

GAZETA LEKARSKA

I Owrzodzenia jamy ustnej u dzieci (stomatitis ulcerosa)

O Niezwykłych cechach klinicznych.

Podał

Dr med. Władysław Świątecki,

kierownik ambulatoryum chorób gardła, nosa, krtani i uszów w szpitalu Dzieciątka Jezus
w Warszawie.

[Rzecz, odczytana na posiedzeniu sekcji laryng.-otyatrycznej W. T. L. w d. 6. XII. 1906 r.]

Jesienią roku zeszłego, w ambulatoryum swoim szpitalnem zdarzyło mi się spostrzegać i leczyć szereg przypadków owrzodzeń jamy ustnej o tak niezwykłych cechach, że choroby tej nie można było zaliczyć do żadnych ze znanych typów klinicznych.

Choremi mojemu były wyłącznie dziewczynki z Domu Wychowawczego przy szpitalu Dzieciątka Jezus w wieku od 6 — 10 lat. Dziewczynki te przez lato ubiegłe bawiły na wsi na kolonii letniej w Powsinie pod Warszawą. Niektóre z nich zapadły w krótkce po przyjeździe na wieś i przechorowały cały czas pobytu na letniem mieszkaniu i po powrocie, t. j. 1½ — 3 miesięcy, gdyż choroba nie ustępowała mimo stosowania płukań z *Kali chloricum*, kwasu bornego i t. p. Z opowiadań opiekunki ich [siostry miłosierdzia] dowiedziałem się, że dzieci te piły wodę z miejscowej studni, która pod względem czystości pozostawiała wiele do życzenia. MoŜnaby ową studnię posądzić o dostarczenie zarazy, gdyby nie okoliczność, że jedna z dziewczynek już na dwa tygodnie przed wyjazdem z Warszawy, w początku czerwca, dostała owrzodzeń w jamie ustnej, które doszły do tego stopnia, że jeść prawie

nie mogła z powodu bólów. Przechorowała trzy miesiące przeszło i dopiero po powrocie u mnie się wyleczyła. Jeżeli mieliśmy do czynienia z chorobą zakaźną, co zdaje się nie ulegać wątpliwości, to ta właśnie chora prawdopodobnie była rozsadnikiem zarazy.

Przytaczam kilka przypadków o wybitniejszym obrazie klinicznym, jaki mi się przedstawił w chwili badania.

I. B. B., lat 6. Dobrze zbudowana i odżywiona. Zachorowała przed 2-ma miesiącami. W jamie ustnej na śluzówce policzka prawego ma duże owrzodzenie, sięgające od kąta ust aż do kąta szczęk; na szerokość zajmuje $1\frac{1}{3}$ — 2 centymetrów i położeniem swoim odpowiada szeregowi zębów górnych i dolnych, przy zamkniętych szczękach. Owrzodzenie to sięga włąb mniej więcej na 1 do 2 milimetrów, ma nieregularne zarysy i dno nierówne, pokryte szarawo-białym nalotem, brzegi jego zlekka nacieczone; przy dotyku jest mało bolesne i krwawi. Ani jednego zepsutego zęba, natomiast na wszystkich zębach po tej stronie [dziewczynka gryzie lewą stroną pokarmy] obfity osad zębowy [kamień]. Na podniebieniu przy ostatnim zębie trzonowym owrzodzenie wielkości siemienia lnianego. Takież owrzodzenie pośrodku prawego boku języka. Inne miejsca błony śluzowej jamy ustnej zdrowe. Ale zato górna połowa migdałka podniebiennego prawego zajęta jest przez owrzodzenie wielkości fasoli, pokryte szarawo-białym nalotem i za dotykiem krwawiące. Policzek z tej strony nieco obrzękły, gruczoły chłonne podszczękowe znacznie powiększone. Stan bezgorączkowy.

II. F. R., lat 7. Po stronie prawej tuż przy kącie ust nieregularne, półksiężycowate owrzodzenie, wielkości sporej fasoli, sięgające włąb na kilka milimetrów. Za niem po centymetrowej przerwie, zajętej przez zdrową śluzówkę, zaczyna się podłużne owrzodzenie, na pół centymetra szerokie i sięgające aż do kąta szczęk; kontury i dno nieregularne. Owrzodzenia te są mało bolesne, zlekka krwawią przy dotyku; pokryte są szarawo-białym nalotem. Odpowiednie zęby całe, osad kamienny niewielki. Gruczoły podszczękowe z tej strony średnio powiększone. Stan bezgorączkowy.

III. N., lat 8. Po stronie lewej na błonie śluzowej ma owrzodzenia różnej wielkości o cechach opisanych w powyższych przypadkach — na policzku, z boku języka i na podniebieniu twardem, około trzeciego zęba trzonowego dolnego. Dzięsia szczęki dolnej zlekka obrzękłe i owrzodziałe, nieznacznie krwawią przy dotyku. Bolesność niewielka. Gruczoły chłonne pod szczęką powiększone, ale mało bolesne.

IV. J. Z., lat 10. Chora od kilku tygodni. Na prawym policzku od strony zębów powierzchowne owrzodzenie błony śluzowej na 4 — 5 centymetrów długie, na pół ctm. szerokie, o innych cechach, jak wyżej. Na zębach tej strony osad twardy i miękki; niewielkie owrzodzenia około zębów. Gruczoły wymacalne, ale niebolesne. Ciepłota ciała prawidłowa. Odżywienie dobre.

Wszystkich spostrzeżeń mam 14, ale nie uważam za konieczne podawanie ich opisu, ponieważ od przytoczonych różnią się tylko wielkością owrzodzeń lub ich liczbą i rozmieszczeniem. We wszystkich atoli przypadkach bez wyjątku owrzodzenia te były jednostronne i odpowiadały zębom, na których był osad kamienny.

Ten ostatni, jak wiadomo, wytwarza się po tej stronie, którą dany osobnik nie gryzie pokarmów, więc istnieje tu brak wpływów mechanicznych. Dziaśła były albo zupełnie niezajęte sprawą chorobową, albo w bardzo nieznacznym stopniu i tylko wtórnie. Również w innych przypadkach choroba przebiegała bez gorączki i nie wywoływała upadku odżywiania. Trwanie od kilku tygodni do 3-ch miesięcy.

Początkowe leczenie lapisem w rozczynach różnych stężeń, płukaniem środkami antyseptycznymi i t. p., nie dawało pomyślnego wyniku. Dopiero przyżegania kwasem chromnym nadzwyczaj szybko prowadziły do zagojenia się owrzodzeń. Po uprzednim znieczuleniu kokainą stosowałem kwas chromny, zatopiony na końcu zgłębnika, lub płynny, który przyjął tę postać przez przyciągnięcie wilgoci z powietrza. Rzeczywiście wprost zdumiony byłem szybkością zagojenia się nawet wielkich owrzodzeń. Niektóre np. o powierzchni paru centymetrów kwadratowych, jeżeli nie były zbyt głębokie, goiły się w ciągu 24 — 48 godzin. Tuszowanie kwasem tym w niektórych przypadkach stosowałem 2 — 4 razy, co 1 — 2 dni. Celem przyspieszenia wyleczenia trzeba było zdjąć osad zębowy i pousuwać zęby spróchniałe. Do płukania w domu zalecałem kwas borny w roztworze, lub t. zw. formentol, który zalecam również z pomyślnym skutkiem w innych zakaźnych sprawach zapalnych gardzieli i krtani. Skład formentolu jest następujący:

Rp.	<i>Formalini</i>	3,0
	<i>Mentholi</i>	1,0
	<i>Pyocyanini caerulei</i>	0,06
	<i>Spiritus aromatici ad</i>	30,0

MDS. 20 kropeł na szklanę ukropu do wziewań.

Wziewania takie chory robi wprost ze szklanki, dopóki para się wydobywa, t. j. przez kilka minut, a po ostygnięciu rozczynu chory płucze jamę ustną i gardło tym samym roztworem.

Celem zbadania bakteriologicznego, uproszony przeze mnie kol. JERZY BRUNNER zebrał *lege artis* wydzielinę z owrzodzeń od kilku moich chorych. Badania te nie dały szczególnych wyników. W hodowlach mieszanych przeważały koki ropne, łańcuszkowce i gronkowce.

Z czemże tedy miałem do czynienia w opisanej przez siebie endemii?

Wszystkie sprawy chorobowe, przebiegające z owrzodzeniami w jamie ustnej, jak gruźlica, syfilis, gnilec, zatrucie rtęciowe i t. p., dadzą się tu snadnie wykluczyć przy uwzględnieniu momentów etyologicznych i cech klinicznych. Obserwowana przeze mnie postać chorobna najbardziej zbliża

się do *stomacace*, czyli zapalenia wrzodziejącego samoistnego (*Idiopathische Stomacace, Mundfäule*).

Jednakże przeważne umiejscowienie owrzodzeń na policzkach, a mały udział dziąseł, mimo długiego trwania choroby, brak zupełny *foetoris ex ore* i owej charakterystycznej żółtej obwódki około zębów, wreszcie niewypadanie zębów — pozwala również stanowczo wykluczyć to cierpienie. Charakterystycznym także dla moich chorych była wyłączna jednostronność owrzodzeń, zależna od osadu na zębach, tudzież bijąca wprost w oczy łatwość gojenia się ich pod wpływem miejscowego leczenia.

Nasuwa tu jeszcze na myśl t. zw. zarazą pyską i racic u bydła, na którą chorują i ludzie. Ta jednak przebiega zawsze z gorączką; tworzą się z początku pęcherzyki w jamie ustnej i przełyku; wybitny też udział bierze cały kanał pokarmowy.

Wobec powyższego, spostrzeganą przez siebie w kilkunastu przypadkach chorobę uważam za postać odrębną, nie dającą się podciągnąć pod którykolwiek ze znanych typów.

Wybitna skuteczność kwasu chromnego w leczeniu powyższych owrzodzeń zachęciła mnie do prób leczenia nim innych owrzodzeń, jak np. gruczołowych w jamie nosowej, gardzielowej i ustnej, wilka, także gangreny migdałków oraz innych owrzodzeń tych narządów, o ile nie były natury syfilitycznej. Wyniki były bardzo pomyślne, więc, zebrawszy odpowiedni materiał, zamierzam je ogłosić.

