

GAZETA LEKARSKA

I. Przypadek wrodzonego braku obu obojczyków.

Podał

Z. Sławiński.

W listopadzie roku zeszłego, badając 17-letnią pannę z powodu słabego rozwoju cielesnego i „złego trzymania się”, zauważyłem co następuje.

M. M., co do wzrostu — 137 ctm., sprawia wrażenie 10 — 12 letniego dziecka; waga 90 f. [w ubraniu] odżywienie dobre, skóra biała z wyraźnym pokładem tłuszczowym. Czaszka duża w wydatnych guzach ciemniowych, bardzo bujnie owłosiona, niepomierne wielka w stosunku do tułowia. Na wążkiem czole uwydatniają się guzy czołowe, pomiędzy nimi wyczuwa się podłużne zagłębienie linijne [niezarośnięty szew czołowy]. Szczęki wąskie, drobne, zwłaszcza dolna; broda wydatna; podniebienie wąskie, wysokie; brak dolnych zębów siecznych, górne zaś zęby są rozsunięte [istnieją tylko 2 sieczne] i zwrócone ostrzem na zewnątrz.

Klatka piersiowa długa, barki i głowa naprzód podane, sutki duże i obwisłe. Brzuch wystający, miękki. Mięśnie kończyn słabo rozwinięte, stopy i ręce bardzo drobne; kości proste, bez zgrubień na końcach stawowych. Gruczoły chłonne nigdzie nie wyczuwalne. Plecy okrągłe, sutułowate [lekka *kyphosis arcuata*], zwłaszcza podczas siedzenia niedbałego. Chód nieco kaczkowaty, lecz główki udowe leżą prawidłowo. Opukiwanie klatki piersiowej i brzucha żadnych zmian nie wykrywa [patrz rys. 1-szy, na str. nast.].

Przy omacywaniu klatki piersiowej uderza szczególnie niezwykle — mianowicie powierzchowne położenie naczyń podobojczykowych z obu stron: na poziomie obojczyków wyczuwa się z łatwością tętno poprzez powłoki [jak już zaznaczyłem, pokład tłuszczowy był dobrze rozwinięty, przez co i kontury ciała wogóle były zaokrąglone].

Zdziwiony niezwykle przebiegiem tych naczyń, zacząłem drobiazgowo badać dotykkiem przednią okolicą szyi i klatki piersiowej, lecz ku memu

zdziwieniu nie byłem w stanie wyczuć obojczyków ani z jednej, ani z drugiej strony. Idąc palcami od wyraźnego wcięcia szyjnego mostka (*incisura jugularis sterni*) na boki, wyczuwa się po obu stronach przyczepy mostkowe obu mięśni mostkowo - obojczykowo - sutkowych (*mm. sternocleidomastoidei*) oraz wcięcia obojczykowe (*incisurae claviculares*) czyli powierzchnie stawowe prawego i lewego stawu mostkowo-obojczykowego w kształcie płaskich owalnych zagłębień.

Poniżej i na zewnątrz od tych wcięć wyczuwa się wyraźnie oba pierwsze żebra, na których tętnią tętnice podobojczykowe; przy głowie naprzód poda-



Rys. 1.

nej i wpuszczonej w klatkę piersiową można było wyczuć również symetryczne tętnienie grubych pni tętniczych i poza żebrami pierwszemi. Barki składają się z samych tylko wyrostków barkowych, wystających pod powłokami, i stąd uderzają swą wąskością, cienkością. Wyczuwa się nadto wyrostki krucze oraz więzadła kruczo-barkowe (*lig. trapezoideum s. coraco-acromiale*). Przy barkach przesuniętych w tył wyczuwa się miejscami po obu stronach jakby cienkie sznureczki, odpowiadające swym przebiegiem położeniu obojczyków, oraz uwydatniają się mięśnie mostkowo - obojczykowo - sutkowe. Przy barkach naprzód zsuniętych wyczuwa się mięśnie piersiowe wielkie (*mm. pectorales majores*) przy mostku, jak również na poziomie obojczyków; kurczą się wtedy wyraźnie i brzegi ich dolne. Mięśnie naramienne

(*mm. deltoidei*) zdają się zaczynać dopiero od wyrostka barkowego—tutaj przynajmniej wyczuwa się wyraźnie ich brzegi wewnętrzne. Główni ramienne wyczuwa się w zwykłym miejscu, lecz poprzez cieńszą niż zwykle warstwę mięśni, zwłaszcza od przodu.

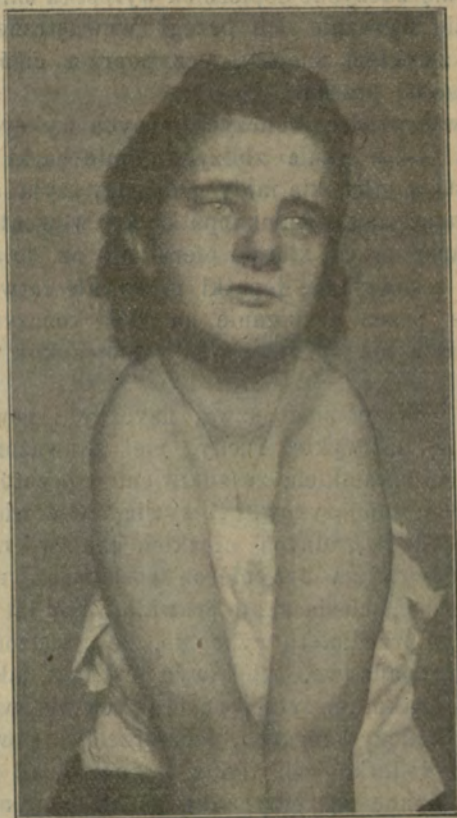
Badanie ruchów czynnych kończyn górnych wykrywa niezwykle ruchy dodatkowe. Badana jest w stanie zbliżyć czynnie barki przed klatką piersiową, tak, że powstają głębokie fałdy pomiędzy szyją a barkami [porównaj fotografie], przyciskając zaś rękami łopatki ku wewnątrz, można bez wysiłku zbliżyć oba barki przed klatką piersiową aż do zupełnego zetknięcia; również i ku tyłowi zesuwały się łopatki niezwykle łatwo oraz dają się one obniżyć nienormalnie przez pociąganie na dół kończyn górnych. Badanie promieniami ROENTGEN'a nie wykrywa wcale obojczyków [patrz rys. 2-gi i 3-ci na str. nast.].

Matkę uderzał zawsze niedorozwój fizyczny i pewna ociężałość córki, lecz nie dziwiły jej niezwykle ruchy, nie zauważone również podczas wielokrotnych oględzin lekarskich; ze zdziwieniem przeto i niewiarą przyjęła ona wiadomość o braku obojczyków. Z wywiadów dowiedziałem się jeszcze, że badana nie przechodziła żadnych ciężkich chorób, rozwijała się wolniej, pod względem umysłowym ma być nieco upośledzona, nauka przychodzi jej trudniej, niż rówieśnikom; miesiączkuje prawidłowo od lat 4-eh.

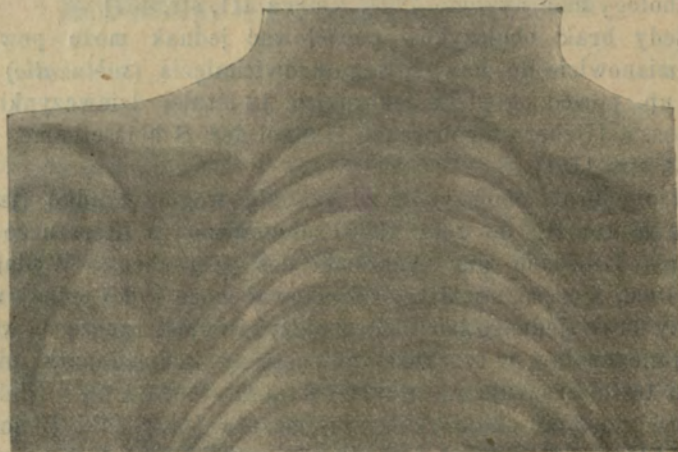
Literatura danego przedmiotu wykazuje, że wrodzony brak obojczyków wykrywano zwykle przypadkowo. Ciekawym jest fakt, jak dalece organizm dostosowuje się do tego braku; nie tylko, że brak ten nie wpływa przeważnie na upośledzenie ruchów kończyn górnych, lecz przeciwnie wynika stąd możność wykonywania ruchów dodatkowych, zgoła niezwykłych i dla normalnego osobnika niemożliwych. Znane są przypadki, że dorośli mężczyźni w niczem nie odczuwali braku i o nim nie wiedzieli [opisy: L. von BUSCHE'go, Inaug. Dissert. Freiburg, 1890 oraz GIANNETTASIO'a o 54-letnim mężczyźnie w Arch. di ortoped. XVI. 65. 1899; przytoczone według I. W. BALLANTYNE'a, Manuel of antenatal pathology und hygiene 1904, Księga III, str. 467].

