

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi,
w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnym pismem, lub za jego miejsce następne
po kop. 10; ogłoszenia zagraniczne po kop. 18 za wiersz drobnym pismem lub jego
miejsce.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy. Marszałkowska Nr. 119.

TROCHISCI NITROGLICERINI,

Trochisci Glonoini, Tabletki Nitroglicerynowe.

W ostatnich czasach nitrogliceryna znalazła zastosowanie lecznicze jako *antineuralgicum-antispasmodicum*.

Dotychczasowe niedogodne użycie w roztworze spirytusowym tak silnego środka wstrzymywało wielu lekarzy od stosowania go w praktyce; przepisywanie nitrogliceryny z wodą jest niewłaściwe, albowiem cała ilość nitrogliceryny opada na dno; podług Husemann'a najlepiej działa rozpuszczona w tłuszczach—opierając się więc na tem, wyrabiam jeszcze dogodniejszą formę w komprimowanych tabletkach czekoladowych, gdzie nitrogliceryna jest rozpuszczoną w całej zawartości masy kakaowej za pośrednictwem eteru, zawierając stale $\frac{1}{100}$ grana albo 0,00062 grm. nitrogliceryny, wszelkie zatem obawy usuwają się przez ułatwienie dozowania, w użyciu zaś powyższa forma jest przyjemną. Działanie nitrogliceryny jest nadzwyczaj szybkie, albowiem w dwie minuty po użyciu $\frac{1}{100}$ g. doznaje się silnego tętnienia tętnic szyjowych, uczucia ciepła, poczynającego się od twarzy, czasami połączonego z lekkim bólem głowy—lecz wszystkie te przypadłości ustępują stopniowo również prędko, nie pozostawiając żadnych przykrych następstw.

Podług Murella w napadach dychawicy (*asthma*) 3 razy dniem po $\frac{1}{100}$ gr. zwiększając dawkę w potrzebie od 2-ch do 3-ch tabletek 3 do 4-ch razy dziennie, poczem skutki były zadawalniające, a w wielu razach zupełne wyleczenie nastąpiło. Podobnie zalecana nitrogliceryna z pomyslnym skutkiem w napadach duszniczej bolesnej (*angina pectoris i pseudostenocardia*) wstrzymuje szybko boleści duszenia, a wzięta w dawkach jak wyżej zepobiega atakom bez zrobienia złego skutku choremu—wreszcie nitrogliceryna wstrzymuje napady epileptyczne (*aura epileptica*), jak nie mniej okazała się skuteczną w formie migreny tak zwanej *hemicrania sympathico-tonica*. Zdaje się że środek ten wskazany właściwie, usuwając szybko tak przykre dla człowieka cierpienia, może znaleźć usprawiedliwioną wziętość.

Ze względu nazwy nitrogliceryny, dla wielu przerażającej, kładę nazwę na pudełkach „Trochisci Glonoini.“

Cena pudełka, w którym mieści się 25 sztuk tabletek wynosi 40 kop.

M. MUTNIAŃSKI

Właściciel Apteki. Nowy-Świat Nr. 18.

APTEKA J. RUTKOWSKIEGO

dawniej E. Wernera w Warszawie, Długa № 16
poleca

Ekstrakt słodowy do Zupy Liebiga dla dzieci

Łyzeczka kawiana tego ekstraktu rozpuszczona w filiżance ciepłego niezbiernego mleka stanowi t. zw. **Zupę Liebiga** — znakomity środek odżywczy, przewyższający swojemi własnościami inne znane sztuczne pokarmy, zalecany przez wielu lekarzy jako pokarm dla niemowląt i dzieci osłabionych długotrwałą chorobą.

Wina lecznicze — Nowe środki lekarskie.

Barwniki D-ra G. Grüblera z Lipska oraz wszelkie chemikalja używane przy badaniach mikroskopowych. 0—14

D-r Mieczysław Kittel

praktykuje jak zwykle podczas zimy
w **Meranie**

(podczas sezonu letniego w Francensbadzie).

6—6

D-r TYMOWSKI

jak zwykle tak i tej zimy praktykować będzie

w **SAN REMO**

20—8

Dr. Z. Dobieszewski

praktykuje

w **Marienbadzie**

w **Meranie**

od 1 Maja do 1 Października Villa Dobieszewski. / od 15 Paźdz. do 1 Maja Habsburgerstrasse 48

12—11

D-r E. Brühl,

ordynuje od 16 Września do 10 Maja w **Meranie**, Villa Livonia;
od 15 Maja do 15 Września w **Gleichenbergu**, Villa Max.

12—4

W CHEMICZNO - MIKROSKOPOWEJ PRACOWNI
dla celów dyjagnostyki lekarskiej

D-ra E. PRZEWOSKIEGO

Prosektora Anatomii patologicznej w Cesarskim Warszawskim Uniwersytecie.

Dokonywa się wszelkich rozbiórów mikroskopowych i chemicznych, moczu, krwi, śluzu, nasienia, kału i t. d. (Chmielna 32). 0—7

SZCZAWA ALKALICZNA LITYNOWA NIEZAWIERAJĄCA ŻELAZA

Salvator

wypróbowana przy chorobach nerek i pęcherza, przy dyjatezie kwasu moczowego, przy cierpieniach nieżytowych dróg oddechowych i narządów trawienia.

Dostać można we wszystkich aptekach i składach wód mineralnych.

20—20

Dyrekcja źródeł Salvator. Eperies (Węgry).

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. M. JAKOWSKI i W. MATLAKOWSKI. O twardzieli nosa (*Rhinoscleroma Hebrae*). — II. W. MATLAKOWSKI. Zestawienie 25 przypadków otwarcia jamy otrzewnej przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych niezapalnego pochodzenia [Ciąg dalszy]. — III. WŁ. WRÓBLEWSKI. Gruźlica gardzieli [Ciąg dalszy]. — IV. S. S. ZAŁĘSKI. O wpływie pokarmu na skład i pożywność mleka kobiecego [Ciąg dalszy]. — Posiedzenie kliniczne Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. — Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich. — Nadesłano do Redakcyi. — Ogłoszenia.

I. O TWARDZIELI NOSA

(*Rhinoscleroma Hebrae*).

Podali

Maryjan Jakowski

zarządzający pracownią bakteryjologiczną w szpitalu Dzieciątka Jezus

i **Władysław Matlakowski**

ordynator tegoż szpitala.

Gdy w roku bieżącym, po przedstawieniu chorej z twardzielą nosa na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego, zabraliśmy głos w tej materii, nie mogliśmy wówczas zakomunikować ostatecznych wyników szczepień; obecnie jesteśmy w możności przedstawić Czytelnikom dokładniejszy obraz tego wysoce interesującego cierpienia, tembardziej, że udało nam się dostać prace włoskie. a zwłaszcza wyborną monografię PELLIZZARI'ego, którego prawie wszyscy, znani nam autorowie niemieccy przytaczają wedle streszczenia bardzo niewystarczającego, pomieszczonego w *Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis*; za dostarczenie nam tej cennej pracy, oraz kilku innych, składamy niniejszem uprzejmie podziękowanie kol. HERYNGOWI.

I. Część kliniczna.

Historija twardzieli nosa datuje od bardzo niedawna, bo od r. 1876 w którym Hebra [3] wyodrębnił spośród innych podobnych postaci chorobowych i podał klasyczny opis tej nowej formy patologicznej. W znacznej liczbie dawniejszych podręczników i monografij chorób nosa nie znajdujemy żadnej wzmianki lub opisu, z któregooby wnieść można było, iż autorowie spostrzegali przypadki tej choroby, co się tłómaczy jej rzadkością. Mimo to jednak, u tak wytrawnego klinicysty i spostrzegacza, jakim był OTTO WEBER [1], znachodzimy

opis „*Schleimhauthypertrophien*“, z którego, aczkolwiek jest ogólnikowy, napewno da się wywnioskować, że autor ten widział przypadki twardzieli nosa; wspomina on mianowicie, że podobny przerost błony śluzowej napotyka się we wchodzie do jam nosowych, z kąd szerzy się on w głąb' tych ostatnich; już wówczas podaje WEBER leczenie, jakiego trzymali się z małemi zmianami wszyscy prawie lekarze późniejsi, a mianowicie powiada, że zgrubiałą błonę śluzową wypada nożem okroić, a przez następcze wkładanie rurek ołowianych zapobiegać zatkaniu światła przewodów nosowych. DUPLAY [2] daje wprawdzie opis formy podobnej do WEBER'owskiego „przerostu błony śluzowej“ pod tytułem „*épaississement de la pituitaire*“, lecz w opisie tym nie odnajdujemy cech twardzieli, które z taką wyrazistością pochwylił HEBRA; natomiast w dziele mięsaków [str. 846] przytacza DUPLAY przypadek, który z pewnych względów [twardy guz trwał 12 lat, owrzodzenia] możnaby zaliczyć do twardzieli. Do tych dwóch wzmianek ogranicza się odnośna literatura z czasów przed ukazaniem się pracy HEBRY. Gdy autor ten ogłosił swoje spostrzeżenia i skreślił klasyczne cechy twardzieli, pokazało się, że wielu klinicystów spostrzegало również przypadki tej choroby, brali je wszelako za mięsaki lub objawy przymiotu. WEINLECHNER [5 i 6], PITHA oraz HOFMOKL, jak się okazuje z rozpraw w łonie Towarzystwa Lekarzy w Wiedniu, widzieli przypadki twardzieli, lecz uważali je za przymiot. Od tej pory autorowie ze szkoły wiedeńskiej podali opis całego szeregu przypadków cierpienia, o którym mowa, KAPOSI [5] zaś dał opis, do którego pod względem klinicznym niewiele dodać można. Chociaż już pierwsi autorowie badali części dotknięte twardziłą pod drobnowidzem, to jednak dopiero GEBER [8], a zwłaszcza MIKULICZ [12], w kapitalnej pracy o tej chorobie dali dokładny opis budowy zajętych tkanek, oraz z naciskiem zaznaczyli, że istotę choroby stanowi zapalenie nadzwyczaj przewlekłego charakteru, wychodzące z błony śluzowej nosa, lub jamy nosogardzielowej, a z kąd szerzące się po sąsiednich częściach błony śluzowej, zajmując zwolna i głębsze tkanki. W 1882 FRISCH [22] posunął badanie o jeden, bardzo ważny krok naprzód, a mianowicie w zajętych częściach odnalazł charakterystyczne bakteryje, których nie omieszkął zaznaczyć jako przyczynę owego przewlekłego zapalenia. Niezależnie, jak utrzymuje sam autor, odnalazł drobno-ustroje i CELSO PELLIZZARI, który ogłosił bardzo cenną i wyczerpującą monografię przedmiotu. Wreszcie w ostatnich czasach twardziel nosa zwróciła na siebie uwagę licznych badaczy, którzy poddali spostrzegane pasorzyty szczegółowemu badaniu [PALTauf i EISELSBERG. 34 *].

