

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego** kop. 15. **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny“ — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ, PRACE ORYGINALNE. Dalsze doświadczenia nad leczeniem operacyjnem przerostu gruczołu krokowego własnym sposobem. Podał L. Rydygier. — Przypadek limfosarkomatu śródpiersia przechodzącego do kanału kręgowego. Podali d-rzy L. Bregman i J. Steinhaus. (Ciąg dalszy). — Z Kaziistyki położniczej. Podał M. Lebensbaum. — **STRESZCZENIA i WYCIĄGI.** 43. O stosunku gruźlicy płuc do zapalenia wsierdzia i wpływie wad zastawek na przebieg gruźlicy. 44. O uszkodzeniach nerwu przeponowego 45. O samoistnem rozszerzeniu przełyku. 46. O jedności różnych odmian paciorkowców spotykanych u człowieka. — **STRESZCZENIA ZBIOROWE.** Streszczenie zbiorowe z piśmiennictwa o wczesnem rozpoznawaniu ciąży zamacicznej.—**DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.—** OGŁOSZENIA.

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) Prof. d-r L. Rydygier — Des expériences nouvelles sur le traitement opératoire de l'hypertrophie de la prostate par le procédé de l'auteur. 2) D-r L. Bregman et J. Steinhaus — Un cas de lymphosarcome du médiastin envahissant le canal rachidien.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) Prof. d-r L. Rydygier — Weitere Erfahrungen über die operative Behandlung der Prostatahypertrophie nach eigener Methode. 2) D-r L. Bregman und J. Steinhaus — Ein Fall von Lymphosarcom des Mittelfells auf den Wirbelkanal uebergreifend.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

DALSZE DOŚWIADCZENIA NAD LECZENIEM OPERACYJNEM PRZEROSTU GRUCZOŁU KROKOWEGO własnym sposobem.

Podał

L. RYDYGIER.

Według wykładu wygłoszonego na XI Zjeździe chirurgów polskich.

Nie spotykamy się dotychczas w literaturze naszej z pracami z dziedziny chirurgii dróg moczopłciowych tak często, jak z innych działów, chociaż nam nie brak pracowników i na tem polu, a nawet mamy dzielnego przedstawiciela specjalnie tej gałęzi chirurgii w kol. Morzu, wychowawcu szkoły Guoyńowskiej, który, niestety, dotychczas zadawał się ogłaszaniem cennych swych prac w języku francuskim, ale w przyszłości nie zapomni z pewnością i o swej literaturze ojczystej i ją wspierać zechce tak, jak zawsze go-

rażo wspiera naukowe w tym kierunku doksztalcenie wszystkich rodaków, przybywających do Paryża, nie szcędząc ani czasu, ani mitręgi, czego i sam doznałem, a za co przy nadarzającej się sposobności i na tem miejscu chciałbym mu podziękować.

Już przed rokiem na Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich przedstawiłem po krótko sposób śródtorebkowego wyluszczenia gruczołu krokowego, jaki wypróbowałem na trupach: Cięciem w linii środkowej lub poprzecznem na międzykroczu odsłania się gruczoł krokowy, nacina jego torebkę i narzędziami odpowiedniami (ostrą łyżeczką lub kleszczykami podobnemi do służących ku usunięciu migdałka trzeciego) wydalamy drogą na w pół tępą albo cały gruczoł, albo odpowiednią jego część stosownie do wskazania. Takie postępowanie śródtorebkowe (intrakapsularne) jest naturalnie bez porównania mniej niebezpieczne, niż wyluszczenie całego gruczołu razem z torebką, które tylko przy złośliwych nowotworach powinno znaleźć zastosowanie. Później amerykańscy i inni chirurdzy zalecali także ten sposób, a w ostatnim czasie zajął się nim bardzo gorliwie ALBARRAN, rozporządzając materiałem kliniki GUYON'a właśnie w tym względzie bardzo bogatym.

Sam wróczę później jeszcze raz do tego przedmiotu obszerniej, dziś chciałbym tylko podnieść, że wskazanie do tej operacyi stanowią nie tylko przerost gruczołu krokowego i jego nowotwory łagodne, ale niemniej przewlekłe zapalenie tego gruczołu — tak uporczywe i trudno ustępujące innemu leczeniu. Podstawą cierpienia może być nawet gruźlica, a jednak śródtorebkowe wyluszczenie gruczołu odda nam dobre usługi. Na dowód tego podaję poniżej dokładniejszy opis dwóch przypadków gruźlicy gruczołu krokowego, jakie niedawno temu w klinice swej operowałem.

A. S lat 20. Pobył w klinice od 6. V. do 9. VII. 1901 r. Dziedzicznie obciążony gruźlicą. W styczniu 1899 r. nabawił się rzeżączki. Leczył się przez trzy miesiące — nastąpiła pewna poprawa w cierpieniu cewki, lecz za to pojawiło się parcie na mocz i częste oddawanie moczu (co $\frac{1}{4}$ godziny). Bólów innych przy tem nie miał. Parcie na mocz utrzymywało się głównie przez dzień — w nocy miewał znaczną ulgę. Stopniowo objawy chorobowe się wzmacniały: pojawił się ból nad spojeniem łonowem i potrzeba oddawania moczu co 5 minut. Od stycznia 1901 r. ból rozpromienia się na międzykrocze i kiszkię stolcową. Szczególnie przykrym stał się ten ból pod koniec marca 1901 r. W tym też czasie po raz pierwszy zauważył mocz gęsty, ropiasty, a po paru dniach wystąpiło zapalenie jąder. Z tego powodu leczył się znów przez kilka tygodni, zapalenie jąder ustąpiło, ale przypadłości ze strony pęcherza utrzymują się dalej; obecnie oddaje mocz przeciętnie 20 razy na dzień, a 4 razy w nocy.

Stan obecny. Wzrost średni, budowa i odżywianie wcale dobre. Na skórze klatki piersiowej *pityriasis versicolor*. W płucach i w sercu zmian nie ma. Badanie brzucha nie wykazuje żadnych nieprawidłowości. Ujście cewki moczowej znajduje się na dolnej powierzchni żołądki, szerokie, a na prawym jego brzegu wyrasta maleńki ukleję. Badaniem przez odbytnicę stwierdza się, że cały gruczoł krokowy jest powiększony, szczególnie zaś płat prawy. Powierzchnia tego płatu jest nierówna, konsystencya jego niejednostajna, i są miejsca więcej i mniej twarde. Chelbotania wykazać nie można. Powierzchnia płatu lewego jest gładka, a konsystencya jego niejednostajna, mniej zbita, niż prawego. Bolesność jednostajna na całym gruczole kroko-

wym. Błona śluzowa odbytnicy bez zmian. Zwężenia w cewce moczowej nie ma. Jądra oba prawidłowe.

Mocz: woni zwykła, przejrzystość prawidłowa, oddziaływanie słabo kwaśne, ciężar właściwy 1,018, białka nie zawiera, indykan prawidłowy, chlorki nieco lżejsze, fosforany prawidłowe. Osad: liczne ciała wypocinowe, większe ilości przybłonków płaskich; obfite nitki śluzu i moczan sodu.

Badanie moczu, powtórzone w parę dni później, wykazało te same stosunki, z tym tylko wyjątkiem, że znaleziono białko w ilości 0,0165%. Badanie cystoskopem wykazuje błonę śluzową silnie rozpulchnioną i przekrwioną.

Po tem badaniu chory oddaje przez parę dni mocz krwawo zabarwiony.

Leczenie: Przemyswanie pęcherza codziennie kwasem bornym i protargolem, wewnątrznie salol, w czopkach do *rectum opium* i *extractum belladonnae*. Mimo pilnego stosowania tych środków, a później jeszcze przemyswania kwasem garbnikowym, stan chorego pogarszał się. Od czasu do czasu pojawia się podniesienie ciepłoty. Mocz z dnia 1. VI. był woni zgnięj, oddziaływał silnie zasadowo, c. g. 1,017 zawierał białka 0,066%; indykan zwiększony, chlorki i fosforany zmniejszone. W osadzie liczne ciała wypocinowe, nieliczne ciała czerwone, liczne komórki przybłonka płaskiego i dużo fosforanu magnowo amonowego. Dnia 8 VI. badanie przez odbytnicę wykazało, że prostata powiększyła się do wielkości jaja gęsiego, a różnica w konsystencji różnych miejsc jeszcze stała się wybitniejszą: obok ognisk włóknistotwardych — ogniska zupełnie miękkie. 12. VI. w kale stwierdzono ropę na powierzchni skybalów. Prostata wielkości pięści. Płat lewy miękki.