Niekiedy brak obojczyków powodować jednak może pewne kalectwo, usposabia mianowicie do nawykowego nadwichnięcia (*subluxatio*) ramion; stanowiło to np. powód oględzin lekarskich 12-letniej dziewczynki w przypadku A. GROSS'a [Ueber angeborenen Mangel der Schlüsselbeine. Münch. med. Woch. 1903, str. 1151].

Wrodzony brak obojczyków zdarza się wogóle rzadko [jak się zdaje, przeważnie u kobiet]; do roku 1906 zanotowano w literaturze 22 przypadki [RAUBER's Lehrbuch der Anatomie des Menschen. Wydanie dra. FR. KOPSCH'a 1906, 2 część, str. 316]. Brakować może tylko jednej z dwu kości, lecz zupełny brak jednego lub obu obojczyków jest rzeczą o wiele radszą, niż rozwój niezupełny; w tym razie zewnętrzny koniec łopatki nie ulega skostnieniu lub też nie rozwija się wcale (BALLANTYNE'a l. c.). Niekiedy wykryć można pewne zaczątki obojczyków przy mostku [przypadki BUSCHE'go, GIANNETTASIO'a i GROSS'a], chociaż i wtedy owe resztki nie zdają się składać z normalnej kości, gdyż nie dają cienia na zdjęciach ROENTGEN'a [GROSS].



Rys. 2.



Rys. 3.

Przyczyna braku obojczyków pozostaje dotychczas zagadkową. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że brak ten jest zawsze wrodzony, [nie znamy bowiem żadnej sprawy chorobnej w życiu pozapłodowem, która by podobny zanik kości spowodować mogła]. Ciemne są również powody powstawania tej wady rozwojowej u płodu; nie podobna dopatrywać ich w t. zw. krzywicy płodowej, jak sądzi G. SCHORSSEIN [Lancet 1899, p. 10; przytoczone według BALLANTYNE'a, l. c.]. Historia rozwoju uczy [O. HERTWIG, *Traité d'embryologie de l'homme et des vertébrés*, 1900 str. 706; przekład 6-go wydania niemieckiego], że obojczyk jest pierwszą z kości, zjawiających się u człowieka; obecność jego stwierdzono już w siódmym tygodniu. Pierwszy jego początek kostny rozwija się z tkanki indyferentnej, później na dwu końcach kości powstają drobne ogniska chrząstkowe, przyczyniające się do wydłużenia obojczyka. Według J. NUSBAUMA [Zasady anatomii porównawczej. T. II, str. 182] obojczyk „u ssaków powstaje na zawiązku chrząstkowym, który poprzednio się zjawia. Pod tym względem obojczyk ssaków różni się zasadniczo od tejże kości innych kręgowców, u których jest on kością „pokrywającą“, rozwijającą się bez udziału chrząstki“. Poprzestaję na znaczeniu tych interesujących danych. Rzeczą jest jasną, że wykrycie różnych dróg powstawania obojczyka nie wyjaśnia przyczyn braku skostnienia; nie więcej również rzuca światła na daną sprawę przypuszczenie BALLANTYNE'a [l. c.] o atawizmie, oparte na fakcie, że pewne zwierzęta obojczyka normalnie nie mają.

Godnem jest zaznaczenia, że brak obojczyków bywa dziedzicznym. W przypadku C. GEGENBAUR'a [Jenaische Zitschr. f. Med. u. Naturw. 1864; według BALLANTYNE'a] kobieta dwa razy zamężna od obu mężów urodziła troje dzieci, również jak ona, z brakiem obojczyków. G. CARPENTER [Lancet, 1899; według BALLANTYNE'a] opisuje rodzinę, której ojciec, syn i córka nie mieli obojczyków. [Wyczerpująca literatura ma się znajdować według A. GROSS'a [l. c.] w rozprawie ADALBERTA SACHS'a: *Ueber angeborene Defekte der Schlüsselbeine*, Leipzig. 1902].

Obok braku obojczyków zauważyć się daje zarazem wadliwy rozwój czaszki, jak w moim oraz w 13-u z 22-u dotychczas opisanych przypadków. Na tej podstawie PIERRE MARIE wprowadza nazwę zbiorową—*dysostose cléido-crânienne*. U 16-letniej dziewczynki, demonstrowanej w Towarzystwie szpitalnem paryskim przez J. VOISIN'a [Semaine médicale 1907, Nr. 7], oprócz zmian typowych — obecności ciemiaczek i niezarośniętych szwów, wystającego czela—istniała nadto *kyphosis* oraz „obustronne wrodzone zwicnięcie kości promieniowych“ [główek?]. GROSS [l. c.] sądzi, że zagłębienie w dolnej części szwu czołowego w jego przypadku zależeć mogło od ciemiaczka (*fontanella metopica*), niekiedy w tem miejscu spotykanego. Spostrzeżenie powyższe również jak i mój przypadek, nasuwają przypuszczenie, że brak obojczyków jest tylko jednym z przejawów ogólnego niedorozwoju, jakkolwiek tenże nie we wszystkich opisach został zaznaczony. Badania pośmiertnego, o ile mi wiadomo, nie dokonano ani razu.

II. Z ODDZIAŁU CHORÓB SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH DRA MED. ANTONIEGO ELZENBERGA.

O leczeniu rzeżączki w przebiegu powikłania jej zapaleniem przyjądrza i jądra.

Napisał

Antoni Groszlik.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 5].

Z pośród trzydziestu spostrzeganych przypadków tylko w ośmiu nastąpiło przy przemywaniach obostrzenie w przyjądrzu. Powiadam: przy przemywaniach, nie—z powodu przemywań, gdyż nie wykluczam wpływów postronnych, na przykład, oddziały kobiecego, oddzielonego od męskiego murem, na którym nieraz przyłapywano chorych. Z tych ośmiu obostrzeń w chorobie przyjądrza cztery odpowiadają tym przypadkom, którym towarzyszyło zajęcie sznurka nasiennego. Obostrzenie polegało głównie na wzmożeniu się bólu i trwało zwykle jeden dzień. Tylko dwa razy zdarzyło się, że ciepłota podniosła się i obrzmienie powiększyło.

W dwu przypadkach nastąpiło zapalenie drugiego przyjądrza. W jednym jądro obrzmiało po szóstym przemyciu, kiedy moczu był już prawie czysty. Ponieważ ciepłota pozostawała prawidłową, nie przerywałem przemywań. Trzeciego dnia ból i nacieczenie zaczęły się zmniejszać. Czyniło to takie wrażenie, jak gdyby przemywania hamowały rozwój zapalenia. W drugim przypadku, po drugim przemyciu cewki rozczyłem protargolem, ciepłota podniosła się do 38,2°, przyjądrze obrzmiało, zjawił się duży ból. Przemywałem cewkę dalej. Stan się pogorszył; ze względu więc na to, że nie występowało polepszenie, zrobiłem dwudniową przerwę. Dwa przemywania, następnie zastosowane, oczyściły mocz i usunęły zupełnie ból.

Z liczby trzydziestu przypadków w dziewięciu stwierdzono wraz z zapaleniem przyjądrza również i zajęcie samego jądra. Zachowywało się ono przy przemywaniach zupełnie tak samo, jak przyjądrze.

W całym materiale spostrzegany znajdował się tylko jeden przypadek, w którym obok świeżego zajęcia jednego jądra, mieliśmy do czynienia z niewielką bolesnością i powiększeniem [do rozmiarów jaja gołębiego] drugiego. Było to następstwem przebytego przed trzema miesiącami ostrego zapalenia przyjądrza. Nie przesądzając wpływu przemywań na zastarzałe nacieczenia, wypada stwierdzić, że w danym przypadku poczęło ono po czwartym przemyciu zmniejszać się, a po ośmiu dniach było wielkości grochu.

Tyle co do wpływu przemywań na sprawę chorobną w samym jądrze.

Zachowanie się i przebieg rzeżączki cewki przy przemywaniach sposobem JANET'a zasługuje na omówienie.

Zajęcie sznurka nasiennego wywiera pewien wpływ na łatwość oczyszczania się moczu zapomocą przemywań. Kiedy bowiem w przypadkach nie powikłanych przez zapalenie sznurka mocz stawał się przezroczystym około szóstego dnia, w powikłanych następowało to dopiero około 10-go.

Najgorzej zachowywała się cewka przy udziale w chorobie gruczołu krokowego. W takich bowiem razach leczenie i przebieg bardzo mało różniły się od zwykłej mozolnej i uporczywej walki z chorobą tego gruczołu. Mocz zupełnie już przezroczysty, nagle stawał się znów mętnym, i trzeba było wciąż zmieniać sposoby leczenia. Na przyjądrze jednak i jądro gruczoł krokowy nie okazywał wielkiego wpływu, chociaż, wraz z powolnem oczyszczaniem się moczu, szło też powolniej wchłanianie się nacieczenia.