O b r a z kliniczny jest wielce charakterystyczny; cechują go, jak to jeszcze HEBRA trafnie zauważył, nadzwyczajna twardość i niebolesność zajętych

*) DOUTRELEPONT [41] na str. 45 mówi: „Vor mehreren Jahren vermuthete schon LANG, dass man es bei dieser Krankheit mit Krankheitserregern zu thun habe, welche von der Nase aus activ oder passiv durch Wanderzellen in die Gewebsspalten der Umgebung eindringen und eine örtliche Infection hervorriefen“. A potem niżej dodaje: „Seine Ansicht wurde als richtig bestätigt durch die Untersuchungen von FRISCH, CORNIL i t. d.“. Autor myli się pod tym względem, gdyż FRISCH pierwszy wykazał pasorzyty i to w 1882 r., LANG zaś pisał w 1883 i w pracy swej kilkakrotnie przytacza poszukiwania FRISCH'a i na nich opiera swoje leczenie.

części nosa, niezwykle powolny przebieg, brak objawów zapalnych w sąsiednich tkankach, wybitna granica między częścią stwardniałą i zdrową, wreszcie brak wszelkich wyraźnych śladów przemian wstecznych, owrzodzenia, rozmiękczenia lub wessania. U osobnika, pod innymi względami zupełnie zdrowego, spostrzegamy uderzające zmiany w nosie; na błonie śluzowej wejścia, szczególnie nad granicą z wargą, widać rozlane zgrubienie błony śluzowej w kształcie guzowatości, wałka, skutkiem czego światło jam nosowych albo jest mocno zwężone, albo też całkowicie zamknięte. Czasami na obwodzie wchodu nosa np. od dołu i na skrzydle rosną dwa rozlane guzy ku środkowi światła jamy nosowej, aż wreszcie zetkną się; zdarzyć się może, iż w brózdzie między nimi, odpowiadającej punktowi przyczepu skrzydła do wargi, tworzy się nadpęknięcie (*rhagades*); podobnie między zgrubieniem wyrastającym z przegrody i masą rosnącą z dna jamy nosowej. Skutkiem powolnego lecz ciągłego rozrostu, skrzydła nosa są coraz bardziej rozpierane na zewnątrz, przez co nos zmienia swój kształt, chociaż skóra go pokrywająca jest jeszcze miękka i różowa. Zwolna atoli sprawa zajmuje same skrzydła, ich chrząstki, skórę na granicy przejścia błony śluzowej, później wogóle całą skórę pokrywającą chrzęstną część nosa, który potwornie przybiera kształty, tembardziej, że sprawa może w obu połowach nosa iść różnym co do natężenia krokiem. W końcu chory ma chrzęstną część nosa baniowato-zgrubiałą, guzowatą, bladą lub sinawą, z rozszerzonymi żyłkami, pozbawioną włóków i torebek łożowych, czasami martwą, bladą i gładką. Całość robi wrażenie jakby nos był mocno spuchnięty, nacieczony, z razu z zachowaniem prawidłowych zarysów, potem zaś skrzydła i przegroda tworzą masę stopionych ze sobą guzów. Błona śluzowa na wałkach i zgrubieniach u wchodu do przewodów nosowych jest bladą, pozbawioną rzęs, skłoną do pęknięć, pokrytych żółtawymi, suchymi strupami, mocno przyschłemi do dna szczelin.

Wszystkie te guzowatości, wałki, zgrubienia i całe części nosa są w dotknięciu niezmiernie twarde, twardości chrząstki, przez co nos taki jest mało podatny, niegiętki; przy nacisku guzy się nie zmniejszają. Granicą części zajątych od strony policzka, lub szczególnie od strony wargi, jest bardzo wyraźną, tak dla oka, jak i dla dotyku.

Jeżeli zmiany w nosie są tak znaczne i wybitne, jak to staraliśmy się odmalować w powyższym obrazie, to nie są one bynajmniej jedyne, jakby się to z nazwy *rhinoscleroma* zdawało, sprawa bowiem nie ogranicza się do nosa lecz, jak wykazały dotychczas ogłoszone spostrzeżenia, szerzy się na inne sąsiednie narządy, przez co bardziej jeszcze staje się godną uwagi. O tych umiejscowieniach właśnie chcemy tu podać ogólne wzmianki.

W a r g i. W znacznej liczbie spostrzeżeń nacieczenie twardzielowe z przegrody nosowej, lub nozdrzy przekraczało na wargę górną, zajmując ją bliżej lub dalej od nosa. W pewnych razach sprawa odbywa się skrycie, tak, że okiem tego zajęcia dostrzedz nie można; dopiero ująwszy wargę w palce, wyczuwamy w jej grubości twarde nacieczenie. W innych przypadkach widoczne są płaskie wzniesienia, guzowatości, wałki, węzły, lub nawet guzy, zupełnie zbezkształniające wargę. Na 23 przypadki ALVAREZ'a w 9-u była zajęta i wargą górną. W przypadku JARISCH'a u kobiety chorej od 7 lat wargą górną była zmieniona

w całej rozciągłości; w drugim przypadku ALVAREZ'a twardziel zajmowała również całą wargę, lecz nietknięte pozostały warstwy głębsze, oraz błona śluzowa. Pod wpływem tej sprawy warga może nadwyzwyczajnie zgrubieć, wydłużyć się, jak to widać na fotografii drugiego przypadku ALVAREZ'a. Ale i na tem nie dość; krocząc dalej powoli twardziel zając może kąty ust oraz wargę dolną, jak tego wybitny przykład przedstawia przypadek BILLROTH'a-MIKULICZA, oraz trzeci przypadek ALVAREZ'a, podany w rysunku w jego pracy, które stanowią *maximum* znanych dotychczas zmian w ustach przy chorobie, o której mowa. Ze skóry wargi górnej sprawa szerzy się na błonę śluzową wargi, dochodzi do fałdy przejściowej, z tej ostatniej na dziąsło, poczem wkracza na błonę śluzową oddzielającą zęby od siebie, wreszcie na podniebienie twarde. W jednym z przypadków GEBER'a u kobiety 30-letniej, chorej od 15 lat, twardziel zajęła błonę śluzową wargi, następnie przeszła na przedziałki dziąsła między zębami, a po wypadnięciu zębów siecznych podniebienie twarde, tworząc na niem obrzmienie nieowrzodzone. W przypadku JANOWSKIEGO u 49-letniego mężczyzny, chorego od 5 lat, obok zajęcia nosa, wargi górnej i t. d., dziąsło na szczęce górnej lewej były znacznie obrzmiałe, blade, twarde jak chrząstka na przestrzeni od siekaczy do zębów trzonowych; sprawa zajmowała także części dziąsła wchodzące między zęby i spowodowała chwianie się zębów. Nie zawsze jednak bywa taki bieg rzeczy; w niektórych razach twardziel, przedtem nim zajmie całą wargę, przenika całą grubość jej na brzegu przyrosłym, to jest na granicy z nosem i tu wprost przechodzi w okolicy *spina nasalis anterior* na błonę śluzową jamy ust, gdzie ukazuje się około wędzidełka wargi w kształcie małego guziczka; zwolna zwyrodnia dziąsło, wkracza do zębodołów, powodując chwianie się zębów, które palcami można wrywać, jak to miało miejsce w 2-ym spostrzeżeniu ALVAREZ'a, chociaż sama warga była jeszcze niezajęta. Podobnie w spostrzeżeniu 8-em na wardze górnej sprawa zaledwie się dopiero rozpoczęła, gdy tymczasem w jamie ustnej na błonie śluzowej fałdy przejściowej z wargi na dziąsło, już okazało się nacieczenie w kształcie plamy sinawej. W przypadku MANDELBAUM'a warga górna była zajęta tylko na pograniczu z nosem, a tym czasem na brzegu zębodołowym szczęki górnej istniało wielkie okrągłe wzniesienie, dwa zęby pod niem chwiały się. Niezmiernie ciekawym jest przypadek DOUTRELEPONT'a, w którym chory zdaje się najprzód zauważył okrągłe obrzmienie w wardze górnej, w każdym razie gdy autor widział chorego warga górna była zajęta w całej rozciągłości, oraz *septum mobile* i dolna część prawego skrzydła nosa.

Ręka w rękę z tak obszernem zajęciem idą głębokie zmiany warg, które z początku twarde, zgrubiałe i niepodatne, ulegają z czasem owrzodzeniu, zajmującemu całą wargę górną, kąty ust, a nawet dolną [przypadek 3-ci ALVAREZ'a]. W przypadku BILLROTH'a skutkiem zmian bliznowatych tkanki warga stała się twardą i niepodatną oraz nastąpiło zwężenie ust. Tak daleko posunięte zmiany powodują niesłychanie dotkliwe dolegliwości choremu, utrudniając jedzenie, mowę, sprawiając mocne bóle, zasychanie wydzieliny w strupy, pęknięcie twardej a nierozciągliwej tkanki i t. p., objawy tak przykre, że zmuszały chorego i operatora do operacji. BILLROTH swojemu choremu zmuszony był co 2

lata uskutecznić stomatoplastykę z powodu powracającego zwężenia ust; w wyciętych twardych masach nie można było już wcale dostrzedz początkowego nacieczenia drobnokomórkowego; składały się one natomiast przeważnie z bardzo twardej, sztywnej tkanki bliznowatej. Przy ostatniej operacji nie można było swobodnie ciąć nożem przez stwardniałą tkankę, gdyż natrafiało się na twarde masy, które jak bliższe badanie wykazało nie były prostem osadzeniem się soli wapiennych, lecz prawdziwemi kośćmi w niezmiernie stwardniałej bliznie. Spostrzeżenie to dotyczyło 52-letniego izraelity z Bukowiny, u którego choroba rozpoczęła się przed 16 laty.

Jeżeli zmiany powyżej opisane, a dotyczące nosa, warg, błony śluzowej, przedsionka ust, dziąseł i przedniej części podniebienia twardego, są nader ciekawe i charakterystyczne, tak, że skłoniły one HEBRĘ do wyboru nazwy — *rhinoscleroma*, to nie mniej ciekawemi są zmiany w gardzieli, o których chorzy niekiedy wcale nie wiedzą, a które tak często napotyka się przy twardzieli nosa, że KOEBNER całą sprawę zwie *rhino-pharyngo-scleroma*, stawiając na równi jako współrzędne zmiany spostrzegane w obu tych narządach. Obraz kliniczny gardła przy twardzieli nosa jest wielce urozmaicony, co zależy, jak zdaje się, od okresu choroby, oraz jakości zmian samych. Przedewszystkiem zaznaczyć wypada, że są znane niewątpliwe przypadki twardzieli nosa, bez zmian w gardzieli. Niektórzy, jak PELLIZZARI, przypuszczają, że te ostatnie istnieją w każdym przypadku twardzieli, lecz mogą być tak mało wyrażone, iż zostały przeoczone, zwłaszcza przez autorów w epoce, kiedy choroba nie była jeszcze dobrze znaną *). Tymczasem CORNIL i ALVAREZ w pracy daleko późniejszej na 23 spostrzeżenia zauważyli zmiany w gardle lub na podniebieniu jedynie u 10 chorych, z kąd wypływa, że nie należą one do bezwarunkowo stałych.

Jeśli przy pomocy zwierciadła (*rhinoscopia posterior*) badać nozdrza tylne w tych przypadkach, gdzie daleko posunięte zmiany w gardzieli nie stają temu na zawadzie, lub nawet przy pomocy palca hakowato zagiętego, to spostrzegamy w nozdrzach tylnych zmiany analogiczne do opisanych wyżej w otworach nosowych przednich, a mianowicie i tu również światło jest zwężone przez masy twarde, wyrastające z obwodu nozdrzy, które zwolna zatykają, przechodząc jednocześnie do górnego piętra jamy noso-gardzielowej; błona śluzowa pokrywająca nozdrza, oraz przegrodę nosową, jest blado-szarą.

[C. d. n.]

