

# KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

## I. Kartka z dyetetyki chorób narządów trawienia.

### Dyeta mleczna w chorobach żołądka i kiszek.

Odczyt wygłoszony d. 24 lipca na Zjeździe lekarzy i przyrodników w Krakowie.

PODAJE

*Dr. Józef Zawadzki.*

I.

Zasadą leczenia wszelkich zmian chorobowych naszego ustroju jest dostarczanie choremu narządowi jaknajwiększego spokoju. Unieruchomienie stawu w zapaleniu jest jednym z pierwszych wskazań leczniczych, usunięcie substancji, wytwarzających się z pokarmów, drażniących nabłonek kanalików nerkowych jest niemal jedynym warunkiem do usunięcia zapalenia nerek, usunięcie podnień zewnętrznych już samo przez się sprowadzić może wyleczenie ciężkich chorób układu nerwowego. Niewątpliwie, gdybyśmy każdy narząd chory mogli na czas pewien w absolutnym zostawić spokoju, już to samo stanowiłoby o usunięciu sprawy chorobowej i o powrocie narządu do stanu prawidłowego.

Niestety, jeżeli można unieruchomić kończynę, nie można tego uczynić z większością narządów wewnętrznych, których czynność za-

dną miarą zawieszoną być nie może. Gdyby np. przy rozpoczynającej się sprawie chorobowej na zastawkach sercowych mogły być one czas jakiś beczynne, siła regeneracyjna wzięłaby górę nad zapaleniem, nie byłoby w następstwie wady zastawkowej. Toż samo stosuje się i do chorób narządów trawienia, które bez szkody dla całego ustroju nie mogą przez czas dłuższy pozostać beczynne. Skoro więc nie możemy w leczeniu u chorych wewnętrznych osiągnąć ideału — absolutnego spokoju narządu chorego, co łatwo zastosować się daje w chirurgii, dążyć musimy do dostarczenia tym narządom spokoju względnego.

W chorobach serca np. usuwając przeszkody w krążeniu, zalecając odpowiednią dyetę i zmniejszając przez to przekrwienie w narządach trawienia, dokonywając w czasie właściwym upustu krwi, ograniczając ruchy chorego i dając mu odpowiednie położenie—mamy głównie na celu dostarczenie choremu narządowi potrzebnego spokoju.

Tak samo postępować należy i z chorymi na żołądek i kiszki.

Stosując w leczeniu to najważniejsze wskazanie trzymać się pewnych granic należy. Jak zbyt długi spój, brak gimnastyki narządu jest bezwarunkowo szkodliwy w chorobach serca, tak samo, a nawet w wyższym stopniu wynikać może szkoda dla całego ustroju i narządów trawienia skutkiem długiej ich beczynności, są one bowiem jedyną drogą do wprowadzania niezbędnych dla życia pokarmów, wstrzymanie się więc od pokarmów sprowadza nie tylko osłabienie całego ustroju, ale i samych narządów trawienia, już osłabionych skutkiem samej sprawy chorobowej.

Niejednokrotnie, w istocie, jesteśmy w leczeniu chorób żołądka w kole błędnem. Jako przykład weźmy rozszerzenie żołądka, wskazanie absolutnego spokoju jest tu może najważniejszym momentem, ale wstrzymanie się od pokarmów pozbawia ustrój, a co zatem idzie osłabioną tkankę mięsną żołądka elementów regeneracyjnych, przez co wrócić do stanu prawidłowego nie może. Rostrzygnięcie pytania, w danym razie co jest szkodliwsze i jak zadosyć uczynić obydwu wskazaniom, jest jednym z zadań najtrudniejszych w leczeniu.

Nie zawsze kwestye tego rodzaju rostrzygane są prawidłowo. W praktyce mej zbyt często spotykam chorych, zagładzanych dla dostarczenia żołądkowi spokoju, a przekonałem się, że dostarczenie chorym tego rodzaju właściwego i w odpowiedniej ilości pokarmu, bynajmniej niekorzystnie na przebieg choroby nie wpływa.

Nie łatwiejszego w dyetetyce jak wpaść w szablon. Choremu z wrzodem żołądka zaleca się mleko na czas pewien po łyżce stołowej, a po wydaniu polecenia lekarz przestaje troszczyć się o oto,



by zsumować ilość łyżek i dowiedzieć się, ile też chory przyjmuje mleka w ciągu doby. W r. z. miałem w leczeniu p. K., któremu przy podejrzeniu wrzodu żołądka wobec silnych bólów lekarz zalecił mleko; przez cały miesiąc, pijąc łyżkę naraz, chory wypijał po  $\frac{1}{2}$  litra mleka dziennie. Znalazłem go tak osłabionym, że o własnej sile nie mógł się podnieść z pościeli, a kiedy zaleciłem mu wypicie przy sobie mięko zgotowanego jaja, chory przygotowywał się do tego jak do ciężkiej operacji, tak miał wpojona obawę przed jedzeniem. Po zmianie diety na białkowo-mleczną chory w krótkim czasie wrócił do sił i zdrowia.

Tego rodzaju szablonowego stosowania diety miałem w mej praktyce szpitalnej i prywatnej dużo przykładów, lekarze często zbyt jednostronnie zapatrują się na leczenie dyetetyczne i nie zdają sobie często sprawy z granic stosowania tego lub innego sposobu leczenia. Zależy to od małego wogóle u nas zainteresowania się lekarzy dyetyką, czego między innymi dowodzi i ubóstwo naszej literatury dyetetycznej.

Odczyt niniejszy stanowi jedną z części obszerniejszej pracy, którą w tym kierunku przygotowuję do druku i, być może, choć w części zadaniu odpowie.

## II.

Nim przejdę do właściwego mego tematu, w krótkości naszkicować muszę zasady ogólne żywienia.

Pierwszem pytaniem, jakie się nasuwa, jest rozstrzygnięcie, jakie jest *minimum* pokarmu dla zdrowego i chorego.

Badania Voita, Pettenkoffera, Liebiga, Renka i Rubnera dowiodły, że człowiek dorosły przy lekkiej pracy i w czasie spoczynku zużywa 110 grm. białka, 50 grm. tłuszczów i 450 grm. węglowodanów; na 110 grm. białka 100 przynajmniej winno być lekkostrawne i składać się z  $\frac{2}{3}$  części białka zwierzęcego, a  $\frac{1}{3}$  roślinnego. Przy takim pokarmie utrzymać możemy równowagę. Obniżając jednak do 100 grm. ilość białka według Voita, a do 90 grm. według Demutha, można organizm pozostający w spokoju—również utrzymać w równowadze, ale, zdaniem ich, dalej w obniżaniu iść już nie można.

Jeżeli ilości powyższe obliczymy według Rubnera na jednostki cieplne, otrzymamy, iż według Voit'a człowiek zużywa 2761 ciepło-

stek \*) na 70 klgm. wagi, a biorąc cyfry minimalne—2679 t. j. 30 ciepłostek na 1 klgm. wagi. Rubner ostrzega jednak, że ta ilość może odpowiadać potrzebie tylko w czasie absolutnego spoczynku, dla ludzi zaś zdrowych winna być od 40—50 ciepł. pro kilo., Hirschfeld jednak obniża *minimum* do 34,3 ciepłostek pro kilo t. j. 2400 dla 70 klgm. wagi, a Jaworski utrzymywał chorych w równowadze przy zupełnym spokoju, dając 2000 ciepłostek t. j. 30 pro kilo. Badając wagę chorych we wrzodach żołądka, zwykle nie otrzymywałem znaczniejszego obniżenia jej, podając pro kilo 29—32 ciepłostek.

Co się tyczy wzajemnego stosunku pojedynczych części składowych pokarmu, najlepiej zachować go tak, jak to określił Voit t. j., że na 1 gm. białka wypadać powinno 0,6 grm. tłuszczów i 4,5 węglowodanów. Białko nie może być zastąpione przez żaden inny element pokarmowy; Hirschfeld wprawdzie zaznacza, że mógł prawie  $\frac{1}{2}$  potrzebnej ilości białka zastąpić przez tłuszcze i węglowodany, dyeta taka jednak bez szkody dla ustroju trwać długo nie może, niema zresztą w chorobach żołądka większego znaczenia, ponieważ w tym razie prawie nigdy nie zachodzi potrzeba zmniejszania ilości białka. Co się tyczy innych części składowych, białko może w części zastąpić oba pozostałe elementy, ale w zbyt dużych należałoby je spożywać ilościami; tłuszcze i węglowodany również wzajemnie zastępować się mogą, ale według Noorden'a ustrój łatwiej znosi brak tłuszczów, niż węglowodanów.

Tam, gdzie określamy ilość pokarmów według wagi ciała, należy zwrócić uwagę, że u osób otyłych mniejszą ilościowo zalecać trzeba ilość, odtrącić bowiem należy z ogólnej wagi tłuszcz, jako materiał martwy, niepotrzebujący odnowienia, owszem usuwany często umyślnie; uwaga ta jednak, rozumie się samo przez się, nie może być stosowana tam, gdzie pozorna tęgość zależy od grubych kości.

Nietylko te uwagi ogólne mieć należy w pamięci, ale i inne własności pokarmów, a więc objętość, sposób przygotowania, skład pokarmów i uważać za dobry ten tylko pokarm, który zawiera w odpowiednim stosunku potrzebne ustrojowi elementy pokarmowe; zdolność wchłaniania pokarmu również powinna być nam znana, gdyż ani z trudno strawnego i trudno wchłanianego białka, ani z tłuszczów źle przyswajanych nic nam nie przyjdzie; najlepszym pokarmem słusznie Hirschfeld nazywa ten, który przy małej wadze zawiera największą ilość elementów pokarmowych.

\*) 1 gm. białka daje 4,1 ciepł., 1 gm. węglowod. — 4,1 c., 1 gm. tłuszcz. 9,3 c., 1 gm. wyskoku — 7 ciepłostek.



Strawność pokarmów jest rozmaita. Nie będę przytaczać tu znanej tablicy Leubego, który strawność określał według czasu, po upływie którego pokarm opuszczał żołądek, ani tablic Rubnera, który określał w kale ilość niestrawionych elementów, ani tablic Pentzolda, znajdują je czytelnicy w dalszym ciągu, tu tylko zaznaczę, że częstokroć prócz tych zasadniczych momentów w stosowaniu diety uwzględniać należy właściwości indywidualne całych grup ludności i osobników pojedynczych. Japończyk i Chińczyk trawia inaczej ryż niż my, żywiąc się nim stale, niezużywają bardzo nieznacznej części, my przeciwnie bardzo dużo niestrawionych części ryżu wydalamy z kałem. Jedni przyswajają 91,2% mleka; u innych odsetka ta równa się zaledwie 70% i t. p.

Jednym słowem, stosując u danego osobnika tę lub inną metodę dyetetyczną, zwracać pilną należy uwagę na jego właściwości indywidualne i do nich stosować się trzeba.

### III.

Mleko, jak wiadomo, zawiera wszystkie elementy pokarmowe, potrzebne dla utrzymania życia. Białko jest tu w 2 postaciach: albuminy i nukleoalbuminy (sernika), tłuszcz jest łatwo topliwy, a węglowodany otrzymujemy z mleka pod postacią sacharozy — cukru mlecznego.

Przeciętne mleko składa się z 3,5% białka, 3—3,5% tłuszczów, 4,0% węglowodanów i 0,7% soli; tych ostatnich w stosunku 1000 cz. jest K. 1,8 Na 1,1, Ca 1.6, Mg 0.2, tlenku żelaza 0,004, kwasu fosforowego 2.0, chloru 1.7. Mleko zatem posiada mało sodu, dużo wapnia i potasu, a ślady zaledwo żelaza. Ztąd długotrwałe używanie mleka jako pokarmu wyłącznego jest, niewątpliwie, już choćby dla składu mineralnego, szkodliwe z teoretycznego punktu widzenia. U dzieci brak żelaza wypełnia się pewną ilością nadmierną tego ciała u noworodków, u dorosłych należałoby wprowadzać je z zewnątrz; są tacy, co mleku używanemu przez czas dłuższy w chorobach serca przypisują przyspieszenie zwapnienia naczyń (Rumpf), a i przewaga soli potasowych nad sodowymi obojętną być nie może dla organizmu.

Co się tyczy białka, badania Rubnera dowodzą, iż trawi się i przyswaja w ilości od 88%—92,3%, z tłuszczów—94,4%—95,4%, z węglowodanów 100%, prócz tego z doświadczeń jego widać, że im więcej użyto mleka, tem gorzej przyswaja się tłuszcz (88% przy użyciu 4100 grm. mleka, 7,7% przy 3035), odwrotnie zaś rzecz się ma z białkiem.

Mleko krowie zawierające 3,5% białka, 3—3,6% tłuszczów i 4,0—5% cukru daje nam 58,65—68,9 ciepłostek w 100 grm. czyli dziesięciokrotną ilość w litrze (kwarcie). Ponieważ *minimum* pożywienia musi posiadać 2000—2400 ciepłostek, zatem potrzeba użyć 3300—4000 grm. mleka, ażeby zadosyć uczynić potrzebie.

W takiej ilości mleka będzie 115,5—130 grm. białka, 99 do 120 grm. tłuszczów i 132—160 grm. węglowodanów, a ponieważ trawi się około 90% całej ilości, będziemy mieli białka strawionego 104,5—117 grm., tłuszczów 90—108 i 132—160 grm. węglowodanów, czyli stosunek będzie 1:0,9 : 1,9, czyli, że stosunkowo będzie zbyt dużo białka i tłuszczów, a zbyt mało węglowodanów i że zbyt duża ilość 1-szych musi zastąpić węglowodany, co nie zawsze jest pożądaną rzeczą.

Skład mleka jednak poprawić się daje, jeżeli zamiast dawać mleko in substantia podawać je będziemy w postaci mieszanin, których używam i które podaję w tablicy.

