

# 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 drobnem pismem, lub za jego miejsce, następnie po kop. 10; ogłoszenia zagraniczne po kop. 18 za wiersz drobnem 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. WŁ. BRUNER. O czynności ruchowej żołądka. — II. R. JASIŃSKI. „Astasia congenita“ (Dalszy ciąg). — III. A. PUŁAWSKI. Z kazuistyki chorób żołądka, przyczynek do rozpoznawczej wartości kwasu solnego (Dokończenie). — Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. — W sprawie kanalizacji miasta Warszawy. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

## Pilulae ferri oxydulati. Pilulae ferri oxydulati cum chinino sulphurico.

Liczne poszukiwania tak dawniejszych jako i współczesnych klinicystów oraz farmakologów wykazały, iż nie wszystkie przetwory żelaza zarówno są skuteczne, i że pomimo podawania jednakowych ilości tego pierwiastku zawartego w rozmaitych związkach, rezultaty lecznicze bywają jednakże różne (BLAUD, NIEMEYER, VALLET, HUSEMANN, BINZ i wielu innych). Przyczyny tego faktu szukać należy w tem, że nie wszystkie przetwory żelaza z równą łatwością są przez organizm przyswajane, oraz że gdy jedne nawet w znaczniejszych ilościach mogą być zadawane, inne drażnią przewód pokarmowy i już w niedługim czasie muszą być zaniechane. Ze wszystkich dotąd wypróbowanych przetworów najbardziej odpowiada celowi woda tlenku żelaza, gdyż najłatwiej ulega przyswojeniu i wybornie nawet słabe żołądki go znoszą. W obec tych jego szacownych własności, przygotowanie wszelkich form farmaceutycznych z powyższego przetworu ma, jak sądzę, wszelką rację bytu i pierwszeństwo przed innymi. Mając to na uwadze, już oddawna zająłem się wyrobem pigułek zawierających już to czysty *per se* przetwór o którym mowa jako: *pilulae ferri oxydulati*, już też z dodatkiem chininy jako *pilulae ferri oxydulati cum chinino sulphurico*. Każda pigułka zawiera oko o pół grana bezwodnego tlenku żelaza (ściśle biorąc nieco więcej bo 0,6 grana). Ilość chininy (w pigułkach drugiego rodzaju) wynosi 1/2 grana na sztukę.

Kilkakrotne badania nad działaniem powyższych pigułek, dokonane z najlepszym skutkiem w warszawskich szpitalach, jak o tem przekonywają wydane mi przez powagi lekarskie świadectwa, pedantyczna dokładność w przygotowaniu, tak nieodbitnie potrzebna jak wiadomo, aby dany przetwór nie ulegał rozkładowi, a wreszcie, dostępność ceny: dają mi jak mniemam zupełne prawo do konkurencji z podobnymi wyrobami zagranicznymi, które zawierając przetwory niezawsze wytrzymujące krytykę ze stanowiska farmakologicznego, oraz będąc w stosunku do swej rzeczywistej wartości nieproporcjonalnie drogiemi, daleko stoją niżej od swojskiego, krajowego wyrobu.

M. Mutniański.



# 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 zapatrywana we wszystkie wody mineralne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone

52—2'

Sprzedają się pozostałe po zmarłym lekarzu za 27 rubli (z przesyłką) 28 tomów oprawne *Ź* „Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale“ (lata 1862, 1863, 1865 — 1870 inclu 1872, 1875, 1879—1881 incl., 1884.) Adres: *Szawle (Gub. Kowieńska). Wraczu Josifu Antonowicz, Grigiszkinu.*

2—2

## PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1 Stycznia 1889 rok dwudziesty ósmy swego istnienia i wychodzić będzie w formacie in 4-to w objętości 1½ arkusza na tydzień, jak n a j r e g u l a r n i e j.

Wszystkie prace umieszczane w Przeglądzie Lekarskim, tak oryginalne jakoteż nieo-ryginalne są płatne.

Prenumerata Przeglądu Lekarskiego z przesyłką pocztową bezpośrednio wynosi:

	w Austrii	w Królestwie Polskiem i Cesarstwie rosyjskiem	w Cesarstwie niemieckiem
rocznie	8 złr. 80 c.	6 isr.	16 marek.
półrocznie	4 „ 40 „	3 „	6 „
kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „

we Francji i Belgii.

rocznie 24 franki, półrocznie 12 franków, kwartalnie 6 franków.

W innych krajach według przepisów pocztowych.

Prenumeratę przyjmują: w Krakowie Administracja, nadto w Warszawie pp. Gebethner i Wolff, w Paryżu, p. Adam, Rue Clément 4.—Ogłoszenia przyjmują: Administracja oraz w P a r y ż u p. Adam, Rue Clément 4 i p. Leszczyński Bd Voltaire 104bis

3—2

# Levico

naturalna woda mineralna w arsen i żelazo zasobna (rozbiór prof. Ludwika Bartha Wiedeń), z silnem działaniem leczniczem 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—7



# GAZETA LEKARSKA.

Z KLINIKI PROFESORA RIEGEL'A W GIESSEN.

## I. O CZYNNOSCI RUCHOWEJ ŻOŁĄDKA.

Podał

**Władysław Bruner,**

ordynator kliniki dyjagnostycznej w Warszawie.

W ciągu ostatnich lat badanie chorób żołądka ogromne uczyniło postępy, dzięki ulepszonym, jakkolwiek dalekim jeszcze do doskonałości, metodom badania, przy pomocy których jesteśmy w stanie otrzymać mniej lub więcej dokładne pojęcie o czynności chemicznej, chłoniczej i ruchowej żołądka.

Przy rozpatrywaniu trawienia żołądkowego, w każdym pojedynczym prawidłowym lub też patologicznym przypadku, na wszystkie te trzy czynności jednakową trzeba zwrócić uwagę, gdyż tylko należyte uwzględnienie wszystkich czynności danego organu pozwala nam przedstawić sobie właściwy obraz fizjologiczny i patologiczny i dozwala pewne wyciągnąć z naszych badań wnioski.

W dotychczasowych badaniach nad czynnością żołądka zazwyczaj główną zwracano uwagę na jego czynność chemiczną; poddawano zawartość, *resp.* sok żołądkowy ścisłej analizie, określano w każdym przypadku z możliwą dokładnością stopień kwaśności, naturę kwasu, siłę trawienia, rzeczy niewątpliwie dla rozjaśnienia sprawy niezbędne, nie uwzględniano jednakże dość często dostatecznie czynności chłoniczej i ruchowej, nie mniej od chemicznej ważnych. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że zaburzenia chemizmu żołądka bardzo często idą w parze z zaburzeniami mechanicznymi, jak to zauważyć można przy pierwotnej lub wtórnej nadmiernej kwaśności soku żołądkowego i wielu innych stanach; lecz coraz więcej mnoży się spostrzeżeń, gdzie chemizm trawienia żołądkowego ulegał bardzo znacznym zbieżnościom i gdzie pomimo tego siła ruchowa pozostawała nietkniętą, żołądek prawidłowo się opróżniał ze swej zawartości. W niektórych tych przypadkach nie było żadnych zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego i odżywianie było doskonałe, jak to na przykład miało miejsce w przypadku EWALD'a <sup>1)</sup>, gdzie przy badaniu działania soli karlsbadzkiej na trawienie żołądkowe, przypadkowo u osobnika służącego do badań znajdowano stale w ciągu dwóch miesięcy wysokiego stopnia zaburzenia chemiczne. W in-

<sup>1)</sup> EWALD. Klinik den Verdauungskrankheiten. T. 2.



nych przypadkach, cechujących się także stałym brakiem kwasu solnego, jakkolwiek zaburzenia w trawieniu spostrzegać się dawały, jednakże odżywianie względnie było dość dobrem, dzięki tylko temu, że mechanizm żadnym nie ulegał zmianom.

Z powyższych przypadków, obszernie opisanych u JAWORSKIEGO, EWALD'a WOLF'a, GRUNDZACHA, ROZENHEIM'a, LITTEN'a i innych, widać dokładnie, że czynność wydzielnicza żołądka, pomimo niezmierniej swej ważności, nie jest bezwzględnie potrzebną dla istnienia organizmu, jeżeli tylko cierpienie, wywołujące zбочenia w chemizmie, nie jest samo przez się zabójczem i jeżeli jednocześnie czynność ruchowa nie ulega porażeniu.

HOFFMAN <sup>1)</sup> opierając się na doświadczeniach OGATY twierdzi, że znaczenie żołądka dla ustroju polega przeważnie na zabezpieczeniu go od szkodliwości zewnętrznych i wyraża się, że żołądek jest rodzajem izby dezynfekcyjnej, niszczącej szkodliwe fermentacyjne czynniki i ich wytwory. BUNGE też tego jest zdania. Prof. KORCZYŃSKI <sup>2)</sup>, na ostatnim zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie, wypowiada zdanie, że trawienie żołądkowe na cały wynik trawienia, a tem samem odżywiania, nie wpływa tak stanowczo, jak to zwykle sądzą. Podobnie i wielu innych autorów nie przypisuje zbyt wielkiej wagi trawieniu żołądkowemu, uważając go za rodzaj zbiornika, gdzie pokarm ulegają przeważnie ogrzaniu i rozpuszczeniu, a w kiszkach dopiero dalszym przemianom i wchłonięciu. Odejmuwanie znaczenia trawieniu żołądkowemu jest niesłusznem i zbyt krańcowem. Na ważność jego wskazują już chociażby te ciężkie bardzo zaburzenia, jakie często spostrzegać możemy przy rozmaitego pochodzenia zaniku błony śluzowej żołądka i niezmiernie często sprawdzony fakt, że zaburzenia czynności chemicznej prowadzą za sobą zбочenia i w innych czynnościach żołądka. Nie należy tylko wyłączonego kłaść nacisku na chemiczną jego czynność, mając na uwadze, że w niektórych razach, wytwarzające się pod wpływem działania trawiącego trzustki i soku kiszkowego produkty wystarczają na potrzeby ustroju dostatecznie, o ile tylko pokarm zbyt długo w żołądku przebywać nie będzie i w nim podlegać fermentacji. Tem ważniejszym w obec podobnych faktów okazuje się zwracanie uwagi przy badaniu trawienia na czynność ruchów żołądka, na jego dowład mięśniowy, to jest zdolność we właściwym czasie wydalania swej zawartości do kiszek.