*) Le alterazioni del velo pendulo sono per lungo tempo poco accentuate, rimanendo la mucosa presso a poco del volume o del colore normale. Io inclinerei quindi a credere che in molti casi, nei quali è stato detto non esistere modificazione del palato molle, si fosse giudicato un po' leggermente. Un argomento in favore di questa mia opinione lo si può trovare nel fatto che la pretesa inconstanza delle lesioni del palato la si è desunta solo dalle prime storie, le quali furono raccolte quando la malattia non era ancora bene conosciuta [pag. 33].

II. ZESTAWIENIE 25 PRZYPADKÓW OTWARCIA JAMY OTRZEWNEJ PRZY CHOROBAH NARZĄDÓW RODZAJNYCH KOBIECYCH NIEZAPALNEGO POCHODZENIA.

Podał

Władysław Matlakowski.

Ordynator tego oddziału.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 44].

Spostrzeżenie XIX. *Myoma uteri interstitiale et subserosum; hysterectomia supravaginalis; sanatio.*

Pi... wiczówna Helena l. 34, wstąpiła do szpitala d. 6. IX. 1887, panna; jedyną dolegliwością, z powodu której chora przyjechała się leczyć i poddać gotowa wszelkiej operacji, jest zatrzymanie moczu, które przez pomyłkę było uważane przez czas długi za objaw zapalenia pęcherza i odpowiednio leczone wstrzykiwaniem stosownych płynów. Zresztą czuła się zupełnie zdrową: miesiączkowanie prawidłowe, brak krwotoków macicznych, brak jakichkolwiek bóleści w miednicy lub krzyżu; wypróżnienia prawidłowo się odbywają, nigdy też dotychczas nie miała bólów w brzuchu, oraz innych objawów, świadczących o przebytem zapaleniu otrzewnej.

Status praesens. Średniego wzrostu, prawidłowej budowy, chuderława. Brzuch mały; w podbrzuszu wyczuwa się niezbyt dokładnie, z powodu grubej i twardej ściany brzusznej, guz twardy, nierówny, występujący na 3 — 4 palce nad spojenie łonowe, prawie nieporuszalny. Część pochwowa stoi tak nisko, że dziewicze usta maciczne są prawie w płaszczyźnie wchodu do pochwy, i tak przyparta do spojenia łonowego, że trudno wsunąć palec w sklepienie przednie; część pochwowa stożkowata, twarda; przez bardzo opuszczone i kulisto wypukłone sklepienie tylne, wyczuwa się twardy nierówny guz, po którym udaje się przesunąć ścianę pochwy [sklepienie tylne]. Guz razem z macicą jest bardzo mało ruchomy, wypełnia całą jamę miednicy małej; przy badaniu oburęcznem ruchomość okazuje się również niezmiernie małą. Badanie macicy zgłębnikiem nie daje się uskutecznić.

Rozpoznanie postawionem zostało jako *myoma interstitiale*. D. 14. IX. 1887 po zachloroformowaniu chorej przy pomocy kol. GULIŃSKIEGO, CIECHOMSKIEGO, BORSUKA, ŻOŁĘDZIOWSKIEGO, oraz pomocnika Naczeln. Lekarza OBRĘBSKIEGO, ZACHAREWICZA, przecięłem ścianę brzuszną w smudze białej, przyczem natrafiłem na pęcherz niezwykle wysoko sięgający, gdyż fałda przejściowa otrzewnej z przedniej ściany brzusznej na pęcherz znajdowała się na 3 palce poniżej pępka; dla utorowania sobie drogi, musiałem cięcie przedłużyć powyżej pępka; z powodu napięcia ścian brzusznych i wysokiego ciśnienia w jamie otrzewnej kiszki w znacznej ilości wypadły i zostały utrzymane nazewnątrz w ręczniku. Guz okazał się nigdzie nieprzyrośłym, nierównym i nieporuszenie wpartym w jamie miednicy małej, z kądem z największą trudnością po wsunięciu ręki do dołu DOUGLAS'a i wyważaniu go, a jednocześnie przy mocnem unoszeniu palcami pomocnika, wprowadzonymi do pochwy, udało się go wydobyć na zewnątrz, poczem z prawej strony podwiązano i przecięto między dwoma podwiązkami jajowód, wiąz jajnikowy i zawarte w pęczku tym naczynia, oraz odsunę-

ty ku przodowi wiąz obły. Z lewej strony jajowodu i jajnika nie widać; podwiązano zatem i przecięto między dwiema podwiązkami wyraźny powrózek z naczyniami, przebiegający po powierzchni guza. Wtedy po nacięciu po bokach powłoki otrzewnowej, luźnie z guzem zrosłej, udało się go nieco bardziej ruchomym uczynić, poczem nałożyłem podwiązkę elastyczną [rurkę kauczukową] nisko, na podstawę guza i obkrajawszy powłokę perytonealną dookoła, wyłuszczyłem guz, a raczej kilka oddzielnych, zlanych ze sobą guzów, otaczających dno i trzon macicy tak, że jej widać nie było; dopiero na powierzchni cięcia okazała się otwartą jej jama, której ściany natychmiast przypalono żegadłem PACQUELIN'a. Odszukawszy lewy jajnik i jajowód odciąłem takowe, poczem przebiwszy kikut dwiema igłami krzyżującymi się pod kątem ostrym, a wspierającymi się na ścianie brzusznej i unoszącymi w ten sposób pieniek, obszyłem powierzchnię takowego otrzewną naciągniętą z boków, umieściłem go w dolnym kącie rany, poczem nałożywszy jeden szew, tak, że przechodził przez otrzewną ścienną jednej wargi rany, potem przez otrzewną górnej, *resp.* tylnej powierzchni kikuta, poniżej podwiązki elastycznej [tak że ta znalazła się przez to nazewnątrz jamy otrzewnej], wreszcie przez otrzewną drugiej wargi rany, zamknąłem tę ostatnią szwami głębokimi i powierzchownymi. Po opatrzeniu chora otrzeźwioną została i przeniesioną do łóżka.

O p i s p r e p a r a t u. Preparat waży około 950 gramów i składa się z górnej połowy trzonu macicy, której jama jest powiększoną i swobodnie przepuszcza palec; w ścianach jej tuż pod samą błoną śluzową wyczuwa się okrągłe mięśniaki, wielkości orzecha laskowego; powierzchnię zewnętrzną macicy pokrywają w całości mięśniaki wielkości pomarańczy, stykające się ze sobą, powleczone wspólnie otrzewną, w ten sposób, że stanowią guz bardzo nierówny. Jajniki i jajowody nie przedstawiają zmian widocznych dla oka nieuzbrojonego.

P r z e b i e g idealny, bez gorączki, a nawet bez wahań ciepłoty w granicach temperatury prawidłowej; 7-go dnia zdjęto szwy; kikut znaleziono uschniętym, tak, że pukal przy uderzeniu weń palcem; 5-go dnia chora po wlaniu wody sposobem HEGAR'a miała wypróżnienie, poczem nastąpiła poprawa w ogólnym stanie.

W trzy tygodnie po operacji zdjęto luźno siedzącą na kikucie podwiązkę elastyczną, wyjęto igły, oraz obcięto obumarłą część; w kilka dni potem chora zauważyła, iż pojawił się ropny wypływ z pochwy; przy przestrzykiwaniu rany część płynu odchodzi przez pochwę. W miesiąc po operacji rana tak zwięzła, że wprowadziłem dren celem zapewnienia drogi dla mogącej się jeszcze wytworzyć ropy około powierzchni kikuta, który spuścił się głęboko do jamy brzucha. Stan ogólny dobry: chora chodzi, siedzi i zajmuje się drobnymi robotkami; w końcu Października P. wyszła ze szpitala zdrową.

We wszystkich sześciu przypadkach postąpiliśmy z kikutem według metody zewnątrz-otrzewnowej. Wiadomo, że pytanie co do sposobu postępowania [wewnątrz — czy zewnątrz-otrzewnowego] jest dotychczas nierozstrzygnięte w chirurgii, stanowi zaś przedmiot pierwszorzędnej doniosłości. Z tak szczupłym materiałem, jak nasz, nie możemy dorzucić nic ważniejszego w tej kwestyi; nie mamy też tutaj zamiaru pisać rozbioru porównawczego rozmaitych metod i ich modyfikacyj traktowania szypuły; chcemy tylko czytelnikom przedstawić rzecz w grubych rysach, a przez to usprawiedliwić się, dla czego wybraliśmy metodę zewnątrz-otrzewnową. Opuszczanie kikuta po myotomii do jamy otrzewnej, tak jak je ostatecznie wykonywał SCHROEDER, zaleca się umysłowi swoją prostotą i ma za sobą ogromną przewagę, płynącą ze świetnych wyników tysięcy owaryjotomij, wykonanych z opuszczeniem szypuły do jamy brzu-

szej; z chwilą ukończenia operacji, ranę brzuszную zaszywa się i chora bez żadnej rany, nieturbowana więcej, leżąc spokojnie, wyczekuje swego wyleczenia. Z drugiej strony, przy metodzie zewnątrz-otrzewnowej w dolnym kącie rany pozostaje kikut, którego część musi uleść obumarciu, oddzielić się w ciągu kilku tygodni, potem również kilka tygodni musi goić się rana przez ziarninowanie, połączone z ropieniem, a przez ten cały czas chorej zagrażają choroby przyranne [róża, ropnica i posocznica], a po zagojeniu pozostaje blizna, stanowiąca miejsce słabe w ścianie brzusznej, usposabiające do przepukliny. Mimo to wszystko sprawa dziś tak stoi, że należy się spodziewać dalszych udoskonaleń w metodzie intraperytonealnej, która zasadniczo ma wyższość nad zewnątrz-otrzewnową, a tymczasem ta ostatnia cieszy się uznaniem, z powodu, że daje mniejszy procent śmiertelności. Cała rzecz przedstawiona jest wybornie w klasycznym podręczniku HEGAR'a i KALTENBACH'a, (♯), dokąd czytelnika odsyłamy, poprzestając tu na przytoczeniu kilku liczb. Celem porównania obu metod na zasadach jak najsluszniejszych, wybiera KALTENBACH kilku znanych operatorów z obu stron, sumuje ich liczby i ztąd otrzymuje cyfry do porównania, zamiast brać wszystkie dane ogłoszone drukiem. Otóż według tego bierze on:

SCHROEDER'a	58 operacyj z 18 †
OLSHAUSEN'a	29 „ 9 †
MARTIN'a	28 „ 9 †

razem 115 operacje z 36 † = 31,3% śmiertelności przy metodzie intraperytonealnej. Co się tyczy drugiej metody to;

HEGAR	na 22 operacyj miał 6 †
KALTENBACH	„ 13 „ „ 1 †
KEITH	„ 24 „ „ 2 †
BANTOCK	„ 15 „ „ 1 †

Razem 74 operacyj 10 † = 13,5%.

Do tych cyfr, pochodzących z 1886 r. mogę dodać niedawno ogłoszone sprawozdanie C. BRAUN'a *), który w ciągu 3 lat [1884—1886] wykonał 38 myomiotomij, [z tych 30 w klinice, a 8 w prywatnej praktyce] według sposobu zewnątrz-otrzewnowego z 6 † = 15,5%; w tej liczbie w 35 przypadkach otworzoną była jama maciczna z 6 † co daje 17,15%.