15. VI. ze stolcem krew. Badanie *per rectum* wykazuje, że gruczoł krokowy zmniejszył się; zwłaszcza płat lewy — teraz jednak na jego powierzchni znajduje się owrzodzenie, przez które z prostnicy można wejść do gruczołu krokowego. Mocz: woni zgnięj, alkaliczny, brudno-mętny. Białka 0,023%. Indykan silnie zwiększony, w osadzie liczne ciała wypocinowe i kryształki fosforanu magnowo-amonowego i wapniowego, pojedyncze przybłonki płaskie, masa bakteryi. Płatków KRELL'a nie znaleziono.

Dnia 1. VII. operacja w narkozie chloroformowej. Cięcie wzdłuż szwu międzykroczonego. Na tępo odsłonięto gruczoł krokowy, a do pęcherza wprowadzono cewnik metalowy. Po przecięciu torebki wyłyczekowano cały gruczoł krokowy. W nim liczne ogniska ropne i serowate. Jamę wytamponowano gazą jodoformową.

Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy. Chory mocz oddaje jednakoż często i z parciem.

4. VII., 6. VII. i 9. VII zmieniono opatrunek — rana czysta. Z powodu zamknięcia kliniki chorego przeniesiono do szpitala.

J. S., lat 50. Pobyt w klinice od 17. VI. do 9. VII. 1901 roku. Wyraźnego obciążenia dziedzicznego co do gruźlicy nie ma. W 22. r. z. przebył zapalenie płuc po prawej stronie. Obecne cierpienie rozpoczęło się przed paroma laty bólami w dolnej części brzucha i zaparciem stolca. Wówczas już zauważyć miał w stolcu białe strzępy (niby flegmę). Od roku ból w kieszce stolcowej. Przed 6 tygodniami chory sam się badał *per rectum* i stwierdził, że „kiszkę zatyka jakiś guz“. Od tego czasu skybala miały kształt wstążki. Przed dwoma tygodniami obrzękło prawe jądro — bólów obrzęk ten nie sprawiał — lecz towarzyszyły mu gorączka i wielkie osłabienie. Mocz zawsze oddaje prawidłowo i do niedawna czysty. Przed tygodniem po raz

pierwszy zauważył, że mocz, odchodzący pod koniec, jest biały, mętny i jakby gęsty.

Stan obecny: *Habitus phthisicus*. W szczytach płuc stłumienie i skąpe rżenia. Serce bez zmian. Narządy jamy brzusznej prawidłowe. Przez odbytnicę wyczuwa się gruczoł krokowy wielkości pięści, twardy, o powierzchni nierównej. Przy ucisku na prostatę wylewa się z cewki moczowej gęsta, biała ropa. Pod mikroskopem prątków Koch'a w niej nie znaleziono, lecz liczne streptokoki. Prawa połowa moszny wielkości jaja gęsiego, skóra zaczerwieniona. Powiększenie zależy od guza jajowatego, elastycznego, chęlboczącego, gładkiego. Guz prześwieca, jądra oddzielnie wyczuć nie można. Ciepłota ciała normalna. Mocz nieco mętny, oddziaływa słabo kwaśno, białka nie zawiera. W osadzie: Liczne ciała ropne, pojedyncze erythrocyty, pojedyncze komórki przybłonka płaskiego i nitki śluzu.

28. VI. operacja w narkozie chloroformowej. Cięcie wzdłuż *raphae perinei*. Na tępo odsłonięto prostatę, a po nacięciu jej torebki wyskrobano tkankę gruczołową po części zserowaciałą, a w części zropiałą. Przez czas operacji w cewce cewnik metalowy. Wodniaka moszny zoperowano sposobem WINKELMANN'a. W najdźrzu ogniska serowate, które ostrą łyżeczką wyskrobano. Ranę na międzykroczu wytamponowano. Po operacji chory czuje się dobrze, wszelkie przypadłości chorobowe ustąpiły; przebieg pooperacyjny bezgorączkowy. Opatrunek co 3-ci dzień. Z raną ziarninującą przeniesiony do szpitala.

PRZYPADEK LIMFOSARKOMATU ŚRÓDPIERSIA przechodzącego do kanału kręgowego.

Podali

D-r L. BREGMAN

Ordynator szpitala Starozakonných

i

D-r J. STEINHAUS

Zarządzający pracownią anatomo-patologiczną w szpit. Starozakonných w Warszawie.

(Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego w d. 25 marca 1902 r.).

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 26).

Gruźlica była zupełnie nieprawdopodobna: gruczoły limfatyczne śródpiersia, jeśli nawet są w niej powiększone, nie dają nigdy, zwłaszcza u osób dorosłych, nowotworów tak wielkich, w płucach prócz tego zmian rozpadowych nie było, w płwocinie brak było laseczników.

Za nowotworem złośliwym przemawiał szybki przebieg choroby, ogromne rozmiary ogniska i tak znaczne objawy uciskowe, wreszcie względnie największa częstość ich wśród cierpień śródpiersia (prócz tętniaków). Gorączka nie wyłączała nowotworu, ponieważ, jak teraz wiadomo, towarzyszy

ona dość często złośliwym sprawom nowotworowym [według HOFFMANN'a¹⁰⁾ ma ona nawet znaczenie różniczkowo-rozpoznawcze], a w pewnej mierze zależna być mogła i od komplikacji — zapalenia rdzenia, *cystitis*. Godnem jest uwagi, że największe podniesienie ciepłoty miało miejsce równocześnie z porażeniem kończyn dolnych, a potem w okresie poprawy ciepłota spadła do granic normalnych, a znowu się podniosła, gdy nastąpiło pogorszenie i zupełna paraplegia.

Niemniej trudne było określenie punktu wyjścia sprawy: czy w przewodzie kręgowym, czy też w śródpiersiu. Pierwsze objawy, które spostrzegaliśmy, wskazywały na ucisk korzeni i rdzenia, t. j. na cierpienie wewnątrz przewodu kręgowego, później dopiero zjawily się objawy śródpiersiowe. Nie znaczy to jednakowoż, aby sprawa koniecznie w tym samym porządku postępować musiała. Wszak wiadomo, że nowotwory śródpiersia dochodzą często do bardzo wielkich rozmiarów, nie dając żadnych objawów albo objawy tak niewyraźne i nieokreślone, przeważnie podmiotowe: ogólne osłabienie, bóle głowy, ból w piersi, lekkie zaburzenia oddechowe, że rozpoznanie ich jest zgoła niemożliwe. Znane są przypadki, w których śmierć następowała nagle u osób pozornie zdrowych: przy obdukcji znajdowano nowotwór śródpiersia często złośliwy, skrycie przebiegający. Prawdopodobnym jest, że i u naszej chorej bóle w piersi, nieokreślonego charakteru, które w samym początku przyłączyły się do napadów bólu w łopatce i ramieniu, już powstały swe zawdzięczały sprawie w śródpiersiu. Prócz tego, mając do czynienia z nowotworem śródpiersia, musieliśmy się zastanowić nad tem, czy jeden z najwcześniejszych objawów — zwężenie źrenicy i szpary ocznej — został słusznie przez nas w kanale kręgowym umiejscowiony. Przy nowotworach śródpiersia objawy okoźreniczne, powodowane uciskiem nerwu sympatycznego, spostrzega się dość często. Wielkie znaczenie dyagnostyczne ich podkreśla też D-r A. SOKOŁOWSKI¹¹⁾. Najczęściej znajduje się po stronie nowotworu źrenicę (i szparę oczną) rozszerzoną skutkiem podrażnienia nerwu sympatycznego. Kilkakrotnie można było wywołać rozszerzenie źrenicy przez uciskanie nowotworu. W przypadku DRENKHAHN'a¹²⁾ źrenice rozszerzały się w końcu inspiracji, pozostawały rozszerzone na początku ekspiracji, a następnie znowu się zwężały. Przy większym ucisku nerwu lub zniszczeniu go następuje, jak w naszym przypadku, zwężenie jednoimiennej źrenicy i szpary ocznej. Niekiedy, choć rzadko, objawy okoźreniczne występują nawet jako początkowe (Initialsymptome) — dowodzą tego spostrzeżenia ROSSBACH'a¹³⁾, BARETY'go¹⁴⁾. Czy u naszej chorej to samo nie miało miejsca?

Zdaje mi się, że nie, a to dla następujących powodów. Zwężeniu źrenicy i szpary ocznej towarzyszyły objawy w dziedzinie czucia, które topograficznie odpowiadały korzeniom, prowadzącym włókna okoźreniczne. Później przyłączył się zanik mięśni międzykostnych, kłęba, kłębika, które unerwione zostają z tych samych korzeni. To wszystko jeszcze możnaby wytłumaczyć

¹⁰⁾ F. A. HOFFMANN. Erkrankungen des Mediastinums in Nothnagel Spezielle Pathologie und Therapie Tom XIII. część III, rozdział II.