#### Mleko krowie i jego przetwory.

N a z w a	Białko	Węglowodany	Tłuszcze	Ciepłotki w 1 litrze
Mleko krowie całkowite	3,5	4—5%	3—3,6	586—689
Mleko odśmietankowane	3,3	4,3	0,2	290
Śmietanka . . . . .	—	—	—	—
Serwatka . . . . .	0,8	2,1	0,6	122
Mleko zgęszczone . .	13	61,1	17,5	260
Mleko kwaśne . . . .	3,4	kw. mlecz. 3	3,6	4665
Maślanka . . . . .	3,5	1,6, kw. ml. 3	1,1	59,4
Kefir 1 dniowy . . . .	3,3	3,8, kw. ml. 3 wysk. 0,5%	2,2	39,0
„ 3 „ . . . . .	3,3	1,6, w. 1,6%	2,2	54,9
Kumys . . . . .	2,2	1,5, w. 1,7	2,1	465
Twaróg . . . . .	25,0	3,5	7,0	1340
Masło . . . . .	5	—	79	1840
Śmietana kwaśna . . .	3,6	3,5	26,7	2774



## Mieszani ny.

№	Mieszanina	Ilość potrzebna dla otrzymania 2000 kal.	Zawiera		Węglowod.	Stosunek białka do tłuszcz. i węglow.
			Białka	Tłusz.		
1.	1,5 litr. mleka całkow. 1,5 „ mleka centryf. i 60 grm. cukru mleczn. . . . .	3 litry  3 litry	102 —	49,5 —	300 —	1:0,5:1,2
2.	1 litr mleka cał. 2 litry mleka zbier. 60 grm. cukru .	3 litry	105	34	300	
3.	1,6 mleka słodkiego 0,85 litr. śmietanki i 60 grm. cukru	2½ litra	90	72	200	1:0,7 : 250
4.	tak jak № 3 + ½ litra serwatki	3 litry	94	75	221	
5.	½ litra mleka zgęszcz. 1 litr. mleka zbieran.	0,433 grm.	56	75,7	264	
6.	½ litra mleka zgęszcz.	1⅓ litra	74	58	249	

Jak widzimy z powyższej tablicy mieszanina № 1 posiada zbyt mało cukru, ilości jednak większej podawać nie można, gdyż wywołuje rozwolnienia, brak węglowodanów pokrywa większa ilość tłuszczów i białka. Większą ilość białka otrzymujemy z mieszaniny № 2, a zwiększamy ilość tłuszczów w mieszaninie № 3, zmniejszając zarazem objętość pokarmu; jeszcze większe zmniejszenie objętości pokarmu otrzymujemy, stosując mleko zgęszczone lub co lepiej w mieszaninie № 6, ilość ogólna wynosi wtedy 1⅓ litra.

Zaznaczyć tu muszę, że wielu autorów przesadnie wyraża obawy co do objętości pokarmu; z powyższego widzieliśmy, że dla dostarczenia 2000 ciepłotek, używając różnych mieszanin, dostarczyć trzeba od 1⅓ do 3 litrów mleka dziennie. Hoffman tę ostatnią ilość uważa za

*maximum*, którego przekraczać nie można, tymczasem wiadomo, że ustrój normalnie wydziela moczu około 1½ litra dziennie, z potem oraz przez oddychanie około 1 litra, wprowadzać więc potrzeba codziennie około 2½ litra, dla pokrycia strat (Leyden), a ponieważ mleko zawiera około 10,5% części stałych, z 3-ma przeto litrami wprowadzamy dziennie około 2600 grm. wody, czyli ilość wcale nie zawięka dla zachowania równowagi. Zresztą 3 litry dziennie rozłożyć można na 12 godzin dziennych, wypada wtedy na raz nie więcej jak 1 szklanka, co bez żadnej dla żołądka szkody wprowadzone być nie może.

Ojciec dyety mlecznej, Karell w pracy swej klasycznej, drukowanej w Arch. gen. de méd. w 1866 r., kładzie nacisk wielki na stopniowe zwiększanie ilości mleka: zaczyna od 60—200 cm.<sup>3</sup>, 3—4 razy dziennie, mleko zaleca pić wolno małymi haustami, aby dokładnie wymieszało się ze śliną. Jeżeli stolec jest prawidłowy, stopniowo zwiększa ilość mleka i w 2-gim tygodniu dochodzi do 1500 grm. p. d., zwiększając dawkę w następnych 3—4 tygodniach. Mleko podawać radzi o godz. 8 r., 12 w poł., 4 i 8 popołudniu. Jeżeli występują rozwolnienia, zmienić należy gatunek mleka, zmniejszyć ilość lub dodawać odwary śluzowe.

Inni autorzy radzą częściej dawać mniejsze dawki np. po łyżce stołowej co ¼—½ godziny; i tu, jak wogóle wszędzie, ściśle indywidualizować należy, gdyż mleko znoszą chorzy nie jednakowo, jedni np. z przyjemnością wypić mogą nawet 3½—4 litrów dziennie, inni czują wstręt już przy 2-giej szklance. W celu poprawienia smaku u tych ostatnich zacząłem z powodzeniem stosować mleko napojone czystym kwasem węglowym zapomocą aparatu „Sparklet“ i przekonałem się, że nawet osoby skłonne do rozwolnień po mleku zwykłym znoszą mleko gazowe doskonale. W tym samym celu poprawy smaku zalecam dodatki następujące do mleka: kakao, łupinki kakaowe, lekka herbatę, a najczęściej 10% wody wapiennej.

Mleko wogóle nie zawiera prawie żadnych substancji wyciągowych i jest pod tym względem jedynym pokarmem pochodzenia zwierzęcego; Burian i Schur przy bardzo ścisłych analizach zdołali wykryć zaledwie ślady kreatyniny; rzecz to ważna w leczeniu nie tylko chorób żołądka, ale przedewszystkiem chorób ustrojowych. Z powodu jednak braku środków pobudzających i łatwego wchłaniania wielu chorych po mleku cierpi na uporeczywą obstrukcję, co wielu autorów uprzedza niesłusznie do dyety mlecznej; tymczasem, dodając do mleka nieco soli kuchennej, a lepiej jeszcze serwatki naczecz, lub w mieszaninie № 4, z łatwością przezwyciężyć możemy



skłonność do zaparcia stolca. Stosując często dyetę mleczną, przekonałem się, że zaparcie stolca częściej występuje u tych chorych, którzy dostają małe ilości mleka, wprost dla braku wody; w tych razach obfite lawatywy z wody słonej usuwają zaparcie stolca. Zresztą dodatek w moich mieszaninach cukru zapobiega zaparciu zazwyczaj.

Tam, gdzie występuje po mleku biegunka, sprawa jest trudniejsza: zdarza się to bardzo często. W większości przypadków zależy to od drobnoustrojów, zawartych w mleku, gdyż rozwolnienie nie następuje, skoro mleko przegotować 2-krotnie lub, co lepiej, poddać sterylizacji lub pasteuryzacji \*) dwukrotnej; skoro to nie pomaga, przyzwyczajam stopniowo chorych do mleka, podając małe ilości z początku i zwiększając dawkę codziennie; zmniejsza również skłonność do biegunki dodanie wody wapiennej w stosunku 10%; w ostatecznym razie, gdy mi chodzi o stosowanie mleka, dodają doń po parę kropel nalewki makowcowej. Z podanej powyżej tablicy widzimy, że prócz mleka całkowitego otrzymujemy przez stosowne przygotowanie cały szereg przetworów mlecznych, które rozpatrzemy kolejno.

*Mleko kwaśne*, jak widzimy, może zastąpić słodkie w wielu wypadkach, zawiera ono nieco mniej węglowodanów, których część podległa fermentacji mlecznej; wytworzony z nich kwas mleczny nadaje smak odświeżający, przyjemny dla wielu i sprawia, że chorzy chętniej piją mleko kwaśne niż słodkie. Mleko kwaśne przed podaniem choremu musi być zawsze skłuczone, rozbite, aby sernik rozpadł się na najdrobniejsze cząsteczki; im są one mniejsze, tem mleko trawi się lepiej. Temu ostatniemu wskazaniu zadosyć czyni w większym stopniu kefir i kumys: przez wytwarzający się tam kwas węglowy sernik rozdziela się na najdrobniejsze cząsteczki. Nie zawsze jedna można stosować te przetwory, gdyż zawierają w sobie wyskok w ilości 0,5—1,7% i działają drażniąco przez to na błonę śluzową; ztąd w chorobach żołądka z nadmiernem wydzielaniem soku stosować tych przetworów niewolno, nadają się natomiast wybornie w chorobach z obniżonem wydzielaniem soku żołądkowego. Jeszcze większe zastosowanie mają te przetwory w chorobach kiszek, co powiedzieć można również i o twarogu. Badania wielu autorów dowiodły, że kał po mleku jest mało cuchnący i zawiera mniej, niż zwykły bakte-

\*) Wolę zawsze mleko pasteuryzowane, gdyż nie zmienia się smak naturalny mleka. Porównaj: „Mleko jako pokarm dla niemowląt“ J. Zawadzki i L. Nencki 1890 r.

ry; badań ściślejszych wprowadzić nie było, w kilku jednak wypadkach u jednych i tych samych chorych otrzymywałem mniejsze ilości drobnoustrojów w kale po mleku i kefirze, niż po dyecie mieszanej. Tę własność dezynfekcyjną Schmitz przypisuje działaniu cukru mlecznego; w twarogu sernik, wypadając z roztworu, unosi z sobą cząsteczki cukru i zanosi je do niższych odcinków kiszek.

Z innych przetworów mlecznych serwatka, zawierając dużo soli, jest wyborym środkiem w zaparciach; toż samo da się powiedzieć o maślanie, która nadto zawiera białko w stosunkowo dużej ilości. Śmietany w chorobach żołądka dla zbyt wielkiej zawartości tłuszczów i kwasu mlecznego niestosuje, natomiast masło przygotowane ze słodkiej śmietanki, może być zalecane często jako dobrze strawne; niesłusznie natomiast dotąd lekceważą twaróg jako środek odżywczy. Twaróg świeży, niesfermentowany, zawiera bardzo dużo ilości białka trawi się doskonale, w kioskach podlega fermentacyom i gniciu w małym stopniu, jest więc w odpowiednich przypadkach godnym zalecenia.

Jak widzimy z powyższego krótkiego przeglądu, mleko i jego przetwory są pokarmem doskonałym; wogóle, co się tyczy stosowania ich w chorobach trawienia, do czego przechodzimy obecnie, są niewątpliwie pokarmem najlepszym, byle umiejętnie były stosowane.

Jaworski w ostatniem wydaniu swego podręcznika dzieli pokarmy na jedno i różnorodne oraz obojętne. Za jednorodne uważa te, których skład zbliża się do składu błony śluzowej chorej i zdrowej; nie drażnią one błony śluzowej, mogą więc być stosowane bez żadnych obaw w chorobach żołądka. Pokarmy różnorodne natomiast mają skład różny z błoną śluzową, drażnią ją i w chorobach żołądka są przeciwwskazane; pokarmy wreszcie obojętne, do których i mleko zalicza, nie drażnią błony śluzowej i, podobnie jak jednorodne, prawie zawsze mogą być zalecane. Pokarmy różnorodne przez odpowiednie przygotowanie mogą być zamienione na obojętne, te ostatnie zaś, a nawet jednorodne przez złe przygotowanie stają się różnorodnemi. W związku z tem należy przypomnieć, że według Leubego mleko należy do pokarmów 1-go stopnia co do strawności; według Reichmana i Pentzolda mleko gotowane opuszcza żołądek w ilości 100—200 cm.<sup>3</sup> po 1—2 godzinach, w ilości 300—500 cm.<sup>3</sup> po 2—3 godzinach, co nas dziwić nie będzie wobec tego, że jest ono płynem, a z badań Meringa i Moritza wiadomo, że płyny przedewszystkiem przechodzą przez odźwiernik, a później dopiero pokarmy stałe.

(C. d. n.).



## II. O POWIKŁANIACH ciąży, porodu i połogu wadami serca.

Odczyt wypowiedziany na IX Zjeździe  
lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie  
w sekcji ginekologicznej w d. 22-gim lipca 1900 r.

PRZEZ

Józefa Jaworskiego.



Szanowni Panowie i Koledzy!

Sprawa, która jest przedmiotem niniejszego odczytu, jeszcze i dzisiaj przedstawia wiele wątpliwości. Naprzód, brak zgody w zdaniu, co do samego przerostu serca, a także przyczyn wywołujących go podczas ciąży. Powtórę, przyczynowość występowania dyskompensacji w krwi obiegu podczas ciąży, porodu i połogu, różnie nawet, w każdym z tych okresów, tłumaczoną bywa. Następnie, w sprawie rokowania w przypadkach tych powikłań spotkać można wprost odmienne zdania.

Tem samem i wskazania lecznicze przez różnych autorów stawiane są wprost przeciwne. Nie brak dlatego w tym przedmiocie sprzeczności rażących.

Gdy Winckel i Wessner nie znajdują żadnego niebezpieczeństwa dla zdrowia i życia ciężarnych w razie takich powikłań, a Fehling — występujące w tych razach zaburzenia, upodabnia do uczucia zmęczenia, doznawanego przez chorego sercowego przy wchodzeniu na górę, to Berry-Hart i Peter widzą tak groźne skutki wogóle od zajścia w ciążę osób z wadami serca, że wprost odradzają tym chorym zawiązywania związków małżeńskich. Staje się to zrozumiałem, gdy zaraz dodamy, że Winckel na 20 ciężarnych z chorobami serca, a Wesser na 25, stracili po jednej, gdy Peter na 36 przypadków, ciąży powikłanej wadami serca, stwierdza 17 przedwczesnych porodów, a Berry-Hart na 8 przypadków ciąży przy niedomykalności zastawki dwudzielnej widzi aż 7 — z zejściem śmiertelnem.

Do kwestyi spornych należy także — jak powiedziałem, sprawa przerostu serca podczas ciąży. Fizykalne objawy przerostu zależeć tutaj mają, od podniesionej przepony, w następstwie czego serce styka się ze ścianą klatki piersiowej bliżej i na znaczniejszej przestrzeni co daje obszar tępości powiększony. (Gerhardt).

