

GAZETA LEKARSKA.

I. KILKA SŁÓW

O MEZKIEM OWŁOSIENIU U KOBIET,

oraz niektórych innych anomaliach owłosienia i rozwoju ogólnego

[Podług odczytu w Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem].

Podał

Fr. L. Neugebauer.

Patologia włosów — trichonosologia — obejmuje choroby włosów, jako odział chorób skórnych, oraz anomalie owłosienia, nie polegające na sprawach chorobowych samych włosów i skóry. Podczas gdy choroby włosów, *resp.* skórnych elementów, podlegają terapii dermatologów, anomalie owłosienia do dziś dnia, z małymi wyjątkami, dotyczącymi sztucznej epilacji, pozostały nieuleczalnemi, albowiem nie stanowią one choroby *sensu strictiori*. Anomalie owłosienia dotyczą albo liczby i stopnia rozwoju włosów, jako: *atrachia* i *hypertrichosis*, albo też dotyczą wyrastania nadmiernego owłosienia w miejscu niezwykłym — *heterotopia*, zjawienia się owłosienia w niezwykłym okresie życia, wieku człowieka — *heterochronia*, dalej w zjawieniu się owłosienia heteroseksualnego — *heterogenia*. Nareszcie zdarzają się przypadki kombinacji tych różnych kategorii anomalii owłosienia, oraz *heteromorphia* — anomalia kształtu, barwy, kierunku włosów i t. d..

Do najbardziej uderzających anomalii owłosienia należy ogólne nadmierne owłosienie całego ciała, gdy zamiast fizyologicznego puchu, wyrastają włosy długie, przypominające szerść zwierzęcą. Jest to rodzaj atawizmu, przedstawiony w stopniu przesadnym przez malarza Max'a w jego obrazie: *Pithekanthropus alalus*. Trzy postacie tam wyrysowane, rodzice z dzieckiem przy piersi matki, mają przedstawiać typ, pośredniczący pomiędzy małpą a pierwotnym człowiekiem Darwin'a, rodzaj *homo ferus* [LINNÉ]. [Patrz fig. 1].

Owłosienie tego rodzaju — *hypertrichosis universalis* — polega na przeroście fizyologicznego owłosienia, puchu, którym płód ludzki już w 7 miesiącu życia płodowego jest pokryty — *lanugo* („*Wolthaar*“). Puch ten w trakcie pierwszego roku życia opada, aby ustąpić stale pozostającemu owłosieniu. Rozwój tego stałego owłosienia rozpoczyna się w tych samych miejscach, jak rozwój

puchu płodowego, puch późniejszy wykazuje ten sam kierunek włosów, ten sam regionarny podział owłosienia, jak puch płodowy, jak to wykazał ESCHNIGT na rysunkach owłosienia noworodka [Patrz fig. 2, 3, 4].

Fig 1.



Pithekanthropus alalus [MAX].

Już starożytne piśmiennictwo podaje liczne opisy ludzi z tego rodzaju nadmiernem owłosieniem, przypominajacem szerść zwierzęcą; istnieją nawet podania o całych szczepach, plemionach, narodach tak owłosionych (*Homines pilosi*—„*Haarmenschen*“). Nadmierne takie owłosienie może być ogólne lub dotyczyć tylko pewnych części powłok skórnych. RANKE, podług TH. v. SIEBOLD'a, podaje podobiznę 4 portretów ze zbioru Filipiny Welser w Tyrol-

skim zamku Ambras. Portrety te przedstawiają rodzinę, z Monachium pochodzącą. Ojciec jest zapewne identyczny ze szlachcicem, którego za życia opisał FELIKS PLATER: otóż człowiek ten, bardzo lubiany przez króla Henryka II-go,

Fig. 2 i 3.



Fig. 2, 3 i 4. „Richtung der Wollhaare am menschlichen Körper nach der Geburt“; [patrz: JOHANNES RANKE „Der Mensch“. I Bd. Leipzig. 1886. S. 159].

Fig. 4.

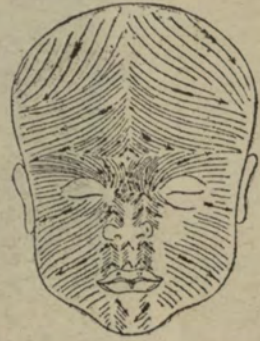


Fig. 4. Kierunek puszku owłosienia na twarzy noworodka [podług RANKE'go l. c. p. 158].

żył przy dworze tegoż. Nadzwyczajne owłosienie dotyczyło całego ciała z wyjątkiem jednego miejsca poniżej każdego oka. Człowiek ten ożenił się z nadobną panną, prawidłowo owłosioną; dzieci, z tego małżeństwa pochodzące, owłosione na sposób

ojca, w roku 1583 zostały wysłane do Flandryi do księżnej Parmeńskiej. PLATER widział je podczas przejazdu w Bazylei i kazał je sportretować. Chłopczyk miał wtedy 4 lata, a dziewczynka 7 lat. Twarz dziewczynki była cokolwiek mniej owłosioną, niż twarz brata. Cały grzbiet tych dzieci był szorstki od długich włosów [Patrz fig. 5, 6, 7, 8].

Również ciekawymi przedstawicielami nadmiernego owłosienia są trzej włościanie, z Rosyji pochodzący, którzy się 1873 w Niemczech za pieniądze pokazywali. [Fig. 9, 10 i 11]. Włosy ich, jak zwykle przy nadmiernem owłosieniu, były miękkie. Wyjątek pod tym względem stanowiła owa słynna Miss Julia Pastrana z Meksyku, która w roku 1860 w wieku lat 31 zmarła w Moskwie

po cesarskiem cięciu, dając życie niemowlęciu również owłosionemu [Patrz fig. 12 i 13 według RANKE'go [l. c. p. 162].

Fig. 5.



Fig. 6.

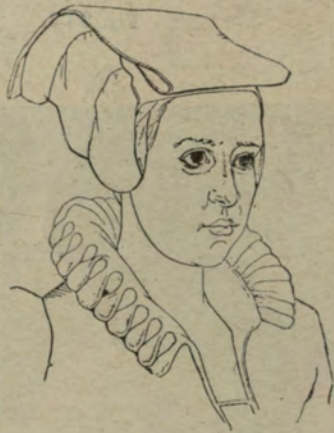


Fig. 7.



Fig. 8.



Fig. 9.



Fig. 10.



Fig. 11.



Fig. 12.



Fig. 13.



Fig. 14.

Miss Julia Pastrana z Meksyku.



Zenora Pastrana.

Gassner na antropologicznej wystawie w Monachium pokazywał wdowę Zenorę Pastranę, w Ameryce urodzoną [patrz fig. 14]. Na tejże wystawie pokazywał on balsamowane, zmunifikowane trupy Miss Julii Pastrany oraz jej dziecka.

Podobnym przykładem ogólnej hypertrychozy była dziewczynka K r a o z Bangkok, której podobiznę podano w „*Illustrirte Zeitung*“ 17 marca 1883 r. w № 3078.

Zenora Pastrana, 29-letnia, wdowa, wyszła za mąż w 17 roku życia za bogatego amerykańczyka, który 1884 roku w Petersburgu zmarł; dziecko ich bez ogólnej hypertrychozy urodzone, zmarło w wieku lat 7.

[Podług „*Illustrirte Zeitung*“, 9. II. 1889. № 2380].

Podobnym, jak chłop Andrej Testichjew z Kostromy, przedstawicielem nadmiernego ogólnego o-

włosienia jest chłopczyk niedawno w Warszawskim Urzędzie Lekarskim przedstawiony: Stefan Bibrowski, syn chłopca w Grójcu pod Warszawą

4½ lat temu urodzony, obecnie pod nazwą „*der Löwenknabe*“ w Berlińskim Panoptikum Castan'a pokazywany. Jest to blondyn o miękkich włosach, umysłowo dobrze rozwinięty, lecz o prawie zupełnym braku zębów; posiada albowiem tylko 2 kły w szczękę dolnej, jak to zwykle bywa przy ogólnej

Fig. 15.



Stefan Bibrowski z Grójca: 4½-letni chłopczyk: *Hypertrichosis universalis*.

hypertrychozie. Owłosienie dotyczy u niego całego ciała z wyjątkiem napałtka żołądka, *plantae pedis* i *volae manus*. Narządy płciowe normalnego rozwoju [Patrz fig. 15 i 16].

Fig. 16.

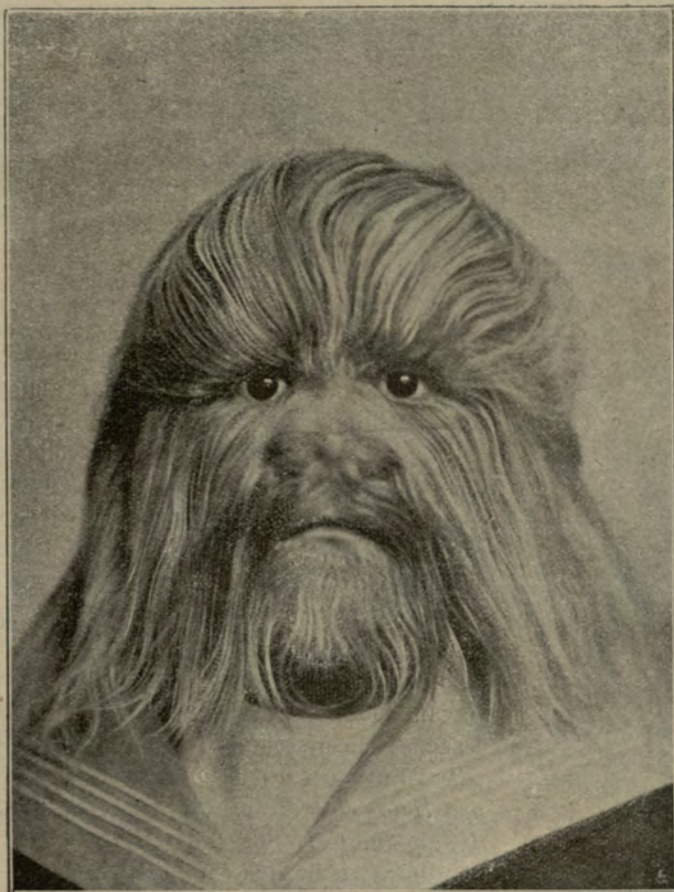


Fig. 16. Stefan Bibrowski, 4 $\frac{1}{2}$ -letni chłopczyk w Grójcu urodzony.

Również w nowszych czasach pokazywali się ludzie, z Azji i Ameryki pochodzący, z tego rodzaju nadmiernem owłosieniem. RANKE (*l. c. p. 164*) cytuje Shwe-Maong'a urodzonego w Lao nad rzeką Martaban, jako protoplastę słynnej rodziny azyatyckiej ludzi nadmiernie owłosionych („*Haarmenschen*“).