¹¹⁾ A. SOKOŁOWSKI. Gazeta Lekarska. 1893.

¹²⁾ DRENKHAHN ref. w Hirsch-Virehow Jahrb. 1895. Tom II.

¹³⁾ ROSSBACH. Mechanische Vagus und Sympathicusreizungen bei Mediastinaltumoren. Inaug. Dissert. 1869.

¹⁴⁾ BARETY cyt. w artykule Schwalbe'go w Encyklopädische Jahrbücher der gesammten Heilkunde A. Eulenburger. VII. str. 296.

jakkolwiek uciskiem tych samych nerwów po wyjściu z kanału kręgowego lub splotu ramienio-szyjowego. Większe znaczenie natomiast miały w tym względzie objawy kompresji rdzenia, znieczulenie całkowite sięgało do 3-go żebra, a zatem zniesienie zupełne przewodnictwa rdzeniowego nastąpić musiało o 1—2 odcinków wyżej (według znanego prawa SHERRINGTON'a), na wysokości 1-go odcinka grzbietowego, ewentualnie 8-go szyjowego, t. j. tych samych, których korzenie z początku dotknięte zostały. Górna granica cierpienia, wobec zupełnego porażenia i zaniku mięśni unerwionych od 8-go korzenia szyjowego, sięgać musiała jeszcze wyżej, t. j. przynajmniej do 7-go szyjowego. Oznaczenie granicy dolnej nowotworu jest, jak wiadomo, prawie niemożliwe. W tym przypadku moglibyśmy tylko na podstawie zjawiającej się napadowo hyperemii twarzy wnioskować o podrażnieniu 3—6 korzeni grzbietowych, które prowadzą odnośne włókna do nerwu sympatycznego. Na podstawie tych wszystkich rozumowań rozpoznaliśmy: Nowotwór śródpiersia i kanału kręgowego na wysokości ostatnich odcinków szyjowych i górnych grzbietowych z uciskiem rdzenia

Badanie pośmiertne, o którym doniesie kol. STEINHAUS, potwierdziło we wszystkich szczegółach powyższe rozpoznanie i rozstrzygnęło wątpliwość naszą co do natury nowotworu, który się okazał limfosarkomatem. Ogromne rozmiary nowotworu, w którym wszystkie narządy śródpiersia są jakby zatopione, tłomczą w zupełności objawy klinicznie spostrzegane. Dziwić się raczej należy, że objawy uciskowe, zwłaszcza ze strony żył (*ven. cava sup.*), nie były jeszcze większe.

Ponieważ w kanale kręgowym limfosarkomat powstać nie może, zatem punktem wyjścia sprawy musiało być śródpiersie. Ta okoliczność, że przejście do kanału kręgowego nastąpiło w okresie tak wczesnym, zdaje się świadczyć za tem, że sprawa rozwijała się początkowo w tylnej części śródpiersia, a potem dopiero posunęła się ku przodowi. Co się tycze dróg, któremi przeszła do kanału, to prawdopodobnie nastąpiło to z początku przez dziury międzykręgowe, później nadżarcie wyrostków i ciał kręgowych również się przyczyniło. Sam fakt przejścia nowotworu śródpiersia do kanału kręgowego należy do nadzwyczaj rzadkich, w literaturze znalazłem jeden tylko przypadek BENNETT'a¹⁵⁾, (w oryginale mi niedostępny), w którym rak gruczołów oskrzelowych przeszedł do kanału kręgowego i spowodował objawy rdzeniowe.

W przypadku PFEIFFER'a¹⁶⁾ nowotwór wrastał w dziury międzykręgowe i uciskał 1-szy korzeń grzbietowy lewy oraz otaczał 2-gi grzbietowy przy wyjściu z kanału kręgowego. Objawy były takie same, jak u naszej chorej: zwężenie źrenicy i szpary ocznej, brak zaburzeń naczynioruchowych, hypaesthesia wzdłuż brzegu łokciowego kończyny oraz porażenie małych mięśni dłoni. Objawów ucisku rdzeniowego nie było. W przypadku KRÖNLEIN'a nowotwór śródpiersia spowodował ogromne skrzywienie kręgosłupa między 1—5 kręgiem grzbietowym, wypukłe ku stronie lewej. We wklęsłości tej skoliozy znajdował się nowotwór. Objawów rdzeniowych nie było.

W kanale kręgowym nowotwór siedzi na zewnętrznej powierzchni opony twardej i uciska rdzeń na tej wysokości, którą klinicznie określiliśmy,

¹⁵⁾ BENNETT, Transact. of Path. Soc. T. XIX. str. 65. r. 1868.

¹⁶⁾ PFEIFFER, Deutsche Zeitschrift, f. Nervenheilkunde. T. I.

Przypadek ten służy zatem za doskonałą ilustrację możności dokładnego umiejscowienia sprawy przy nowotworach rdzeniowych. Gdyby w tym razie objawy ograniczyły się do układu nerwowego, i leczenie swoiste okazało się, jak to miało miejsce, bezskutecznem, moglibyśmy na podstawie danych klinicznych zalecić usunięcie operacyjne nowotworu. Wprawdzie orzeczenie pewne, czy ognisko cierpienia położone jest wewnątrz lub zewnątrz rdzenia, nie było w przypadku tym, również jak w większości przypadków, możliwe. Atoli, jak słusznie zaznacza prof. SCHULTZE¹⁷⁾ z Bonn, w razie nowotworu wewnątrzrdzeniowego rokowanie jest w każdym razie zupełnie niepomysłne. Nowotwory zewnątrzrdzeniowe zaś są o wiele częstsze, a zabieg operacyjny daje możliwość ocalenia chorego, który w przeciwnym razie skazany jest na niechybną śmierć.

Pod względem symptomatologicznym chciałbym zwrócić uwagę Szanownych Panów jeszcze na zachowanie się odruchów ścięgniętych w kończynach dolnych. 2 razy w przebiegu choroby nastąpił wskutek wzmożonego ucisku rdzenia bezwład zupełny kończyn dolnych. Oba razy bezwład powstał szybko, w ciągu 48 godzin. Pierwszym razem odruchy były z początku wzmożone, i nawet po stronie prawej — mniej uciskanej — otrzymywało się *clonus pedis*, ale z chwilą rozwinięcia się całkowitej paraplegii znikły i odruchy. Oczywiście, zgodnie z najnowszemi badaniami w tym przedmiocie, zniesienie zupełnego przewodnictwa rdzeniowego było tego przyczyną. Bezwład zupełny trwał wszystkiego dwa dni, nazajutrz zaczęła się poprawa, i równocześnie odruchy nie tylko powróciły, ale odrazu niemal były wzmożone i znowu większe po stronie prawej, mniej uciskanej.

Przy ponownem pogorszeniu sprawy i rozwinięciu się zupełnej paraplegii odruchy były również z początku wzmożone, na prawej stronie silniejsze. Po paru dniach kolanowe znikły i zaczęły dopiero powracać w ostatnich dniach życia. Natomiast odruchy ze ścięgna ACHILLES'a pozostały przez cały czas wzmożone, i z obu stron otrzymywałem *clonus* stopy. Podkreślam ten fakt bardzo ciekawy, choć nie mogę na razie dać dostatecznego objaśnienia. Zaznaczę tylko, że zachodzi tu pewna analogia między odruchami ścięgniętymi i skórnymi: odruchy brzuszne, których ośrodek leży w dolnych odcinkach grzbietowych były zniesione, podeszwowe z ośrodkiem w górnych krzyżowych — zachowane. Tak samo ośrodek odruchu kolanowego położony jest znacznie wyżej, niż ośrodek odruchu ścięgna Achillesowego. Byłoby możliwem, że większa odległość ośrodka odruchowego od ogniska rdzeniowego wpływa w jakiś nieznanym nam sposób na samodzielność *resp.* utrzymanie danego odruchu.

Charakterystyczne było ustanie bólów wraz z rozwinięciem się zupełnej paraplegii, a ponowienie się ich w miarę poprawy porażenia. Kompresja rdzenia nastąpiła w tym samym odcinku, który odpowiadał zajętem poprzecznie korzeniom, zmiany patologiczne dotknęły też, jak to zawsze w tych razach ma miejsce, odcinków sąsiednich, i zniesienie przewodnictwa było tak zupełne, że zamknęło drogę pobudzeniom czuciowym, powstającym w korzeniach. Z powrotem przewodnictwa pobudzenia te miały znowu drogę otwartą do mózgu.