Według Fritscha, następczy przerost serca w ciąży nie istnieje. Zwiększonej ilości krwi łatwo się poddaje system naczyniowy i serce, i z tego wynika nie istotny przerost, a tylko wyraźne rozszerzenie serca — aneurysma cordis passivum minimum. Zdrowe serce znosi to dobrze, przy chorem występują zaburzenia w równowadze krwi obiegu.

Schläyer inaczej objaśnia ów wrzekomy brak przerostu serca podczas ciąży. Przyznając zwiększoną pracę serca podczas ciąży, warunkowaną zwiększoną ilością i zwiększonym ciśnieniem krwi; mniejszą sprawnością klatki piersiowej w ruchach; uciskiem żył podbrzusza przez powiększoną macicę, jednocześnie przypuszcza, że zdrowe serce posiada tyle siły zapasowej (Reserve-Kraft) by sprostać tym zmienionym warunkom, a nie uleść przerostowi. Chore serce, które już przed ciążą ten zasób siły utracić mogło, skłonne jest do przerostu. Dlatego, w takich razach, występuje niebezpieczeństwo dyskompensacji i zwyrodnienia mięśnia sercowego.

Badania anatomo-patologiczne, a także i pewnej grupy klinicystów, przedstawiają znów w odmiennem świetle tę samą sprawę przerostu serca podczas ciąży.

I tak Larcher, badając (w latach 1826—1830) zmiany w sercu położnic — 130, zmarłych wskutek gorączki porodowej, stwierdził, że lewa komórka o  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$  swej wielkości się powiększa.

Taki sam wyraźny przerost lewej komórki stwierdził Blot (1862) zapomocą ważenia i mierzenia serca zmarłych ciężarnych.

Dreysel nawet cyfrowo usiłuje ten przerost określić. Według niego u ciężarnych i położnic obie komórki ekscentrycznie się powiększają, lewa więcej niż prawa. U młodych i silnych osób stosunek ten przyrostu wyraża się w ten sposób, że na 1 klgrm. wagi ciała przypada 0,44 wagi serca. Zbliżony jest pogląd Müllera, który przyznając podczas ciąży przerost serca, stawia go w zależności wprost od zwiększonej wagi ciała ciężarnej.

Serce podczas ciąży, mówi on — ulega takiej pojemności, która przyrostowi ciała jest proporcjonalną.

W ten sposób zdania o przeroście serca podcza ciąży i porożu, uważać można poniekąd za ustalone. Francuzcy autorzy przeważnie głoszą za przerostem w rozumieniu Larchera, niemieccy zaś



z małymi wyjątkami przyznają ten przerost, lecz w mniejszym stopniu.

Leyden np. wyraża się w ten sposób, że nawet w normalnych warunkach serce podczas ciąży i położu podlega „*alteracyom*“, które przy chorem sercu stać się mogą zgubnymi.

W moich przypadkach przez badanie fizykalne, a w I-szym i przez pośmiertne stwierdzić można było przerost, szczególnie lewej komórki.

Powstawanie tego przerostu serca, przez większość badaczy tłumaczone jest zmianą w ciśnieniu krwi, warunkowaną nowym łożyskowym krwi obiegiem, i ogólnem zwiększeniem się ilości krwi; *wskutek zwiększenia się przeszkody rozwija się przerost.*

Te same czynniki, które wpływają na przerost serca podczas ciąży, odgrywają ważną rolę w powstawaniu dyskompensacji przy wadach serca ciężarnych i położnic. Włączenie krwiobiegu łożyskowego w drugiej połowie ciąży, zwiększa ciśnienie tętnicze, którego regulowanie pozostaje w zależności od pracy lewej komórki, a ztąd wypływa, że przy niedomykalności zastawek aorty groźne objawy dyskompensacji pojawiają się w drugiej połowie ciąży. Jeżeli wada serca jest znacznie rozwinięta wydarzyć się może, że serce niezdolne będzie wykonać tej pracy, szczególnie podczas porodu, kiedy objawy występują w najwyższym stopniu.

W takich okolicznościach wskazany jest sztuczny przedwczesny poród (Spiegelberg).

Przy niedomykalności i zwężeniu lewego otworu żylnego groźne objawy dyskompensacji występują w położu, kiedy wskutek wykluczenia krwiobiegu łożyskowego, zwiększa się ciśnienie w żyłach i wydarzyć się może, że prawa komórka nie będzie w stanie przepchać do tętnicy płucnej tej krwi, która obficie napływa do niej ze wszystkich żył, tembardziej, że znajduje się przeszkoda ze stony lewego serca, a wskutek tego dzięki niewystarczającej dekarbonizacji krwi, nastąpić może nagła śmierć, z powodu paraliżu serca lub embolii.

Dlatego wobec takich danych, według Spiegelberga, przy zrównoważonej choćby częściowo niedomykalności zastawki dwudzielnej, przedwczesny sztuczny poród jest przeciwwskazany. Wada ta — niedomykalność zastawki dwudzielnej — uważaną jest przez innych (Fritsch) nie tylko w położu, lecz także podczas ciąży i porodu za niebezpieczną.

Groźne zaburzenia *po porodzie* objaśnia autor ten — nagromadzeniem się krwi w systemie naczyniowym jamy brzusznej, wywołanem obniżeniem się w niej ciśnienia. Do powiększonego serca mówi

Fritsch dopływa mniej krwi przez mały krwiobieg, resp.: siła tłocząca serca vis a tergo słabnie, a jako wynik tego pojawia się niebezpieczny *circulus vitiosus*. Tem samym objaśnia Fritsch powstawanie uporeczywych krwotoków poporodowych, u położnic z chronicznymi wadami serca.

Według Schroedera niebezpieczeństwo wogóle przy nierównoważonej wadzie serca największe jest podczas *porodu* i bezpośrednio po porodzie, a stawia on je w zależności od szybkiego opróżnienia lewego serca wskutek zmniejszenia się ciśnienia w jamie brzusznej. Wynikiem tego zmniejszenia się ciśnienia bywa rozluźnienie nie tylko powłok brzusznych, lecz i przepony brzusznej, a nadto zgodnie ze zdaniem Spiegelberga, Schroeder twierdzi, że krew żylna przyływa w zwiększonej ilości do prawego serca. Jako następstwo tych zaburzeń wydarza się paraliż serca. W okresie poporodowym śmierć następuje częściej, a warunkowaną jest apopleksją, albo embolgą mózgu.

Zejście śmiertelne podczas ciąży stawia Schroeder w zależności od zmian degeneracyjnych w mięśniu sercowym.

Według Maurice Costa, nagła śmierć po porodzie zawsze zależy ma od tych zmian w mięśniu serca, które się rozwijają, bądź od zaburzeń czynnościowych, poprzedzających poród, lub wskutek gorączki porodowej.

Profesor Leyden w swej znakomitej pracy p. n. „Ueber die komplikation der Schwangerschaft mit chronischer Herzkrankheit“, podaje następujące przyczyny jako czynniki stwarzające niebezpieczeństwo ciężarnych z wadą serca:

Naprzód, brak, lub niedostateczny przerost serca właściwy ciąży i osłabienie czynności serca wskutek niedomogi jego po porodzie.

Powtórnie, utrudniony krwiobieg w płucach w końcu ciąży, podczas i po porodzie.

Nakoniec, zmiany powstające w czynności nerek.

Zgubny wpływ tych powikłań na ciążę wyraża się także bardzo częstymi poronieniami, lub przedwczesnymi porodami, jakie się wydarzają u ciężarnych z wadami serca. Głównie dotyczy to wieloródek, zaś pierwszy raz rodzące znoszą wady serca lepiej i łatwiej. Zwracając się do statystyki pod tym względem znajdujemy następujące cyfry:

Leyden na 17 ciężarnych z wadami zastawek — stwierdził 8 poronień=48%; Laubinger określa odsetkę na 28,2. Schlayer na 15 wieloródek z wadami serca, widział tylko 4-ry donoszone płody. Guérard na 17 przypadków takich, w 8-u obserwował poronienie lub przedwczesny poród (w 4-ch przypadkach poronienie w 3-im



miesiącu, w 1-ym, w 5-ym miesiącu; jeden poród przedwczesny w 7-ym i jeden w 8-ym).

Peter na 36 przypadków tych powikłań 17 razy skonstatował przerwanie ciąży, a Vinay na 29 widział 2 razy partus praematurus sponte.

Rażąco od tej statystyki odbija cyfra podana przez Roemhelda (Heidelberg 1895), który na 235 przypadków przedwczesnego nasykowego porodu, nie przytacza w żadnej obserwacji tego momentu etiologicznego.

W każdym razie przy wydarzających się poronieniach lub przedwczesnych porodach, trzeba mieć na uwadze zdanie Poraksa: „en présence d'avortements successifs, il faut ne jamais oublier d'ausculter le coeur, si l'on veut trouver la cause des expulsions prématurées“.

Zadanie lecznicze przy powikłaniach tych polegać winno na stosowaniu *metody farmakologicznej*, o ile wada serca choć częściowo bywa zrównoważoną. Wytrwałe stosowanie metody tej dać może dobre wyniki, o czem świadczy między innymi i moje spostrzeżenie (IV-e). Gdy zaś podczas ciąży wystąpią groźne objawy dyskompensacji, wskazany jest sztuczny, przedwczesny poród. Teogo zdania jest większość klinicystów, choć, jak zobaczymy później niebrak i przeciwników tej metody. Nadto wpływ tutaj na pomyślnie zejście wywiera czas przedsiębrania tego zabiegu. W okresie wielkiego wyczerpania, niedomogi serca, widoki uratowania chorej się zmniejszają. Na okoliczność tę kładą szczególniejszy nacisk profesorowie Leyden i H i k e n s.

Podczas ciąży, przy występującej dyskompensacji, niebezpieczeństwo dla chorej z wadą serca, według Spiegelberga jest największe, gdy wada ta polega na niedomykalności zastawek aorty, i tylko wówczas uważa on za wskazany przedwczesny, sztuczny poród. Przy niedomykalności zaś i zwężeniu otworu żylnego lewego z powodów, o których już wyżej mówiłem Spiegelberg znajduje przeciwwskazanie do tego zabiegu podczas ciąży, gdyż całe niebezpieczeństwo w tym razie występuje w położu, gdy wskutek wykluczenia łożyskowego krwioobrotu, zwiększa się ciśnienie w żyłach, a tem daje niepomiarłą pracę prawej komórce, która może nie być w stanie przepechać do tętnicy płucnej krwi tak obficie do niej napływającej.

Te ograniczenia Spiegelberga, co do wskazań sztucznego porodu nie dzielają inni klinicyści: Fritsch, Löhlein, Leyden, Schroeder, są zdania, że przy każdej wadzie serca u ciężarnych i rodzących zająć może nagłą potrzebą wywołania sztucznego przed-

wczesnego porodu. Wskazaniem do tego są groźne objawy dyskompensacji. Zadanie lecznicze polegać tutaj winno na dążeniu do zmniejszenia pracy porodowej, wykluczenia od działania tłoczni brzusznej, trzeba szczególnie przyspieszyć okres wyrzynania się płodu, w tym celu przystąpić należy względnie do okoliczności, albo do wygniatania płodu, lub uciec się do kleszczy, czy też obrotu na nóżkę z następną ekstarcką.

W okresie poporodowym należy wykonywać ucisk na brzuch. Przy wadzie zastawek aorty w okresie porodowym z powodu dużych zmian w wielkim krwiobiegu, wypada bacznie śledzić za działalnością serca, i w razie potrzeby nie szczędzić środków podniecających.

Cała grupa znów klinicystów uważa wszelką interwencją w tych razach za zbytęzną. Wessner stawia wniosek, że wady serca przy ciąży i porodzie nie są niebezpieczne. Tegoż samego zdania jest Fehling.

Według Winckel'a sztuczny poród, jako nie usuwający wady serca nie powinien być stosowany, gdyż sprowadza tylko podrażnienie miejscowe i podnieca psychikę. Do przeciwników stanowczych sztucznego porodu przy wadach serca należy także Kleinwächter, według którego sztuczny, przedwczesny poród przedstawia zawsze większe niebezpieczeństwo niż prawidłowy, powtóre, zaburzenia w krwiobiegu wydarzyć się mogą i podczas sztucznego porodu, wreszcie, Kleinwächter twierdzi, że te niebezpieczeństwa, o których mówią inni autorzy nie istnieją podczas porodu, lub wydarzają się bardzo rzadko.

W kategoriycznych zdaniach tych jest wiele przesady, albowiem jeżeli nawet lekkie i dobrze skompensowane wady serca nie wywołują nawet żadnych zaburzeń podczas ciąży i porodu, to nie można uważać tego za pewnik, że chorym takim nie grozi żadne niebezpieczeństwo.

Wprawdzie, są to rzadkie przypadki, ale odnotowane w literaturze, gdzie wady serca, bez wyraźnych objawów przebiegające, dawały o sobie znać w sposób groźny właśnie podczas ciąży lub porodu. Do takich należą spostrzeżenia: Remy, Leopolda, Zwielfla. Ten ostatni podaje, że widział kobiety, które przy końcu ciąży, bez widocznej przyczyny ginęły, a badanie pośmiertne wykazywało nie inny powód zejścia, jak tylko wadę serca. Kobiety te intra vitam nie miały najmniejszych przypadłości, wskazujących na wadę serca.

Rzecz się inaczej przedstawia, gdy istnieje niezrównoważona wada serca. Tutaj groźne objawy już podczas ciąży częstokroć występują.



Otóż rażąco sprzeczności w poglądach na tę sprawę różnych autorów tłumaczyć trzeba jednostronnością zapatrywań, uwzględnianiem tylko własnych spostrzeżeń i statystyki a pomijaniem cudzych.

Przechodząc do statystyki śmiertelności z powodu wad serca podczas ciąży, porodu i położu, znajdujemy następujące cyfry.