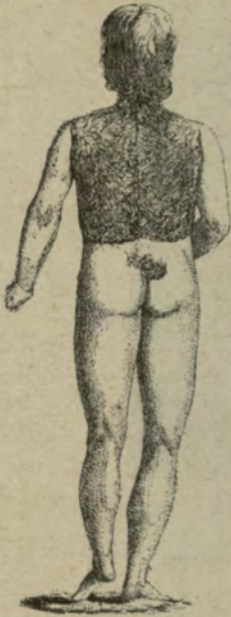
Jeżeli w tych przypadkach owłosienie było ogólnie nadmierne, to w innych znów nadmierne owłosienie było ograniczone na tem lub owem miejscu ciała, tak naprzykład [patrz fig. 17] u pewnej panny, w Królewcu zamieszkałej. [RANKE *l. c. p. 156*].

Fig. 17.



Fig 17. Nadmierne owłosienie grzbietu i pośladków.

Fig. 18.



Nadmierne owłosienie grzbietu 7-letni. chłopca.

Rysunek na figurze 18-iej dotyczy chłopca, przez rodziców okazywanego na jarmarkach, jako Afrykani. Chłopczyk ten 7-letni od urodzenia miał kilka plam czarnych na skórze, kolor czarny z czasem zamienił się na brunatno-czerwonawy, przyczem plamy te zaczęły pokrywać się włosami. Owłosienie to zajmuje prawie cały grzbiet dziecka; włosy są barwy jasnej żółtawo-białawej, nie kędzierzawe i wzdłuż kolumny pacierzowej mają po kilka cali długości. Również na twarzy, kończynach dolnych, pośladkach tu i owdzie owłosione, ciemno pigmentowane plamy, pod pachami zaś i w okolicy sromu jeszcze włosów niema. Opis podał ROSENUELLER „Beschreibung einer besonderen Beschaffenheit der Haut und Haare eines Knaben“. Beiträge für die Zergliederungskunst. II Bd. Leipzig. 1803, p. 106. Deska piersiowa i brzuch mało owłosione, lecz istnieje owłosienie również na grzbiecie jednej nogi.

Dziecko pokazywano w Niemczech, we Francji i w Hollandyi. W roku 1800 i 1801 policya w Lipsku odmówiła pozwolenia na przedstawianie dziecka.

[C. d. n.]

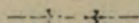
II. PRZYPADEK CIĄŻY ZAMACICZNEJ ŚRÓDSCIENNEJ.

(*Graviditas extrauterina intramuralis*).

Opisał

D-r Jakób Rosenthal,

ordynator oddziału.



Przed niedawnym względnie jeszcze czasem przypadek ciąży zamacicznej uważany był jako dziwo lekarskie; dzisiaj poglądy najzupełniej się zmieniły. Przeglądając pisma ginekologiczne za ostatnie lata, przekonać się można, jak nadzwyczaj częstą bywa ta postać patologiczna. SCHAUT'a ¹⁾ np. pisze, że w dostępnej mu literaturze w ciągu lat 15-u [1876—1890 włącznie] znalazł 626 przypadków, przyczem utrzymuje, że liczba ta podwoi się, jeżeli dodać do niej przypadki, zamieszczone w niedostępnej dlań literaturze, jakoteż przypadki nierozpoznane lub rozpoznane, a nie ogłoszone. ZMIGRODZKI ²⁾ zebrał do r. 1886 przypadków 336 ciąży zamacicznej; von SCHRENCK ³⁾ 610 przypadków w literaturze z lat 1838—1892. Przeglądając literaturę danego przedmiotu zebrałem za lata 1886—1895 włącznie 378 przypadków. W ten sposób wszystkich przypadków, notowanych w literaturze, jest 1324, z których na lata 1886—1895 włącznie przypada 938 przypadków.

Na tak znaczną ilość przypadków ciąży zamacicznej, ciąża śródmiaższowa nie wydarza się często. MARTIN ⁴⁾ np. na 77 przypadków spostrzegal jeden przypadek takowej; LAWSON-TAIT ⁵⁾ na 100 przypadków, również raz tylko widział ciążę śródmiaższową. SCHRENCK na 610 przypadków znalazł 14 przypadków takowej. Obliczając zaś wspólnie przypadki, podane przez ZMIGRODZKIEGO (22), przez SCHRENCK'a i odszukane przezemnie [od r. 1874—1895 włącznie], znajdujemy na 1324 przypadków 45 przypadków ciąży śródmiaższowej, czyli na 100 przypadków ciąży zamacicznej przypada 3 ciąży śródmiaższowej.

Obecnie wytłomaczyć się muszę, dlaczego, opisując przypadek ciąży śródściennej, mówię wciąż o ciąży śródmiaższowej. Pod nazwą ciąży śródmiaższowej (*gr. interstitialis*) rozumie się zwyczajnie ciążę jajowodowo-maciczną (*gr. tubo-uterina*); niektórzy jednak dawniejsi i nowsi autorowie i w tym rodzaju ciąży wprowadzają klasyfikację, stosownie do miejsca, w którym jajo pło-

¹⁾ Beitrag zur Casuistik, Prognose u. Therapie der Extranterinschwangerschaft. Prag. 1891.

²⁾ K uzneniu o wniemacoznoj beromennosti. Petersburg. 1886. Dissert.

³⁾ Ueber ectopische Gravidität. Dissert. Jurjew. 1893.

⁴⁾ Krankheiten der Eileiter. Leipzig. 1895.

⁵⁾ Vorlesungen über ectopische Schwangerschaft u. Beckenhaematocele. Refer. w Centrbl. f. Gyn. 1889. Nr. 21. 1890. Nr. 15.

dowe się rozwija. Już DEZEIMERIS ¹⁾ rozróżniał cztery rodzaje ciąży w części jajowodu, przebiegającej w mięszu macicy: a) ciążę jajowodowo-maciczną śródmiąższową (*gr. tubo-utero-interstitialis*), w której jajo płodowe rozwija się w części jajowodu, otoczonej mięszem macicznym; rozszerza ono pokłady mięśniowe macicy, unosi je w postaci zagłębień, jednakże pozostaje otoczone rozciągniętą ścianą jajowodu; b) ciążę maciczno-śródmiąższową (*gr. utero-interstitialis*) wtedy, gdy jajo płodowe wydostaje się z jajowodu, wdraża się pomiędzy mięśnie macicy i jest otoczone tylko włóknami tych ostatnich; c) ciążę jajowodowo-maciczną (*gr. tubo-uterina*), podczas której jajo płodowe rozwija się w błonie śluzowej jajowodu i, rosnąc coraz więcej, sterczy do jamy macicy [ciąża ta bywa uważaną przez niektórych autorów za nieprawidłową ciążę maciczną]; d) ciążę maciczno-jajowodowo brzusznią (*gr. utero-tubo-abdominalis*), przy której łożysko leży w jamie macicy, pępowina w jajowodzie, a płód znajduje się wolno w jamie brzusznej. HENNIG ²⁾ utrzymuje, że te tylko przypadki ciąży zamacicznej powinny być uważane za rzeczywistą ciążę jajowodowo-maciczną (*gr. tubo-uterina*), w których część jaja płodowego znajduje się w jajowodzie, a część w macicy. Ciąża, w której jajo płodowe rozwija się w części macicznej jajowodu, jest ciążą śródmiąższową (*gr. interstitialis*); przypadek zaś, w którym jajo płodowe, rosnąc, wydostaje się z części macicznej jajowodu do mięszu, otaczającego ten ostatni i wdraża w warstwę mięśniową macicy, jest ciążą śródśc'enną (*gr. intramuralis*).

Na podział powyższy HENNIG'a najzupełniej zgodzić się można; tymczasem w opisach ciąży zamacicznej tego rodzaju trafia się takie pomieszanie nazw, że niejednokrotnie w tym samym opisie jedna i ta sama ciąża zwaną bywa to śródmiąższową, to jajowodowo-maciczną. I to jest powodem, dlaczego, pisząc o ciąży śródściennej, będącej jednym z rodzajów ciąży jajowodowo-maciczej, zmuszony jestem mówić o tej ostatniej.

Tymczasem z pomiędzy 40 przypadków ciąży śródmiąższowej opis dokładny siedmiu tylko przypadków upoważnia mnie do uznania ich za przypadki ciąży śródściennej (*gr. intramuralis*), a mianowicie: JUNGE'a ³⁾, POPPEL'a ⁴⁾, BAARTH DE LA FAILLE'a ⁵⁾, LEOPOLD'a ⁶⁾, BIRNBAUM'a ⁷⁾, STEEL'a ⁸⁾ i ENGSTROEM'a ⁹⁾. Rzadkość tego rodzaju ciąży zamacicznej powoduje mnie do opisania spostrzeganego i operowanego przezemnie przypadku.

W d. 8 stycznia 1893 r. wezwany zostałem do chorej E. T...d, mężatki, lat 28 liczącej, uskarżającej się na nieopuszczające ją bóle w brzuchu. Do za-

¹⁾ Connaissances des sciences médico-chirurgicales. 1836. Annalen für Frauenkrankheiten. 1842. Bd. III.

²⁾ Centralbl. f. Gynäk. 1889. Nr. 12.

³⁾ Monatsschrift für Geburtsk. u. Frauenkr. 1865. Bd. 26.

⁴⁾ Monatssch. f. Geburtsk. u. Frauenkr. 1863. Bd. 31, str. 208.

⁵⁾ Tamże. Bd. 31, str. 459.

⁶⁾ Archiv f. Gynäk. Bd. XIII, str. 355.

⁷⁾ C. HENNIG. Die Krankh. der Eileiter u. die Tubenschwangerschaft. 1878.

⁸⁾ Centrbl. f. Gyn. 1893. str. 116.

⁹⁾ Tamże. 1896. Nr. 5.

mążpójścia, przed 12-tu laty, była zawsze zdrową, lecz nie miesiączkowała; miesiączkowanie zjawilo się po raz pierwszy w 8 dni po zamążpójściu. Z początku bywało ono nieprawidłowe, zjawiało się co 3—4 miesiące, od sześciu zaś lat przychodzi miesiączka co 4 tygodnie, trwając 4—5 dni, dość obficie. Z pierwszym mężem, podczas 8-letniego pożycia, dzieci nie miała; powtórnie zamężna cztery lata, rodziła dwa razy, ostatnio przed 16-u miesiącami. Przebieg obu porodów był prawidłowy, a oboje dzieci karmiła sama. Po odstawieniu dziecka, ostatnią miesiączkę miała przed 15-u tygodniami, i tak jak zazwyczaj trwała ona miernie obficie 4—5 dni. Przed 7-u tygodniami, a więc w 6—7-m tygodniu po zająsci w ciążę, siedząc z rana przy śniadaniu, uczuła się nagle słabą, wpadła w zemdlenie, przyczem nastąpiły wszelkie objawy zapadu: brak tętna, wymioty, nieprzytomność i t. d.. Zastosowane na razie środki pobudzające wróciły chorej przytomność i usunęły objawy zapadu; pozostał tylko ból w całym brzuchu, nadzwyczaj bolesnym i czułym na ucisk. Stan ten trwał trzy dni, poczem chora wstała z łóżka i mogła chodzić, jakkolwiek zawsze uczuwała mniejszy lub większy ból w brzuchu. Objętość brzucha tymczasem się coraz zwiększała, a przed 8-u dniami wystąpił silny ból w nim, trwający bezustannie z małemi bardzo przerwami. Krwawienia z części płciowych nie było, dopiero przed 3-ma dniami pokazały się niewielkie krwawe plamy. Gdy pomimo użycia środków kojących, jak makowca i wilczej jagody, ból nie ustępował, chora zwróciła się do mnie, prosząc o pomoc w cierpieniu, odbierającym jej sen i siły.