¹⁷⁾ FR. SCHULTZE. Ueber Diagnose und erfolgreiche Behandlung von Geschwuelsten der Rueckenmarkshäute. Deutsche Zeitschrift fuer Nervenheilkunde. Tom XVI. 1900.

Z KAZUISTYKI POŁOŻNICZEJ.

Podał

Maksymilian Lebensbaum.

Dwa przypadki, o których krótką wzmiankę tu podaję, nie należą, co prawda, do niezwykłych, nie mniej jednak zasługują, aby im kilka słów poświęcić. W pierwszym przypadku główną uwagę naszą zwraca noworodek, w drugim zaś obraz poporodowej „gastroplegii“.

Przypadek pierwszy. Dnia 3 sierpnia roku zeszłego zostałem wezwany do bawiącej czasowo na letniem mieszkaniu w Wawrze p-i K., żony przemysłowca, znajdującej się w początkach 8-go miesiąca ciąży. Po przybyciu na miejsce dowiedziałem się, że chora zrana dostała napadu drgawek, który w parę godzin później jeszcze raz się powtórzył. Z wywiadów godne uwagi były dane następujące. Pani K., lat około 30-tu, w dzieciństwie nigdy poważnie nie chorowała, miesiączka od 12-go roku życia powtarzała się stale co 4 tygodnie i trwała 5 — 6 dni. Wyszła zamąż przed 4 i pół rokiem. W parę miesięcy po ślubie poroniła w 2-gim miesiącu ciąży, w 9 miesięcy później urodziła 7-miesięczny płód zmacerowany, od dwóch tygodni obumarły. Przed porodem tym miała drgawki, a dokonane wówczas badanie moczu wykazało obecność dużej ilości białka. Przebieg poporodowy był prawidłowy. Po 15 miesiącach pani K. znów zaszła i poroniła w trzecim miesiącu — mocz znowu zawierał białko. Ostatnia miesiączka miała miejsce w drugiej połowie grudnia. Podczas ciąży chora czuła się doskonale aż do dnia, kiedy został wezwany. Dokonywane często badanie moczu wykazywało zupełną nieobecność białka — w ostatnich jednak tygodniach z niewiadomego powodu nieco zostało zaniedbane. Muszę dodać, że mocz chorej w stanie normalnym po za okresem ciąży nigdy nie zawierał białka. Chorą zastałem niezupełnie przytomną, twarz i kończyny mocno obrzękłe. Wypuszczony za pomocą cewnika mocz w ilości 30 ctm. zawierał ogromną ilość białka. Tony płodu prawidłowe. Wobec tego poważnego stanu zaleciłem natychmiastowe przewiezienie chorej do Warszawy i, rzecz szczególna, podczas 9-wiorstowej przeszło 1½ godziny trwającej jazdy po nieszczegółnej drodze napad drgawek nie pojawił się ani razu i dopiero w godzinę po przybyciu chorej do mieszkania wystąpił z niezwykłą siłą. Po dokonanej wenesekcyi napadów więcej nie było. Chora powoli wracała do przytomności, zaczęła uskarżać się na bóle głowy, osłabienie wzroku. Należało przerwać ciążę. Długo jednak wahałem się, zanim się zdecydowałem na ten krok, gdyż dobrze wiedziałem, jak gorąco rodzice pragnęli dziecka. Stosowałem przez 4 dni najróżnorodniejsze środki, w celu poprawienia stanu nerek — stan chorej, co prawda, nie pogarszał się, ale widocznej poprawy nie było: dobową ilość moczu nie przekraczała 200 ctm. sz. Wobec wyczerpania wszelkich środków przystąpiłem do wywołania przedwczesnego porodu, słabą mając nadzieję, aby płód, urodzony w podobnych warunkach, mógł się przy życiu utrzymać. Zastosowałem metodę KRAUSE'go. Wprowadzone bougie pozostawało na miejscu do następnego dnia — bóle słabe. Nazajutrz wprowadziłem 3 bougie odrazu, które po 24-ch godzinach zostały wyjęte — ujście maciczne przepuszczało 3 palce — bólów prawidłowych nie było. Aby poród przyspieszyć, wprowadziłem dnia 9 balon BARNES'a (nawiasem mówiąc, je-

dyny, jaki wówczas znalazłem w składach narzędzi chirurgicznych u nas), następnie kolpeurynter BRAUN'a. Poród nastąpił dnia 10, t. j. na czwarty dzień od pierwszego zabiegu. Dziecko urodziło się w pozornej śmierci drugiego stopnia — po 10 minutach udało się wydobyć zeń jakiś słabiutki głos, poczem niezwłocznie obłożone zostało ogrzaną watą. Waga dziecka wynosiła 3 funty i 7 łutów. Po należytem opatrzeniu chorej zacząłem zastanawiać się nad przypuszczalnym dalszym losem dziecka. Wiadomo, że dzieci, urodzone przedwcześnie, tem większe mają szanse utrzymania się przy życiu, im więcej posiadają cech noworodków donoszonych, im większą wykazują wagę — ostatnia nie powinna wiele zbaczać od cyfry 1500 grm., im normalniejsze były warunki rozwoju w łonie matczynem, w im przyjaźniejszych warunkach niemowlę znajdzie się po urodzeniu. Otóż w naszym przypadku płód urodził się w 30-ym tygodniu ciąży, ważył 1,318 grm., matka miała w bardzo wysokim stopniu rozwinięte cierpienie nerek. Szanse więc były minimalne. Zdawało mi się wówczas, że, gdybym mógł dziecko umieścić w cieplarni (*couveuse*), miałbym zadanie ułatwione. Wobec jednak niemożności dostania takiej cieplarki (jedyna znajdowała się wówczas, o ile wiem, w instytucie położniczym, obecnie są one i w Domu Wychowawczym przy szpitalu Dzieciątka Jezus) postąpiłem tak: niemowlę, owinięte watą, umieściłem w oddzielnym pokoju, którego temperatura stale trzymana była na wysokości 23° R., w różnych kątach pokoju stały miski z wodą, aby zapobiedz zbyt wielkiemu wysychaniu powietrza. W pokoju tym dziecko znajdowało się przez 8 tygodni. Na trzeci dzień dziecko zaczęło ssać, pierwszą kąpiel otrzymało po dwóch miesiącach. Obecnie dziecko, mające przeszło 8 miesięcy, waży 13 funtów. Białkomocz u matki znikł wkrótce po porodzie. Przypadek ten obserwował ze mną i kol. T.

D r u g i p r z y p a d e k rzadki ze względu na pewne powikłanie okresu poporodowego dotyczył pani K., żony oficjalisty, u której dnia 16 lutego rozpoczął się poród bliźniętami. P-ni. K., mająca lat 35, osoba bardzo tęga, rodziła przedtem 9 razy pomyślnie. Podczas ostatniej ciąży zmuszona była z powodu silnie rozwiniętego obwisłego brzucha, któremu żaden pas brzuszny nie był w stanie zaradzić, dwa miesiące przed porodem spędzić w leżącej pozycji. Przybyłem w godzinę po urodzeniu pierwszego dziecka i zastałem chorą kompletnie wijącą się w bólach. Badanie wykazało: macica w stałym skurczu, tony płodowe ledwie słyszalne. Za pomocą wewnętrznego badania stwierdziłem przodującą dużą główkę nad wejściem do małej miednicy, obok zaś szmery pępkowe, słabo tętniące. Po nieudanej próbie dokonania obrotu wobec niezmiernie silnych i częstych bólów, gdy tętnienie pępowiny ustało, przystąpiłem do wymóżdżenia. Dziecko było ogromne, z trudnością udało się oswobodzić barki. Łożysko wyciśnięto sposobem CREDÉ'go, poczem macicę przemyto 1% roztworem lizolu. Poród ukończono w 4 godziny po urodzeniu się pierwszego dziecka — wszystkie rękoczynny wykonane zostały po uprzednim uspieniu chorej. Po przebudzeniu się chora nie przestawała wymiotować — przypisując to chloroformowi i dla usunięcia bólów krzyża, na które chora się uskarżała, zastrzyknąłem morfinę. Noc spędziła chora niespokojnie. Nazajutrz o 10-ej rano zastaję taki obraz: brzuch kolosalnie wzdęty, zwłaszcza w górnej połowie spostrzega się wypuklenie, które za pomocą brzośdy poprzecznej odrysowuje się od reszty brzucha, uwydatniając kształty nadmiernie rozszerzonego żołądka. Przy dotknięciu