Ta faktyczna wyższość postępowania zewnątrz-otrzewnowego nad metodą intraperytonealną płynie z tego, że przy tej ostatniej zdarzają się częściej śmiertelne krwotoki, oraz zapalenia otrzewnej skutkiem zakażenia z otwartej jamy macicznej; nadto dodać trzeba, że metoda zewnątrz-otrzewnowa jest niesłychanie prostszą i krótszą. Procent śmiertelności u mnie jest cokolwiek niższy niż u BRAUN'a, wynosi bowiem 16,6%; jednak i tego jedynego przypadku śmierci nie mogę przypisać zastosowaniu metody zewnątrz-otrzewnowej, gdyż zależał on od przewlekłej niedokrwistości, o której właśnie zwolennik metody intraperyto-

♯) Die operative Gynaekologie. 3-cie wydanie z 1886 r. str. 500.

*) Ueber 38 Hysteromyomotomien mit extraperitonealer Stumpfbehandlung. Wiener med. Woch. 1887. Nr. 22—25.

nealnej, HOE MEIER, zdając sprawę ze 100 operacji wykonanych przez SCHROEDER'a**), powiada: „jeśli zwrócić uwagę podczas operacji na krew takich chorych, to wydaje się ona zupełnie wodnista, rzadką, przezroczystą; nie krzepnie należycie. Zawsze rodzi się pytanie, czy takim chorym zgoła można radzić operację, albowiem ostatecznie wystarcza najmniejsza szkodliwość, aby wpłynąć na przebieg w tajemniczy sposób“.

Przechodząc obecnie do użytego przez siebie ekstraperitonealnego sposobu umocowania szypuły, zatrzymać się muszę jeszcze na kilku punktach. Jeśli miałem przebieg należyty bez objawów podrażnienia otrzewnej, bez gorączki i t. d. przypisuję to nadwyzczaj starannemu odgrodzeniu kikuta od ogólnej jamy otrzewnej: do tego, zdaje mi się, wystarcza kilka szwów nałożonych na listek ścienny i otrzewną pieńka poniżej ligatury elastycznej; takie przyszycie koniecznem jest tylko w jednym punkcie, a mianowicie ponad szypułą; po bokach i poniżej, świeżo ranione tkanki i otrzewna tak ściśle przylegają do otrzewnej pieńka, że szycie tu jest zbyteczne, byleby na pewno się przekonać, że listki ścienne obejmują część pieńka poniżej poziomu ligatury elastycznej, a nie tę ostatnią, lub część kikuta powyżej, która z czasem obumrzeć musi i gdzie zrost odgradzający jamę otrzewnej wytworzyć się nie może. Podwiązka elastyczna ma znakomitą wyższość nad pętlicą drucianą, którą stale widziałem używaną przez BANTOCK'a; lecz co do kurczliwości jej nie należy się łudzić, że trwa aż do dnia odpadnięcia pieńka; zawsze widziałem, że w dniu zdjęcia tego ostatniego, ligatura kauczukowa nie posiadała własności ściągania się, którą utraciła, leżąc w ranie, i jeżeli wyciągnąć zaciśniętą a obumarłą tkankę z ligatury, pętlica tej ostatniej pozostaje bez zmiany co do wielkości. Zdaje mi się, że najwłaściwiej nakładać ligaturę nie na guz wraz z więzami szerokimi, lecz po uprzednim osobnem podwiązaniu i przecięciu tych ostatnich, tak, żeby więzy wraz z powierzchniami ich cięcia i podwiazanemi naczyniami leżały później całkowicie się w jamie otrzewnej, poniżej poziomu ligatury elastycznej, nienarażone na zetknięcie z ropiejącą powierzchnią rany i oddzielającym się kikutem. Nakoniec podnieść muszę nieprzyjemną okoliczność, że długi czas u chorych pozostaje na brzuchu przetoka, prowadząca do jamy pozostałego pieńka macicznego nawet wtedy, gdy takowy się już od ściany brzusznej oddzielił i przez pochwę daje się wyciąć jako guzik zupełnie ruchomy.

5. JEDNA CIĄŻA ZAMACICZNA.

Spostrzeżenie XX. *Graviditas extrauterina tubarioovarica; laparotomia; exstirpatio partialis sacci foetalis; mors ex occlusionem intestini.*

Osmulska Konstancja, 40 lat licząca, żona stróża z Warszawy, wstąpiła do mojego oddziału d. 21. X. 1885 r.. Pierwszą miesiączkę miała w 15-ym roku życia; do wyjścia zamąż miesiączka bywała w prawidłowych odstępach czasu, trwała przez trzy dni; ilość krwi nieobfita; miesiączce towarzyszyły bóle w dolnej okolicy brzucha. O. urodziła 5-ro dzieci bez pomocy położniczej, ostatnie 1½ roku temu. W 34 roku życia raz poroniła. Po ostatniem porodzie, który

**) Die Myomotomie. 1884. str. 87.

odbył się w kwietniu r. z., O. przez pewien czas czuła się niezdrową. W Październiku i Listopadzie r. z. miesiączka nie zjawiała się, natomiast O. poczuła ból w lewej połowie dolnego odcinka żywota. W Listopadzie ubiegłego roku wyszedłszy z kąpeli dostała silnego ziębienia, a po powrocie do domu gorączki; od tej pory czuła się niezdrową. Wkrótce bo około drugiej połowy Grudnia r. z., zauważyła powiększenie się brzucha, w którym doznawała nader silnych boleści. Na tydzień przed Bożem Narodzeniem, z porady d-ra GROER'a postawiła sobie 8 ciętych baniek. Chora w Grudniu miała „miesiączkę“, która niezem nie różniła się od poprzednich, lecz w pierwszych trzech miesiącach 1885 r. odpływ krwi „miesiącznej“ był bardzo obfity i przeciągał się długo bo do 18 dni. W Lutym widział chorą D-r KAPLIŃSKI, znalazł brzuch bardzo dużym, z powodu boleści radził przystawienie pijawek, oraz wspominał chorej, że w przyszłości musi się poddać operacji. W Marcu miesiączki nie było, nie pojawiła się ona i w następnych 3 ch miesiącach, przez ten czas chora czuła się nieźle. W Czerwcu, czując się niedobrze wstąpiła do przytulku, zawiadywanego przez D-r TOMASZEWICZ DOBRSKĄ. Kiedy mąż wioził ją tam, doznawała tak strasznych bólów w brzuchu, że sądziła, iż nie dożyje do następnego dnia; takich bólów nie doświadczała ona nigdy przedtem, chociaż 5 razy rodziła; zresztą bóle te nie były podobne do porodowych ani z natężenia swego, ani z charakteru. Po 10 dniowym pobycie w przytulku chora wróciła do domu. W Lipcu widział ją jednokrotnie D-r KONDRATOWICZ i radził jej wstąpienia do szpitala, celem poddania się operacji.

Godnym uwagi jest fakt, iż w pewien czas po owych strasznych boleściach w Czerwcu brzuch zaczął się powoli zmniejszać, co nietylko, że zauważyła sama chora, ale także stwierdził to kol. KONDRATOWICZ, który później widział chorą u mnie na oddziale. W tym też czasie, t. j. w końcu Czerwca, lewa sutka nabrzmiała i pokazywała się wydzielina mleczna przy naciskaniu na gruczoł; wydzielina ta jednakowoż wkrótce ustała i sutka wróciła do dawnych rozmiarów. Prawa sutka nie uczestniczyła w tej czynności, lecz i dawniej też chora nią nie karmiła po przebytem zapaleniu.

Przy badaniu przedmiotowem chorej znaleziono, co następuje. Kobieta średniego wzrostu, dobrej budowy, chuda; twarz wyraża cierpienie, nos, a zwłaszcza czoło zadziwiająco sine; siność ta widoczna z daleka; błony śluzowe bardzo blade; sutki wiotkie i obwisłe; z lewej można wycisnąć kroplę przezroczystej wydzieliny, skóra zwłaszcza na brzuchu śniada; kończyny dolne nie obrzękle.

Brzuch bardzo powiększony asymetrycznie: lewa połowa wypuklejsza od prawej, a nadto dolna część brzucha wynioślejsza [w położeniu na wznak] od części nadpepkowej; górna część brzucha jakby spłaszczona. Okiem odróżnić można oddzielne nierówności, które przy macaniu jeszcze wyraźniej się odznaczają. Guz sięga od łuku żebrowego lewego aż do spojenia łonowego i od jednego boku do drugiego, zawsze jednak sięgając dalej na lewo niż na prawo od płaszczyzny pośrodkowej ciała. Granica jego wszędzie jest wyraźną, daje się dobrze wymacać. Guz jest szczególnie ruchomy, mianowicie łatwo poruszać go z boku na bok, oraz z dołu do góry, przyczem daje się odsunąć od spojenia łonowego, jednak odrazu zauważyć można, że porusza się on ze ścianką brzuszną, że tej ostatniej po guzie przesunąć nie można, ani też ująć jej w fałdę i oddalić od niego niepodobna. Rzecz można guz pływa na kiszkaż (*in decubitu dorsali*), lecz szeroko i mocno zrosły jest z przednią ścianą brzuszną. Guz jest w ogóle twardy, choć niewszędzie jednakowo: dolna lewa największa jego część jest najtwardszą; prawa górna miększą; żadnych atoli twardszych części, oddzielnych guzów, wymacać nie można. Przy powierzchownem obmacywaniu guz wydaje się nie chlebocącym, przy mocnem atoli naciskaniu istnieje niewyraźne chlebobotanie, niejednostajnie wyczuwane w rozmaitych częściach guza: nieco wyraźniejsze

w prawej górnej, słabsze w pozostałym jego odcinku. Zjawiska drzenia przy uderzeniu krótkim i znienacka, oraz przelewania się fal (*undulatio*) nie można napewno zauważyć.

Przy opukiwaniu ponad *spina ant. sup. destra*, w okolicy lędźwiowej prawej, wzdłuż prawego łuku żebrowego, w okolicy nadbrzuszej, wzdłuż lewego łuku żebrowego, w lewej okolicy lędźwiowej, aż do grzebienia kości biodrowej ciągnie się pas wyraźnego odgłosu tympanitycznego; sam guz daje odgłos zupełnie tępy.

Pępek niewypuklony, przez niego nic prócz twardego guza wyczuć nie udaje się. Gruzoły pachwinowe nie powiększone.

Pochwa obszerna. Macica niezbyt wysoko; część jej pochwowa znajduje się w osi miednicy, lecz skierowana na lewo; niepowiększona, dość pulchna, w otwór można wprowadzić koniec palca. Trzon macicy, o ile go wymacać można przez sklepienie pochwy, zwrócony na prawo i ku przodowi. Przy przesuwaniu guza z boku na bok, macica nie porusza się [zważyć trzeba, że ruchy guza nie są obszerne]. Przez sklepienie przednie, a zwłaszcza lewe i tylne wyczuwa się gładki, twardy guz; naciskając na palec guz unosi się ku górze, co jest widocznem. Na palcu śledzącym krwi po wyjęciu go nie ma. Przy badaniu przez odbytnicę wyczuwa się płaski, twardy, gładki guz, którego atoli tą drogą szczegółowiej zbadać nie można.

Pęcherz moczowy znajduje się za spojeniem łonowem i na lewo. Mocz oddaje chora mało i rzadko, w ilości około 200—250 ctm. sześcien., częstokroć raz na dobę; w nocy nie potrzebuje zazwyczaj oddawać moczu; ten ostatni jest mocno żółtawo ciemny, biała nie zawiera.