A u t o r	Liczba przypadków	Niedomykalność zastawki 2-dzielnej	Śmiertelność	%
1. Macdonald . . . .	28	20	17	60,7
2. Wessner *) . . . .	77	—	38	49,3
— klinika Bern . . . .	25	13	1	4,
3. Lublinsky . . . .	7	4	5	71,4
4. Schlayer . . . . .	25	—	10	40,
5. Leyden . . . . .	20	16	11	55,
6. Wiessenthal . . . .	8	7	1	12,5
7. Leo . . . . .	7	—	3	42,8
8. Schneider . . . . .	14	—	1	7,1
9. Vinay . . . . .	20	—	0	—
10. Guérard . . . . .	13	—	4	30,7
11. Berry-Hart . . . .	8	—	7	87,5
12. Jaworski . . . . .	10	9	3	30,

W tabeli tej znajdujemy wysoką odsetkę śmierci, trzeba wziąć jednak pod uwagę, że do klinik przybywają najcięższe przypadki, które i bez powikłań częstokroć kończą się śmiercią.

W każdym razie cyfry te wskazują, że rokowanie przy powikłaniach ciąży i porodu wadami serca, pozostać musi zawsze wątpliwem. Szczególniej odnosi się to do tych przypadków, w których zaburzenia w kompensacji już podczas ciąży występować zaczynają.

Podług Leydena 40% ciężkich przypadków chronicznych chorób serca ginie wskutek ciąży i położu. Uderzającym jest, że duża odsetka śmierci przypada na chore, u których istnieje wada zastawki dwudzielnej. Przypuszczam, że nie bez wpływu na cyfrę tę pozostają

\*) Wessner tę % śmiertelność w przypadkach, zebranych przez niego z literatury, następnie zredukował, gdyż część zejść śmiertelnych wynika wskutek innych powikłań.

staje większa częstość tej wady, z jaką u chorych sercowych się spotykamy.

Przystępuję obecnie, Szanowni Panowie — do opisu własnych spostrzeżeń. Pochodzą one z ostatniego dziesięciolecia.

I. 24-letnia żona ogrodnika, przysłana do Instytutu położniczego przez kolegę Fr. Neugebauera z kartką: „casus urgens“. Wywiady skąpe, gdyż chora z powodu duszności mówi niechętnie i z trudnością. Kobieta bardzo silnej budowy. 1-a para.

Wydatny exophthalmus. Wielkie struma. Twarz silnie obrzęknięta, barwy fioletowej. Znaczny obrzęk stóp i łydek. Wielka duszność. Przeszło 50 oddechów na minutę. Tętno napięte, nie miarowe, 120—130 uderzeń na minutę. Chora leżeć nie może, tylko siedzi, a wskutek jakiegoś niepokoju zrywa się ciągle do chodzenia. Wielkość macicy odpowiada I miesiącowi ciąży. (Dno macicy sięga dołka podsercowego). Bicia serca płodu wysłuchać się nie daje, ruchy jednak chora zapewnia, że czuje. Skurcze serca bardzo niemiarowe — prawdziwa „folie du coeur“.

U wierzchołka i u podstawy słycać szmery nieokreślonego charakteru. W ogóle wysłuchiwanie trudne, ze względu na chrapliwy oddech chorej. Żyły szyjowe mocno rozszerzone.

Tętniczność tych żył (arterialitas venarum). Bruit du diable.

W 5 godzin po przywiezieniu chorej objawy powyższe zaczęły występować jeszcze z większym natężeniem. Obficie wydzielająca się ślina ze śluzem wyraźnie zabarwiona była krwią. Chora zaczęła się wprost dusić. Wezwany przez dyrekcję Instytutu na naradę kol. Wł. Krajewski uznał za konieczne wykonanie natychmiastowej tracheotomii. W tym celu chorą przeniesiono na oddział chirurgiczny. W drodze jednak chora przestała oddychać, a tętno zniknęło. Po przeniesieniu chorej na oddział chirurgiczny natychmiast przystąpiono do tracheotomii i sztucznego oddychania, lecz zabiegi te okazały się bezowocnymi. Sectio caesarea wykonaną nie została, gdyż bicia serca płodu wysłuchać nie można było.

Badanie pośmiertne: Hypertrophia cordis praecipue ventriculi sinistri. Insufficiencia v. v. aortae. et v. mitralis. Endoaortitis. Oedema pulmonum.

II. 34-letnia żona ogrodnika, IV para; uprzednio dwa razy rodziła. Graviditas in 8. mense. Plethora, hydraemia.

Dwa ostatnie porody z ciężkimi objawami dyskompensacji. W położu — krwotoki. Od 2-ch miesięcy silne obrzęki twarzy i kończyn dolnych. Kołatanie serca. Niemożność chodzenia i pracowania z powodu duszności i osłabienia. Budowa dobra, odżywianie liche.



Sinica twarzy i stóp. Oddech przyśpieszony, przeszło 40 na minutę. Tętno 120, słabe, nierówne. Ciepłota 36,8. Uderzenie wierzchołkowe serca silne, w V-em międzyżebrzu, na lewo od l. m. s., tamże — pomruk koci. Tępość serca znacznie powiększona w obu wymiarach. Górna granica w III-ciem międzyżebrzu, prawa przechodzi za prawy brzeg mostka, lewa znajduje się na 2 cm. za linią sutkową lewą.

U wierzchołka słychać szmer skurczowy i przedskurczowy. 2 ton tętnicy płucnej wzmożony. Rozpoznano: Stenosis ostii venosi sinistri. Insufficiencia v. mitralis et v. v. Semilunarium aortae. Dyscompensatio. Wątroba powiększona. Chora wyraźnie czuje ruchy płodu. Chorą tę widziałem na naradzie z kol. Pawińskim, który stan jej uznał za ciężki i przemawiał za ewentualnem sztucznem przerwaniem ciąży. Chora i jej otoczenie rady naszej nie przyjęli.

W trzy dni po tem chora przy objawach coraz większej duszności i obrzęku płuc — zmarła.

Badanie pośmiertne dokonaniem być nie mogło.

III. 23-letnia służąca, niezamężna, dobrze zbudowana i odżywiana. Przed półtora rokiem przechodziła ostry, stawowy reumatyzm. 1-a para. Wielkość macicy odpowiada VIII miesiącowi ciąży. (Dno macicy dochodzi do połowy odległości między pępkiem i wyrostkiem mieczykowatym). Chora zdaje się nie wiedzieć o obecnym swym stanie odmiennym. Stawy: kolanowy, skokowy, — palców rąk i nóg silnie obrzękłe i bardzo bolesne. Ciepłota 38,6, wieczorami 39,2. Tętno 100, miarowe. Od dwu miesięcy doznaje chora duszności, łatwo przy pracy się męczy. W ostatnich dniach, po myciu podłogi, wystąpiły silne bóle w stawach, obrzęki, duszność. Objawy te zmusiły ją do szukania pomocy w klinice. Przy badaniu, oprócz wymienionych zmian w stawach stwierdzamy, co następuje: Uderzenie wierzchołkowe serca trudno ściśle oznaczyć, najlepiej wyczuć można jego ruchy w dołku podsercowym. Tępość serca znacznie powiększona w obu wymiarach. Prawa granica znajduje się przy prawym brzegu mostka, lewa przechodzi nieco za linią pachową przednią; w górze stłumienie na trzeciem żebrze; u wierzchołka słychać szmer skurczowy, a chwilami przedskurczowy. Wielkość macicy odpowiada VIII miesiącowi ciąży. Ruchów płodu, chora twierdzi, że nie odczuwa. Bicie serca płodu wysłuchuje się.

Rozpoznanie postawiliśmy: Insufficiencia valvulae mitralis et stenosis ostii venosi sinistri. Rheumatismus articulorum exacerbatus. Graviditas in VIII mense.

Po kilkudniowym pobycie w klinice, chora zaczęła się poprawiać. Na piąty dzień jednak po przybyciu, w nocy, wystąpiły bóle porodowe. Jednocześnie wystąpiła wielka duszność, kaszel, ze śladami krwi w płwocinie; tętno drobne, 120—130 na minutę; oddech przyspieszony, około 40-stu na minutę. Wezwany w nocy przez lekarza miejscowego, wobec groźnych objawów dyskompensacji, zwiększających się podczas bólów porodowych, uznałem za właściwe rozpoczęty poród przyspieszyć. Założyłem w tym celu kolpeurynter, po pewnym czasie otworzyłem pęcherz płodowy, a gdy doczekałem się odpowiedniego otwarcia, nałożyłem kleszcze (wysokie) i wy dobyłem żywe, niedonoszone dziecko. Już w okresie łożyskowym tętno zaczęło bardzo słabnąć: stało się małe, nikłe; znaczna duszność, oddech przyspieszony, około 50 na minutę. Wykonaliśmy silny ucisk na brzuch. Do wewnątrz i pod skórę zastosowaliśmy środki pobudzające (wino, kamforę). Stan chorej stopniowo się poprawiał. Połóg prawidłowy. W 17 dni po porodzie w zadawalniającym stanie, chora opuściła klinikę.

IV. 25-letnia żona wyrobnika, przybyła do szpitala z powodu duszności i obrzęku nóg, co wystąpić miało po wysiłkach fizycznych. Chora ciężko pracuje i żyje w niekorzystnych warunkach. 1-a para. Wielkość macicy odpowiada końcowi VII miesiąca ciąży. (Dno macicy sięga na trzy palce ponad pępek). Rachy płodu chora czuje. Bicie serca płodu wysłuchać się daje. Budowa średnia, odżywianie mierne. Przy badaniu między innymi znaleziono: Uderzenia wierzchołkowego nie czuć. Tępość serca powiększona w obu wymiarach, więcej w podłużnym niż w poprzecznym. Górna granica na czwartym żebrze; prawa dochodzi do środka mostka. U wierzchołka tonów nie słyhać, natomiast istnieje tam szmer skurczowy, zlewający się prawie bezpośrednio z rozkurezowym. W okolicy wierzchołka czuć pomruk koci. Tętno 90 na minutę, miarowe. Rozpoznano: *Insufficiencia valvulae mitralis et stenosis ostii venosi sinistri. Dyscompensatio. Graviditas in VII mense.*

Chora przebyła w szpitalu około 6 tygodni, a objawy ze strony serca, pod wpływem środków nasercowych, wytrwale podawanych, stopniowo ustąpiły. Poród odbyła w przytulku położniczym pomyślnie.

(C. d. n.).



## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. *Chirurgia.*

317. Dr. v. Heinleth. **Przypadek niezwyklego nowotworu tętnicy szyjowej.** (München. med. Wochenschr. № 26. 1900).

Odpowiednio do szczyptych wiadomości naszych w zakresie fizjologii gruczołów tętnicy szyjowej ilość spostrzeganych dotąd nowotworów tychże jest nader niewielka, nie przekracza bowiem sześciu; mniemać zatem słusznie należy, że każdy nowy przypadek taki będzie niechybnie do wyświetlenia sprawy omawianej ciekawym przyczynkiem, tembardziej, gdy niezwykle guza wymiary i wybór postępowania operacyjnego wyróżnia przypadek ów od innych, pokrewnych mu spostrzeżeń wybitnie. Przypadek ten dotyczył kobiety 60-letniej, która przed laty czterema zasięgała u autora porady co do istniejącego u niej od lat wielu „wola“. Guz ten od niejakiego czasu zaczął się powiększać szybko, a oprócz bólów głowy chora doznawała uczucia bolesnego w szyi napięcia, nie pozwalającego jej spać na stronie lewej. Podczas badania, obok umiarkowanego wola obustronnego, znaleziono po za kątem lewym szczęki, na szyi, guz wielkości jabłka, wyosobniony od wola, który skórę wypukłał ponad sobą znacznie. Nad guzem wyczuwało się dokładnie napięty zginacz szyi (m. sternocleidomastoideus), granice nowotworu były wyraźne, spoiłość twarda, postać okrągława, powierzchnia — nieco nierówna, ruchomość — nader ograniczona. Na guzie wyczuwało się dostępane, zresztą, i dla oka tętnienie, udzielające się, o czem nie można było wątpić, z tętnicy szyjowej. Drugi, bardziej ruchomy i miękki guz, wielkości śliwki, wymacywało się ku dołowi od pierwszego, bez żadnej, na pozór, z tymże łączności.

Z uwagi, że jednocześnie z szybkim rozrostem nowotworu stan chorej ogólny pogarszał się wybitnie i że guz drugi można było słusznie uważać za przerzut, postanowiono, nie zwlekając dłużej, przystąpić do operacji. Po znieczuleniu chorej zapomocą morfiny i chloroformu poprowadzono długie na 14 ctm. cięcie wzdłuż brzegu wewnętrznego mięśnia mostko-sutko-obojęczykowego, poczem oddzielono od guza przyrosłą doń żyłę jarzmową wewnętrzną (vena jugularis int.) i odsunęto ją na bok. Torebka wyswobodzonego od zrostów guza była unaczynioną obficie, a grubość żył niektórych przypominała średnicę pióra gęsiego. Po obnażeniu końca dolnego guza i oddzieleniu od zrosniętej z tymże na długości 3 ctm. tętnicy szyjowej wspólnej przekonano się, że nowotwór ów siedział, niby worek mąki, na rozwidleniu się (bifurcatio) tętnicy, t. j. częściowo na jego powierzchni przedniej, częściowo — na tylnej.

Pomimo, że obie tętnice szyjowe: wewnętrzna i zewnętrzna omotane były przez guz na większej obwodzie swego części, udało się guz wyłuszczyć z zaoszczędzeniem naczyń, przyczem trudność największa stanowiły zrosty znajdującego się z tyłu od rozwidlenia odcinka, który trzeba było oddzielać od kręgosłupa i ściany paszczy. Krwawienie podczas manipulacji powyższych było stosunkowo nader niewielkie, lubo tętnice wypadło tu obnażyć na długości 11 ctm. Guz drugi, położony poniżej i łączący się z przerostym zrazem lewym gruczołu tarczowego zapomocą szypuły cienkiej, usunięto również, poczem przekonano się, że był to zwyrodniały gruczoł chłonny. Ranę zaszyto z pozostawieniem w kącie jej dolnym paska gazy jodoformowej, którą wyjęto po upływie dwóch dni. Rana zagoiła się prędko i doszczętnie, od rękocyznu upłynęło już lat cztery, w przeciągu których operowana cieszy się całkiem pomyślnym stanem zdrowia.

