

GAZETA LEKARSKA.

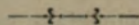
Z ODDZ. CHIRURG. D-RA W. H. KRAJEWSKIEGO W SZP. DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE.

I. PRZYZYNEK DO KAZUISTYKI HERNIJOLOGICZNEJ.

Podał

D-r Jan Świątecki,

asystent oddziału.



[Dokończenie.—Patrz Nr. 2].

III. Zranienie pęcherza przy herniotomii należy także do osobliwości *sui generis*. WAGNER ¹⁾, który tak skrzętnie zebrał materyjał kazuistyczny, tyczący przedziurawień pęcherza przy rozmaitych sprawach chorobowych i w pracy swej uwzględnił uszkodzenia pęcherza zadane mimowoli ręką chirurga, wymienia tylko dwa przypadki zranienia pęcherza podczas herniotomii, mianowicie jeden LESZCZYŃSKIEGO ²⁾, a drugi ISRAEL'a, opisany przez FEILCHENFELD'a. W rzeczy samej, przeglądając dostępną dla mnie literaturę chirurgiczną za ostatnie lat 10, znalazłem oprócz wyżej wzmiankowanych tylko 6 innych, mianowicie po jednym u GUEILLOT'a ³⁾, REVERDIN'a ⁴⁾, THIRIAR'a ⁵⁾ i GUETERBOCK'a ⁶⁾ i dwa LUCAS-CHAMPIONNIÈRE'a, opisane przez RICARD'a ⁷⁾, a następnie przez MONOD i DELAGENIÈRE'a ⁸⁾.

LESZCZYŃSKI i ISRAEL chwycili w szew ściankę pęcherza podczas zaszywania wrót przepuklinowych; THIRIAR rozdarł pęcherz, odseparowując worek przepuklinowy; mniej szczęśliwie udało się GUEILLOT'owi: przyjął on pęcherz za worek przepuklinowy, wyciął wystającą część, podwiązawszy szypułę; GUETERBOCK zranił przypadkowo pęcherz, sądząc, że ma do czynienia z przyrośniętą do worka kiszka; nakoniec w przypadkach REVERDIN'a i LUCAS-CHAM-

¹⁾ Ueber nicht traumatische Perforation der Blase und ihre Folgezustände. Arch. f. klin. Chir. 1892.

²⁾ Przypadek zranienia pęcherza moczowego przy herniotomii [Gazeta Lekarska. Nr. 10 1891 r.]

³⁾ Centralblatt. f. Chirurgie. 1890. str. 599.

⁴⁾ Cure radicale de la hernie inguinale, cystocèle méconnue, ouverture de la vessie liée dans le pedicule. Guérison. Rev. med. de la suisse Nr. 11. 1890. [Centralbl. f. Chir. 1890].

⁵⁾ Gaz. hebdomadaire. 1890. Nr. 35.

⁶⁾ Deutsche Zeitschrift. f. Chir. 1891. Bd. XXXII. Heft. 3 u. 4.

⁷⁾ Gaz. des hôp. 2 Mars. 1889. Cit. VIRCHOW'S Jahresbericht. 1889.

⁸⁾ Contribution a l'étude de la cystocèle inguinale. Revue de Chirurgie. 1889. Nr. 9.

PIONNIÈRE'a rozdarto pęcherz, oddzielając zrośnięty z nim tłuszczak przedotrzewnowy, co miało miejsce i w naszym przypadku.

Nie chcąc nadmiernie rozszerzać ram niniejszego artykułu, powstrzymam się od przytoczenia rozmaitych teoryj, co do powstawania wypuklin pęcherza — nadmienię tylko, że z chwilą pojawienia się pracy MONOD-DELAGENIÈRE'a (*l. c.*) przestano wierzyć w możliwość samoistnego, że tak powiem, powstawania uchyłków pęcherza, jakoby wskutek ograniczonego do pewnej przestrzeni zwiótczenia jego ścianek. Rzeczywiście, we wszystkich dokładnie spostrzeganych przypadkach znajdowano albo zrosty pęcherza z wypadłemi do worka kiszkami, i w tych razach powstanie przepukliny pęcherza jest samo przez się dostatecznie zrozumiałem, albo też tłuszczak przedotrzewnowy, który, jak to wykazali MONOD i DELAGENIÈRE, wyrastając między pęcherzem i ścianą brzuszną w miejscu najmniejszej jej odporności, *resp.* w okolicy przyszłych wrót przepuklinowych, wciąga tu swoje podłoże, i w taki sposób ściana pęcherza staje się składową częścią worka przepuklinowego; *cystocele* wytwarza się tu pierwotnie, następnie dopiero w wytworzony worek wchodzi kiszki.

Wobec tego, co się wyżej powiedziało, rada LESZCZYŃSKIEGO (*l. c.*), aby, ze względu na możliwe uchyłki pęcherza, „opróżnić pęcherz przed hernijotomią“, pozbawioną jest anatomicznej podstawy: ścianka takiego uchyłku nie może się oddalić od wrót przepuklinowych. Prędzejby można pójść za wprost przeciwną radą: napełniać pęcherz przed hernijotomią, gdyż spodziewać się należy, że wtedy operator, czując pod palcami napełniony cieczą twór, będzie się z nim obchodził ostrożniej, w przypadku zaś uszkodzenia pęcherza, po charakterze i ilości wypływającej cieczy, prędzej spostrzeże się, z czem ma do czynienia.

We wszystkich przytoczonych wyżej przypadkach, nie wyłączając naszego, rozpoznanie *cystocele* zjawiało się dopiero albo podczas samej operacyi, i to już po uszkodzeniu pęcherza, albo nawet w kilka dni po przypadku [LESZCZYŃSKI, ISRAEL, GUEILLOT], kiedy zauważono przesiąkanie moczu przez ranę poopercyjną. Z tego też względu niech mi wolno będzie przytoczyć za REVERDIN'em (*l. c.*) główne objawy, które mogą naprowadzić na myśl o istnieniu *cystocele*, a mianowicie: 1) zaburzenia przy oddawaniu moczu, szczególnie zaś ból w okolicy wrót przepuklinowych przy oddawaniu moczu; chociaż znów z drugiej strony MONOD i DELAGENIÈRE twierdzą, że nastąpić to może dopiero po latach wielu istnienia *cystocele* i że w początku chory *quo ad vesicam* czuje się zupełnie zdrowym; tak też było i w naszym przypadku; 2) zwiększanie się i zmniejszanie guza przepuklinowego stosownie do stanu napełnienia pęcherza; 3) znikanie wszystkich objawów zaciśnięcia po odprowadzeniu zawartości worka, chociaż guz przepuklinowy nie przestaje istnieć w dalszym ciągu.

Odnośnie do rozpoznawania *cystocele* podczas hernijotomii tenże autor radzi zwracać uwagę na: 1) obecność w guzie przepuklinowym mas tłuszczowych leżących zewnątrz-otrzewnej, 2) zgrubienie wewnętrznej ściany worka przepuklinowego, 3) przeświecanie białych, sieciowato-ułożonych włókien mięsnych.

Co do traktowania znalezionej podczas hernijotomii *cystocele*, to, podług rady MONOD'a i DELAGENIÈRE'a, nie dosyć jest uwolnić i odprowadzić pęcherz,

lecz należy także usunąć zrośnięty z nim tłuszczak; a ponieważ ściana pęcherza, stanowiąca podłoże tłuszczaka, jest, jak przypuszczają autorzy, zwyrodniała i rwie się łatwo, należy wprost odciąć ją wraz z tłuszczakiem i ranę pęcherza zaszyć.

SPRENGEL, streszczając pracę MONOD i DELAGENIÉRE'a w *Centralblatt für chir.* 1890 r., zaopatruje ją następującym przypiskiem: „*Es wird weiteren Erfahrungen vorbehalten bleiben, ob tahtsächlich so energisches operatives Verfahren, wie Verf. wollten, als Regel aufgestellt werden kann*“. Jeżeli słowa powyższe odnoszą się do wycinania całego podłoża tłuszczaka, *resp.* ściany pęcherza, to możemy zaznaczyć, że w naszym przypadku obyło się bez tego: przez cały czas przebywania chorego w szpitalu nie zauważyliśmy nic takiego, coby mogło dać powód do żalowania, żeśmy owej ścianki pęcherza nie usunęli.

W końcu, jako osobliwość danego przypadku, wymienić należy, że rana pęcherza zagoiła się *per primam*, bez zastosowania, chociażby raz jeden cewnika. Jak wiadomo, w takich przypadkach, jeśli już nie pozostawia się cewnika na komornem (*à demeure*) w pęcherzu, to przynajmniej opróżnia nim pęcherz kilka razy na dobę; i bardzo często chory opuszcza szpital z nieżytem pęcherza. Nasz przypadek upoważnia do prób traktowania zeszytych ran pęcherza bez katetyryzacji — naturalnie wtedy tylko, jeśli nie ma przeszkód w cewce i jeśli rana pęcherza jest zewnątrz-otrzewnej.

Szanownemu D-rowsi KRAJEWSKILMU za łaskawe pozwolenie skorzystania z klinicznego materiału składam niniejszem serdeczne podziękowanie.

Już po oddaniu niniejszego artykułu do druku, ukazała się praca p. H. AUE¹⁾, dotycząca przepuklin pęcherza. Autor zebrał wszystkie opisane dotychczas przypadki tych przepuklin od roku 1520 po dzień dzisiejszy i naliczył ich 60, włączając w to i jego własny, który udało mu się obserwować na oddziale prof. TILINGA w Petersburgu. Przypadek ten pozwalamy sobie przytoczyć w obszerniejszem streszczeniu ze względu na to, że i tu pęcherz uległ zranieniu przy herniotomii.

47-letnia kobieta zapisała się na oddział 26. IV. 1890. *Myelitis transversa*; osłabienie górnych i niedowład dolnych kończyn; *obstipatio habitualis*; od czasu do czasu zatrzymanie moczu. W 16-ym roku życia chora zauważyła po raz pierwszy guz pod prawym więzłem POUPART'a. W przeciągu 30 lat guz pokazywał się wiele razy, zawsze przy objawach zaciśnięcia kiszki, dosięgając, czasami wielkości kurzego jaja, i za każdym razem chora sama odprowadzała go do jamy brzusznej. W ciągu ostatnich 2-ch lat guz nie pokazywał się wcale, dopiero 23-go Kwietnia, t. j. na 3 dni przed operacją, podczas kaszlu guz wypadł znowu, poczem wystąpiły silne bóle, wymioty, czkawka, zatrzymanie stolca i wiatrów; ze strony oddawania moczu zaburzeń nie było. Ostatnie wypróbnienie miało miejsce 22-go po środku przeczyszczającym, a 24-go po lawatywie

¹⁾ Zur Frage über die Harnblasenbrüche. Aus der chirurgischen Abtheilung des klinischen Instituts der Grossfürstin HELENE PAWLOWNA. Zeitschrift. f. Chirurg. Bd. 35. [2 December 1892].

z *inf. Sennae salinum* odszedł tylko zabarwiony kałem płyn. Bóle w pachwinie stawały się coraz silniejsze, wymiociny nabrały zapachu kałowego. Chora wyniszczona, oczy wpadnięte, język suchy i obłożony, brzuch wzdęty, tętno małe, nitkowate 120. Pod prawym więzłem POUPART'a w kanale udowym guz wielkości małego jaja kurzego, bolesny, naprężony i nieruchomy, z odgłosem wypukowym tęnym. Rozpoznanie: *hernia cruralis incarcerata dextra. Herniotomia sine chloroformio*. [Operator profesor TILING]. Przed operacją opróżniono pęcherz za pomocą cewnika.

„Po warstwowem przecięciu skóry, tkanki podskórnej i powięzi powierzchownej uwydatnił się gładki, okrągły guz. Guz ten przyjęto za worek przepuklinowy i ostrożnie przecięto; wylało się zeń trochę jasnego, przezroczystego, żółtawo-zabarwionego płynu. W worku nie znaleziono żadnej zawartości, a wprowadzony przez kanał udowy palec znalazł się w dużej jamie z gładkimi ścianami — jama ta opuszczała się z jednej strony do małej miednicy, z drugiej zaś zachodziła aż poza spojenie łonowe. Całej jamy nie udało się wymacać, ani też wyczuć w niej kiszek. Aby się lepiej zorientować w danej sytuacji oraz przekonać się, czy nie istnieje jeszcze drugi worek przepuklinowy, propeyrtonealny, z obręczką uciskającą gdzieś powyżej, w jamie otrzewnej, przedłużono cięcie skórne ku górze i otworzono jamę otrzewną ponad więzłem POUPART'a. Po wprowadzeniu jednego palca do jamy otrzewnej, a drugiego do jamy worka, okazało się, iż między nimi istnieje przegroda — palce nie stykają się z sobą. Kiszki okazały się wolnymi (*nicht fixirt*), bez żadnego związku z guzem. Zrobiono przypuszczenie, że albo podczas poprzednich manipulacji uwięźnięta w worku kiszka została odprowadzoną do jamy brzusznej, albo też w worku wcale kiszki nie było“.

Operację zakończono, zaszywając otwór w jamie brzusznej ponad więzłem POUPART'a, brzegi worka wszyto w ranę skórną i wytamponowano go gazą jodoformową. Katetyzacja.

27. IV. Przy wielokrotnie ponawianych próbach opróżnienia pęcherza za pomocą cewnika, moczu nie otrzymano — przemoczony zaś opatrunek czuć moczem. Ciężota 36,3^o; T. 108; R. 24. Czkawki i wymiotów nie ma, brzuch niewzdęty i niebolesny, rano odeszły gazy *per rectum*. Opatrunek; podejrzenie, że przy operacji uszkodzono pęcherz, zostało potwierdzone przy przemywaniu go roztworem kwasu bornego. Tampon zastąpiono drenem; przez cewkę wprowadzono cewnik na stałe (*à demeure*).

Do dnia 10-go Maja włącznie, przy codziennem opatrywaniu chorej, ciężota ciała wahała się między 36,4—38,9^o C.; tętno 94—126—132.

11-go ranę zaczęto opatrywać pyoktaniną. 12—17. Stan znacznie gorszy, gorączka wysoka, ciągła, wynosząca 39,0^o C. i wyżej.

Dnia 18-go rozpoznano różę. 19—31. Róża szerzyła się stopniowo na kończyny dolne i na tułów aż po szyję, przy ciepłocie przechodzącej 39—40,5^o C. Potworzyły się odleżyny na krzyżu. Rana stopniowo wypełniała się ziarniną. Dnia 30-go usunięto dren i mocz zaczął częściowo odpływać przez cewnik.