W tych przypadkach, powtarzam, w których sznurek nasienny nie przyjmował prawie żadnego udziału w chorobie, mocz stawał się czystym [z małymi wyjątkami] po czwartem, piątym lub szóstym przemyciu roztworem nadmanganianu potasu. Niekiedy jednak nadmanganian potasu nie był w stanie kompletnie oczyścić mocz; lub też przy prawie zupełnie przezroczystym moczu z cewki wycisnąć można było niewielką kropelkę szarawą, w której drobnowidz stwierdzał dwinki NEISSER'a. W takich razach przechodziłem do przemywań protargolem w roztwornie $\frac{1}{1000}$ — $\frac{1}{500}$. Mocz stawał się zupełnie przezroczystym i kropla znikała po kilku seansach.

Przemywania protargolem zamiast nadmanganianu potasu stosowałem w dwu przypadkach od samego początku. Wynik leczenia niczem się nie różnił od udatnego leczenia nadmanganianem potasu.

Słowem, z trzydziestu chorych, których leczyłem przemywaniami, wyzdrowiało zupełnie 21 w okresie czasu między 12-ym a 30-ym dniem. Twierdzenie swe opieram na wynikach wielokrotnego przypalenia sposobem GUYON'a i oględzinach chorych w dłuższy czas po wyjściu ze szpitala.

Co się tyczy dziewięciu pozostałych przypadków, to przedewszystkiem nadmienić wypada, że większość z nich byli to młodzi ludzie niezwykle gorącego temperamentu, którzy przy pierwszych oznakach poprawy przesadzali mur oddziału kobiecego, by się podzielić radosną wieścią z towarzyszkami niedoli. Po takich odwiedzinach zwykle choroba występowała znów w ostrej formie. Zakaz wycieczek wpływał na dobrowolne wypisywanie się chorego ze szpitala. Innym [z zapaleniem gruczołu krokowego] brakło cierpliwości do doprowadzenia kuracji do końca. Byli wreszcie wśród nich i tacy, których sprawy domowe zniewoliły do opuszczenia szpitala w połowie kuracji.

Powyższe spostrzeżenia skłaniają mię do wyprowadzenia następujących wniosków.

Zapalenie przyjądrza podczas rzeżączki jest wskazaniem do natychmiastowego rozpoczęcia przemywań sposobem JANET'a.

Przemywania JANET'a łagodzą stan zapalny przyjądrza i mają dodatni wpływ na sprawę wchłaniania się nacieczenia w przyjądrzu.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że przemywania te rążaco skracają chorobę. Ciekawy pod tym względem spostrzegalem przypadek. Chory D. O. leżał w szpitalu z powodu ostrej rzeżączki przednio-tylnej. W ciągu siedmiu tygodni w żaden sposób nie udawało się oczyścić moczu jego, ani spro- wadzić choć względne polepszenie. Następstwem wszelkiego rodzaju rękoczy- nów było zapalenie prawego przyjądrza. Dla żartu powiedziałem choremu, że nie powinien się martwić, bo teraz dopiero prędko wyzdrowieje. W isto- cie rzeczy, po siedmiokrotnem przemyciu cewki rozczynek nadmanganianu po- tasu mocz się zupełnie oczyścił, a w stosunkowo krótkim czasie nastąpiło zu- pełne wyzdrowienie.

Przemywanie należy rozpoczynać z chwilą, kiedy ciepłota wróciła do normy, nie krepując się wcale innymi objawami.

Jedynie zajęcie znaczniejsze sznurka nasiennego, zapalenie gruczołu krokowego i bardzo ostry stan zapalny pęcherza wymagają przeczeka- nia pewnego okresu czasu.

Nadmanganian potasu nie posiada wyłącznych własności dodatnich w le- czeniu przyjądrza i cewki. Protargol niejednokrotnie daje takiz wynik, a nawet w krótszym czasie.

Przyjmowanie środków wewnętrznych i miejscowe leczenie jądra stano- wią dopelnienie przemywań.

Dla ilustracyi podaje, niezależnie od tablicy, kilka historii chorób, bar- dziej charakterystycznych.

I. H. W. wstąpił do szpitala z powodu rzeżączki, trwającej 8 tygodni, i zapalenia lewego przyjądrza, powstałego przed 2-a tygodniami. Główka i ogon przyjądrza wielkości gołębiego jaja, bardzo bolesne. Sznuerek nasien- ny nie bolesny, prawie nie powiększony. I porcja moczu—mętnawa, II nie- co mniej; t. 39°. Następnego dnia t. 37°. *Status quo ante*. III dzień: Ciepłota prawidłowa. Jądro nieco mniej bolesne. Obie porcje mętnawe. Sa- lol, szarucha i kompres rozgrzewający na jądro. JANET z nadmanganianu po- tasu w rozczynek 1/4000. IV dzień: Jądro niebolesne. I i II porcje prawie czyste. JANET z nadmanganianu potasu 1/4000. V dzień: Mocz czysty. Jądro niebolesne, nieco mniejsze. JANET z nadmang. pot. 1/3000. VI dzień: JANET z protargolu 1/1000. VII dzień: Mocz zupełnie przezroczysty. Jądro znacznie mniejsze. JANET z protargolu 1/1000. VII, VIII, IX dzień: Jądro prawie nor- malnej wielkości. JANET z protargolu 1/500. Następných dni dostał chory kilka razy GUYON'a od 1/4% do 2%. 18-go dnia wyszedł ze szpitala zupełnie zdrów. Chorego widziałem po kilkunastu dniach, po stosunku. Najmniejszych oznak przebytej choroby.

II. A. F. Rzeżączka trwa 4 miesiące. Zapalenie lewego przyjądrza przechodził przed 3-ma miesiącami. Na prarawe zapadł przed sześciu dniami. *Status praesens*: Ogon lewego przyjądrza wielkości ptasiego jaja, niebolesny, Ogon prawego przyjądrza bolesny, wielkości gołębiego jaja. Obie części mocz u mętne. Stan bezgorączkowy. JANET z nadmanganianu potasu 1/4000. Salol, szarucha i kompres rozgrzewający na jądro. II dzień: Jądro niebolesne. Mocz prawie czysty. JANET z Khypm. 1/4000. III dzień: Oba przyjądrza nieco mniej-

sze. Mocz zupełnie przezroczysty. JANET z Khymp. $\frac{1}{3000}$. IV dzień: Zmniejszenie się jądra rzucza się w oczy. Cewka zupełnie sucha. Mocz przezroczysty. V, VI, VII dzień: Oba przyjądrza prawie normalnej wielkości. JANET z protargolu $\frac{1}{1000}$. Następnie dostał chory kilka razy GUYON'a. Mocz pozostał przezroczystym; ślad przebytego w przypadkach cierpienia w postaci zgrubienia wielkości ziarna szablastego grochu.

III. M. B. Na rzeżączkę cierpi $1\frac{1}{2}$ roku. Zapalenia przyjądrza dostał przed pięciu dniami. *Status praesens*: Stan bezgorączkowy. Ogon prawego przyjądrza bardzo bolesny, wielkości gęsiego jaja. Sznurek nasienny cokolwiek bolesny. Obie porceje moczu mętne. JANET z Khymp., salol; kompres z wody BUROWA na jądro. II dzień: Jądro prawie niebolesne. Mocz *in statu quo*. JANET z Khymp. $\frac{1}{4000}$. III dzień: Jądro niebolesne, zmniejsza się. JANET z Khymp. $\frac{1}{4000}$. VI dzień: Mocz prawie przezroczysty. VII, VIII dzień: Mocz przezroczysty. Przyjądrze zmniejszyło się o trzecią część. JANET z Khymp. $\frac{1}{3000}$. X dzień: Jądro wciąż się zmniejsza. XIV dnia przyjądrze mniejsze o połowę. Mocz przezroczysty, cewka sucha. Przemysławiania zarzucono. GUYON $\frac{1}{4}$; co drugi dzień tenże rękoczyn z płynem mocniejszym. XXII dnia wyszedł B. ze szpitala zupełnie wyleczony.

[C. d. n.].

III. Z PRACOWNI SANATORYUM W ZAKOPANEM.

Badania krwi według metody Arneft'a u chorych na gruźlicę ze stanowiska klinicznego.

Podali

Dr K. Dłuski i M. Rospędziowski.

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 5).

Przytaczamy dalej przypadek drugi chorego A. B., u którego obraz krwi doznał jeszcze większej zmiany na gorsze [patrz tabl. na str. nast.].

Gdy w poprzednim wzorze liczba ciałek klasy I i II zwiększyła się o 14%, tu prawie w dwójnasób, bo zwiększenie to dosięgło 25%.

Z liczby tych siedmiu przypadków należy jeszcze wspomnieć w paru słowach o dwu, gdzie układ krwi przy pierwszym już badaniu przybierał postać złego, przy ostatnich zaś badaniach wyraźnie się pogorszył, przesuwając się na lewo w jednym przypadku o 10, w drugim o 14%.

Przytaczamy 3 badania krwi dotyczące jednego z tych przypadków, patrz tabl. na str. 121].

Chory A. B. Nr. 8.