Ruchy żołądka, według HOFMEISTER'a i SCHUETZ'a <sup>3)</sup>, wywołane zostają przez podrażnienie znajdujących się w nim automatycznych ośrodków nerwowych, dochodzące zaś z zewnątrz do niego nerwy mają tylko wpływ regulujący; ruchy odźwiernika, według tych doświadczeń, służą głównie dla przeprowadzenia miazgi, ruchy zaś dna dla wspomżenia chemizmu trawienia żołądkowego. Bódcem dla wywołania ruchów żołądka nie jest, jak to sądono, wydzielający się podczas trawienia kwas solny, na co wskazują przypadki z upośledzonym wydzielaniem i wielokrotnie przezemnie sprawdzane doświadczenia, że po zobojętnieniu

<sup>1)</sup> HOFFMAN. Allgemeine Therapie.

<sup>2)</sup> Dziennik zjazdu. 1888.

<sup>3)</sup> Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie. B. 20.



soku żołądkowego, ruchy prawidłowo się odbywały. Bodźcem takim, drażniącym automatyczne ośrodki nerwowe, jest prawdopodobnie rozdrobniona miazga pokarmowa, niezależnie zupełnie od jej odczynu. Wywołane przez to podrażnienie skurcze mięśniowe miazgę tę z żołądka do kiszek przeprowadzają. Dla celów naukowych i praktycznych kwestyją pierwszorzędnej wagi jest posiadanie metody, któraby nam dozwalała w każdym przypadku sądzić o stanie błony mięśniowej, a więc byłaby wyrazem jego siły ruchowej.

W roku zeszłym EWALD i SIEVERS <sup>1)</sup> podali metodę dla określenia czynności ruchowej żołądka; używali oni w tym celu salolu, ciała składającego się z fenolu i kwasu salicylowego, opierając się na jego własności [NENCKI], że pod wpływem kwaśnego soku żołądkowego, lub obojętnej jego zawartości, nie rozkłada się na swoje składowe części, nie rozpuszcza się w żołądku i nie ulega w nim wchłonięciu, dalej że się z zawartością żołądka ściśle miesza i udział w ruchach jego przyjmuje; czem energiczniejsze są ruchy, tem prędzej salol do kiszek się przedostaje. W kiszka, pod wpływem zacyznu trzustkowego, rozpada się salol na swoje składowe części, kwas salicylowy ulega wchłonięciu i z łatwością w moczu wykrytym być może za pomocą obojętnego roztworu półtorachlorku żelaza, dającego w obecności kwasu salicylowego fioletowe zabarwienie. Przyjąwszy, że rozpad salolu w kiszka, wchłonięcie kwasu salicylowego i wydzielenie się jego z moczem są i pozostają wielkościami stałymi, można, zdaniem EWALD'a, z czasu od przyjęcia salolu aż do pojawienia się jego w moczu, wnosić o sprawności ruchowej żołądka.

EWALD i SIEVERS u zdrowego człowieka otrzymywali odczyn na kwas salicylowy najwcześniej po 30 minutach, najpóźniej według pierwiastkowych doświadczeń po godzinie, według następnych po  $\frac{3}{4}$  godziny; wszelkie spóźnienia w występowaniu odczynu wskazywać mają na niedowład błony mięśniowej, o czem autorzy niejednokrotnie przekonać się mogli i wykrywali nawet w ten sposób istniejące rozszerzenie żołądka tam, gdzie się ona żadnemi podmiotowymi oznakami nie zdradzała. Wyniki doświadczeń EWALD'a i SIEVERS'a poparł EINHORN <sup>2)</sup>, pracujący pod kierunkiem EWALD'a.

Metoda powyższa, dozwalająca w sposób tak prosty i dla chorego nieuciężliwy w każdym przypadku się wykonać i dająca możność, jak to też uczynili EWALD i SIEVERS, kontrolować działanie niektórych środków lekarskich i reżymów na czynność ruchową żołądka, przedstawia się bardzo zachęcająco i mogłaby oddać wielkie usługi, o ileby wyniki badań wspomnianych autorów stanowczo potwierdzić się dały. Moje doświadczenia doprowadziły mnie do wręcz przeciwnych wyników.

Przekonawszy się raz jeszcze za pomocą sztucznego trawienia, że salol pod wpływem soku żołądkowego na swoje składowe części się nie rozkłada, po-

---

<sup>1)</sup> EWALD und SIEVER. Zur Pathologie und Therapie der Magenkrankheiten. Therapeut. Monatsheft. August. 1887.

<sup>2)</sup> EINHORN. Weitere Versuche zur Verwerthung des Salos in der Diagnostik der Magenkrankheiten. Deutsche Med. Wochenschrift. Nr. 30. 1858.



dawałem stale jednakowe ilości [0,2] salolu w opłatku przedewszystkiem osobnikom, u których można było z pewnością przyjąć, że nie przedstawiają zboczeń w narządzie trawienia, a następnie dotkniętym cierpieniami żołądka. Salol podawano na czczo, lub jednocześnie z próbnem śniadaniem, lub też na wysokości trawienia, to jest w 2—3 godziny po spożyciu zwykłego obiadu, mając na uwadze znaczenie napełnienia żołądka na jego czynność ruchową. Mocz badałem po 20—30—40 minutach od czasu przyjęcia salolu. Zauważyć muszę, że traktując mocz wprost półtorachlorkiem żelaza, otrzymujemy obfity osad, po części maskujący odczyn na kwas salicylowy, po części pozwalający przyjąć obecność odczynu tam, gdzie rzeczywiście jeszcze nie wystąpił, gdyż występująca powyżej osadu fioletowa fluorescencyja do tych fałszywych wniosków doprowadzić może. W tym celu należy zawsze badany mocz, jak to czynił EWALD, dla wykrycia pierwszych śladów odczynu, zakwasić kwasem solnym, skłócić z eterem, do którego kwas salicylowy przechodzi, eter wlać do próbki zawierającej kilka kropeł wody i po odparowaniu eteru w pozostałym wodnym roztworze reakcję słabym roztworem półtorachlorku żelaza wykonać. Odczynnik należy dodawać ostrożnie kroplami, gdyż nadmiar jego z łatwością w początku reakcję maskować może. Strącanie z badanego moczu fosforanów stosownymi odczynnikami nie przedstawia uproszczenia i bardzo często czyni odczyn mniej wyraźny. Przypadki z cierpieniami żołądka, lub w których wyniki badania salolem mogłyby wskazywać na zajęcie tego organu, podlegały ściślemu bardzo badaniu we wszystkich kierunkach.

Wyniki moich badań u zdrowych osobników pomieszczam w następujących tablicach.

**T a b l i c a I.**  
2,0 salolu na czczo.

Nr.	Rozpoznanie.	Czas w minutach od podania salolu do wystąpienia odczynu.	U w a g i.	Nr.	Rozpoznanie.	Czas w minutach od podania salolu do wystąpienia odczynu.	U w a g i.
1	<i>Atrophia muscul. progressiva.</i>	60		11	<i>Icterus.</i>	60	
2	<i>Prurigo.</i>	40		12	<i>Valetudo compl.</i>	100	Żołądek po 5 godzinach pusty. Chemicizm prawidłowy.
3	<i>Psoriasis.</i>	40		13	<i>Dyphtheritis.</i>	40	
4	<i>Pleyrodynia</i>	70		14	<i>Psoriasis.</i>	60	Pod Nr. 3 w 40 min.
5	<i>Ankylosis.</i>	120	Żołądek po 5 godzinach po próbnym obiedzie pusty. Chemicizm prawidłowy.	15	<i>Bronchitis.</i>	30	
6	<i>Post. erysipelat.</i>	30		16	<i>Vitium cordis.</i>	40	
7	<i>Emphysema.</i>	60		17	<i>Valetudo complet.</i>	60	Po Nr. 12 100 minut.
8	<i>Bronchitis.</i>	90	Żołądek po 5 godzinach pusty. Chemicizm prawidłowy,	18	<i>Bronchitis.</i>	40	
9	<i>Prurigo.</i>	70	Pod Nr. 2 w 40 min.	19	<i>Rheumatismus</i>	60	
10	<i>Laryngitis.</i>	40		20	<i>Pleuritis sicca.</i>	40	



T a b l i c a II.

2,0 salolu wraz ze śniadaniem [500 grm. mleka i bułka].

Nr.	Rozpoznanie.	Czas w minutach od podania salolu do wystąpienia odczynu.	U w a g i.	Nr.	Rozpoznanie.	Czas w minutach od podania salolu do wystąpienia odczynu.	U w a g i.	
1	<i>Post. pneumoniam</i>	60	Żołądek po 5 godzinach pusty. Chemicizm prawidłowy.	11	<i>Laryngitis.</i>	40	Pod N-rem 8 w 30 minutach.	
2	<i>Emphysema.</i>	40		12	<i>Ankylosis.</i>	60		
3	<i>Post. typhum.</i>	60		13	<i>Phthisis.</i>	40		
4	<i>Neurasthenia.</i>	40		14	<i>Bronchitis.</i>	30		
5	<i>Vitium cordis.</i>	60		15	<i>Valetudo.</i>	30		
6	<i>Emphysema.</i>	120		16	<i>Parosplaegia.</i>	40		
7	<i>Bronchitis.</i>	40		17	<i>Angina.</i>	40		Pod N-rem 10 w 100 minutach.
8	<i>Valetudo.</i>	60		18	<i>Vitium cordis</i>	60		
9	<i>Rheumatismus.</i>	40		19	<i>Valetudo.</i>	40		
10	<i>Angina.</i>	100		20	<i>Phthisis.</i>	60		Pod N-rem 13 w 40 minutach.

T a b l i c a III.

salol 2,0 na wysokości trawienia w 3 godziny po obiedzie.

Nr.	Rozpoznanie.	Czas w minutach od podania salolu do wystąpienia odczynu.	U w a g i.	Nr.	Rozpoznanie.	Czas w minutach od podania salolu do wystąpienia odczynu.	U w a g i.
1	<i>Ankylosis.</i>	40	Żołądek po 5 godzinach próżny. Chemicizm prawidłowy.	11	<i>Post. pneumoniam</i>	100	Żołądek próżny po 5 godzinach. Chemicizm prawidłowy.
2	<i>Valetudo.</i>	60		12	<i>Post. typhum.</i>	60	
3	<i>Pleurodynia.</i>	30		13	<i>Diabetes insipidus</i>	100	
4	<i>Rheumatismus.</i>	60		14	<i>Phthisis pulmon.</i>	60	
5	<i>Bronchitis.</i>	40		15	<i>Valetudo.</i>	40	
6	<i>Post. scarlatinam.</i>	60		16	<i>Neurastenia.</i>	60	
7	<i>Icterus.</i>	40		17	<i>Bronchitis.</i>	30	
8	<i>Angina.</i>	40		18	<i>Vitium cordis.</i>	70	
9	<i>Valetudo.</i>	40		19	<i>Rheumatismus.</i>	40	
10	<i>Pleuritis sicca.</i>	120		20	<i>Psoriasis.</i>	60	

Z tablic powyższych widzimy, że 1) wypełnienie żołądka nie wpływa znacząco na wystąpieniu odczynu w moczu.