Dnia 1-go Czerwca. Róża zaczęła słabnąć. Dnia 10—22. Róża znikła ostatecznie. Dnia 24-go rana oraz przetoka moczowa zagoiły się zupełnie.

Jak widać z powyższego, przypadek AUE-TILING'a nie wnosi nic nowego ani do etjologii przepuklin pęcherzowych, ani też do ich dyjagnostyki, że nie powiemy tu już nic o terapii. Tak np. powstanie przepukliny w swoim przypadku autor stara się objaśnić znacznem wychudnięciem chorej wskutek wieloletniego cierpienia rdzenia kręgowego, nadmiernem rozciąganiem ścianek pęcherza podczas zatrzymywania się moczu, które, jak się to już wyżej powiedziało, od czasu do czasu (*zeitweise*) się zdarzało, co doprowadziło do ich zwiotczenia, nakoniec wzmożeniem wewnątrz-brzusznego ciśnienia przy utrudnionej defekacji (*obstipatio*)—a przecież wszystkie te objawy datowały się dopiero od lat 6-iu, przepuklina zaś istniała już przed laty 30!

Przewidując widocznie uczyniony tu zarzut, autor wywleka także, przestarzałą już zkądinąd, teorię ENGLISCH'a, zapominając, że stosuje się ona tylko do przepuklin kanału pachwinowego [w przypadku autora, jak wiemy, przepuklina była udową]. Teoryja ENGLISCH'a, według własnych słów p. AUE, brzmi w następujący sposób:

Uspობajającym momentem do utworzenia się przepukliny pęcherzowej jest przedwczesny zanik więzów pęcherzowo-pępkowych bocznych, wskutek czego pęcherz, przy wypełnianiu się moczem, napotyka na mniejszy opór z boków, niż z tyłu: ścianki boczne silniej się wypuklają, a pokrywająca je otrzewna silniej się napręża; prowadzi to za sobą odluszczenie, *resp.* odklejenie otrzewnej z okolicy wewnętrznego pierścienia pachwinowego; wskutek ciągłego podrażnienia tej ostatniej podotrzewnowa tkanka łączna luźna jeszcze więcej się rozluźnia. Wszystkie te przyczyny przeszkadzają z jednej strony zarosnięciu *processus vaginalis*, z drugiej zaś sprzyjają wypukleniu się przedniej dolnej ściany pęcherza [str. 377].

O ileż łatwiejszem byłoby zadanie autora, gdyby zechciał objaśnić powstanie przepukliny w swoim przypadku, np. podług teorii MONOD i DELAGENIÈRE'a, do czego jednakowe miał prawo — wprawdzie tłuszczaka przedotrzewnowego (*lipocèle*), jak to widać z wyżej przytoczonego dosłownie opisu operacji, nie widziano wcale — jednak to niczego nie dowodzi: tłuszczak mógł się znaleźć poza linią cięcia, a nie dziwnego, że operatorowie, nie przypuszczając, że mają do czynienia z przepukliną pęcherzową, nie szukali go wcale.

Rzucone przez p. AUE pytanie, czy objawy zaciśnięcia kiszki, jak: czkawka, wymioty i t. p., mogą zależeć li-tylko od uciśnięcia ściany pęcherza, *resp.* pokrywającej go otrzewnej, czy też od istotnego uwięźnięcia kiszki, można rozstrzygać nie na podstawie analogicznych przypadków z uwięźnięciem, np. torbieli jajnika w worku przepuklinowym, jak to czyni autor, a jedynie na podstawie dokładnego zbadania, w każdym poszczególnym przypadku, nastęrczających się stosunków anatomicznych, o czem w danym razie mowy chyba być nie mogło, skoro operator, nawet po zrobieniu laparotomii, nie był w stanie się zoryjentować, że ma do czynienia z pęcherzem, a nie ze zwykłym workiem przepuklinowym.

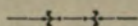
Wogóle opisany przez p. AUE przypadek, co najwyżej, mógłby nastęrczyć sposobność do wypowiedzenia paru luźnych uwag; dla nas niepozbawioną pewnego znaczenia może okazać się wiadomość, że opróżnienie pęcherza przed herniotomią nie ochroniło go od przecięcia; wprawdzie, wedle wszelkiego prawdo-

podobieństwa, nie uniknęłyby się tego i przy napełnionym pęcherzu, lecz to uchroniłoby może operatorów od powiększania rany pęcherzowej, a ewentualnie i od niepotrzebnych manipulacyj w jamie brzusznej.

II. PRZYCZYNEK DO KWESTYJI MOŻLIWOŚCI PRZECHODZENIA NOWOTWORÓW KRTANI ŁAGODNYCH W ZŁOŚLIWE.

Podał

D-r A. Sokołowski,
ordynator szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 1].

I pod tym względem nasza obserwacja dostarczyła dalszych ciekawych danych; chory bowiem po raz trzeci zgłosił się na nasz oddział dnia 11 Października r. 1892, szukając znowu pomocy w swem uporezywem cierpieniu. Przy badaniu, tegoż dnia skutecznionem, uderzył nas przedewszystkiem o wiele gorszy stan ogólny chorego: wychudł on i spadł z sił, jak sam to wyraźnie zaznaczył. Oprócz tego w ciągu ostatnich miesięcy wzmogła się znacznie chrypka, oraz wystąpiły bóle dość mocne, głównie umiejscowione w lewej połowie krtani i tym razem gruczoły szyjowe nie były powiększone. Badanie wnętrza krtani wykazało: nagłośnia nie zmieniona, lewa struna fałszywa na całej przestrzeni mocno nasiąknięta, na powierzchni nacieczona widać rozsiane drobne guziczki, przeważnie wielkości małego ziarnka konopi. Lewa chrząstka Santorini'ego nieco zgrubiała. Lewa połowa krtani znacznie upośledzona w ruchu. Mała część brzegu struny prawdziwej lewej w $\frac{1}{3}$ części tylnej nieco widzialna, reszta przykryta nacieczoną fałszywą. Prawa część krtani niezmieniona, oprócz tego, że na strunie prawdziwej koło *proc. vocalis* widać guziczek mocno czerwony, wielkości małego ziarnka grochu. Chrypka znacznego natężenia, łykanie swobodne. W narządach wewnętrznych zboczeń nie wykryto. Chory po tygodniowym pobycie wypisał się ze szpitala, mając wkrótce zgłosić się w celu podania się radykalniejszemu rękoczynowi [laryngofisura z następczem wyłyżeczkowaniem, ewentualnie częściowem reszkowaniem krtani] ¹⁾.

Rodzi się obecnie kliniczna kwestyja, z jaką w istocie w danym przypadku mamy do czynienia sprawą, t. j. czy natury łagodnej, *respc.* adenomatem, czy też natury złośliwej, t. j. *adeno-carcinoma*. Gdyby nowotwór pierwotnie przezemnie operowany nie był zachowanym, wówczas mielibyśmy bardzo łatwe pole do dość prawdopodobnych hipotez, t. j., że pierwotny nowotwór był czystym adenomatem za czem przemawiało histologiczne badanie kawałeczka, wyciętego w drugim okresie obserwacji chorego w szpitalu Ś-go Rocha i że następnie ze względu na recydywy i uparty charakter cierpienia sprawa uległa złośliwemu zwyrodnieniu, prze-

¹⁾ Chory przedstawionym był w dniu 14 Października na posiedzeniu laryngologicznem w Towarzystwie Lekarskiem.

chodząc z adenomatu w *adeno-carcinoma*. Taką hipotezę postawił kol. LUBLINER i nie dziwnego: nie znając poprzedniej historii chorego i wyniku histologicznego badania pierwotnego nowotworu, a opierając swe rozpoznanie na cząstce powierzchownie wyciętej, w zupełności, zdaniem naszym, był uprawniony do powyższego rozpoznania. Tego rodzaju szereg zmyłek rozpoznawczych, opartych na rozpoznaniu histologicznem kawałka wyciętego nowotworu, oprócz mojego przypadku, istnieje cały szereg znanych, a wiele z nich jest szczegółowo opisanych w wyżej wzmiankowanej pracy SEMON'a. Nam więc się wydaje, że wszystko wyżej uwzględnione w zupełności uprawnia nas do przypuszczenia, że w danym przypadku mieliśmy do czynienia z wielce rzadką sprawą, t. j. z niezmiernie przewlekłym przebiegającym pierwotnym adeno-karcynomatem krtani. Pozorne motywy kliniczne. przemawiające przeciw złośliwej naturze sprawy, a na których również opierał rozpoznanie nowotworu łagodnego kol. L., t. j.: długość przebiegu, brak obrzmienia gruczołów chłonnych, brak bólu, mała chrypka, niezawsze są stanowczymi cechami sprawy złośliwej natury w krtani. I tak SEMON utrzymuje w swej pracy zbiorowej, że powiększenie gruczołów szyjowych nie ma zupełnie żadnej wartości dla rozpoznania różniczkowego między dobrotliwym i złośliwym nowotworem krtani; mogą one bowiem nie występować do samego końca życia chorego, zresztą—wogóle biorąc—przy nowotworach złośliwych obrzęk gruczołów szyjowych występuje w okresie bardzo późnym, t. j. podówczas, gdy już wątpliwości rozpoznawczych nie ma; to samo ma miejsce z objawem bólu, w niektórych przypadkach ból bywa upartym od samego początku choroby, w innych może go brakować do samego zejścia śmiertelnego, wreszcie, jak słusznie ZIEMSSSEN twierdzi, i przy niektórych łagodnych nowotworach występuje stały ból, nieraz bardzo nawet uporczywy. Co się zaś tyczy długości przebiegu, to jak dalece on długim może być—pomijając już inne przypadki—najlepszym przykładem jest mój chory, wzmiankowany na wstępie, u którego sprawa wedle wszelkiego prawdopodobieństwa ciągnęła się lat 8, zaś w okresie, gdy już nie ulegało wątpliwości, że sprawa była rakowatej natury chory przybierał na wadze, co we mnie stale wzbudzało wątpliwość o słuszności rozpoznania anatomicznego raka; chory, z wyjątkiem iż cierpiał na chrypkę, czuł się zupełnie dobrze. Przeglądając literaturę odnośną, znajdujemy w niej niektóre przypadki analogiczne do naszego; i tak, MACKENZIE ¹⁾ opisuje następujący przypadek: 50-letni mężczyzna, który przebywał przed 8-laty syfilis, od roku doświadczał chrypki w połączeniu z uporczywym kaszlem. MACKENZIE znalazł przy badaniu powierzchowne owrzodzenie nagłośni obrzękniętej. Objawy te szybko zniknęły przy użyciu jodku potasu. W trzy miesiące potem autor znalazł u tegoż chorego na tylnej powierzchni nagłośni guz nierówny, zrazowaty, wielkości małej wiśni, zasłaniający wejście do krtani. Po uprzednim przecięciu krtani guz został wyjęty. Badanie histologiczne, wykonane przez dwóch biegłych patologów, określiło sprawę jako *adeno-carcinoma*. MACKENZIE jednakże ze względu, że po roku nie nastąpił powrót, sądzi, że guz ten prawdopodobnie był zwykłym adenomatem (*it is probable the growth was a simple*

¹⁾ On growths in the larynx. [London. 1871], cytowany u SCHMIEGELOW'a w *Revue de Laryngologie*. 1891 r..

adenoma). Naturalnie, co się dalej z chorym stało, nie wiadomo; być może, że recydywa wystąpiła w lat kilka, jak to miało miejsce w naszym przypadku i rzecz godna uwagi, że skoro sam MACKENZIE przypadek ten tylko warunkowo zalicza do adenomatów krtani, następnii autorowie uważają go za pewny, klasyfikując go do czystych adenomatów krtani. Również wątpliwie przedstawia się nam przypadek SCHMIEGELOW'a, opisany przez niego jako adenomat krtani (*l. c.*), dotyczący 46-letniej kobiety, u której sprawa nowotworowa rozwinięta była na strunie głosowej prawej; badanie drobnowidzowe kawałka tegoż nowotworu wykazało obecność sprawy rakowej. W kilka tygodni potem SCHMIEGELOW dokonał [4 Lutego 1888] częściowego wycięcia krtani, wyjąwszy część chrząstki tarczowej, wraz z nalewką i nowotworem, a badanie histologiczne miało wykazać budowę adenomatu. Chora wyzdrowiała w zupełności, niedługo jednakże potem zaczęła podupadać co do stanu ogólnego i umarła w końcu r. 1888 przy objawach raka żołądka. Powrót w krtani nie wystąpił. Otóż, przypadek ten, zdaniem mojem, pod względem dyagnostycznym jest wielce wątpliwym: pierwotne badanie bowiem wykazało budowę raka krtani; chora umiera wskutek rozwoju raka w żołądku; niepojawienie się zaś recydywy w krtani bynajmniej nie uprawnia co do rozpoznania nowotworu łagodnego, skoro została dokonana na miejscu nowotworu radykalna operacja, t. j. wycięcie częściowe krtani. Z kilku jeszcze innych pozostałych przypadków ogłoszonych adenomatów krtani jedynie przypadek BRUNS'a, poparty badaniem histologicznem SCHIEPL'a, nie przedstawia żadnych wątpliwości; inne pozostałe przedstawiają mniej lub więcej wątpliwości, jak np. przypadek MASSEI'ego, w którym to przypadku po roku nastąpił powrót, a w opisie tym, jak się przekonałem z łaskawie mi przez autora nadesłanej swej oryginalnej pracy (*Archivi Italiana di Laryngologia, Anno IV. 1884—5, str. 76*), brak zupełnie bliższych szczegółów, dotyczących badania anatomo-patologicznego. Przypadek jest opisany tylko pokrótce z punktu widzenia klinicznego z dodatkiem, że badanie histologiczne wykazało adenomat. Jaki zaś był wynik badania recydującego guza i czy wogóle badanie to było wykonane, autor nic nie wspomina, jak również dalsze losy chorego są nieznanne.

Przypadek nasz poucza jeszcze, jak kolosalnej doniosłości jest badanie wyciętych nowotworów krtani, chociażby one klinicznie przedstawiały wszystkie cechy sprawy łagodnej.