I		II			III				IV				V i wyżej									
M	W	I	2K	2S	1K	1S	3K	3S	2K	1S	2S	1K	4K	4S	3K	1S	3S	1K	2K	2S	—	U W A G I
—	4	13	6	18	22	8	4	14	2	4	4	—	4	—	—	—	—	—	1	—	8. IV. 1907 r.	
17%		46%			28%				9%				—	leukocytów 11.600								
—	3	25	2	24	36	2	—	6	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13. VI. 1907 r.	
28%		63%			9%				19%				—	leukocytów 13.400								

Chora panna A. S. Nr. 1.

I		II		III		IV		V i wyżej	U W A G I						
M	W	I	2 K	2 S	1K 1S	3 K	3 S	2K 1S	4 K	4 S	3K 1S	3S 1K	2K 2S	—	
—	—	21	2	33	12	1	12	7	7	—	2	3	—	—	12. III. 1907 r.
		21%		47%			27%				5%			—	leukoocytów 10 840.
—	—	13	2	28	14	5	4	12	13	1	—	3	5	—	1 IV. 1907 r.
		23%		59%			15%				3%			—	leukoocytów 7.800.
—	—	1	1	25	32	2	1	6	6	1	—	1	1	—	7. V. 1907 r.
		23%		59%			15%				3%			—	8 800 leukocytów

Z tablicy tej widzimy, że wynik drugiego badania krwi był lepszy od pierwszego. Przypadło ono w chwili, gdy chora po pięciomiesięcznym pobycie w Sanatorium doznała ogromnej poprawy w płucach i znakomitego polepszenia się stanu ogólnego z przybytkiem na wadze, wynoszącym 10 kilogramów. Otóż od tej chwili chora zaczęła się czuć gorzej i tracić powoli apetyt z przyczyn na razie nie zrozumiałych. Później okazała się umiarkowana biegunka [2—3 stolce dziennie]. Badanie kału wykryło laseczniki Koch'a i sprawa stała się jasną. Przypadek ten jest tem ciekawszy, że po polepszeniu układu krwi przy drugim badaniu, które szło w harmonii z tak pomyślnym przebiegiem klinicznym, nastąpiło znaczne pogorszenie tegoż układu zgodnie z raptownem pogorszeniem stanu chorej. Zwracamy uwagę, że zwiększenie się „neutrofilów“ w pierwszych dwu klasach przy trzecim badaniu w porównaniu z drugim wynosi 25%.

[D. c. n.].

STRESZCZENIE ZBIOROWE.

O sprawach ropnych w błędniku usznym.

Podał

Aleksander Żebrowski.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 5].

Oprócz oziębienia i ogrzewania błędnika są jeszcze dwa sposoby sztucznego wywołania *nystagmus* w celu przekonania się o istnieniu pobudliwości narządu przedsionkowego. *Nystagmus* możemy wywołać zapomocą galwanizacji głowy, gdy stosujemy prąd galwaniczny poprzecznie przez głowę, a więc gdy drażnimy oba narządy przedsionkowe, wtedy otrzymać możemy *nystagmus* przy prądach o bardzo słabem napięciu [2—6 M. A.]. Silniejsze prądy wywołują zawrót głowy, a nawet omdlenie, przyczem w pierwszej linii zawsze powstaje *nystagmus*. Wreszcie przez zgęszczanie i rozrzedzanie powietrza w zewnętrznym przewodzie słuchowym zapomocą lejka SIEGLE'a wywołać możemy *nystagmus*, a nawet zawrót głowy.

Widzimy więc, że istnieje kilka sposobów przekonania się o istnieniu pobudliwości narządu przedsionkowego. Wyżej wspomniany NEUMANN ¹⁾ słusznie wymaga, aby przed każdą operacją w uchu średnim i na wyrostku sutkowym starannie badano czynność nerwu ósmego, a więc funkcję słuchową należy badać zapomocą zwykłych prób [kamerton, szept i t. d.], sprawność zaś

¹⁾ 16 Versammlung der Deutschen Otologischen Gesellschaft in Bremen. Centralblatt f. Ohrenheilkunde 1907. Nr 8.

narządu przedsionkowego zapomocą krzesła wirowego, wlewania oziębionej wody do ucha, galwanizacji i t. d. Tą drogą możemy różniczkować cierpienia przewodów łukowatych i ślimaka i otrzymać wskazania dla zabiegów operacyjnych.

Wielkie znaczenie dla rozpoznawania sprawy ropnej w błędniku usznym ma badanie słuchu, który częstokroć od razu na początku choroby bywa nie tylko upośledzony, lecz nawet ginie całkowicie. Absolutna głuchota na jedno ucho, występująca nagle, jest objawem niemal patognomicznym dla istnienia ostrej zapalnej sprawy w ślimaku: objaw ten wskazuje wyraźnie, że w ślimaku gałązki nerwu ósmego zostały zniszczone. Zwykle głuchota jest całkowita, to jest chory nie słyszy ani kamertonów, ani piszczałki GALTON'a, przewodnictwo kostne jest również zupełnie zniszczone. Głuchota występuje wtedy, gdy sprawa chorobna posunęła się już dość daleko, należy więc do objawów wypadnięcia funkcji; jako objaw podrażnienia narządu słuchu zjawiają się szумы w uchu chorem, które jednak notowano względnie rzadko. BEZOLD zwrócił uwagę na tę względnie rzadkość występowania szumów w uchu przy ropnych sprawach w błędniku i na zasadzie tego faktu wyprowadza wniosek, że zakończenia nerwu ósmego w ślimaku (*n. cochlearis*) daleko prędzej ulegają zniszczeniu, aniżeli więcej odporne gałązki przedsionkowe (*n. vestibularis*). FRIEDRICH stosownie do swego poglądu na sprawy ropne w błędniku, jako na zapalenie ropne całego błędnika *in toto*, uważa głuchotę całkowitą za objaw stały; przeczą temu spostrzeżenia JANSSEN'a, HINSBERG'a i innych. Istotnie, o ile sprawa ropna ogranicza się do zajęcia przedsionka i przewodów łukowatych i nie przeszła jeszcze na schody ślimaka, o tyle funkcya słuchowa może nie być wcale uszkodzoną. Dopiero, gdy ropne zapalenie obejmie delikatne twory, mieszczące się w ślimaku, wtedy z początku jako oznaka podrażnienia zjawiają się szумы, następnie zaś, gdy komórki słuchowe ulegną zniszczeniu—głuchota. Chorzy częstokroć nie zwracają uwagi na szумы w uszach, inne bowiem więcej nciążliwe objawy występują na pierwszy plan, wreszcie szумы te szybko znikają, tak że częstokroć objawy podrażnienia ślimakowej gałązki nerwu ósmego zostają przeoczone; wkrótce potem zjawia się głuchota, która już jest oznaką daleko posuniętej sprawy chorobnej.

Niedowład lub całkowite porażenie nerwu twarzowego (*n. facialis*) spotyka się w ropnych sprawach w błędniku usznym często, nie jest to jednak objaw charakterystyczny dla ropnego zapalenia błędnika, albowiem i przy ostrem zapaleniu wyrostka sutkowego [według KÖRNER'a w 3,7%] występować może. W dwu przypadkach ropnego zapalenia całego błędnika, zakończonych rozlanem ropnem zapaleniem opon mózgowych, spostrzeganych przeze mnie, było porażenie całkowite nerwu twarzowego. Badanie pośmiertne w obu przypadkach wykazało zniszczenie torebki kostnej błędnika, przedsionek i ślimak były wypełnione ropą i ziarniną, nerw ósmy i pień nerwu twarzowego były nacieczone ropą; nacieczenie to widoczne było gołym okiem. Bardzo często martwaki torebki kostnej błędnika uciskają na nerw twarzowy i powodują niedowład lub całkowite porażenie. Po usunięciu takiego martwaka czynność nerwu twarzowego powraca do normy. Gorzej jednak bywa, gdy nerw twarzowy zostanie przez sprawę chorobną zniszczony; wtedy porażenie nie znika, lecz pozostaje na zawsze.

Zestawiając wszystko powyżej powiedziane o objawach klinicznych ropnych spraw w błędniku, widzimy, że koniecznem jest współistnienie kilku objawów, aby można było ściśle rozpoznać tę chorobę i otrzymać wskazanie do zabiegu operacyjnego. Badanie chorego winno być wszechstronne, szczególniejszą uwagę jednak zwrócić należy na zaburzenia równowagi i badanie słuchu. Metoda BARRAÑEGO wywoływania *nystagmusu* zapomocą oziębiania i ogrzewania błędnika, daje nam bardzo cenne wskazówki, brak bowiem *ny-*

stagnus przy tem doświadczeniu przemawia niezbiecie za zniszczeniem narządu przedSIONKOWEGO i przy istnieniu innych objawów klinicznych wskazuje na konieczność operacyi.