Nowotwór wyłuszczony, o wymiarach  $8 \times 5 \times 3,6$  ctm., miał w obwodzie 21 ctm. i podzielony był przez bródę głęboką na dwie części. Odcinek większy, który usadowił się na ścianie przedniej szyjowej tętnicy wspólnej stanowił  $\frac{2}{3}$  całej masy i podobnym był co do zarysów i wielkości do jaja kurzego. Na powierzchni widać było rowek płytki, długi na 2—3 ctm., wytworzony przez ucisk tętnicy, dalej — niewielkie splaszczzenie w miejscu, odpowiadającym kierunkowi m. zginacza głowy. Odcinek mniejszy, ułożony zrazowato po za rozszczepieniem (bifurcatio) tętnicy, posiadał zarysy nieprawidłowe. Obie te części łączył gruby na  $3\frac{1}{2}$  ctm. przesmyk, wytworzony przez głęboko wciskające się tętnice. Na przekroju twór ów posiadał spoistość, zbliżającą go do wola klejowatego (struma colloideum). Torebka posyłała do wnętrza guza przegródki łącznotkankowe, a wraz z nimi naczynia i nerwy, na skutek czego ten ostatni dzielił się na zrazy okrągławe, okolone naczyniami. Zraz środkowy przerzynały liczne, podobne do kłębków, naczynia włoskowate, nader poskręcane i zespalające się wzajemnie. Pomiędzy pętłami naczyń tych wykryto liczne ogniska komórek, należących do pewnej odmiany nabłonka (perithelium), które wespół z kapillarami stanowiły część podstawową nowotworu, ohrzezonego przez autora mianem „perithelioma“.

W okresie czasu pomiędzy 1880 i 1893 rokiem ogłoszono 6 spostrzeżeń, dotyczących guzów, których nader bliskie do opisanego pokrewieństwo zdaje się nie ulegać wątpliwości najmniejszej. Należą tu przypadki Marchand'a, Maydl'a, Dittel'a, Gersuny'ego i Albert'a. Wiek osobników chorych wahał się tu między 18 a 46 rokiem, przyczem guzy te umiejscawiały się zwykle w części górnej szyi, pod kątem szczęki dolnej, najczęściej po stronie lewej. We wszystkich przypadkach guz znajdował się stale na wysokości rozwidlenia (tumor intercaroticus), niekiedy zamykał je wraz z tętnicą w swem wnętrzu, to też za każdym razem nie obyło się bez nakładania podwiązki bądź na wszystkie trzy tętnice szyjowe i żyłę (v. jugularis int.), bądź na tętnicę dotwarzową (a. carotis ext.) lub domózgową (a. carotis int.) tylko.



Dwóch operowanych umarło, z tych jeden w godzin kilka po wykonaniu zabiegu na skutek krwotoku wtórnego. W jednym przypadku operacji poddany był 28-letni doktor medycyny; w przebiegu operacji wypadło tu podwiązać i wyciąć częściowo wraz z guzem trzy tętnice szyjowe, or: z tętnicą tarczową i wstępującą gardzieli (a. pharyngea ascendens). Rana zagoiła się niedługo, ale 5-go dnia po operacji chory dostał napadu porażenia połowicznego (hemiplegia) wraz z niemotą, która trwała stosunkowo dość długo. Ostatecznie lekarz ów wyzdrowiał i cztery już lata wolnym jest od nawrotu.

Omawiając charakter guzów powyższych, przedewszystkiem zauważyć należy, że te ostatnie powstają zazwyczaj pod koniec okresu młodzieńczego, naprzekór zatem występującemu w tych latach zastojowi w rozwoju narządów, mamy w tym razie do czynienia z dalszym, nieprawidłowym rozrastaniem się gruczołu, ku czemu bodźcem wywołującym są podrażnienia natury bądź mechanicznej, bądź zapalnej. Częstsze występowanie guzów po stronie lewej zależnym jest od warunków anatomicznych, jakim podlega lewa tętnica szyjowa. Fala krwi przedostaje się doń bezpośrednio od serca, siła zatem rozpędu i, co ilżie za tem, uderzenia w rozwidlenie lewe jest większą, niż po stronie prawej; fala też ta uderza mocniej i w otaczający tętnicę gruczoł karotyczny. Ponieważ ten ostatni odżywia gałązka, odchodząca wprost od tętnicy w miejscu bifurkacji, gruczoł doznaje tu zwykle podrażnienia mechanicznego w zakresie dość znacznym od napierającej nań fali.

Na mocy szeregu badań, dokonanych przez prof. Thomas'a, udowodnionemi zostały trzy następujące zasady histomechaniczne:

- 1) Powiększenie się światła naczynia zależy od szybkości strumienia krwi.
- 2) Wzrost grubości ściany naczynia warunkuje się jej napięciem, na co wpływa znów średnica światła i ciśnienie krwi.
- 3) Wzmaganie się tegoż w naczyniach włoskowatych prowadzi do powstawania kapilarów nowych. Z zasad tych łatwo jest snuć wniośki co do pochodzenia guza w omawianym przypadku. Od tętnicy domózgowej biegnie zazwyczaj do gruczołu karotycznego naczynie nieco skośnie w stosunku do strumienia krwi w tętnicy szyjowej wspólnej. Tam jednak, gdzie punkt wyjścia owego naczynia gruczołowego zbacza od normy i leży nader blisko rozwidlenia lub wprost w takowem, kierunek tętniczki jest bezpośrednio tętnicy wspólnej przedłużeniem. Ciśnienie zatem słupa krwi w tej ostatniej udziela się w całym swym rozmachu i tętnicze gruczołowej i gruczołowi samemu, na skutek zaś podrażnienia takiego, zgodnie z przytoczonemi prof. T. wnioskami, dojść może łatwo do pomnożenia ilości i powiększenia się średnicy naczyń w gruczole. W warunkach zwykłych gruczoł karotyczny składa się z okolonych przez naczynia guziczeków, te zaś — z motka kłębkowego kapilarów, pomiędzy którymi zasadzone są pojedyncze rozmaitej wielkości i wyglądu komórki o charakterze nabłonkowym (perithelium Paltauf'a i Marchand'a). Można twierdzić i nie bez słusznej racji, że podrażnienie, zależne od wzmożonego krwi ciśnienia, pobudza do rozrostu nie tylko kapilary same,

lecz i komórki, w mowie będące, których nadmiar znaleziono właśnie w nowotworze, opisanym przez autora.

Wzrost nowotworu (perithelioma) takiego jest zazwyczaj nader powolny. Umiejscowienie i zależna odeń nieruchomość są niemal swoistymi dla guza cechami. Odróżnienie, czy spostrzegana na guzie pulsacyja przeniesiona jest tu tylko z tętnicy szyjowej, czy też powstaje w jego wnętrzu, bywa niekiedy dość trudnem. Pamiętać trzeba, że nowotwór gruczołu karotycznego jest twardy, czem różni się zasadniczo od łatwo dających się ucisnąć tętniaków. Guz taki przyjąć można również niekiedy za nowotwory złośliwe gruczołów, przerzuty lub chłoniaki (lymphomata).

Jak widać z przytoczonej powyżej kazuistyki, w jednym tylko spostrzeżeniu autora udało się guz usunąć bez nakładania podwiązki na wielkie pnie tętnicze szyi. Pominąwszy już trudności natury technicznej, zauważyć należy, że wykluczenie z krwioobiegu mózgowego tętnicy szyjowej nie jest bynajmniej dla operowanego zabiegiem obojętnym i z natury rzeczy wynika pytanie, czy nie lepiej jest nieoperować wcale, zwłaszcza wobec złośliwości niewielkiej guzów w mowie będących. Jeżeli zrosty z gałęzmi tętniczymi są mocne i rozległe, wymagające nakładania podwiązki en masse, trzeba, dla uniknięcia konieczności takiej, część nowotworu zostawić, t. j. poprzestać na częściowem tylko jego wycięciu.

*K. Niedzielski.*

318. Albert Kocher z Bern'a. **O następstwach opuszczenia się ku dołowi gruczołu tarczowego.** (Centralbl. für Chirurgie. № 27. 1900).

Przypadek dotyczy 49-letniej kobiety, którą od lat wielu trapiła uporeczywa chrypka pochodzenia na pozór całkiem niewytlómaczonego. Chrypka ta nie wzmagała się, z drugiej znów strony chora, o ile pamięcią w przeszłość zasięgnąć mogła, zmuszoną była, również z przyczyny dłań nieznaney, trzymać głowę stale pochyloną na prawo oraz miała twarz „wykrzywioną“ nieco. Zapomocą badania przekonano się, że podbródek kobiety owej zbacza nieznacznie na prawo od linii środkowej i że w tym samym kierunku przesuwają się kąty ust podczas ich otwierania; połowa twarzy prawa była skróconą we wszystkich wymiarach, szpara międzypowiekowa po tejże stronie mniejsza, żrenica prawa — węższa od lewej; gałka oczna — odepchniętą była ku tyłowi. Dalej, wykryto drogą laryngoskopowania nieruchomość prawej struny głosowej i tak blizkie doń przesunięcie się lewej, że w sposób ten dochodziło do zupełnego niemal szpary głosowej zamknięcia. Na całej górnej powierzchni mostka wypukiwało się stłumienie, sięgające brzegu dolnego 2-go żebra; podczas obmacywania można było wyczuć dokładnie na wysokości jarzma (jugulum) masę twardą i sprężystą, poruszającą się podczas łykania i kaszlu, której, wszelako, nie udawało się przesunąć ku górze. Na szyi gruczoł tarczowy nie był wyczuwalnym, a tylko jego wyrostek ostrosłupowy (processus pyramidalis). Ponad końcem górnym mostka



sterczała na szerokość palucha sama tylko chrząstka obrączkowa, prawy zginacz głowy był cieńszym od lewego i wyczuwalnym mało.

Oczywista na mocy objawów kombinacja porażenia nerwów: wstecznego (n. recurrens) i sympatycznego opierała się, według wszelkiego prawdopodobieństwa, na uszkodzeniu nerwów tych w obrębie szyi. Wobec braku wola i swobodnego do tchawicy dostępu, uwaga badającego z natury rzeczy zatrzymać się musiała na owej twardej i rozległej masie tkankowej, na której opierał się palec, wprowadzony do jugulum. Guz ów (struma profunda intrathoracica), wdzierając się do otworu piersiowego (apertura thoracis), musiał wywołać porażenie obu nerwów przez ucisk od przodu i ze strony prawej w tem mianowicie miejscu, gdzie nerw wsteczny (n. recurrens) zakręca się dookoła odcinka początkowego prawej tętnicy podobojczykowej i gdzie zwój szyjowy dolny oraz górny piersiowy przyjmuje gałąź styczna pierwszą (ramus communicans primus) od rdzenia.

Stwierdzone w omawianym przypadku zesunięcie ku dołowi tchawicy i krtani wraz z gruczołem tarczowym tłómaczy się tu wykrzywieniem szyi i przykurczeniem mięśnia zginacza prawego, co, z toku rzeczy, doprowadzić musiało do skrócenia szyi w wymiarze przednim. Nieuniknionem takiego zboczenia następstwem było tu również i wybitne wykrzywienie boczne (scoliosis) twarzy, wobec czego rozwój górnej połowy tejże uległ po stronie prawej zatrzymaniu a linia twarzy środkowa wygięta została wklęsłością swą na prawo. To opuszczenie się połowy twarzy ku dołowi pociągnęło za sobą i krtani w tymże kierunku, z czego, jak już zrozumieć łatwo, powstała tyreoptoza.

Opuszczanie się gruczołu tarczowego ku dołowi nabiera dużego znaczenia w tyed krajach, w których wole bywa zjawiskiem częstym. Jak tylko to ostatnie wytworzy się w gruczole, choćby nieznacznie zmieszczonym ku dołowi, guz ów zaraz nabiera skłonności do wrastania do wnętrza klatki piersiowej; podczas zapadania się jarzma na skutek mocniejszych wdechów, ustępując przed ciśnieniem powietrza, wole posuwa się na dół coraz więcej, czemu przewężenie tchawicy w górnej części aperturae thoracis i utrudnienie doń dostępu powietrza sprzyja znakomicie. Na tle tem powstaje bardzo wiele odmian napadu duszności, których przyczyny prawdziwej nie można było dociec przez długie czasy i które leczono bezskutecznie rozmaitymi środkami wewnętrznymi. Pomyłka taka jest zrozumiałą tembardziej, że w razie istnienia zależnych od wola ukrytych zwężeń tchawicy powstaje zwykle rozedma płuc, na której też karb kładziono napady zaburzeń w oddechu. Jak przekonano się dzisiaj, źródła szukać tu wypadnie nieraz w czasowych ukrytego wola obrzmieniach i zatrzymaniu się śluzu w nieżytkowo zmienionej tchawicy. W danym przypadku miano do czynienia z umiarkowanym tylko powiększeniem się zalegającego w klatce piersiowej gruczołu tarczowego, co uodwodnionem zostało przez prześwietlanie. Że chora nie doznawała ze strony swego guza przykrości większych, zależało to od tego, że ten ostatni nie dosięgał otworu piersiowego i że sama klatka piersiowa była tu dość mocno wypukłona. U innych, wszelako, osobników,

u których guz w mowie będący dochodził do wymiarów znacznych, zaburzenia w oddechu stają się nieraz nader groźne i w skutkach swych zgubne. Ponieważ, na mocy licznych już doświadczeń klinicznych, przeprowadzonych przez prof. Kocher'a, przekonano się dziś powszechnie, że struma interthoracica jest dla zoperowania dostępna i że objawy chorobowe, zawarunkowane przez nią wzmagają się jednocześnie ze wzrostem guza, należy lekarzowi, w razie zapadania się gruczołu tarczowego, zbadać zawsze chorego dokładnie, czy tenże nie ma ukrytego wola.