Badając chorą, znalazłem guz w okolicy nadpachwinowej lewej, wypełniający całą stronę lewą brzucha i sięgający nad pępek; guz ten również wyczuć było można przez odpowiednie sklepienie pochwy. Zestawiając wywiady z wynikiem badania, przyszedłem do wniosku, że mam przed sobą ciążę zamaciczną i zaproponowałem chorej przeniesienie się do specjalnego zakładu, celem ściślejszego zbadania i możliwej operacji, na co się chora zgodziła i tego samego dnia zapisała się do oddziału mego w szpitalu.

Chora średniego wzrostu, szatynka, nieźle odżywiana, z pokładem tkanki tłuszczowej podskórnej, szczególnie w ścianach brzusznych, znacznym, o skórze i błonach śluzowych widocznym blady. Brzuch wypukłony, mianowicie po stronie lewej, gdzie wyczuwa się guz wyżej wzmiankowany. Guz ten na ucisk jest bolesny, lecz konsystencji jego z powodu znacznej grubości ścian brzusznych oznaczyć niepodobna. Wypuk jego daje odgłos tępy; przy wysłuchiwanu nie słyhać żadnych szmerów, ani tonów.

Badanie, uskutecznione w uspieniu chloroformowem, dało następane wyniki: błona śluzowa sromu i pochwy prawidłowo zabarwione; część pochwowa rozpulchniona, jak podczas ciąży, przepuszcza przez przewód koniec palca aż do ujścia wewnętrznego. Macicę przy dwuręcznem badaniu wyczuwa się nieco powiększoną, zgrubiałą, w przodo-pochyleniu. Jama jej wynosi $7\frac{1}{2}$ ctm.. Sklepienia pochwy prawe i tylne wolne; w sklepieniu lewem, niewypukłonem, wyczuwa się odcinek guza. Guz ten unieść można ku górze i ku stronie prawej, ku której to stronie macica jest przezeń odepchniętą; oddzielić go w zupełności od macicy nie można i zdaje się, że jest on z nią w związku za pomocą

dość szerokiej płaskiej szypuły. Wraz z nim porusza się nieco macica. Guz ten, przy badaniu przez pochwę, wyczuwamy jako dość twardy; przelewania tak w nim, jak i w jamie brzusznej, nie stwierdzono.

Nie ulegało wątpliwości, żeśmy mieli do czynienia z ciążą zamaciczną. Chodziło tylko o określenie jej siedliska. Już *a priori* wyłączyłem ciążę jajowodową, a to z powodu umiejscowienia guza, który sięgał z jednej strony nad pępek, z drugiej zaś — nie wypukłał odpowiedniego sklepienia pochwy. Z tego powodu przypuszczałem ciążę brzusznią, powstałą następnie po pęknięciu w 6-m tygodniu pierwotnej, jajowodowej, albo też śródwięzową [jakkolwiek brak był niektórych teźże objawów], tembardziej, iż odpowiednio do swego trwania ciąża się rozwijała. Kol. ZWEIGBAUM i NEUGEBAUER, proszeni przezemnie na naradę, rozpoznanie moje ciąży zamacicznej potwierdzili, a kol. NEUGEBAUER przypuszczał możliwość ciąży w rogu szczałkowym macicy dwurożnej (*graviditas in cornu rudimentario uteri bicornis*).

Co się tyczy leczenia, to innego zdania nie mogło być, jak tylko usunięcie guza na drodze operacyjnej, tembardziej, że wciąż trwające bóle natury kurczowej dozwalały przypuszczać możliwość pęknięcia, a w ten sposób wylania się zawartości guza, a raczej ciąży, do jamy otrzewnej. Po odpowiedniem przygotowaniu chorej przystąpiłem do operacji w d. 20 stycznia, przy czynnej pomocy kol. ZWEIGBAUMA i CHWATA i w asystencji kol. LEBENSBAUMA, WARSZAWSKIEGO, NEUGEBAUERA, MUTTERMILCHOWEJ i WERTENSTEINA.

Po otworzeniu ścian brzusznych cięciem, rozpoczynającem się od spojenia łonowego, sięgającym na 4 ctm. nad pępek ku stronie lewej, przedstawił się guz, pokryty w górnej części siecią, doń przyrosłą.

Oddzieliwszy odeń ostrożnie sieć, znaleźliśmy, że guz ten, wielkości głowy dorosłego mężczyzny, składał się z dwóch części: dolnej, będącej zgrubiałą macicą i górnej, stanowiącej worek płodowy, osadzony na lewej, górno-bocznej ścianie macicy. Pod workiem tym przebiegał normalny jajowód i znajdował się jajnik lewy. Powłokę owego worka stanowiła rozciągnięta otrzewna, pokrywająca macicę, nadpęknięta w dwóch miejscach na samym wierzchołku, przy oddzielaniu od sieci.

Z pęknięć owych wypukłał się pęcherz płodowy, niebieskawy. Ponieważ worek płodowy z macicą był tak ściśle połączony, iż stanowiły jedną całość, przeto umyśliliśmy wydalić go wraz z tą ostatnią przez wykonanie histerektomii. W tym celu, po wyciągnięciu całego guza na zewnątrz, przeprowadziłem przez środek szyjki macicy podwójną grubą ligaturę jedwabną i z każdej strony, objawszy pojedynczą ligaturą odpowiednią część szyjki, takową silnie zacisnąłem, a następnie powyżej podwiązki na 1 ctm. macicy wraz z guzem odciałem. Krwawiące parametrya zamknąłem szwem ciągłym, katgutowym. Pozostały pieniek podwiązany szyjki, jakoteż przewód jej, przypaliłem silnie żegadłem PACQUELIN'a i, nie nakładając żadnego szwu, opuściłem do jamy brzusznej. Po oczyszczeniu jamy brzusznej za pomocą wyjałowionych tamponów z gazy, zamknąłem ranę w powłokach brzusznych zwykłym sposobem, t. j. zszywając oddzielnie otrzewną, oddzielnie mięśnie i powięzie katgutem, skórę zaś jedwabiem.

Przebieg pooperacyjny był doskonały. Na trzeci dzień operowana, po użyciu oleju rycynowego, miała kilka wypróżnień, po których ból, jaki uczuwała w brzuchu, ustąpił. Ciężota ciała w dniu 27 stycznia, t. j. 7-go dnia po operacji podniosła się do 38,5^o, gdy dotychczas nie przechodziła 37,5^o. Powodem tego było lekkie ropienie w szwie skórny, po zdjęciu którego ciężota wróciła do normy. Jedno, co uderzało, to to, że tętno, pomimo prawidłowej ciężoty ciała, dobrego samopoczucia operowanej, trzymało się wyżej 100 uderzeń, a nawet dochodziło do 112. Fakt ten spostrzegałem następnie niejednokrotnie, przy innych dokonywanych przezemnie keliotomiach. Na piąty dzień po operacji pokazał się odpływ z pochwy, podobny do odpływu połogowego, który po dwóch dniach ustąpił.

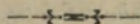
Gojenie rany brzusznej przedłużało się, jednakowoż chora dobrze posilana, zaczęła nabierać sił i cery i w końcu po zagojeniu rany brzusznej, zaopatrzona w odpowiedni pas, w d. 21 marca szpital opuściła. [D. n.]

III. OBECNY STAN CHIRURGII NEREK.

[Rzecz wyłożona w krótkości na VIII Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie 1896].

Napisał

Prof. Dr A. Obaliński.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 40].

Własnych przypadków spostrzegałem razem 25; pozwalam sobie podać poniżej krótki opis każdego z nich, jakkolwiek kilka było już opisanych.

I. Uraz (*trauma*).

Przypadek I. A. R., porucznik w ułanach, przewracając się z koniem, uderzył prawym bokiem o poręcz d. 28. IX. 1890 r.. Mocz kilka razy krwawy, potem jasny. Poniżej wątroby naciek zbity, ograniczony i aż do pępka sięgający, przy ucisku bolesny. Gdy obrzęk ten zwolna się powiększał, gdy pacjent co raz bardziej na siłach podupadał, postanowiłem przystąpić do wydobywania nerki, a to tembardziej, że mocz, z pęcherza odpływający [a więc drugiej nerki], był, tak co do składu swego, jak i co do ilości, prawidłowym. Nefrektomia d. 23. X. 1890 r. za pomocą cięcia BARDENHEUER'a, przyczem wydobyto nerkę, poprzecznie na dwie połowy przedartą, umieszczoną wśród mętnawego płynu, otoczonego torebką tłuszczową zgrubiałą i rozdętą. 20. XII. 1890 pacjent opuszcza zakład zupełnie zdrowy.

II. Kamienie nerkowe z następczem zropieniem (*Lithopyonephrosis*).

Przypadek II. Marya Bl., lat 24, skarży się na silne napady bólu, występujące od pół roku co pewien czas. Guz wymacalny pod wątrobą, przy ucisku bolesny, mocz ze śladem białka, mało od prawidłowego się różniący. Rozpoznano kamienie żółciowe i postanowiono zbadać dokładniej w narkozie. Tu jednak pokazało się, że guz wychodzi z głębi. Laparotomia 18. XI. 1890

wykazała nerkę ruchomą, znacznie powiększoną skutkiem uwięźniętego w moczowodzie kamienia nerkowego. *Nephrectomia transperitonealis*. Wyleczenie zupełne.

Przypadek III. Eleonora Her., lat 19, cierpiała od kilku lat na bóle w okolicy prawej nerki, które coraz częściej i coraz silniej występowały; od kilku tygodni bóle prawie ciągłe, noce bezsenne. 26. VIII. 1891 r. badanie wykazuje w podżebrzu prawem guz wielkości sporej pięści, z pod wątroby się wysuwający, nie poruszalny, przy ucisku bolesny. Mocz kwaśny, z osadem ropnym i dosyć znaczną odsetką białka. D. 27. VIII. 1891 r. nefrektomia cięciem BERGMANN'a. Nerka wydobyta wielkości blisko dwóch pięści; kielichy znacznie rozdęte, istoty korowej zaledwie ślady, w przestworach liczne kamienie moczowe i płyn ropny. Przebieg dobry. Mocz się oczyścił i zawierał zaledwie ślad białka. Rana zagoiła się w 5 tygodni. Widziałem pacjentkę w 4 lata później w kwitjącym stanie.