Trudną kwestyę ma lekarz do rozstrzygnięcia, gdy należy postawić wskazanie do operacyi przy ropnych sprawach w błędniku; z jednej strony pamiętać powinien, że nawet najdokładniej wykonana operacya niekiedy wywołuje piorunujące zapalenie opon mózgowych z wynikiem śmiertelnym, z drugiej zaś ogarnia go wątpliwość, czy nie należy lepiej zostawić chorego w spokoju, bo przecież opisano wiele przypadków, w których niewątpliwe ropne zapalenie błędnika zakończyło się pomyślnie bez żadnej interwencyi chirurgicznej. Jeżeli gdzie, to przy ocenie rozlanego ropnego zapalenia opon mózgowych, występującego bezpośrednio po wykonaniu operacyi doszczętniej i otwarciu błędnika, prawdziwą jest maksyma: *post hoc, ergo propter hoc*. Jednak po rozważeniu wszystkich danych, przemawiających za i przeciw operacyi, ostatecznie należy wyprowadzić wniosek, że trzeba operować wtedy, gdy jesteśmy zupełnie pewni, że w przedSIONKU i wogóle w błędniku znajduje się ropa. *Ubi pus, ibi evacua*—zdanie to, stanowiące najogólniejsze wskazanie do wykonywania operacyi przy wszystkich ropnych sprawach w organizmie, pozostaje w całej swej mocy i do ropnych spraw w błędniku usznym. A więc, gdy mamy chorego z ostrem lub przewlekłym ropnym zapaleniem ucha średniego i u chorego tego nagle wystąpią objawy błędnikowe nawet o względnie nieznacznem nasileniu, gdy badanie sprawności narządu przedSIONKOWEGO i ślimaka wykaże brak pobudliwości tych narządów, gdy wreszcie podczas operacyi doszczętniej znajdziemy zmiany anatomo-patologiczne w okolicy okienka owalnego, na przedgórzu i w ogólności w torebce kostnej błędnika, wtedy otwarcie błędnika jest nie tylko usprawiedliwione, lecz nawet wprost wskazane. Liczyć na to, że ropna sprawa w błędniku ucichnie sama przez się, nie można równie dobrze, jak nie można liczyć na wessanie się ropnia przy *epityphlitis*. Przypadki samowyleczenia się ropnych spraw w błędniku usznym są to w każdym razie przypadki niepewne, tem bardziej, że wtedy, gdy je opisywano nie znano nowoczesnych metod badania sprawności błędnika.

Na zasadzie powiedzianego powyżej z łatwością wyprowadzimy wniosek, że rokowanie w sprawach ropnych w błędniku usznym należy stawiać z wielką ostrożnością; nigdy nie można przewidzieć, czy chory cierpiący na nieznaczny wypływ ropny z ucha, mający względnie lekkie zaburzenia równowagi i niesłyszający na jedno ucho, słowem—chory nie zdradzający objawów ciężkiej choroby, nie umrze na 3 ci—4-ty dzień po operacyi lub, co gorsza, wtedy, gdy rana zaczęła się już zablizniać i gdy można było cieszyć się myślą, że życie chorego zostało uratowane. W każdym razie nawet wtedy, gdy technika operowania na błędniku usznym zostanie więcej udoskonalona niż obecnie, sprawa ropna w błędniku usznym zawsze stanowić będzie groźne i niebezpieczne powikłanie ropnego zapalenia ucha średniego [HEINE].

Przechodzę do krótkiego opisu metody operacyjnej otwarcia błędnika. Niezbędnym warunkiem dla umożliwienia sobie dostępu do błędnika usznego jest uprzednie wykonanie operacyi doszczętniej, która w krótkich słowach polega na wytworzeniu z jam wyrostka sutkowego, jamy sutkowej i jamy bębenkowej jednego kanału, mającego mniej więcej kształt retorty. Po usunięciu schorzałej kości, ziarniny cholesteatomatu i t. d., cała jama rany kostnej zostaje dokładnie wygładzona i przeszczepiony zostaje płat skórny, po którego przyrośnięciu następuje epidermizacya jamy bębenkowej i tym sposobem sprawa ropna zasadniczo i doszczętnie zostaje usunięta. Przy wykonaniu tej operacyi *lege artis* obnażamy torebkę kostną zewnętrznego przewodu łukowego i możemy stwierdzić brak lub obecność przetok, martwaków, ziarniny i t. d. Również okienko owalne i jego okolica widoczne są dokładnie. Przed-

górze możemy obejrzeć zapomocą wziernika, jednak podczas operacyi doszczętej możemy odnaleźć braki kostne przetoki, które przy wziernikowaniu często trudno dojrzeć. Obecność przetok, ziarniny, wreszcie martwaków ułatwia znacznie dalsze wykonywanie zabiegu, pamiętać jednak trzeba, że o ile przed operacyą została stwierdzona normalna pobudliwość narządu przedSIONKOWEGO, nie należy w ogólności otwierać błędnika nawet wtedy, gdy w czasie operacyi odnaleziona zostanie przetoka. Badania FRIEDRICH'a wykazały, że częstokroć przetoki te są tylko powierzchowne: pomimo ich obecności zawartość błędnika często zmianom żadnym nie ulega. Prędsionek otwartym być może poniżej okienka owalnego [powyżej przechodzi nerw twarzowy] lub przez rozszerzenie okienka; po utworzeniu zewnętrznego lub górnego przewodu łukowatego można, idąc ku prędsionkowi, również otworzyć szeroko prędsionek [JANSEN]. Najczęściej jednak drogę do prędsionka i do przewodów łukowatych wskazują przetoki i ziarnina, a więc celem usunięcia następstw sprawy ropnej iść należy tą samą drogą, którą sprawa ropna wytworzyła. Otwarcie pierwszego zakrętu ślimaka skutecznie można przez usunięcie części przedgórza i to wtedy, gdy część przedgórza, stanowiąca zewnętrzną ścianę pierwszego zakrętu ślimaka, schorzała, gdy więc konieczność usunięcia chorej kości jest widoczna. O ile jednak przedgórze zmianom nie uległo, nie należy otwierać ślimaka, tem bardziej, że operowanie w tej tak mało dostępnej okolicy jest niesłychanie utrudnione i istnieje możliwość zranienia tętnicy dogłowej wewnętrznej (*art. carotis int.*). HEINE w przypadkach, w których stwierdzonem zostało istnienie objawów błędnikowych, a przy operacyi znaleziono przetoki lub ziarninę i zastawki w torebce kostnej błędnika, radzi otwierać prędsionek od strony przewodu łukowatego zewnętrznego, potem zaś usunąć strzemię i rozszerzyć okienko owalne; tym sposobem otrzymuje kontraperturę; w końcu ostrą małą łyżeczką wydobyć należy ropę, ziarninę i wyskrobać dokładnie całą jamę prędsionka. O ile jednak objawów błędnikowych niema, a natomiast przy operacyi doszczętej znaleziono przetoki, ziarninę i t. p., należy ograniczyć się na ostrożnem wyskrobaniu ziarniny i błędnika nie otwierać.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

14. Kapsammer. O wyrównawczym przeroście nerek.

Jeżeli mięsz nerkowy ulegnie zniszczeniu przez zabieg operacyjny, lub wskutek spraw patologicznych, to powstały brak w narządzie zostaje wyrównany ze strony pozostałego mięszu. Warunkiem do tego wyrównania jest zdrowy stan pozostałego mięszu nerki. Wyrównanie to bywa anatomiczne i czynnościowe. Rozmiary wyrównania anatomicznego zależą od przyczyny. Jeżeli jedna nerka stopniowo ulega zniszczeniu wskutek wodonercza, to wyrównawczy przerost drugiej nerki odbywa się powoli, przyczem równomiernie dotyczy całego narządu. Tak samo rzecz się odbywa, tylko o wiele prędzej, gdy, wskutek np. urazu, trzeba usunąć jedną z obu zdrowych nerek. Co innego, gdy mięsz nerkowy ginie wskutek sprawy zapalnej lub nowotworowej; wtedy przerost wyrównawczy występuje głównie ogniskowo, wysepkami, zarówno w pierwotnie schorzonym narządzie, jak i w drugim, zazwyczaj cier-