K. Niedzielski.

319. Dr. Th. Cohn. **O pęknięciu śledziony podskórnem.** (München. Med. Wochenschrift. № 18. 1900).

Do 23, znanych w piśmiennictwie lekarskiem przypadków pęknięcia podskórnego śledziony, w których wykonywano laparotomię z powodzeniem względem, dr. Cohn dołącza, w charakterze przyczynka, dwa spostrzeżenia własne, nie pozbawione pewnych w przebiegu klinicznym osobliwości. W przypadku pierwszym miano do czynienia z 23-letnim mężczyzną, który, spadając z połamanej krzesła, uderzył się o jego poręcz połową lewą brzucha. W kilka godzin po zdarzeniu owem, oprócz dotkliwych w miejscu stłuczonym bólów, uszkodzony zaczął odczuwać niezmierny upadek sił i niebawem dostał wymiotów. Wieczorem tegoż dnia zauważono u chorego podczas badania, obok wybitnej powłok zewnętrznych bladeści i częstego, drobnutkiego tętna, umiarkowane wzdęcie brzucha, bolesnego na ucisk w okolicy żołądka i śledziony oraz przemieszczenie przepony ku górze. Dalej, zapomocą opukiwania wykryto w jamie brzusznej obecność wylewu obfitego, przyczem ciecz przelewała się wyraźnie, z chwilą gdy badany układał się na boku. Po lekkim odurzeniu chorego eterem przystąpiono do wykonania laparotomii, poczem z otwartego dużym cięciem środkowym brzucha wylały się niemal 3 litry krwi. Ze względu, że ta ostatnia wydostawała się na zewnątrz w ilości znacznej po stronie prawej, wzdłuż tedy prawego łuku żebrowego poprowadzono cięcie poprzeczne, w okolicy, wszelako, wątroby nie było nic nieprawidłowego. Z kolei rzeczy wypadło wykonać lewe cięcie poprzeczne dla obnażenia śledziony, która, jak przekonano się następnie, oddzieloną była prawie zupełnie od swych przyczepów i w miejscach kilku, zwłaszcza zaś na powierzchni, zwróconej do żołądka, uległa głębokim rozdarciom, niektóre zaś kawałki narządu poddrywały się zupełnie. Po zatrzymaniu krwotoku drogą wielokrotnego obklucia, śledzionę usunięto, na tętnice nadbrzuszne (aa. epigastricae) nałożono podwiązki, wreszcie zaszyto ranę brzucha. W przebiegu operacji dokonano nadto wlewania roztworu soli kuchennej pod skórę, którą zaaplikowano choremu w ilości jednego litra. Operowany zmarł dnia 3-go po dokonanym zabiegu, przyczem na oględzinach pośmiertnych znaleziono, między innymi, zmiany od-



powiadające okresowi początkowemu sprawy, zapalnej w otrzewnie (peritonitis fibrinosa circumscripta incipiens).

Przypadek drugi dotyczył 17-letniego terminatora mularskiego, który uderzony został kielnią w bok lewy. Po przyjściu do siebie z chwilowego omdlenia poszwankowany narzekał na uczucie stałego w boku owym bólu, który szerzył się nawet po obu kończynach lewych dolnej i górnej. Osłabienie wzmagało się nieustannie, omdlenia powtarzały, wreszcie po upływie dni pięciu zdecydowano się na przewiezienie chorego do domu zdrowia. Podczas badania znaleziono na przebiegu lewej linii pachowej tylnej, na wysokości 10-go żebra, długą na 8 ctm. brunatną pręgę, dalej, począwszy od 5-go żebra z tyłu i z lewej strony — stłumienie, brak szmerów oddechowych i drżenia głosowego, a nadto wykryto stopień odgłosu wypukowego i po prawej stronie, rozpoczynające się na poziomie szczytu łopatki. Dolna granica płuc od przodu kończyła się na żebrze piątym. Stłumienie lewostronne zlewało się z tępością, zależną od zawartej w brzuchu cieczy, ruchomej wyraźnie, o czym można było przekonać się wtedy, gdy badany zmieniał pozycję; stwierdzono w końcu, że okolica śledziony i okrężnicy zstępującej były nader wrażliwe na ucisk.

Dla większej pewności rozpoznania chorego poddano w dniu następnym prześwietlaniu, roentgenizacya, wszelako, nie powiodła się, gdyż chłopiec dostawał objawów zapaści, z chwilą gdy nadawano mu położenie siedzące. Wobec wyraźnego pogarszania się stanu ogólnego, niepodobna było zwlekać z rękoczynem dłużej, po uspieniu zatem chorego eterem przystąpiono do wykonania laparotomii. Równolegle do lewego łuku żebrowego, na szerokość 2-ch palców poniżej, poprowadzono długie na 20 ctm. cięcie brzuszne i wypuszczono z jamy otrzewnowej do  $1\frac{1}{2}$  litra krwi ciemnej. Wprowadzona do jamy owej ręka wyczuwała dokładnie rozdarcie poprzeczne pokrytej skrzepami i złożami włókniaka powiększonej znacznie śledziony. Po wygarnięciu skrzepów i odprowadzeniu żołądka oraz jelit ku tyłowi, po mocnem odciągnięciu wreszcie łuku żebrowego ku górze, utworowo sobie dostęp do śledziony wygodny, a jednocześnie przekonano się, że torebka narządu na jego wypukłej powierzchni jest podminowana i daje uczucie chęłbotania. Prócz owej rysy poprzecznej, rozpoczynającej się od wnęki, znaleziono w śledzionie jeszcze kilka pęknięć pomniejszych oraz miejscami ogniska tkanek zmiążdżonych, przyczem podczas ciągnięcia narządu ku dołowi istota tegoż gdzie niegdzie rozrywała się dalej. Po nałożeniu na naczynia podwiązki śledzionę wyłuszczone, ranę brzucha zamknięto szwem piętrowym, w części jej tylnej założono gazę, nadto zastrzyknięto choremu podczas operacji roztwór fizyologiczny soli kuchennej w ilości 2-ch litrów pod skórę. Z upływem trzech tygodni rana zagoiła się zupełnie, odpowiednie zaś, przeprowadzone w końcu szóstego tygodnia badania co do wartości krańców krwi dały cyfę 2,650,000 dla czerwonych oraz 20,000 dla białych. Waga operowanego osobnika powiększyła się szybko, w ciągu bowiem pierwszych dwóch po rękoczynie tygodni

przybyło mu 10 funtów. Obecnie stan ogólny młodzieńca jest wyborny, wygląd — kwitnący.

Przypadki powyższe różnią się w swym przebiegu klinicznym wyraźnie. W pierwszym miano do czynienia z niezmiernym i występującym niezwłocznie prawie upływem krwi, w drugim — bezkrwistość niepokojącą zauważono dopiero po dniach kilku. Rzecz ograniczyła się tu, bez kwestyi, z początku na wytworzeniu dużego podtorebkowego krwisteku (haematoma), który wtórnie doprowadził dopiero do pęknięcia torebki i krwotoku do jamy otrzewnowej. Rozpoznanie natury cierpienia u pierwszego chorego, wobec wywiadów niedokładnych, mogło mieć tylko cechy prawdopodobieństwa, w drugim — działano na pewno, lubo przyznać należy, że rozwój anemii powolny nie jest typowym dla obrazu chorobowego, odpowiadającego rozdarciu śledziony. Wyłuszczenie narządu całkowite jest w przypadkach takich niezbędnem, resekcya bowiem lub zeszywanie miejsc uszkodzonych nie prowadzi do celu z uwagi na stopień unaczynienia śledziony i kruchość jej mięszu. Jak przekonały, zresztą, spostrzeżenia innych autorów, utrata śledziony nie wywołuje w ustroju zaburzeń poważniejszych i tylko potrzebny dla wyzdrowienia okres czasu jest tu dłuższy, niż w innych powstałej po urazie bezkrwistości przypadkach.

K. Niedzielski.

## II. Choroby skórne i weneryczne.

320. P. Colobini. O zachowaniu się śledziony w przymocie nabytym. („Ueber das Verhalten der Milz bei erworbener Syphilis.“ — Arch. für Dermatologie und Syphilis. 1900. B. 51. Hft. 2).

Wobec nieustalonych dotąd jeszcze poglądów na sposób zachowania się śledziony w przymocie autor postawił sobie następujące pytania: 1) Jak często daje się zauważyć powiększenie śledziony w przymocie nabytym? 2) W jakim okresie choroby występuje powiększenie śledziony? 3) Jak długo trwa? 4) W jakim stosunku bywa to powiększenie do natężenia innych objawów choroby i jak się zachowuje wobec leczenia swoistego?

Liczne badania, w tym kierunku podjęte, pozwoliły autorowi wyprowadzić wnioski następujące:

1) W przymocie nabytym powiększenie śledziony daje się widzieć stale. 2) W okresie pierwszym choroby, t. j. kiedy istnieje dopiero tylko owrządzenie resp. stwardnienie pierwotne, w śledzionie żadnych zmian jeszcze niema. 3) Powiększenie śledziony występuje dopiero w drugim okresie wylegania na krótko przed wybuchem objawów ogólnych. 4) W miarę przybywania objawów śledzioną powiększa się coraz bardziej bez względu na rodzaj tych objawów, oraz ustępuje zwykle jednocześnie ze zniknięciem ich. 5) Wkrótce po zniknięciu objawów ogólnych śledzioną dochodzi prawie zawsze do



rozmiarów zwykłych, normalnych. 6) Przy powrotach choroby, jak również w okresie późnym przymiotu powiększenia śledziony prawie nigdy nie bywa. 7) Przyczyna obrzmienia gruczołów limfatycznych w przymiocie i powiększenia śledziony ta sama. Gruczoły jednak narzmiewają nieraz bardzo znacznie, gdy przeciwnie — powiększenie śledziony bywa zwykle umiarkowane. 8) Płęć chorego nieodgrywa tu żadnej roli. 9) Pod wpływem leczenia obrzmienie śledziony ustępuje łatwo. 10) W przypadkach wątpliwych, obok innych objawów podejrzanym, powiększenie śledziony przemawia za przymiotem.

*Fr. G-yć.*

321. Prof. G. Dieulafoy. **Nephritis syphilitica.** (Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris. — Lec. 13. Paris. 1899).

### Wolny przekład.

Mieliście, panowie, możność widzieć w naszej klinice kilku chorych z cierpieniami nerek syfilitycznego pochodzenia, korzystam więc ze sposobności, aby zapoznać panów z tą nader ważną sprawą chorobową, która, niestety, nie jest jeszcze należycie wyjaśniona. Wpierw jednak, nim przystąpię do interesującego nas przedmiotu, czuję się w obowiązku powiedzieć słów kilka o teorii Güntz'a, według której swoiste leczenie rtęcią ma jakoby w znacznej mierze przyczyniać się do powstawania cierpień nerek u syfilityków.

W swej znakomitej pracy o syfilisie nerek Maurine bardzo słusznie powstaje przeciw temu pogładowi. Dość poznać obraz zatrucia rtęcią u osób mających ciągle do czynienia z tym metalem, aby się przekonać, iż w podobnych wypadkach spostrzegać się dają różne ostre lub przewlekłe objawy (stomatitis, cierpienia zębów, drżenie etc.), lecz nerki u tych osobników zawsze pozostają zdrowe. Następnie mogę przedstawić panom szereg spostrzeżeń, dotyczących syfilityków, u których ostre zapalenie nerek wystąpiło po 3—4—5 miesiącach po zarażeniu, kiedy chorzy ci nie zażyli ani jednego jeszcze rtęciowego preparatu. Wreszcie powołam się na tych syfilityków, u których syfilis nerek objawił się po 10—15 latach po zarażeniu się, pomimo, że chorzy ci wciągu kilku lat nie przyjmowali wcale rtęci. Jednym słowem, sprawę tę należy uważać za rozstrzygniętą: nefryt u syfilityków wywoływany zostaje nie przez rtęć, a przez sam syfilis. Syfilityczny jad wpływa wysoce zgubnie na tkankę nerkową, sprowadzając w niej głębokie zmiany, które jednak bywają różne, zależnie od tego, czy nerki ulegają cierpieniu wkrótce po zarażeniu, czy też w czasie późniejszym.

Wczesne skażenie nerek, występujące już w pierwszych miesiącach syfilisu, sprowadza nefryt w całym słowa tego znaczeniu: obydwie nerki równomiernie są zajęte, jak to bywa przy wszystkich ostrych zakaźnych nefrytach, przyczem powyższe cierpienie nerek przejawia się bądź w postaci lekkiej, lub umiarkowanie ciężkiej, bądź też bardzo ciężkiej, a nawet często śmiertelnej. Przeciwnie, *późne*

skażenie syfilityczne, występujące dopiero po upływie wielu lat po pierwotnym zarażeniu czyli t. zw. trzeciorzędny syfilis nerek, objawia się nie tylko zmianami właściwymi dla nefrytu, lecz znajdujemy tu gumaty, sclero-gumaty i zwyrodnienie skrobiowate. Zmiany te albo występują na pierwszy plan, albo też występują w różnych kombinacjach ze zmianami właściwymi dla nefrytu. Wczesne skażenie nerek należy nazywać — *syfilitycznym nefrytem*; późniejsze — *syfilisem nerek*.

Między tymi skrajnymi typami bywają, rozumie się, postaci pośrednie. Lekcyę niniejszą poświęcimy rozbirowi wczesnego syfilitycznego nefrytu.

W pewnych wypadkach wczesny syfilityczny nefryt bywa tak lekkim, że przechodzi nawet niezauważonym. Jedynym prawie wtedy objawem tego cierpienia bywa białkomocz. Dobowa ilość białka dochodzi do 10—20—30 cmtr. — pod mikroskopem znajdujemy wałeczki. Po upływie mniej lub więcej długiego czasu, który może być skróconym przez swoiste leczenie, białkomocz ustępuje, nie pozostawiając żadnych następstw.

Przy tej postaci syfil. nefrytu — białko i wałeczki stanowią, powtarzam, jedyne objawy choroby. Czasem tylko spostrzegać się daje nieznaczne obrzmienie powiek lub twarzy, wyraźne zwłaszcza rano po wstaniu ze snu, jak również nieznaczny obrzęk stóp i goleni. Takie lekkie postaci syfilitycznego nefrytu należy objaśnić nieznaczną złośliwością jadu syfilitycznego, a być może, również pierwotnym normalnym stanem nerek.

