się przy wyróżnianiu przymiotu od raka, mniemam, że oprócz zwykle powtarzanych w tych razach książkowych różniczkowych oznak [wywiady, wiek, początek i przebieg cierpienia, wygląd, powiększenie gruczołów i t. d.], rozstrzygającym momentem w niektórych wątpliwych przypadkach będzie wynik ujemny leczenia swoistego i gdzie to jest możliwym badanie drobnowidzowe. Szczególnie trudnem jest do odróżnienia tak zwane *périchondrite syphilitique végétante* od raka krtani. W tych razach niewiele pomoże nawet badanie pod drobnowidzem; lata całe przechodzą i rozpoznanie pozostaje *in suspensio*.

Kończąc niniejszy przyczynek pozostaje mi jeszcze kilka słów powiedzieć o leczeniu przymiotu krtani. Że leczenie swoiste, oprócz odpowiedniego chirurgicznego, odgrywa ważną, prawie jedyną rolę przy leczeniu przymiotu krtani, to zdaje się nie ulegać najmniejszej wątpliwości. Możemy się chyba w tym względzie różnić co do wyboru tego lub owego środka, takiego lub innego stosowania rtęci, co zresztą pozostaje w związku z postacią, pod jaką się przymiot krtani objawia. Co się tyczy miejscowego leczenia, to na mocy własnego doświadczenia rozczyń sublimatu uważam za najodpowiedniejszy. Że rtęć wywiera ważny miejscowy wpływ na zmiany przymiotowe, o tem przekonaliśmy się w spostrzeżeniu 9, gdzie obok wrzodów przymiotowych w krtani mieliśmy bardzo obfite łepieże na policzkach. W przypadku tym, jak również dwu zupełnie analogicznych, podawałem do wewnątrz swoiste środki, a krtan pędzlowałem odpowiednim rozczyń sublimatu. Po pewnym czasie owrzodzenia w krtani zupełnie się zagoiły, gdy tymczasem łepieże płaskie w ustach pozostawały bez najmniejszej zmiany i dopiero miejscowe użycie silnego rozczyń sublimatu takowe usunęło. Z powyższego okazuje się, że rtęć nie tylko podawana do wewnątrz, ale i przy bezpośredniem zetknięciu ze zmienioną tkanką wywiera wpływ zbawienny, że więc miejscowe leczenie winno odgrywać również prawie ważną rolę jak ogólne. O tem winni pamiętać szczególnie ci z kolegów syfilidologów, którzy zbyt ufając leczeniu ogólnemu, zaniechują badania lusterkiem krtaniowem, przez co opóźniają leczenie zwykle z początku lekkich form przymiotu krtani, a tak często w następstwie prowadzących do fatalnych następstw dla chorych.

Z powyższej pracy ośmielam się wyprowadzić następujące wnioski: 1) łepieże płaskie w krtani istnieją, 2) największego materiału w odnośnym przed-

miocie dostarczyło nam swoiste zapalenie, noszące kliniczne nazwy nacieku przymiotowego, przewlekłego zapalenia i t. d., 3) rozróżnianie przymiotu na drugo- i trzecio orzędny w tem znaczeniu, jak to dotychczasowo pojmowano, nie zgadza się bardzo często z praktyką, a przyczynia się poniekąd do sprawiania zamętu, szczególnie w umyśle młodych lekarzy. Do wniosku tego upoważniają nas wyżej podane spostrzeżenia, gdzie większa część tak zwanego późnego przymiotu objawiała się bardzo wcześnie [po niecałym roku od zarażenia], a oprócz tego w spostrzeżeniu 4 i 9 widzieliśmy jednocześnie obok wrzodów przymiotowych w krtani lepiej płaskie w jamie ustnej, 4) leczenie miejscowe przymiotu krtani preparatami rtęci winno odgrywać również ważną rolę jak i ogólne.

NOTATKI LEKARSKIE.

12. Ostre otrucie kwasem karbolowym, wprowadzonym przez kiskę odchodową, zakończone wyzdrowieniem.

W dniu 28 Lipca b. r. o godzinie 3-ej po południu wezwany byłem wraz z kolegą H. [lekarzem ordynującym] do panny Z., 18-lat liczącej, a chorej od 8 dni na tyfus brzuszny. Chorą zastaliśmy bezprzytomną, w drgawkach.