Narządy oddechania i krążenia nie przedstawiają wyraźnych zaburzeń w swoich czynnościach. Ze strony kanału pokarmowego zaznaczyć należy, że chora ma małe łaknienie, język zlekka obłożony; doznaje boleści w lewej połowie brzucha na dole; cierpi na zatwardzenie. Godnym jest uwagi ból, bardzo dojmujący w kończynie dolnej lewej, zjawiający się przy nacisku na guz. Chora wieczorami lekko gorączkuje; tętno przyspieszone około 90—100; osłabienie jest bardzo znaczne.

Rozpoznanie natury guza było bardzo trudnem. Wszystkie najważniejsze dane dotyczące jego początku i rozwoju leżały w przeszłości; skąpe anamnesticzne dane, jakie od chorej wyciągnąć się udało, były niewystarczającemi, a i do nich nie można było przywiązywać wielkiej wagi; każdy z lekarzy, mający do czynienia z niższą klasą ludności, wie, jak niedostatecznych, a nieraz błażutnych dostarcza ona wiadomości o swoich chorobach. Wywnioskowałem tylko tyle, iż chora miewała zaburzenia w miesiączkowaniu i przechodziła kilkakrotnie silne zapalenie otrzewnej. Zmiany przedmiotowe wskazywały na obecność guza z gęstą zawartością, z tęgą powłoką, wychodzącego z lewego jajnika; najprawdopodobniejszem zdawało się przypuszczenie obecności torbielaka (*kystoma*) wielokomorowego, może z poczynającym się zwyrodnieniem mięsاکowem. Takie przypuszczenie najbardziej zgadzało się z szybkim wzrostem guza, z jego obszernem przyrośnięciem do ścianki brzusznej, z przebytymi zapaleniami otrzewnej, z wyniszczeniem chorej, z jej stanem charłaczym. Zajęcie przez guz miednicy małej tłómaczyłem sobie albo zrostami utrzymującemi go w jej jamie albo obecnością pewnej części guza; podobny przypadek spostrzegalem, gdzie przy badaniu znalazłem guz twardy wypełniający jamę miednicy małej, a przy operacji okazało się, że były dwa mięsaki z obu jajników biorące początek, z których jeden był formalnie zaklinowany w dole DOUGLAS'a, tak, że go trudno było ztamtąd wyciągnąć [patrz spostrzeżenie I].

Rozpoznanie powyższe było tylko prawdopodobnem; przekonałem się bowiem tak będąc asystentem, jak w swojej własnej praktyce, jak wreszcie za swojej bytności w Anglii [w Samaritan Free Hospital], jak dalece niezadko roz-

poznanie różni się od tego, co się okazuje przy operacyi. Tak np. THORNTON, następca SPENCER-WELLS'a, w liście zapraszającym stawiał rozpoznanie guza śledziony, a przy operacyi okazało się, że była złożona torbiel lewego jajnika. Tylko przy wielkim materyjale klinicznym guzów jamy brzusznej, licznym na seciny, można wprawić się o tyle, żeby widzieć masę różnic indywidualnych i wytworzyć sobie poczucie cech rodzajowych, zamaskowanych lub zmodyfikowanych przez pierwsze.

Zawsze jednak nie była wypuszczoną z rozbiornu i ciąży. Obecność mleka, zaznaczona w anamnezie, rozpułchnienie ust macicznych przemawiały za brzościennością, jak to wyraźnie stwierdzono w naradzie odbytej z naczelnym lekarzem szpitala D-em KOBYLAŃSKIM. Brak wszelako bicia serca, ruchów płodu, brak wyczuwalnych części dziecka, twardość i napięcie guza w przeciwstawieniu do tak charakterystycznej konsystencji przy ciąży, termin blisko jedenastomiesięczny od przypuszczalnego zajścia w ciążę, wreszcie godne uwagi wyraźne zmniejszenie się brzucha od dwóch miesięcy przemawiały przeciw ciąży. Niemąło też zaważyło zdanie dwóch kolegów specjalistów, z których jeden w Lutym, drugi w Lipcu widzieli chorą i rozpoznanie na guz postawili, radząc chorej poddać się operacyi.

[C. d. n.].

Z ODDZIAŁU D-RA HERYNGA W SZPITALU Ś-GO ROCHA W WARSZAWIE.

III. GRUŻLICA GARDZIELI.

Napisał

Władysław Wróblewski,

b. asystent oddziału.

[Ciąg dalszy — Patrz. Nr. 44].

Spostrzeżenie IV. Nowak Józef, lokaj, lat 37, przybył do szpitala Św. Rocha 18 Czerwca, 1885 roku.

Chory wzrostu niskiego, źle odżywiany, małokrwisty, zapisał się na nasz oddział z powodu owrzdzenia na wewnętrznej stronie policzka prawego, utrudniającego przełykanie. Skóra lekko żółtawa, tkanki podskórnej mało, mięśnie zanikłe; prawy policzek nieco obrzmiały, głównie w kącie wewnętrznym prawym warg, wodnisto nacieczonym. Owrdzenie powierzchowne zajmuje wewnętrzny kąt ust i wargi dolnej do połowy długości. Błona śluzowa wargi obrzmiała. Samo owrdzenie powierzchowne, nieco twarde, pokryte nalotem szaro-białym w postaci białych ognisk, zlewających się ze sobą. Po zdjęciu nalotu, widzimy powierzchowne utraty tkanek, a na około nich prosówkowe, drobne, liczne guziczki. Owrdzenie to przechodzi z wargi dolnej na górną i przedstawia tamże utratę tkanek nieco głębszą. Po zdjęciu strupów owrdzenia krwawią i bardzo są bolesne. Sprawa przechodzi na ścianę wewnętrzną prawego policzka; zajmuje całą błonę zawartą pomiędzy łukami zębów. Przedstawia się jako bladoszara, mętna, zgrubiała, zwłaszcza znajdujemy tu nacieki kępkowe, gdzie niegdzie głębokie *rhagades*, pokryte śluzoropną wydzieliną, naokoło nich drobne milijarne guziczki (*tubercula*). Lewa połowa wargi i policzków zdrowa, *stomatitis et gingivitis* wybitne. Zęby czarne, otoczone białą-szarą obwódką. *Factor ex ore*. Błona śluzowa podniebienia bardzo blada. Języczek wodnisto nacieczony, zna-

cznie powiększony. Pomiędzy łukiem przednim i tylnym strony prawej owrzodzenie płytkie, 1 cm. □ pokryte blado-szarym nalotem. Po stronie lewej symetryczne owrzodzenie głębokie, wązkie, drażące.

Nagłośnia blado-różowa, cienka po brzegach, w środku jej nacieczenie guzikowate. Krtań: Tylua ściana mało zmieniona, lekki obrzęk błony śluzowej, struna fałszywa prawa obrzękła zakrywa w części prawdziwą. Głos czysty, donośny. Krtań na zewnątrz dobrze rozwinięta, łatwo przesuwalna. Nos: Po prawej stronie muszla dolna zanikła nieco, silnie odstaje od ściany bocznej, przegródka skrzywiona na lewo. Zresztą nic godnego uwagi nie ma.

Gruczoły szyjowe w kącie podszczękowym prawym dwa guziki wielkości wiśni, po za mięśniami mostko-obojęzko-sutkowym pakiet gruczołów wielkości grochu do wiśni, w dole nadobojęzko-prawym takiż pakiet. Po lewej stronie ciągną się pojedynczo sznurki, po prawej podwójnie. Gruczoły nadobojęzkowe tworzą pakiety, choć się ze sobą nie zlewają.

Klatka piersiowa szczupła, mostek zapadnięty, pewien stopień krzywicy [zgrubienie chrząstek żebrowych] rozszerzalność klatki mała, dół nadobojęzkowe zapadłe. Granice płuc od przodu obniżone i ruchome. Od tyłu obniżenie przeszło na 2 cm. Pod lewym obojęzkiem odgłos opukowy wyższy, stępiony. Stępienie sięga do III żebra. Oddech nieokreślony w lewym szczycie, silnie zaostrozony z wydłużonym wydechem w prawym. Rzężeń mało. Pod kątem lewej łopatki oddech zbliżony do amforycznego. Wreszcie płuc *resp. aspera*, gdzie-niegdzie rżenia świszczące.

Granice serca zwykle, tony czyste, drugi ton tętnicy płucnej wyraźnie wzmoczony. Śledziona nieco powiększona [VIII żebro]. Brzuch wzdęty. Skłonność do zatwardzeń. Gruczoły łokciowe wyczuwalne, trochę powiększone w postaci drobnych guziczków. Gruczoły pod pachowe wyczuwalne, wielkości grochu. Gruczoły pachwinowe nie wiele powiększone.

Układ kostny zбочzeń nie przedstawia. Brzeg kości goleniowej ostry.

Chory stanowczo przeczy, aby kiedykolwiek chorował na przymiot. Żadnych owrzodzeń na członku nie było.

W rodzinie chorego suchot dziedzicznych nie ma. Matka żyje, ma lat 70. Chory poważniejszych cierpień nigdy nie przebywał. Od 5 lat kaszle, pluł krwią w r. 1878. Bywały nasilenia choroby i poprawy. Od roku zaczął chudnąć, wieczorami stan podgorączkowy, poty nad ranem. Przed 3 miesiącami zauważył w kącie wewnętrznym ust prawej strony małe owrzodzenie, które w ciągu tego czasu rozwinęło się, jak to wyżej opisano.

Od 6 tygodni przełykanie utrudnione, łaknienie podupało.

Badanie drobnowidzowe wykonał łaskawie D-r BUJWID. Do badania wzięte były cząstki z powierzchni wrzodu i z głębi kąta prawego warg. Barwione metodą EHRlich'a wykazały: „Pośród tkanki ziarninowej, nie wszędzie dobrze zachowanej, pomiędzy oddzielnymi komórkami leżą tu i owdzie rozrzucone laseczniki gruzlicze, już to pojedynczo lub parami, już to w grupach po 5—8. W polu ilość ich wynosi od 2—5—20—28—43, a w jednym miejscu leżą tak gęsto rozsiane, że nie dają się zliczyć, można przypuszczać około 200. Cząsteczka wzięta z głębi wrzodu daje obraz podobny“¹⁾.

Chory na własne żądanie opuścił szpital w dniu 11 Lipca 1885 r., przy ciepłocie rannej 38,2° C., wieczornej 39° C.

Spostrzeżenie V. Grünberg Abraham, lat 25, przybył do szpitala Św. Rocha 12 Kwietnia 1885 roku z powodu silnego bólu gardła i kaszlu.

1) Wyjątek z listu D-ra BUJWIDA.

Chory średniego wzrostu, wychudzony, blady, podaje, iż ból gardła dokucza mu od 6 tygodni. Od tego też czasu głos zaczął mu się zmieniać, obecnie ma chrypkę. Po nocach obfite poty; wieczorami dreszcze. Płuca: W obu szczytach od tyłu oddech oskrzelowy; w prawem zaś płucu wszędzie. Od przodu w szczycie prawym oddech amforyczny.

W gardzieli rozległe owrzodzenia na łuku prawym przednim, sięgające do podstawy języczka. Języzek cały nacieczony. W krtani bardzo silny obrzęk nagłośni i owrzodzenie na tylnej ścianie.

Gruczoły chłonne na szyi wszystkie znacznie powiększone, podpachowe mniej. Przymiotu nie przechodził.

Upadek sił szedł szybko naprzód. Od dnia 19 Kwietnia zaczęło się uporczywe [5—6 razy na dobę], rozwolnienie, trwające aż do końca pobytu chorego w szpitalu t. j. do dnia 9 Maja 1885 r..