2) u jednego i tego samego osobnika odczyn w różnych dniach wystąpić może w różnych bardzo odstępach czasu, jak to widzimy na tablicy I pod N-rem 9, 14, 17.

3) w niektórych razach odczyn na kwas salicylowy w moczu, pomimo bardzo starannego badania, mógł być wykryty dopiero w czasie przekraczającym podane przez EWALD'a *maximum* dla zdrowych żołądków.

Staranna obserwacja wspomnianych przypadków nie dozwalała przyjąć, że mieliśmy tu do czynienia ze skrytem, nie zdradzającym się niczem rozszerzeniem, a właściwiej niedowładem mięśniowym żołądka, jak to szczęśliwie udawało się EWALD'owi i SIEVERS'owi w ich spostrzeżeniach owo skryte rozszerzenie przez salol<sup>2</sup> zdemaskować.

U tych właśnie osobników wykonałem następujące doświadczenia, jaskrawo dowodzące niedokładności podanej przez EWALD'a metody; mianowicie: przeko-  
nałem się, że próbne śniadanie daleko prędzej opuszczało żołądek, jeżeli silnym strumieniem przerywanym działałem na okolicę żołądka, co dokładnie dowodziło wzmożenia jego czynności ruchowej pod wpływem prądu elektrycznego. Pomimo tego, pojawienie się w moczu odczynu na kwas salicylowy występowało w tych dniach później, lub w tym samym czasie, ale nigdy nie wcześniej, niż w dniach kiedy faradyzacji nie stosowałem. Wyniki badań moich u osobników z cierpieniami żołądka też po większej części nie zgadzają się z wynikami EWALD'a i SIEVERS'a. Sposób podania i badanie był zupełnie ten sam co i w doświadczeniach u zdrowych. [D. n.]

## II. „ASTASIA CONGENITA“.

Napisał

**R. Jasiński,**

chirurg warszawskiego szpitala dla dzieci.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 1].

Kol. GAJKIEWICZ obserwował w r. 1883 przypadek astazy i abazy u 10-letniego chłopca Henryka B. z Grodzieńskiego, ze zdrowej rodziny pochodzącego, u którego jedynym objawem chorobowym była niemożność stania i chodzenia. Leżący, wykonywał chory wszystkie ruchy jak najdokładniej i ze znaczną siłą. W czuciu, odruchach, czynności pęcherza moczowego nie było żadnych zmian. Prof. Kosiński, który widział chorego jednocześnie z kolegą G., nie znalazł żadnych zmian w skielecie. Chory skakał jak sroka, ilekroć razy jednak próbował stanąć, padał natychmiast, skarżąc się przytem na ból w kończynach dolnych, miejsca jego jednak dokładniej określić nie mógł. Kolega GAJKIEWICZ przyjął cierpienie za histeryczne, zalecił izolację chorego, hydropatyję i elektryzację. Po kilku tygodniach abazyja przeszła zupełnie. W pół roku widział chorego powtórnie kol. G. z prof. SZOKALSKIM i kol. Z. KRAMSZTYKIEM, u których H. B. zasięgał rady z powodu niemożności czytania. Znalezione *kopiosis* histeryczną, która po zastosowaniu prysznicu miejscowego, ustąpiła zupełnie. Ostatni raz widział chorego kol. G. przed rokiem, był zupełnie zdrow.



Rozpatrzywszy się we wszystkich przytoczonych powyżej spostrzeżeniach, zmuszeni jesteśmy skonstatować, że Zygmunt J... jest dotknięty niemocą, mającą wprawdzie niektóre cechy charakterystyczne dla „*astasia et abasia*“, ale nie dającą się pomieścić we wspólne z niemi ramy kliniczne.

Nie ma zmian w narządach nerwowo-mięśniowych, a jest brak koordynacji, koniecznej do stania pionowego i chodzenia. Oto są jedyne cechy wspólne mojego przypadku z przypadkami powyżej wzmiankowanemi. Z drugiej jednak strony niemoc mojego chorego niewątpliwie od jego urodzenia datuje, gdy tymczasem wszystkie przypadki „*abasiae et astasiae*“ są nabyte.

Wobec tego należało sobie postawić pytanie, czy czasem stan cały nie jest w ścisłym związku przyczynowym z wadliwą budową wrodzoną kośćca.

Ażeby pytanie to rozwiązać choć w przybliżeniu, musiałem dokładnie [o ile się dało] wymierzyć miednicę chorego i wyniki otrzymane tą drogą porównać

Kolumny cyfr	W Y M I A R Y .	Zygmunt J....	Przeciętny chłopiec tego samego wzrostu.	Różnice.
1	od górnego brzegu spojenia łonowego			
	do wyrostka ciernistego 1-go kręgu lędźwiowego .	19,0	21,0	< 2,0
2	„ „ 2-go „ „ .	16,8	18,0	< 1,2
3	„ „ 3-go „ „ .	14,6	17,0	< 2,4
4	„ „ 4-go „ „ .	14,3	16,2	< 1,9
5	„ „ 5-go „ „ .	13,5	15,3	< 1,8
6	„ „ 1-go „ krzyżowego .	14,5	15,0	< 1,5
7	„ „ 2-go „ „ .	15,0	1,42	> 0,8
8	„ „ 3-go „ „ .	15,0	1,43	> 0,7
9	„ „ 4-go „ „ .	12,7	14,0	< 1,3
10	„ „ do końca kości ogonowej .	8,7	11,5	< 2,8
11	od <i>spina ilei anter. super.</i> 1-ej do 2-iej . . . . .	19,0	19,2	< 0,2
12	„ „ <i>posterior super.</i> 1-ej do 2-iej . . . . .	7,0	9,5	< 2,5 (!)
13	„ „ <i>anterior infer.</i> 1-ej do 2-iej . . . . .	12,2	14,3	< 2,1
14	„ 1-go guza siedzeniowego do 2-go . . . . .	7,5	7,0	> 0,5
15	„ <i>spina ilei anter. sup.</i> do guza siedz. z prawej strony	17,0	16,2	> 0,8
16	„ „ „ „ „ „ z lewej strony	17,0	16,2	> 0,8
17	<i>Distantia intercrystalis</i> . . . . .	21,4	23,0	< 1,6
18	„ <i>intertrochanterica</i> (wierzchołki) . . . . .	21,2	23,5	< 2,3
19	„ „ (ciała krętarzy) . . . . .	24,1	25,5	< 1,4
20	Odległość rzyci od <i>spinae poster. super.</i> . . . . .	15,0	13,0	> 2,0
21	„ krętarza prawego od „ „ „ z prawej	16,5	16,0	> 0,5
22	„ „ lewego „ „ „ z lewej .	16,5	16,0	> 0,5
23	Od <i>spina super. anterior dextra</i> do <i>super. poster. dextra</i>	13,0	13,5	< 0,5
24	„ „ „ „ <i>sinistra</i> do „ „ „ <i>sinistra</i>	13,0	13,5	< 0,5



z przeciętnymi wymiarami miednic, zebranymi u chłopców tego samego wzrostu co Zygmunt J.

W tym celu wymierzyłem miednicę u sześciu chłopców, mających po 149 centymetrów wzrostu. Wiek ich wahał się od 10-ciu do 13 lat, wszyscy mieli mniej więcej prawo, aby ich za zdrowe i prawidłowo zbudowane dzieci uważać.

Wyniki tych badań były bardzo przekonujące i zajmujące, a dowiodły, że chory mój ma całą miednicę zupełnie nieprawidłową: za wąską i za wysoką; naprowadziły mnie też na myśl, którą poniżej zakomunikuję i objaśnię.

Tymczasem podaję cyfry i różnice, których takowe są wyrazem:

Z liczb tych wypada że:

a) Chory ma wymiary miednicy przedniotylnie skrócone jak tego dowodzą kolumny cyfr: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10.

b) Na wysokości garbu krzyżowego wymiary przedniotylnie zwiększone: kolumny 7 i 8.

c) Kość krzyżową u podstawy znacznie zwężoną, bo o 2,5 ctm. [kolumna 12],

d) Całą miednicę poprzecznie zwężoną: 11, 12, 13, 17, 18, 19.

e) Miednicę wydłużoną: 15, 16, 20, 21, 22.

f) Grzebień biodrowy krótsze 23, 24.

g) Że ma miednicę symetryczną: 15, 16, 21, 22, 23, 24.

Dalej wymierzanie wykazało, że nachylenie miednicy jest stanowczo z w i ę k s z o n e, i to nietylko przy staniu [statycznie] ale i przy leżeniu oraz zawieszeniu [anatomicznie], znalazłem bowiem:

Odległość *spinae anter. superioris ilei* od *tuberositas tibiae* wynosi:

	U Zygmunta J. ....		U chłop. 149 ct. wzrostu mających	
	Strona prawa	Strona lewa	Strona prawa	Strona lewa
Przy staniu	39	39	48	48
Przy leżeniu	45	45	48	48
Przy zawieszeniu	45,5	45,5	48	48

Tymczasem najdokładniej stwierdzić mogłem, że przy leżeniu i przy zawieszeniu nie było zgięcia ani w stawach biodrowych, ani w stawach kolanowych. Jak dalece przy tem miednica Zygmunta J. . . . jest wydłużoną, przekonałem się, znalazłszy przy powyższych liczbach fakt, że [przy leżeniu] guzy siedzeniowe u chłopców mających 149 ctm. wzrostu, oddalone są od główki kości strzałkowej przeciętnie o 39 ctm., a u naszego chorego o 35 ctm. [pomimo nachylenia miednicy ku przodowi]. Tak samo bliżej są do *tuberositas tibiae*.

Ztąd wniosek jasny, że są zbliżone przyczepy tych wszystkich mięśni, które, poczynając się od guzów siedzeniowych, biegną do kości goleniowej i do strzałki.

Zwróć jednak uwagę na tę okoliczność, że przyczepy mięśni pośladkowych nie są zbliżone [np.: w tablicy wymiarów miednicy kolumna 21 i 22], a pomimo to, mięśnie te na pierwszy rzut oka wydają się nadzwyczajnie szczupłe w porównaniu z typem prawidłowym.