brzuch bolesny. Silne pragnienie. Nieustające prawie zwracanie ciemno-szarego płynu. Zupelne zatrzymanie wiatrów. Ciepłota 36,5, tętno 70. Zaleciłem chorej lód do wewnątrz i jako okład oraz lawatywy. Gdy stan chorej do godziny 4-ej nie poprawił się, postanowiliśmy po naradzie z kol. M. przystąpić do przemycia żołądka. Z żołądka wydobyto około 2 litrów płynu ciemno-szarego, poczem przemyto go roztworem sody. Chora doznała uatychmiastowej ulgi, wypuklenie, odpowiadające żołądkowi, znikło. Noc bezsenna, wymioty nieustające, brak wypróżnienia, zatrzymanie wiatrów w dalszym ciągu. Mocz wydziela się w skąpej ilości. Rano stwierdziliśmy z kol. M. stan, podobny do dnia poprzedniego, wobec tego postanowiliśmy przystąpić po raz drugi do przemycia żołądka. Po wprowadzeniu zgłębnika z żołądka zaczęły się ulatniać znaczne ilości gazów, poczem wydobyto około dwóch litrów ciemno-szarego płynu. Brzuch w górnej części opadł. Następnie zrobiłem lawatywę HEGAR'a, poczem w kilka godzin zaczęły odchodzić wiatry, i nastąpiło pierwsze wypróżnienie. Odtąd zaczęła się poprawa. Niezwykły ten przebieg nie pozwalał ani na chwilę wątpić, że mamy przed sobą tę postać zaburzenia ruchowego przewodu pokarmowego, na którą od kilku zaledwie lat zaczęto zwracać więcej uwagi. Postać ta znana jest jako bezwład żołądka i kiszek [(*gastroenteroplegia* ¹⁾)]. Normalna ciepłota, tętno, nie przekraczające 70 na minutę, wyłączały wszelkie przypuszczenie jakiejś sprawy zapalnej lub niedrożności innego pochodzenia. Powikłanie to należy uważać jako następstwo urazu, wywołanego bardzo ciężkim porodem (nieudany obrót, wymóżdzenie, trudne wydostanie barków) — skutkiem tych zabiegów *in utero* nastąpiło zbyt silne podrażnienie nerwu współczulnego, ztąd cały ten obraz.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

43. J. ANDERS (Filadelfia). **O stosunku gruźlicy płuc do zapalenia wsierdza i wplywie wad zastawek na przebieg gruźlicy.** Zapalenia wsierdza, spostrzegane u osobników chorych na gruźlicę płuc, mogą pozostawać z nią w trojakim związku genetycznym. 1) Zapalenie wsierdza mogłoby być spowodowane przez laseczniki KOCH'a; 2) występując w przebiegu suchot, może być zależne od przyczyn postronnych (gościec, przymiot i t. d.); 3) wreszcie może poprzedzać zakażenie ustroju gruźlicą.

Autor z punktu widzenia klinicznego i anatomicznego przedstawił współczesne poglądy na omawianą sprawę na zasadzie własnych przypadków, literatury i spostrzeżeń statystycznych.

1) Sprawa istnienia gruźliczego zapalenia wsierdza obecnie, jak i poprzednio, przedstawia się niezupełnie wyraźnie. Wiadomo, że *endocardium*, również jak *intima* naczyń, jest bardzo odporne na działanie laseczników gruźliczych. BOLLINGER tkankom serca przeznacza 14 miejsce ze względu na częstość spostrzeganej w nich gruźlicy. Z tkanek serca zaś najrzadziej ulega zakażeniu wsierdzie. W starszej literaturze na 2032 badania zwłok suchotników spostrzegano

¹⁾ U nas sprawie tej poświęcił parę prac kol. GRUNDZACH: „O bezwładzie żołądka i kiszek (*gastroplegia* v. *enteroplegia*) zwłaszcza po laparotomii“, *Medycyna* r. 1895. „O pewnej postaci zaburzeń ruchowych żołądka i kiszek, zwanej *gastroplegią* i *enteroplegią*“, *Medycyna* 1898 r.

zapalenie wsierdzia rzekomo gruźlicze w 3 przypadkach: Nowsi autorowie podają znacznie większą odsetkę. Jednak OSLER zaznacza, że w jego przypadkach (12 na 216 sekcyi) *endocarditis acuta* nie zależała od laseczników KOCH'a, a co do gruźliczej natury przypadków, podawanych przez innych, wypowiada poważne wątpliwości. Z poszukiwań autora wynika, że chyba we wszystkich opisanych przypadkach prawdziwego gruźliczego zapalenia wsierdzia istniały gruźlicze zmiany innych tkanek serca np. osierdzia. Wobec tego autor wypowiada zdanie, że gruźlicze zajęcie wsierdzia jest tak rzadkie, że chyba nie istnieje (almost non existent). TEISSIER twierdzi, że nawet postępujące zwężenie lewego ujścia żylnego może zależeć od suchot płucnych. WALSHAM przeczy powyższemu pogładowi.

2) Przyczyną wtórnych zapaleń wsierdzia w przebiegu gruźlicy płuc może być ostry reumatyzm, przymiot, malarya, zatrucie chroniczne wysokiemi i ołowiem. Autor przytacza własne spostrzeżenie kliniczne wytworzenia się niedomogi zastawki aorty u gruźliczego osobnika pod wpływem przymiotu.

3) Ze statystyki wynika, że na 760 sekcyi trupów z wadami zastawek znaleziono gruźlicę płuc w 16,0%; kliniczne spostrzeżenia (4405) dają odsetkę suchot u chorych z wadami zastawek tylko 1,8%. Ta różnica dowodzi, że rozpoznanie gruźlicy w tych warunkach nie jest tak łatwe, i że wady zastawek powodują pewną odporność przeciwko gruźlicy.

Warunki, wytwarzające tę względną odporność, według GRAHAM'a, są: a) przekrwienie płuc, b) większe rozciągnięcie wierzchołków i c) zwiększenie ilości włókien mięsnych w ścianie oskrzeli. Żylne właściwości krwi, którym wielu wespół z ROKITANSKY'm przypisuje uodparniające znaczenie, nie grają znacznej roli, wobec tego, że one najwyraźniej występują przy zwężeniu wrodzonym ujścia tętnicy płucnej, a ta choroba usposabia do gruźlicy.

Autor twierdzi, że suchoty, występujące wtórnie u chorych z wadami zastawek lewego serca mogą długo pozostawać w stadium ukrytem, jednak u takich chorych krwotoki płucne są częstsze i obfitsze, niż zwykle w przebiegu gruźlicy. Skłonność do gorączkowania w tych skombinowanych przypadkach jest jakoby mniejsza.

Przebieg gruźlicy jest często wolniejszy, jednak u osób starszych lub przy złych warunkach zdrowotnych może być bardzo ostry. Przy utrzymującym się stale wyrównaniu wady rokowanie jest niezłe, w przeciwnym razie śmierć następuje rychło przy objawach sercowych.

Pobyt w miejscowościach, położonych wyżej niż 2000 stóp nad morzem, jest dla tej kategorii chorych szkodliwy.

Autor przytacza 6 własnych przypadków wad zastawek, powikłanych gruźlicą płuc.

Przy wrodzonym zwężeniu tętnicy płucnej z osobników, którzy dochodzą do 20 lat — 14% ulega gruźlicy, według STÖLKER'a. LEBERT podaje odsetkę 33%. Ten sam autor zebrał 24 przypadki, opisane w literaturze, zwężenia tętnicy płucnej wrodzonego — wszystkie powikłane gruźlicą.

W przypadkach zachowania połączenia między komorami bez zwężenia tętnicy płucnej gruźlica spotyka się rzadziej.

(*The American Journal of the Medical sciences January 1902. P 93—109.*)

Hobab.

44. W. E. SCHROEDER i F. K. GREEN. **O uszkodzeniach nerwu przeponowego.** Uszkodzenie lub przecięcie nerwu przeponowego uchodzi za bardzo niebezpieczne w mniemaniu wielu chirurgów. Autor powziął wątpliwość co do prawdziwości tego twierdzenia.

30. VIII. 1900 r. podczas operacji wyłuszczenia nowotworu, umiejscowionego pod lewym *sternocleidomastoideus*, autor przeciął oba korzonki nerwu przeponowego od IV i V pary szyjowej. Liczba oddechów podskoczyła skutkiem tego od razu do 32 i następnie wahała się w granicach od 24 do 30 przez 4 dni. Żadnych innych objawów — kaszlu, kichania, czkawki (przytaczanych przez autorów) nie spostrzegano. Zszyto odśrodkowy odcinek nerwu z IV szyjowym korzonkiem. Po 8 godzinach przepona brzuszna stała z lewej strony o 2 cale wyżej, niż z prawej, wykryto stłumienie względne na $1\frac{1}{2}$ cala u dołu lewego płuca. Objaw LITTEN'a z lewej strony zniesiony. Nieznaczne wciąganie ściany brzucha przy wdechu. Po 3 tygodniach stłumienie znikło. Położenie przepony pozostało bez zmiany. Chory obecnie nie odczuwa żadnych dolegliwości i trudności oddechu i prowadzi zwykły tryb życia.