Należałoby, zdaniem mojem, przyjąć za prawidło: badać histologicznie wszystkie operowane polipy; być może, że tą drogą unikniętoby różnych następnie nieprzyjemnych niespodzianek [gdyż nieraz udałooby się postawić wczesne rozpoznanie pierwotnych gruczliczych nowotworów krtani, raków i t. p.]. Tą drogą również częstszemi pewno okazałyby się przypadki analogiczne do mojego i może być, że wielce rzadkie adenomaty wykazałyby się częstszemi, lub też natura ich istotna w rzeczywistości okazałaby się świetle.

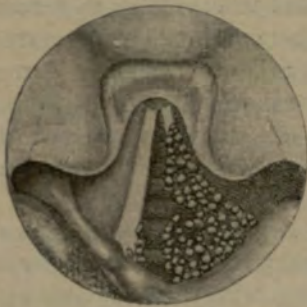
Warszawa, dnia 20 Października, 1892.

D O D A T E K.

Dnia 10 Listopada chory zgłosił się po raz 4-ty na nasz oddział, zdecydowawszy się z powodu uporczywych bólów na radykalną operację.

Przy badaniu obraz krtaniowy pozostał mniej więcej taki sam, jakśmy go widzieli przed miesiącem i powyżej szczegółowo opisali. Wybujałości nowotworowe nieco się, choć nie wiele, powiększyły, zresztą obraz wzniernikowy najlepiej

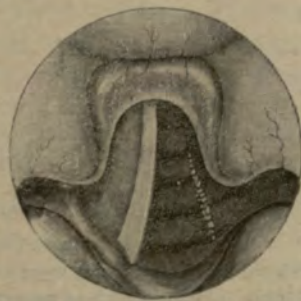
Fig. 2.



uwydatni załączony rysunek, zdjęty z natury. Jak to już wyżej było szczegółowo omówione, ze względu na złośliwy charakter nowotworu widzieliśmy za wskazane usunięcie dość ściśle ograniczonych mas nowotworowych na drodze czysto chirurgicznej, t. j. za pomocą otworzenia krtani (*laryngofissura*), a następnie wycięcie mas nowotworowych. Operację tę na moją prośbę był łaskaw wykonać profesor Kosinowski w swojej klinice chirurgicznej dnia 19 Listopada, wyciąwszy w zupełności strunę prawdziwą i fałszywą lewą, chrząstkę nalewkową odpowiednią, oraz usunąwszy całą błonę śluzową lewej połowy krtani.

Również wyskrobane zostały nieznaczne ziarniny, znajdujące się na tylnym końcu struny prawdziwej prawej. Operacja sama, jakoteż i okres pooperacyjny przeszły bez żadnego powikłania, tak dalece, że już po upływie miesiąca, t. j. 22 Grudnia, chorey mógł być do domu wypisany. Ogólnie czuł on się wcale nieźle. W krtani badanie wzniernikiem krtaniowym wykazało zablżnienie zupełne, bez śladów recydywy. Na miejscu wyciętej struny głosowej blizna wytworzyła rodzaj fałdy, w wysokim stopniu symulującej strunę głosową, zresztą obraz krtaniowy najlepiej uwydatnia rysunek [fig 3], zdjęty z natury. Głos chorego z powodu jeszcze niezupełnie zablżnionej fisury pozostaje mocno zachrypniętym. Jak długo to szczęśliwe nader zejście operacyjne uchroni chorego od recydywy, czas pokaże; w każdym razie chory obiecał po kilku miesiącach pokazać się znowu.

Fig. 3.



Wycięte części z krtani zbadane zostały szczegółowo w tutejszym instytucie anatomo-patologicznym przez kolegę DUCHOWSKIEGO, pomocnika prosektora, za co mu najuprzejmiej niniejszem dziękuję. Preparaty szczegółowo przez nas badane, a które również był łaskaw przejrzeć kol. PRZEWOOSKI, dały wynik następujący.

Nowotwór na swobodnej powierzchni pokryty wielowarstwowym płaskim nabłonkiem, który miejscami zachowany jest zupełnie, miejscami zaś tylko w postaci resztek. Części guza pod tym nabłonkiem w rozmaitych miejscach przedstawiają się rozmaicie. Są miejsca, w których tkanka łączna ma zwykłą budowę, i w niej leżą tylko trochę rozrosłe normalne gruczoły śluzowe, z nabłonkiem wydzielającym śluz, ale tuż obok nich mamy inne miejsca, w których tkanka łączna staje się zbitą, włóknistą, twardą, mniej lub więcej nacieczoną leukocytami i w niej leżą wyraźne ciała rakowate, podłużne, wrzecionowate, soczewkowate,

lub miejscami okrągłe, złożone z komórek wielościennych. Ciała rakowe nie są wielkie, tak, że cały nowotwór ma wygląd raka włóknistego. Obok tych twardej części raka są miejscami miększe o ciałach rakowatych nierównie większych i licznie obfitszych. Nakoniec, obok tych ostatnich widać miejscami doskonale zupełne przejścia do gruczołów śluzowych: widać mianowicie, że gruczoł śluzowy powiększa się, komórki nabłonkowe jego pęcherzyków stają się ziarnistymi i wypełniają światło pęcherzyka. Owe ciała rakowe ułożone są jeszcze w zraziki, jak pęcherzyki gruczołu. Następnie ciała rakowe zaczynają się powiększać, zmieniać swą formę przez wydłużenie się, dawanie bocznych wyrostków, przez co przechodzą w większą część raka, która w końcu przyjmuje formę raka twardego włóknistego.

Ten wynik wielce charakterystyczny badania drobnowidzowego, wykazujący obecność w danym przypadku raka włóknistego, w zupełności nam wyjaśnia niezmiernie przewlekły przebieg kliniczny sprawy wyżej szczegółowo opisanej, oraz brak tych zwykłych objawów, napotykanych przy rakach krtani miękkich, najczęściej występujących w tymże narządzie.

III. O MOCZOPĘDNEM DZIAŁANIU DYJURETYNY.

(*Theobrominum natrio-salicylicum = Diuretinum*).

Napisał

Dr Med. J. Pawiński,

ordynator szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.

— 2 — 3 —

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 2].

D Z I A Ł II.

Choroby mięśnia serca i tętnic wieńcowych.

Spostrzeżenie 5. *Degeneratio adiposa cordis.*

Pan G., urzędnik, lat 6', uskarża się na krótki oddech, znaczne osłabienie i bezsenność. Przy najmniejszym ruchu męczy się bardzo prędko. W nocy z powodu duszności nie kładzie się do łóżka, a jakkolwiek jest sennym, jednakże skoro tylko zaczyna zasypiać, uczuwa jakiś ciężar w piersiach, budzi się, zmuszony jest częściej oddechać. Otaczający chorego zauważyli, iż, jeśli uda mu się zasnąć, to oddech jest nierówny, chwilami głębszy, to znowu powierzchowny, niekiedy zaś zdaje się, że chory zupełnie nie oddecha. Prócz bezsenności uskarża się na skłonność do zemdleń i osłabienie pamięci. Przed 4-ma laty zaczął doznawać bólów w przedniej części klatki piersiowej, wskutek których zmuszony był nieraz na ulicy przystawać. Dawniej zdrowy, tylko był więcej, niż obecnie, otyły. Przed rokiem na wiosnę zauważył lekkie obrzmiewanie kończyn dolnych, w leczie poddał się kuracji ORTEL'owskiej, wskutek której kilkanaście funtów na wadze stracił; pomimo tego ulgi znacznej w cierpieniach nie zauważył.

Budowa dobra, wzrost średni, wygląd bladawy z lekko żółtawym odcieniem. Tętno około 80, małe, słabe, od czasu do czasu przerywane. Obrzęk kończyn dolnych umiarkowany, w dolnej i tylnej części prawego płuca — objawy zastoiny.

Uderzenia wierzchołkowego nie czuć. Wymiary serca prawidłowe, u wierzchołka słybać wyraźny szmer skurczowy, w aorcie także szmer skurczowy, lecz słabszy. 2-gi ton tętnicy płucnej

wzmocniony. Wątroba powiększona, wystaje z pod podżebrza i dochodzi do linii pępkowej, powierzechnia i brzeg jej nieco nierówne. Język dość czysty. Skłonność do zaparcia stołka. Mocz białka nie zawiera, wydziela się w ilości około 1000 ctm. na dobę.

Diagnosis. Degeneratio adiposa cordis. Dyspnoë cardiale. Angina pectoris.

Ponieważ chory brał przez długi przeciąg czasu strofant bez widocznego rezultatu, a naparstnicy znosić nie mógł, zaleciłem więc choremu użycie kofeiny. Brał ją w postaci *Coff. natrio-benzoici* 3 razy dziennie po 3 grany, a więc w małej ilości; obawiałem się bowiem, aby większe dawki nie wywoływały podrażnienia i tak już osłabionego układu nerwowego i nie powiększały jeszcze bezsenności. Obawy moje okazały się płonnemi: chory zaczął lepiej sypiać, a prócz tego objawy niedomogi serca występowały znacznie rzadziej, niż poprzednio. Po upływie jednak kilku tygodni, skuteczność powyżej wspomnianych dawek zaczęła się zmniejszać; trzeba więc było powiększyć dawkę kofeiny do 5 grn. *pro dosi*, a 15—20 grn. *pro die*. Zamiana ta bardzo korzystnie wpłynęła na ustrój chorego: już 3-go dnia użycia leku duszność zaczęła ustępować, a ilość moczu dobową z 600 ctm. sześć. zwiększyła się do 2000—2500 ctm. sześć.. Jednocześnie chory czuł się pokrzepionym na duchu, a sen miał wyborowy. Obrzęki z kończyn dolnych znikły, pozostał tylko nieznaczny przesiek w prawej płucnej.

W tak polepszonym stanie zdrowia chory przebył kilka miesięcy, posługując się zawsze kofeiną, ile razy tylko zauważył jakie pogorszenie.

Z biegiem czasu wystąpiły objawy pewnego pobudzenia w układzie naczyniowym: tętno dawniej słabe, miękkie stało się silnem, mocno napiętem, uderzenie wierzchołkowe, dawniej zupełnie niewidocznie, zarysowywało się wyraźnie w V międzyżebżu na zewnątrz *l. m. s.*, czynność serca była wzmożoną. Ponieważ jednocześnie w aorcie wystąpił szmer systoliczny, a 2-gi ton był mocno akcentowanym, zmianę tę należało przypisać rozwijającej się sprawie ateromatycznej w aorcie. Wobec podobnego stanu uważałem za odpowiednie dalszego użycia kofeiny zaprzestać i zastąpić ją teobrominą, jako wywierającą mniejsze działanie na ciśnienie w naczyniach.

Z początku podawano choremu czystą teobrominę, skoro tylko występowała duszność, obrzęk kończyn dolnych lub zmniejszona dyjureza, w ilości 0,5 gram. 3 razy dziennie. Działanie moczopędne tego leku było bardzo widoczne, występowało ono już 2-go lub 3-go dnia i osiągało wysokiego stopnia bo do 4000—5000 ctm. sześć.. Później, skoro weszła w użycie dyjuretyna, zamiast czystej teobrominy, zapisywałem choremu *Theobromin. natrio-salicyl.* w dawkach 1-gramowych, 3—4 razy dziennie. Ta również wywierała silne moczopędne działanie, [do 5—6 litrów dziennie] i usuwała szybko obrzęki i zastoje. Ratując się wspomnianym środkiem, chory przebył cały prawie rok we względnie dobrym stanie. W lecie wyjechał na wieś, gdzie po silnem zmęczeniu i przeziębieniu mocno zaniemógł. Dostał gorączki i silnego rozwolnienia, które około 10 dni trwało i znacznie go osłabiło. Wystąpił obrzęk twarzy, w moczu zjawiała się znaczna ilość białka, a czynność serca stała się bardzo słabą, tętno 140—160 na minutę. W tym stanie chory, będąc zupełnie przytomnym, nagle życie zakończył (*paralysis cordis*).

Spostrzeżenie 6. *Degeneratio adiposa cordis. Insufficiëntia vv. aortae.*

Do pana H., inżyniera, 36 lat liczącego, zostałem wezwany przez kolegę S. [w początku Maja r. b. dla naradzenia się wspólnego w celu usunięcia silnej duszności i obrzęków, które od kilku tygodni choremu mocno dokuczały. Zapadł on na zdrowiu od pół roku, z początku cierpiał na różne przypadłości żołądkowe, do czego następnie przyłączyły się objawy niedostatecznej czynności serca, duszność i obrzęki. Pod wpływem naparstnicy, dyjety mlecznej następowała poprawa, ponieważ jednak chory skłonny był bardzo do robienia nadużyć, szybko więc nieraz w ciągu 2—3 dni tracił to, co poprzednio zyskał powoli w przeciągu kilku tygodni. Gościca nie przebywał. Życie prowadził nieregularne, przepędzając często noce bezsenne przy grze hazardowej w karty, robiąc nadużycia w przyjmowaniu napojów wysokoalkoholowych.

Chory doskonałej budowy, z obfitym podkładem tkanki tłuszczowej, o cerze bladej, twarzy nieco nabrzmiałej, uskarża się głównie na duszność. Dochodzi ona znacznego stopnia i nie pozwala mu pozostawać w pozycji leżącej. Chory od czasu do czasu doznaje mdłości, zawrotu głowy i ma skłonność do zemdlenia.

Kończyny dolne w stanie znacznego obrzęku. Tętno około 80, dość napięte, o średniej fali. Oddech 32 na minutę, po wszelkiem jednak poruszeniu się, a nawet po rozmowie dochodzi do 40—50.

W dolnych i tylnych częściach płuc słychać liczne rżężenia trzeszczące.

Uderzenia wierzchołkowe niewyraźne. Tępość serca dość znacznie powiększona w obu wymiarach, więcej jednak w wymiarze poprzecznym, prawa granica znajduje się nieco za prawym brzegiem mostka, lewa przechodzi linię sutkową. Górna granica odpowiada IV-mu żebrzu.

U wierzchołka słychać wyraźny, piłujący szmer skurczowy, u podstawy zaś, zwłaszcza na wysokości III-go żebra na mostku, zamiast tonów dwa szmery, z których pierwszy jest bardziej przeciągłym, aniżeli drugi. Szmer rozkurczowy zbliżony jest więcej do tarcia, aniżeli do podmuchu; łączą się one prawie bezpośrednio, tak, że przerwa pomiędzy nimi jest nieznaczna.