II. Z ODDZIAŁU CHOROBY NERWOWYCH I PRACOWNI PATOLOGICZNEJ SZPITALA NA CZYSTEM.

Nowotwory przysadki i okolicy przysadkowej.

Napisali:

L. Bregman,

ordynator szpitala.

J. Steinhaus,

b. zarządzający pracownią.

[Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. dnia 21-go listopada 1906 r.]

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 11].

Czy przypadki te npoważniają nas do odrzucenia teorii MARIE'ego, jak to uczynili liczni autorzy [SALBEY, BURG, HUTCHINSON, ARNOLD, DRESCHFELD, KOLLARITS, CAGNETTO] i uznania zmian w przysadce za współzrządne ze zmia-

nami troficznymi w układzie kostnym i w wielu narządach wewnętrznych [ARNOLD, STRÜMPPELL]. Zdaniem naszym, choćbyśmy nawet nie uwzględnili zarzutu, podniesionego przez CAGNETTO'a, byłoby to w każdym razie przedwczesnem, a to z następujących powodów:

1) Zmiany w przysadce znaleziono dotychczas prawie we wszystkich przypadkach akromegalii, badanych anatomicznie.

2) W wielu przypadkach przysadka wykazywała nie zwyczajny przerost—analogicznie z przerostem innych narządów, lecz nowotwór bądź gruczolak, bądź rak lub mięsak. Co się tyczy mięsaków, to w wielu przypadkach, rozpoznanych jako takie, wyrażono w następstwie wątpliwość. HANAU, BENDA, COMINI rozpoznali nowotwory takie, jako mięszone, *resp.* gruczolakowe wole (*parenchymatöse, resp. adenomatöse Struma*) przysadki.

3) W przypadkach akromegalii o przebiegu ostrym znajdowano nowotwór złośliwy [mięsak]—STERNBERG.

4) Wyniki ujemne doświadczeń na zwierzętach ¹⁾ z wycięciem przysadki nie mogą jeszcze stanowić dowodu. Przykład gruczolu tarczowego dowodzi, wiele światła rzucić może na sprawę doświadczenie chirurgów. Dopiero, gdy wzięto pod uwagę spostrzeżenia po tyreoektomii, poznano znaczenie tego gruczolu. Niestety, co się tyczy przysadki, nie prędko chyba będziemy mogli w tym kierunku wiadomości nasze uzupełnić.

5) W ostatnich czasach poznaliśmy szereg innych gruczolów, prócz tarczowego, które mają niewątpliwie wielki wpływ na ogólną trofikę ustroju, że wymienię tylko nadnercza, gruczoly płciowe, *parathyreoideae*. Skatkiem tego przypuszczenie, że i przysadka jest gruczolem ważnym dla ustroju, zyskało większe prawdopodobieństwo, tem bardziej, że przekonano się, że niektóre z tych gruczolów znajdują się w pewnym stopniu wzajemnej zależności.

Najbardziej zbadany jest stosunek przysadki do gruczolu tarczowego. Już VIRCHOW zwrócił uwagę na podobieństwo w budowie tych 2-ch narządów. ROGOWICZ i STIEDA po wyluszczeniu gruczolu tarczowego otrzymali zmiany kompensacyjne przysadki. SCHOENEMANN ²⁾ badał przysadki w okolicy, w której rozpowszechnione jest wole [Bern szwajcarski]. 27 normalnych przysadek znalazło się u chorych bez wola. 85 przysadek było zmienionych, z tych 80 u chorych z wolem. Liczba komórek ziarnistych była znacznie zwiększona, w niektórych przysadkach znaleziono albo przerost tkanki łącznej, albo silne unaczynienie, lub koloidalne zwyrodnienie.

Przerost przysadki przy wrodzonym wolu podaje również JOSEFSON.

¹⁾ Doświadczenia takie wykonali HORSLEY, GLEY, MARINESCO, VASSALE, SACCHI, KREIDL, BRADL, FRIEDMANN i MAAS, LE MONACO i RYMSZA.

²⁾ SCHOENEMANN, Archiv Virchow'a t. 129.

W *cachexia stramipriva* [w przypadku operowanym przez KOCHER'a] LANGERHAUS znalazł przysadkę znacznie powiększoną, komórki chromofilowe pomnożone. O kretynizmie i chorobie BASEDOW'a będzie jeszcze mowa poniżej.

Zmiany w gruczole tarczowym przy cierpieniach przysadki stwierdzili ostatnimi czasy BALLEET i LAIGNEL-LAVASTINE ¹⁾ [akromegalia, przerost przysadki i gruczołu tarczowego], ROSENHAUPT ²⁾ [nowotwór przysadki i gruczołu tarczowego], GOETZL i ERDHEIM ³⁾ [nowotwór rakowy okolicy przysadkowej, zmniejszenie i koloidalne zwyrodnienie gruczołu tarczowego]. Szereg przypadków akromegalii ze zmianami gruczołu tarczowego podaje STERNBERG.

Mniej zbadany jest stosunek do innych gruczołów. Podawano *hypoplasium* lub zanik jajników przy cierpieniach przysadki. GOETZL i ERDHEIM w przypadku swym znaleźli zanik jąder z zapalnym nacieczeniem łącznotkankowym.

Gruczolak w nadnerczu obok przerostu przysadki znalazł BALLEET i LAIGNEL. WASDIN ⁴⁾ w przypadku złamania podstawy czaszki z rozpadem [gangreną] przysadki spostrzegł klinicznie żółto-bronzone zabarwienie skóry [bez zmian w wątrobie, moczu], które przypisuje wtórnym zmianom nadnercza.

Jak widać, materiał faktyczny jest jeszcze skąpy, ale i z tego wynika niewątpliwie, że pomiędzy przysadką a innymi gruczołami zachodzą pewne stosunki czynnościowe, które i dla patologii mieć mogą duże znaczenie.

6) Przysadka nie jest, jak np. *thymus*, narządem zarodkowym, który w życiu zarodkowym jest wielkim gruczolem i niewątpliwie ma ważne przeznaczenie w rozwoju zarodka, lecz po upływie pierwszych miesięcy życia wewnątrzmacicznego zaczyna zanikać i w okresie dojrzewania znika zupełnie. Przeciwnie, przysadka, stając się widoczną dopiero w 5-ym—6-ym miesiącu życia zarodkowego w postaci różowawego gruczołka, dopiero pod koniec życia wewnątrzmacicznego zaczyna się szybciej powiększać [zwłaszcza w płacie przednim]. Potem rośnie ona równolegle z innymi narządami. Według SCHOENEMANN'a ⁵⁾ ma największe wymiary w 30—40-ym roku życia, według CASEL-

¹⁾ BALLEET i LAIGNEL-LAVASTINE. Nouv. Iconographie de la Salpêtrière, 1905. N. 2.

²⁾ ROSENHAUPT, Berl. klin. Wochenschrift, 1903. N. 39

³⁾ GOETZL i ERDHEIM, Zeit-schr. f. Heilkunde. T. 26, str. 372.

⁴⁾ WASDIN. The Philadelph. med. Journal. 1903, str. 432, 7-go marca.

⁵⁾ Wymiary przysadki dorosłego człowieka według STERNBERG'a:

w średnicy sagitalnej 6,0 — 10,5 mm.

„ czołowej 10,0 — 14,5 „

„ pionowej 5,0 — 9,75 „

waga przecięciowo = 0,6 g.

SCHOENEMANN: duże różnice wielkości przysadki niezależne od wieku: waga od 0,03 gr. — 1,5 grm.

Waga przeciętna:

Do 10 r. — 0,33 gr.

„ 20 „ — 0,58 „

„ 30 „ — 0,8

„ 50 „ — 0,6.

Li'ego [cyt. przez CAGNETTO'a], jeszcze później, między 5-ym a 6-ym dziesiątkiem. Przytem ważnem jest, że aż do starszego wieku nie zmienia ona swego charakteru gruczolowego i że nawet w przysadkach starców w BENDA znajdował liczne komórki ziarniste, które według tego autora uważać należy za pierwiastek czynny gruczolu.

7) Wreszcie prócz akromegalii zauważono w ostatnich czasach inne jeszcze zmiany troficzne, które prawdopodobnie również powstają z zaburzeń czynności przysadki. O zmianach tych chcemy nieco szczegółowiej pomówić, ponieważ są lekarzom mało jeszcze znane i ponieważ nasze przypadki również pełnowartościowego materiału w tym względzie dostarczają.

MOHR już w r. 1841 wskazał na związek między otyłością a nowotworem przysadki, potem jednak mało na to zwracano uwagi i dopiero w roku 1902 lekarz wiedeński FROELICH ¹⁾ na nowo kwestyę tę podniósł. Autor ten zebrał z piśmiennictwa szereg anatomicznie stwierdzonych nowotworów przysadki, którym towarzyszyła nadmierna otyłość [MOHR'a, v. HIPPEL'a, GLAESER'a, BOYCE'a i BENDLE'a, PECHKRANCA, WILL'a, WORDSWORTH'a, STEWART'a]. ERDHEIM cytuje jeszcze przypadki EISENLOHR'a, RUTH'a [2 przyp.], INGERMANN'a, BABIŃSKIEGO, SELKE'go, ŽACKA [2 przypadki], BURR'a, CARTH'ego i 3 własne. Jeden z tych ostatnich był spostrzegany przez FRANKL'a i HOCHWARTH'a [opisany przez BERGER'a] ²⁾ i klinicznie, m. i. na podstawie otyłości, rozpoznany jako „nowotwór z udziałem przysadki”. Chory, 16-letni, od 4-ch lat miał bóle głowy, wymioty, osłabienie wzroku, potem wystąpiła ślepotą. Równocześnie zaczął tyć. W rodzinie usposobienia do otyłości nie było. Ciekawem jest, że największy stopień otyłości zanotowano wtedy, gdy chory, pomimo napadów bólu głowy i wymiotów, pomimo złego odżywiania, jeszcze chodził [chodził do szkoły]. W późniejszym okresie, gdy leżał w klinice, otyłość raczej się zmniejszała. Dowód, że otyłość w danym razie nie może być następstwem braku rachunku skutkiem nowotworu. Drugi przypadek kliniczny podaje FRANKL: 13-letnia dziewczynka od 2-ch lat ma bóle głowy, wymioty, zawroty. Niepewny chód, ROMBERG. Lekki *exophthalmus* i *strabismus divergens*. Nieprawidłowe zmniejszenie pola widzenia. Waga ciała w ciągu jednego roku powiększyła się z 40-u kg. na 47 kg. Wzrost ciała wstrzymany.