Wróćę do tej uwagi później, gdyż postaram się wykazać, że taka mizerność mięśni pośladkowych prawidłową jest u niektórych zwierząt, a gra niepoślednią rolę w całym mechanizmie stania na dwóch nogach.

Zwiększone pochylenie miednicy dowodzi, że skłonność chorego do dźwignia ciężaru ciała na czterech kończynach (*Quadrupedale Haltung*) zależy u niego nie tylko od kręgosłupa ale i od samej miednicy.

Z drugiej strony fakt ten pozwala mi od razu odsunąć przypuszczenie możliwości spondylolistezy.

Nie wspominał bym tu o spondylolistezie, gdyby nie ta okoliczność, że w kilku przypadkach tego cierpienia zauważano niemożność, a przynajmniej trudność chodzenia na dwóch nogach i pochylenie ku przodowi, ze skłonnością do chodzenia na czworakach (*Quadrupedale Haltung*). Byłaby to więc jedyna zmiana anatomiczna w miednicy, z którą rachować się muszę w rozpoznaniu różniczkowym mego przypadku. Pominąwszy cały szereg faktów nie odpowiadających obrazowi spondylolistezy, wspomnę tylko, że u Zygmunta J... główne i widoczne zmiany są wrodzone, że zachodzą w samej kości krzyżowej i w miednicy, oraz że nie ma ani jednego zjawiska, któreby dowodziło obślizgnięcia się kręgów lędźwiowych, przy wydłużeniu części międzystawowych łuków kręgowych. To powinno wystarczyć, żeby nie wdawać się w porównywanie mego przypadku z Katarzyną Lomnius [z Paderborn], Teresą Bartha [z Pragi], lub Ameliją Muchau [z Halli <sup>1)</sup>]. *Astasia et Abasia* u kobiet tych po mistrzowsku objaśniona została przez kol. F. NEUGEBAUERA w jego wybornej monografii.

Rozważywszy wszystkie powyżej przytoczone dane, doszedłem tylko do tego przekonania, że mam do czynienia z niemożnością stania i chodzenia, wzrastającą z wiekiem chorego, a dziś już zupełną, która zależy od nienormalnej budowy miednicy, a co za tem idzie od niesprawności mięśni, na których leży obowiązek ustalania tułowia w pozycji pionowej na kończynach dolnych, przy staniu i chodzeniu na dwóch nogach.

Przypomnijmy sobie pokrótce fizjologię tych dwóch przejawów życia ludzkiego i to specjalnie ludzkiego, przejawów tak charakterystycznych i swoistych, że im to właśnie człowiek zawdzięcza monopol obywatelstwa w rodzinie zwierząt: „*erecta*“.

Przypomnienia tych danych fizjologicznych pominąć nie mogę, bo inaczej nie umiałbym usprawiedliwić się z moich zabiegów leczniczych, które wybournym swym wynikiem praktycznym, stwierdziły na wszystkich punktach teoryję w klasycznym dziele HERMAN'a MEYER'a wygłoszoną <sup>1)</sup>.

Postaram się jak można najtreściwiej, a dokładnie, teoriję ową powtórzyć: Spoczynek całego ciała ludzkiego ma miejsce przy leżeniu, siedzeniu, staniu i klęczeniu.

Przy staniu prostem, oś podłużna całego tułowia pionową jest względem

<sup>1)</sup> FR. NEUGEBAUER. Zur Entwicklungsgeschichte des spondylolisthetischen Becken. Halle u. Dorpat. 1882 str. 39, str. 15 i t. d..

<sup>2)</sup> G. HERMAN MEYER. Die Statik und Mechanik des menschlichen Knochengerüstes. Leipzig. 1873. strony 193, 281, 287, 313, 349.



podstawy, a cały ciężar spoczywa na bardzo małej stosunkowo powierzchni podpierającej, mianowicie na dwóch stopach.

Konieczną jest rzeczą, żeby całe rusztowanie kostne, przy pomocy rozmaitych sił współdziałających, zamienione zostało w jednolitą kombinację, w jednolity słup, czy kłoc, a do tego nieodzowną rzeczą jest ustalenie dwóch połów ciała, z których jedna [czyli tułów], niezmiernie łatwo porusza się na drugiej, [czyli na kończynach dolnych]. Utrzymanie tułowia na stojących kończynach dolnych nie odbywa się wcale wyłącznie wskutek mechanicznego ustawienia w równowadze, lecz znajduje się w ścisłej zależności od całej gry skurczów mięśniowych.

Łatwo zrozumieć, że nie na wiele przydałoby się tutaj ustawienie tułowia na nogach w równowadze niestałej. Najmniejszy ruch głową lub ręką, wreszcie ruchy oddechowe, a nawet ruchy serca wystarczałyby w każdej chwili do zniesienia tej równowagi.

W chwilach, gdy linija ciężkości tułowia pada po za osią stawów biodrowych, t. j. po za liniją łączącą środki obu panewek, to padanie ciała ku tyłowi wstrzymane jest przez naprężenie więzów biodro-udowych, leżących przed tą liniją. Przy spokojnem staniu jednak potrzeba, ażeby linija ciężkości padła na środek czworokąta utworzonego przez obie stopy.

Mechanika miednicy ważną jest dla nas w tej chwili ze względu na to, w jaki sposób owa miednica przyjmuje na siebie ciężar kręgosłupa i w jaki sposób ciężar ten przenosi na kończyny dolne.

Przedewszystkiem tedy kręgosłup przenosi całe swoje obciążenie na pierwszy krąg kości krzyżowej. Skutkiem jednak nie tak prostego przebiegu linii kręgosłupa, linija ciężkości pada nie na pierwszy, lecz na trzeci krąg kości krzyżowej. W tak zwanej pozycji stojącej „wojskowej“, pionowa, opuszczona od guzika przedniego kręgu szczytowego, przebiega przez trzony szóstego kręgu szyjowego i dziewiątego kręgu grzbietowego i pada na trzeci krąg kości krzyżowej. Środek ciężkości leży wówczas mniej więcej przed trzonem dziewiątego kręgu grzbietowego, widzimy więc, że owa linija pionowa, padająca na trzeci krąg krzyżowy, jest w istocie liniją ciężkości ciała. Dalej linija ta stanowi cięciwę łuku, utworzonego przez dolne wygięcie kręgosłupa, które się składa: 1-o z kręgów grzbietowych od 9-ego aż do 2-go lędźwiowego [mało ruchoma część], 2-o z 3-ich dolnych kręgów lędźwiowych [część bardzo ruchoma] i 3-o z 3-ich górnych kręgów kości krzyżowej [część zupełnie nieruchoma u dorosłych]. Wklęsłość całego tego łuku wypełniona jest przez mięsień krzyżo-grzbietowy (*m. sacrospinalis*). Całe to wygięcie dźwiga na sobie ciężar ciała: przyjmuje go na 9-ym kręgu grzbietowym, a przenosi na 3-ci krąg kości krzyżowej.

Przypominam na tem miejscu, że u Zygmunta J... 3-ci krąg kości krzyżowej wchodzi w skład garbu, że więc górna jego powierzchnia zamiast ku górze, zwrócona jest skośnie ku przodowi. Musi więc cały tułów jego koniecznie padać naprzód, bo wówczas linija szczytowo-krzyżowa nie pada wcale w kierunku linii ciężaru ciała. To jest pierwszy powód jego abazyi.



Oparcie kości krzyżowej na kościach biodrowych jest warunkiem koniecznym do przeniesienia całego przez nią dźwiganego ciężaru na biodra.

Ta rola kości krzyżowej objaśnia nam powstawanie tak zwanego *promontorium*. Jest ono zaledwie dostrzegalne u noworodków.

Część lędźwiowa z kością krzyżową razem stanowi wówczas bardzo rozległy i niewyraźny łuk, wklęsły ku tyłowi, którego punkt najwyższy przypada na przednią powierzchnię chrząstki międzytrzonowej, leżącej między 5 kręgiem lędźwiowym a 1-ym kręgiem kości krzyżowej.

Ten punkt to jest właśnie późniejsze *promontorium*. Wskutek ekwilibrycznych usiłowań mięśniowych, wklęsłość lędźwiowa coraz się powiększa. Górna część tego łuku pochyla się ku tyłowi, a więc dolny jego [jak w każdej sprężynie] koniec pchany jest ku dołowi. Musi więc pierwszy krąg krzyżowy zepchniętym zostać na dół i ku przodowi, przez co trzy górne kręgi krzyżowe pochylają się wraz z nim aż do kąta mniej więcej  $15^{\circ}$  do poziomu.

Położenie to staje się trwałem na mocy połączenia tych kręgów z kośćmi biodrowymi i na mocy dalszego rozwoju samej kości krzyżowej. Z drugiej strony, to zamurowanie kości krzyżowej w biodra staje się powodem, że *promontorium* z początku łukowate zamienia się na wyraźny kąt.

Znowu sądzić muszę, że u Zygmunta J... cała ta sprawa tworzenia się *promontorii*, odbywała się nieprawidłowo, wskutek nieprawidłowego rozwoju dolnej części kości krzyżowej. Pytanie czy tutaj pierwotnie nie wpłynął brak właściwych usiłowań ekwilibrycznych mięśnia krzyżo-grzbietowego. W takim razie należałoby przypuścić, że pierwszą przyczyną całej tej sprawy było powstrzymanie w rozwoju odpowiedniego ośrodka mózgodzeniowego.

Prawdopodobną rzeczą wydaje mi się, że chory mój nie ma *promontorium*, a potwierdzenie tego przypuszczenia, zdaje mi się, że widzę w ogromnej lordozie, jaka powstaje przy usiłowaniach chorego do stania na dwóch nogach. Z chwilą gdy myśl tę powziął, zacząłem przypuszczać, że chory będzie w stanie chodzić w pozycji siedzącej, czyli jak to mówią w kucki. W ten sposób bowiem może natrafić na taką pozycję, w której z łatwością linija ciężkości ciała padnie już nie na 3-ci krąg krzyżowy, ale wprost i bezpośrednio na środek czworokąta stopowego.

Na propozycję, przezemnie uczynioną, chory spróbował wspomnianej postawy i ku wielkiemu swemu zdziwieniu, dość swobodnie zaczął chodzić po pokoju [patrz fig. 5].

Ale idźmy dalej.

Ciężar, który na sobie nosi prawidłowa kość krzyżowa, przelewa ona na kości biodrowe: pół na jedną a pół na drugą.

Na pierwszy rzut oka miednica zwykle wygląda jak sklepienie beczkowate. Przed ostatecznym jednak ukształtowaniem kości, należy ją raczej uważać za sklepienie cięciwowe (*bow-string*), gdyż podstawowe końce tego sklepienia łączą się ze sobą przez kości łonowe, podczas gdy wierzchołkowym kamieniem tego sklepienia jest kość krzyżowa.