Przypadek IV. Cecylia Feld..., l. 28, blada, źle odżywiona, skarży się na bóle w prawym boku od 3 lat w napadach coraz silniejszych i co raz częstszych. Z moczem odchodziły kamyeczki i piasek. Osad ropny, białka bardzo znaczna ilość: 1,2%. Dnia 21. II. 1894 r. nefrektomia cięciem BERGMANN'a. Chora w 3 tygodnie opuszcza zakład, jako wyleczona. Mocz z osadem nieznacznym, tu i owdzie ciałka ropy wykazującym i ze śladem białka; nerka wydobyta znacznie powiększona zawierała kamienie rozgałęzione w kielichach. Widziałem chorą w rok później w zupełnym zdrowiu, chociaż mocz jej jeszcze jest mętnawy.

Przypadek V. Joachim. Ros.... l. 59. Guz duży i bolesny w prawym podżebrzu, w moczu osadu ropiastego dużo. Cierpienie trwa od roku. Nefrektomia 29. XII. 1894, pomimo bardzo znacznego osłabienia dla usunięcia bólów. Po operacji zapad, z którego chory się już nie dzwignął. Śmierć 3-go dnia. Sekcyi nie robiono. Nerka wydobyta, bardzo powiększona, zawierała liczne kamienie i ropę.

III. Puchlina nerek czysta lub z następczem zropieniem (*Hydronephrosis et Hydro-pyo-nephrosis*).

Przypadek VI. J. Panek, woźny, lat 47, zachorował w połowie 1888 r. na bóle w okolicy lędźwiowej lewej. Ropa w moczu i w lędźwiach; wypuklenie bolesne. Cięciem SIMON'a otwarto ropień przynerkowy d. 1. X. 1888. Gdy jednak ropienie ani w moczu, ani z rany nie ustępowało, zaproponowałem powtórny operację [nefrotomię], na którą się jednak pacjent nie zgodził. Zgłosił się dopiero w 1½ roku później w stanie bardzo wynędzniałym i z wydzieloną posokowatą. 6. V. 1890 r. nefrotomia, przyczem otwarto nerkę torbiastozwyrodniałą, usunięto około litra cieczy posokowatej i wytamponowano gazą. Po 6-iu tygodniach zupełne wyleczenie.

Przypadek VII. Rozalia M..., l. 28., panna, cierpi od dwóch lat na bóle napadowe w prawym podżebrzu. Napady coraz częstsze i silniejsze. Od 3-ch miesięcy czuje guz tamże, a od 6-iu tygodni ciężko chora po dreszczach i gorączce. Obecnie wyczuwa się guz wielkości dwóch pięści. Mocz prawidłowo-

wy. 16. III. 1892 nefrotomia cięciem BERGMANN'a; wypuszczono wielką ilość ropy. Tamponada gazą jodoformową. Wyleczenie po 6-iu tygodniach; widziałem chorą po 4 latach w kwitnym stanie.

Przypadek VIII. Augustyna P., l. 27, zamężna, 5 razy rodziła, od 4 lat zauważyła guz w lewym boku, zwolna się powiększający, bóle dosyć znaczne. Guz od dołu i prawej strony odgraniczony, przeto rozpoznano „*hydronephrosis*“. 20. X. 1891 laparotomia. Guz wielkości głowy męskiej pozaotrzewnowy, chęłbocący. Z wielką trudnością wyluszczone go, przyczem się pokazało, że wychodził z nerki lewej, a stał w związku z nerką prawą [nerka podkowiasta]. Zawartość torbieli była z krwią skrzepłą pomieszana. Osłabienie bardzo znaczne. Śmierć po 30 godzinach.

Przypadek IX. Aba S., blisko od 3 lat oddaje mocz ropiasty, a przytem bok lewy mu puchnie. Badanie wykazało u mężczyzny, l. 34 liczącego, bladego i źle odżywianego, w podżebrzu lewym guz wielkości głowy męskiej, jakby przysnurowany, chęłbocący, mało bolesny. Mocz koloru mlecznego, śmietankowato-gęsty. Rozpoznano: „*Hydro-pyo-nephrosis*“ i przystąpiono dnia 4. IX. 1893 do operacji. Po odsłonięciu guza ograniczono się do nacięcia jego (*nephrotomia*), odkładając radykalne postępowanie na później. Dren i tamponada. Mocz się oczyścił zupełnie, a rana goiła się szybko, wydzielając coraz mniejsze ilości płynu ropnego, tak, że chory w kilka tygodni po operacji wyszedł do domu z małą przetoką w okolicy lędźwiowej lewej. W kilka miesięcy później zgłosił się z powodu wydobywania się większej ilości ropy z przetoki, co jednak się poprawiło po rozszerzeniu tejże i ponownem przedrenowaniu.

Przypadek X. Paweł K..., l. 23. Przypadek bardzo podobny do poprzedzającego, tylko, że obrzęk był jeszcze większym. D. 24. XI. 1893 r. wykonałem nefrotomię i jamę wytamponowałem i wydrenowałem. Kilka miesięcy trwało gojenie się tego worka, lecz mocz oczyścił się zupełnie. Jeszcze raz nagromadziła się ropa w tej torbie, poczem zaraz mocz stał się ponownie ropiastym, a rana stanowczo zagoiła się dopiero po powtórny rozszerzeniu i wydrenowaniu. Pacjent wyzdrowiał zupełnie po drugiej operacji i pozostawał w służbie, jako posługacz oddziałowy, przez cały rok pod naszą kontrolą.

Przypadek XI. Zofia J..., l. 32, chora na obrzęk i ból w boku prawym od lat czterech według podania, wskutek uderzenia tamże stołkiem. W podżebrzu prawem guz, z pod wątroby wychodzący, wielkości sporej pięści, przy ucisku bolesny. Mocz zawiera ropę i białka więcej niż ropie odpowiada.

D. 25. VIII 1894 *Nephrotomia. Drainage.*

D. 16. IX. 1894. chora opuszcza zakład z raną zagojoną, z moczem oczyszczonym, bo zaledwie śluz zawierającym i uwolniona od bólów.

Przypadek XII. Helena L., l. 28, zamężna. Według podania, miała cierpieć na nerkę ruchomą prawą. Na 5 tygodni przed przybyciem gwałtowny ból tamże, dreszcz, gorączka i znaczny obrzęk. Mocz mętny, cuchnący ze znacznym osadem. Pootwierano 18. IV. 1894 r. liczne ropnie i zatoki i prze-

drenowano je. Gojenie postępowało dobrze, moczu się nieco oczyścił, lecz ostatecznie pozostała przetoka, z której wydobywa się nieco płynu ropiastego; moczu zawsze mętny, a pod blizną czuć w głębi okolicy lędźwiowej guz twardej. Na proponowaną nefrektomię pacjentka się nie zgodziła.

IV. Przetoka nerkowa (*fistula renalis*).

Przypadek XIII. Władysław M... cierpiał od dwóch lat na przetokę moczową w okolicy lędźwiowej lewej po przecięciu ropnia, który powstał po gwałtownych bólach w boku lewym (*colica nephritica*). Proponowaną nefrektomię odrzucił, gdyż wyłapywał sprytnie obmyślanym własnym przyrządem wyciekający mocz.

Z końcem maja 1890 r. przywieziono go w rozpaczliwym stanie: gorączka znaczna, bolesność w boku lewym i zajętej kończynie dolnej lewej niezwykła. W przypuszczeniu flegmony w miednicy zrobiono cięcie podotrzewnowe, jak do podwiązania tętnicy biodrowej wspólnej. Polepszenie. Nowa przetoka moczowa tamże. 27. IX. 1890 *nephrectomia p. laparotomiam*. Na drugi dzień śmierć prawdopodobnie *ex sepsi*; mocz bowiem odpływał z drugiej nerki. Sekcyi nie robiono.

V. Gruźlica nerek (*Tuberculosis renis*).

Przypadek XIV. Eleonora Cymb..., l. 24, osoba na wskroś gruźlicą przejęta, okazywała nerkę prawą bardzo powiększoną, bolesną, mocz ropiasty. Z powodu wielkich bólów usunięto nerkę za pomocą nefrektomii d. 10. XII. 1891. Mimo tego stan ogólny się nie polepszył. Rodzina zabrała chorą po kilkunastu dniach do domu, gdzie wkrótce zakończyła życie pod przypadkami *meningitidis tuberculosae*.

Przypadek XV. Pani S., l. 20, z Wadowie, mężatka, skarży się od pół roku na bóle w boku lewym i na oddawanie moczu mętnego z osadem ropiastym. Znaczna niedokrwistość, nacieków w płucach niema, kaszel bardzo nieznaczny; w lewym podżebrzu guz kształtu nerki w trójnasób powiększonej. Nefrektomia d. 30. X. 1895 r. Rana goiła się powoli, lecz ostatecznie zagoiła się po 3 miesiącach. Mocz się oczyścił. W ośm miesięcy po operacji pacjentka przedstawiła mi się w stanie kwitnym. Wydobyta nerka była w całości wypełniona masą serowatą. Mocz wyjaśniał prawie zupełnie.

VI. Ropień przynerkowy (*Paranephritis suppurativa*).

Przypadki XVI—XXIII. W ośmiu przypadkach wykonałem nacięcie zwyczajne lub typowe odsłonięcie nerki, z tych u 7 osób się wygoiło, u jednej pozostała przetoka ropna, lecz ten ostatni chory nie zgodził się na propozycję usunięcia nerki.

VII. *Degeneratio cystica renis*.

Przypadek XXIV. Agata L..., zgłosiła się w lipcu 1895 r. z powodu guza w lewym podżebrzu, trwającego już od pół roku i sprawiającego jej w ostatnich czasach dolegliwości ze strony żołądka. Chora, wieku 40 lat, rodziła 10 razy prawidłowo, miesięczkowanie w porządku. Guz nieco poruszalny, wielkości głowy noworodka, gładki, chociaż u spodu czuć kilka innych wyniosłości, chębotanie nie pewne.

Nie mając pewnego rozpoznania, ale tylko z prawdopodobieństwem przechylając się do puchliny nerkowej, przystąpiono d. 8. VII. 1895 do laparotomii próbnej, a gdy się pokazało, że guzem tym jest torbielowato zwyrodniona nerka lewa, wydobyto ją po rozcięciu tylnej blaszki otrzewnowej, a to tembardziej, że mocz był prawidłowym, a badanie drugiej nerki również nie wykazało wybitnych nieprawidłowości. Dla pewności zrobiono przeciwotwór w lędźwiach i tamtędy zaprowadzono pasek gazy jodoformowej, zaszywając ściśle obie blaszki otrzewnowe. Gojenie powolne, bo trwało przeszło 4 miesiące z powodu ropienia. Dnia 27. XI. 1895 pacjentka opuściła zakład wyleczona.