FUCHS ³⁾ w r. 1902 przedstawił w Wiedeńskim Tow. Neurologicznem chorego z *hemianopsia bitemporalis* i ogólną otyłością. Promienie ROENTGEN'a wykazały znaczne rozszerzenie *sella turcica*. W r. 1905 FUCHS pokazał tego samego chorego. *Hemianopsia bitemporalis* przeszła

¹⁾ FROELICH. Wiener klinische Rundschau. 1901. NN. 47 i 48.

²⁾ BERGER. Zeitschrift f. klin. Medizin. 1904 r. 448.

³⁾ FUCHS. Neurolog. Centralblatt. 1905. s. 921.

w ślepotę (*atrophia n. optitorum*). Uszkodzenie *ossis sphenoidaei* w obrazie rentgenowskim powiększyło się. Waga ciała powiększyła się znacznie: choremu przybyło w ciągu 3-ich lat 10 klg. Bólów głowy prawie nie ma. Narządy płciowe funkcjonują prawidłowo.

CESTAN i HALBERSTADT ¹⁾ znaleźli u 60-letniego mężczyzny torbielowaty nabłoniak przysadki. Akromegalii, ani objawów wzmoczonego ucisku wewnątrz-czaszkowego nie było. *Obesitas*. Osłabienie pamięci i wogóle władz umysłowych.

Bardzo ważne znaczenie dla naszej kwestyi ma przypadek MADELUNG'a ²⁾, ponieważ nie dotyczy, jak wszystkie inne nowotworu, lecz urazu. 9-letnia dziewczynka przed 3-ma laty dostała przypadkiem postrzał z floberta. Kula [9 milimetrów] weszła około zewnętrznego kąta szpary ocznej, przeszła między gałką oczną a ścianą zewnętrzną oczodołu [w tem miejscu RÖNTGEN wykazał odłamki ołowiu—*Bleispritzer*], naruszyła lekko gałkę oczną na tylnym biegunie, przebiła gałązki nerwu okoruchowego i nerw wzrokowy i skierowała się ku *sella turcica*. Na rentgenogramie widać ją w tem miejscu nieco na lewo od linii środkowej [sagitalnej]. W tych warunkach, powiada M., trudno sobie wyobrazić, ażeby sama przysadka lub jej połączenie z mózgiem nie zostały uszkodzone. W każdym razie ucierpiało jej najbliższe sąsiedztwo. Otóż dziecko po urazie było ciężko chore, 5 miesięcy przeleżało w łóżku. Rodzice już wtedy byli zdumieni, że chora tak niepomernie utyla. Otyłość ta powiększyła się jeszcze później, gdy dziecko zaczęło chodzić do szkoły. Obecnie waży ono 42 kg., t. j. mniej więcej 2 razy więcej niż inne dzieci tego samego wieku. Przytem rodzice jej są raczej szczupli, a z powodu ubóstwa o nadmiernem odżywianiu nie może być wcale mowy.

W dyskusyi nad tym odczytem STOLPER wspomniał o przypadku, w którym po upadnięciu na potylicę również rozwinęła się nadmierna otyłość. Obdukcya wykazała powiększenie przysadki wtrójnasób przy zachowaniu budowy prawidłowej (*hyperplasia*).

Wreszcie wspomnieć należy o niezwyklej postaci otyłości, którą opisał DERCUM [wr. 1892] pod nazwą *adipositas dolorosa*: rozlana lub bardziej ograniczona, w każdym razie symetryczna, *hyperplasia* tkanki tłuszczowej głównie na karku i kończynach, z pominięciem rąk, nóg i twarzy. Otóż w 2-ich przypadkach poddanych obdukcji znaleziono zmiany w przysadce: w przypadku BURR'a [36-letnia kobieta] przysadka była powiększona i uległa gliomatycznemu zwyrodnieniu, w przypadku DERCUM'a-MAC CARTHY'ego znaleziono *adenocarcinoma*

¹⁾ CESTAN i HALBERSTADT. *Revue Neurologique*. 1903. N. 24.

²⁾ MADELUNG. *Archiv f. klin. Chirurgen*. Tom 73, zes. 4.

przysadki. W naszych spostrzeżeniach znajdujemy oba razy wzmiankę o otyłości. W 1-ym przypadku mąż chorej podaje, że chora w ciągu ostatniego roku, pomimo braku innych objawów chorobnych, znacznie utyla. Przy badaniu znaleźliśmy dość obfity, choć nie nadmierny, pokład tkanki tłuszczowej. Znacznie większy stopień otyłości stwierdziliśmy w 2-im przypadku u 7-letniej dziewczynki. Tu rodzice sami zwrócili uwagę na nadmierne jej tycie. Rodzice sami i inne dzieci byli raczej chudzi.

Szanowni Panowie! Przy ocenie związku, jaki zachodzi między przytoczonymi faktami a przysadką, rodzą się jeszcze różne kwestye ciekawe niezmiernie, których tu jednak z powodu braku czasu szczegółowo rozpatrywać nie zamierzam. Wspomnę o nich tylko w krótkości.

FROELICH z zacytowanych przypadków wyciąga wniosek, że otyłość spostrzega się w tych nowotworach przysadki, w których brak akromegalii. Tak jest, jak się zdaje, w większości przypadków. Jednakże w przypadku STRUEMPELL'a ¹⁾ zanotowano zarówno jedną, jak drugą.

Dalej zauważono, że w nowotworach mózgu z innym umiejscowieniem zauważyć się daje niekiedy, pomimo złego odżywiania i wymiotów po jedzeniu, stosunkowo zbyt dobry wygląd, *resp.* nawet narastanie warstwy tłuszczowej. Spostrzegaliśmy to parę razy, zwłaszcza w nowotworach mózdkowych. MUELLER w przypadku nowotworu mózdku notuje szybko postępującą otyłość [pomimo wymiotów i złego odżywiania]. Od czego to tycie zależy, orzec trudno. Według E. MUELLER'a ²⁾ można sobie wyobrazić, że nowotwór mózgu, sprowadzając *hydrocephalus internus* i znaczne rozszerzenie komór mózgowych, dochodzące, jak wiadomo, w nowotworach mózdku do największych stopni, powoduje zarazem ucisk na przysadkę i zaburzenia jej czynności ³⁾.

[D. n.]

¹⁾ STRUEMPELL. Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde, t. XI, s. 51.

²⁾ E. MUELLER. Neurolog. Centralblatt. 1905, str. 790.

³⁾ Autor w dyskusji nad odczytem BERGER'a wzmiankuje, że w nowotworach mózdku spostrzegał kilkakrotnie wygląd jakby tuczony, siny. Po urazach głowy w wieku rozwojowym zatrzymanie wzrostu ciała: chłopiec 8-letni spadł z drzewa; w 15-ym roku miał wygląd 8-letniego. [Neurol. Centralblatt, 1904, str. 794].

III. O wpływie nieprawidłowej emisji na zaburzenia głosowe u śpiewaków i śpiewaczek.

Opracował

Aleksander Zięciakiewicz.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 11].

W mechanizmie *coup de glotte*'u możemy odróżnić dwa momenty. W pierwszym — przygotowawczym momencie — struny zbliżają się ku środkowej linii i, naprężając się jednocześnie w stopniu potrzebnym do wydobycia tonu danej wysokości, hermetycznie zamykają szparę głosową; na tak przygotowane, „nastrojone” wiązadła głosowe uderza z dołu — w drugim momencie — kolumna wydychanego powietrza i, rozsuwając je, wprowadza w ruch falowy. Mamy tu więc do czynienia z antagonistyczną walką dwóch sił: siłą prądu wydychanego powietrza i siłą napięcia mięśni strun głosowych. Umiejętne, dokładne przystosowanie siły wydechu do stopnia napięcia strun głosowych z jednej strony i siły naprężenia zwieraczy głośni — z drugiej, jest rzeczą niezmiernie trudną, zwłaszcza przy śpiewaniu *forte*. Wymaga ono w pewnym stopniu niezależności w działaniu zwieraczy głośni i mięśni, naprężających struny głosowe: gdy te ostatnie drogą energicznego napięcia muszą utrzymać struny głosowe w stroju, potrzebnym dla danego tonu, zwieracze głośni winny przeciwstawić sile prądu wydychanego powietrza możliwie słaby opór.

Trudność dokładnego wykonania tych dwu czynności jednocześnie stanie się zrozumiałą, jeżeli weźmiemy pod uwagę zakres działania mięśni, wchodzących tu w grę. Naprężaniem strun głosowych kierują mięśnie obrączkowo-tarczowe (*mm. crico-thyreoidei*) i tarczowo-nalewkowe wewnętrzne (*mm. thyreo-arytaenoidei interni s. vocales*); pierwsze naprężają struny głosowe w kierunku przednio-tylnym, ostatnie — w kierunku poprzecznym. Mięśnie te jednak, wskutek swoistego przebiegu włókien, nie tylko napinają struny głosowe, lecz jednocześnie zbliżają je ku sobie; silny skurek ich pociąga za sobą z konieczności szczelne zamknięcie głośni i ucisk jednej struny na drugą [BUKOFZER]. Tu właśnie leży niebezpieczeństwo nieumiejętnego, przesadnego stosowania *coup de glotte*'u: od „hermetycznego zamknięcia” szpary głosowej jest tylko jeden krok do nadmiernego zaciskania głośni, ze wszystkimi jego następstwami dla wiązadeł głosowych.

Wskutek silnego wzajemnego tarcia się strun głosowych występują bardzo szybko objawy przekrwienia krtani. Początkowo prze-

krwienie to ogranicza się do wolnego brzegu strun głosowych i występuje bezpośrednio po śpiewaniu, znikając przy dłuższym wypoczynku. Stopniowo jednak, wskutek powtarzającego się podrażnienia, przekrwienie przyjmuje formę stałą i rozszerza się na całe struny głosowe, występując w postaci jednolitego zaróżowienia strun lub też w formie siatkowatego nastrzyknięcia drobnych naczyń.