Właściwie rzeczy biorąc, przypatrzwszy się bliżej budowie tego sklepienia, przekonamy się, że istotnem zamknięciem takowego są potężne *ligamenta vasa posteriora*. Obciążona kość krzyżowa, opuszczając się nieco wskutek ciężaru dźwiganego ku przodowi i ku dołowi w chrząstko-zrostach krzyżobiodrowych, napręża owe *ligamenta vasa* i tem silniej zaklinowuje się pomiędzy powierzchnie stawowe obu bioder, im więcej obciążenie jej za więzy wspomniane pociąga.

Ponieważ najniższym punktem oparcia łuku lędźwiowego jest 3-ci krąg kości krzyżowej, jasną więc jest rzeczą, że jednocześnie z opuszczaniem się górnej części kości krzyżowej, dolna jej, czyli międzykroczoza część, musiałaby unosić się ku górze. Nie następuje to jednak z tego powodu, że rolę hamulca w tym razie biorą na siebie więzy kulszo-krzyżowe i kolco-krzyżowe (*ligam. tuberoso-sacra* i *spinoso-sacra*).

Wspomniałem poprzednio, że do spokojnego ustawienia tułowia na kończynach dolnych konieczną jest rzeczą, ażeby linija ciężkości tułowia padała po za osią stawów biodrowych i że wówczas padanie miednicy ku tyłowi zahamowane zostaje przez więzy biodro-udowe. Miednica więc jest drągiem, którego punkt podpory (*hypomochlion*) leży na osi stawów biodrowych. Naturalnie zdarza się to wówczas, gdy obie kończyny dolne ustawione są symetrycznie, miednica zaś ustawia się na nich tak pochyło ku przodowi, że oba stawy biodro-udowe są w tak zwanem ustawieniu średnim. W tem położeniu miednica może się tak bujać, jak belka unosząca szale zwyczajnej wagi. W ruchach tych przyjmują udział siły działające na miednicę ku górze i ku dołowi; ale tylko te ostatnie w tej chwili obchodzić nas mogą.

Siły działające na miednicę od dołu, przyczepiają się do niej przed stawami biodro-udowemi i po za temi stawami; pierwsze powodują pochylenie miednicy ku przodowi, a drugie obniżenie guzów kulszowych, czyli wyprostowanie w stawie biodro-udowym. Do pierwszej kategorii należą: 1-o mięsień biodro-udowy (*ileo-psoas*) z przyczepem stałym u krętarza mniejszego, 2-o mięsień prosty uda z przyczepem stałym (*punctum fixum*) u guzowatości goleni i 3-o mięsień naprężający powieź szeroką z przyczepem stałym u guzika goleni. Ważniejsze jednak dla nas są w tej chwili mięśnie obniżające tylną część miednicy, a mianowicie:

- 1) mięsień ksobny wielki z punktem stałym w linii chropowatej uda,
- 2) mięsień półbłoniasty i
- 3) mięsień półścięgnisty; oba z punktem stałym na przedniej powierzchni goleni [gęsia stopa];
- 4) mięsień dwugłowy uda z punktem stałym na główce kości strzałkowej,
- 5) mięsień pośladkowy wielki z punktem stałym na udzie [stojącym na goleni].

Biorąc pod uwagę powyższe dane anatomiczne i fizjologiczne, dochodzimy do przekonania, że w razach gdy tułów wraz z miednicą z jakichkolwiek powodów pada ku przodowi, to wyżej wspomniona grupa mięśni stanowi dla ruchu tego hamulec, a kurcząc się, podnosi padające ku przodowi ciało, aby je znowu w postawie prostej na kończynach dolnych ustawić. W szczególności bliższe wchodzić tu, nie mogą, gdyż zadaleko by to nas zawiodło.



Na zasadzie powyższych wiadomości, postanowiłem młodego Zyg. J. na dwóch nogach postawić sztucznie, a mianowicie w ten sposób, żem powziął zamiar zaopatrzyć go we wszystkie mięśnie wspomnianej grupy, uważając je teoretycznie za niedołążne w danym przypadku. [C. d. n.]

Z ODDZIAŁU D-RA DUNINA W SZPITALU DZ. JEZUS W WARSZAWIE.

### III. Z KAZUISTYKI CHORÓB ŻOŁĄDKA.

#### PRZYCZYNEK DO ROZPOZNAWCZEJ WARTOŚCI KWASU SOLNEGO.

[Rzecz czytana na posiedzeniu klinicznym Towarzystwa Lekarsk. Warszaw. w d. 27. XI. 1888 roku].

Podał

**A. Puławski**  
asystent oddziału.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 1].

To ostatnie badanie [t. z. próba LEUBE'go], świadczące o upośledzonej mechanicznej czynności żołądka, mieliśmy sposobność stwierdzić w inny jeszcze sposób. O sposobie tym, podanym niedawno przez EWALD'a <sup>1)</sup> i SIEVERS'a, pozwolę sobie kilka słów powiedzieć. Wiadomo, że salol w płynach kwaśnych *resp.* w żołądku nie ulega zmianie, dopiero w kiszkiach pod wpływem soku trzustkowego, jak chce NENCKI, rozkłada się na fenol i kwas salicylowy, ulega wchłonięciu i daje znać o sobie w moczu pod postacią kwasu salicylurowego. Mocz taki za dodaniem kilku kropel obojętnego roztworu półtorachlorku żelaza (*liq. ferri sesquichl.*) przyjmuje barwę fioletową. Żołądek salolu nie wchłania, jak tego dowiodły doświadczenia EWALD'a na zwierzętach, jeżeli zatem po zażyciu salolu znajdujemy w moczu powyższą reakcję, jest to dowodem, że salol przeszedł z żołądka do kiszek. U ludzi zdrowych już po 40—60 minutach po podaniu 1 grm. salolu razem z pokarmem znajdujemy w moczu wyraźne ślady kwasu salicylurowego. U naszego chorego nawet po 2 godzinach nie znaleźliśmy ani śladu wyżej opisanej reakcyi, co świadczyło o upośledzeniu mechanicznej czynności żołądka i potwierdzało wyniki próby LEUBE'go.

Stan chorego nie pozwalał nam na wykonywanie częstszych prób, ale zdawało się nam, że dotychczas otrzymane dane upoważniają nas do rozpoznania okrągłego wrzodu żołądka. Wszak mieliśmy długie trwanie choroby, silne bóle, krwawe i obfite wymioty, nadmierne wydzielanie kwasu solnego wraz z obfitością fosforanów w moczu. Wprawdzie badanie 3 wykazało tylko słabe ślady HCl, ale białko ulegało i w takim płynie zupełnemu strawieniu. O nadmiernem zaś wydzielaniu kwasu solnego najwymowniej świadczył wynik badania zawartości czczego żołądka. Upośledzenie mechanicznych zdolności żołądka obok wzmożonej siły trawiennej jego zawartości również jest cechą

<sup>1)</sup> Lc. c.



wrzodu okrągłego [KORCZYŃSKI i JAWORSKI]. Pomimo absolutnie mleczej dyjety, która prawie zawsze przynosi takim chorym znakomitą ulgę, jak o tem mieliśmy sposobność przekonać się już kilkakrotnie u naszych chorych szpitalnych, stan chorego nie poprawiał się wcale. Chloral małą przynosił ulgę; trzeba się było uciec do wstrzykiwań podskórnych morfiny. W takim położeniu bez wyjścia postanowiliśmy szukać ulgi dla naszego chorego na drodze operacyjnej. Znane nam były pomyślne wyniki w trzech przypadkach RYDYGIERA <sup>1)</sup>, który przed 7-u laty po raz pierwszy wykonał wycięcie odźwiernika przy wrzodzie żołądka z pomyślnym skutkiem. Zachęcające również były cyfry wyzdrowień w statystyce podanej przez RYDYGIERA <sup>2)</sup> [na 5 przypadków 4 wyzdrowienia].

Uproszony kol. MATLAKOWSKI, po wspólnem zbadaniu chorego, zapatrywania nasze podzielił. Chory z łatwością na operację się zgodził. Dnia 19 Października wykonano laparotomię. Pomijam szczegóły operacji, która znajdzie w swoim czasie kompetentnego sprawozdawcę w osobie samego D-ra MATLAKOWSKIEGO. Wynik jej był dla nas zupełnie niespodziewany. Po otworzeniu jamy brzusznej przedewszystkiem wpadły nam w oczy powiększone gruczoły limfatyczne otrzewnej. Żołądek okazał się przyrośniętym do sąsiednich narządów, powyżej odźwiernika, w miejscu odpowiadajacem małej krzywiznie i tylnej ścianie żołądka, o ile pozwalała grubość ściany przedniej, można było wyczuć duże rozlane stwardnienie. Dla lepszego zoryjeantowania się w sytuacji i wysledzenia przyczyny stwardnienia, kol. MATLAKOWSKI otworzył jamę żołądka, wykonawszy nacięcie ściany przedniej. Wtedy włożywszy palec do jamy żołądka kol. MATLAKOWSKI, a za nim kol. DUNIN i ja wyczuwaliśmy bardzo wyraźnie, duży, miękki, kalafiorowaty guz, na szerokiej podstawie, obwiedziony twardym, gładkim wałem. Wobec wysokiego położenia guza, jego wielkości, licznych zrostów i powiększenia gruczołów sieci, pomoc chirurgiczna, według zdania kol. MATLAKOWSKIEGO, okazała się niemożliwą i bezcelową. Poprzestano na zeszyciu żołądka i ściany brzucha.

Jak tu było nie zwątpić o wartości rozpoznawczej kwasu solnego i wszelkich metod badania w ogólności? Jeżeli w pierwszym przypadku brakowało nam tego najważniejszego momentu dyjagnostycznego, jakim jest próbna laparotomija w chorobach jamy brzusznej, tutaj los go nam nie poskąpił, a jednak trudności dyjagnostyczne rozpoczęły się właśnie po laparotomii. Wyrzec się rozpoznania wrzodu okrągłego było niepodobieństwem, aby jednak pogodzić to rozpoznanie z niewątpliwem, jak się zdawało istnieniem raka, trzeba było chyba uciec się do hipotezy, że zablizniony wrzód, dał początek nowotworowi. Jest to fakt, który się zdarza. Istnieje w literaturze przypadek THIERSCH'a, gdzie u 26-letniego mężczyzny znaleziono przy badaniu drobnowidzowem poczynającego się raka na brzegu blizny i jednocześnie raka wątroby. O przypadku tym wspomi-

---

<sup>1)</sup> Pierwszy przypadek gastro-enterostomii wobec zwężenia dwunastnicy po wrzodzie, wyzdrowienie. [Przegl. Lek. 1884, Nr. 19].