Rano tego dnia chorą widział kolega H. i znalazł stan następujący: ciepłota ciała przeszła 40° C., tętno częste drobne, chora zupełnie przytomna, nie bredziła, lekki *subsultus tendinum*. Chorej kolega H. zalecił kąpiel na 26° R., stopniowo ochładzaną, do wewnątrz kamforę i z przyczyny silnie cuchnących wypróżnień ławatywę z roztworu kwasu karbolowego. Kąpiel była zrobioną o godzinie 11, poczem ciepłota ciała spadła do $38,5^{\circ}$ C.; chora czuła się żwawszą. O godzinie 2-ej chorej zrobiono za pomocą irygatora ławatywę z roztworu kwasu karbolowego. Wstrzyknięto przez pomyłkę połowę następującego roztworu *acidi carbonici* drachm 6, *aq. destillatae* 2 funty. Zaledwie wstrzyknięcie skończono, chora krzyknęła, straciła przytomność i dostała drgawek. W niespełną godzinę widzieliśmy chorą i znaleźliśmy stan następujący: roztwór kwasu karbolowego nie wyszedł na zewnątrz, chora obłana potem, na twarzy sina, drgawki tężcowe w kończynach górnych, dolnych, szczękoscisk, oczy otwarte szeroko, źrenice lekko rozszerzone nie oddziałują, oddech powierzchowny, tętno nitkowate ledwie wyczuwalne, tony serca słabe i głuche, ciepłota ciała $37,7^{\circ}$ C.. Zalecono ławatywę z zimnej wody, mięsienie brzucha, gorczyczniki na piersi, ręki i nogach i wstrzyknięto kilka strzykawek eteru. Wkrótce nastąpiło obfite wypróżnienia wodniste; wypuszczony mocz lekko brunatno zabarwiony bez charakterystycznego zapachu, drgawki mniejsze, szczękoscisk silny, tętno pełniejsze, oddech głębszy. W niespełną dwie godziny drgawki zupełnie ustały, szczękoscisk mniejszy, tętno już to silniejsze, już znowu słabsze. Około godziny 6-ej chora zasnęła i w godzinę obudziła się w stanie wół przytomnym, około godziny 8-ej chora dostała silnych dreszczy, po których ciepłota znowu się podniosła do przeszło 40 stopni, chora zupełnie przytomna. Od tego czasu dalszy przebieg tyfusu był zupełnie prawidłowym; chora jest obecnie rekonwalescentką.

Powyższy przypadek pouczaającym jest z tego względu, że wykazuje, jak ostrożnym należy być z wprowadzeniem kwasu karbolowego przez kiskę odchodową, z kądem odpływ płynu nie jest ułatwionym i zapewnionym, z czego wynika że nie nadaje się kwas karbolowy do dezynfekcyi kiszek, na co zresztą niektórzy lekarze [DUJARDIN-BEAUMETZ] już zwrócili uwagę.

Dla dezynfekcyi kiszek w tyfusie brzuszny i innych gnilnych cierpieniach kiszek właściwemi są tylko środki dezynfekcyjne które na ustrój nie działają

zabójczo; leków takich posiadamy niewiele. DUJARDIN-BEAUMETZ ¹⁾ zachwala w tym celu roztwór siarku węgla (*Aq. Sulfocarbonata*), który przy doświadczeniach przez tego badacza podjętych, okazał się w wysokim stopniu skutecznym, a na ustrój nieszkodliwie działającym. *Feliks Arnstein* [Kutno].