Autor w ostatnich czasach przy operacji wyłuszczenia gruczołów gruczołowych często odszukiwał nerw przeponowy i uciskał go szczypczykami. Za każdym razem przepona z odpowiedniej strony kurczyła się, powodując podniesienie się ściany brzusznej pod łukiem żebrowym. Kichania, kaszlu i czkawki nie spostrzegano w żadnym z 18 przypadków.

Z przeprowadzonych doświadczeń na psach z jednostronnem i dwustronnem przecięciem nerwu przeponowego wynika:

1) Przy jednostronnem przecięciu spostrzegano nieznaczne wciąganie ściany brzusznej z odpowiedniej strony, przy podwójnym wyraźny żebrowy typ oddechu z działaniem mięśni pomocniczych i wciąganiem ściany brzusznej przy wdechu.

2) Po 15 dniach podrażnienie odśrodkowego odcinka nerwu nie powodowało skurczu przepony.

3) Objawów wyżej wspomnianych podrażnienia nerwu — kichania, czkawki i t. d. nie spostrzegano.

4) W jednym przypadku przecięcie nerwu obustronne wywołało znaczne utrudnienie oddechu przez 2 dni.

5) Jeżeli zwierzę zabijano po przecięciu czasu, większym niż 15 dni po operacji, znajdowano wyraźny zanik mięśnia sparaliżowanego. Zawsze jednakowoż pozostawał bez zmiany rąbek szerokości koło 2 ctm. w żebrowej części mięśnia, którą unerwiają nerwy międzyżebrowe.

Autor przytacza zdania wielu angielskich i niemieckich chirurgów o niebezpieczeństwie ranienia nerwu przeponowego. Terapeuci zaś nie uważają przypadków porażenia tego nerwu, szczególnie jednostronnego, za bardzo groźne

Autor zebrał tylko 5 niewątpliwych przypadków uszkodzeń nerwu przeponowego w literaturze.

Z badań, wykonanych podczas sekcji w Northwestern Medical school i innych, wynika, że w 25% nerw przeponowy pochodzi tylko od IV szyjowej pary; w 15% od III i IV pary, wreszcie od IV i V, i od III, IV i V.

Z 26 przypadków nerw z lewej strony przechodził zawsze za żyłą podobojczykową. Z prawej strony z 25 przypadków w 22 za żyłą, w 2 przed żyłą, a w jednym przez żyłę. Jeżeli nerw przechodzi przed żyłą podobojczykową, to przy złamaniu obojczyka może być uszkodzony lub zrosnąć się z blizną. W dalszym przebiegu nerw w 5 przypadkach na 27 znajdował się zewnątrz tętnicy sutkowej. Prawy nerw w większości przypadków przechodzi nie przez *foramen pro vena cava*, lecz przez osobny otwór przed żyłą, wbrew rozpowszechnionym poglądom.

Kwestya połączeń między gałązkami, unerwiającymi obie połowy przepony, nie jest wyświetlona.

Według CAVALIE gałązki nerwów międzyżebrowych 7, 8 i 11 pary unerwiają u człowieka przeponę z brzegów na przestrzeni paska szerokości 1—2 ctm. i zawierają, prawdopodobnie, włókna ruchowe.

W 9 przypadkach autor spostrzegał połączenie gałązki prawego nerwu przeponowego z półksiężycowym węzłem spłotu słonecznego.

Z pracy swojej autorowie wyprowadzają, pomiędzy innymi, następujące wnioski: 1) Z klinicznego i doświadczalnego punktu widzenia przepona nie jest głównym mięśniem oddechowym. 2) Przecięcie jednostronne nerwu powoduje częściowe spadanie się dolnego płatu płuca z odpowiedniej strony i zanik połowy mięśnia; może usposabiać do choroby płuca i następnie do przepuchliny przeponowej (spostreżenie autora z 1892 roku). 3) przecięcie jednego nerwu przeponowego u człowieka niewątpliwie nie daje bardzo złego rokowania. (*The American Journal of the medical sciences, February 1902 p. 196.*)

Hołub.

45. MAX EINHORN. **O samoistnem rozszerzeniu przełyku.** Samoistnem nazywamy rozszerzenie przełyku wówczas, gdy powstaje ono bez żadnej mechanicznej przeszkody, położonej wewnątrz lub zewnątrz przełyku lub u wpustu. Samoistne rozszerzenie przełyku znane jest oddawna, już bowiem PURTON w roku 1821, a HANNAY w r. 1833 ogłosili po jednym przypadku tego cierpienia. Gdy jednakże rozpoznanie w tych przypadkach zrobione zostało dopiero na stole sekcyjnym, w ostatnich 20 latach choroba ta była niejednokrotnie rozpoznawana już za życia chorego. Odnośne spostrzeżenia ogłosili: ZENKER, STRUEMPELL, MERMOD, MELTZER, EINHORN, MAYBAUM, FLEINER, BOAS i inni. Autorzy ci wykonywali szereg badań za pomocą zgłębnika żołądkowego, wprowadzając tenże do rozmaitej głębokości, lub wlewając do przełyku zabarwione płyny, lub wreszcie badając masy pokarmowe, zwrócone przez chorych, — i w ten sposób przekonywali się o istnieniu rozszerzenia przełyku na całej jego przestrzeni. EINHORN spostrzegał w ciągu ostatnich 5 lat 10 przypadków tej choroby i, podając krótkie streszczenia ich, opisuje na zasadzie własnego doświadczenia symptomatologię, sposoby rozpoznawania i leczenia tego cierpienia.

Co się tyczy etiologii samoistnego rozszerzenia przełyku, to w jednym przypadku poprzedzał to cierpienie uraz, w 2-im zwężenie wpustu natury łagodnej, w pozostałych natomiast przypadkach momentu przyczynowego odnaleźć się nie udało. W ogólności zaś rozszerzenie przełyku powstać może wskutek trzech przyczyn: 1) porażenia (lub niedowładu) przełyku; 2) skurczu wpustu i 3) braku odruchowego otwierania się wpustu w czasie połykania pokarmów. ROSENHEIM sądzi, że najczęstszą przyczyną jest tu niedowład przełyku. EWALD zaś i BOAS uważają za najważniejszy czynnik skurcz wpustu.

Objawy samoistnego rozszerzenia przełyku są następujące: utrudnienie przy przyjmowaniu pożywienia, t. j. utrudnione przeprowadzanie pokarmów do żołądka spotyka się prawie we wszystkich przypadkach, — jakkolwiek zdarza się także, że utrudnienie w połykaniu jest bardzo słabo wyrażone. Często występuje uczucie ciężkości lub pełności w klatce piersiowej, czasami potęgujące się do istnych napadów duszności. Pozatem chorzy skarżą się na uczucie zaduszania, zwłaszcza podczas jedzenia, na uporczywy kaszel, powstający szczególnie w nocy, — wreszcie na wymioty lub zwracania pokarmowe zaraz po jedzeniu lub w nocy. Chorzy z obawy przed napadami duszności jadają bardzo niewiele i wskutek tego tracą na wadze.

Objawy przedmiotowe: Szmeru połykowe nie są wcale słyszalne. Wprowadzając zgłębnik na 30 — 35 ctm. do przełyku, wydobyć możemy resztki

pokarmowe niestrawione, odczynu obojętnego lub słabokwaśnego, bez pepsyny i bez zacyznu mlecznego; — gdy zaś wprowadzimy zgłębnik niżej, otrzymamy zawartość żołądka, w której będziemy w stanie wykryć kwas solny i fermenty. Prócz tego E. zaleca w celu rozpoznania samoistnego rozszerzenia przełyku „doświadczenie z kawą“, polegające na tem, że chory wypija filiżankę czarnej kawy, stara się za pomocą głębokich oddechów i ucisku klatki piersiowej precyzyjnie kawę do żołądka, — po godzinie otrzymuje znów szklankę wody, i wówczas wprowadzamy zgłębnik do przełyku: wydobywamy z przełyku czystą wodę; gdy zaś przesuniemy zgłębnik do żołądka, wydobędziemy czarną kawę. Zamiast czarnej kawy użyć można roztworu barwnika (MERMOD).