VIII. Nerka wędrująca.

Przypadek XXV. Anna B., l. 35, skarży się na ból w boku prawym z powodu guza ruchomego, który spostrzegła po odbytych kilku porodach. Badanie wykazało kształt nerki prawej nieco powiększonej i obsuniętej. Dnia 12. VI. 1895 wykonano nefropeksję sposobem RIEDLA. Gazę wyjęto po 2 tygodniach, a zupełne zagojenie w dalszych dwóch. Wszelkie dolegliwości ustaly; nerka pozostaje w swoim miejscu. Po roku nerka opadła znów i sprawia te same dolegliwości. Na proponowane powtórzenie operacji chora nie zgodziła się.

* * *

Na tych 25 przypadków, obserwowanych w ostatnich sześciu latach, przypada większych operacji 16 z czterema zejściami śmiertelnymi = 25%, a mianowicie 10 nefrektomii [4†], 5 nefrotomii i 1 nefropeksya. Dziewięć mniejszych operacji, które ograniczyły się do wypuszczenia ropy z okolicy przynerkowej; wszystkie zakończyły się pomyślnie.

* * *

Na podstawie dokładnego przejrzenia literatury i rozpatrzenia się we własnych przypadkach postawiłem na ósmym zjeździe chirurgów polskich następujące tezy.

1. Najczęstsze objawy, jak: ból, powiększenie nerki i jej dyslokacja, wskazują nam, która z obu nerek jest chorą, wyjątkowo tylko mamy taki objaw, z którego nie możemy wnosić, która z nich jest chorą, natenczas rozstrzygnąć może jedynie badanie pęcherza za pomocą cystoskopu, wykazując, że z jednego lub drugiego moczowodu wydobywa się krew lub ropa.

2. Tylko w wybitnych i rozwiniętych przypadkach chorób nerkowych możemy się zupełnie zorientować co do rozpoznania i wskazań terapeutycznych na podstawie badania zewnętrznego; najczęściej jednak, szczególnie w początkach, uciec się musimy do badania bezpośredniego, t. j. przez odsłonięcie nerki lub nawet tejże nacięcie. Jeżeli zachodzi trudność w rozstrzygnięciu, czy nerka jest chorą, czy też inny narząd [np. pęcherzyk żółciowy], natenczas należy w ciężkich i niecierpiących zwłoki przypadkach rozstrzygnąć za pomocą laparotomii; jeżeli zaś na pewno chorobę odnosimy do nerki, a roz-

chodzi się tylko o doniosłość cierpienia, natenczas odsłonić winniśmy nerkę cięciem zaotrzewnowem.

3. Dzisiaj przeważa kierunek zachowawczy, dlatego dążymy do tego, aby tak ważny narząd, jakim jest nerka, o ile możliwości zachować i poświęcamy go tylko wtenczas, gdy nabraliśmy przekonania, że mieści w sobie ogniska dla reszty ustroju szkodliwe, lub że miąższ jego uległ tak znacznej zmianie, iż czynność jego jest już niemożliwą. To też nefrektomia ma tylko dwa absolutne wskazania, a mianowicie: jeżeli w znacznie powiększonej nerce rozpoznaliśmy na pewno nowotwór złośliwy lub pierwotną gruźlicę. Inne wskazania będą tylko względnymi, t. j. wchodzą w swoje prawa dopiero wtenczas, gdyśmy po odsłonięciu nerki, lub nawet po rozcięciu tejże, nabrali przeświadczenia o funkcyjnalnej tejże nieudolności.

4. Dotychczasowe doświadczenia, nabyte przy dokonanych dotąd nefrektomiach, pouczają nas, że tam, gdzie przed operacją wyczuć się daje nerka, znacznie powiększona i twarda, najczęściej jest ona już pozbawioną, lub prawie pozbawioną swej naturalnej czynności, czyli, że tem samem mamy w tych razach najczęściej dostarczony już dowód zdolności drugiej nerki do objęcia czynności za obie.

5. Wobec tego wyżej zaznaczonego kierunku, a nadto wobec faktu, niejednokrotnie już stwierzonego, że nawet notorycznie nieprawidłowa nerka, pozostała po wyjęciu jednej nerki, mogła objąć czynność za obie nerki, uważać należy wymaganie zbadania moczu każdej nerki z osobna za zbyt znaczne i rozwojowi chirurgii nerek stojące na przeszkodzie, a to tembardziej, że jedynie znany i używany sposób PAWLIKA katetyzowania moczowodów jest zmudnym i niepewnym, a nadto może on być w pewnych razach szkodliwym, a mianowicie tam, gdzie w pęcherzu znajdują się istoty zakaźne, które przeniesić możemy wraz z kateterem do badanego moczowodu względnie miedniczek nerkowych, może jeszcze dotąd zdrowych.

6. Gdzie w nerce, mającej być operowaną, podejrzewamy jeszcze zdolność do czynności, tam nigdy nie powinniśmy z góry przeznaczać ją na zagładę, lecz postępować konserwatywnie, a więc przez nefrotomię, która najlepiej umożliwia nam zbadanie stanu drugiej nerki.

* * *

Inne tezy, dotyczące poszczególnych chorób chirurgicznych nerek, znajdując się już objęte w pierwszej części niniejszej pracy, przeto nie potrzebują ich tu powtarzać.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— † = † —

80. D-r H. Finkelstein. O wrodzonym zwężeniu odźwiernika u ssaków.

81. D-r Ch. Gram. O wrodzonym zwężeniu odźwiernika i czynności żołądka.

Przypadki wrodzonego zwężenia światła kanału pokarmowego mogą być podzielone na dwie grupy. Pierwszą obejmują całkowite zarośnięcia światła, albo też uwięźnięcia, uwarunkowane przebytem w macicy zapaleniem otrzewnej. Przypadki takie dają obraz gwałtowny zamknięć światła kiszki, kończący się śmiercią. Do drugiej grupy należą zwężenia mniejszego stopnia, których objawy występują powoli i później i przy których utrzymanie życia jest możliwem. Pierwsza grupa zwężeń klinicznie różni się od drugiej początkiem zaraz w pierwszych dniach życia, zatrzymaniem wydzielania smółki, albo też kałowych wypróżnień, jeżeli przeszkoda znajdzie się wyżej. Czas trwania tych objawów zatkania światła kiszki wynosi średnio 7 dni. Zwężenia drugiej grupy mogą albo pozostawać utajonemi, albo też objawiać się tylko skłonnością do wymiotów i przewlekłym zaparciem stolca. Dopiero gdy wystąpi bezwład wyżej położonego odcinka przewodu pokarmowego, gdy zwężenie się powiększy, występują wybitniejsze objawy zwężenia.

Najczęstszem i najważniejszem siedliskiem takich zwężeń jest odźwiernik żołądka. Na istnienie wrodzonego zwężenia odźwiernika żołądka zwrócił uwagę LONDERER i MEIER. Przytaczają oni 31 przypadków tego cierpienia, stwierdzonych na sekcji. O tem, że cierpienie to było wrodzonym, sądzić można z tego, że dotyczyło osób młodych, cierpiących od dzieciństwa na zaburzenia żołądkowe, że w wielu przypadkach brak było objawów zapalnych w żołądku, które mogłyby następczo sprowadzić zwężenie odźwiernika, że przerost mięśni odźwiernika był ściśle ograniczonym.

Autorzy przytaczają 11 przypadków zwężenia odźwiernika. Objawy tegoż za życia są: uporczywe wymioty [w masach wymiotnych zawsze brak żółci]; zaparcie stolca, albo też minimalne ilości takowego; często powiększenie żołądka, który nieraz wykonywa widzialne ruchy robaczkowe w obu kierunkach. W niektórych przypadkach udawało się wyczuć w przednim podżebrzu ruchomy guz, odpowiadający zwężonemu odźwiernikowi. Przy sekcji znajdowano: zgrubienie ścian żołądka [głównie tkanki mięśniowej], zgrubienie ścian odźwiernika i zwężenie światła tegoż od grubości ołówka do 3 mm. w przecięciu. Błona śluzowa żołądka zwykle zaczerwieniona, zgrubiała, pofałdowana, zwłaszcza w bliskości odźwiernika; w tym ostatnim zatyka ono nieraz w zupełności światło. Badanie drobnowidzowe wykazuje również zgrubienie ścian żołądka, głównie tkanki mięśniowej; błona śluzowa bywa nacieczoną, przerosty polipowate; między gruczołami drobno-komórkowe nacieczenia, same gruczoły odepchnięte jedne od drugich. Przerost odźwiernika dotyczy głównie mięśni podłużnych. Badanie chemiczne zawartości żołądka, dokonywane za życia przez GRAN'a, wykazało, co następuje: 1) w 4 godziny

po spożyciu 60 grm. mleka wydostano z żołądka jeszcze 10—15 grm. skrzepów mlecznych z płynem śluzowym; w 2½ godziny po przyjęciu 40 grm. mleka wydostano 30 grm. zawartości, składającej się głównie z mleka czystego i śluzu; wogóle mleko opuszczało żołądek znacznie później, niż zwykle i przytem ulegało fermentacji masłowej, której dowodem był przenikliwy zapach kwasu masłowego w zawartości żołądka, odczyn na lakmus był zawsze kwaśnym; wolnego kwasu solnego nie znajdowano; kilka razy znaleziono niewielkie ilości kwasu mlecznego; 2) po podaniu kleiku i ryżu w ilości 60 grm. znaleziono w dwie godziny w żołądku tylko 6—8 grm. zawartości, z niewielką ilością mąki ryżowej, nie było przytem w żołądku kwasów tłuszczowych; inne próby dowiodły również, że mąka trawi się dobrze [dziecko miało 4 miesiące]; 3) przy przemywaniu żołądka trzeba było zgłębnik wsadzać o 3 ctm. głębiej, niż zwykle u dzieci zdrowych [co dowodzi, że żołądek był powiększony]; przemywanie odbywało się z trudnością, gdyż nieraz już po ukazaniu się wody czystej zjawiała się znowu brudna, tak, że nie można nigdy być pewnym, czy żołądek jest zupełnie pozbawionym swej zawartości; 4) badano parę razy zawartość żołądka pod drobnovidzem i bakteryologicznie; znajdowano wielką ilość kulek tłuszczowych, kryształ kwasu tłuszczowego, nabłonki płaskie, leukocyty, drożdże; drobnoustroje należały głównie do rzędu kokków, raz tylko znaleziono *bacterium coli commune*.

Ogólny obraz choroby na zasadzie powyższych danych przedstawia się w następujący sposób. Chodzi tu o dzieci, które przez pewien czas po urodzeniu nie przedstawiają żadnych szczególnych objawów ze strony żołądka, co najwyżej—skłonność do wymiotów po przyjęciu znaczniejszej ilości pokarmu. Skłonność ta powiększa się stopniowo i z czasem staje się wybitną oznaką choroby. Stolec bywają przytem w małej ilości i nie często. Zaburzenia ze strony żołądka i przewodu kiszki są już to więcej, już to mniej wyraźne. Badanie przy pomocy zgłębnika wykazuje mechaniczny i chemiczny niedowład w czynnościach żołądka, zbyt długie pozostawanie w nim pokarmu, niedostateczne strawienie tegoż, obecność nieprawidłowych produktów fermentacji. Wdmuchiwanie powietrza i wymacywanie zgłębnika wykazują z początku tylko czasowe rozdęcie, później stałe rozszerzenie żołądka. Jako najważniejszy objaw zwężenia, są dające się stwierdzić przez oględziny i wymacywanie wzmożone ruchy robaczkowe. Dla przebiegu choroby ważną jest wielkość zwężenia i dzielność czynnościowa mięśni żołądka. Niewielki stopień zwężenia i silna muskulatura żołądka dają najlepsze rokowanie; powiększenie się pierwszego i osłabienie drugiej pogarszają to ostatnie. Wszelkie sprawy zapalne działają w tym ostatnim kierunku.