Wątroba duża, dość twarda, wystaje na szerokość 4-ch palców z pod prawego podżebrza. dolnym swym brzegiem dochodzi do linii pępkowej poprzecznej. Śledziona nieco powiększona; brzuch duży, skłonność do zaparcia.

Mocz w ilości około 600—800 ctm. sześć. na dobę, odczyn posiada kwaśny, białka, ani cukru nie zawiera.

Rozpoznanie. *Endoaortitis chronica. Insufficiëntia vulvularum aortae et degeneratio adiposa musculi cordis consecutiva. Stadium dyscompensationis.*

Ponieważ po wyżyciu 2-ch flaszek naparu naparstnicy [ex 3j—5vj] z nalewką waleryjanową poprawy nie było, a upadek sił był znaczny, zaleciliśmy więc choremu najprzód czystą kamforę w ilości 3 gran. *pro die*, a następnie z bendźwianem kofeiny 15—20 gran na dzień. Prócz tego przyjmował chory wino węgierskie, 3 kieliszki dziennie i nieco białego mięsa, gdyż mleko źle znosił.

Skutek z powyższej terapii był jednak nieznaczny: duszność znaczna dokuczała choremu, a pożądanego zwiększenia dyjurezy nie otrzymaliśmy. Po kilku dniach zjawilo się krwioplucie, którego punktem wyjścia był zawał płucny.

W tych warunkach rokowanie było bardzo niepomyślnem; z dnia na dzień można było oczekiwać porażenia serca.

Jako *ultimum refugium* zalecono choremu dyjetę mleczną, a skoro i ta zawiodła, spróbowano dyjuretyny, w ilości 4,0 gram. *pro die* w dawkach 1-gramowych. Skutek był zadziwiający: już 2-go, a zwłaszcza 3-go dnia nastąpiła tak obfita dyjureza, iż chory wydzielał na dobę około 5000 ctm. sześć. jasnego moczu; w następnych dniach moczopędne działanie było mniejsze, ale w każdym razie

jeszcze wydatne: do 3-ch litrów dziennie: Odpowiednio do tego obrzęki szybko znikły, oddech stał się swobodniejszym i mniej częstym, tak, iż chory mógł już nocę przepędzać w położeniu leżącym, a po upływie miesiąca zaczął wyjeżdżać i pełnić swe obowiązki służbowe.

Dyjuretynę brał z małymi przerwami w ciągu 5—6 tygodni i wyżył jej około 100—120 gram., jednocześnie pił mleko, głównie z kakao 3 razy dziennie, do czego wielkie miał upodobanie.

Stan chorego poprawił się o tyle, iż w końcu Lipca sam przybył do Warszawy, odbywszy dość daleką podróż koleją, bez widocznego zmęczenia. Zmienił się do niepoznania: człowiek, którego za straconego uważałem, swobodnie ruszał się po pokoju, a nawet był w stanie odbywać umiarkowane przechadzki. Obrzęki z kończyn dolnych znikły zupełnie.

Wymiary tępości serca zmniejszyły się. Tętno stało się pełniejszym. Szmer rozkurczowy u podstawy serca był mniej wyraźnym, niż poprzednio; szmer zaś skurczowy występował u wierzchołka serca tylko przy niemiarowej czynności serca. W ciągu kilkodniowego pobytu chorego w Warszawie zauważyłem, iż arytmija zjawiała się po każdym silniejszym zmęczeniu. Wątroba znacznie mniej wystawała z pod prawego podżebrza; czynności przewodu pokarmowego odbywały się, mniej więcej, prawidłowo. Dobowa ilość moczu wynosiła przy użyciu dyjuretyny około 2000—2500 ctm. sześc., bez leku zaś około 1000 ctm. sześc.; w jednym i drugim razie chory przyjmował około 1—1½ litra mleka dziennie, po większej części z dodatkiem kakao, a w południe zjadał, choć nie zawsze, kawałek mięsa białego i pił bulijon.

Oprócz unikania wszelkiego zmęczenia, irytacji i t. p., zaleciłem choremu ogólny masaż ciała, środki tonizujące [wino chinowe, arsenik], rzadsze uciekanie się do dyjuretyny z obawy, aby ustrój nie przywykł do środka tego, który okazał się tak zbawiennym dla chorego.

Dodać wreszcie winniśmy, że kakao, które stało się ulubionym napojem pacjenta, powiększało jeszcze działanie dyjuretyny, którego, jak wiadomo, głównym działającym czynnikiem jest teobromina.

Następujące spostrzeżenie wykazuje wpływ dyjuretyny na czynność serca i nerek, w przewlekłym zapaleniu mięśnia sercowego, którego punktem wyjścia była miażdżycza tętnic wieńcowych,

Spostrzeżenie 7. *Sclerosis a. a. coronarium cordis. Angina pectoris. Myocarditis chronica.*

D-r G., lat 53 liczący, dobrej budowy i odżywiania i który poprzednio żadnych ciężkich chorób nie przeżywał, zasięgał kilkakrotnie mojej porady z powodu dusznicy bolesnej. Występowała ona w łagodnej dość formie, w postaci palenia w górnej części mostka, czemu towarzyszyły niemiarowe bicie serca i lekka duszność.

Przy badaniu fizykalnem znajdowałem wtedy umiarkowaną rozedmę płuc, nieznaczne powiększenie tępości serca w wymiarze podłużnym, słaby szmer skurczowy u podstawy serca i w przebiegu aorty wstępującej. Uderzenie wierzchołkowe słabe. Tętno około 80. twarde, od czasu do czasu przepuszczające; w innych narządach żadnych zaburzeń niepodobna było wykryć.

Z biegiem czasu zaczęły występować objawy, świadczące o niedomodze mięśnia sercowego, a mianowicie napady duszności, które kilka razy w ciągu roku dosięgały tak znacznego natężenia, iż otaczający uważali chorego za straconego. Napady te zjawiały się głównie w nocy, w ciągu dnia zaś mniej dokuczały choremu, występowały tylko po zmęczeniu i mijały szybko w ciągu kilkunastu minut, zwykle pod wpływem 1—2 pastylek nitro-gliceryny ($\frac{1}{100}$ grm. *pro dosi*). Chory był w stanie jednak odbywać jeszcze małe, niemęczące spacerki.

W tym czasie, a więc po upływie mniej więcej roku od zaznaczonego powyżej badania, zauważyliśmy, że tępość serca większe przyjęła wymiary, a mianowicie w wymiarze poprzecznym; lewa granica serca znajdowała się na 3—4 ctm. na zewnątrz od linii sutkowej lewej. Prawa odpowiadała lewemu brzegowi mostka. Uderzenie wierzchołkowe dawniej niewyraźne, stało się teraz widocznem w VI-em międzyżebżu, było silnem, unosząc palec. U podstawy serca, jak również w przebiegu aorty, słychać było wyraźny szmer skurczowy. Mocz, bez białka, wydzieliał się w dostatecznej ilości.

Najwięcej ulgi doznawał chory od nalewki strofantu, [którą też z przerwami w ciągu kilku miesięcy używał. Przetworów jodu z powodu idyjosynkrazji nie mógł znośić.

Skoro po kilku miesiącach wystąpiły wyraźne znaki niedostateczności mięśnia sercowego: zmniejszenie ilości moczu, obrzęki kończyn dółnych, rozszerzenie serca w kierunku ku prawemu brzegowi mostka, należało uciec się do naparstnicy. Ta ostatnia w postaci naparu z 15 gran. na 6 uncyj, z dodatkiem waleryjany lub eteru, w ciągu całego roku okazała się dzielnym środkiem krzepiącym serce i usuwającym obrzęki.

Kiedy jednak serce przestało na naparstnicę oddziaływać, zwróciliśmy się do przetworów kofeiny. Tę jednak niedługo mogliśmy stosować z powodu silnego pobudzenia, jakie w układzie nerwowym i naczyniowym chorego wywoływała.

Pozostała więc teobromina (*Theobrominum natrio-salicylicum*). Ze względu na wielką wrażliwość pacjenta stosowaliśmy ją w małych, stopniowo tylko zwiększonych dawkach,

Pierwszego dnia chory brał 2 proszki 1-gramowe, [2-go — 3, 3-go — 4, 4-go — 5-go, 6-go, 7-go dnia — 5 proszków dziennie.

Według opowiadania chorego, który, jako lekarz, baczną na swój stan zwracał uwagę, już w pół godziny po wzięciu 1 proszku czuł znaczną ulgę w oddechaniu, mógł swobodnie rozmawiać, czego zwykle wieczorem nie bywało, gdyż był zawsze w tej porze zmęczonym. Przez noc i następne dnie czuł się także lepiej, a jakkolwiek zmuszony był jeszcze spać w pozycji siedzącej, [jednakże napadów duszności nie miał.

Dobowa ilość moczu z 1000 ctm. sześć. zwiększyła się do 1500, a przy dalszem użyciu dyjuretyny doszła do 2000—2200 ctm. sześć. Obrzęki znacznie zmniejszyły się, jak również i poprzeczny wymiar serca. Tętno stało się silniejszym, nieco częstszym, z 80, do 100 na minutę i mocniej napiętem. W okolicy wierzchołka serca, zamiast rytmu t. zw. wahadłowego, słychać było 7-go dnia użycia dyjuretyny rytm cwałowy.

8-go, 9-go dnia chory wyżył po 6 proszków dyjuretyny. 10-go dnia zastalem chorego znacznie gorzej, noc ostatnią miał bardzą złą z powodu wystąpienia znowu silnego napadu duszności. Czuł się zmęczonym, lecz jednocześnie mocno pobudzonym, a pobudzenie było podobnem do tego, jakie dawniej odczuwał po wypiciu mocnej kawy lub herbaty, zwłaszcza żółtej. Doznawał także uczucie bicia serca.

Temu podmiotowemu uczuciu odpowiadały i dane przedmiotowe: tętno 120—130 silne, mocno napięte, działalność serca wzmożona. Uderzenie wierzchołkowe bardzo silne, prócz tego całe serce mocno o klatkę piersiową uderza, tak, iż całe *praecordium* silnie faluje. Rytm cwałowy słycać nietylko u wierzchołka, lecz i u podstawy serca bardzo wyraźnie. Ilość moczu zmniejszyła się do 1000 ctm. sześć. na dobę.

Wobec podobnej ekscytacji w układzie naczyniowym i nerwowym uważałem za stosowne dalszego użycia dyjuretyny zaniechać; wkrótce też objawy powyższe ustąpiły, chory zaś powrócił do względnie dobrego stanu. Skoro w dalszym przebiegu choroby okazało się, iż napastrnica nie wywierała swoistego działania na układ krążenia, uciekałem się znowu do teobrominy, która podawana w mniejszych dawkach usuwała lub łagodziła chorobowe objawy oczywiście, dopóty, dopóki, zwykłą koleją rzeczy, nie nastąpiło zupełne wyczerpanie głównego ośrodka krążenia.

Następujące spostrzeżenie ma służyć za przykład, że niekiedy, w rozpaczliwych nawet przypadkach, dyjuretyna działa moczopędnie, choć śmiertelnemu zakończeniu nie jest w stanie zapobiedz.

Spostrzeżenie 8. *Myocarditis chronica. Dilatio cordis. Alcoholismus chronicus.*

Dnia 3-go Czerwca 1891 roku zostałem wezwany na naradę przez sz. kol. GOLDBLUMA do pana Eb., lat 30 liczącego, który od kilku miesięcy cierpi na duszność i dotknięty jest silnym obrzękiem kończyny dolnych. Przed 6-laty miał kolkę nerkową z 2-dniowym wstrzymaniem moczu. Obecna choroba datuje od roku. Pod wpływem spokoju i odpowiednich środków ciężkość w pierśiach i nieznaczne obrzmienie stóp zwykle szybko znikają; chory jednak lekcewazył przepisy lekarskie i skoro czuł się lepiej, prowadził życie niehygieniczne, pił dużo piwa i wódki. Przed 4-ma tygodniami ciężko już zapadł na zdrowiu, duszność większe przyjęła rozmiary, a obrzęk kończyny dolnych nie ustępował pomimo kilkakrotnego użycia napastrnicy i dużej ilości kofeiny.

Chory doskonałej budowy z obfitą ilością tkanki tłuszczowej. Twarz nieco nabrzmiała z lekkim sinicowym odcieniem. Kończyny dolne, a zwłaszcza uda silnie zgrubiałe, twarde, obrzękłe. Na gołeniach stare pigmentacje skóry. Tętno około 100, średnie, dość napięte, miarowe. Oddech 36—40 na minutę powierzchowny.

W dolnej części prawego płuca objawy zastoj. Uderzenie wierzchołkowe w V międzyżebżu na 2 palce na zewnątrz od *l. m. s.* Tępość serca ogromna. Górna granica znajduje się w III międzyżebżu, prawa — przechodzi za prawy brzeg mostka, lewa zaś znajduje się w odległości 3 ctm. na lewo od *l. m. s.*, dolna granica zlewa się z wątroba.

Tony u wierzchołka i u podstawy głuche. Brzuch ogromny, wątroba duża, dosięga swym dolnym brzegiem do linii pępkowej poprzecznej. Łaknienie małe. Skłonność do rozwojenia. Obrzęk moszen. Moczu wydziela się skąpo, w ilości 600—800 ctm. sześć. na dobę, białka nie zawiera, tworzy obfity osad, złożony z moczanów.

Wobec powyższych danych łatwo się domysleć, że rokowanie bardzo złe postawić należało. Ze względu, iż dotychczasowe środki okazały się bezsku-

tecznemi, w celu więc moczo-pędnego działania postanowiliśmy z kol. GOLDBLUMEM spróbować dyjuretyny.

Chory brał z początku po 3 proszki 1-gramowe dziennie, a po 4-ch dniach, widząc pomyślne działanie, używał ich 4—5 dziennie. Rezultat był zadziwiający: już po 3-ch proszkach wystąpiła bardzo obfita dyjureza; zdarzało się iż chory jednorazowo wydzielał 1000—1800 ctm. sześc., a w ciągu dnia 3500—4000 ctm. sześc., a później jeszcze więcej do 5000 ctm. sześc. dziennie. Oddech stał się swobodniejszym, cera lepsza, duszność mniejsza. Na serce pomyślny wpływ leku był również bardzo widocznym: poprzeczny wymiar tępości serca zmniejszył się o 2—3 ctm., tak, że prawa granica przechodziła tylko nieco za lewy brzeg mostka. Tony stały się głośniejszemi, silniejszemi, a tętno mocno napiętem, częstszym, około 120 na minutę. Obrzęk kończyn dolnych zmniejszył się znacznie.