piącym wtórnie. Zmiany mikroskopowe bywają rozmaite, zależnie od tego, czy rozwój fizyczny danego osobnika jeszcze się odbywa, czy też już się zakończył; w pierwszym przypadku stale znajdujemy tylko zjawiska hiperplastyczne, w ostatnim—przeważnie hipertroficzne, które jednak dotyczą tylko kłębków i kanalików skręconych, a mniej—kanalików prostych. Wszystkie te zmiany zjawiają się bardzo szybko po wycięciu jednej nerki, bo już w pierwszych dniach po operacji. Zbadaniu wyrównania czynnościowego poświęcano dotychczas mało uwagi. Może ono istnieć już przed wycięciem nerki, lub też wytwarza się dopiero po operacji. Niektóre przewlekłe sprawy zapalne, jak np. gruźlica, prowadzą bądź bezpośrednio do wykluczenia jednej nerki wskutek zniszczenia mięszu, bądź pośrednio wskutek zamknięcia moczowodu; ponieważ taka sprawa postępuje zwolna, druga nerka stopniowo przystosowuje się do większych wymagań i w rezultacie wykonywa zdwojoną pracę: normalna dobową ilość moczu z normalną ilością składników zostaje wydzielona przez jedną tylko nerkę. Ponieważ zaś nawet przy ciężkiej gruźlicy nerek pęcherz może pozostać zdrowym, to jest rzeczą możliwą, że mylnie przypuszczamy samowyleczenie, a to dzięki samoistnemu zamknięciu moczowodu z jednoczesnym wyrównaniem czynnościowym w drugiej nerce. Odpowiednio do wzmożonej sekrecji zmienia się też typ opróżnień moczowodu. Gdy nerka normalna wydziela w ciągu jednej minuty średnio 0,5 ctm. sz., które moczowód opróżnia do pęcherza zwykle dwoma skurczami, to przy całkowitem wyrównaniu czynnościowym w równym przeciągu czasu z moczowodu wylewa się do pęcherza podwójna ilość cieczy, przyczem skurcze moczowodu są częstsze i poszczególnie opróżnienia obfitsze. Zjawisko to można stwierdzić bardzo łatwo próbą z indygo-karminem. Przy pomocy cewnikowania moczowodu możemy niekiedy dokładnie zmierzyć ilości wypływającego moczu. To samo badanie ujawnia czasem inny jeszcze fenomen, charakterystyczny dla wyrównania czynnościowego, mianowicie jaskrawo wyrażone odruchowe nadmierne oddawanie moczu (*polyuria*): wtedy gdy normalnie przy jednym skurczu moczowodu wycieka przez cewnik 3—5 kropeł, szybko jedna za drugą, poczem następuje dłuższa przerwa, to przy wyrównaniu widzimy energiczne skurcze z opróżnieniem 10—25 kropeł, z przerwami, trwającymi zaledwie kilka sekund. Trudności określenia wyrównania czynnościowego wzrastają wskutek tego, że w drugiej nerce często istnieje nie tylko przerost wyrównawczy, lecz jednocześnie toksyczne zapalenie nerek. Stąd wynika, że takie nerki, pomimo pewnych objawów uszkodzenia anatomicznego, ujawniają zupełnie zdrową czynność. Oczywiście, dla wykonania samej operacji wycięcia nerki niezmiernie ważną jest rzeczą określić, czy w danym przypadku istnieje wyrównanie czynnościowe. Po operacji sprawa ta, naturalnie, wyjaśnia się w zupełności. Nieprzerosta kompensacyjnie chora nerka w pierwszym tygodniu *post nephrectomiam* wydziela znacznie mniej od 1000 ctm. sz.; kompensacyjnie nieprzerosta zdrowa nerka—w pierwszych dniach 500—800 ctm. sz., a dopiero w końcu pierwszego tygodnia—1000 ctm. sz., tymczasem zaś kompensacyjnie przerosta zdrowa nerka już pierwszego lub drugiego dnia po operacji wydziela 1000 ctm. sz. moczu.

(Wien. klin. Woch., 1907. N. 40.).

W. Dobrowolski.

15. Frisch. 300 operacji nowotworów pęcherza moczowego.

Z powyższej liczby 201 guzów należało do t. zw. brodawkazaków łagodnych. Bliższe atoli badania mikroskopowe wykazały, że przynajmniej $\frac{2}{3}$ tych nowotworów wypada zaliczyć właściwie do rodzaju złośliwych. Autor zaznacza, że przy kosmatych guzach pęcherza rozpoznanie złośliwości *in vivo*,

czyli rozpoznanie raka, zazwyczaj jest niemożliwe: obraz cystoskopowy nie daje nam nic pewnego; nie znajdujemy nic charakterystycznego ani w postaci guza, ani w kształcie kosmków, ani w zachowaniu się szypuły. Nawet mikroskopowe badanie cząsteczek guza, znajdujących się w moczu lub w płynie, użytym do przepłukiwania [o ile nie chodzi o guz w okresie rozpadu], nie rozjaśni stanowczo sprawy, ponieważ te cząsteczki pochodzą z części guza powierzchniowych, ogniska zaś rakowate prawie zawsze kryją się w głębi. Ulubionem siedliskiem tych guzów, zazwyczaj mnogich, jest trójkąt (*Lietaudi*), okolica ujścia moczowodów i otworu wewnętrznego cewki; rzadko umiejscawiają się guzy na przedniej ścianie pęcherza. Zwykłą metodą operacyjną, jaką posługiwał się autor, było cięcie nadłonowe (*sectio alta*). Nigdy nie zachodziła konieczność uciekania się do rozcięcia spojenia łonowego (*symphyseotomia*) lub do osteoplastycznej rezekcyi tegoż. Przy brodawczakach pęcherza wycinano zawsze u podstawy szypułki dosyć duży kawałek zdrowej śluzówki pęcherza. Przy rakach niebrodawkowatych rezekowano ścianę pęcherza w całej jej grubości, niekiedy do rozmiarów połowy jej ogólnej powierzchni. Jeżeli nowotwór rozszerzał się na gruczoł krokowy, to wycinano i z niego części schorzałe. Do użycia ostrej łyżeczki i żegadła autor uciekał się przy rakach tylko wtedy, gdy w czasie operacyi okazywało się, iż całkowite wyluszczenie nowotworu jest niemożliwe. Całkowitego wyluszczenia pęcherza autor nigdy nie przedsięwziął, ponieważ tego rodzaju operacye nie dają zadowalającego wyniku. Brak w ścianie pęcherza, powstały po wycięciu guza, autor bądź wprost tamponował, bądź tamponował po uprzednim zestrupieniu krwawiących miejsc żegadłem, bądź zeszywał ściśle jedwabiem albo katgutem [jodowym lub srebrnym]. Przy tej ostatniej metodzie należy pilnie baczyć, aby szew śluzówki był jak najbardziej dokładny. Takie postępowanie autor stosował w każdym przypadku cięcia nadłonowego, jeżeli mocz nie był zbyt kataralnie rozłożony, choć z drugiej strony, zupełne zaszcycie pęcherza dało *quoad vitam* o wiele gorsze wyniki, niż otwarte drenowanie. Wogóle zaś najpewniejszą metodą leczenia następowego wydaje się autorowi: najdokładniejszy szew katgutowy śluzówki pęcherza, tamponada pęcherza przy zastosowaniu drenu DITTEL'a, zmniejszenie rany części miękkich. Okres gojenia po operacyi nowotworów wynosi średnio $3\frac{1}{2}$ tygodnia. Z liczby 300 zoperowanych chorych zmarło 42, czyli 14%; oddzielnie dla raka śmiertelność wynosiła 25,3%, a dla brodawczaków — 9%. Nowotwory pęcherza w większości przypadków stanowią cierpienie poważne, wbrew twierdzeniu tych nielicznych urologów, którzy stosują metodę wewnątrzpęcherzową operowania, uważając ją za zupełnie wystarczającą; autor zaś jest bezwarunkowym przeciwnikiem takiej metody operowania guzów pęcherza moczowego.

(Wien. klin. Woch. 1907. N. 40).

W. Dobrowolski.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie dnia 24 stycznia 1908 roku.

Po krótkim przemówieniu nowo obranego przewodniczącego na temat programu pracy w Tow. w roku bieżącym i po zawiadomieniu o przyjęciu nowych

członków, zamianowano członkiem honorowym byłego Dyrektora Szpitala powsz. we Lwowie, Dra BOL. GŁOWACKIEGO.

I) Prof. dr MARS przedstawia: a) chorą, u której w 6 tygodni po porodzie przyszło do ropienia w prawem więzadle kręglem. Rozpoznanie napotykało z początku na pewne trudności, dopiero z chwilą wystąpienia kiefbasowatego, wzdłuż kanału pachwinowego biegnącego, chełbocącego obrzęku i po wybadaniu trąbki tejże strony — rozpoznanie zostało ustalone. Po nacięciu ropnia sprawa wkrótce się zagoiła. Ropienie więzadła kręglego należy do rzeczy nader rzadkich.

b) Preparat ciąży przymacicznej trąbkowej, pochodzący od chorej, która w 9-tym miesiącu ciąży po ustaniu ruchów płodu zgłosiła się do kliniki. Rozpoznano ciążę zamaciczną, a wykonana operacja wykazała łożysko przy-czepione do końca trąbki, płód w jamie brzusznej z poszarpanymi błonami i dużą ilością smołki. Wyjęto, co się dało, ranę częściowo zaszyto i założono setony. Chora dziś ma się dobrze.

c) Preparat ciąży zamacicznej od chorej, która przed rokiem zaczęła rodzić, t. j. wody odeszły, płód zaś został. Brzuch się zwiększał. Po roku zgłosiła się do kliniki, gdzie rozpoznano ciążę zamaciczną; wykonano amputację macicy nadpochwową. Jest to *graviditas interstitialis*. Przypadek ciekawy, że mimo donoszonego płodu, nie przyszło tu do pęknięcia, co prawie zawsze bywa przy tego rodzaju ciąży.