Trzeci mój przypadek WÖFLER'owskiej gastro-enterostomii wogóle, a drugi wobec zwężenia odźwiernika po wrzodzie. Wyzdrowienie. [Przegl. Lek. 1885. Nr. 6].

<sup>2)</sup> Trzy nowe przypadki wycięcia odźwiernika, oraz kilka uwag o wskazaniu i sposobie operowania. [Przeg. Lek. 1885. Nr. 1, 2, 3 i 4].



nam dlatego, że tu właśnie znajdowano w masach wymiotnych kwas solny <sup>1)</sup>. Przypadek ten nie posiada dla nas wielkiej wartości, raz dlatego, że tu rak był świeży, a wrzód zupełnie już zablizniony, a po drugie, że badania zawartości żołądkowej nie były ściśle przeprowadzone [badano wymioty i to jedynie błękitem fioletowym i roztworem półtorachlorku żelaza]. O jednoczesnem istnieniu raka i wrzodu okrągłego, dającego właściwe sobie objawy, nigdzie nie znalazłem wzmianki i nie wiem, czy wogóle takie obserwacje istnieją. Wkrótce przekonał się, że zbyt cennym było uciekanie się do wątpliwych hipotez.

Chory zniósł operację względnie bardzo dobrze. Rany goiły się prawidłowo, bez wszelkich powikłań, nawet bóle w pierwszych dniach po operacji mniej choremu dokuczały. Czwartego jednak dnia zjawily się ciemno-zabarwione, potem wyraźnie krwawe stolce. Rozwolnienie trwało aż do śmierci, która nastąpiła dość nagle dnia 28 X., a więc 9 dnia po operacji.

Badanie pośmiertne, łaskawie dokonane przez D-ra PRZEWOSKIEGO, wykazało co następuje:

Narządy wewnętrzne, prócz bledości, nic szczególnego nie przedstawiają. Błona śluzowa kiszki bleda, kiszki zawierają wiele brunatno-czerwonego kału.

Żołądek nieco rozszerzony i przyrośnięty do dolnej części wątroby, do sieci wielkiej, do poprzeczniczy a z tyłu do trzustki. Podnosząc żołądek do góry ponad wyjściem kiszki cienkiej z pod *mesocolon transversum*, spostrzeżono szparowaty, długi na 4 cent. otwór z brunatnymi ścięzionymi brzegami, który prowadził do jamy żołądka. Po bliższem obejrzeniu okazało się, że brzegi tej szpary były słabo sklezione i oddzieliły się przy unoszeniu żołądka.

Na przedniej ścianie żołądka w odległości 4 palców od zastawki odźwiernika spostrzegamy chirurgiczne cięcie linijne poprowadzone w kierunku pionowym, długie na 3 palce i ściągnięte za ledwie dającymi się poznać szwami. Brzegi cięcia zrosnięte, tylko po środku na przestrzeni 1 cent. rozeszły się brzegi błony śluzowej, a między nimi widać tkankę podśluzową dosyć gładką. Muskulatura żołądka nigdzie nie jest zgrubiałą, błona śluzowa zwykłej grubości, bleda, miejscami ułożona w fałdy i pokryta niewielką ilością śluzu.

Bezpośrednio przy zastawce odźwiernika, równoległe do niej, zwrócony najdłuższą swoją średnicą widzimy wrzód z zupełnie równymi brzegami. Najdłuższa jego średnica wynosi 10 ctm., średnica poprzeczna około 8 ctm.. Na błonie śluzowej przy brzegach wrzodu nie ma najmniejszego stwardnienia, ani nowotworowego nacieczenia. Błona śluzowa na brzegu jest jakby obcięta zupełnie równo, to samo ma miejsce z błoną podśluzową i mięsną, która wygląda, jakby obkrajana nożem. Dalej zniszczoną jest błona surowicza. Brzegi wrzodu za pośrednictwem zrostów spoiły się z tkanką łączną, otaczającą trzustkę w ten sposób, że tkanka łączna nad brzegiem górnym trzustki i pod brzegiem dolnym tegoż organu została zupełnie zniszczoną, a trzustka zupełnie nietknięta

<sup>1)</sup> THIERSCH. Ueber die Anwesenheit freien Salzsäure in Magensaft bei beginnenden Magenkrebs. „Münch. Med. Wochen. 1886. Nr. 13. Jahresber. VIRCH. 1886“.



przedstawia się pod postacią poprzecznego ziarnistego wału, przechodzącego przez całe dno wrzodu. Gruczoły limfatyczne w sieci małej trochę powiększone i stwardniałe. Na miejscu przyrostu żołądka wrzód zagłębia się nieco w wątrobę, która w odpowiednim miejscu znacznie jest stwardniała. Wątroba ma zwykłą wielkość i konsystencję, budowa zrazikowa wyraźna. Pęcherzyk żółciowy zawiera mało bladej żółci.

Tym więc sposobem guz, który wyczuwaliśmy, był po prostu trzustką, a powiększenie gruczołów limfatycznych sieci nie miało tego złowrogiego znaczenia, które im przypisywaliśmy.

I w tym przypadku badanie zawartości żołądka, zachowanie się kwasu solnego było najważniejszą cechą rozpoznawczą i dziwnym zbiegiem okoliczności zasługiwało na większe zaufanie od próbnej laparotomii. Mówię „dziwnym zbiegiem okoliczności“, gdyż rzeczwiście był to przypadek wyjątkowy, nie mogący żadną miarą, według mego zdania, dyskredytować wartości dyagnostycznej laparotomii próbnej.

Przykładów takiej możliwości wyłączenia raka żołądka, jedynie na zasadzie obecności kwasu solnego udało mi się odnaleźć kilka w dostępnej mi literaturze.

Do takich należą dwa przypadki obserwowane przez SCHELLHASS'a <sup>1)</sup> w klinice RIEGEL'a, jeden przypadek HUEBNER'a <sup>2)</sup>, spostrzegany również w tejże klinice, dwa przypadki samego RIEGEL'a <sup>3)</sup> i dwa EWALD'a <sup>4)</sup>. Przypadki SCHELLHASS'a za życia przedstawiały objawy, analogiczne z przypadkiem drugim naszym. Ze względu na wiek chorych, niezbyt wydatne objawy wrzodu, kaheksyją, wahało się rozpoznanie między rakiem i wrzodem. Obecność HCl przechyliła szalę dyagnostyki na stronę wrzodu. Sekcja rozpoznanie stwierdziła. Właściwie mówiąc, trudności dyagnostyczne nie były znów tak wielkie i nie mogły iść w porównanie z trudnościami naszych przypadków.

Inna rzecz w przypadku HUEBNER'a. Ten przypadek, lubo jeszcze nie tak typowy, zbliżał się do naszego pierwszego. U 55-letniej kobiety był rak wątroby, *peritonitis carcinomatosa*, guz koło odźwiernika, krwawe wymioty [kawowe] i cały szereg objawów, pozwalających na przypuszczenie raka żołądka. Jednocześnie jednak wykrywano obecność HCl i normalne trawienie białka w soku żołądkowym, na zasadzie czego wyłączono raka żołądka. Przy badaniu pośmiertnym znaleziono: *carcinoma vesicae felleae, hepatis, omenti et peritonei varices oesophagi. Ruptura varicis*. To ostatnie tłómaczyło wymioty krwawe. W przypadku RIEGEL'a obok stałej obecności HCl i normalnej siły trawiennej soku żołądkowego znajdowano raka wątroby i cały obraz kliniczny, symulujący raka żołądka. Badanie pośmiertne wykazało *carcinoma pancreatis et hepatis*; żołądek był zupełnie normalny. Drugi przypadek RIEGEL'a był interesującym ze względu na rokowanie i leczenie. U 50-letniego człowieka, obok typowego

<sup>1)</sup> Beiträge zur Pathologie des Magens. Deut. Arch für klin. Med. 1885 str. 427.

<sup>2)</sup> Casuistischer Beitrag zur Symptomatologie der Magenkrankheiten. Berl. klin. Wochenschr. 1886. Nr. 13.

<sup>3)</sup> Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. Zeitschr. f. klin. Med. 1886, str. 181.

<sup>4)</sup> L. c. str. 173 i 174.



charłactwa znalazł RIEGEL guz w okolicy odźwiernika i rozszerzenie żołądka. Chory cierpiał od niedawna na wymioty, bóle, brak łaknienia i t. d. 21 razy wykonane badanie żołądka wykazało obecność kwasu solnego i prawidłową siłę trawienną soku. Chory w krótkim czasie zyskał 10 kilo na wadze a w rok potem, jak to skonstatowano, miał się zupełnie dobrze. Co się stało z guzem i jakie było jego znaczenie RIEGEL nie wspomina.

EWALD u 33 letniej kobiety znalazł guz w okolicy odźwiernika, rozszerzenie żołądka, bóle trwające od kilku miesięcy niezależnie od przyjęcia pokarmów, a przytem brak łaknienia i utratę sił. Chora i przedtem miewała bóle w okolicy żołądka. Badanie trawienia żołądkowego wykazywało zawsze obecność HCl. EWALD rozpoznawał rozszerzenie żołądka wskutek zwężenia odźwiernika bliznowatego i przerost błony mięsnej wskutek *ulcus ad pylorum*. Przy odpowiedniej dyjecie i leczeniu nastąpiła znakomita i trwała poprawa.

W przypadku drugim, u 55-letniego mężczyzny, EWALD rozpoznawał raka sieci, wyłączając raka żołądka na mocy obecności kwasu solnego, a wbrew wszelkim klinicznym objawom raka. Sekcyjna w zupełności rozpoznanie potwierdziła.

Jestem przekonany, że nietylko w klinice EWALD'a lub RIEGEL'a, ale i w każdej innej, w każdym oddziale szpitalnym, gdzie badania chorób żołądka starannie są prowadzone, o takie przykłady nie trudno. Przytoczyłem z ogłoszonych najcharakterystyczniejsze. Wśród nich nasze dwa przypadki najwięcej były powikłane, a przypadek drugi zwłaszcza, ze względu na towarzyszące mu okoliczności, jest może jedynym w swoim rodzaju.

Nie chodziło mi jednakże o wyjątkowość naszych przypadków, uważam je przedewszystkiem za dość ważny przyczynek do wartości rozpoznawczej kwasu solnego, za wymowną ilustracją wygłaszanych przez RIEGEL'a i EWALDA poglądów.