Poprawa ta trwała jednak niedługo; po upływie tygodnia powrócił dawny stan, a można tak mocno obrzękły, że należało — w celu uniknięcia zgorzeli — zrobić nakłócia. Z tych ostatnich wyciekła ogromna ilość surowiczego płynu od 6000—8000 ctm. sześc., czemu jednocześnie ulga w duszności i zmniejszenie obrzęku nóg towarzyszyły. Po kilku dniach jednak nastąpiło ogólne wyczerpanie i paraliż serca.

Zaznaczyć tu należy silne moczo-pędne działanie dyjuretyny wobec bardzo ciężkiego stanu chorego, wtedy, kiedy już naparstnica i kofeina żadnego działania nie były w stanie wywrzeć.

*

*

*

Na zakończenie obecnego działu przytoczę jeszcze jeden przypadek, który wykazuje bezskuteczność wszelkich środków nasercowych i moczo-pędnych u człowieka w sile wieku.

Spostrzeżenie 9. *Myocarditis chronica.*

Pan S., urzędnik, lat 43, uskarża się na krótki oddech, bezsenność i obrzęk kończyn dolnych. Przez 2 lata miał wysięk w prawej płucnej, którego nie wypuszczono. Męczył się łatwo, czuł się osłabionym, lecz służbę swą pełnił. Po przyjeździe do Warszawy przed 3 tygodniami, widział go najprzód kol. Chrostowski, który też płyn w ilości około 2 litrów z prawej płucnej wypuścił. Własności wydobytego płynu wskazywały na przesiek. Duszność nieco się zmniejszyła, tak, iż należało uciec się do naparstnicy. Wybrał 3 flaszki tej ostatniej (*Inf. Digitalis ex 9j—3vj*) bez najmniejszego wpływu ani na duszność, ani na dusznicę. Później podawano mu duże dawki kofeiny również bez rezultatu.

W czasie brania powyższych leków znowu w prawej płucnej nagromadził się płyn, wypuszczono go [w ilości 1½ litra], lecz ulga była nieznaczna.

St a n o b e c n y. Budowa średnia. Odżywianie łyche, cera ziemista. Obrzęk kończyn dolnych umiarkowany. Tętno około 100—110, nierówne, słabo napięte, małe, nieodpowiednie do silnego uderzenia wierzchołkowego. Oddech 36—40.

Chory z powodu duszności przeważnie siedzi. W dolnej, tylnej części klatki piersiowej z prawej strony znajduje się płyn, sięgający do kąta dolnego łopatki.

Uderzenie wierzchołkowe bardzo silne, rozległe — w V-em międzyżebrow w odległości 3 ctm. na lewo od *l. m. s.*. Tępość serca powiększona głównie w wymiarze poprzecznym na lewo; lewa granica znajduje się na 3—4 ctm. na lewo od *l. m. s.*, prawa zaś — nie przekracza środka mostka.

U wierzchołka słychać wyraźny szmer skurczowy, u podstawy tony czyste. 2-gi ton aorty wzmocniony.

Wątroba bardzo duża, twardawa, brzeg jej dolny dochodzi do pępka.

Mocz wydzielą się w małej ilości — około 600—800 ctm. sześć. na dobę, białka, ani walczków nerkowych, jak również cukru nie zawiera,

Wyczerpawszy różne środki, postanowiliśmy na wspólnej naradzie z kol. CHROSTOWSKIM, spróbować jeszcze dyjuretyny. Poleciliśmy więc choremu brać 4—6 proszków 1-gramowych — na dzień. Razem wyżył on w ciągu 6 dni 30 grm.. Żadnej jednak zmiany ani w duszności, ani w ustępowaniu obrzęków nie zauważyliśmy, to samo dotyczy i dyjurezy. Dobowa ilość moczu była ciągle małą, tętno słabe, częste. Przytem bezsenność mocno wyczerpywała organizm chorego. Trzeba więc było uciec się do kamfory, która również małą ulgę sprawiała choremu. Wreszcie po upływie tygodnia nastąpiło śmiertelne zejście.

[C. d. n.]

NOTATKI LEKARSKIE.

I. Atresia ani. *Vulnus intestini et vesicae urinariae. Fistula intestino-vesicalis. Anus artificialis.*

W Grudniu 1888 r. zgłosił się do mnie włościanin [ze wsi Koniszczów pow. Mohylewskiego, gub. Podolskiej] z 5-tygodniowym chłopcem, u którego był zupełny brak odbytu; na przestrzeni zaś od kości ogonowej do moszny, znajdowała się gładka, wązka blizna. Brzuch wzdęty, bardzo bolesny, przy silniejszym zaś ucisku brzucha przez cewkę moczową pojawia się płyn żółtawy [kał rozpuszczony w moczu], a oprócz tego wraz z płynnym kałem niekiedy wydobywają się pęcherzyki gazów. Rodzice zauważyli, że dziecko nie ma otworu stolcowego dopiero 8-go dnia po urodzeniu, udali się wtedy o pomoc do znachora miejscowego, który brzytwą zrobił cięcie od kości ogonowej aż do moszny. Przez ranę tą kał jednak nie wydobywał się, a natomiast tegoż dnia jeszcze przy silniejszym krzyku dziecka zaczął się wydzielać przez cewkę moczową naprzemian to mocz, to kał żółtawy, czasami nawet w połączeniu z trzaskiem, jak „p r z y o d d a w a n i u w i a t r ó w“.

W ciągu 2 tygodni rana, zrobiona w celu przywrócenia odbytu, zagoiła się zupełnie, a po upływie 4 tygodni od owej operacji przywieziono chłopca do mnie z tego powodu, że od kilku dni nie sypia, ssać nie chce i ustawicznie krzyczy. Zbadawszy dziecko, zaproponowałem operację, na co rodzice się zgodzili. Po znieczuleniu miejscowem eterem, zrobiłem cięcie na starej bliźnie, od moszny aż do kości ogonowej. Na głębokości 3 ctm. od powierzchni rany znalazłem sino-szary guz, chęłbocący wyraźnie, po przekłóciu którego trójgranicem otrzymałem kał; nie ulegało zatem wątpliwości, że jest to pętlica кишки. Postanowiłem użytkować ową kishkę dla utworzenia odbytu, w tym celu za pomocą 2 ligatur, poprzecznie do kierunku cięcia przeprowadzonych przez ściankę кишки, przymocowałem ją do brzegów rany, a następnie nożyczkami otworzyłem kishkę; wydzielila się znaczna ilość kału wraz z gazami.

Po wymyciu кишки i starannem oczyszczeniu rany przymocowałem ścianki кишки do brzegów skórnej rany za pomocą 8 szwów węzełkowych. Dla zapobieżenia zaś zaciekania kału i zakażenia rany wprowadziłem do кишки gruby dren długości 6 ctm., a naokoło zatamponowałem gazą, przepojoną kwasem bornym. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy, w ciągu 4 dni jeszcze z moczem wydzielal się kał, chociaż w znacznie mniejszej ilości. Pęcherz, dla oczyszczenia go, cewnikiem NÉLATON'a przemywałem 2% roztworem kwasu bornego dwa razy dziennie w ciągu 8 dni. Przez pierwsze 3 dni woda, wstrzykiwana do pęcherza,

wychodziła w części przez dren wprowadzony do kiszki, po 8 dopiero dniach wszystka wracała przez cewnik. Rana zagoiła się *per primam*, szwy usunąłem 8 dnia, i na usilne naleganie rodziców puściłem małego pacjenta do domu.

W pół roku potem przypadkowo spotkałem znowu tegoż chłopca: był zupełnie zdrow, otwór stolcowy jednak znacznie się zwięził, nie przepuszczał końca palca małego, skutkiem czego przy oddawaniu stolca widać było wielką pracę tłoczni brzusznej. Z moczem kał zupełnie się już nie pokazywał od czasu operacji.

Według mojego zdania, chłopiec ów urodził się bez odbytu, przyczem miał na znacznej przestrzeni brak kiszki stolcowej; cięcie, zrobione przez domorosłego chirurga, zraniło pęcherz moczowy i kiszkę, ztąd powstała przetoka kiszko-pęcherzowa, po dokonanej zaś operacji przezemnie przetoka owa sama się zagoiła.

D-r Zygmunt Jeziński [m. Jaltusków].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

9. E. Leyden. O nerce cholerycznej.

Anuryja i białkomocz przy cholerycznej dawno już skierowały uwagę lekarzy na nerki. FRIEDRICHS uważał tyfoid choleryczny za mocznicę. RUMPF rozróżniał tyfoid uremiczny i septyczny. Pierwsi badacze znajdowali zmiany w nabłonku [zmętnienie ziarniste, zwyrodnienie tłuszczowe, zatkanie kanalików przez wałeczki, kłębki były nietknięte]. KLEBS w r. 1887 znalazł w nabłonkach nekrozę koagulacyjną. Co do znaczenia sprawy w nerkach, to jedni czynili ją zależną od utraty wody, zagęszczenia krwi i obniżenia ciśnienia w aorcie, upodobił ją do następstw podwiązania tętnicy nerkowej, inni [KLEBS] uważali tę sprawę za zatrucie toksynami, upatrując analogię z zatruciem kwasem chromnym. W ostatnich mianowicie czasach, zgodnie z zapatrywaniem na istotę cholery, ustalili się poglądy co do toksycznego pochodzenia sprawy w nerkach przy cholerycznej. *Nephritis toxica* jest sprawą bardzo znaną i wielokrotnie badaną. Największy udział bierze w niej zwykle torebka MALPIGHI'EGO [ztąd zapalenie nerek przy szkarlatynie nazywają zwykle *glomerulo-nephritis, s. capsulitis*]. Otóż, żaden z badaczy podobnych zmian w nerce cholerycznej nie znalazł. LEYDEN znalazł tam wprawdzie zmiany, ale zupełnie inne. Na cztery badane przez siebie nerki choleryczne z ostatniej epidemii L. w jednej [śmierć nastąpiła w przeciągu 24 godzin] nie znalazł żadnych zmian anatomicznych. W drugiej [śmierć po 3 dniach, zupełny bezmocz] znaleziono nekrozę koagulacyjną nabłonków, pewną ilość wałeczków w kanalikach; kłębki zmian nie przedstawiały. W trzecim przypadku [6 dni] znaleziono coś podobnego do *glomerulitis* mianowicie między kłębkiem a torebką znajdowano szeroką ziarnistą warstwę, którą L. uważa za sirowiczy lub krwawy przesiek; warstwa ta dość żywo barwiła się eozyną i przedstawiała się w postaci małych krążków, które odpowiadały zmienionym ciałkom krwi. Nabłonki kanalików nie przedstawiały nekrozy koagulacyjnej, tylko gdzieśgdzie były zwiększone i zmętniałe.

W czwartej nerce [8 dni] kłębki i torebka przedstawiały się jeszcze inaczej: dość znaczna przestrzeń między nimi składała się nie z ziarnistej masy, lecz z okrągłych komórek różnej wielkości, które się znajdowały w stanie nekrozy koagulacyjnej: była to biała jednolita masa, słabo barwiąca się eozyną, karminem, przyczem jąder nie dało się wykryć. Kanaliki były rozszerzone z dobrze zachowanym nabłonkiem, ale ich światło było prawie całkowicie zatknięte przez masy zupełnie analogiczne z komórkami torebki MALPIGHI'EGO, t. j. znajdujące się w stanie koagulacyjnej nekrozy. Na podstawie tych badań L. sprawę w nerkach

przy cholery uważa za skutki zaburzeń w krążeniu, a nie intoksykacyi. Wskutek anuryi—podobnie, jak przy podwiązaniu tętnicy nerkowej—występuje anemija, zwyrodnienie nabłonków i w większym lub mniejszym stopniu nekroza koagulacyjna; śladów działania jakiegokolwiek toksyny L. nie widzi żadnych, udział torebki jest zupełnie inny, niż przy *nephritis toxica*. L. zresztą wogóle nie chce widzieć w objawach napadu cholery działania jakiejś swoistej toksyny: chorzy są przytomni aż do śmierci, w działalności serca nie można dopatrzeć się działania jadu, bo upadek tętna zależy od utraty wody [? spr.], czego najlepszym jest dowodem, że po wlewaniu wody do żył tętno natychmiast się poprawia. Wiadomo dalej, że następcze choroby po cholery są rzadkie i nie mogą być odniesione do zatrucia: nie spotykamy przewlekłych cierpień nerek, ani serca, nie bywa porażen, zato bywają nieżyty żołądka i kiszek, żółtaczka, zakrzep żylny. To się odnosi do pierwszego okresu cholery. W okresie tyfoidalnym objawy zatrucia występują wyraźnie, ale prawdopodobnie owe toksyczne substancje wytwarzają się w samym przebiegu cholery, przedewszystkiem występują chemiczne czynniki mocznicy, dalej inne toksyczne produkty rozkładu.

Komunikat swój, przedstawiony na posiedzeniu Tow. Lek. w Berlinie, poprzedza LEYDEN wyrażeniem uznania dla ostatnich doświadczeń PETTENKOFFER'a. Podobnie, jak w klinice, również i w higienie powinno, według LEYDEN'a, utwierdzić się przekonanie, że nie sam przecinek przynosi ze sobą zarazę i niebezpieczeństwo życia. Wskutek panujących dzisiaj mocno dogmatycznych poglądów, które posłużyły za punkt wyjścia do higienicznych przepisów, obudzono i wypielegnowano w masach obawę cholery. Nowoczesna higiena w przesładowaniu zarazków postępuje zanadto dogmatycznie i nie robi przez to przystęgi zasadom lekarskim: chory, który nosi w sobie zarazek choroby, staje się przedmiotem obawy, a nie pomocy. Niedawno w gruźlicy, a teraz w cholery widzieliśmy, iż ten kierunek zaczyna już przekraczać granicę słuszności.

(Deut. med. Woch. N. 50).