Dzieci, które przyszły na świat z takim zwężeniem odźwiernika, mogą być utrzymane przy życiu, jeżeli zwężenie nie jest bardzo znacznem i jeżeli zachowane zostaną ostrożności w celu niedopuszczenia zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego.

Co się tyczy rozpoznania, to słabe stopnie zwężenia niczem się nie odróżniają od zwykłego nieżytu żołądka i kiszek. Dopiero uporczywe wymioty nawet przy niewielkiej ilości pokarmu, a przytem zaparcie i mała ilość stolca

mogą naprowadzić na myśl o zwięzieniu w przewodzie pokarmowym. Brak żółci w masach wymiotnych określa bliżej siedlisko zwięzienia.

(*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1896. XLIII. B. 1. Heft).

Kamiński.

82. Ferdynand Bähr. Urazowe postacie zwichnięcia mniejszych kości stępu.

Cierpienie, wymienione w nagłówku, bywa dość rzadkiem, gdyż na 137 przypadków złamań, które autor miał sposobność spostrzegać w ciągu ośmiu miesięcy w Hannoverze, naliczono w obrębie stępu 6 zwichnięć i 2 nadwichnięcia (*subluxatio*) zaledwie. I piśmiennictwo odnośnie jest również ubogiem co do liczby tego rodzaju spostrzeżeń, tem bardziej, że w opisie ogłaszanych przez różnych autorów przypadków zawiera się wiele gmatwaniny, niedokładności oraz błędów rozpoznawczych; gdy bowiem pod właściwem, t. j. wyosobnionem zwichnięciem pojedynczej kości stępu należy pojmować zupełną lub częściową utratę łączności tej ostatniej ze wszystkimi, przylegającymi doń i zachowującymi swe umiejscowienie prawidłowe kośćmi, zaliczano tu niejednokrotnie przypadki zwykłych zwichnięć stopy w jednym ze stawów tejże, t. j. rozpoznawano np. zwichnięcie kości łódkowej tam, gdzie właściwie było tylko zwichnięcie części jej obwodowej ku górze, czyli—stopy w stawie napięto-łódkowym i t. p. To też ilość dokładnie sprawdzonych i pewnych przypadków nie przewyższa pięciu co do zwichnięć kości łódkowej [przypadki LOSSEN'a, WALKER'a, SMITH'a, LINHART'a i ROESCHKE'go] i ośmnastu co do kości klinowych, które ulegały zwichnięciu albo pojedynczo, albo po dwie razem, jak pierwsza z drugą [przyp. MONTÉGIA], lub druga z trzecią [przyp. KEY'a].

Przypadku zwichnięcia samej tylko kości sześcienniej nie ogłoszono dotąd w piśmiennictwie nigdy. Tem większej zatem wagi nabiera spostrzeżenie BAEHR'a, który owo częściowe zwichnięcie spostrzegał w r. z. u pewnego 33-letniego chorego. Osobnik ten zeskokczył z wysokości, dochodzącej do 1½ metra, poczem przywołany lekarz stwierdził sterczenie wyraźne prawej kości sześcienniej ponad piętową, rozdarcie więzów, łączących obie te kości oraz mocne obrzmienie stopy prawej. Opatrunek gipsowy, dwukrotnie nakładany, nie był w stanie utrzymać w miejscu dającej się za każdym razem odprowadzić kości, wobec czego chorego skierowano po upływie ośmiu miesięcy do B., tu, przy badaniu, prócz wydatnego wypuklenia powierzchni grzbietowej stopy i bolesności odcinka zewnętrznego stawu CHOPART'a i LISFRANC'a, stwierdzono nadwichnięcie ku górze kości sześcienniej, której ostrobrzeżna powierzchnia stawowa występowała na 0,5 ctm. ponad kość piętową, część, przylegająca do kości łódkowej, dawała się wyczuć z łatwością, dolny zaś koniec wraz z czwartą kością śródstopia sterczał również wyraźnie ku górze. Ponieważ chory chodził z wielką trudnością, zaopatrzone go więc w odpowiedni but z przystosowaną doń płytką metalową, okolicę zaś kości sześcienniej zabezpieczono kółkiem gumowem, poczem chód stał się o wiele lepszym. W drugim, dotyczącym tejże kości przypadku, miano do czynienia już nie z właściwem jej zwichnięciem, lecz z nadwichnięciem w stawie pięto-sześciennym.

Co do czynników etyologicznych, to te ostatnie podzielić można na działające bądź bezpośrednio, bądź pośrednio tylko. Do pierwszych zalicza się przede wszystkim uraz i tu zatem należą przypadki zwichnięcia kości stępu wskutek przejechania stopy wozem lub ucisku tej ostatniej ciężarem, dalej spadnięcie z konia i przygniecenie stopy kopytem; w przypadkach tego rodzaju rwą się nie tylko więzy jej grzbietu, co umożliwia wyskoczenie ze stawów pojedynczej kości, lecz nawet niekiedy więzy podszwy, jak to stwierdzonem zostało przez niektórych badaczy [LINHART, PIEDAGNET, CHASSAIGNAC, DUBREUIL]. Do czynników pośrednich odnieść należy skakanie, choćby z niewielkiej nawet wysokości, w połączeniu z wynikającym ztąd urazem, nieprzewidziane stąpienie w głąb, co staje się niebezpiecznem tam zwłaszcza, gdzie osobnik był obciążony ciężarem. Że sprawa nie ogranicza się jedynie na pękaniu więzów i zwichnięciu kości, lecz prowadzić może i do złamania tychże, jest to aż nadto zrozumiałem. Powstający następnie wydatny obrzęk stopy stanowi osobliwie z początku trudność niemałą dla dokładnego rozpoznania rodzaju i miejsca zwichnięcia; to ostatnie jednak ma miejsce najczęściej ku górze dzięki postaci klinowej mniejszych kości stępu, oraz grubej warstwie miękkich części podszwy. Bliższe rozpoznanie tedy staje się dostępnem dopiero po usunięciu obrzmienia, co zwykle osiąga się przez wysokie ułożenie i mięśnienie uszkodzonej stopy i stanowi zarazem najpierwszy zabieg leczniczy, gdy zwichnięcie stwierdzonem zostało napewno, próbować wówczas wypadnie odprowadzenia kości, ku czemu większość autorów zaleca mocne zginanie podszwy i jednocześnie ucisk na kość wystającą; zresztą, sposób odprowadzenia zależnym będzie zupełnie od rodzaju zwichnięcia. Jeżeli to ostatnie dotyczy np. kości sześcienniej, to, prócz zginania podszwy, wykonywa się zwrot końca stopy w kierunku ksobnym, oraz gwałtowne wyciąganie 3 i 4 kości śródstopia, przy czem pamięta się zawsze w tych razach o zasadzie głównej, t. j. o możliwym powiększaniu otworu, z którego kość wystąpiła. Tam, gdzie odprowadzenie powiodło się, co bynajmniej zdarza się nie często, należy starać się utrzymać owo wprawienie i najlepiej jest w tym celu, zwłaszcza w przypadkach zwichnięcia kości pojedynczej, nakładać opatrunek z plastra lepkiego, gips bowiem, nałożony na czas dłuższy, mało, jak doświadczenie poucza, bywał użytecznym. Gdy odprowadzenie jest niemożliwem, pozostaje wtedy jedynie operacja, choć i w tym razie przed zamierzonem wyluszczeniem lub resekcją kości spróbować trzeba ułożenia jej w prawidłowem miejscu i spojenia szwem metalowym z kośćmi sąsiednimi. To samo postępowanie bywa wskazanem i wobec zwichnięć zastarzałych, w przypadkach zaś starego nadwichnięcia zaleca się noszenie odpowiednio przystosowanego i unieruchamiającego sklepienia stopy trzewika, który jednak niekiedy uda się dopasować po wielokrotnych próbach dopiero.

K. Niedzielski.

(*Sammlung klin. Vorträge. Nr. 136*).

83. Bruns. O zapaleniu rdzenia.

Na posiedzeniu neuropatologów w Hannoverze wygłosił BRUNS odczyt o zapaleniach rdzenia, w odczycie tym stara się powiązać ze sobą cały szereg

cierpień, odróżnianych dotychczas jako odrębne postacie. Według autora, przy określeniu natury cierpienia rdzenia nie możemy opierać się na anatomo-patologicznym obrazie, gdyż zmiany charakterystyczne dla zapalenia rdzenia spotykamy i w całym szeregu tych przypadków, w których o naturze zapalnej cierpienia mowy być nie może. Opierać się zatem winniśmy na momentach etyologicznych, a tymi są według autora przedewszystkiem: zakażenia i autointoksykacje. Wszystkie choroby zakaźne mogą powodować zapalenie rdzenia, jedne częściej, inne rzadziej. Przekonywają nas o tem także wyniki badań doświadczalnych. Przy chorobach zakaźnych czynnikiem, powodującym cierpienie rdzenia, będą albo bakterye zakażenia pierwotnego, albo wtórnego, gronkowce i paciorkowce, albo też toksyny. Przy samozatruciu tę samą rolę odgrywają produkty nieprawidłowej przemiany materyi, jakie się wywiązują w ustroju przy tego rodzaju cierpieniach, jak: cukrzyca, ciężkie przypadki niedokrwistości i przy cierpieniach przewodu pokarmowego. Według autora, nawet zaziębnienie daje się zredukować do działania szkodliwych produktów przemiany materyi.