Zaburzenia głosowe w tym okresie cierpienia mają charakter pozornie niewinny [szybkie męczenie się podczas śpiewu, skłonność do detonacji], zdarzają się jednak i w tym okresie wypadki, pociągające za sobą ważniejsze powikłania. Mam tu na myśli wynaczynienia bądźto na wolną powierzchnię, bądźto w samą tkankę błony śluzowej strun, albo też w tkankę podśluzową wskutek pęknięcia nadmiernie rozszerzonych naczyń. Przypadki, w których śpiewak lub śpiewaczka traci nagle głos na scenie wśród śpiewu, powstają najczęściej wskutek takich wybroczyn z naczyń strun głosowych. Wynaczynienia te kończą się prawda zwykle wessaniem [dotyczy to zwłaszcza małych wybroczyn w samej błonie śluzowej], czasami jednak przychodzi tu do utraty przybłonka ponad niemi, wskutek czego powstają tak zw. erozye krwotoczne [PIENIAŻEK].

Stopniowo i powoli, zależnie od siły bodźca tu działającego, długotrwałe przekrwienie prowadzi w końcu do przewlekłego nieżyty krtani. Struny głosowe obrzmiewają, tracą właściwy im połysk i gładkość; jednocześnie występują objawy niedomogi mięśni krtaniowych, wskutek czego głos staje się nieczysty i matowy. Techniczne trudności, których pokonywanie przychodziło dotychczas śpiewakowi z łatwością, obecnie wymagają już pewnego wysiłku i głos męczy się szybko. Wydzielina staje się obfitszą, zmienia swój charakter, oblepiając struny w formie białoszklistej masy lub sadwiąc się na nich w postaci drobnych, mleczno-białych kulek. Laryngoskopując wtedy śpiewaka, widzimy, jak w czasie fonacji te kulki sekrecyi przesuwają się powoli ku wolnym brzegom strun głosowych, zlewają się tam, występując między więzadłami w formie biało-szarawej masy lub bańki, wydętej powietrzem. Niezmiernie charakterystyczne jest przytem to, że celem wędrówki tych kulek sekrecyi jest prawie zawsze jeden i ten sam punkt na strunach głosowych, mianowicie — granica przedniej trzeciej części strun głosowych. Na objaw ten pierwszy zwrócił uwagę CURTIS; HODGKINSON i GRANT w zupełności potwierdzili spostrzeżenie CURTIS'a. Znaczenie opisanego powyżej zjawiska stanie się zrozumiałem, jeżeli przypomnimy sobie, że granica przedniej trzeciej strun, to ulubione miejsce tak zwanych guzików strun głosowych. BOTBY w okresie, poprzedzającym powstawanie guzików, stale obserwował to gromadzenie się wydzieliny we wzmiankowanym miejscu.

Po pewnym czasie zaczynają się coraz wyraźniej zarysowywać w tem miejscu kontury guzików (*Saengerknoetchen*). Z początku guzik zjawia się zwykle na jednej strunie głosowej, z czasem jednak, wskutek ciągłego tarcia i ucisku guzika na wolny brzeg zdrowej struny, powstaje identyczny twór i na drugim więzadle głosowem. Rozwinięte guziki mają

formę okrągłą lub stożkową, barwę białą, żółtawą lub zlekką czerwonawą. Wielkość ich waha się od zaledwie dostrzegalnych zgrubień wolnego brzegu struny do ziarnka maku. Częstość cierpienia stoi w stosunku prostym do wysokości głosu, to też guziki strun głosowych spotykamy najczęściej u sopranów, rzadziej już u mezzo-sopranów i tenorów, względnie bardzo rzadko u barytonów i basów. Z sopranów — największy procent guzików spotykamy u koloraturowych śpiewaczek. Fakt ten stanie się zrozumiałym, jeżeli weźmiemy pod uwagę, że śpiew kolaraturowy, według ogólnego mniemania laryngologów i nauczycieli śpiewu, jest niemożliwy bez użycia energicznego *coup de glotte*'u. Ciągłe tarcie się i uderzanie jednej struny o drugą [np. przy śpiewaniu *staccato*] musi w końcu przy nieumiejętnym i przesadnym stosowaniu tej metody prowadzić do wytworzenia się guzików na więzadłach [CHIARI, KRAUSE].

Zaburzenia głosowe przy obecności guzików na strunach należą już do rzędu bardzo poważnych. Guziki stanowią przede wszystkim mechaniczną przeszkodę dla dokładnego zamykania się szpary głosowej, wskutek czego śpiewak traci *piano* i *mezza-voce*. Przy śpiewaniu *forte* silne napięcie strun głosowych wyrównywa do pewnego stopnia nierówności wolnego brzegu strun, zwłaszcza przy małych guzikach na więzadłach. To też jeżeli śpiewak lub śpiewaczka skarży się na utratę *piano* i *mezza-voce*, na niemożność wykonywania fraz wokalnych *à fior di labra*, gdy *forte* głosu pozostaje względnie nienaruszonym, możemy już *a priori* podejrzewać obecność guzików na strunach głosowych. Guziki większych rozmiarów czynią i śpiewanie *forte* niemożliwym. Przy obecności symetrycznych guzików na obu strunach głosowych, jako charakterystyczny objaw występuje często tak zwana dwudźwięczność głosu (*diphonia s. diplophonia*). SCHNITZLER sprowadza przyczynę tego fenomenu do podziału głośni na dwie nierówne części. Według niego, przy obecności symetrycznych guzików na strunach, głośnia podczas fonacji dzieli się na dwie części: mniejszą, leżącą przed guzikami i większą, leżącą poza nimi. Obie te części drgają podczas śpiewu niezależnie jedna od drugiej i stosownie do praw fizyki, powstają wtedy dwa tony: zasadniczy i przyton; po usunięciu guzików, ten podwójny ton znika. Guziki strun, tak jak odciski, reagują na wahania ciśnienia barometrycznego; głos śpiewaka brzmi gorzej przy powiększeniu ciśnienia barometrycznego, podczas wilgotnej pogody i w ogóle przy zmianie pogody [BOTEX].

Do najcięższych zmian błony śluzowej krtani, wywołanych nieprawidłową emisją w połączeniu z przeforsowaniem głosu, należy *pachydermia* krtani. Pachydermiczne zgrubienie i zrogowacenie nabłonka występuje najwcześniej na wyrostkach, głosowych, t. j. w miejscu największego tarcia się strun podczas fonacji, stopniowo jednak sprawa rozszerza się i na tylną ścianę krtani.

Już zwykle, kataralne obrzmienie tylnej ściany stanowi poważną mechaniczną przeszkodę dla dokładnego zamknięcia szpary głosowej; usunięcie tej przeszkody wymaga silniejszego napięcia mięśni krtaniowych. Naturalnie jest to możliwe tylko na bardzo krótki dystans i przy dłuższem

trwaniu obrzmienia tylnej ściany występują objawy parezy mięśniowej. Przy pachydermii, gdy tylna ściana, wskutek zrogowacenia nabłonka, staje się twardą i niepodatną, dokładne zbliżenie strun wymaga bardzo silnego naprężenia mięśni krtani; to też w tych razach objawy niedomogi mięśniowej występują bardzo szybko. Najwcześniej i najczęściej wyczerpaniu ulega mięsień obrączko-tarczowy (*m. crico-thyreoideus*), dalej idą mięsień tarczono-nalewkowy wewnętrzny (*m. thyreoarytaenoideus internus s. vocalis*) i mięsień nalewkowy poprzeczny (*m. arytaenoideus transversus*).

Dokładna produkcja tonów oddzielnych rejestrów głosowych wymaga bezwzględnej sprawności trzech powyższych mięśni; są to tak zwane podstawowe, zasadnicze mięśnie poszczególnych rejestrów głosowych (*Leitmuskel*) i najłżejsza niedomoga ich pociąga za sobą zaburzenia w odpowienim rejestrze. Przy niedomodze mięśnia obrączkowo-tarczowego zaburzenia te występują w rejestrze tonów z głowy; śpiewak traci górne dźwięki i możliwość śpiewania *piano*. Niedomoga mięśnia nalewkowego poprzecznego odbija się ujemnie na rejestrze tonów piersiowych, wreszcie przy niedomodze mięśni tarczowo-nalewkowych wewnętrznych, śpiewak traci medium głosu. Ponieważ porażenie każdego z powyższych mięśni wpływa w charakterystyczny sposób na zmianę formy szpary głosowej przy fonacji, możemy łatwo z obrazu wzornikowego krtani wywnioskować, który z rejestrów w danym przypadku został zaatakowany i w jakim stopniu [MICHAEL].

Zmiany w mięśniach krtani wskutek przeforsowania głosu na tle nieprawidłowej emisji należą do rzędu bardzo niebezpiecznych i leczenie ich daje prawie zawsze wątpliwe rokowanie. W świeżych przypadkach, u młodych śpiewaków i śpiewaczek, odpowiednie leczenie w połączeniu z dłuższym wypoczynkiem i następczą zmianą emisji może jeszcze doprowadzić głos do normy. W przypadkach zastarzałych, gdy w mięśniach wskutek przewlekłego zapalenia występuje rozrost tkanki łącznej w połączeniu z zanikiem włókien mięśniowych, powrót do normy jest już niemożliwy.

Nawiązując do niemiejęt nego, przesadnego użycia *coup de glotte*'u, omówiliśmy powyżej cały szereg zmian patologicznych w krtani, zaznaczając przytem ich charakter progresywny. Zwróciliśmy uwagę, jak zmiany te, potęgując się, wywołują stopniowo coraz poważniejsze zaburzenia głosowe i jak w końcu, zmuszając śpiewaka do coraz większych wysiłków i forsowania głosu, dochodzą do punktu, z którego *restitutio ad integrum* staje się już niemożliwe; mówimy wtedy o zupełnej ruinie głosu.