A. Puławski.

10. Aufrecht [Magdeburg]. Zapalenie nerek przy cholery.

W 3-ch przypadkach cholery (*stadium algidum*; śmierć w ciągu 12–20 godz.) autor znalazł znaczne zmiany w nerkach, mianowicie w istocie rdzeniowej: przekrwienie brodawek, waleczki szkliste w pętlicach HENLE'go, a waleczki żółtawe, ostro okonturowane w kanalikach wspólnych. Zmiany te uważa autor za wynik sprawy zapalnej, zmiany zaś w istocie korowej miały, według autora, cechy sprawy troficznej, światło kanalików prostych było wypełnione przez ziarnistą masę, pochodzącą ze zmienionych nabłonków. Autor nie sądzi, aby te zmiany można było kłaść na karb utraty płynów i zgęszczenia krwi, a na dowód przytacza opis badania nerek w przypadku cholery, w którym śmierć nastąpiła wskutek mocznicy i gdzie nie było przez cały czas kilka dni trwającej choroby zbyt wielkiej utraty płynów. Jednakże zmiany w nerkach, wyżej opisane, były tu silniej wyrażone, niż w poprzednich przypadkach. Autor wyprowadza ztąd wnioski: 1) zmiany w nerkach zdarzają się przy cholery i wtedy, kiedy nawet nie doszło do *st. algidum*, 2) zmiany te mają charakter zapalenia i dotyczą przedewszystkiem brodawek, których kanaliki są literalnie zapchane przez cylindry, 3) zmiany w istocie korowej, polegające głównie na rozszerzeniu kanalików, należy uważać za następstwo zastoju moczu wskutek zamknięcia światła kanalików w brodawkach, 4) zgęszczenie krwi wskutek utraty płynów może nam tylko do pewnego stopnia objaśnić zmiany w istocie korowej, ale bynajmniej nie tłumaczy nam ważniejszych daleko zmian w istocie rdzeniowej. Zmiany te najprawdopodobniej

muszą zależeć od działania jakiej istoty toksycznej, która się rozwija we krwi cholerycznych.

(*Centr. f. klin. Med. N. 45*).

A. Puławski.

II. E. Fraenkel i M. Simmonds [Hamburg]. Przyczynek do histologii nerki cholerycznej.

W wielu przypadkach piorunującej cholery [śmierć w ciągu 4—10 godzin] obaj autorzy, niezależnie jeden od drugiego, znajdowali największe zmiany w kanalikach skręconych (*tubuli contorti*); zmiany polegały na rozszerzeniu kanalików i nadzwyczajnem obrzmieniu nabłonek, komórki nabłonek były znacznie [2—3 razy] powiększone, kontury ich zatarte, protoplazma ziarnista. Jednocześnie zmiany w kanalikach prostych były albo bardzo nieznaczne, albo ich wcale nie było; zmiany te zjawiały się zwykle znacznie później. Innymi słowy: nabłonek kanalików skręconych, a więc zmiany w wistocie korowej zjawiają się wcześniej i są o wiele znaczniejsze, niż w wistocie rdzeniowej. Fakt ten stoi w zgodzie z przebiegiem zapalenia nerek przy innych chorobach zakaźnych.

Autorzy nie zgadzają się na przypuszczenie AUFRECHT'a co do mechanicznego działania cylindrów na wydzielanie moczu, gdyż nawet biorąc tu rzecz klinicznie, należałoby oczekiwać, iż powiększenie się ilości cylindrów powinno by coraz więcej utrudniać wydzielanie moczu, tymczasem w późniejszych okresach zapalenia nerek przy zwiększeniu ilości cylindrów dyjureza bywa nieraz dość znaczną. Za to zgadzają się z AUFRECHT'em na to, że zmiany, znajduwane przez nich i przez niego, nie są następstwem zęszczenia krwi i zaburzeń w krążeniu, lecz wynikiem cierpienia mięszu nerek wskutek trującego działania jadu cholerycznego.

(*Central. f. klin. Med. N. 50*).

A. Puławski.

12. O. Heubner. O gnilcu (*scorbutus*) u rachitycznych ssaków [choroba BARLOW'a].

Tak zwana choroba BARLOW'a była już w roku 1889 szczegółowo opisywaną przez angielskich lekarzy; w Niemczech zaś wogóle do ostatnich czasów mało była znaną. Cierpienie to w praktyce często się wydarza przy zaburzeniach w odżywianiu i szczególnie zasługuje na uwagę wskutek dodatnich wyników leczenia. Autor przytacza 4 przypadki tej choroby, dotyczące dzieci 10, 12, 14-miesięcznych, do ostatniego czasu pozornie znajdujących się w dobrym stanie. Dzieci te cierpiały od kilku tygodni na silne bóle, umiejscowione więcej w dolnych kończynach, niż w górnych. Bóle te przyjmowane były przez lekarzy za reumatyczne, a sama choroba za reumatyzm stawowy. Najmniejszy ruch, najmniejsza zmiana położenia ciała sprowadzała prerażliwe krzyki chorych dzieci; szczególnie bolesnymi na dotyk były uda.

Mali chorzy leżeli w łóżku sztywni z przykurczonymi kończynami. Bóle te prawdopodobnie powstają także samoistnie, bo często dzieci spędzały noce bezsennie i silnie krzyczały; przytem było obfite pocenie się, szczególnie głowy i często gorączka. Łaknienie bywało stale zmniejszone.

Anamneza wykazała, że mali pacjenci autora bardzo mało, albo wcale nie byli karmieni piersią, a tylko mlekiem krowiem; od czasu zaś, jak przed kilku miesiącami dostały zaburzeń trawienia, karmiono je mączką dziecienną (*Kindermehl*). W jednym przypadku dawano wprowadzić mleko, ale nie świeże, tylko zgęszczone, sterylizowane. To właśnie dziecko dobrze się chowało i nie miało zaburzeń w trawieniu, aż do czasu powstania choroby. Przy oględzinach swoich chorych autor stale znajdował oznaki angielskiej choroby na czaszce i klatce piersiowej, wybitną błądź, woskowe zabarwienie skóry i osłabienie

mięśni. Bliższe badanie miejsc bolesnych dowiodło, że tutaj nie mogło być mowy o reumatyzmie stawowym; albowiem stawy kolanowe i stopowe wcale nie były obrzmiałe i na dotyk zupełnie niebolesne, natomiast niezmiernie bolesnymi były uda nad stawem kolanowym, do kości goleniowej od stawu stopowego ku górze lub od kolanowego ku dołowi. Oczywiście cierpienie umiejscowionem było nie w nasadach (*epiphysis*), ale w trzonach kości (*diaphysis*). Miejsca bolesne nie były obrzmiałe. W niektórych tylko przypadkach skóra była nieco nabrzmiąta i błyszcząca, ale wyraźnie nie nacieczoną. Dopiero przy wymacywaniu w głębi uda można było wyczuć równomierną, cylindryczną nabrzmiąłość i rozlane wzdęcie goleni. Najważniejszym objawem chorobowym były jednak krwawienia z ust. Przy badaniu jamy ustnej okazało się, że dziąsła około niektórych zębów, często złamanych, albo nadłamanych [najczęściej średnie górne i dolne siekacze], są nabrzmiąte, rozpulchnione, sinawo-czerwono zabarwione i przy dotyku krwawią. Inne części jamy ustnej i błony śluzowej nie przedstawiały zmian widocznych. Oprócz tego, autor często spostrzegał w swoich przypadkach wybroczyny w skórze i tkance podskórnej; a inni autorzy spostrzegali także na skórze białawe plamki i nacieki.

Na twarzy uderzało nacieczenie krwawe powiek; zgrubiałe powieki zakrywały gałki oczne i odciskały je na dół i ku przodowi; rogówka i tęczówka zmian nie przedstawiały. W narządach wewnętrznych, nawet w śledzionie, autor zmian nie wykrywał.

Co się tyczy istoty choroby, to w roku 1859 MÖLLER, a w roku 1868 BÖHM i FERSTER, zwracając główną uwagę na zmiany kostne, a mniej na wybroczyny, uważali omawiane cierpienie za ostrą angielską chorobę. W roku 1878 CHEADLE, angielski lekarz, zapatrując się z innego punktu widzenia, przyjmował chorobę tę za gnilec, powstały wskutek zaburzeń w odżywianiu. Dopiero pierwszy BARLOW wykazał właściwą istotę cierpienia: autor ten znajdował wylewy krwawe pod okostną, a wskutek nich odłuszczenie okostnej od kości nieraz na dość znacznej przestrzeni. Ztąd powstają zaburzenia w odżywianiu kości, martwica, nadłamania, złamania, bóle, obrzmienie i zaburzenia czynnościowe kończyn.

Wylewy krwi znajdował BARLOW nie tylko w rurkowatych kościach kończyn dolnych, ale także w kości ramieniowej, w łopatce, żebrach, czaszce, a obok tego w narządach wewnętrznych, płucach, wątrobie, śledzionie. Dla autora streszczanej pracy choroba BARLOW'a przedstawia poniekąd mieszaninę skorbutu i choroby angielskiej. Za główną przyczynę tej choroby HEUBNER uważa brak świeżych pokarmów, odżywianie mączkami i innymi sztucznymi produktami, a nie naturalnem mlekiem kobiecym. Taki brak świeżego pokarmu jest wspólnym czynnikiem etjologicznym w powstawaniu gnileca i choroby angielskiej.

Autor zebrał w literaturze 50 przypadków choroby BARLOW'a, przy czem obrzmienie dziąseł bywało niekiedy tak silne, że przedstawiało się w postaci krwawiącego nowotworu, wystającego z poza warg. W innych znowu przypadkach dziąsła nie były obrzmiałe i w tych złamania zębów nie miały miejsca. Zdarzały się także istotne obrzęki na kończynach. Czasami obrzmienie kończyn zupełnie było niewidocznem podczas choroby, a dopiero po wyzdrowieniu okazało się, że nogi stały się cieńszymi. Choroba BARLOW'a rozwija się nie tylko u dzieci w ostatnim okresie ssania, ale bywa także u młodszych i starszych dzieci; u tych ostatnich zawsze przebiega ze zmianami rachitycznymi. Choroba zdarza się nie tylko w biednej klasie, ale przeciwnie nierównie częściej w sferach zamożnych. Dziwny ten fakt objaśnia CHEADLE okolicznością, że chociaż biedni ludzie dają swym dzieciom, zamiast mleka, nieodpowiednie pokarmy, jak: kartofle, owoce, jarzyny, to takie karmienie jest mniej szkodliwe, bo są to produkty świeże, niż odżywianie dzieci preparatami sztucznymi, które przeważnie stosują ludzie zamożni.

Leczenie, według autora, ma być następujące: Wszelkie sztuczne preparaty winny być wykluczone, a zastąpione świeżem mlekiem, ale stanowczo nie sterylizowanym, a tylko pasteuryzowanym. Jak najmniej lekarstw. Codzień należy podawać kilka łyżeczek od kawy świeżo wyciśniętego soku mięsnego [z malagą, albo z winem węgierskiem], dalej sok owocowy, najlepiej jabłeczny, powidła z jabłek, jedno lub drugie 2—3 łyżeczki dziennie i na obiad rosół z cielęciny, albo z kury i kilka łyżeczek kaszy kartoflanej, szpinaku, marchwi starannie przetartych przez sito. Przy takim postępowaniu poprawa prędko daje się zauważyć: bóle i obrzmienia zmniejszają się i stopniowo znikają, dziecko zaczyna dobrze sypiać. Na bolące kończyny można stosować okłady PRISNITZ'a, tam zaś, gdzie zachodzi obawa o odłączenie nasady lub o złamanie, należy kończynę mocno obandażować.

(*Jahrbücher für Kinderheilkunde. 1892. H. 4.*)

Szczęśny Bronowski.

13. G. Hoppe-Seyler. Przyczynek do nauki o fermentacjach żołądkowych ze szczególnem uwzględnieniem gazów żołądkowych.

Wydobywając z żołądka gazy za pomocą sondy i przyrządu swego pomysłu [po szczegółowy opis odsyłamy do oryginału] przeważnie przy rozszerzeniu i raku tego narządu, autor stale znajdował kwas węglany, prawie zawsze azot i tlen, a bardzo często wodór; nie znalazł natomiast ani razu metanu. Na 22 przypadki 13 razy jednocześnie znajdował się kwas węglany i wodór; taka mieszanina jest palną. A więc palne gazy w żołądku nie zdarzają się tak rzadko, jak dawniej mniemano. Wodór zjawia się wskutek fermentacji masłowej; i autor wielokrotnie mógł wykazać kwasy tłuszczowe w zawartości żołądka, zawierającego wodór. Ciekawą jest okoliczność, że fermentacje tłuszczowe i wodór spotykał, G. HOPPE-SEYLER nawet przy stosunkowo znacznej ilości kwasu solnego—0,19—0,2% w zawartości żołądkowej.

Przeciwnie przy braku kwasu solnego w żołądku przeważnie spotyka się kwas węglany. To samo bywa, jeśli zawartość żołądkowa zawiera dużo drożdży: wtedy gazy żołądkowe składają się prawie wyłącznie z kwasu węglanego. A wogóle, jeśli nie ma fermentacji masłowej, to gazy żołądkowe składają się wprost z powietrza, połkniętego razem z pokarmami, jak dowiodły autorowi obliczenia stosunku azotu do tlenu w wydobytych gazie. Z połkniętego powietrza dość znaczna część tlenu zostaje pochłonięta; pozostaje zaś azot, do którego przyłącza się 2,4—8,1% kwasu węglanego.

Nareszcie autor zauważył, że przy powracaniu zawartości z dwunastnicy i domieszce tym sposobem żółci do zawartości żołądkowej w żołądku znajduje się znaczna ilość kwasu węglanego.

Wydobycie gazów z żołądka i rozbiór ich według metody HEMPEL'a nie zajmuje więcej, jak twierdzi autor, niż pół godziny czasu. W wątpliwych przypadkach zaleca on przeto wykonywanie rozbioru gazów żołądkowych: tym sposobem można się przekonać, czy nadmierne napełnienie żołądka gazami zależy od fermentacji, czy też wprost od połykania dużych ilości powietrza.