Zakażenia i autointoksykacje są, według autora, momentem etyologicznym nie tylko dla tych cierpień, które jako zapalenie rdzenia (*myelitis transversa*) określamy, lecz i dla całego szeregu cierpień pokrewnych, które jednak pod inne nazwy podciągamy, a mianowicie: *poliomyelitis anterior* u dzieci i dorosłych, *paralysis Landry*, *myelitis disseminata acuta*, *sclerosis multiplex*, jak również niektóre przypadki t. zw. skombinowanego cierpienia systemowego (*combinirte Systemerkrankung*). We wszystkich tych cierpieniach czynniki, wywołujące je, według autora, natury zakaźnej lub intoksykacyjnej, dostają się do rdzenia drogą naczyń krwionośnych. Wiemy zaś, dzięki specjalnym badaniom KADYŃEGO, że rdzeń posiada dwa układy naczyń krwionośnych, które łączą się ze sobą dość ściśle. Jedne naczynia pochodzą od t. zw. tętnic środkowych (*Centralarterien*), przebiegających w przegrodzie przedniej i zaopatrują w krew przednie rogi, a częściowo i tylne szarej substancyi i tę część białej substancyi, która otacza przednie rogi, drugie zaś naczynia obwodowe idą od opony miękkiej i odżywiają pozostałą część rdzenia. Zatem przy *poliomyelitis anterior* sprawa zapalna obejmuje część rdzenia, odżywianą przez naczynia środkowe, cierpienie zaś tej części rdzenia, w której przebiegają naczynia od obwodu, najwyraźniej występuje w ciężkich przypadkach niedokrwistości, zajęte są wtedy przedewszystkiem tylne i boczne pęczki substancyi białej, tak, że daje to obraz skombinowanego cierpienia systemowego. Pośrodku między obiema postaciami znajdują się: *myelitis disseminata*, *myelitis transversa*, cierpienie, obejmujące na ograniczonej przestrzeni cały poprzeczny przekrój rdzenia i *sclerosis multiplex*, wyróżniające się swoim przewlekłym przebiegiem. Paraliż LANDRY'ego jest cierpieniem prawdopodobnie w obrębie naczyń środkowych.

Według BRUNSA więc, wszystkie powyżej wymienione cierpienia posiadają jednakową etyologię, różnią się zaś jedno od drugiego rozmaitym lokalizacją, a przez to samo i symptomatologią; zaley to od tego, drogą jakich

naczyń czynnik chorobotwórczy dosięga rdzenia i na jakiej przestrzeni okazuje swe działanie.

(*Neurol. Centralb. 1896. Nr. 11.*)

L. Dydyński.

83. O. Pospischil. Hydroterapia rozsianego zapalenia nerwów.

W etyologii rozsianego zapalenia nerwów odgrywać może rolę bardzo wiele różnorodnych czynników: otrucia metalami ciężkimi [As, Pb, Zn, Hg, Cn], fosforem, tlenkiem węgla, alkoholem, ergotyną, toksynami [tyfus, posocznica, syfilis], trującymi produktami przemiany materii przy cukrzycy, nowotworach złośliwych i t. p.. Wszystkie te wszakże chorobotwórcze momenty sprowadzić można, wogóle biorąc, do zatrucia. Dlatego też usiłowania nasze lecznicze skierowane być winny do usunięcia z ustroju tych nieorganicznych i organicznych trucizn. Stać się to może bądź przez ogólne wzmocnienie danego ustroju, bądź przez wzmoczenie pewnych jego czynności. Znajdują tu więc wskazania:

1) Sposoby postępowania, mające na celu podniesienie miejscowego odżywiania przez sprowadzenie przekrwienia. Do tego służyć może oziębiająca ślimacznica (*Kühlschlauch*) WINTERNITZ'a, stosowana na okolicę lędźwiową kręgosłupa, sprowadzająca rozszerzenie naczyń w kończynach dolnych, lub okłady rozgrzewające, stosowane na kończyny.

2) Oziębiająca ślimacznica, stosowana na okolicę serca. Stosuje się ją tu w celu wzmocnienia siły serca, sprowadzenia żywszego krążenia, *resp.* polepszenia odżywiania wszystkich części ciała.

3) Picie dużej ilości wody [np. co godzina po $\frac{1}{4}$ szklanki] ma za zadanie pobudzić wydzielanie moczu i oddawanie stołców.

4) Sposoby postępowania, przyspieszające przemianę materii i napotne. Zaleca się w omawianej chorobie zawijania chorego w wilgotne zimne prześcieradło, a następnie przykrywanie go pierzynami. Pozostawać w takim zamknięciu należy [mianowicie też z początku] około 6—8 godzin. Ten ostatni sposób postępowania może znaleźć zastosowanie dopiero po zmniejszeniu się bólów.

Ograniczając się do powyższych sposobów postępowania, zupełnie wystarczających do sprowadzenia wyleczenia, unika się w ten sposób tych zabiegów, które nie mogą tu być stosowane przez wzgląd na trudności, jakie mają omawiani chorzy przy wszelkich ruchach i przez wzgląd na znaczną nadszłość.

(*Blätt. f. klin. Hydrotherap. 1896. N. 4.*)

A. Chelmoński.

Listy otwarte do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

Odpowiedź na krytykę D-ra M. Zweigbauma, umieszczoną w N-rze 34
Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY REDAKTORZE!

Pomimo korzystnego zdania, jakie D-r Z. o pracy mojej [Ochronne postępowanie w położnictwie — aseptyka położnicza] wypowiedział, i pomimo mej niechęci do polemiki, nie mogę pominąć milczeniem niektórych zarzutów, by nie sądzono, że się do wytkniętych mi błędów poczuwam.

Szanowny krytyk napisał, że autor nie zasłużyłby sobie na zarzut z a ufania, gdyby ochronne postępowanie nazwał nie aseptyką, ale „antyseptyką położniczą“. Całkiem słuszne wywody krytyka, że tylko za pomocą antyseptyki dochodzimy do aseptyki i że tylko pierwsza jest czynnością, a druga stanem, czyli jej skutkiem, nie są nowe, gdyż każdy z nas tę sprawę jota w jotę tak samo, jak on, pojmuje, a na dowód niech to posłuży, co napisałem na 9 stroniej mej książki. Przyznając zupełnie, że bezgnilnie postępować nie można, ośmielę się dodać, że można postępować lub działać w stanie bezgnilnym czyli aseptycznym. Jeżeli zatem na tytule książki nie chciałem użyć zwrotu polskiego, to tylko z tych samych przyczyn, które szanowny kol. Z. podnosi i użyłem wyrażenia „aseptyka“ w tem przekonaniu, że, gdyby mię z tego powodu jaki zarzut spotkał, to go chętnie ze wszystkimi autorami aseptyk położniczych, ginekologicznych, chirurgicznych, okulistycznych i t. p. podzielę. To tylko pewne, że zarzutu zacofania, z tego jedynie powodu, spodziewać się nie mogłem.

Autorom, używającym określenia „aseptyka“, a z nimi i mnie, zależało na tem, aby już samym tytułem dobitnie zamarkować, że się nie rozchodzi o dawną antyseptykę. Antyseptyką bowiem można nazwać wszelkie usiłowania zdążające do zniszczenia chorobotwórczych drobnoustrojów, chociażby one tego celu nie mogły dopiąć, tak, jak się to dawniej w antyseptycznej epoce działo. Aseptykę zaś musi poprzedzić tego rodzaju antyseptyczne działanie, które na pewno niszczy wszystkie drobnoustroje w każdej fazie ich rozwoju, czyli takie, które niewątpliwie wyjaławia. W takim pojęciu sprawy i w tem jedynie rozumieniu śmiało możemy użyć wyrazów: „bezgnilne postępowanie“, jako skrótowiec „postępowania w stanie bezgnilnym czyli wyjałowionym — aseptycznym“, gdyż każdy z nas wie, że ma przez to, nie zacofanie, lecz ogromny postępek w użyciu antyseptyki rozumieć.

Drugi, o wiele gorszy i boleśniejszy zarzut, odnosi się do mego języka. Pomi- jam owo „wykonujemy“, które zamiast „wykonywamy“ jako „*lapsus calami*“ się za- błąkało; całą zaś resztę zarzutów językowi mej książki uczynionych z całą stanow- czością w tej obawie odeprzeć muszę, by nie znalazło się grono czytelników skłonne do kierowania się błędnymi zasadami pisowni polskiej z taką pewnością przez D-ra Z. wygłaszanemi. Kategorycznie zatem oświadczam, że nigdzie nie istnieje i nigdy nie istniała zasada, by przymiotnik kładziono po rzeczowniku, tak jak nie istnieje za- sada, by go zawsze kładziono przed rzeczownikiem. Trzymając się bowiem ściśle jednej lub drugiej zasady popełniałoby się zwroty duchowi języka nie odpowiadają- cące, lub źle zdanie kończące. Gdyby zaś Szanowny krytyk wziął do ręki dzieło, któregokolwiek ze znanych i sławnych stylistów naszych, poczynawszy np od ŚNIADECKIEGO, LIBELTA i t. d., a skończywszy na KŁACZCE i TARNOWSKIM, a z poetów raz jesz- cze przejrzał MICKIEWICZA, SŁOWACKIEGO i KRASIŃSKIEGO, to łatwo by się przekonał, że nie piszą „wbrew uświęconemu wiekami porządkowi składni pol- skiej“, lecz wbrew, żadną tradycją nie uświęconemu błędowi kol. ZWEIFBAUMA.

W końcu niech mi będzie wolno dodać, że użyte przez kol. Z. słowo „składnik“ mające oznaczać właściciela składu, jest monstualne, duchowi języka nie odpowiadające, którego się używa wyłącznie z przymiotnikiem „chemiczny“ w całkiem innym rozumieniu.

Lwów, d. 27 Września, 1896.

D-r W. Bylicki.

Odpowiedź na replikę D-ra Bylickiego.

SZANOWNY KOLEGO REDAKTORZE!

Myli się D-r Bylicki, twierdząc, że mu uczynił zarzut zacofania. Widocznie mnie nie zrozumiał. Wyraźnie powiedziałem, że gdyby D-r B. swe „Ochronne postępowanie“ nazwał po staremu Antyseptyką, nie zaś — jak to jest dziś w modzie — Aseptyką, to według mego pojęcia i wtedy wcaleby na zarzut zacofania nie zasłużył. To chyba jasne.

Mylnie mi przypisuje D-r B. twierdzenie, że „tylko za pomocą antyseptyki dochodzimy do aseptyki“. Ja tak nie powiedziałem. Według mego pojęcia antyseptyka służy do utrzymania lub sprowadzenia *asepsis*, czyli stanu aseptycznego, t. j. stanu bezgnilnego, nie zaś aseptyki. Ja pojęcia „aseptyka“, czyli „metody bezgnilnej“, „postępowania bezgnilnego“, wcale nie przyznaję. Czy to nowe, czy nie nowe — o to spierać się nie będę, w każdym jednak razie jest prawdziwe, na co w replice i D-r B. się zgodził. Niedawno jednak innego jeszcze był zdania, skoro napisał w swej książce na stronie 132: „Dlatego też i tu — [t. j. przy zapobiegawczym leczeniu ropnego zapalenia oczu u noworodków] — jest dążeniem, aby nieszkodliwa, czyli niedrażniająca ócz aseptyka, zajęła miejsce antyseptyki“, a więc D-r B. odróżnia dwie metody: antyseptykę [szkodliwą] i aseptykę [nieszkodliwą]. Ja bym zaś na tamtem miejscu poprostu powiedział: „Dlatego też i tu lepiej będzie, gdy woda przegotowana zajmie miejsce 2½-ego roztworu azotanu srebra“, dla mnie bowiem woda przegotowana jest również środkiem antyseptycznym [działającym mechanicznie, mającym jednak tę wyższość nad roztworem lapisu, że tkanek nie drażni, a więc nie działa szkodliwie, jest zatem środkiem doskonalszym, aniżeli ten ostatni; stosowanie zaś jej obecnie, zamiast roztworu środków chemicznych dowodzi li tylko udoskonalenia się metody antyseptycznej i niczego więcej].