II. Dr CZYŻEWICZ jun. przedstawia chorą ze zmięknieniem kości, będącą w 7-ym mies. ciąży. Z chwilą przyjęcia znaczna bolesność dotykowa kości, szczególnie miednicy i żeber, niemożność wykonywania ruchów, szczególnie chodzenia. U chorej stosowano wstrzykiwania podskórne adrenaliny z początku w ilości 0,0001 raz dziennie, następnie dawkę zwiększono aż do 0,001. Z początku występowały po wstrzyknięciu bóle głowy, zaczerwienienie twarzy i silne napięcie tętna; objawy te później nie występowały, aż dopiero po 3-tygodniach (przy dawce 0,014) znowu się zjawily; wówczas wstrzykiwań zaprzestano. Stan podmiotowy chorej polepszył się o tyle, że bóle kości ustąpiły, chora jednak nie chodzi. Pomiary miednicy wykazują jej rozszerzenie.

III. Dr. GROEBEL przedstawia chorą również ze zmięknieniem kości; nie przechodziła ciąży; w celu leczniczym stosowano adrenalinę w jednorazowej dawce $\frac{1}{2}$ ctm³ roztworu 1 : 1000. Wybitniejszego odczynu nie zauważono. Obecnie bóle ustąpiły i można stwierdzić polepszenie. Podobny mniej więcej wynik zauważono u drugiej chorej.

W dyskusji zabiera głos prof. dr SZPILMAN i omawia ze stanowiska anatomii porównawczej podobny proces chorobowy u bydła, łamliwość kości, chorobę występującą chętnie w czasie posuchy, zdaje się z powodu braku soli wapniowych w paszy. Podawanie soli wapniowych jest wtedy bardzo skuteczne. Dr SKAŁKOWSKI, zaznaczając, że zmięknienie kości pozostaje niewątpliwie w związku z ciążą, sądzi, że przyczyną utrudnionego chodzenia są przede wszystkim bóle z niem połączone. Odnośnie do wspomnianego rozszerzenia miednicy przytacza przypadek, gdzie chora po trzykrotnem cięciu cesarskiem czwarty raz sama urodziła. Jest zwolennikiem kastracyi. Z. BOCHEŃSKI nie przypisuje adrenaliny w zmięknieniu kości działania leczniczego; zwraca uwagę na niebezpieczeństwo w jej stosowaniu. Jeżeli jest jakieś polepszenie, to zasługa dobrych warunków higieny, i pożywienia klinicznego. Fosfor dobrze tu działa. Doc. SOŁOWIJ uważa na podstawie własnego doświadczenia fosfor za środek dobry; rozszerzenie miednicy, o którym wspomina Czyżewicz, jest zdaje się, następstwem leżenia. Dr NOWICKI uważa adrenalinę za środek nie bardzo bezpieczny w stosowaniu. Dla zwierząt, jak stwierdził z kol. HORNOWSKIM, jest ona niewątpliwie toksyczną, a nawet nie-

jednokrotnie wywołuje śmierć momentalną. Dłuższy czas stosowana śródżylnie wywołuje charakterystyczne zmiany anatomiczne u królików: przerost serca i zmiany w aorcie. Prof. dr GLUZIŃSKI podnosi z naciskiem to toksyczne działanie wyciągów z nadnerczy i to na podstawie własnych doświadczeń na zwierzętach jeszcze z r. 1893. Zaznacza jednak, że nie jest ono jednakie u wszystkich zwierząt. Dr PISEK nie widział dodatnich wyników działania adrenaliny w krwotokach wewnętrznych [dur brzuszny]; przy stosowaniu zewnętrznem, gdzie lekarz użył przy krwotoku nosowym tamponów adrenalinowych, wystąpiły objawy alarmujące.

Witold Nowicki.

Wiadomości bieżące.

— Influenca w Warszawie w ostatnich miesiącach przybrała charakter epidemiczny. Epidemia obecna jest słabsza niż w latach 1889 i 1890. Sprawa chorobna przebiega przeważnie z wysoką gorączką i rozlanym katarą oskrzeli, spostrzegają się również przypadki, powikłane płatowem zapaleniem płuc, czasem obustronnem lub ciężko przebiegającą bronchopneumonią. Rzadkie względnie bywają powikłania ze strony nosa i zatok bocznych oraz ucha, przeważnie o przebiegu łagodnem. Obok tej najczęściej spotykanej postaci z umiejscowieniem sprawy w drogach oddechowych, dość często bywają obecnie przypadki, przebiegające pod postacią zaburzeń żołądkowo-kiszkowych, którym towarzyszy wysoka gorączka, bledzenie i osłabienie czynności serca.

Badania mikroskopowego i bakteryologicznego płwociny nigdy w przypadkach podejrzanych zaniedbywać nie należy, nieraz bowiem wynik badania nie odpowiada objawom klinicznym. Jeden z naszych mikroskopistów w przypadku stwierdzonej klinicznie gruźlicy zamiast laseczników Koch'a wykrył w płwocinie laseczniki grypy, w przypadku zaś określonym na mocy badania klinicznego jako grypa, nie stwierdził obecności laseczników PFEIFFER'a.

Rozpoznanie influency powinno opierać się na wykryciu prątków swoistych PFEIFFER'a. Poszukiwać ich należy w śluzie gardzielowym, w wydzielinie nosa, a przede wszystkim w płwocinie z płuc. Ażeby oddzielić właściwą wydzielinę influencową od przymieszek z jamy ustnej i gardzieli, należy ją przemyć wielokrotnie w wodzie wyjałowionej. Preparat, przygotowany z tak oczyszczonej wydzieliny, barwimy rozcieńczonym [1:10] barwikiem ZIEHL'a w ciągu 5—10-u minut lub błękitem metylenu LOEFFLER'a przy ogrzewaniu w ciągu dwu minut. Charakterystyczne jest mocne zabarwienie pałeczki na końcach, gdy środek barwi się słabo; metodą GRAM'a pałeczka influency nie barwi się.

Nie można jednak ograniczyć się na badaniu mikroskopowem wydzieliny, a to dlatego, iż w jamie ustnej, a szczególnie w czopach migdałków i w jamach spróchniałych zębów, znajduje się masa pałeczek, posiadających wiele podobieństwa do pałeczek influency. Są one również nadzwyczaj małe, końce mają zaokrąglone, barwią się mocno na końcach i słabo w środku, są tylko nieco grubsze od prawdziwych pałeczek influency. Należy więc z tego względu uciekać się do metody hodowli. Na agarze lub na innych zwykłych pożywkach pałeczka influency nie rozwija się, rośnie tylko na pożywkach, zawierających hemoglobinę. Najlepiej jest przygotować agar skośny i rozetrzeć na nim parę kropel krwi gołębia; na

tak przygotowanej pożywce laseczniki influency rozwijają się w ciągu 18—24 godzin przy 37° w postaci delikatnych, drobnych kolonii, które rzadko zlewają się, a najczęściej rosną w kształcie drobnych kropel rosy. [Szczegóły, dotyczące bakterjologii influency, podane zostały w pracy B. DĘBIŃSKIEGO, wydrukowanej w № 40-m „Gazety Lekarskiej” z r. 1907].

— Sekretarzem Stałym Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego na miejsce opróżnione przez śmierć ś. p. prof. HENRYKA HOYERA wybrany został na posiedzeniu dnia 4-go b. m. kol. ALFRED SOKOŁOWSKI. Jest to czwarty z rzędu Sekretarz Stały naszego Towarzystwa. Poprzednio godność tę dożywotnią zajmowali prof. SZOKALSKI, prof. BRODOWSKI i prof. HOYER.

— Współwłaściciel naszego pisma, doc. dr EDMUND BIERNACKI mianowany został profesorem nadzwyczajnym na katedrze patologii ogólnej Uniwersytetu Lwowskiego.

— Na oddziale psychiatrycznym szpitala żydowskiego w Warszawie w dalszym ciągu wakuje posada asystenta-interna z pensją 669 rb., prócz mieszkania, światła i opalu. Prócz tego od 1-go czerwca r. b. wakuwać będzie posada lekarza miejscowego w budującej się obecnie kolonii dla umysłowo chorych żydów w Otwoku. Lekarz kolonii będzie otrzymywał 750 rb. pensji rocznej i całkowite utrzymanie [życie, mieszkanie, opał i światło]. Dla obu tych posad znajomość psychiatryi jest pożądana, ale nie konieczna. Oferty wraz z *curriculum vitae* kandydaci na jedną z powyższych posad zechcą kierować pod adresem: Dr WIZEL, Warszawa [Nowo-Sienna, 1].

OGŁOSZENIE.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna w kwocie rb. 200, imienia TYTUSA CHALOBIŃSKIEGO, będzie przyznana przez Towarzystwo w roku 1909 za najlepszą pracę oryginalną z dziedziny nauk lekarskich lub pomocniczych w zastosowaniu do medycyny, ogłoszoną drukiem w języku polskim w czesie od dnia 1-go stycznia 1906 r. do 31-go grudnia 1908 r. Ustawa konkursowa i regulamin dopełniający żadnych innych ograniczeń w przyjmowaniu prac do ubiegania się o nagrodę nie zastrzegają. Autor, przysyłający pracę do Towarzystwa, na piśmie wyrazić winien, że ją do konkursu, o jakim mowa, przeznaczą. Prace do konkursu składane być mogą w ciągu lat 1905, 1906, 1907, 1908 i w ciągu stycznia 1909 r. na ręce Sekretarza Stałego Towarzystwa. Ustawę i regulamin konkursowy każdy w kancelaryi Towarzystwa [ulica Niecała Nr 7] przejrzeć może.