Zmiany powyższe w rozmaitym stopniu i w najróżnorodniejszych kombinacjach mogą występować i w następstwie innych błędów techniki śpiewaczej, jeżeli wymagania jej nie opierają się ściśle na naukowych danych fizjologii. Do takich błędów zaliczyć należy sztuczne unieruchomienie krtani *in toto* podczas śpiewu

Położenie krtani podczas śpiewu stanowi dotychczas kwestyę sporną nie tylko dla nauczycieli śpiewu, lecz i dla laryngologów. Jedne metody

wymagają zupełnej swobody ruchów krtani w zależności od wysokości tonów skali głosowej, drugie, przeciwnie, żądają zupełnego unieruchomienia krtani na poziomie niższym, inne wreszcie — na poziomie wyższym od normalnej pozycji tego narządu. To sztuczne unieruchomianie krtani przeczy elementarnym zasadom fizjologii głosu.

Ruchy krtani *in toto* stoją w ścisłym związku z ruchami gardzieli; ta, jako rezonator, zmienia podczas śpiewu swą formę w zależności od wysokości tonu, wychodzącego z krtani: niskie dźwięki wymagają dużych rezonatorów, wysokie — małych, to też gardziel, zmieniając pod działaniem mięśni swą objętość, nastraja się tym sposobem do tonów rozmaitej wysokości.

Odróżniamy dwie warstwy mięśni gardzielowych: powierzchowną i głęboką. Powierzchnową warstwę, z podłużnym przebiegiem włókien, stanowią następujące mięśnie [v. LUSCHKA]: a) mięsień rylcowo-gardzielowo-krtaniowy (*musc. stylo-pharyngo-laryngeus*) i b) mięsień gardzielowo-podniebienny (*musc. pharyngo-palatinus*). Pierwszy z tych mięśni z powodu złożonego przyczepu i dwu różnych funkcij dzieli LUSCHKA na dwie części: część gardzielowo-migdałkowa (*pars pharyngo-tonsillaris*) rozszerza gardziel i usuwa migdałki ku bokom, część zaś krtaniowa (*pars laryngea*) unosi krtąń *in toto* ku górze. Działanie mięśni gardzielowo-podniebiennych polega na skracaniu pionowego wymiaru gardzieli i podnoszeniu krtani ku górze. Głęboką warstwę mięśni gardzielowych stanowią trzy tak zwane zwieracze gardzieli — górny, średni i dolny (*constrictores pharyngis superior, medius et inferior*). Działanie ich polega głównie na zmniejszaniu wymiarów poprzecznego i przednio-tylnego gardzieli; oprócz tego zwieracz dolny gardzieli, wskutek ścisłego związku anatomicznego z chrząstkami krtani [tarczową i obrączkową], wywiera wybitny wpływ i na położenie krtani: skurcz jego unosi krtąń *in toto* ku górze. Widzimy więc, że zmiana napięcia mięśni gardzielowych z konieczności pociąga za sobą zmianę położenia samej krtani: przy skurczu gardzieli krtąń unosi się ku górze, przy rozkurczu — opada ku dołowi.

Te ruchy krtani *in toto* znakomicie ułatwiają gardzieli pracę przystosowywania się do tonów rozmaitej wysokości: unosząc się przy dźwiękach wysokich ku górze, a opuszczając przy niskich ku dołowi, krtąń zmniejsza lub powiększa tym sposobem pionowy wymiar gardzieli. Oto przyczyna, dla której krtąń, stojąc przy tonach piersiowych względnie nisko, unosi się w rejestrze tonów głowowych nieco ku górze [M. SCHMIDT, MACKENZIE, MICHAEL, MERKEL]. Cała droga, jaką przebywa krtąń, począwszy od najniższych tonów rejestru piersiowego, a kończąc na najwyższych tonach głowowych, wynosi nie więcej nad pół cala. Wątpliwości nie ulega, że zmiana objętości gardzieli możliwa jest i bez tych ruchów krtani; są śpiewacy, którzy, hołdując zasadzie unieruchomiania krtani podczas śpiewu, wydobywają wszystkie tony swej skali, utrzymując krtąń *in situ*; są to jednak tylko sztuczki i maniera ta, wskutek nadmiernej pracy mięśni gardzielowych, pociąga za sobą szybkie męczenie się podczas śpiewu. Przy

dłuższem śpiewaniu tym sposobem, wskutek stałego podrażnienia i przekrwienia gardzieli, występuje cały szereg zmian patologicznych na błonie śluzowej gardła; tak zwany granulacyjny nieżyt gardzieli u śpiewaków (*pharyngitis granulosa*) powstaje najczęściej na tej drodze.

[D. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

23. Ad. Schmidt. W sprawie leczenia wrzodu żołądka.

Choć etyologia wrzodu żołądka jest jeszcze ciemna, jednak teoria, przypisująca równie wielkie znaczenie tak zaburzeniom sfery ruchowej (zwłaszcza *muscularis mucosae*) przy powstawaniu wrzodu, jak zaburzeniom natury wydzielniczej, zyskuje coraz więcej zwolenników.

Małe ubytki tkanki nabłonkowej żołądka spotykamy u ludzi zupełnie zdrowych, dlatego jednak one w pewnych wypadkach prowadzą do wytworzenia wrzodu, w innych zaś goją się—nie wiemy. Wiadomo, że normalna błona śluzowa żołądka układa się w fałdy i w ten sposób chroni miejsca obnażone z błony śluzowej od działania kwasu żołądkowego, przy stanach zaś anemicznych i atonicznych żołądka tego fałdowania brak i tu mamy niebezpieczeństwo powstania wrzodu.

Rozpoznanie w typowych przypadkach wrzodu żołądka łatwe, w niektórych razach napotyka poważne trudności. Za decydujące należy uważać objawy następujące. ograniczone, zawsze w jednym miejscu zlokalizowane bóle, bóle przy ucisku i bóle, występujące po spożyciu pokarmu stałego, nadkwaśność soku żołądka, stałe zwiększona wydzielniczość tego narządu, a więc i na czczo, a przytem wszyskiem lekki stopień atonii żołądka.

Autor uważa zabieg operacyjny za jedynie pewny i jedyny tam, gdzie mamy do czynienia z ciężkimi krwotokami i niebezpieczeństwem przedziurawienia; stara się on jednak o ograniczenie, o ile można, wskazania do operacji i w tym celu rozpatruje trzy dyetetyczne metody leczenia wrzodu: LEUBE'go, LENHARTZ'a i SENATOR'a. LEUBE w leczeniu dyetetycznem stosuje przede wszystkim t. zw. leczenie zapomocą spokoju (*Ruhekur*), t. j. chory pozostaje w łóżku przez 10 dni, a przy skłonności do wymiotów 2 do 3-ch tygodni, dostaje gorące okłady z papki z siemienia lnianego na okolicę żołądka, małe ilości wody karlsbadzkiej i jest na ścisłej dyecie. Przy krwawieniach z żołądka—pęcherz z lodem na okolicę żołądka.

Autor zaleca stosować okłady z godzinnymi przerwami, przyczem do wody dodawał równe ilości alkoholu. Mniejszem uznaniem cieszy się cztero-stopniowa dyeta LEUBE'go, gdzie chory od lekkostrawnych, płynnych pokarmów, przechodzi do coraz cięższych i stałych, przyjmując pożywienie 5 razy dziennie.

LENHARTZ uważał, że zanadto płynna dyeta wpływa na rozszerzenie żołądka i że dyeta LEUBE'go działa niesprzyjająco na małokrwestość żołądka i nadkwaśność jego soku, które opóźniają wyzdrowienie, przeto swoim chorym da-

wał pokarmy płynne, ale skoncentrowane i obfitujące w białko, którego ilość szybko zwiększał i po 14-u dniach dochodził do 3000 kaloryi.

SENATOR znów, pragnąc nie obciążać żołądka, a chcąc jednocześnie działać na wiązanie kwasu i usunięcie skłonności do krwawień, oraz dać pokarm pożywny, poleca kombinację glutyny, tłuszczu i nieznacznej ilości białka.

Autorowi trudno wypowiedzieć się za którąkolwiek z tych dyetetycznych hipotez i, chociaż uznaje za pożyteczne stosowanie nieznacznych ilości pokarmów koncentrowanych, jednak przy dużym nadmiarze kwasu solnego przekłada podawanie wodoru węgla zamiast białka.

Co do terapii lekarskiej, to prócz Mühlbrunn i narkotyków autor cytuje leczenie bizmutem, który ma wytwarzać na dnie wrzodu błonkę ochraniającą przed kwasem żołądkowym i wpływać na gojenie się wrzodu, oraz leczenie rozczynem 1-0 proc. lapisu, które można prowadzić ambulatoryjnie.

Od środków aptecznych przeciw krwotokom żołądkowym nie można się wiele spodziewać. *Per os* autor stosuje: *Plumbum aceticum* po 0,05 co 2 godziny, 1% adrenalinę w ilości 1,0—2,0; podskórnie—ergotynę (*Ergotini* 2,0, *Aq. dest.*, *Glicerini aa* 5,0 co 2 godziny. W stanie ostrym można dawać do łykania kawałki lodu i bardzo oziębione mleko. Przy dużych utratkach krwi stosuje się zastrzykiwania soli i autotransfuzję przez wysokie ułożenie nóg.

Zwykła dyetetyczna kuracja trwa 4—5-ciu tygodni, którą przedłuża się, o ile są w kale ślady krwi; pożyteczna też jest łagodna kuracja w Karlsbadzie. W razie nawrotu wrzodu lub bezskuteczności wyżej wymienionej terapii, a zwłaszcza przy dużym przekrwieniu, hipersekrecyi, atonii, krwotokach, a także przy ciężkich stanach następczych, jak zwężenie odźwiernika, należy oporować, przyczem autor poleca gastroenterostomię.

Przedziurawienie żołądka wymaga operacji natychmiastowej.

(*Deutsche med. Wochenschrift.* 1906. N. 47).

S. Mierosławski.

24. Roux [Lozanna.] *Oesophago - jejuno-gastrostomosis*, nowa operacja zupełnej niedrożności przełyku.

Dziecko pewne, dotknięte zupełną niedrożnością przełyku, w trakcie leczenia zapomocą wprowadzania zgłębników uległo przedziurawieniu przełyku, wskutek czego dalsze rozszerzanie zwężenia stało się niemożliwe. Pod wpływem gorączki i absolutnej niemożliwości odżywiania *per os* dziecko słabło nadzwyczaj szybko, tak, że interwencja chirurgiczna w postaci utworzenia przetoki żołądkowej stała się nieunikniona.