Ten ostatni w najświeższym swoim dziele o chorobach żołądka powiada [str. 168]: „Znalezienie kwasu solnego z wszelkiem prawdopodobieństwem przemawia przeciwko istnieniu raka żołądka. Przypadki raka, w których należycie i ostrożnie wykonana próba wykazuje kwas solny, są tak rzadkie, że nie można im przypisywać poważniejszego znaczenia“.

---

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAŃSKIE

---

Na posiedzeniu klinicznym dnia 27. XII 88. kol. PUŁAWSKI opisał dwa przypadki z kazuistyki chorób żołądka z demonstracją preparatu wrzodu żołądka, dokonaną przez Vice-prezesa PRZEWOŚKIEGO. Rzecz ta drukowaną jest w Nr. bieżącym.

W dyskusji kol. REJCHMAN zaznacza, że obecność kwasu solnego wolnego przy raku żołądka jest rzeczywiście rzadkością: na 120 widzianych przez siebie przypadków tylko w 2 [nie potwierdzonych przez sekcję], znajdował wolny HCl. Za to kwas solny utajony rzadko się przy raku nie znajduje. O obecności tego utajonego kwasu solnego można się przekonać nie tylko za



pomocą złożonych metod chemicznych, stosowanych przez CAHN'a i MEHRING'a, ale także przez wykrycie w zawartości żołądka peptonu. Peptonizacja może się odbywać w żołądku tylko przy obecności HCl, do tego aby ona mogła mieć miejsce wobec kwasów organicznych, mianowicie mlecznego, potrzeba aby kwasność była bardzo duża [10<sup>o</sup>—normalna kwasność = 0,2]. Dla symptomatologii raka, o której kol. R. mówił na jednym z ubiegłych posiedzeń, bardzo ważnym jest wykrycie w zawartości żołądka laseczników gnilnych a brak sarcyny i drożdży.

Kol. DUNIN zgadza się, że brak HCl nie koniecznie przemawia za rakiem, ale obecność jego prawie zawsze raka wyklucza, co było treścią dzisiejszego odczytu. Co do utajonego HCl, kol. D. sądzi, że na to utajenie HCl wpływa najprawdopodobniej, jak tego dowodzą RIEGEL i KLEMPERER, wydzielina rakowa, która łączy się jeszcze chciwiej z HCl, aniżeli ciała białkowe.

Kol. REJCHMAN przytacza nieogłoszone jeszcze prace kol. GRUNDZACH'a, który przekonał się o tem, że istoty białkowe zużytkowują dużą ilość HCl, [mieszając je z HCl można wykazać wtedy wolny HCl, jeżeli kwasność wynosi 0,6].

Kol. CHELMOŃSKI wracając do braku HCl przy raku, przypomina spostrzeżenia ROSENTHAL'a, który u 6 suchotników wykazał brak wolnego HCl w żołądku. Kol. Ch. raz nie znalazł wolnego HCl w 1½ godz. po śniadaniu EWALD'a u pewnego chorego na zapalenie nerek, tutaj węgiel amonu przeszkadzał reakcyi na HCl, [chory umarł przy objawach mocznicy].

Kol. RUPERT przytacza zdanie EICHHORN'a co do porównawczej wartości rozpoznawczej śniadania EWALD'a z obiadem RIEGEL'a, mówiąc na korzyść pierwszego. Kol. R. miał sposobność sam to stwierdzić w przypadku wrzodu żołądka, gdzie HCl wydzielany był i naczeco.

Kol. REJCHMAN sądzi, że śniadanie próbne EWALD'a nie ma wyższości dyjagnostycznej nad obiadem RIEGEL'a, gdyż bułka zawiera bardzo dużo kwasu mlecznego, co prowadzi do łatwych pomyłek.

Na posiedzeniu klinicznym dnia 31. XII. 88, kol. SOKOŁOWSKI mówił o przypadku pierwotnego raka krtani, przy czem przedstawił chorego. Rzecz ta będzie drukowaną w naszym piśmie.

W dyskusyi kol. HERYNG zaznacza, że przypadek opisany jest bardzo ciekawy, następcza pole do mowy co do rozpoznania raka krtani w ogóle. Większość laryngologów przypuszcza, że w przypadkach, gdzie przy raku po leczeniu wewnątrz-krtaniowem następuje zupełna poprawa, zrobiono pomyłkę w rozpoznaniu. Niemiernie trudno orzec, od czego zależą objawy zapalne. Są przypadki raka krtani, gdzie bujanie tkanki nowotworowej jest małe a obrzęki zapalne duże, jak np. było u cesarza Fryderyka III. Cała trudność polega na tem, aby wiedzieć, czy nacieczenia nowotworowe i obrzęki są jednakiej natury, czy też te ostatnie są tylko wytworami zapalnymi. Kol. H. sądzi, że trudno jest opierać się jedynie na wynikach badania drobnowidzowego, gdy do takowego bierze się tylko niektóre małe cząstki tego, co usunąć można; względnie do tego, jaką cząstkę bierze się do badania i rozpoznanie może się zmienić, jak to miało miejsce w opisanym przypadku. Do mylnych rezultatów może również doprowadzić oparcie dyjagnozy na cząstkach wyrzuconych z krtani wraz z rozpadem. Przypadek kol. S. poucza, że dyjagnoza powinna się opierać na badaniu części nowotworu, leżących głęboko i w ogóle na zbadaniu wszystkiego, co się tylko da usunąć. Co do endolaryngealnego leczenia raka krtani, kol. H. wypowiada się przeciw takowemu, zwłaszcza gdy nowotwór należy do raków miękkich łatwo się rozpadających. Takie rękoczynny, jak galwanokaustyka i t. d., źle wpływają na dalszy przebieg cierpienia. Chociaż znany jest przypadek SCHNITZLER'a wyleczenia tę metodą raka krtani, chociaż leczenie następcze po wycięciu krtani bardzo jest trudne, to jednak H. w razie



rozpoznania raka krtani radzi przystąpić do wycięcia krtani. Co do tego, czy zrobić wycięcie częściowe czy całkowite, mała jest różnica, a w każdym razie nawet po częściowym wycięciu trzeba być przygotowanym na całkowite, gdyż nie można być pewnym co się podczas operacji znajdzie.

Kol. SOKOŁOWSKI dodaje, że obrzmienie stawu u owego chorego uważa za obrzmienie natury zapalnej, dlatego waha się, czy można teraz przedsięwziąć leczenie miejscowe.

Prof. KOSIŃSKI, sądzi że laryngologowie zanadto wyróżniają raka krtani od raków napotykanych gdzieindziej. Chirurdzy spotykają niewątpliwie raki, powstające z nowotworów niezłośliwych i spraw zapalnych, np. na długotrwałych wrzodach goleni, na języku, przy tak zw. psoryzjacie. To samo może chyba być i w krtani.

Kol. HERYNG odpowiada, że trudno orzec, czy za rak uważać trzeba pierwotne zmetnienie nabłonka, czy też dopiero charakterystyczne bujanie tkanek. Zależy to od pewnej predyspozycyi chorego. Dyagnozę można oprzeć tylko na badaniu drobnowidzowem.

Kol. TRZCIŃSKI przypomina spostrzeżenie LANGENBECK'a, gdzie po zabliźnieniu gummató w języka na brzegach blizny rozwinął się rak. Vice prezes PRZEWOŃSKI kładzie nacisk na to, aby lekarze przysyłając wycięte cząstki nowotworów do badań drobnowidzowych, starali się dostarczać cząstki głębiej leżące, a nie brzegi owrzodzeń i cząstki powierzchowne. Prócz tego należy dodawać wiadomość, skąd pochodzi wycięta cząstka, co ułatwia zbadanie i rozpoznanie.

Prezes BRODOWSKI nie przychyła się do stawiania zbyt wygórowanych żądań laryngologów co do ilości wyciętych z krtani cząstek nowotworów ze względu na cierpienia chorych. Zresztą jeżeli kiedy, to w przyp. Kol. S. takie żądanie było zbyt wysokie wobec określonych wiadomości, że przedstawione do zbadania narośle brodawkowe pochodzą z bardzo nierównego dna wrzodu, znajdujacego się na bardzo znacznem waleczkowatym zgrubieniu błony śluzowej krtani. Prezes BRODOWSKI w danym przypadku nie wahałby się od samego początku z rozpoznaniem raka, mając na względzie, że kosmaty jak w danym przypadku wygląd raka (*Zottenkrebs*) zależy może właśnie od owrzodzenia tegoż, spowodowanego rozpadem ciał rakowych. Unieruchomienie chrząstki nalewkowej w obec tak głęboko sięgającego nowotworu, skłonny jest bardziej przypisać rozszerzeniu się raka na więzy obrączkowo-nalewkowe, niż zapaleniu. Co do kwestyi poruszonej przez KOSIŃSKIEGO sądzi, że z poglądem jego zgodzić się trzeba i rakowi krtani nie trzeba przypisywać cech odrębnych od innych. Zdarza się to nieraz, iż nowotwór niezłośliwy po pewnym przeciągu czasu staje się złośliwym lub rakowacieje. *Epiteliomata* lub *papillomata* skóry mogą przechodzić w raki.

W dalszym ciągu prof. KOSIŃSKI okazał dwa preparaty i mówił o skręceniu szypuły nowotworów w jajnika. Oba przypadki wyróżniały się niezwykłą ilością skrętów [w jednym 5½, w drugim 7]. W pierwszym przypadku cysta dermoidalna, trwająca od lat 8 wywołała objawy zapalenia otrzewnej. W drugim dyagnoza nie była pewną, istniała tylko niewątpliwa przetoka kałowa. Okazało się, że cysta dermoidalna skutkiem skręcenia uległa zgorzeli, a następnie wskutek ropienia na miejscach zrostu z kiszka utworzyła się przetoka kałowa. Według statystyki LAWSON-TAIT'a skręcanie to bywa w 5—7% torbieli jajników, zdarza się wyłącznie po stronie prawej, bywa zawsze skręt od wewnątrz ku zewnątrz, przyczyną zaś główną zdaje się być, oprócz ciąży, ruchów ciała, zmian w objętości pęcherza, wypełnienie kiszki prostej; przy skręcaniach obserwowano zaburzenia cyrkulacyjne w torbieli, jak przekrwienia i krwotoki, które powodowały nawet niekiedy nagłą śmierć.



Kol. JAWDYŃSKI sądzi, że najważniejszym powodem powstawania skręceń jest niejednostajny wzrost torbieli. Trudno zresztą przypuścić, aby mogło istnieć jedno tylko prawo, warunkujące powstawanie skręceń.