P. o. Sekretarza Stałego, W. Kosmowski.

Do N-ru bieżącego dołączamy prospekt „Leczenie drożdżami”.

Redaktor i Wydawca, Dr med. Jan Pruszyński.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

SPECYALNE PRZETWORY „ROCHE”

Ainol

Thigenol**Sulfosot-
sirup**

Arsylin

Asterol

Syntetyczny związek
siarkowy.Najodpowiedniejszy
sposób leczenia kreo-
zotem.

Protulin

Thioeol

Ciecz brunatna syropowa-
ta, bez smaku i zapachu
Łatwo ulega wessaniu,
nie drażni, nie wywołuje
swędzenia, nie brudzi
bielizny.Ze względu na taniość
na bardziej nadaje się do
stosowania w biednej prak-
tyce

Brom-Protulin

Thioeoltabl.

Zalecany w praktyce
ginekologicznej i der-
matologii.Gruźlica, kokałusz, ogólne
stany osłabienia, zółty, in-
fluenza.

Eisen-Protulin

Sirolin

Mydło thigenolowe za-
wiera 10% thigenolu
„Roche”.**Ostrzeżenie!**Syrop sulfosotowy o tyle
jest prawdziwy, ile każ-
da butelka zaopatrzona
jest w naszą firmę.

Digalen

Na żądanie dostarcza się prób i literatury.

F. HOFFMANN-LA ROCHE & C^{IE}, BASEL (SCHWEIZ), GRENZACH (BADEN)

TAFELKI SIARCZANO-IGLASTE

D-ra B. RAFELKESA

Kapiele przyrządzone za pomocą tych tafelek mogą w zupełności zastępować naturalne siarczane; kapiele w miejscowościach leczniczych, jak w Busku, Kemmern i t. p.

Analiza chemiczna tafelek według prof. D-ra PELA:

Wolnego H_2S gazu — 0,10%W połączeniu H_2S „ — 4,20%

Aromatyczny ekstrakt z igieł sosnowych z żelazem do leczniczych kapieli w tafelkach D-ra B. Rafelkesa. Każda tafelka zawiera 4 łyżki ekstraktu i dostateczną na jedną wannę ilość żelaza

Skład główny: Sejny, gub. Suwalskiej, u D-ra B. Rafelkesa.

10-1

D-r, med. J. Maciejewski

ordynuje od 1-go października począwszy do pierwszych dni maja

w Wiesbaden**Röderstrasse 34, 1.**

Kapiele lecznicze wszelkiego rodzaju, elektroterapia, zabiegi wodolecznicze, masaż aktywny, wibracyjny i ręczny.

Latem praktykuje jak zwykle w Kissingen, gdzie zarazem przyjmuje chorych w swoim pensjonacie dyetetycznym.



№ 4711

Raptol

Najlepsza woda do włosów, do oczyszczania, odświeżania i wzmocnienia skóry na głowie. Specjalnie zaś przeciwko łupieżowi i połączone z nim wypadaniu włosów, przygotowana podług przepisu D-ra med. L. Eichhofs w Elberfeldzie

✻ Raptol ✻
nie zawiera żadnych ukrytych środków.

Ferd. Mühlens

Kolonia ⁷/_R Ryga.
Dostawca Dworu Jego Cesar-
skiej Mości.

W PRZEWLEKŁYCH ZAPALENIACH OSKRZELI LUB Z OSTRYM PRZEBIEGIEM,
SŁUZOTOKU, ROZSZERZENIU OSKRZELI, BRONCHO-PNEUMONII

KAPSUŁKI COGNET

z czystym EUCALYPTOLEM JODOFORMO-KREOZOTOWYM
zmniejszają wydzielanie i sprowadzają szybkie wyleczenie

✻ W GRUŻLICY ✻

Kapsułki powyższe powstrzymują rozwój choroby wzmocniają odżywianie, leczą gorączkę i mogą spowodować zagojenie uszkodzeń wewnętrznych.

PARYŻ. Rue de Saintonge. 43 i we wszystkich aptekach.

👉 Krajowy 👈

Miejscowość odpowiednia na **ZAKŁAD LECZNICZY**

Do sprzedania w **Płudach** pod Warszawą posiadłość. Dom piętrowy murowany, system korytarzowy o 20 pokojach, na suterrenach, skanalizowany. Sześć domów murowanych z werandami o 25 pokojach. Dwa domki małe. Studnia. Gruntu górzystego z lasem sosnowym 8 morgów. Okolica od 28 lat w lecie licznie zamieszkała. Na miejscu stacja kolejowa. Tramwaj staje wprost wspomnianej posesyi. Cena 45.000 rubli. Połowa szacunku może zostać. Wiadomość: Dział Hypoteczny. **Krajowy Dom Zleceń** Marszałkowska 124.

Domy, majątki do sprzedania. Lokata kapitałów. Najszerze pośrednictwo.

„Kronika Dentystyczna”

Miesięcznik, poświęcony wszystkim gałęziom dentystyki, chorobom jamy ustnej, oraz sprawom zawodowym; wychodzi od lipca r. b. pod redakcją: **Lékarza-dentysty M. KRAKOWSKIEGO**.

„KRONIKADENTYSTYCZNA” wychodzi w początku każdego miesiąca w zeszytach dużego formatu książkowego i zawiera: prace oryginalne, dział sprawozdawczy, spostrzeżenia kliniczne, wiadomości pomniejsze, nowe leki i notatki lecznicze, nową literaturę, kronikę, sprawy zawodowe, i ty do redakcyi i t. d.

PRZEDPŁATA wynosi w Warszawie rocznie rb. 6. (z odnośnieniem), w Cesarstwie i zagranicą 6 rb. 50 kop. Prenumerować można półrocznie.

Redakcyja i administracyja: **Warszawa, Długa 47.**

Na żądanie wysyłamy numer okazowy.

JECOROL

od wielu lat znany przetw6r w zupełności zastępujący tran leczniczy.

Próbne flakony na żądanie p. p. lekarzy.

Apteka magistra **A. Bukowskiego**, Marszałkowska 54.

RADCA CESARSKI

Dr. Kazimierz Kruszyński (z Szczawnicy)

ordynuje przez zimę

w **Zakopanem**.

D-r Henryk Landau

6-4

ANALIZY KRWI

Marszałkowska Nr. 95.

D-r Wacław MAYZEL, b. Asyst. Uniw. wykonywa w swej pracowni (do celow dyagnostyki lekarskiej: rozbiory chemiczne i mikroskopowo-bakteryologiczne analizy moczu głównie, oraz badanie płwociny, nasienia, kału i t. d. Kryoskopia.

Badania mikroskopowe w szerszym zakresie.

Ul. Marszałkowska 97 A, róg Nowogrodzkiej, tel. 56-56.

Pozwolenie Nr. 7338.

Membroid Santal Savaresse



Jedynie kapsułki z błony zwierzęcej, zabezpieczającej je od pęknięcia w żołądku. Olejek wydziela się dopiero w jelitach. Chory nie odczuwa odbijań i mdłości — niema odrazy do leczenia. Zaburzenia w trawieniu.

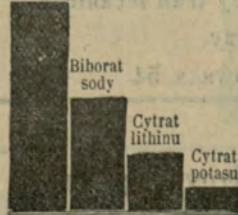
Olejek jest bezwzględnie czysty, destylowany w Anglii w laboratorium

Evans Sons Lescher Webb
L-tđ, Londyn Liverpool &
New-Jork

Kapsułki Savaresse'a mieszczą się w pudełkach cynowych po 24 szt.; w każdej kapsułce znajduje się po 10 kropeł olejku santalowego.

Tablica porównawcza ilości kwasu moczowego rozpuszczonych w:

Pipérazine



92% | 40% | 20% | 8%

PIPERAZINE MIDY

W MUSUJĄCYCH ZIARNKACH

Miarka dołączona do flakonu zawiera 20 centygramów.

W ostrych przypadkach: 3 do 6 miarek dziennie.

Jako środek zapobiegawczy: 1 do 3 m. przez 10 dni co miesiąc.

Najsilniejszy środek do rozpuszczenia kwasu moczowego.

**PODAGRA, KAMIEŃ NERKOWY, REUMATYZM,
ARTRYTYZM** we wszelkich objawach.

PRÓBY NA ŻĄDANIE

Apteka MIDY, 140, Faubourg Saint-Honoré. — Paris.
Generalny Reprezentant: G. Pommier, 8, Fursztdaskaja, St-Petersburg

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej

G. VOGEL.

PODRECZNIK POŁOŻNICTWA

w tłumaczeniu D-rów ZWEIGBAUMA i POPIELA.

z 214 rysunkami w tekście. Cena rb. 4, z przesyłką rb. 4 kop. 50
do nabycia w Administracji Gazety Lek. (Hoża 50) i we wszystkich księgarniach.