Ponieważ przetoka żołądkowa nie zapewnia w zupełności dobrego odżywiania i *à la longue* jest nader niedogodna dla posiadającego ją osobnika, przeto autor skorzystał z powyższego przypadku, aby wykonać pierwszą część pomyślanej przez siebie operacji, którą możnaby nazwać połączeniem sztucznym przełyku z żołądkiem przy pomocy jelita czczego (*oesophago-jejuno-gastrostomosis*).

Pomysł autora zasadzał się na tem, aby odcinek кишки cienkiej, wprowadzony do techniki przetoki żołądkowej przez TAVEL'a, doprowadzić nie do ściany brzusznej, lecz do szyi, lub przynajmniej do górnej części przełyku, z którym odcinek ten możnaby następnie połączyć. Autor obrał drogę przez tkankę podskórną.

Górna część jelita czczego, ze względu na bezpośrednią bliskość żołądka, bogate umięśnienie i przedewszystkiem nader dogodny układ naczyń krwionośnych, pozwalający wyciąć dłuższą pętlę przy zachowaniu, jako nóżki, bardzo nieznacznej części krezki, okazała się najodpowiedniejszą.

Ujęwszy pętlę jelita czczego, zwykle wybieraną dla gastro-enterostomii przedniej, między szczypczyki, autor wyciął odcinek, długości równającej się odległości od ust do przedniej powierzchni żołądka; przywróciwszy następnie ciągłość jelita czczego zapomocą guzika MURPHY'ego, autor przeciął kreskę wyciętego odcinka kiszki, poczynając od góry do dołu przy podwiązaniu przebiegających w niej tętnic w ten sposób, że łączące się z sobą w postaci arkad rozgałęzienia ich, oraz tętnica końcowa, mająca karmić cały wycięty odcinek, pozostały przy ostatnim.

Następnie autor przyciągnął koniec pętli do przedniej powierzchni żołądka, wszył go w nią i skomunikował z żołądkiem, możliwie najbliższej krzywizny, rozerwawszy przytem przestrzeń bladą, t. j. nie zajętą przez naczynia nózki kreskowej, aby nie ucisnąć poprzecznicy.

Zrobiwszy następnie zapomocą szczypczyków RICHELOT'a długi tunel pod skórą pokrywającą mostek, poczynając od rąkojeści do wyrostka mieczykowatego, autor wprowadził weń wyciętą pętlę i przeciągnął pod skórą, wskutek czego koniec jej, znalazł się w otworze skórnym nad rąkojeścią mostka, gdzie autor wszył go w otwór skórny. Ostatecznie więc pętla przyjęła kierunek pionowy, tworząc kilka zgięć falistych w części swej, znajdującej się w jamie brzusznej, które autor zamierza przesunąć wyżej przy wypełnianiu drugiej części operacji.

Po zagojeniu ran okazało się, że pętla zachowała doskonale ukrwienie swe i unerwienie i okazuje silne ruchy robaczkowe: pokarm stały lub płynny, włożony w otwór, znajdujący się nad rąkojeścią mostka, zapomocą energicznych i regularnych ruchów robaczkowych szybko doprowadzany jest do żołądka.

Druga część operacji zasadzać się będzie na połączeniu końca odcinka z przełykiem w dolnej części szyi.

(Semaine médicale 1907. Nr. 4).

St. Janczurowicz.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

5. Metoda utleniania prof. Thiriar'a w ginekologii.

W roku 1899 profesor z Brukseli THIRIAR, robiąc próby nad stosowaniem tlenu w „septicemie gazeuse”; doszedł do przekonania, iż tlen jest stanowczo zabójczym dla anaeroba *vibrio septicaemiae*, co w zupełności stwierdzone zostało klinicznie. Idąc krok dalej, prof. THIRIAR, zrobił przypuszczenie, że tlen może być zabójczym i dla wielu innych mikrobow i sprawę tę polecił zbadać uczniowi swemu JORIS'owi. Wyniki doświadczeń JORIS'a dadzą się streścić w sposób następujący: 1) Tlen czysty działa zabójczo na anaeroby, jak na przykład *vibrio septicemie gazeuse*. 2) Tlen pod ciśnieniem [skondensowany] wpływa zgubnie na wszelkie aeroby, osłabiając ich jadowitość z jednej strony i neutralizując produkt ich czynności [toksyny] z drugiej. 3) Tlen przyspiesza diapedezę leukocytów, wzmacniając ich czynność protoplazmatyczną (*mouvements protoplasmatiques*) i własności chemotaktyczne.

4) Tlen w wysokim stopniu sprzyja fagocytozie, pobudzając żywotność komórek fagocytarnych w sensie ich zdolności wchłaniania mikroobów.

W ten sposób aseptyka znalazła znakomitego pomocnika w metodzie utleniającej, gdyż o ile aseptyka ma możność nie dopuścić zarazków, wykluczyć je, o tyle metoda utleniająca może ochronić ustrój przed przypadkowym занiesieniem mikroobów, gubiąc lub osłabiając bakterye, neutralizując ich toksyny, pobudzając leukocytozę i fagocytozę. W obec tego i wskazania dla metody utleniającej w cierpieniach ginekologicznych będą trojaki: 1) zapobiegawcze — dopełniające metodę aseptyczną i 2) lecznicze: a) w przypadkach pooperacyjnych septycznych, b) w chorobach kobiecych pochodzenia infekcyjnego.

1) Zapobiegać — znaczy leczyć, mówi francuskie przysłowie; zastrzedz się przeciwko komplikacyom pooperacyjnym, zapobiedz infekcyi — jest ideałem każdego chirurga. Nikt już dzisiaj nie wątpi, że przyczyną infekcyi są strepto-stafilo-gonokoki, które w obfitości znajdują siedlisko na narządach kobiecych zewnętrznych, w cewce moczowej, w pochwie, na szyjce macicznej i t. d. Rzeczą jest widoczną, że metoda utleniająca może w tych razach wielkie oddać usługi. Utlenianie to uskutecznia się w sposób łatwy i prosty.

Po obmyciu chorej mydłem i wygoleniu narządów płciowych zewnętrznych, wprowadza się do pochwy zwykłą szklaną kankę pochwową, połączoną zapomocą rurki gumowej z balonem, zawierającym tlen; kankę umocowujemy w tej pozycyi zapomocą bandaża w kształcie litery T, na kankę i narządy płciowe kładzie się aseptyczny opatrunek z waty i puszcza się tlen, odkręciwszy kranik na parę lub kilkanaście godzin. Doświadczenia bakteriologiczne Joris'a wykazały, że o ile analiza wydzielin pochwy przed zastosowaniem tlenu obfituje w przeróżne okazy pasorzytów, o tyle po odpowiedniem zastosowaniu metody badanie daje wynik ujemny. Dzieje się to dlatego, że gaz utleniający przenika w każdy zaulek, w każdą marszczkę błony śluzowej pochwy, szyjki macicznej i okolice i nastawiony pod pewnem ciśnieniem [120 atmosfer] i na pewien okres czasu, zabija wszelkie pasorzyty, jak aeroby, tak i anaeroby. Dezynfekcyę taką wykonywa się w przeddzień operacyi w ciągu kilku godzin i dla pewności można ją powtórzyć przed samą operacyą; trwa zazwyczaj od 2-eh do 8 u godzin, przy czem chora może być zostawiona bez dozoru. Po ukończeniu zabiegu nakłada się na narządy płciowe opatrunek aseptyczny.

Daleko ważniejsze znaczenie zapobiegawcze, zdaniem autora, ma metoda utleniająca podczas samej tak zwanej operacyi septycznej, kiedy ropa, jak na przykład podczas operowania ropniaka jajowodu (*pyosalpinx*), dostaje się do jamy brzusznej, zanieczyszcza otrzewną, słowem — skoro raz grozi chorej zapalenie otrzewnej (*peritonitis*). W tych razach stale autor stosuje swoją metodę z najlepszym wynikiem. Technika, jak i poprzednio, odznacza się niezwykłą prostotą. Po dokonaniu zwykłej toalety zapuszcza się do jamy brzusznej, *resp.* do jamy DOUGLAS'a, dwa z otworkami na końcach wyjąłowane dreny, z których jeden łączy się z balonem, zawierającym tlen, drugi zaś, mający przeznaczenie syfona, opuszcza się w naczynie, napełnione płynem antyseptycznym. Wtedy zamyka się jamę brzuszną, i po założeniu dobrze przylegającego opatrunku brzuszego, puszcza się tlen. Dzięki bulgotaniu płynu dezynfekcyjnego mamy możność kontroli siły prądu puszczonego gazu, oraz przez zanieczyszczenie tegoż płynu mamy możność sądenia o ilości sekrecyi, wysysanej z jamy brzusznej przez syfon. W ten tedy prosty sposób oprócz bezpośredniego wpływu tlenu na infekcyę miejscową, usuwamy wydzielinę z jamy brzusznej, przez co znowu opa-

trunek brzuszny może pozostawać bardzo długo bez zmiany, zanim ostatecznie przesiąknie lub się zanieczyści. Autor twierdzi, że od czasu wprowadzenia w swojej klinice powyższej metody, nawet w najgorszych przypadkach ropnych otrzymuje przebieg pooperacyjny szczęśliwy i chore w krótkim czasie wychodzą z kliniki zdrowe.

Fakt ten stwierdza całym szeregiem prac i publikacji tak własnych, jak i uczniów swoich, czego jednak dla braku miejsca nie streszczamy.

Stawiane tej metodzie zarzuty, jakoby naokoło drenów miały się tworzyć zlepy i złogi włóknikowe, wstrzymujące w końcu dopływ, a jeszcze częściej odpływ tlenu, co ze swojej strony miało powodować gwałtowne wzdęcie brucha, połączone z bólami, okazały się bezpodstawnymi, jak to stwierdziły doświadczenia ROUSSEL'a na psach. Z tych doświadczeń między innymi wypadło, że tlen wręcz nie sprzyja tworzeniu się złożeń fibryny; co się zaś tyczy gwałtownych wzdęć i bólów, to te są zależne od nazbyt gwałtownego dopływu gazu, przed czem autor silnie przestrzega. Obawy niektórych praktyków dostania się gazu do obiegu krwionośnego, są też przesadzone, jak to niejednokrotnie stwierdził ROUSSEL.