Wypadki tego rodzaju wymagają ostrożnego zastosowania swoistego leczenia i należy za nimi pilnie śledzić, gdyż rzadko one od razu zostają wyleczone, łatwo bowiem występują nawroty w znacznie cięższej postaci.

Co się tycze *ciężkiej* postaci ostrego syfil. nefrytu, to przede wszystkim muszę zwrócić uwagę panów na uderzająco *wczesne* występowanie tego cierpienia. Zwykle przyjmują, iż t. zw. drugorzędne objawy syfilityczne o wiele mniej są niebezpieczne, jak trzeciorzędne. Dla większości przypadków jest to prawdą; ciężkie objawy syfilisu: syfilityczne cierpienia mózgu, naczyń, krtani, płuc występują zazwyczaj dopiero w kilkanaście lat po zarażeniu; zdarzają się jednak liczne wyjątki pod tym względem. Tak np. niejednokrotnie powoływałem się na wczesne syfilityczne cierpienia tętnic mózgowych, które występują w kilka miesięcy po zarażeniu; zwykle objawiają się nadzwyczaj silnym bólem głowy i często prowadzą do zamknięcia światła naczynia lub też do powstawania aneuryzmatycznych rozszerzeń; w ten sposób tworzą się tętniaki syfilityczne art. Sylvii, art. basilaris i wogóle wszystkich tętnic łuku Willisii — tętniaki, pęknięcie których sprowadza wylew krwawy i śmierć. Syfilis więc przedstawia chorobę bardzo niebezpieczną nie tylko w trzecim okresie, lecz także w początkowych stadyach w pierwszym roku lub nawet w pierwszych miesiącach po zarażeniu. W rzędzie tych wczesnych cierpień syfilitycznych nefryt należy postawić na pierwszym planie. Najczęściej występuje ciężki ten nefryt w *drugim lub trzecim* miesią-



ca po zarażeniu, niekiedy nawet jednocześnie z pojawieniem się wy-  
syпки różyczkowej i łepieży. Czem więcej upłynie czasu od zara-  
żenia się, tem mniej można się obawiać wystąpienia nefrytu, tak iż  
po upływie roku chory może być uważany za zabezpieczonego od  
tego cierpienia. Nie chcę, bynajmniej, twierdzić, że ostry syfil.  
nefryt nie może wystąpić w późniejszych okresach, lecz w każdym  
razie zjawiska tego rodzaju są rzadkim wyjątkiem.

Druga okoliczność, jaka się rzuca w oczy w klinicznym obrazie  
tego cierpienia,—to *nagle* występowanie choroby i skłonność do powo-  
dowania znacznych obrzęków podskórnych i przesięków w jamach su-  
rowicznych. Według Jaccoud pod tym względem można porównać je-  
dynie szkarlatynowy nefryt.

Przypomnijcie sobie, co mówi o tem Trousseau: „obrzęk przy  
płonicy zjawia się zwykle nagle, obejmuje on twarz i resztę ciała  
i niekiedy bywa tak znacznym, iż dziecko np. które wydało wam się  
wczoraj chudem, wyniszczonem, dziś przedstawia wam się jakby tłu-  
stem wskutek wystąpienia znacznego obrzęku. Obrzęk ten czasem  
osiąga bardzo wielkich rozmiarów w ciągu doby jednej“. Powyższy  
opis może być zastosowany do wielu przypadków syfil. nefrytu.

Zapewne, musiała was panowie, zadziwić ilość białka w moczu  
tych chorych. Istotnie—*obfitość białka* (10,0—15,0—20,0 na dobę)—  
stanowi właśnie jedną z osobliwości wczesnego syfil. nefrytu. Taki  
znaczný białkomocz idzie w parze z rozlaniami mięszzowemi zmiana  
mi w nerkach, którym mogą towarzyszyć, lub nie, zmiany w tkance  
łącznej śródmięszowej lub też w naczyniach.

Zaznaczywszy powyżej główne objawy ciężkiego syfil. nefrytu,  
nie będzie mi trudnem naszkicować obraz kliniczny tego cierpienia:  
oto chory znajdujący się w początkowym okresie syfilisu: zaraził się  
kilka miesięcy temu; roseola zaledwie co ustąpiła i pojawiły się łe-  
pieże; w tem nagle występuje obrzęk powiek, twarzy, kończyn dol-  
nych, przyczem obrzęk ten rozprzestrzenia się bardzo szybko; mocz  
zawiera nadzwyczaj dużo białka i niekiedy bywa krwisty. Do pod-  
skórnego obrzęku mogą przyłączyć się obrzęk płuc i przesięki w ja-  
mach surowicznych. Pod wpływem leczenia po kilku tygodniach może  
nastąpić polepszenie, w innych zaś przypadkach do powyższych obja-  
wów przyłącza się: duszność, zaburzenia żołądkowo-kiszkowe, ból  
głowy, ilość moczu się zmniejsza i jeżeli choroba postępuje nadal, to  
chory po kilku tygodniach lub miesiącach umiera w stanie nieprzy-  
tomnym bądź przy objawach mocznicowych, bądź też wskutek przy-  
padkowej infekcyi.

Czasami syfil. nefryt zdaje się być wyleczonym: obrzęki zni-  
kają, w moczu zaledwie znaleźć można ślady białka i chory powraca  
do swych zwykłych zajęć, nietroszcząc się bynajmniej o przebyta  
chorobę. Tak jednak być niepowinno, gdyż nefryt ten czasem po-  
zostawia ślady, które przy pierwszej sposobności zaostrzają się; tak  
w roku zeszyłem np. obserwowałem młodego człowieka cierpiącego na  
chorobę Bright'a, która rozwinęła się po ostrym syfilitycznym nefry-  
cie, jaki uważano już za wyleczony. Należy nadzwyczaj pilnie śle-

dzić nawet po ustąpieniu objawów chorobowych, gdyż nefryt ten, powtarzam, może przejść następnie w przewlekłą postać.

Rozpoznanie syfilit. wczesnego nefrytu nie jest trudnem. Dwa ważne objawy przemawiają zwykle za tem cierpieniem, mianowicie: *nagle i szybko* rozprzestrzeniające się obrzęki i *znaczny* białkomocz. Wystrzegajcie się panowie, żeby syfilitycznego nefrytu nie przyjąć za nefryt z przeziębienia. Że przypadki takiego nefrytu bywają — nie będą bynajmniej się oto sprzeczał, muszę jednak przyznać, iż w wielu razach t. zw. nefryt z przeziębienia zależy nie od przeziębienia, lecz od innych przyczyn, a między innymi często bardzo od syfilisu. Wypytajcie się dobrze chorego, zbadajcie go, poszukajcie dobrze, czy nie ma blizny lub stwardnienia, zwróćcie uwagę na stan jego gruczołów limfatycznych, a zobaczycie wtedy, że chory, u którego rozpoznano nefryt z przeziębienia, w rzeczywistości cierpi na ostry syfilityczny nefryt, który rozwinął się w pierwszych miesiącach po zarażeniu.

Rozpoznawszy cierpienie, bądźcie bardzo ostrożni z rokowaniem, doświadczenie bowiem poucza, iż jakkolwiek zdarzają się wczesne syfilityczne nefryty z niewielkimi obrzękami, nieznacznym białkomoczem, wogóle mało niebezpieczne, to jednak z drugiej strony bywają przypadki tego nefrytu z wielkimi obrzękami, przesiękami w jamach surowicznych, obfitą ilością białka w moczu i mocznicowymi objawami — przypadki, powtarzam, nadzwyczaj trudno poddające się leczeniu i bardzo niebezpieczne. Z tego jeszcze nie wypływa, aby nefryt syfilityczny, nawet i ciężki, nie mógł być wyleczonym; przeciwnie nawet bardzo ciężkie postacie tego nefrytu mogą skończyć się pomyślnie.

Jak leczyć wczesny syfilityczny nefryt? Przedewszystkiem należy wyznaczyć wyłącznie dietę mleczną — jest to warunek konieczny. Niedosyć tego, jestem zdania, iż każdemu choremu, który zaraził się syfilisem, należałoby wyznaczać na kilka miesięcy kurację mleczną. Tembardziej wskazanem jest takie postępowanie w tych przypadkach, gdy syfilisem zaraża się osobnik z niezbyt dotąd zdrowiem nerkami. U wielu ludzi w ciągu ich życia nerki zaatakowane były pod wpływem tej lub innej przyczyny (płonica, influenza, poporodowe cierpienia, zimnica, podagra, kamienie nerkowe etc.) i chociaż nefryt, jaki przechodzili — ustąpił, być może, zupełnie, to nie trzeba jednak zapominać, że jeżeli raz nerki były zaatakowane, to ślady potem na długi czas pozostają i, jeżeli osobnik taki zaraża się, to narządy te przedstawiają *locum minoris resistentiae*; są więc one bardziej czułe i służy to jeszcze jednym argumentem, aby ochronić je od nowej choroby.

Należy więc przyjąć za правило wyznaczać mleko każdemu choremu z syfilitycznym szankrem i dieta taka z małemi ustępstwami winna być przeprowadzona przynajmniej przez 4 miesiące, gdyż — jak panowie pamiętacie — syfilityczny nefryt występuje najczęściej w 2 lub 3 miesiącu po zarażeniu.

Jakże, pytam się teraz, przeprowadzić swoiste leczenie? Czy należy stosować rtęć, czy też jodek potasu, przytem w jakim czasie, w ja-



kiej postaci i w jakiej ilości? Preparaty rtęciowe są tu wskazane, lecz trzeba je stosować ostrożnie. Można przepisać jodek rtęci w pigułkach w ilości 0,03—0,04—0,05 na dobę lub też dwujodek rtęci w miksturze albo w postaci podskórnych wstrzykiwań. Ja używam rozczyń, w którego każdym gramie znajduje się 0,004 powyższego środka. Wstrzykuję codziennie  $\frac{1}{2}$ —1 szprycę, przytem wstrzykiwania te należy robić głęboko z zachowaniem prawideł aseptyki. Robią w ten sposób 6—15 wstrzykiwań, a następnie, stosownie do potrzeby, przerywają je, lub też powtarzają leczenie. Jodek potasu podają w ilości 1,0—2,0—3,0 na dobę. Jednak rtęć i jodek potasu, które dają tak znakomite rezultaty przy wielu syfilitycznych cierpieniach, w przypadkach nefrytu, niestety, często zawodzą. Jakkolwiek bądź, czy stosować będziecie rtęć razem z jodkiem potasu, lub też bez niego, stosujcie ją ostrożnie, gdyż nerki tu słabo funkcyonują. Jeżeli pomimo swoistego leczenia i mleka, choroba pozostaje status quo, lub nawet postępuje, to znajdziecie się panowie, w przykrem położeniu: macie obawę, że, być może, daliście za dużo rtęci, lub też za mało; przerywacie więc leczenie, lub też je rozpoczynacie; lecz cokolwiek bądźbyście robili panowie, choroba wciąż postępować będzie: nabłonek nerkowy, zdaje się, tak jest zaatakowany przez jad syfilityczny, że zmiany wynikłe już nie są do naprawy.

Obrzęki i przesięki dosięgają w tych przypadkach znacznych rozmiarów, tak, że wskazanem jest tu ich usunięcie. Lecz w tym względzie czuję się w obowiązku powiedzieć słów parę. Jeżeli u chorego mamy przesięki w jednej lub obydwóch jamach opłucny, to napewno jednocześnie mamy i obrzęk płuc; zrobiwszy w takim przypadku przekłucie — postąpiliście prawidłowo, lecz wystrzegajcie się wydobywać odrazu większą ilość płynu, gdyż obrzęk płuc dotąd ograniczony, może raptownie po przekłuciu przejść w bardzo niebezpieczny ostry obrzęk płuc. W podobnych przypadkach ograniczajcie się, panowie, wypuszczeniem 200,0—300,0 płynu. Jeżeli zajdzie potrzeba, to można przekłucie (№ 2 igły) powtarzać codziennie lub kilka razy w tygodniu: przy takim postępowaniu zawsze unikniecie nieprzyjemnych następstw, a chory znajdzie w waszym zabiegu dostateczną ulgę. Trzeba jednak przyznać, iż płyn, niestety, niekiedy szybko znów się zjawia.

Przy znacznym obrzęku skóry, możecie zastosować nacięcia lub ukłucia, zachowując naturalnie wszystkie zasady aseptyki. Czasem zamiast nakłuć stosuję przyżegania zapomocą pasty wiedeńskiej.

*W. Cennère.*

### III. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

322. —j. z.— **Pscoriasis.** Talamon w tem cierpieniu zaleca maść następującą:

Acidi salicyl.	3,0
Lehtyol.	10,0
Acid. pyrog.	6,0
Lanol.	100,0

M. J. Ungt.

(M. m. W. 23).

323. —j. z.— **Chloasma.** Najlepszym środkiem, według L. Duneau Bulkley, woda utleniona. Rano przykładła na twarz watę zmoczoną w wodzie utleniowej, a występujące podrażnienie skóry usuwa za pomocą lanoliny.

324. —w.— **Szczury — jako rozsadniki dżumy.** Dr. Tidswell przytacza następujący fakt, jaki miał miejsce w Bombaju. Robotnicy jednej papierni wynieśli trupy 20 zdechłych szczurów; w ciągu 3 dni  $\frac{1}{2}$  tych robotników zachorowała na dżumę; pomiędzy zaś robotnikami, którzy nie dotykali się szczurów, nie było przypadków dżumy. W innej znów miejscowości zachorował na dżumę fornał, który wyniósł ze stajni zdechłego szczura. (Wr. 29).