Rozpoznanie zatem samoistnego rozszerzenia przełyku zrobić należy, według E., wówczas, gdy chory oddawna cierpi na utrudnienie w przeprowadzaniu pokarmów do żołądka, gdy stwierdzamy brak szmerów połykowych, gdy nie wykrywamy zwężenia organicznego i gdy wreszcie znajdujemy w przełyku niezmiennione resztki pokarmowe.

Różniczkować należy to cierpienie od złośliwych nowotworów, od uchyłków dolnej części przełyku i od t. zw. „*antrum cardiae*“. Za nowotworem złośliwym przemawiać będzie charłactwo, obecność szmerów połykowych; uchyłek w dolnej części przełyku wyłączyć możemy, jeśli zgłębnik zawsze łatwo do żołądka wprowadzić się daje, wreszcie t. zw. „*antrum cardiae*“ nie mieści zazwyczaj więcej niż 50 ctm. sz. W ostatnich czasach posiłkowano się prócz tego dla rozpoznania tego cierpienia prześwietlaniem przełyku, oesophagoskopią i promieniami ROENTGEN'a.

Rokowanie jest pomyślne *quoad vitam*, niepomyślne jednak, co się tyczy zupełnego wyleczenia; polepszenie następowało we wszystkich przypadkach autora.

Leczenie polega na zastosowaniu odpowiedniej diety, która składać się powinna z pokarmów płynnych, półpłynnych i stałych, lecz bardzo pożywnych. Po przyjęciu pożywienia chory powinien wykonywać ćwiczenia w celu przeprowadzenia pokarmów do żołądka. Co wieczór należy przełyk przepłukiwać. Wreszcie ROSENHEIM i inni zalecają elektryzację wewnątrzprzełykową.

(„*Archiv f. Verdauungskr.*“ Band VII. Heft 4. 5).

W. Robin.

46. A. MARMOREK. **O jedności różnych odmian paciorkowców, spotykanych u człowieka.** Autor opiera swoją monistyczną teorię na trzech odczynach biochemicznych, które okazują się wspólnymi dla wszelkich odmian paciorkowca, znajdujących u człowieka:

1) Jeżeli będziemy przeprowadzali jakąkolwiek odmianę paciorkowca przez króliki — w celu zwiększenia jadowitości drobnoustroju, skonstatujemy łatwo, że czerwone ciała krwi królika ulegają rozpuszczeniu już w naczyniach krwionośnych, i — co jeszcze ważniejsze, — że to zjawisko hemolizy występuje tem jaśkrawiej, im znacniejszą staje się jadowitość paciorkowca w miarę przeprowadzania go przez większą liczbę królików. Hemoliza występuje również *in vitro*. Różnice w działaniu różnych odmian paciorkowca są tu prawie żadne; jedynie paciorkowiec, pochodzący od przypadków powikłanej płonicy, działa słabiej, niż inne.

2) Nawet na podłożach zupełnie odpowiednich paciorkowiec przestaje się rozwijać po kilku godzinach: ciała bakteryi idą na dno naczynia, a płyn, stojący nad niemi, staje się przezroczysty. Na przesączu od 24- lub 48-godzinnej hodowli nie jest w stanie rozwijać się ani ta odmiana, od której odsączyliśmy położe, ani żadna inna odmiana paciorkowca; tymczasem inne bakterye, naprzykład

pneumokoki, stafilokoki, rosną na tym przesączu bardzo dobrze. Pewne uchylenie od ogólnego prawidła przedstawia ta odmiana streptokoka, która pochodzi od przypadków powikłanej szkarlatyny, bowiem rozwija się ona nieco na przesączu od innych odmian — jednak znacznie wolniej, niż pneumokok.

3) Stosując duże dawki surowicy przeciwpaciorkowcowej, możemy uratować od śmierci królika, zarażonego jakąkolwiek bądź odmianą paciorkowca.

Badania swoje autor przeprowadził nad 42 hodowlami, pochodzącymi od przypadków: róży, gorączki połogowej, zapalenia gardła płoniczego, zapalenia płuc odrowego, błonicy, gruźlicy i grypy, wreszcie wyhodowanych z ropówki i z pęcherzyków ospowych.

(*Berliner klin. Woch. Nr. 14 r. 1902*).

Bolesław Żebrowski.

Streszczenia zbiorowe.

MAKS MUENZER.

STRESZCZENIE ZBIOROWE Z PIŚMIENNICTWA O WCZESNEM ROZPOZNAWANIU CIĄŻY ZAMACICZNEJ.

Zaledwie lat 30 upłynęło, pisze MARTIN, od czasu, gdy dopiero wydzielenie się kostek płodu sprawdzało rozpoznanie kliniczne przypuszczalnej ciąży ektopicznej, a LAWSON TAIT twierdził, że pewna dyagnoza ciąży zamacicznej może być zrobiona dopiero po wystąpieniu objawów pęknięcia jaja czyli ścian legowiska jęgo. Łatwo zrozumieć, dla czego dziś jeszcze ciężę zamaciczną widzimy zwykle dopiero w okresie po nastąpieniu uszkodzenia jej. Wyjątek stanowią przypadki, gdzie np. pacjentka, która nigdy nie rodziła lub tylko raz jeden bardzo dawno temu, przerażona nienastąpieniem peryodu, zgłasza się zaraz do lekarza w celu zbadania organów płciowych, lub gdy lekarz, badając chorą z jakiegokolwiek innej przyczyny, przypadkowo zauważy guz obok macicy *in annexis*. Zwykle chore wzywają nas dopiero wtedy, gdy już rozpoczęła się akcja ujemnie działająca jaja, ektopicznie osadzonego, czy to w postaci krwawienia do wnętrza worka jajowodu ciężarnego, czy to do jamy brzusznej, czy też w postaci pęknięcia z bólami i krwotokiem. Jeśli dziś natrafiamy o wiele częściej, niż dawniej, na ciężę ektopiczną, to zwykle tłumaczą to większą dziś częstością chorób jajowodów, jak twierdzi H. W. FREUND, oraz tem, że lepiej umiemy rozpoznawać. „Zdaje się jednak jak gdybyśmy ciężę pozamaciczną rozpoznawali zbyt często, a więc nieraz mylnie“. Takie zdanie wyraził już FRITZ FRANZ w roku 1898 w odczycie swoim w Stowarzyszeniu Ogólnem Lekarzy w Kolonii („Ueber Tubargravidität“ *Münchener Medicinische Wochenschrift* 1898. Pg. 1074). Przy rozpoznaniach mylnych wchodzi w rachubę nie tylko inne stany chorobowe organów płciowych, lecz, jak pokazała kazuistyka ostatniego dziesięciolecia, i stany chorobowe innych organów jamy brzusznej. Dla rozpoznania ciąży pozamacicznej przed nastąpieniem uszkodzenia jej, żądamy całego szeregu obiektywnych lub subiektywnych objawów, które jednak wszystkie są mniej więcej niepewne, tak że żaden z nich może nie starczy sam jeden do zrobienia dyagnozy, a li tylko kombinacja jednego z drugim. Wszystkie te jakoby znamienne dla ciąży pozamacicznej objawy symptomatyczne mogą w błąd wprowadzić i nieraz już w błąd wprowadziły fachowca nawet biegłego.

Na pierwszym planie stoi tutaj przypuszczenie możności lub prawdopodobieństwa zajścia w ciążę. Jeśli nie myśleć o możności zajścia — co szczególnie łatwo się zdarza, skoro mamy do czynienia z bardzo młodą pacjentką, z osobą niezamężną lub wdową, które to pacjentki zresztą bardzo często z pełną świadomością mówią nieprawdę lub nie chcą się przyznać do jakiegoś błędu — to bardzo łatwo można się znaleźć w położeniu nieprzyjemnem, względnie fatalnem, jeśli wbrew oczekiwaniu okaże się ciąża pozamaciczna.

AHLFELD („Ein Fall von Sarcoma uteri deciduocellulare bei Tubenschwangerschaft“ Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie. Bd. I) leczył 17-letnią pannę, która od roku 14 miewała regularnie swój peryod. Od Bożego Narodzenia 1893 r. krwawienia stały się nieregularnymi, przedłużonemi, coraz to częściej występującemi. Nareszcie chora dnia 17 kwietnia 1894 r. udała się do lekarza o poradę. Lekarz wyłączył zwykłe poronienie *ex utero*. Chora później udała się do kliniki w Giessen i tutaj dopiero przyznała się do tego, że miewała stosunki. Dopiero po dłuższej obserwacji i drobnowidzowem zbadaniu części nowotworu pochwowego rozpoznano złośliwe zwyrodnienie części płodowych. Lecz dopiero na stole sekcyjnym ujawniło się, że chodziło o *Chorionepithelioma* po przerwanej ciąży pozamacicznej.