Co się zaś tyczy repliki D-ra B. na krytykę moją języka Jego, to wyznam otwarcie, że się zarzutów w tej formie nie spodziewałem. Z całą oględnością [nie nazywając potwornym] odezwałem się na końcu sprawozdania o języku D-ra B., zaznaczając, że jakkolwiek wykład jest wogóle napisany gładko, językiem czystym, miejscami barwnym, to jednak napotykanne tu i owdzie błędy językowe zdają się wskazywać na pewien pośpiech przy pisaniu podręcznika. Nie był to zarzut gołosłowny, bo z dość licznych błędów, które podkreśliłem, czytając książkę D-ra B., przytoczyłem niektóre. Do „wykonujemy“ autor sam się przyznał, nazywając to „lapsus callami“. Inne zaś błędy pominął i ryczałtem je odparł. A więc raz jeszcze kilka tych kwiatków stylu uszczknąć sobie pozwolę. Na stronie 64-ej pisze D-r B.: „...gdyż wobec sody pokrywa się — [aluminium] — brudno-ciemną powłoką, bardzo trudną do odjęcia mu“, lub na str. 102: „obniżenie się jaja płodowego w szyję maciczną“. Inne i ja pominę, a natomiast przytoczę cały jeden okres, mieszczący się na str. 41, i zapytam, czy to jest po polsku? Okres ten brzmi, jak następuje: „Położnik zaś, mający wykonać jakąś operację położniczą, najczęściej nie ma wyboru ani czasu w którym ją wykona, ani miejsca, lecz przyjąć musi wszystko przygodnie tak, jak mu to dane okoliczności wskażą, a często konieczny pośpiech i niewłaściwość miejsca, oraz wszystkiego co rodzącą otacza, jego, czasem niezbyt czułem sumieniu dają folgę“.

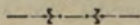
Sądzę, że miałem rację, pisząc, iż błędów tych i zwrotów możnaby było uniknąć, gdyby autor rękopis swój staranniej przejrzał.

Ale D-r B. zawsze się spieszy. Oto i do repliki jego wkradło się kilka błędów językowych; pisze na przykład dwukrotnie: „każden“ zamiast „każdy“, ostatni zaś okres swej repliki zupełnie źle zestawił: „Słowo „składnik“ — pisze D-r B. — mające oznaczać właściciela składu, jest monstrualne, duchowi języka nie odpowiadające, którego się używa wyłącznie z przymiotnikiem „chemiczny“...“. Według tego, jak tu napisano, czytelnik określenie „chemiczny“ odniesie do „języka“; a czy o „język chemiczny“ szło D-rowsi B.? Ale i tych błędów nie byłoby, gdyby autor rękopis repliki jeszcze raz sobie odczytał, zanim go do Warszawy odesłał. Wtedy by tam prawdopodobnie i tylu zarzutów nie było, a przedewszystkiem... tej wzmianki pretensjonalnej o ŚNIADECKIM, LIBELOIE, ba! nawet o MICKIEWICZU, SŁOWACKIM i innych.

Na tem wszelką polemikę z D-rem BYLIKIM kończę.

Zweigbaum.

Wiadomości drobne.



— GARTEN, asystent kliniki chirurgicznej w Lipsku, przeprowadził bardzo dokładne i szczegółowe badania [drobnowidzowe, na odżywkach, szczepienia u zwierząt] ropy wydobytej z ropnia podprzeponowego i całego szeregu innych ropni, jakie potworzyły się różnymi czasy u jednego i tego samego osobnika, który w końcu z górą po czterech latach zmarł z wycieńczenia. Przy pierwszych zaraz próbach [drobnowidz] zdziwił się autor, że nie znalazł w ropie ani gronkowców, ani paciorkowców, lecz mnóstwo dłuższych i krótszych, rozgałęzionych nitki, które najbardziej przypominały grzybki promienicy. Dalsze badania doprowadziły go do wniosku, że w przypadku tym miał do czynienia z nową odmianą wielopostaciowego pasożyta, którego zasadniczymi kształtami są nitki i koki, i który najbardziej zbliża się do rodzaju pasożytów, opisywanych pod mianem *actinomyces*; obraz chorobowy zaś, wywołany przez niego, przypomina najbardziej kliniczną postać, zwaną promienicą. Z powyższego wnosi GARTEN, że choroba, którą dotychczas nazywano powszechnie promienicą, zależy nie od jednej jakiejś postaci pasożyta, lecz od całej grupy pokrewnych drobnoustrojów, tworzących rodzinę pleśni, czy też *cladotrices*. Dalej, twierdzi autor, że ani obecność w ropie „patognomicznych ziarenek“, ani badanie drobnowidzowe ropy nie upoważnia jeszcze do rozpoznawania „promienicy“; w tym celu należy zawsze przeprowadzić szczepienia na odżywkach. Wreszcie, proponuje autor dla znalezionej przez siebie pasożyta nazwę „*cladotrix liquefaciens* Nr. 2“, postać ta bowiem najczęściej okazuje podobieństwa do „*cladotrix liquefaciens* Nr. 1“, opisanej przez HESSE'go.

(*Deut. Zeit. f. Chir. T. 41. Z. 4 i 5*).

W. Ż.

— CELLEVILLE poleca nowy sposób znieczulania miejscowego za pomocą wstrzykiwań mieszaniny chloroformu z gwajakolem. Płyny te bierze się w stosunku: chloroformu 10,0, gwajakolu 6,0; wstrzykuje się 1/4—1 strzykawki PRAVAZ'a. Palenie miejscowe, jakie sprawia wstrzyknięcie, ustępuje po 2—3 minutach. Mieszanie należy przechowywać w suchem, zimnem miejscu i w błękitnej flaszce.

(*Wien. Med. Presse. Nr. 26. 1896*).

W. Ż.

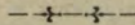
— UMBER. O wpływie pokarmów, zawierających nukleinę na wytwarzanie kwasu moczowego. W grasicy (*gl. thymus*), wątrobie, nerkach i mózgu drobnowidz wykazuje obfitość komórek, a badanie chemiczne [KOSSEL] stwierdza, iż w narządach tych znajduje się stosunkowo duża ilość kwasu fosforowego. Jedno i drugie upoważnia do zaliczenia tych narządów do ciał, obfitujących w nukleinę. Trzem osobnikom z kliniki LEYDEN'a przez kilka dni podawano pokarmy przeważnie mięsne.

przez następne kilka dni zamiast mięsa — grasicę, potem wątrobę, nerki, mózg cielęcy, wreszcie — mleko. W każdym z tych okresów określano w moczu: ogólną ilość N — metodą KJELDAHL'a, N kwasu moczowego — według wskazówek EBSTEIN'a (*Beiträge zur Lehre von d. harnsäuren Diathese. Wiesbaden. 1891*), kwas moczowy według SALKOWSKIEGO i KJELDAHL'a, N ciał alloksurowych [t. j. N kwasu moczowego, hypoksantyny i ksantyny razem wziętych] podług przepisu KRUEGER'a (*Deutsch. med. Woch. 1895. Nr. 33*), wreszcie kwas fosforny — octanem uranu. Ilość kwasu fosfornego w moczu wskazywała, o ile dany pokarm, obfitujący w nukleinę, *resp.* fosfor, ulegał wessaniu. Dla wykazania zdolności przyswajania pokarmów określano ogólną ilość N i ilość N ciał alloksurowych w kale. Otrzymane cyfry porównywano z ilością N przyjmowanych pokarmów. Z powyższych badań autora, zestawionych na trzech tablicach, wynika, co następuje: 1) przy spożywaniu 500 gr. grasicy dziennie wydziela się kwasu moczowego więcej, niż przy spożywaniu 500 gr. mięsa, przy czem ogólna ilość N w moczu zmniejsza się. Dowodzi to, iż wzmożone wydzielanie kwasu moczowego policzyć należy na karb spożytej grasicy. Mniejsze ilości grasicy [300 gr.] nieznaczny zaledwie wywierają wpływ na wydzielanie kwasu moczowego. 2) 500 gr. wątroby u niektórych, lecz nie u wszystkich osobników, spowodować może wzmożone wydzielanie kwasu moczowego. 3) Nerki i mózg cielęcy dają dla moczu mniej więcej te same cyfry, co i mięso. 4) Przy przeważnie mlecznem pożywieniu wydzielanie kwasu moczowego jest znacznie mniejsze, niż przy pokarmach mięsnych. 5) Ilość zasad ksantynowych w moczu [wyrażone przez różnicę między ilością N ciał alloksurowych wogóle, a ilością N kwasu moczowego] u ludzi zdrowych waha się w szerokich granicach. 6) Wydzielanie zasad ksantynowych wzmagają się przy pożywieniu mlecznem oraz przy podawaniu alkaliu.

(*Zeitschr. f. klin. Med. 1896. H. 1, 2*).

A. Ch.

Wiadomości bieżące.



— Przez tydzień ubiegły bawił w Warszawie znany praktyk, prof. GAŁĘZOWSKI z Paryża. Osobistość jego pozostawiłaby wśród nas jak najlepsze wspomnienie, gdyby nie zamąciło pobytu Jego niestosowne zachowanie się naszych pism codziennych, reklamujących w niebывалы sposób przybyłego gościa. Nie chodzi nam bynajmniej o to, że prof. GAŁĘZOWSKI, dzięki tej reklamie, przyjmował setki pacjentów dziennie, do czego posiada niezaprzeczenie prawo. Jesteśmy nawet przekonani, że robił to w części wbrew swej woli, nie mogąc się oprzeć napastującym go chorym i że może wolałby wywieźć z Warszawy serce przepełnione wrażeniami, aniżeli pugilares wypełniony banknotami chorych, którym często nie mógł nic innego zostawić, jak tylko różowe nadzieje. Ale chodzi nam o to, że, reklamując prof. GAŁĘZOWSKIEGO, na każdym kroku starano się szkodzić naszym okulistom, pomiędzy którymi niema wprawdzie żadnego, który ogromem praktyki mógłby się równać prof. GAŁĘZOWSKIEMU, ale są tacy, którzy pod względem nauki nie niżej od niego stoją. Jeszcze dziwniejszą wydała się nam wiadomość, podana przez pisma codzienne, że chcący się dostać do prof. GAŁĘZOWSKIEGO mogą się zapisać z początku u D-ra X., a potem u szwajcara hotelu Europejskiego. Sądzimy, że tem porównaniem kolega wspomniany został mocno dotknięty, dziwimy się jednak, że dotychczas przezwikowo temu sam nie zaprotestował.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się dla wszystkich prenumeratorów Ogłoszenie o Chloroformie firmy Hoffmann, Traub et C-o w Bazylei.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дові одено Цешвукою, Варшава, 21 Септиября 1896. Друк Ковалевського Ва шшава, Мазowiecka 8