325. —w.— Dr. Navarre na zasadzie danych statystycznych twierdzi, że **gruźlica pomiędzy urzędnikami pocztowymi i telegrafistami** grasuje o wiele silniej, niż w jakiegokolwiek bądź innej klasie ludności. Podczas, gdy w Lyonie na 100 przypadków śmierci na gruźlicę przypada 17,8, liczba ta pomiędzy ludźmi pracującymi na poczcie dochodzi do 41. Zaznaczyć należy, że do służby na pocztę przyjmują ludzi cieszących się wyjątkowym zdrowiem.

### KRONIKA BIEŻĄCA.

—w.— Na 28-ym Zjeździe przedstawiciele niemieckich towarzystw lekarskich, jaki się odbył d. 22 i 23 czerwca we Fryburgu, przyjęło między innymi 2 wnioski: 1) Dla dobra narodu należy podjąć starania celem wprowadzenia obowiązkowego badania pośmiertnego wszystkich zmarłych. Oględziny powinny być dokonywane przez lekarzy, mających prawo praktyki w Niemczech. 2) Należy wszelkimi środkami dążyć do ograniczenia leczenia przez szarlatanów (Kurfuscheri). (Wr. 29).

—w.— Liczba studentów medycyny we Włoszech w przeciągu 20-lecia od 1876 do 1896 r. wzrosła więcej niż w trójnasób (z 2035



na 6922). Natomiast liczba lekarzy powiększyła się nie tak szybko: w r. 1878 było we Włoszech 18,044 lekarzy, w roku zaś 1899-tym 20,000. W ostatnich latach przyrost roczny lekarzy wynosi od 900 do 1000, umiera zaś przeciętnie po 500 lekarzy w ciągu roku. (Wr. 29).

—w.— W Wiedniu odbył się jubileusz 25-letniej działalności profesorskiej znanego syfilidologa prof. Neumann'a.

—w.— Ziemstwo gubernialne moskiewskie zakłada przytułek dla trędowatych (leprosorium), pochodzących z Moskwy i z 6-ciu otaczających gubernii. Założenie przytułku kosztować będzie 70,000 rb., utrzymanie zaś roczne 12,000 rb.

—w.— W Kijowie otruło się 11 dzieci zepsutemi lodami: u 4 wystąpiły drgawki, silne wymioty i rżnięcie w brzuchu.

—w.— W maju sąd okręgowy Woroneżski skazał D-ra Majzela na surową naganę za nieostrożne przepisanie choremu 5% roztworu rezorecyny na lawatywę. Po zastosowaniu tejże chłopiec zmarł.

—w.— Wobec tego, że telefonistki, pełniąc swoją służbę, rozstrajają sobie nerwy wskutek ciąglego niezadowolenia ze strony publiczności i że, odwrotnie, właśnie skutkiem zmęczenia, dają one powód do narzekań, francuski minister handlu polecił wydawać im codziennie zimne wanny (dotychczas za opłatą 15 cent.).

—w.— „Bolnicznaja Gazeta Botkina“ w № 28-ym za gazetą „Ros-sija“ cytuje następującą opowieść: „Pewien obywatel Warszawy, „cierpiąc na żołądek“, lecz, niechęć wydawać pieniędzy na lekarzy i lekarstwa, udał się o poradę do znanego znachora za rogatką mokotowską; ten udzielił mu jednej rady mądrej, ażeby wstawał o godz. 7-mej zrana i chodził do ogrodu i — drugiej, bardzo nierozsądnej, ażeby zjadał codziennie na czczo w 2 porcjach 40 liści trawy ogrodowej, popijając każdą porcję 2 szklankami zimnej wody studziennej. Pacjent wypełniał ściśle zlecenia znachora; codziennie chodził do ogrodu Saskiego i jadł trawę, po upływie tygodnia musiał jednak zasięgnąć porady lekarskiej z powodu ostrego nieżytu żołądka.

—w.— Gazety włoskie przytaczając fakt *wyjatkowej płodności*. Wyrobnica, 59-letnia, nazwiskiem Flavia Granata, wydała na świat 62-gie dziecko. Po wyjściu zamaż w 28 roku życia wydała ona na świat za 1-szym razem 1 dziewczynkę, za 2-gim 5 chłopców, za 3-cim również 5 chłopców, za 4-tym 3 chłopców, za 5-tym 4 dziewczynki; następne porady — to cała serya bliźniąt i wreszcie, ostatnim razem Flavia Granata urodziła 4 chłopców. (Boln. Gaz. Botk. 27).

—w.— Zmarły w Heidelbergu prof. fizyologii Wilhelm Kühne pozostawił oryginalny testament, w którym wyraża życzenie, ażeby ciało jego było spalone oraz żeby podczas aktu palenia wykonano pierwszą część dziewiątej symfonii Bethowena.

## Zmarli.

Dr. **Stanisław Przypkowski** w wieku lat 35 we wsi Nawodzie pod Opatowem. Zmarły ukończył gimnazjum kieleckie w r. 1884, a następnie uniwersytet warszawski. Początkowo zajmował się praktyką w Sędziszowie, następnie w Kałuszynie, a od r. 1897 w Warszawie, gdzie pełnił obowiązki lekarza dyżurnego Pogotowia ratunkowego. W listopadzie t. r. został naczelnym lekarzem tej instytucji. Od lutego 1898 r. pełnił obowiązki lekarza miejscowego szpitala na Pradze i asystenta oddziału chirurgicznego.

Dr. **Zygmunt Kaczkowski** w Łowiczu. Zmarły od 27 lat pełnił obowiązki lekarza szpitala powiatowego w tem mieście.

Dr. **Woroncow** w Petersburgu. Zmarły był profesorem epizootologii i policyi weterynaryjnej w akademii wojennej w Petersburgu, a od r. 1898 przewodniczącym komitetu weterynaryjnego w ministerjum spraw wewnętrznych.

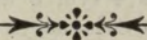
Dr. **Herman Dohnberg**, profesor okulistyki w instytucie Wielkiej Księżnej Heleny Pawłówny w Petersburgu. Zginął z ręki mordercy, otrzymawszy postrzał w brzuch kulą rewolwerową.

Dr. **Corrado Tommasi-Crudeli**, b. profesor higieny doświadczalnej w Rzymie, w 67 roku życia.

Dr. **Cadet de Gassicourt**, członek Académie de Médecine, znany lekarz chorób dziecięcych przy szpitalu Trousseau w Paryżu, w wieku lat 74.

Dr. **Julius Althaus**, znany neuropatolog, w Londynie.

Prof. **Wilhelm Kühne**, znany fizyolog, w Heidelbergu, w wieku lat 63. Prace zmarłego dotyczyły głównie przemiany materii i trawienia oraz fizjologii mięśni i nerwów.





# SPIS RZECZY.

---

## Prace oryginalne.

---

- I. Kartka z dyetyki chorób narządów trawienia. — Dyeta mleczna w chorobach żołądka i kiszek — Dr. Józef Zawadzki — str. 633.
- II. O powikłaniach ciąży, porodu i położu wadami serca — Dr. Józef Jaworski — str. 643.
- 

## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

---

### I. Chirurgia.

317. Dr. v. Heinleth — Przypadek niezwyklego nowotworu tętnicy szyjowej — str. 653. 318. Albert Kocher z Bern'a — O następstwach opuszczenia się ku dołowi gruczołu tarczowego — str. 656. 319. Dr. Th. Chon — O pęknięciu śledziony podskórnem — str. 658.

### II. Choroby skórne i weneryczne.

320. P. Colobini — O zachowaniu się śledziony w przymocie nabytym — str. 660.  
321. Prof. G. Dieulafoy — Nephritis syphilitica (Wolny przekład) — str. 661.

### III. Wiadomości pomniejsze (322—325) — str. 666.

Kronika bieżąca — str. 666.

Zmarli — str. 668.

---

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

---

Дозволено Цензурою. Варшава, 1 Августа 1900 года.

5 godz. od Warszawy, godzina od Lublina, 5 wiorst od stacyi kolei Nadwiślańskiej.

# Nałęczów

Poczta i telegraf na miejscu.  
Powozy na zamówienie.  
W lecie omnibus.

## ZAKŁAD LECZNICZY

cały rok otwarty.

Hydroterapia. Kąpiele żelaziste, borowinowe, elektryczne. Masaż. Gimnastyka. Elektryzacja. Kumys. Kuchnia dyetetyczna. Stale dwóch lekarzy, dozorczyńni chorych i masażystka. W lecie konsultanci i asystenci.

Dyrektor **D-r A. Puławski**,  
b. ordynator szpital. D. Jezus w Warszawie.

# Marientbad

Zdrowisko światowe (w Czechach)

**Kreuzbrunn, Ferdinandsbrunn**, najsilniejsze wody glauberskie w Europie (z 5 gr. soli glauberskiej w litrze), dla wzmocnienia lub dla ich zastąpienia, otrzymywana ze źródła Ferdynanda naturalna.

**Marientbadzka sól zdrojowa** (sproszk. i kryst.) W butelkach po 125 i 250 gr. i w paczkach zawierających po 5 gr. Wskazania: Ogólne otluszczenie, otluszczenie wątroby, serca, zaparcie stolca, plethora, w połączeniu ze „źródłem Rudolfa“ przy artryzmie i cukrzycy . . . . .

**Ambrosiusbrunn**, najsilniejsza, czysta woda żelazista w Europie zaw. 0.177 gr. dwuwęglanu żelaza w litrze) Wskazania: anemia chloroza . . . . .

**Rudolfsquelle**, z bardzo dużą zawartością kwasu węglanego, wapna i magnezyi. Wskazania: przewlekle nieżyty dróg moczowych, kamienie nerkowe, cukrzyca, artryzm . . . . .

Wysyłka wód Marientbad w Czechach

SKŁADY

we wszystkich aptekach i składach aptecznych w Rosyji



Skład Wyrobów Gumowych, Cerat i Środków Opatrunkowych

**G. Ehlert**

**Warszawa, Senatorska 17** w podwórzu.

Poleca wszelkie wyroby gumowe chirurgiczne, Środki opatrunkowe w gatunkach wyborowych, Narzędzia metalowe i ostre, Maszynki indukcyjne, Stoły operacyjne, Pasy brzuszne i rapturowe.

Dostawa do Szpitali, Klinik, Domów zdrowia i Lecznic po cenach umiarkowanych.

Na żądanie oferty franco.

Telefon № 984.

**Kąpiele borowinowe w każdej porze roku.**

Jedyny

Naturalny produkt

DO  
KĄPIELI

borowinowych  
lecniczych.



**MATTONIEGO**

sól borowinowa  
(suchy wyciąg)

w paczkach po 1 kilo

**MATTONIEGO**

ług borowinowy  
(płynny wyciąg)

w butelkach po 2 kilo

**Heinrich Mattoni**, Francensbad, Karlsbad, Wiedeń, Giesshübl Sauerbrun, Budapest.

Dozwolony przez Departament Medyczny

**HEMATOGEN suchy**

WYROBU AKCYJNEJ FABRYKI CHEMICZNEJ

**Trampedach i S-ka w Rydze.**

jest wytworem organicznego połączenia albuminu z żelazem w stanie, w jakim takowe się we krwi znajduje. Może być używane we wszystkich wypadkach, w których zalecane jest użycie żelaza.

Dostać można we wszystkich lepszych aptekach i składach aptecznych.

# A p t e k a E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska Nr. 27, róg Kruczej w Warszawie.

*Poleca następujące wina:*

	za całą butelkę		za pół butelki	
	rb.	k.	rb.	k.
<b>Wino Kakaowo-Chinowe</b> ( <i>Vin de Bugeaud</i> ) przyrządzone na Maladze . . . . .	1 50	--	80	
<b>Wino Chinowe czyste</b> na Maladze . . . . .	1 50	--	80	
"    "    "    z żelazem zawiera 1 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> żelaza . . . . .	1 75	--	90	
<b>Wino Conduarngo czyste</b> na Xeresie . . . . .	1 75	--	90	
"    "    "    z żelazem 2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> żelaza . . . . .	2 --		1 --	
<b>Wino Coca</b> ( <i>Vin de Coca</i> ) na liściach Krasnodrzewu ( <i>Erythroxylon coca</i> ) na Maladze, w stosunku 1 : 20 . . . . .	1 50	--	80	
<b>Wino Goryczkowe</b> ( <i>e rad. Gentianae</i> ) na Xeresie . . . . .	1 50	--	80	
<b>Wino Kola</b> ( <i>Vin de Cola</i> ) na nasionach Kola, przedtem odpowiednio upalonych, na Maladze. Nasiona Kola zawierają 2,34 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> Cofeiny . . . . .	2 25		1 15	
<b>Wino Kwassyjne</b> na winie węgierskiem wytrawn. . . . .	1 50	--	80	
"    "    "    na Xeresie . . . . .	1 50	--	80	
<b>Wino pepsynowe słodkie</b> na francuzkiem desserowem, zawiera 2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> pepsyny . . . . .	2 --		1 --	
<b>Wino pepsynowe wytrawne</b> na Xeresie zawiera 2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> pepsyny . . . . .	2 --		1 --	
<b>Wino przeczyszczające z korą Cescara Sagrada</b> na Maladze . . . . .	2 --		1 --	
<b>Wino rabarbarowe czyste</b> na Maladze . . . . .	1 75	--	90	
"    "    "    z korą chinu królewskiej na Maladze . . . . .	1 75	--	90	
<b>Wino Senesowe</b> ( <i>fol. Sen. alex. sine resinae</i> ) na Xeresie . . . . .	1 75	--	90	
<b>Wino manganowo-żelazne z peptonem</b> ( <i>Vinum ferro-mangani peptonati</i> ) na Xeresie, zawiera 1 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> ferro-mangani peptonati . . . . .	2 --		1 90	
<b>Wino peptonowe</b> na Maladze, zawiera 5 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> peptonu . . . . .	2 --		1 --	
<b>Wino piołunowe</b> ( <i>Vin de Vermuth</i> ) na białem francuzkiem winie . . . . .	1 50	--	--	

Cała butelka zawiera 420,0 do 450,0.

**KEFIR.** Czysty, z żelazem lub pepsyną, przyrządzany na mleku przegotowanym. **Grzybki kefirowe** mokre i suche.

Praktyczne wskazówki, wydanie własne, przyrządz. kefiru.