(*Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 50, str. 82, 1892.*)

E. Biernacki.

14. F. Kuhn. Fermentacje gazowe w żołądku ludzkim i ich znaczenie praktyczne.

Silny rozwój gazów w zawartości żołądka zdradza się przez częste odbijanie, wzdęcie żołądka; jednakże może istnieć odbijanie wtedy nawet, gdy wcale zawartość żołądkowa nie wytwarza gazów, a mianowicie w przypadkach nadkwaśności zależnej od kwasu solnego (*hyperaciditas hydrochlorica*), czego dowodzi kilka przytoczonych przez autora przypadków. Gdy zaś odbijanie zjawia się wskutek wytwarzania gazów w zawartości żołądkowej, to i sama zawartość po wydobyciu z żołądka dalej wytwarza

gazy, co widzieć można już gołym okiem: z głębokich warstw płynu podnoszą się na powierzchnię pęcherzyki, jak w piwie musującym, i pod warstwą piany wytwarzają się dwie inne: na dnie gęstsza z części pokarmowych *resp.* krochmalowych, a nad nią płyn przezroczysty. Taka zawartość żołądkowa wytwarza gazy przez wiele godzin po wydobyciu; gazy te można zebrać w eudymetrze pod rtęcią lub wodą, jak to mianowicie robił autor, a z ilości, zebranej za pewien przeciąg czasu, sądzić można o sile i natężeniu takiej fermentacji gazowej.

Przedewszystkiem autor stwierdził dwa niezmiernie ciekawo fakty: 1) w przypadkach rozszerzenia żołądka z brakiem kwasu solnego fermentacja gazowa nie rozwija się w zawartości żołądka, a przeciwnie rozwój gazów zawsze bywał w przypadkach autora w zawartości zawierającej HCl, nieraz nawet w znacznej ilości; 2) fermentacja gazowa przy pokarmie mięsnym nie ma miejsca, a tylko przy pokarmie obfitującym w wodany węgla, a także przy mleku. Skłonność zawartości do fermentacji gazowej osłabia się jednak znacznie pod wpływem różnych związków: najdzielniejszym okazał się pod tym względem kwas salicylowy i salicylan sodu, które znosiły wytwarzanie gazu w wypompowanej zawartości żołądkowej przy zawartości 0,0025%, dalej bendżinian sodu [0,03%] i sacharyna [0,05%], rezorcyna [0,25%]. Kwas solny znosił fermentację gazową, jeśli była ona słabego natężenia, po dodaniu 0,1% do zawartości; wobec zaś energicznej fermentacji nawet 0,2% pozostawało nieraz bez wpływu.

Znakomity wpływ kwasu salicylowego na fermentację gazową zawartości żołądkowej autor stwierdził na kilku chorych z silnem rozszerzeniem żołądka i wytwarzającą gazy zawartością. U jednego chorego już po przyjęciu kwasu salicylowego w dawce 1-grama znikło odbijanie i wypompowana zawartość żołądkowa okazała się zupełnie niezdolną do fermentacji gazowej; własność ta jednak wróciła znowu drugiego dnia po odstawieniu środka wspólnie z objawami podmiotowemi i znowu znikła po powtórnem przyjęciu kwasu salicylowego.

Pewną część gazu wytwarzają niewątpliwie drożdże, co autor stwierdził w wielu przypadkach; oprócz nich autor wyhodował z zawartości żołądkowej w jednym przypadku sokotoku krótkie pałeczki, które na podłożach z cukrem wytwarzają wielkie ilości gazu. Prawdopodobnie jednak i inne drobnoustroje są przyczyną fermentacji gazowych w żołądku.

Z praktycznego punktu widzenia ważnem jest zawsze stwierdzenie, czy odbijanie u chorych zależy od fermentacji gazowych, czy też nie; w ostatnim bowiem przypadku kwas salicylowy nie daje dobrych wyników, a skuteczne są prędzej alkalia. Przy skłonności zawartości żołądkowej do fermentacji należy także odstawić mleko.

(*Deutsch. medicin. Wochenschr.* 1892. Nr. 49 i 50). E. Biernacki.

15. J. Boas. Siarkowodór w zawartości żołądkowej.

Autor opisuje cztery przypadki cierpień żołądkowych, w których zawartość żołądkowa niewątpliwie zawierała H_2S . Niektórzy z tych chorych czuli przy odbijaniu zapach zgnitych jajek; we wszystkich zaś przypadkach papierek ołowiany, zmoczony ługiem i trzymany nad zawartością żołądkową w zakorkowanym naczyniu, czerniał po krótkim czasie. Ilościowo zawartość siarkowodoru nie była znaczna i wynosiła w jednym przypadku autora ledwie 0,000417%; przy takiej zawartości siarkowodoru nie ma co się obawiać, według autora, zatrucia ustroju tym związkiem.

Siarkowodór w zawartości żołądkowej zdarza się nie tak rzadko: oprócz przypadków autora rozszerzenia żołądka, spotykano go także przy nienormalnem połączeniu światła kiszek z żołądkiem, i przy ostrych nieżytach żołądkowo-

kiszkowych. Ale podobnie, jak F. MUELLER, autor ani razu nie mógł u swoich chorych wykryć H_2S w moczu.

Z drugiej strony ważnym jest fakt, że we wszystkich przypadkach autora zawartość żołądkowa miała silnie kwaśny odczyn i często ilość kwasu solnego była wzmozoną. Oczywiście obecność kwasu solnego nie przeszkadza nieraz powstawaniu fermentacji wodoranów węgla, nawet białka; a za najważniejszą przyczynę takich fermentacji, należy uważać zastój miazgi pokarmowej w żołądku.

Niewątpliwie H_2S w zawartości żołądkowej pochodzi z fermentacji białka, ale autor nie może wykluczyć i drugiej możebności powstawania siarkowodoru w żołądku: mianowicie H_2S może nieraz odszczepiać się od siarczanów zasad, głównych części składowych wody Karlsbadzkiej i Marjenbadzkiej. Rzeczywiście, dodając małe ilości siarczanu sodu do silnie fermentującej, ale niezawierającej siarkowodoru zawartości z rozszerzonego żołądka, autor stwierdził wydzielanie się tego związku. Być może więc, że nieznośnienie kuracyi Karlsbadzkiej u niektórych chorych zależy od wytwarzania siarkowodoru w żołądku, zawierającym kwas solny.

(*Deutsch. medicin. Wochenschr.* 1892. Nr. 49)

E. Biernacki.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie z dnia 18 Października 1892 r. [Ciąg dalszy].

RUPPERT z Aleksandrowa zdał sprawę z przypadku cholery azyatyckiej, obserwowanej przez siebie na miejscu. Chory flisak w nocy z 13 na 14. X r. z. z miejscowości Czerwonny Krzyż nad Wisłą dostał wymiotów i biegunki, przewieziony został do Ciechocinka, a następnie do baraku w Aleksandrowie w stanie oziębienia. W szpitalu raz tylko miał wymioty i stolec oraz kurecze w łydkach. W preparatach ze świeżego kału R. znalazł znaczne ilości spirylli, hodowle wykazały typowe kolonie przeciinkowców cholerycznych. Chory obecnie ma się lepiej. R. objaśnia, że flisak ten zaraził się przez picie wody z Wisły z miejsc takich, gdzie woda jest niemal stojąca.

STUMMER zabrał głos w sprawie panującej obecnie epidemii dysenterji, która od 2 miesięcy w Warszawie i jej okolicach zabiera wiele ofiar. Odróżnić można dwie formy: przypadki lekkie—kataralne, oraz ciężkie—dyfterytyczne. Zaraźliwość dysenterji jest niewątpliwa: w niektórych miastkach zapada na nią po kilka osób, tworzą się formalne gniazda zarazy. Statystyka urzędowa notuje w ostatnich 3 tygodniach 61 zgonów na dysenterję. St. radzi chorych takich odosobnić. Przy leczeniu, oprócz wymiotnicy, kalomeli i makowca, St. stosował ławaty wy salepowe z dodatkiem szałolu lub *kali chlorici*.

Posiedzenie z dnia 25 Października.

I. KRUGEBAUER [Autoreferat] przedstawił 3-letnią dziewczynkę, przyslaną przez kol. WIELOBYCKIEGO z Mławy, dotkniętą nietrzymaniem moczu i *eczema urinosum* wskutek wrodzonego wynicowania pęcherza moczowego przy rozszczepieniu miednicy i ściany brzusznej od pępka aż do spojenia wielkich warg sromnych sięgającym. *Gastro-kysto pelyschizis congenita, Exstrophia vesicae urinae in pelvi fissa*. Przy badaniu pod chloroformem skonstruowano brak zupełny macicy i pochwy, mianowicie przy badaniu dwuręcznem *per rectum* i ścianę brzuszną, czyli pęcherzową. Kości łonowe odstają od siebie na 6 ctm. *Distantia cristarum ossium ilei maxima* 17 ctm., *Distantia spinarum anterior superior* 15 ctm., *Distantia bispin. posterior superior* 6 ctm., *tubularis* 6 ctm.. Pępek ułożony nadzwyczaj nisko, albowiem 16 ctm. niżej od ostrza *proc. xiphoides sterni* i 5 ctm. poniżej środka linii łączącej obie *spinae ilei anteriores superiores*. Wysokość przednich końców *ossium pubis* 3 ctm.. Powierzchnia wewnętrzna pęcherza moczowego odkryta wskutek braku, czyli rozszczepienia przedniej ściany brzucha i pęcherza, rozmiary pęcherza wynoszą w pionowym kierunku 30, w poprzecznym 34 millimetrów. Wysokość kroczka wynosi 30 millimetrów. Co się tyczy pochwy, to jeśli istnieje, to tylko w rozwoju rudymenarnym, kanału żadnego nie znajdujemy. Tak samo przy dwuręcznem badaniu nie znaleziono ani śladu macicy pomiędzy ścianą pęcherza i kiszka stołową.

Jak pęcherz i spojenie łonowe, tak i cewka moczowa, *glans i praeputium clitoridis* są rozszczerzone (*Epispadiasis completa urethrae*), odstęp niepołączonych ze sobą części żełtaczki wynosi 11 milimetrów, po każdej stronie rozszczerzonej cewki widać po trzy wyniosłości od siebie rowkiem oddalone, mianowicie po każdej stronie po jednej połowie *glans et praeputi clitoridis* i małą wargę sromną. Tylna ściana cewki moczowej rozszczerzonej dochodzi do samego *frenulum* wielkich warg sromnych i tam z niem się bezpośrednio zlewa. *Labia maiora* są dobrze rozwinięte, odstają od siebie na 6 centymetrów. Otwór cewki przechodzi bezpośrednio w kroczę; 3 centymetry niżej znajdujemy otwór odbytnicy, stosunkowo bardzo rozszerzony, tak, że z wielką łatwością wpuszcza wskazielce. Powierzchnia pęcherza moczowego, czyli błona śluzowa przedstawia się mocno zaczerwienioną, pokrytą śluzem i moczem sączącym się z otworów dobrze widocznych obu moczowodów. Do każdego moczowodu wprowadzono po jednej sondzie, która swobodnie dawała się wsuwać, wskazując kierunek moczowodów ku górze i na zewnątrz. Przy stojącej pozycji dziecka mocze stale się sączy z moczowodów, przy leżącej pozycji nie stale. Wytryskiwania silnym strumieniem ani z jednej, ani z drugiej strony nie zauważono. Błona śluzowa moczowodów przedstawia się cokolwiek wynicowana, podobnie jak przy *anus praeternaturalis*. *Trigonum Lieutaudii* odznacza się przez rowki przebiegające pomiędzy odcinkami błony śluzowej więcej wypukłymi pod wpływem *preli abdominalis*. Górny brzeg pęcherza otoczony jest rodzajem półokrągławej błony, błyszczącej. W miejscu, gdzie *collum vesicae* łączy się *cum urethra*, po obu stronach linii środkowej widać podłużne pasma tkanki gładkiej, błyszczącej, jakby obnażone z błony śluzowej, w tem też miejscu palcem wyczuwa się cokolwiek większą rezystencyję. W miejscu, gdzie wypadłoby szukać otworu pochwy, znajdując się na tylny ścianie rozszczerzonej cewki lekka wydutność z otworkiem drobnym, wpuszczającym cienką sondę zaledwie na 2 milimetry. Prawdopodobnie są to szczątki rudymentarne pochwy (?; kanalik ów, zdaje się, kończy się ślepo; może być, że mamy do czynienia li tylko z formacją torebkową, na jakie natrafiamy częściej przy lub obok ujścia cewki (przewody parauretralne GARTNER'a). Kości łonowe pomiędzy sobą połączone są pasmem tkanki łącznej, stosunkowo mocno naprężonem, jakby rodzajem szerokiego więzła; pomiędzy palcem wprowadzonym do odbytnicy i palcem na miejscu rozszczerzonego spojenia łonowego położonym wyczuwa się ściankę mniej więcej 1 centymetra grubości, przegrodę twardą niepodatną. Dnia 5 Kwietnia roku 1887 kol. NEUGEBAUER (patrz „Medycyna“ 1887 r. str. 253) pokazywał w Towarzystwie okaz miednicy o rozszczerzonym spojeniu łonowym wrodzonym, gdzie diastaza kości łonowych wynosiła aż 16,5 centymetrów, przy tej okazji skreślił etjologję, kasuistykę i terapiję rzeczonej anomalii rozwojowej, na który to wykład się dziś powołuje. Od owego czasu widział jeszcze jeden nowy preparat *pelvis fissae* dorosłego osobnika, dotychczas jeszcze nie opisywany, mianowicie preparat znajdujący się obecnie w muzeum kliniki akuszerzyjnej profesora HALBERTSMA w Utrechcie, gdzie kol. N. był w roku 1889; preparat ten, którego fotografie N. dziś pokazuje właściwie jest własnością muzeum Amsterdamskiego i pożyczony raz do Utrechtu tam pozostał. Dla porównania kol. N. pokazuje fotografie miednicy rozszczerzonej wskutek zropienia spojenia łonowego przy sprawie położowej. Miednica ta znajduje się w muzeum profesora BRODOWSKIEGO. Następnie kol. N. demonstrował 2 fotografie dorosłej kobiety, dotkniętej rozszczerzeniem miednicy, wynicowaniem wrodzonym pęcherza oraz całkowitem wypadnięciem pochwy i macicy *post partum*. Chora ta w swoim czasie była przedstawiona w Towarzystwie przez ś. p. LUDWIKA NEUGEBAUERA, który dokonał kilku operacyj w celu usunięcia *prolapsus uteri* (Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego tom 76—1880). Aczkolwiek chora doznała ulgi co do wypadnięcia macicy, to jednak wynicowanie pęcherza pozostało w dawniejszym stanie.

Podług PUCH'a, na 100,000 noworodków trafia się jeden przypadek *pelvis fissae*, lecz u dorosłych okaz ten bywa o wiele rzadszym poprostu dla tego, że większość tych dzieci weześnie ginie wskutek pospolitych przy tem cierpieniach innych wrodzonych wad rozwojowych, ważniejszych dla życia, wskutek komplikacyj. *Ecstrophia vesicae urinariae* obserwowano w klinice profesora KOSIŃSKIEGO, w szpitalu zaś dla dzieci w roku bieżącym aż dwa przypadki (kol. PESZKE).