2) Leczenie w przypadkach pooperacyjnych — zakażonych.

W razach zanieczyszczenia rany pooperacyjnej czyto z winy operatora lub jego pomocnika, czy też przez nitkę niedostatecznie wyjałowioną, kiedy już nastąpiło ropienie, a nawet rozejście się szwów, metoda utleniania, zdaniem autora, działa wprost cudownie: stosując tlen w ciągu 2-ch lub kilku godzin, otrzymuje się najdalej po 3-ch dniach kompletne wygojenie rany. Autor używa w tym celu zwykłego kateteru gumowego, który wkłada się do rany (*à demeure*) przed nałożeniem opatrunku.

W zapaleniach otrzewnej septycznych i ropnych, metoda utleniająca, zdaniem autora, również daje wyniki znakomite. Prof. THIRIAR cytuje cały szereg nazwisk chirurgów, jak DUFOUR, de SAINT PAUL, JAVAUX, ROUFFART, którzy stosowali wspomnianą metodę w najcięższych przypadkach — *peritonitis septica i purulenta* [jak na przykład z powodu *appendicitis*] i zawsze z wynikiem dodatnim. Stosuje się tutaj metodę, jak wyżej opisano przy traktowaniu zapobiegawczem, z tą tylko różnicą, że stosować ją należy daleko dłużej [np. po 8—12 godzin na dobę] i o ile potrzeba w kilku miejscach. Działanie tlenu zawsze i wszędzie pozostaje jedno: energiczne zwalczanie zarazków, wywołujących zakażenie otrzewnej i podniesienie odporności otrzewnej, *resp.* leukocytozy, fagocytozy i t. d. W wysokim stopniu stosuje się to wszystko, co wyżej powiedziano do *peritonitis tuberculosa*, a to tem bardziej, że w tych razach już samo otwarcie otrzewnej nieraz leczy cierpienie; rzeczą jest zupełnie zrozumiałą, że insuflacja tlenu może kurację tylko przyspieszyć i istotnie ją przyspiesza. Autor cytuje przypadki, gdzie po wypuszczeniu *per laparatomiam* płynu z jamy brzusznej, zajętej gruźlicą i po silnej następnie insuflacji tlenu w ciągu 10-u do 20-u minut, od razu w ciągu dni kilku nastąpiło wyleczenie.

W końcu metoda tlenowa ma wielkie znaczenie w leczeniu chorób kobiecych, czyto będzie wprost rana narządów zewnętrznych, czy ropień np. *bartholinitis*, czy *phlegmone* lub róża. W każdym z tych przypadków po dokładnem wygoleniu, oczyszczeniu i obmyciu wodą utlenioną pola operacyjnego, wypuszcza się zawartość, *resp.* ropę jeśli się znajdzie, i do jamy lub też na powierzchnię rany puszcza się strumień tlenu, poczem nakłada się opatrunek tak zwany „utleniający”, t. j. taki, przez który zapomocą drenu przeprowadzamy tlen. Jedna doba — najwyżej dwie — wystarcza zupełnie do wygojenia rany. Następuje kolejna wyszczególnienie chorób

kobięcych, na które tlen działa zbawiennie. Weźmy np. *vaginitis simplex*: wystarcza puścić prąd tlenu do pochwy w ciągu paru godzin, a droboustroje, powodujące cierpienie (*staphylo- i streptococcus*), giną zupełnie. *Gonococcus Neisseri* [dwoinka] jest odporniejszy, ale i on po wyginieciu dwóch pierwszych łatwo ustępuje pod działaniem jodyny, lub saletranu srebra. Tak samo się dzieje z zapaleniem błony śluzowej macicy (*endometritis*, z którym prof. THIRIAR utożsamia *metritis*): w najbardziej upartych przypadkach objawy chorobne pod wpływem leczenia ustępują w 3, najdalej 5 dni. W *endometritis haemorrhagica* działanie tlenu ma być nadzwyczajne. Zdaniem dra DUFOUR'a, najsilniejsze krwawienie ustaje w trzy dni, tak, że w tych razach, korzystając z metody tlenowej, autor zupełnie zaniechał skrobania—naturalnie oprócz przypadków zależnych od zatrzymania się łożyska.

Technika zabiegu pozostaje prawie bez zmiany. Autor stale używa w tym celu kateteru macicznego à *double courant* o zaokrąglonym zakończeniu; kateter zapomocą nasadzonej gumy ma łączność z rurką odprowadzającą gaz z balonu. Chorą układa się na stole, myje się i dezynfekuje, jak zwykle; wrazie zwężenia kanału macicznego uprzednio rozszerza się ujście i kanał szyjki macicznej.

Cewnik lekko wprowadzony w ujście posuwa się w głąb aż do dna macicy; wtedy zapomocą opaski T umocowuje się à *demeure* cewnik, aby po otwarciu kranu mieć stały przyływ tlenu pod ciśnieniem i w ilości regulowanej podług manometru lub w razie potrzeby przyrządu zegarowego. Jeżeli taki dopływ tlenu trwa od rana do wieczora, to w ciągu 2-ch, najdalej 3-ch dni wszelkie pasorzyty giną z wyjątkiem dwoinki NEISSER'a, którą, jak powiedziano wyżej, autor zwalcza, stosując 1% *Arg. nitr.* [do wycierania na zglębniku PLAIFAIR'a.

Nadmienić jeszcze wypada i o przetokach pooperacyjnych [w następstwie zabiegów chirurgicznych], które jakoby dzięki metodzie tlenowej szybko się zablizniają.

Na zakończenie autor zapewnia, że stosowanie jego metody jest bezpieczne, przytem tanie i proste. Tlen mieści się w metalowych balonach pod ciśnieniem 120 atm., każdy balon zawierać może od 30-u do 4.000 litrów. Balon ma zakończenie z kranem, na które się wkłada kauczukowa rurka; na to znowu stosownie do potrzeby nasadza się igłę PRAVAZ'a, szklaną kankę, kauczukową rurkę lub też kateter à *double courant*. U góry do balonu jest przykręcony monometr, wskazujący ciśnienie, a do kauczukowej rury może być włączony przyrząd zegarowy, wskazujący ilość utleniającego się gazu.

Przyp. spraw. U nas koszt 1000 litrów tlenu w metalowym balonie wynosi rub. 5.

J. Ślaski.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

SEKCJA GINEKOLOGICZNA.

Posiedzenie dnia 22-go lutego 1907 r.

J. JAWORSKI podaje opis zakażenia gronkowcowego podczas porodu, które leczono surowicą przeciwgronkowcową (*serum antistaphylococcicum*), oraz przedstawia preparat gronkowców, wychodowanych ze krwi i hodowlę na agarze z cukrem gronowym 1%.

Przypadek dotyczy 4-ty raz rodzącej, która poroniła w 5-ym miesiącu ciąży. Wobec ciepłoty 39,5 i dreszczów, mówca zastosował seroterapię. Przez dwie doby chorej zastrzyknął ogółem 160 ctm. sz. surowicy przeciw paciorkowcowej MARMORKA. Ciepłota nie obniżyła się jednak i wogóle stan chorej pozostał bez zmiany. Wtedy J. zaproponował zbadanie krwi na bakteryę, czego dokonał kol. KARWACKI.

Posiew 5 ctm. sz. krwi, wziętej szprycą z żyły, do 200 ctm. sz. bulionu, dał hodowlę po 48-u godzinach w postaci bardzo obfitego rozrostu gronkowców, nadzwyczaj silnie rozkładających czerwone krążki krwi.

Wobec takiego wyniku badania krwi, JAWORSKI niezwłocznie zastrzyknął chorej surowicę przeciwgronkowcową (*serum antistaphylococcicum*), pochodzącą z Instytutu Medycyny doświadczalnej [w Petersburgu], w ilości ogólnej 70 ctm. sz. przez przeciąg czasu 48 godzin. Ciepłota w 12 godzin po zastrzyknięciu spadła z 40,7 na 37,7; tętno ze 140 na 90. W 24 godziny po zastrzyknięciu ogółem 40 ctm. sz., ciepłota obniżyła się na 36,9, a po następnych zastrzyknięciach, po 10 ctm. sz. każdorazowo—na 36,5 i 36,3; tętno na 84. Po tygodniu stanu bezgorączkowego — powtórne badanie krwi, wziętej z żyły. Drugi posiew, dokonany w ten sam sposób, co pierwszy, po 5-u dniach okazał się jałowym. Przypadek ten, zdaniem mówcy, zasługuje na uwagę nasamprzód z powodu rodzaju zakażenia [czyste bez skojarzeń mikrobowych, zakażenie gronkowcowe], powtórne — ze względu na wybitne działanie surowicy swoistej przeciwgronkowcowej, przejawiające się spadkiem ciepłoty i uderzeń tętna, a nadto potwierdzone powtórnem badaniem krwi, której drugi raz dokonany posiew okazał się jałowym.

LEŚNIEWSKI przedstawił preparat, pochodzący od 62-letniej kobiety. Zgłosiła się ona z powodu dokuczliwych bólów w dole brzucha i obfitych odchodów z części rodnych — odchodów bardzo smrodliwych i często zabarwionych krwią. Stan ogólny niezły, chora blada. Narządy wewnętrzne prawidłowe. Macica za duża, w stosunku do wieku chorej, szczególnie — trzon macicy; jest ona odchylona ku tyłowi, ściśle zrosnięta z odbytnicą. Przymacicza nie zgrubiała, pomimo to ruchomość macicy b. mała.

Omacywanie trzonu macicy niezmiernie bolesne. Na przedniej ścianie pochwy, tuż przy wejściu do niej widać guz, położony nieco na prawo

od linii pośrodkowej, przechodzący na prawą stronę pochwy. Ku górze dosięga guz dolnej $\frac{1}{3}$ pochwy. Jest on twardy, nieco wyniosły, owrzodzona powierzchnia równa się 3-m kopiejkom miedzianym.