W płwocinie znaleziono laseczniki gruźlicze.

Spostrzeżenie VI. Kaczenko Iratij, lat 28, żonaty, dróżnik kolei żelaznej, przybył do szpitala 5 Marca 1886 roku, przysłany przez D-ra K. DOBRSKIEGO. Początek choroby 18 Lutego tegoż roku. Chory dobrego wzrostu, szczupły, z nieźle rozwiniętym układem kostnym i mięśniowym, skarży się na ból gardła, zwłaszcza przy polykaniu, trwający od 3 tygodni. Oprócz szankra, którego miał lat temu 5 [zdaje się miękkiego], żadnych innych chorób nie przebywał.

Płuco: Opukiwanie żadnych zgoła zmian nie wykrywa. Przy wysłuchaniu znajdujemy w prawym szczycie z tyłu do $\frac{1}{2}$ łopatkki, z przodu do III żebra oddech zaostrzony z silnie podmuchowym wdechem. Budowa klatki piersiowej zupełnie prawidłowa. Kaszlu najmniejszego nie ma. Śledziona znacznie powiększona, górna granica na VII żebrze, nie wyczuwa się u dołu.

Inne narządy wewnętrzne zmian żadnych nie przedstawiają.

Gruczoły chłonne wszystkie powiększone: szyjowe, łokciowe, podpachowe, pachwinowe; wszystkie twarde, nie zlewają się w pakiety, lecz każdy z nich wyczuwa się oddzielnie, wielkości fasoli, niektóre nieco większe.

Gardziel. Języzek nacieczony, pomarszczony, czerwony, pod błoną śluzową prześwieca kilka prosówkowych guziczków białych, więcej ich u podstawy języczka. Tylne łuki oba zgrubiałe, lewy silniej niż prawy. Na lewym tylnym łuku owrzodzenie, które przechodzi na nieco powiększony migdałek, zarówno jak na łuk przedni. Owrzodzenie pokryte żółto-czarnym nalotem. Prawy migdał prawie zanikły; na szczątkach jego powierzchowne folikularne owrzodzenia. Na tylnej ścianie gardzieli małe prosówkowe guziczki w bardzo znacznej liczbie.

Krtani. Górna powierzchnia nagłośni nacieczona; lewa strona więcej, oba więzy nagłośnio-nalewkowe obrzękle. Na górnej powierzchni nagłośni kilka prosówkowych guziczków. Lekki obrzęk chrząstek SANTORINI'ego.

Dnia 9 Marca wyciął D-r HERYNG choremu owrzodzony migdałek; badanie wykazało w nim mnóstwo laseczników KOCH'a, rana była traktowaną kwasem mlecznym i gojenie szło względnie bardzo dobrze tak, że dnia 14. III. chory twierdził, że już żadnego bólu przy polykaniu nie ma. Dnia 3 Kwietnia wycięto choremu silnie nacieczony języzek.

Rana pooperacyjna była traktowana kwasem karbolowym i kwasem mlecznym. Przez cały czas pobytu w szpitalu, chory, co do stanu ogólnego, miał się dobrze. Na własne żądanie opuścił szpital dnia 5 Kwietnia.

Zmarł w domu 15 Lipca 1886 roku.

Spostrzeżenie VII. Ryfka Jezierska, z Wołkowyszek, zameźna, lat 22, bezdzietna.

Chora przysłana do ambulatoryjum domowego D-ra HERYNGA, przez D-ra A. POZNAŃSKIEGO w pierwszych dniach Października 1886 roku. Poczem przysłana do ambulatoryjum szpitalnego i powierzona mojej opiece.

Wzrostu średniego, szczupła, wyniszczona, z wyrazem cierpienia w oczach. Pochodzi z rodziny zupełnie zdrowej. Rodzice oboje żyją. Sama nigdy nie chorowała aż do Maja 1886 r.. Wtedy po raz pierwszy w życiu zapadła na bardzo uporczywą zimnicę i od tego czasu datuje jakoby całą jej chorobą. Od 4 miesięcy zupełne zatrzymanie miesiączki.

Zaczęła chudnąć, zjawił się zupełny brak łaknienia i ogromne osłabienie. Od tego też czasu trwa silny, męczący kaszel z obfitą plwociną śluzo-ropną. Obecna choroba gardła z nadzwyczaj silnym bólem przy polykaniu trwa od 20 Września. Przed 3 miesiącami miała już silny ból gardła, lecz ten po kilku dniach przeszedł bez leczenia. Obecnie silnie gorączkuje, miewa dreszcze przed wieczorem. Tętno drobne, miękkie, 110 do 120 uderzeń na minutę.

Prawe płuco na całej przestrzeni od przodu i od tyłu nacieczone, wszędzie oddech wyraźnie oskrzelowy. Pod lewym obojczykiem nieliczne rżenia metaliczne. Klatka piersiowa płaska, żebra wszystkie na wierzchu, odstępy międzyżebrowe wciągnięte. Skóra klatki piersiowej ziemista. Śledziona na VIII żebrze.

Język obłożony. W ostatnich czasach skłonność do rozwolnień. W przebiegu choroby zjawiło się uporczywe rozwolnienie.

W krtani obrzęk chrząstki nalewkowej lewej i lekki obrzęk tylnej ściany.

Gruczoły chłonne tylko na szyi nieco powiększone, twarde, wyzuwać je można oddzielnie.

Gardziel: Cała błona śluzowa gardzieli w stanie wysokiej bezkrwistości. Cierpienie tutaj umiejscowione na lewej stronie. Rozległe owrzodzenia między obydwojma lewymi łukami, dochodzące u góry do ich sklepienia, na dół poniżej podstawy języka prawe do nagłośni. Całe wgłębienie pomiędzy łukami zajęte, migdałek zniszczony. Przednia powierzchnia tylnego łuku owrzodzona, jako też i tylna przedniego, z kądem owrzodzenie przechodzi na krawędź przednią.

W dalszym przebiegu choroby owrzodzenia przeszły na przednią powierzchnię przedniego łuku z jednej strony, z drugiej ku górze do podstawy języczka. Poczem na języczku, który był u niej na końcu rozdwojonym, zjawiło się mnóstwo drobnych, nielicznych białych guziczków, wielkości maku, języczek zrobił się nieruchomym, twardym i na jego lewej połowie doszło do rozpadu i owrzodzeń. Dnia 13 Października dokonał D-r HERYNG wycięcia języczka. Owrzodzenia wyżej opisane, jako też i rana po odcięciu języczka, były pokryte wciąż nader obfitą białą-szarą wydzieliną, pomimo codziennego oczyszczania ich kwasem karbolowym. Wyniszczenie postępowało nader szybko, ból przy polykaniu trwał ciągle. W końcu Października chorej było już bardzo trudno przychodzić do szpitala i po raz ostatni była dnia 30 Października 1886 roku.

Badanie plwociny i wydzieliny z wrzodów wykazało liczne laseczniki gruźlicze.

Spostrzeżenie VIII. Tański Wojciech, urzędnik, z Płocka, lat 54. Pierwsze badanie chorego dokonane przez D-ra HERYNGA 7 Grudnia 1886 roku. Od 10 Grudnia zacząłem leczyć chorego wspólnie z D-rem HERYNGIEM.

Chory średniego wzrostu, bardzo szczupły, wychudzony, podkład tłuszczowy zanikły; skóra blado-ziemista, klatka piersiowa zapadnięta.

Na nieżyt żołądka i kiszek cierpi od lat 15; na przewlekły nieżyt oskrzeli, z nasileniami w zimie, od lat 12. Od lat 2 doznaje bólu w lewym boku.

Na gardło zachorował po raz pierwszy lat temu dwa: po silnym przeziębieniu dostał chrypki, która wkrótce przeszła. W Lipcu 1886 roku zapadł powtórnie na gardło; wówczas zjawił się ból przy polykaniu. W jesieni t. r. przeziębził się znów, dostał silnych dreszczów, gorączki, później potów nocnych, które trwały do końca 1886 roku.

Przed 10 laty córka chorego zmarła na suchoty. Cierpienie, jak mię objaśnił D-r C. KALINOWSKI z Płocka, zaczęło się jako gruźlicze cierpienie kości i sta-

wów. W chwili pierwszego badania chory uskarża się na zupełną niemożność połykania pokarmów, tak stałych, jak płynnych, które mu natychmiast nosem wypływają, dalej na kaszel, duszność, ogólne osłabienie, poty i na ogromną ilość plwociny.

Płuco. Stępienie odgłosu na całej prawie przestrzeni obu płuc. Oddech oskrzelowy w obu wierzchołkach od przodu i od tyłu i w dolnym płacie prawego płuca od tyłu. W dolnym płacie lewego płuca oddech tak osłabiony, że przy bardzo pilnem wysłuchiwanu zaledwie jest słyszalnym. Ruchość dolnej części klatki piersiowej nadwyzczaj ograniczona. Ruchomość dolnych brzegów płuc żadna.

Gardziel. Ukrwienie gardzieli prawidłowe. Na podniebieniu miękkim na prawo, ponad języczkiem [który jest zupełnie prawidłowy], znajdujemy około 10 małych, jak ziarnko soczewicy, rozrzuconych, białych guziczków. Między obydwoją prawymi łukami [migdała ani śladu] obszerne, powierzchowne, pokryte białawą wydzieliną owrzodzenie, za najlżejszem dotknięciem pędzelka łatwo krwawiące. Owrzodzenie to wypełnia całą przestrzeń pomiędzy łukami: przednia powierzchnia łuku tylnego i tylna przedniego, jest niem zajęta. Wolny brzeg łuku tylnego wyzarty, na wolnym zaś brzegu łuku przedniego kilka małych guziczków, szczególnież tuż ponad językiem. Na tylnej ścianie gardzieli po za łukiem prawym lekki, wolkowaty nasięk. Strona lewa gardzieli zmian nie przedstawia.

Krtani na pierwszy rzut oka cała pokryta białawą wydzieliną, tak, że dopiero po oczyszczeniu można ją dokładnie obejrzeć. Nagłośnia silnie nacieczona, czerwona. Zgrubienie po stronie lewej większe, niż po prawej, wiąz języko-nagłośniowy prawy owrzodzony, dalszy ciąg owrzodzenia gardzieli. Struny fałszywe zgrubiałe nieco, z silnie zmętnionym nabłonkiem, gdzieniegdzie powierzchowne nadżarcia. Struny prawdziwe białe, bez owrzodzeń, matowe i zwiotczałe. Chrząstki nalewkowe i cała część między-nalewkowa silnie nacieczona. Owrzodzenie *in rimula*.

Zupełna niemożność połykania. Głos czysty, lecz nader słaby. Łaknienie małe, trawienie leniwe. Chory sypia źle. Gorączkuje bardzo silnie, wieczorami od 39° C., do 40° C.. Duszność wciąż się wzmagą. Chory wysoce drażliwy, rozderwowany, przytem jednak wysoce energiczny, wytrwały i chętnie poddający się wszelkim rękocyznom leczniczym. Leczenie było tu stosowane nader energiczne i zdawało się początkowo, że da wynik względnie niezły, wszystko rozbiło się jednak o strasznie zły stan ogólny chorego.