13. Odprowadzenie przepukliny za pomocą faradyzacji na czwarty dzień trwania jej uwięznięcia.

P. Antoni Rap., lat 18, budowy wątłej, posiadający od sześciu lat przepuklinę pachwinową prawostronną odprowadzalną, wychodząc z nocnych zajęć biurowych, dnia 19 Października bieżącego roku, podniósł swego towarzysza i natychmiast poczuł ból w brzuchu i w worku przepuklinowym. Próbował wepchnąć przepuklinę, po nieudanej próbie poszedł do domu, przyjął olej rycinowy, który zaraz zwymiotował. Bóle kolkowe wzmagaly się. Wezwano felczera, następnie lekarza; odprowadzenie jednak nie udawało się. Po zastosowaniu wlewań do kiszki prostej, było wypróżnienie. Zrobiono ciepłą kąpiel, rano jedną wieczorem drugą; bóle się nieco uspokoiły, noc spędził dość spokojnie. Nad ranem dnia 20. X. bóle się wzmogły. Wezwany, znalazłem przepuklinę pachwinową, a właściwie mosznową prawą uwięzioną. Postać przepukliny maczugowata, najgrubsza jej część nie daje się objąć paluchem i wskazicielem [około 15 ctm. obwodu], szyjka przepukliny bolesna, średnica jej około 1½ ctm., długość przepukliny 8 do 9 ctm., powierzchnia gładka. Odgłos bębnowy wysoki. Konsystencja sprężysta. Chory mówi, że nigdy nie była tak wielką i twardą i zawsze wchodziła łatwo. Brzuch na ucisk niebolesny. Po bezskutecznej próbie przez 20 minut, oświadczyłem że będzie konieczną operacja, że zatem należy chorego odwieść do szpitala. Chory się nie zgodził. Przepisano *Tram opii simpl.* po 5 kropel co 2 godziny do nastąpienia snu lub uspokojenia bólów, polewanie eterem które pozostało bez skutku i następnie okładanie przepukliny lodem w celu zmniejszenia napięcia kiszki. Dyjeta absolutna. Po południu bóle mniejsze, znowu *taxis*. Wypróżnień nie ma. Dnia 21 X. noc była spokojna, lecz nad ranem bóle się wzmogły, po wypiciu wody. Tętno 85, nieco słabsze jak wczoraj. *Taxis* bezskuteczne. Dawka *trae opri* powiększona do 8 kropel. Zalecono wino. Po południu zastosowałem prąd indukcyjny z aparatu sankowego Du Bois REYMONDA. Jedna elektroda w kieszce prostej, druga na przepuklinie. Siła prądu największa jaką chory mógł znieść spokojnie. Posiedzenie trwało 20 minut. W czasie elektryzacji kolki mniejsze, lecz przepuklina zmniejszyła się bardzo mało.

Dnia 22. X. noc bezsenna, bardzo niespokojna pomimo użycia *trae. opii*. Tętno 110 małe, oczy wpadnięte, twarz blada. Brzuch wzdęty, bolesny, przez cienką ściankę brzucha widać rozdęte pętlice kiszki i ich ruch robaczkowy. Wymiotów i gorączki nie ma [ciepłota niemierzona]. Język czysty zasychający. Chory jęczy nieustannie. Przyjawszy ten stan za początek zapaści i wykonawszy jeszcze bezskuteczną *taxis*, nagliłem otaczających chorego do przewiezienia go do szpitala. Chory sam już zgodził się na to, lecz prosił, żeby jeszcze raz użyć elektryczności. Uważając to za stratę czasu zupełnie niepotrzebną, co wyraziłem i choremu, zadość uczyniłem jednak jego życzeniu.

Zastosowałem w podobny sposób jak poprzednio prąd indukcyjny; po jednej może minucie działania dało się słyszeć burczenie w worku przepuklinowym i przepuklina, popychana elektrodą trzymaną w prawej ręce i palcami tejże pozostałami od trzymania elektrody, nadspodziewanie weszła do jamy brzusznej.

Natychmiast ustały bóle brzucha, tętno stało się większem, chory poczuł się dobrze, po 10 minutach zaczęły się obfite cuchnące wypróżnienia.

Dnia 25. X. chory udał się do zajęć.

J. W. Sawicki [Grajewo].

1) Les nouvelles médications. Paris. 1886.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

46. Prof. v. D-r Jaksch R. O klinicznym przebiegu ospy ochronnej.

Przeglądając odnośną literaturę, przekonał się JAKSCH, że wogóle opisy tej choroby zakaźnej są wielce niezupełne. Chociaż bowiem często wzmiankują o gorączce w przebiegu ospy ochronnej, to jednakże brak jest zupełnie ściślejszych w tym względzie danych, nie mówiąc już nic o zachowywaniu się tętna, oddechu i ważniejszych wydzielin [mocz].

Korzystając z 19 odnośnych przypadków, spostrzeganych na swej klinice w Gracu, autor wyprowadza następujące wnioski.

Przedewszystkiem, wbrew zapewnieniom HENING'a i BOHN'a, twierdzi że ciepłota w pierwszych dniach po zaszczepieniu nie tylko nie podnosi się, lecz raczej utrzymuje się nawet nieco niżej stanu prawidłowego. Następnie poczyna się powoli się wznosić i już zwykle pomiędzy 45 a 164 godziną po zaszczepieniu pojawia się pierwszy ruch gorączkowy ciepłoty i od tej chwili takowa wznosi się stopniowo lecz o tyle prędko, że często już pierwszego dnia ruch gorączkowy dosięga swego *acme* [38°—40,5°]. Gorączka o typie zwalniającym trwa czasem jeden tylko dzień, czasem dni 11, po większej wszelako części od 4—6 dni, a następnie stopniowo spada do stanu prawidłowego [w ciągu 24—27-go dnia]. Gorączka nie stoi w zależności od objawów miejscowych a największe jej nasilenie nie zawsze odpowiada najsilniejszemu rozwojowi krost.