L. rozpoznał raka trzonu macicy i pochwy. Obawiając się, że nowotwór przerasta tylną ścianę macicy i zrósł się z przednią ścianą odbytnicy, L. wyciął macicę po przecięciu ściany brzusznej. Macica była przymocowana do kiszki starymi, tęgiemi, wrzekomemi błonami zapalnymi, które udało się porozdzielać. Wyosobnienie moczowodów, wynalezienie naczyń macicznych było znacznie utrudnione, gdyż tkanka łączna przymaciczna była bliznowato zwyrodniała w następstwie przebytych ongi spraw zapalnych. Ponadto macica urwała się na wysokości ujścia wewnętrznego szyi. Pomimo to udało się usunąć macicę całkowicie wraz z kawałkiem pochwy. Ponieważ operacja wspomnianych przeszkód trwała długo, a rak mieścił się w trzonie macicy, L. gruczołów nie usuwał. Po włożeniu gazy jodoforowej do pochwy, L. z trudnością i wcale niedokładnie obszył otrzewną dno małej miednicy. Przebieg pooperacyjny pomyślny dla chorej.

Przed tygodniem wyciął L. na drugim posiedzeniu guz pochwy bez uszkodzenia pęcherza moczowego. I ta rana goi się gładko, stan ogólny chorej poprawił się.

W macicy guz szerzył się po całej wewnętrznej powierzchni trzonu aż do szyjki. L. zbadał mikroskopowo guzy trzonu macicy i pochwy. Mają one zupełnie jednakową budowę histologiczną — i tu i tam znalazł L. raka gruczolakowego (*adenocarcinoma*). W jakim stosunku pozostają te guzy? Gdyby guz pomimo posiadał budowę, właściwą pierwotnym rakom pochwy, należałoby powiedzieć, że ma się do czynienia z wieloogniskowym pierwotnym rakiem organów płciowych. Wobec jednakowej budowy obu guzów, musimy przyjąć, że pozostają one w pewnym bliższym stosunku do siebie. Ponieważ naczynia chłonne i krwionośne trzonu macicy i dolnego odcinka pochwy nie mają żadnej bezpośredniej łączności, przeto należy sądzić, że tu nastąpiło zaszczerpienie się cząstek raka, wypadły z jamy macicy. Byłby to przypadek, dowodzący możliwości implantacji komórek rakowych, co dotychczas przez wielu autorów bywa podawane w wątpliwość.

NEUGEBAUER demonstrował dwie fotografie, przesłane mu przez lekarza powiatowego MAYER'a w Simmern. W r. 1889 urodził się tam chłopczyk o 3-ch kończynach dolnych, z *hernia umbilicalis* oraz z niezwykle ukształtowaniem narządów płciowych zewnętrznych. Pomimo, że otwór moczowy w prąciu był zaklejony, jednak dziecko mocz oddawało; daremnie jednak babka dziecka szukała otworu, z którego mocz się wydzieliał. Po kilku dniach wezwany lekarz zgłębnikiem usunął zlepek brzegów otworu cewki — od tej chwili dziecko już prawidłowo przez prącie mocz oddawało.

Na zewnętrznej powierzchni prawego uda sterczała szczałkowa kończyna dolna trzecia — *crus* ze stopą o 4-ch palcach. Po 3-ch miesiącach kończynę nadliczbową w Bonn amputowano. Po lewej stronie istniała *luxatio congenita femoris iliaca*. Chłopiec sam był słabowity i w 16-ym roku życia zmarł wskutek wady serca. Rodzice na sekcję zwłok, niestety, nie zgodzili się, pomimo naukowej ważności przypadku. Uderzającą była nadzwyczajna szerokość miednicy. Przy rozwartych udach widać, że w linii pośrodkowej ciała, poniżej *herniae umbilicalis* leży szpara sromna kobieca o 2-ch wargach większych, lecz bez warg mniejszych, bez lechtaczki i hymenu. Szpara sromna, cokolwiek skośnie ku linii pośrodkowej ciała przebiegająca, ma $9\frac{1}{2}$ ctm. długości. *Mons veneris* ponad tą szparą jest owłosiony. Palec przez szparę sromną wdraża do obszernej jamy, wysłanej błoną śluzową; w dnie tej

jamy palec wdrąża na głębokość 2 ctm. do jakiegoś kanału. Na palcu nie było widać ani kału, ani moczu. Na przedniej ścianie jamy, u góry, M. wy-macał blaszkę kostną, w poprzek przebiegającą — jak się zdaje — o wolnym dośrodkowym końcu. M. uważał ją za drugi dodatkowy prawostronny *ramus horizontalis pubis* [?]. Po lewej stronie, w znacznym odstępnie od linii pośrodkowej ciała, znajduje się normalne, lecz krótkie prącie, *scrotum* bez *raphe*, zawierające tylko jedno jądro [?]. *Mons veneris* lewostronny chudy, nieowłosiony, gdy prawostronny był tłusty i owłosiony.

MAYER jamę prawostronną uważa za *sinus urogenitalis persistens*, kanał zaś w głębi jego za kloakę pierwotną, przez którą — zdaje się — w pierwszych tylko dniach po urodzeniu wydzieliał się mocz, nigdy zaś kał. Blizna po amputacji dodatkowej kończyny dolnej leży na wewnętrznej powierzchni uda prawego — 14 ctm. poniżej kroczka.

MAYER przypuszcza, że istnieją dwa spojenia łonowe.

Oczywiście, jest to jeden z rzadkich przykładów szczątkowej podwójności dolnego końca ciała — *duplicitas inferior*, czyli *posterior*, *dipygia*.

NEUGEBAUER, zestawiając przed kilku laty całą kazuistykę podwójności narządów płciowych zewnętrznych, znalazł wtedy 37 spostrzeżeń; dziś liczy ich 40; tylko 6 razy znalazł narządy płciowe pozornie różnej płci, obok siebie leżące — *juxta positio organ. sexual. externorum heterosexualium*. W roku 1894 w Tow. Lek. przedstawił N. kilkoletnią dziewczynkę o *scrotum* i prąciu obok sromu niewieściego, przy znacznem rozszerzeniu miednicy i *anus vestibularis*, przy *defectus ani* w miejscu prawidłowem. Nie było w tym przypadku nadliczbowych kończyn dolnych.

Podobne spostrzeżenie opisał MOOSTAKOW, pozostałe 4 dotyczą piśmiennictwa średniowiecznego. Otóż dane nauki nie uznają dotychczas możliwości, aby obok siebie leżały narządy płciowe zewnętrzne różnej płci.

Jakże więc objaśnić tego rodzaju spostrzeżenia, wprowadzić arcyzadanie? Rzecz bardzo prosta: osobnik, opisany przez MAYER'a, jest — zdaje się — mężczyzną o *dipygia inferior*, *hypospadiasis* wysokiego stopnia, przy persystency kloaki oraz kryptorchizmie po stronie prawej. Gdy srom jest podwójny, a nosi pozory męskie po jednej stronie, kobiece zaś po drugiej, to chodzi zawsze o *monstruositas per excessum* lub też *per defectum* po jednej stronie, czyli, heteroseksualność jest tylko pozorna. Tak tłumaczy się bez trudności owo niezwykle, na pozór niezrozumiałe, zjawisko. Zdanie NEUGEBAUERA podziela i BALLANTYNE.

KARCZEWSKI wypowiedział odczyt p. t. „O ciąży śródmiąszowej” (*grav. interstitialis*). Prelegent podał obszernie literaturę omawianej sprawy, przytoczył przypadek z osobistej obserwacji, podał własny podział odpowiednich przypadków, wreszcie omówił ich rozpoznanie i leczenie. Rzecz cała zostanie wydrukowana w „Odczytach Klinicznych”.

W dyskusji nad wspomnianym odczytem brali udział: NEUGEBAUER, WINAWER i KARCZEWSKI.

St. Cykowskii.

Wiadomości bieżące.

— Wystawa przyrodniczo-lekarska i higieniczna X-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

Komitet Wystawy, nie mogąc pomieścić zgłoszonych przedmiotów w pałacu sztuki, zmuszony jest przybudować do niego całe skrzydło, w którym będą umieszczone całe szeregi wzorowych pokoi ordynacyjnych dla rozmaitych lekarzy specjalistów, cały oddział szpitalny, oddział wodoleczniczy, wzorowe pokoje dziecinne, całe mieszkanie, urządzone według najnowszych wymagań higieny i t. d.

Jednym z najciekawszych przedmiotów Wystawy będzie bezsprzecznie wystawa postępowych urządzeń higienicznych przy zbieraniu i przeróbce mleka, która będzie urządzona w osobnym pawilonie, wybudować się mającym przy współudziale właścicieli mleczarni przeworskiej: Andrzeja Księcia LUBOMIRSKIEGO i hr. MYCIELSKIEGO i za fachowymi wskazówkami Profesora Akademii weterynaryi dra GIZELTA i ordynatora mleczarni przeworskiej pana OLEŚNICKIEGO.

— Zapis ś. p. Władysława KRAJEWSKIEGO:

1) Rub. 10,000 dla sekcji rzemieślniczej przy Muzeum Przemysłu, na kapitał żelazny, od którego odsetki obracane być mają na zapomogi dla rzemieślników na wyjazd za granicę, w celu doskonalenia w swoim fachu, z pierwszeństwem dla ślusarzy i kotlarzy.

2) Rub. 24,000 dla Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, jako fundusz wieczysty na założenie, pomieszczenie i wynagrodzenie kustosa Muzeum chirurgicznego przy temże Towarzystwie.

3) Rub. 20,000 dla Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego na wydawnictwo dzieł oryginalnych polskich treści chirurgicznej — ewentualnie w połowie na zapomogę dla pisma peryodycznego treści specjalnie chirurgicznej. W razie nieprzyjęcia zapisu na bliżej określonych warunkach przez Towarzystwo Lekarskie, przypadnie ono Kasie pomocy dla osób pracujących na polu naukowem, imienia dra J. MIANOWSKIEGO.

4) Rub. 14,200 Towarzystwu Lekarskiemu Warszawskiemu na kapitał wieczysty, od którego odsetki służyć będą na stypendya dla lekarzy na wyjazd za granicę w celu wydoskonalenia się w danej specjalności.

— Doc. dr Edmund BIERNACKI przedstawiony został przez wydział lekarski Uniwersytetu Lwowskiego do nominacji na profesora nadzwyczajnego [Lwow. Tygodnik Lek. Nr. 11].

— ZMARLI: Dr GAŁĘZOWSKI w Paryżu; Prof. BERGMANN w Berlinie; Dr. LIPPE, polak, w Bukareszcie.