W owrzodzenia gardzieli i krtani był wcierany kwas mleczny razy 4, 2 razy przez D-ra HERYNGA, 2 razy przezemnie. Póki strupy przylegały do owrzodzeń chory czuł się lepiej, później powracało to samo. Raz jeden całe owrzodzenie gardzieli byle przypalone kwasem chromnym, owrzodzenia zaś krtani wyskrobał D-r HERYNG ostrą łyżeczką. Po tych dopiero rękocyznach wygląd owrzodzeń zaczął się poprawiać, oczyściły się one i nawet owrzodzenie tylnego prawego łuku zaciągnęło się lekką blizną. Nacieki krtani mniejsze, owrzodzenia czystsze. W początkach Stycznia zacząłem owrzodzenia te traktować 2 razy dziennie *solutione concentrata jodoformii in aethero*, nie widząc jednak żadnego dodatniego wpływu wkrótce zaprzestałem. Dnia 15. I. 1887 r., nowy wykwit prosówkowych gruźleńców na przedniej powierzchni łuku podniebienia językowego. Dnia 20. I. 1887 r., duszność przybiera rozmiary tak znaczne, że zaleciłem wdechania tlenu, które pod tym względem przyniosły choremu znaczną ulgę, jak również poprawiły łaknienie i trawienie. Przez cały czas choroby utrudnienie połykania było znaczne, tak, że tylko w okresie dwutygodniowym od dnia 26. I. do 10. II. obchodził się chory bez kokainy i łykał nie-źle, a przynajmniej bez bólu.

Nacieczenie języczka powiększało się bardzo szybko, tak, że wkrótce zgrubiał w dwójnasób i stał się nieruchomym. Stan ogólny z każdym dniem gorszy, w ciągu ostatniego miesiąca podtrzymywałem chorego środkami pobudzającymi, z których na pierwszym miejscu stawiam tlen.

Zmarł 23 Lutego 1887 r., przy objawach zupełnego wyniszczenia i wyczerpania sił żywotnych ustroju. [C. d. n.].

IV. O WPŁYWIE POKARMU NA SKŁAD I POŻYWNOSĆ MLEKA KOBIECEGO.

Podał

D-r med. Stanisław Szczepan Zaleski

docent Instytutu Weterynaryjnego i asystent Instytutu Farmakologicznego przy Uniwersytecie w Dorpacie.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 44].

SIMON'owi udało się po raz pierwszy zauważyć i poprzeć odpowiednimi danymi w liczbach, że niedostateczny pokarm wpływa na zmniejszenie się ogólnej ilości części stałych w mleku kobiecym, a szczególniej tłuszczu. Do takiego samego wniosku prowadzą niektóre ze spostrzeżeń VERNONIS i BEQUEREL'a, a także DOYERE'a. Wszystkie te spostrzeżenia należą do wcześniejszej epoki, kiedy analizy mleka nie były jeszcze do tego stopnia udoskonalone jak obecnie. Również i CH. MARCHAND wypowiada w doświadczalnej swej o mleku kobiecym pracy zdanie, jakoby mięsny pokarm prowadził za sobą zwiększenie się zawartości białka w mleku kobiet, gdy tymczasem pokarm, z istot krochmalistych przeważnie złożony, pociąga za sobą zwiększenie się ilości tłuszczu i cukru; jednakże wszelki brak danych w liczbach mało wzbudza zaufania do wniosków autora.

Na nierównie większą uwagę zasługują badania DECAISNE'a, który czynił spostrzeżenia na 43 karmiących kobietach podczas oblężenia Paryża i mleko 3 z nich poddawał analizie przy nędznym i dostatecznym pożywieniu. Z badań tych wynika, że niedostateczne pożywienie prowadzi za sobą zmniejszenie się procentowej ilości tłuszczu, cukru, kazeiny i soli w mleku, przy jednoczesnym zwiększeniu się procentowych ilości albuminy. Przy polepszeniu pożywienia już po upływie 4—5 dób zauważyć można zupełnie odmienne stosunki. W ogóle wpływ niedostatecznego pokarmu na skład mleka kobiecego mniej więcej jest ten sam, co i u zwierząt. W pracy DECAISNE'a nie ma na nieszczęście szczegółowo podanych metod oznaczania składników mleka.

Prawie jednocześnie DECAISNE'em przystąpił do badań podobnego rodzaju i ŻUKOWSKIJ w Moskwie, postawiwszy sobie za zadanie zbadać wpływ pożywienia specjalnie na zawartość tłuszczu w mleku kobiecym. Dla dopięcia tego celu wykonał dwa szeregi oznaczeń tłuszczu w mleku 3 mamek—pierwszy w dzień ich przyjęcia do moskiewskiego domu podrzutków, gdy przybyły ze wsi, zmęczone drogą i wygłodzone, drugi po upływie równego czasu, w ciągu którego pozostawały w domu.

stawały w domu podrzutek, dobrze karmione i wśród wygód, Z cyfr, przytoczonych przez ŻUKOWSKIEGO, wpływa, że *maximum* tłuszczu w mleku mamek w dzień przyjęcia ich nie przewyższa *minimum*, wykrytego w ich mleku po pewnym czasie, przez który pozostawały na służbie. W innym szeregu doświadczeń miał ŻUKOWSKIJ możność przekonać się, że przy niedostatecznym pożywieniu, w pierwszym tygodniu wielkiego postu, średnia ilość tłuszczu w mleku 10 mamek obniżała się do 0,86%. Później, gdy mamki cokolwiek przywyknąć zdołały do postnego pożywienia, zawartość tłuszczu w ich mleku powiększała się i dochodziła średnio do 1,97% pod koniec 2-go tygodnia postu, a na początku piątego — do 3,4%.

Nie bez znaczenia są także i spostrzeżenia PFEIFER'a, który przy badaniu mleka pewnej karmiącej znalazł, że przy zamianie nędznego i złego pożywienia na obfite i odpowiednie, zwiększa się znacznie wydzielina kazeiny i tłuszczu, przy jednoczesnym, choć stosunkowo nieznacznym zmniejszeniu się wydzieliny cukru.

Najważniejszymi ze wszystkich w danej kwestyi są najnowsze sumienne badania KOLESIŃSKIEGO, który postawił sobie za cel sprawdzić na 5-ciu mamekach z petersburskiego domu podrzutek wpływ postnego i zwykłego pokarmu na skład mleka. Dzięki jego doświadczeniom, zdaje się nie ulegać już najmniejszej wątpliwości, że lepsze pożywienie czyni mleko kobiet więcej gęstym, wskutek powiększenia się ilości procentowych białka i tłuszczu. Oprócz tych kilku wskazówek co do wpływu pokarmu na skład mleka kobiecego, nie udało mi się znaleźć żadnych innych w całej dostępnej mi literaturze. Wspominają, co prawda, tu i owdzie, zwłaszcza w podręcznikach, niektórzy autorowie, że odżywianie się matki, *resp.* mamki, w ścisłym stoi związku z własnościami jej pokarmu, do jakiego jednak stopnia ma to miejsce, nie było jeszcze, o ile mi wiadomo, należycie wykazane, tak, że spostrzeżenia DECAISNE'a, ŻUKOWSKIEGO, PFEIFER'a i KOLESIŃSKIEGO za jedyne tylko uważać wypada. To też tem chętniej śpieszę podzielić się własnymi spostrzeżeniami w tym względzie. Odnoszą się one, co prawda, do jednego tylko przypadku, z uwagi jednak na ważność tej kwestyi, zarówno dla fizjologii, jak pedyjatrii i higieny, pośpieszam już teraz zakomunikować otrzymane wyniki, nie czekając na obfitszą kazuistykę.

Przy analizie jednej z prób kobiecego mleka udało mi się wykryć więcej niż 6% tłuszczu — ilość, która prawie dwa razy jest większą od zwykłej ilości tego składnika w rzezonem mleku. Mimowoli nasunęło mi się na myśl pytanie, jak też mleko, tak w tłuszcz obfite, znoszonym bywa przez dziecię. Dla rozstrzygnięcia go zwróciłem się do matki po odpowiednie wskazówki i dowiedziałem się, że dziecię liczy 4 miesiące, że przez matkę nigdy karmionem nie było, lecz tylko przez mamkę od chwili urodzenia, że odżywianie jego jest bardzo niedostateczne, że cierpi niekiedy na dość znaczne nawet biegunki, przyczem mleko okazuje się niezupełnie strawionem, że wreszcie przyrost ciała na wadze nie jest taki, jak być powinien. Obiektywne badanie, jakie — za zezwoleniem matki — sam przedsięwziąłem, potwierdziło w zupełności jej pierwotne wskazówki.

Co się tyczy mamki, to była to silna, zdrowa, dobrze odżywiana, 25-cio letnia Estonka, blondyna, która rodziła poraz pierwszy przed 8-ma miesiącami i nie miesiączkowała ani razu przez cały czas karmienia ¹⁾. Urodzoną była i wychowaną na wsi, gdzie pokarmem jej był prawie wyłącznie chleb razowy, kartofle i niewielkie ilości tłuszczu lub nabiału. W mieście jednak, dostawszy się do zamożnego domu, znalazła się nagle w zupełnie odmiennych warunkach. Z uwagi na polepszenie jej pokarmu i wzmożenie przez to słabego odżywiania dziecka, trzymano ją zdala od wszelkiej pracy, wszelkiego naprężania mięśni, w ścieśnionem powietrzu mieszkania, którego nigdy nie opuszczała i poddawano wszelkim próbom tuczenia. Zwykły pokarm jej stanowiły najlepsze gatunki mięsa po kilka razy dziennie, jajka, kawa z obfitą ilością śmietanki, masło i w ogóle azot w wielkich ilościach, lub tłuszcz zawierające potrawy. Potraw roślinnych unikano starannie. Wodę, której pić wzbroniono, zastąpiono piwem *ad libitum*, niekiedy dwie, a nawet i więcej butelek dziennie.

Za obowiązek swój poczytałem zwrócić uwagę matki na niestosowność podobnego odżywiania mamki i w ogóle podobnej dlań diety, czyniąc złe odżywianie się i rozwijanie dziecka zależnem od pokarmu zanadto prawdopodobnie zgęszczonego i przez to niedającego się trawić należyście. W celu przekonania się o słuszności tego przypuszczenia, poprosiłem o większą ilość mleka dla dokonania możliwie ścisłej analizy i zaproponowałem matce zmienić bezwarunkowo dotychczasową „metodę tuczenia“ mamki, dozwolić jej innego lekkiego zajęcia, obok zwykłych obowiązków, baczyć aby używała wiele ruchu na świeżem powietrzu, mięso podawać w zwykłych, niewielkich ilościach, a wszelkie wyszukane potrawy zastąpić zwykłymi, roślinnymi, nie wyłączając jarzyn i owoców, przede wszystkim jednak usunąć zupełnie z porządku dziennego piwo i zastąpić je wodą. Zgodzono się chętnie na powyższą propozycję, zwłaszcza że wszelkie środki lekarskie, obficie aż dotąd przez domowego lekarza używane, okazały się bezskuteczne i obiecano mi znów po dwóch tygodniach przysłać świeżą porcję mleka dla ponownej analizy. Obietnica ta zarówno jak i zobowiązanie co do zmiany trybu życia mamki spełnioną została co do joty.