Ilość tętna i ruchów oddechowych zwiększała się zwykle stosownie do stopnia ciepłoty, która czasami nie zdawała się mieć wpływu na zachowanie się tętna.

Podczas trwania gorączki ilość moczu, zwiększając się często w okresie wylegania, nie zmniejszała się a i ciężar gatunkowy zmianie nie podlegał. Wraz ze spadkiem ciepłoty następowało często zmniejszenie ilości wydzielanego moczu. Białka i większych ilości acetonu mocz nie zawierał, ilość mocznika zwiększała się stale.

Zdaniem JAKSCH'a spostrzeżenia jego zdołały zaledwo w pewnym kierunku rzucić światło na przebieg kliniczny ospy ochronnej. Przyczyną tego był matoryjał służący do badań, a złożony przeważnie z dzieci chorych lub też przechodzących do zdrowia po przebyciu ciężkich chorób. Lecz właśnie i z tego powodu badania autora mają właściwe im znaczenie, gdyż dowodzą, iż w razie potrzeby [np. w razie obawy wybuchu epidemii ospy] można szczepić ospę podczas choroby lub bezpośrednio po jej ukończeniu się.

(*Jahrbuch f. Kinderheilkunde*).

Anders.

Od Wydawcy.

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1889 według tego samego programu i na takich samych warunkach jak dotychczas.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma, uprasza się o wczesne przysyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Tych Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok bieżący, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog dzieł nowych i dawniejszych za miesiąc Październik“ księgarni F. Hösicka'a.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wl. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 10 Ноября 1888 г.

Друк К. Ковалевського, Крólewska Nr. 29.

SUPPOSITORIA cum GLICERINO

Polecamy uwadze Szanownych Panów Doktorów czopki glicerynowe:

- 1) z mydłem stearynowym (bez żelatyny) 90% gliceryny
- 2) z żelatyną 80% gliceryny
- 3) z żelatyną i mydłem lekarskiem 60% gliceryny

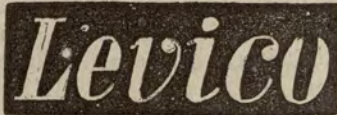
które mają tę wyższość nad ławatywami i czopkami Boasa Sautera przygotowanymi z masłem kakaowem iż daleko mniej drażnią kiszki i nigdy nie wywołują następczych tenezmów.

Massa z mydła stearynowego lub też żelatynowa nierozpuszcza się całkowicie a tylko o tyle o ile potrzeba do podrażnienia błony śluzowej aby wywołać wypróżnienia, które następuje przy zastosowaniu powyższych czopków w 10 minut. Próbowane one były z pomyślnym skutkiem w szpitalach Warszawskich.

Czopki w mowie będące przygotowujemy wielkości 1,5, 2,0 i 2,5 i stale posiadamy gotowe, mamy zaszczyt polecić je uwadze Szan. Panów Doktorów.

BIERTÜMPFEL i GESSNER
aptekarze, Aleja Jerozolimka 27 róg Kruczej.

10-7



naturalna woda mineralna w arsen i żelazo zasobna (rozbiór prof. Ludwika Bartha Wiedeń), z silnym działaniem leczniczym w osłabieniu, niedokrwiłości, nerwowości, chorobach krwi i skóry, nieprawidłowościach perjodów i t. d. Składy w aptekach i składach wód mineralnych. Woda świeżego napełnienia sprzedaje w aptekach pp. T. Heinricha, H. Kucharzewskiego, L. Ziemińskiego i K. Lilpopa w Warszawie. 10-1

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku

dzieło pod tytułem:

TERAPIJA OGÓLNA

przez prof. Hoffmanna.

Cena dzieła wynosi Rs. 4, z przesyłką 4.50 a zatem jest tańszą od oryginału niemieckiego. Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 119, oraz we wszystkich Księgarniach. 0-11

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej

FARMAKOLOGIIJA

professorów Nothnagel'a i Rossbach'a

Cena dzieła wynosi Rs. 6, z przesyłką Rs. 6 k. 50.

Nabywać takowe można w Redakcyi Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 119, oraz w innych Redakcyjach warszawskich czasopism lekarskich i we wszystkich księgarniach. 0-4