Kol. KONDRATOWICZ zaznacza, że nie można przyjąć teorii LAWSON-TAIT'a; statystyka OLSHAUSEN'a wykazuje, że jest to stan dość częsty [16%], nie ma przewagi prawej strony nad lewą; zakręt może się odbywać w odwrotnym kierunku t. j. od zewnątrz ku wewnątrz, a nawet według innej osi np. poziomej, przyczem następuje skręcanie całego *lig. lat.* Co do przyczyn, to podają, iż sprzyja powstawaniu skręceń niekiedy połów, wreszcie jako przyczynę podają opór *promontorii* przy wzroście torbieli z małej miednicy. Co do natury nowotworów, najczęściej ulegających temu stanowi, to na pierwszym miejscu postawić trzeba torbielaki złożone, a następnie torbieli dermoidalne.

Prezes BRODOWSKI dodaje w końcu, że w nowszych podręcznikach anatomii patologicznej nie ma najmniejszej wzmianki o skręcaniach szypuły torbieli jajników, prawdopodobnie dlatego, że anatomowie patologiczni, wskutek usuwania tych nowotworów przez chirurgów, rzadziej się z nimi spotykają na stole sekcyjnym, lecz ROKITANSKY, który często tę sposobność miał, opisuje te skręcenia, nie wspomina jednak nic o przewodzie jajnika prawego nad lewym, a wyraźnie zaznacza, że skręcenie bywa od zewnątrz również często, jak i w kierunku odwrotnym.

### *W sprawie kanalizacji miasta Warszawy.*

Komitet higieny publicznej Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, którego zadaniem jest badanie wszelkich kwestyj sanitarnych, przedewszystkiem zaś odnoszących się do zdrowotności naszego miasta, wyczytał w pismach publicznych artykuł p. t. „W sprawie kanalizacji“ opatrzony podpisem pana Prezydenta miasta. W artykule tym p. Prezydent, w obec dyskusji i uchwał powziętych na ostatniem ogólnem zebraniu Warszawskiego towarzystwa kredytowego miejskiego, wywołanych jakoby obawą o zubożenie właścicieli domów, oświadcza, iż „przy takim ich [obywateli] zapatrywaniu się i stosunku ich do kanalizacji, jak się teraz okazuje, zarząd miejski ma zamiar zatrzymać na czas nieograniczony roboty kanalizacyjne, po ukończeniu tych stosunkowo nie wielu, jakie są już zatwierdzone“.

W obec takiego zagrożenia dzieła niezmiernej doniosłości dla zdrowia wszystkich mieszkańców miasta, Komitet higieny publicznej uważa za obowiązek podnieść głos przeciwko tym wszystkim, którzy na zasadzie mylnych względów ekonomicznych i urojonych strat, usiłują wstrzymać rozwój tak chlubnie rozpoczętego dzieła, oraz wydatnie raz jeszcze ważność kanalizacji pod względem sanitarnym i nieodzowną konieczność doprowadzenia jej do ostatecznego wykończenia w całości.

Kanalizacja miasta Warszawy nie odbywa się sposobem eksperymentu, lecz opartą jest na zdobytem od lat wielu doświadczeniu ogromnej liczby miast Europy i Ameryki, które wszystkie bez wyjątku, na jej zaprowadzeniu osiągnęły znaczne zmniejszenie śmiertelności. Zmniejszenie to wynosi od 6-ciu do 13-tu przypadków śmierci na 1000 ludności. Stosując wynik tego doświadczenia do naszego miasta i przyjmując tylko najmniejszą jego cyfrę, wypada, że gdyby śmiertelność zniżyła się o 6 na 1000, to 2700 mieszkańców rocznie byłoby uchronionych od śmierci. Ponieważ zaś takiej liczbie zgonów odpowiada 81,000 chorych, a 1,620,000 dni choroby, to już z tych samych cyfr wykazuje się oczywiście niezmierny pożytek z przeprowadzenia kanalizacji. Jeżeli obok tych



korzyści sanitarnych podniesiemy korzyści materyjalne, to pozostawiamy ekonomistom obliczenie wartości życia 2700 jednostek rocznie, strat ponoszonych przez społeczeństwo skutkiem zgonów, choroby i niezdolności do pracy. Można by również obliczyć oszczędności, jakieby dla miasta ztąd wypływały na utrzymaniu szpitali i innych zakładów dobroczynnych, oraz na zmniejszeniu ubóstwa i sieroctwa, a korzyści jakieby z powiększenia ludności i utrzymania jej w stanie zdrowia oraz sił produkcyjnych wynikły, pośrednio i na właścicieli domów by spływały.

Ponieważ jednak połowiczne przeprowadzenie kanalizacji, pozostawiłoby w mieście niezliczone źródła chorób i zakażeń, a koszt dzisiejszych już uskuteczionych robót i takby obciążył budżet miasta, to z tego już względu wynika, iż przerwanie robót kanalizacyjnych stanowiłoby wielką dla miasta klęskę.

Komitet higieny publicznej uważa nadto:

— że nie tylko sieć kanalizacyjna powinna objąć całe terytorjum miasta, ale że dla skuteczności sanitarnej niezbędnem jest ściśle, ewentualnie przymusowe, przeprowadzenie kanalizacji wszystkich bez wyjątku domów z doszczętnem wydalaniem z nich odchodów i odpływów, które mogą być przez kanalizację usunięte;

— że interes choćby nawet kilkuset właścicieli domów nie może być przeciwstawiony żywotnym interesom blisko półmilionowej ludności miasta;

— że niezamożnym właścicielom należałoby jakąbądź drogą przyjść z pomocą materyjalną, aby rzeczywista czy też pozorna ich niezamożność nie stawała na przeszkodzie w doprowadzeniu do skutku tak koniecznego i pożytecznego dzieła;

— że obowiązkiem Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego jak i wszystkich lekarzy jest wedle sił i możności używać całego swojego wpływu na opinię publiczną i wykazywać przy każdej sposobności prawdziwe znaczenie kanalizacji i jej korzyści o wiele przenoszące potrzebne na nią nakłady. Wreszcie,

Komitet higieny publicznej wnosi, aby Warszawskie Towarzystwo Lekarskie podzieliło zapatrywanie się komitetu, przyjęło jego wnioski i zapisało je do protokołu.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie na swem ogólnem posiedzeniu w d. 8 Stycznia 1889 roku odbytem, wnioski Komitetu jednogłośnie przyjęło, postanowiwszy zobowiązać kolegów redaktorów pism lekarskich w Warszawie wychodzących, aby ze względu na ważność poruszanej kwestyi, uchwałą Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego do wiadomości publicznej wraz z motywami podać zechcieli.

## Wiadomości bieżące.

*Warszawa.* Na wyborach urzędników w naszym Towarzystwie lekarskiem na r. 1889 powołani zostali ponownie: na prezesa prof. D-r WŁODZIMIERZ BRODOWSKI, na wice-prezesa D-r PRZEWOŃSKI EDWARD, na sekretarza dorocznego D-r JAKOWSKI MARYJAN. Na członków czynnych Towarzystwa wybrani zostali: D-r KLIJEWSKI, D-r KRYSIŃSKI i D-r KOLIŃSKI, na członka korespondenta D-r KLIKOWICZ.

— W zeszłym miesiącu konsul niemiecki baron Rechenberg wręczył koledze naszemu T. HEYNGOWI nadesłany przez Cesarza Wilhelma wazon porcelanowy, wielkiej artystycznej wartości, pochodzący z prywatnych zbiorów Cesarzskich, w dowód uznania za usługi oddane Ojcu, Cesarzowi Fryderykowi, podczas Jego pobytu w San-Remo.

— W Petersburgu odbędzie się między 2—10 Stycznia Zjazd Towarz. ruskich lekarzy pańmęci PIROGOWA. Prezesami są prof. BOTKIN i KRASSOWSKI. Zjazdy odbywać się mają co 1—3 lat

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów okazowy N-r „Wiadomości Farmaceutycznych“.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wł. Gajkiewicz.

Доволено Цензурою, Варшава 29 Декабря 1888 г. Druk K. Kowalewskiego, Królewska Nr. 92.



# KRONIKA LEKARSKA.

Miesięcznik poświęcony przeglądowi postępów  
Umiejętności Lekarskich.

Wychodzić będzie i w następnym roku 1889, a 9 swego istnienia, według tegoż samego programu jak dotychczas i w tej samej formie zeszytami objętości od 4 do 5 arkuszy druku.

Każdy zeszyt zawiera: obszerniejszą pracę oryginalną, dającą dokładny pogląd na rozwój jednego z działów medycyny, referaty zbiorowe lub pojedyncze z najcenniejszych prac bieżącego piśmiennictwa lekarskiego krajowego i zagranicznego, oceny dzieł lekarskich, wiadomości bibliograficzne i wiadomości pomniejsze.

Przedpłata wynosi: w Warszawie: na prowincyi, w Cesarstwie i Zagranicą

rocznie rs. 5	rocznie rs. 6
półrocznie „ 2 kop. 50	półrocznie „ 3

Redaktor D-r Otton Hewelke Ś-to-Krzyżka 25. Wydawca D-r K Sierpiński Marszałkowska 116.

**D-r M. Jakowski** b. asyst. kliniki dyjagnostycznej dokonywa wszelkich **mikroskopowych** głównie **bakteryjologicznych** rozbiorów wydzielin chorobowych. Ul. Wspólna № 26. 0-2

Z początkiem roku bieżącego  
NAKŁADEM REDAKCYI GAZETY LEKARSKIEJ

wychodzić będzie szereg

## ODCZYTÓW KLINICZNYCH,

zarówno tłómaczonych jak i oryginalnych, których treść poczerpnięta przeważnie z dziedziny medycyny praktycznej:

Pierwsze zeszyty zawierać będą następujące prace:

**Heubner.** *Dyfteryt szkarlatynowy i jego leczenie.*

**Struempel.** *Nerwice pochodzenia traumatycznego.*

**Sahli.** *Najnowsze poglądy na istotę chorób zakaźnych (odczyt podwójny).*

**Loevenfeld.** *Nowoczesne metody leczenia neurastenii i histeryi (odczyt podwójny).*

Odczyty kliniczne wychodzić będą mniej więcej w miesięcznych odstępach czasu, w objętości średnio 2 arkuszy druku. Pierwszy odczyt wyjdzie w drugiej połowie Stycznia. Cena odczytu wynosi **30 kop.**; wnoszący należność za 12 odczytów z góry płaci tylko **3 rs.**

Nabywać można w **Administracji Gazety Lekarskiej** i wszystkich księgarniach.