Ponieważ skład mleka obu sutek u kobiety niezawsze ma być jednakowy, na co SOURDAT, a następnie MEUDES de LEON zwrócili uwagę, czemu jednak przecza BRUNNER, ponieważ nadto w miarę stopniowego opróżniania gruczołu wzrastać ma powoli procentowa ilość tłuszczu w mleku, co wielokrotnie stwierdzonem zostało, czuję się w obowiązku nadmienić, że w danym przypadku otrzymywano mleko przez umiarkowane wyciskanie zawsze z prawej sutki aż do zupełnego jej opróżnienia, w 2 godziny po ostatniem karmieniu dziecka i w 4 godziny po ostatniem przyjęciu pokarmu przez mamkę. Dla możliwie ścisłego

¹⁾ Według L'HÉRITIER, a po części także według VERNOS i BECQUEREL'a zachodzić mają, jak wiadomo, pewne różnice pomiędzy składem mleka blondynek i brunetek, choć przeczą temu TOUNATSCHOFF i inni autorowie. Utrzymywano także [VERNOIS i BECQUEREL, ROGER, DONNÉ, PFEIFFER i do pewnego stopnia RACIBORSKI], że z pojawieniem się miesiączki u karmiących mleko ich zmienia swój skład. Kwestya ta jednak nie jest bynajmniej rozstrzygniętą i wymaga bezwarunkowo dalszego sprawdzenia.

wykonania analiz i skontrolowania ich, postanowiłem w obu razach zastosować po dwie, zupełnie od siebie niezależne metody, a nadto ilość części stałych oznaczać osobno, a nie przez dodanie pojedynczych składników, jak to wielokrotnie, niestety, dla uproszczenia procedury przy analizach mleka ma miejsce.

Nie podzielając zdania PFEIFER'a, jakoby w ostatecznie już sformowanym mleku zawierać się miał tylko jeden jedyny rodzaj białka, mianowicie kazeina, a skłaniając się natomiast do zdania dawniejszych autorów, że i w mleku kobiecym zawiera się obok kazeiny albumina, jak to wykazali TOLMATSCHIEFF i HOPPE-SEYLER, postanowiłem, zamiast sumarycznego oznaczania wszystkich białek odrazu, np. według metody RITTHAUSEN'a, albo niewypróbowanej dotąd PALM'a, otrzymywać każde z nich oddzielnie, a mianowicie z jednej strony za pomocą strącania siarczanu magnezyi [metoda TOLMATSCHIEFF'a, wypróbowana następnie przez MAKRIŚ i STEN STENBERGA] [cf. analizy A. i B. I], z drugiej za pomocą strącania kwasem solnym, lub octowym [metoda STENBERG-PFEIFER'a] [cf. analizy A. i B. II]. Przekonałem się przytem, że strącanie kazeiny za pomocą siarczanu magnezyi, jakkolwiek bardzo kłopotliwe, mozolne i wymagające wszelkich ostrożności techniki chemicznej, prowadzi mimo to ostatecznie do celu i daje rezultaty dosyć blisko odpowiadające rezultatom, otrzymanym na innej drodze. Dla tego też w polemice pomiędzy BIEDERT'em i HOPPE-SEYLER'em, o ile rzecz się tyczy wzmiankowanej metody, zdaje mi się pierwszy nie mieć wcale racyi.

Co do osadzania kazeiny za pomocą kwasu, to nie mogę w tym względzie jak tylko potwierdzić dane PFEIFER'a; niepodobna mi jednak zgodzić się z tym badaczem, o ile sobie rości pretensyje do pierwszeństwa w zastosowaniu tej metody do ludzkiego mleka [E. PFEIFFER — *Die Analyse der Milch*, Wiesbaden 1887 p. 34]. Jeżeli nie pierwiej, jak artykuły PFEIFER'a w *Berl. klin. Woch.* 1882 N. 44 i nast., to przynajmniej w jednym i tym samym czasie pojawiła się praca szwedzkiego badacza STEN STENBERGA p. t. *Nagon bidrag till den quantitativs — kemiska mjölk — analysen*. Stockholm 1882, w której autor występuje ostro przeciwko rozpowszechnionemu zdaniu, jakoby kazeina mleka ludzkiego nie dała się strącać przez kwas octowy i udowadnia, że przez zastosowanie tego kwasu w 0,20% stężeniu do rozcieńczonego mleka ludzkiego, dosć łatwo udaje się strącić ją przy starannem i ostrożnem postępowaniu. Dla tego też i samą metodę strącania kazeiny za pomocą kwasu, kierując się jedynie ścisłą obiektywnością literacką, nazwałem powyżej nie metodą PFEIFER'a, lecz STENBERG-PFEIFER'a. Rezultaty, otrzymane za pomocą strącania kwasem, odpowiadają w danym przypadku mniej więcej rezultatom, otrzymanym za pomocą strącania siarczanem magnezyi.

Zgodnie z odnośnemi badaniami TOLMATSCHIEFF'a i HOPPE-SEYLER'a udało mi się także oznaczyć ilościowo i albuminę. Otrzymane w obu przypadkach liczby są względem siebie dosć bliskie.

Dla możliwie dokładnego oznaczenia tłuszczu, o co mi szczególnie chodziło, użyłem także dwóch metod w celu wzajemnej kontroli, mianowicie metody HOPPE-SEYLER'a [cf. analizy A. i B. I] i metody ADAMS'a [cf. analizy A. i B. II], którą to ostatnią — wręcz przeciwnie twierdzeniom PFEIFER'a — uważam za zupełnie odpowiednią i właściwą i do której wprowadziłem pewnego rodzaju mo-

dyfikację, zamiast bowiem używać zwojów spiralnych do wsysania mleka ze zwykłego papieru do filtrowania, zastosowałem podobne zwoje z papieru wolnego od popiołu i używanego przez SCHLEICHER'a i SCHUELL'a do wyrabiania t. zw. wolnych od popiołu krążków do filtrowania. Według obu sposobów postępowania otrzymałem prawie zupełnie zgodne ze sobą rezultaty.

Ilości cukru oznaczałem przez miareczkowanie, ilości suchej istoty—przez suszenie niewielkich porcyj mleka, bądź na wspomnianych zwojach spiralnych [cf. analizy A. i B. II.], bądź też wprost w platynowym czółenku, pomiędzy dwoma odszlifowanymi i ściśle do siebie przylegającymi szkiełkami wklęsłymi [cf. analizy A. i B. I.]. Oznaczanie żelaza w popiele, który otrzymałem przez spielanie większych ilości mleka [około 60 l. cm.], odbywało się według metod już poprzednio przeze mnie podanych.

SCHMIDT-MUEHLEUHEIM wypowiedział twierdzenie, jakoby mleko krowie zawierało w sobie peptony. Naprózno ich szukałem w danym przypadku, a nie mogąc żadną miarą wykryć, skłaniałem się na stronę A. DOGIEL'a, który jest zdania, że zarówno mleko kobyce, jak i krowie jest zupełnie wolnym od peptonów. [C. d. n.]

Posiedzenie kliniczne Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbędzie się we Wtorek dnia 8 Listopada 1887 o godz. pół do 6 wieczorem.

- 1) MATLAKOWSKI O raku kiszki prostej.
- 2) PAWIŃSKI. Przypadek choroby ADDISON'a.
- 3) JASIŃSKI. Sprawozdanie z pracy D-ra GARBOWSKIEGO.
- 4) JAWDYŃSKI. Zdanie sprawy z wydawnictwa Pamiętnika Towarzystwa, za r. b.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich.

Wiadomości lekarskie Nr. 3. SMOLEŃSKI. Zadania hydroterapii w chorobach serca.

Przegląd Lekarski Nr. 44 DROBNIK. Topograficzno-anatomiczne spostrzeżenia w zakresie nerwu współczulnego szyi. — TRZEBICKY. Przyczynek do laparotomii w gruźliczem zapaleniu otrzewnej. — KOPF. Przyczynek do sprawy własności chłonnej skóry. — BLUMENSTOK. Pobicie w szkole. Śmierć z zapalenia opon mózgowych.

Medycyna Nr. 44. DRZEWIECKI. Przyczynek do właściwego leczenia pierwotnych ostrych zapaleń opłucnej za pomocą salicylanu sody lub salolu. — S. RYBICKI. Krytyczny przegląd ostatnich pojęć o istocie i leceniu drgawek porodowych.

Kronika lekarska. Październik. PERKOWSKI. Niemoc pociowa i jej leczenie.

NADEŚLANO DO REDAKCYI:

STRASBURGER EDWARD Prof. Krótki przewodnik do zajęć praktycznych z botaniki mikroskopowej.

PANDER. Beiträge zur Chromwirkung. Dorpat. 1887.

ATLASS. Ueber Senegin. Dorpat. 1887.

WILLENZ. Farmakologo-eksperymentalnyja izsledowanja salołow, naftoła i β — oksinaftowoj kisłoty. Petersburg. 1887.²

SZUMLANSKI. Medicinsko-statisticeskij otczet po Warszawskiej zapasnoj bolnicy za 1887 god. Warszawa. 1887.

W W A R S Z A W I E W Y R O B U W Ó D

N A J W I E K S Z Y P A R O W Y Z A K Ł A D

M I N E R A L N Y C H N A B U T E L K I I S Y F O N Y

A P T E K A

MAGISTRA FARMACY

W I N C E N T E G O K A R P I Ń S K I E G O



W W A R S Z A W I E,



ulica Elektoralna N. 39.

Poleca następujące **wina lecznicze**, wyrabiane na maladze wyborowej:**Wino Rabarbarowe** czyste pół butelki 2 rsr.**Wino Rabarbarowe** z korą chinu królewskiej, pół butelki 2 rs. 25 kop.**Wino Chinowe** czyste, pół butelki 1 rs. 20 kop.**Wino Chinowe z żelazem**, pół butelki 1 rs. 50 kop.**Wino z Chiną i z Kakao** (vin de Bugeaud) pół butelki 1 rs. 50 kop.

N a d t o:

Proszek Rabarbarowy chiński, w pudełkach z odpowiednią łyżeczką, pudełko po 60 kop.—100 kop. i po 120 kop.**Wino Pepsynowe**, na winie francuzkiem, białem (z pepsyną wypróbowanej dobroci), jedna część pepsyny na 50 części wina.—Pół butelki 2 rs.**Tamar-Indien**, cukierki rozwalniające, mego wyrobu z kwaśnymi daktylami. Jeden cukierek użyty na noc, a najwyżej dwa, sprawiają rano obfite wypróżnienie; pudełko (12 sztuk cukierków) 75 kop.**Tran lekarski** oczyszczony, cena względna do cen handlowych**Tran lekarski** zwyczajny,**Tran z żelazem**, z jodkiem żelaza, z benzwinianem żelaza, butelka po 1 rs.**Oleum ricini koussinatum comp.** Srodek wypróbowanej dobroci przeciwko soliterowi, zawiera w składzie swoim pierwiastki: paproci, kouso i korzenia granatu, cena dozy rs. 2.

Uważam za pożyteczne nadmienić, że wyborne działanie Win Rabarbarowych mego wyrobu, przy zatkaniu trzew brzusznych, w cierpieniach hemoroidalnych, w chorobach serca, kongestjach do głowy u osób nerwowych, osłabionych, blednicą i niedokrwistością dotkniętych, jako też u dzieci do rozwolnienia skłonnych, a na chorobę angielską rachityczną cierpiących, wielokrotnie stwierdzone zostało.

W. Karpiński.

10—2

U L I C A M I R O W S K A N 3.

P O T R Z E B N Y J E S T L E K A R Z

do miasta Łabunina, pow. Zasławskiego na Wołyniu.

Szczegółów udzieli D-r Malinowski w Warszawie, Marszałkowska 120.

4—3

D-r T E O D O R H E R Y N G

wyjechał na całą zimę do San-Remo.

0—2