Kol. N., przez kobiety opisywanej przez Ojca swego, widział jeszcze chorą operowaną w Moskwie przez profesora SNIEGINOWA sposobem plastycznego pokrycia defektów podług metody THIERSCH'a; rezultat operacyi był bardzo pomyślny. Nareszcie N. widział w Berlinie w czasie swojej asystentury u profesora BERGMANN'a chorego, u którego profesor SONNENBURG dokonał ekstirpacyi pęcherza wskutek wynicowania wrodzonego. Otwory moczowodów zostały wyszty do rany.

Co do terapii kol. N. wspomina tylko nawiasowo o różnych sposobach, polegających głównie: na plastycznym pokryciu defektu sposobem THIERSCH'a, WOOD'a, na ekstirpacji całego pęcherza sposobem SONNENBURG'a, na zszywaniu kości łonowych równocześnie z rozcięciem stawów krzyżowo-biodrowych od tyłu lub bez takowego z nakładaniem następnie opaski gipsowej lub innej na miednicę dla utrzymania w styczności zeszytych kości łonowych. Sposobem zeszywania kości łonowych z naszych chirurgów operował tylko prof. RYDYGIER. Opracowanie również ciekawego dla chirurga, akuszerza i embryjologa tematu rozszczepienia miednicy ogłoszone będzie przez kol. N. w jednym z czasopism specjalnych.

II. 1) Kol. NEUGEBAUER demonstrował rzadki okaz miednicy, którą otrzymał w darze 1891 od kolegi DOLERIS'a w Paryżu. Miednica pochodzi od kobiety zmarłej po cesarskim cięciu, dokonanej przez profesora PAJOT'a w roku 1885, czy 1896. Anamneza niewiadoma. Kol. N. otrzymał, prócz miednicy, tylko 2 fotografie ciężarnej zaówczas X. X. i pokazuje zarazem 4 fotografie samego preparatu w Warszawie wykonane. Preparat jest unikatem pod względem kombinacji kilku wad. Mamy przed sobą: 1) Skośne zwięźlenie miednicy wskutek nierównomiernego rozwoju prawej i lewej połowy kości krzyżowej, mianowicie skrzydeł jej, *pelvis Naegele'ana oblique arcta cum synostosi completa articulationis sacro-iliacae sinistrae, hypoplasia alae sinistrae ossis sacri et scoliosis columnae vertebralis secundaria*. 2) *Caries lumbosacralis, inde kyphosis, spondylizema* [HERGOTTU]. Kyfoza tak daleko posunięta, że najbliższe spojenia łonowego znajduje się 1 lub 2 krąg lędźwiowy, *pelvis spondylizematica oblecta*. 3) *Spondylolysis bilatralis interarticularis arcus veribrae lumbalis 5-ae* bez następczego kręgozmyku; zdanien kol. N., rozszczepienie kostnego łuku kręgowego nie jest następstwem sprawy destrukcyjnej przez *caries*, a raczej wrodzonym albo też następstwem złamania. 4) Obecność 6 kręgów lędźwiowych lub też 6 kręgów krzyżowych lub też tak zwanego kręgu asymilacyjnego (*Lumbosacraler Uebergangswirbel*) GEGENBAUER'a. Krąg ten w porównaniu do kręgów wyżej i niżej położonych jest znacznie mniej rozwinięty, rudymenarny, pozostał w stanie zatrzymanego rozwoju. Ciemną jest kwestyja, czy mamy do czynienia li tylko z przypadkową kolincydencją kilku zbroczeń od normy, czy też pomiędzy niemi istnieje pewien *nexus causalis*.

III. Kol. N. demonstrował 5 fotografii 16-letniego chłopca dotkniętego kręgozmykiem traumatycznego pochodzenia, podług rozpoznania Londyńskiego ortopedysty BENARDA ROTU'a. Fotografie przemawiają za uzasadnieniem rozpoznania. Byłby to 6 dopiero przypadek kręgozmyku klinicznie obserwowanego u mężczyzny. Pierwszy ogłosił LEESER w Halli, trzy następne ogłosił KROENIG w Berlinie, 5 GIBNEY w Ameryce północnej. Podług zdania N., rozpoznanie w 2 przypadkach KROENIG'a [kol. N. osobiście badał obu chorych] oraz w przypadkach LEESER'a i GIBNEY'a przedstawia się bardzo wątpliwem. Anatomicznych preparatów kręgozmyku N. zanotował już kilka u mężczyzny, lecz nigdy kręgozmyk nie osiągnął takiego stopnia rozwoju jak u kobiet, co się objaśnia brakiem ciąży; albowiem ciężar, działający przy ciąży bezpośrednio na kręgosłup lędźwiowy, stanowi jeden z najważniejszych czynników rozwoju kręgozmyku przy obecności warunków anatomicznych mechanicznych dla powstania kręgozmyku niezbędnych.

IV. Uzupełniając dawniejszą demonstracyję 22-letniego osobnika na pozór dwupłciowego, kol. N. pokazuje dwie fotografie nowej obserwacyi tego rodzaju: 8-letnią dziewczynkę przysłał do Warszawy kolega HAY z prowincyi. Przy badaniu okazało się, że płci tego dziecka rozstrzygnąć dziś niepodobna, nie chcąc się narażać na możliwą pomyłkę (*erreur de sexe*). Zdaje się, że mamy przed sobą chłopca: *penis imperforatus (pseudo-clitoris), scrotum fissum (pseudolabia majora pudendi)*, pomiędzy nieczłoniętymi odcinkami *scroti* na 3 ctm. poniżej osady członka znajduje się zagłębienie, w którym otwiera się cewka moczowa pozornie kobieca i rudymenarna pochwa. Ponieważ badania pod chloroformem nie dozwolono, a dziecka, jak zwykle, w tych przypadkach dla samego strachu niepodobna było badać *per rectum*, nie chcąc utracić stanowczo nadziei na dalszą obserwacyję, o wymacywaniu jąder i prostaty lub jajników, macycy i t. d. mowy być nie mogło. Jedynie skonstatowanie jąder lub jajników jest w stanie rozstrzygnąć płęć, więc w danym przypadku płęć musi pozostać nierozstrzygnięta, dopóki, dajmy na to, w okresie dojrzałości płciowej jądra nie wyjdą z jamy brzusznej, co zwykle u tego rodzaju osobników płci męskiej, prędzej, czy później, następuje, jeśli nie pozostanie kryptorchizm, lub też nie uda się wymacać jajników. Obecność pochwy, macycy jajowodów, a nawet miesięczki bez obecności jajników, ma się rozumieć, nie rozstrzyga kwestyi na korzyść płci żeńskiej. W większości przypadków mamy do czynienia z mężczyznami o rozwoju zatrzymanym, bardzo rzadko tylko z kobietami o pozorach męskich. Kazuistyka przypadków pseudo-

hermafrodytyzmu, bardzo obszerna i dobrze opracowana, jest i bardzo ciekawą pod względem psychologicznym, szczególnie w przypadku TARDIEU, gdzie wada rozwojowa wyżej wymieniona stała się przyczyną samobójstwa osoby dorosłej, również przypadek w roku bieżącym, opisany przez GUERMONPREZ w Lille, którego rysunki kol. N. dziś demonstruje. Jeden jedyny raz tylko obserwowano do dziś dnia pseudo-hermafrodytyzm u dwóch osobników z jednej rodziny. Są to dwie siostry, czyli — po skonstatowaniu pomyłki płciowej — dwaj bracia X. w Hamburgu. [Spostrzeżenie ogłoszone przez D-ra NONNE w *Jahrbücher der Hamburgers Staatskrankenanstalten her. von A. Kast. Zweiter Jahrgang. 1890. Leipzig. 1892 str. 446.*]

Posiedzenie z dnia 2 Listopada 1892.

OETUSZEWSKI przedstawił ciekawy przypadek wyleczonej afazji ośrodkowego pochodzenia połączonej z agraftją i aleksyją. [Autoreferat].

Punktem wyjścia tego leczenia jest możliwość za pomocą metodycznego nauczania przywracania w lewej półkuli przerwy między ośrodkami ideacyi, a ośrodkami wrażeń słuchowych i ruchowych BROCA, lub też między temi dwoma ostatnimi ośrodkami, a nawet wytwarzania nowych ośrodków, mianowicie wrażeń słuchowych i ruchowych w prawej półkuli, w razie zniezczenia tychże w lewej, gdyż nie ma dobrej racyi zaprzeczać temu, że prawą półkulę mózgową można uzdolnić do mowy. Przypadek jest następujący: chory 64 lat liczący, alkoholik, bardzo mało inteligentny, przy końcu Maja r. z. zauważył utrudnienie ruchów w prawej górnej kończynie, do czego wkrótce przyłączyła się utrata mowy, bez utraty przytomności. Kolega O. widział chorego pierwszy raz w dwa tygodnie, po opisanym napadzie i znalazł stan następujący: Ruchy językiem chorego wykonywał dość swobodnie. Prawa górna kończyna przedstawiała niewielki stopień niedowładu. Ruchy w dolnej prawej kończynie były prawidłowe. W sercu szmer skurezowy u podstawy. Chory zdawał sobie dokładnie sprawę z otoczenia, doskonale wiedział, co mówić zamierza, rozumiał, co się do niego mówiło, dokładnie powtarzał wyrazy wypowiedziane, samodzielnie jednak nie mógł powiedzieć ani słowa. Podobnie zniesione było samodzielne czytanie i pisanie. Opisany stan trwał do 1 Września r. z., przyczem żadnej zmiany ze strony mowy chorego nie zauważono [niewielki stopień niedowładu prawej górnej kończyny znikł prawie w zupełności]. Kol. O. namówił chorego, aby się poddał leczeniu, mającemu na celu powrót mowy, możliwość czytania i pisania; po dwumiesięcznej pracy doprowadził go do tego stanu, że obecnie może swobodnie mówić i nieźle czyta i pisze. W omawianym przypadku kol. O. przypuszcza przerwę, jaka nastąpiła między ośrodkami ideacyi a ruchowym ośrodkiem Broca'a, jak również niezależne od tego dwie przerwy między temiż ośrodkami ideacyi, a ośrodkami dla pisma i czytania.

Wiadomości bieżące.

— Kol. W. KRAJEWSKI otrzymał pozwolenie na wydawanie pisma „Przegląd chirurgiczny“, który ma być poświęcony chirurgii, ginekologii, laryngologii, otyjatrii i oftalmologii.

— Prof. anatomii w Genewie D-r LASKOWSKI i P. BALICKI, rysownik, wydadzą atlas anatomiczny, składać się mający z 16 dużych tablic [60 c. na 80 c.] chromolitografowanych; w nim pomieszczą wszystkie systemy i organa ciała ludzkiego. Cena całego atlasu 65 franków. Dotąd wyszło 10 tablic. O ile możemy wnosić z nadesłanych nam próbek atlas przedstawia się okazale.

— Dnia 30 Grudnia otwarto uroczystie w Wiedniu nowy zakład dla polikliniki (IX *Mariengasse*), wystawiony z prywatnych funduszków wedle wszystkich wymagań nauki. Między innymi mieszczą się w nim instytuty dla hydroterapii, chemii i bakterjologii.

— Wiedeńskie czasopismo „*Wiener klinische Wochenschrift*“ rozpoczęło wydawać szereg prac lekarskich w postaci pojedynczych monografij. Jako początek wyszła praca D-ra ORTNER'a: „*Die Lungentuberculose als Mischinfection*“.

— Dnia 9-go b. m. obchodzono uroczystie w Kiel 70 letnią rocznicę urodzin prof. chirurgii tamtejszego uniwersytetu v. ESMARCH'a.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wl. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 7 Января 1893 г.

Друк К. Ковалевського, Крólewska. Nr. 29.

J. RUTKOWSKI
Apteka i Pracownia Chemiczno-farmaceutyczna
w Warszawie, ulica Długa Nr. 16. Telefon Nr. 155.

poleca:

Przetwory chemiczno-farmaceutyczne specjalnie Ekstrakty lecznicze (*Extracta fluida, spissa et sicca*), wyrabiane przez perkolację i wyparowanie w próżni (*vacuum*).

Nowe środki lekarskie sprowadzane z pierwszych źródeł z chwilą pojawienia się w handlu.

Czyste przetwory chemiczne do celów analitycznych.

Barwniki Dra G. Grüblera w Lipsku do badań mikroskopowych.

Różne przyrządy pomocnicze do robót mikroskopowych, jako to: szkiełka przedmiotowe i pokrywkowe, miseczki, flaszki, igły, szpadle, pincety i t. p.

Wina lecznicze, przyrządzane na wyborowych gatunkach win francuzkich i hiszpańskich—własnego importu.

(dla aptek i szpitali ceny hurtowe).

26—25

DOM ZDROWIA D^{ra} K. DOBRSKIEGO.

Warszawa. Aleja Róż. 10.

Zakład leczniczy, przeznaczony dla stałego pomieszczenia chorych wszelkiego rodzaju (z wyjątkiem chorych obłąkanych), mieści się w osobnym, odpowiednio do celu urządzonym domu.

O warunkach pobytu wiadomość u K. Dobrskiego, Królewska 10. 0—1

Odznaczony medalem srebrnym na wystawie Muzeum Przemysłu i Handlu, jako też medalem złotym na wystawie Brukselskiej, jako udoskonalony czysty wytwór z wina.



poleca koneserom jak również do użytku leczniczego

26—17

SPECYJALNA FABRYKA KONIAKU „IMPERIAL”

w Warszawie, Śliska Nr. 35.

Analizy W.W. prof. Milicera, d-ra Nenckiego i d-ra Zawadzkiego orzekają, iż koniak „IMPERIAL” nie różni się od dobrych wyrobów produkowanych we Francji i że cena stosunkowo do swej dobroci jest bardzo niską. Koniak „IMPERIAL” jako czysty wytwór z wina zaleca się chorym i rekonwalescentom.

Sprzedaż hurtowa od 48 butelek czyli 3-ch wiader w kanterze fabrycznym.

Sprzedaż detaliczna we wszystkich składach win i sklepach Merkury w Warszawie, jak również w większych składach win na prowincyi i w Cesarstwie.