Przedewszystkiem więc wywiady lub jakiegokolwiek uzasadnione podejrzenia muszą naprowadzać na myśl o możności poczęcia. Dalej znaczenie mają różne oznaki zwykle ciąży, o ile wyraźne bywają w pierwszych tygodniach, już po poczęciu. Szczególnie na zjawienie się *colostrum* w sutkach niektórzy kładą wartość przy rozpoznaniu ciąży jajowodowej, MUENZER zresztą tego zdania nie podziela. Dalej jako oznakę ciąży pozamacicznej upatrywano różne objawy podrażnienia otrzewny, jak na przykład uczucie ucisku na pęcherz i odbytnicę, kolki brzuszne, które to objawy jednak FRANZ w Halli znajdował li tylko wtedy, gdy już nastąpiło krwawienie do wnętrza jajowodu (Klinische Beiträge zur Kenntniss der Extrauterinschwangerschaft“ Centralblatt für Gynäkologie, 1890. pg. 1291, oraz „Ueber vaginale Punktion und Incision“ Muenchener Medicinische Wochenschrift. 1901. Nr. 31). FRANZ rozróżnia dokładnie owe kolki brzuszne od nagłego bólu, powstającego po wystąpieniu zapaści przy rupturze oraz od bólów rodzaju porodowych znamiennych dla hematocele i przy poronieniach z jajowodu ciężarnego do jamy brzusznej. Jeśli HIRST oznacza ból jako najwięcej znamienny z trzech objawów charakterystycznych — ból, nieregularna miesiączka oraz nabrzmienie jajowodu — i oznacza ból ten jako szczególnie silny, występujący napadowo, zwykle umiejscowiony w jednej połowie podbrzusza, odpowiadającej siedzibie ektopicznego jaja, przechodzący aż na nogę i wzmagający się nieraz aż do eksacerbacji synkopalnej — to autor widocznie przeoczył, że w tych przypadkach, chociaż upatruje on w owych bólach objaw, występujący przed krwawieniem lub pęknięciem, po większej części chodzi o już rozpoczynające się lub grożące już uszkodzenie ciąży ektopicznej. Zachowanie się miesiączki nie ma żadnej cechy znamiennej dla ciąży pozamacicznej jeszcze nie uszkodzonej. Zarówno jak w ciąży prawidłowej w pierwszych miesiącach może istnieć niezupełny brak peryodów, a miesiączka regularnie się rozpoczynająca, lecz ilościowo i jakościowo zmodyfikowana, tak i w ciąży pozamacicznej, co do tego punktu, istnieją najróżniejsze odmiany. Zwykle mamy do czynienia z jedno- lub kilkorazową *cessatio mensium* jako znakiem, że zajście nastąpiło. Lecz, że atypowe krwawienia bynajmniej nie wyłączają możności zajścia czy macicznego czy też pozamacicznego, tego dowodzi spostrzeżenie STAUDE'go: „Miesiączki nie brakowało ani razu, natomiast po ostatniej miesiączce od czasu do czasu wydzie-

łało się po kilka kropel krwi. Krwawienie to pojmowano jako następstwo jazdy na rowerze. Ciągające bóle w brzuchu sprowadziły pacjentkę do STAUDE'go (Geburtshuelfliche Gesellschaft zu Hamburg. 8. XI. 1898). W kilka godzin po badaniu chorej wystąpiły objawy krwotoku wewnętrznego. Przy operacji lewy jajowód, który zawierał produkt ciąży 14-dniowej, okazał się tak mało zgrubiałym, że dla pewności trzeba było zbadać i prawy jajowód⁴.

Dla naruszonej zaś już ciąży pozamacicznej zachowanie się miesiączki nieraz ma znaczenie charakterystyczne, jak dalej zobaczymy.

Dla rozpoznania ciąży ektopicznej dalej ważnem jest skonstatować obecność przymacicznego guza obok macicy, mało przemieszczonej, zwykle *ad latus*, oraz cokolwiek ku górze uniesionej, który zdradza porost przeważnie w kierunku podłużnym, przedstawia się więc wąskim. Ponieważ, jak twierdzi DUEHRSEN, kobieta o zdrowych organach płciowych rzadko tylko dotknięta bywa ciążą pozamaciczną, ważnem będzie dla rozpoznania stanu chorobowego, jeśli równocześnie i po drugiej stronie skonstatujemy *sactosalpingem*. Podczas gdy jajowód ciężarny jest miękki, elastyczny, jakby chleboczący nieraz przy żywym płodzie podczas badania lekko twardnieje wskutek kontrakcyi pierwiastków mięśniowych worka, zawierającego produkt ciąży — KUESTNER — naodwrot przy *sactosalpinx* oraz przy torbielach jajnika znajdujemy konsystencyę stałą, więcej napiętą. Prócz tych nowotworów czyli guzów, dopóki ciąża ektopiczna jest jeszcze nienaruszona, co do różniczkowego rozpoznania wchodzi w rachubę jeszcze inne zmiany organów płciowych, z których dla praktyka niespecjalisty najważniejszą zmianą jest ciąża maciczna czyli prawidłowa. R. v. BRAUN-FERNWALD jako najważniejszy z wczesnych objawów ciąży oznaczył zmianę konsystencyi macicy, jaką zaznaczyli już i inni autorowie, przedewszystkimi HEGAR. Dalej ważny ma być kształt macicy: ciężarna macica okazuje się po jednej stronie grubszą, niż po drugiej, oraz na przedniej powierzchni wykazuje zwykle podłużną fałdę jakby wklęsnięcie, rowek podłużny. Objaw ten pochodzi od usadowienia się jaja na jednej z bocznych ścian macicy. Przy ciąży ektopicznej tego objawu nie będzie. MUENZER sądzi, że li tylko bardzo biegłym fachowcom, którzy zawsze zwracali uwagę na ten objaw, uda się rozpoznać ciążę ektopiczną, opierając się li tylko na braku tego rowka na przedniej ścianie macicy, skoro jednak mają podejrzenie poczęcia, jeśli nie znajdują równocześnie innych objawów znamiennych, jak guza przymacicznego, szybko się powiększającego, podejrzanego. Wielkie trudności w rozpoznaniu zrobić może tyłozgięcie ciężarnej macicy. Że przy niejasnej kwestyi takie próby forsownego odprowadzenia jakoby ciężarnej tyłozgiętej macicy mogą mieć skutki jaknajfatalniejsze, już nieraz opisywano. Charakterystyczny jest pod tym względem przypadek, opisany przez J. van der HAEBVEN'a (Nederl. Tijdschrift v. Geneeskunde. 1897. Nr. 12. Referat Centralblatt für Gynaekologie. 1897). 23-letnia *primigravida* — ciężarna od trzech miesięcy. Od kilku dni oddawanie stolca utrudnione. Od trzech dni pomimo ławatyw oraz środków przeczyszczających, ani *flatus*, ani stolce. Brzuch lekko wzdęty. Przy opukiwaniu ton tympaniczny, wrażliwość brzucha na ucisk umiarkowana. Tętno dobre. W tylnem sklepieniu pochwy guz elastyczny, podobny do macicy w trzecim miesiącu ciąży, co do wielkości. *Portio vaginalis uteri* na przodzie i po stronie lewej. Wobec bolesności badania nie można było wsunąć *per rectum* palca aż powyżej guza. Rozpoznanie tyłozgięcia macicy ciężarnej. Repozycja pod narkozą udała się wrzekomo. Po przebudzeniu się chora zdradza silną anemię ostrą. Po stosowaniu pobudzających środków poprawa. Po 5 lub 6 dniach z pochwy wyszła błona doczesna maciczna. Po trzech tygodniach

przy badaniu znaleziono wielki infiltrat w prawem *parametrium*. Po upływie znów czterech tygodni zjawiał się prawidłowy peryod.

Trudności w rozpoznaniu mogą się jeszcze powiększyć, gdy zaszło uszkodzenie ciąży ektopicznej, głównie *abortus tubarius cum haematocoele*, bez wytworzenia się jawnych oznak. Nie wolno zapominać, że znane jako znamienne dla *retroflexio uteri gravidi*, stałe i jakoby typowe objawy podrażnienia pęcherza moczowego z mniej lub więcej wydatną *ischuria* widzujemy również i w ciąży ektopicznej. Parcie na mocz podług FRITSCH'a jest tak ważną oznaką uszkodzonej ciąży ektopicznej, że gdzie tylko z wywiadów skonstatować je możemy, zawsze podejrzany guz powinniśmy uważać za hematocelę, która nagle upośledziła *capacitatem vesicae urinariae*. Jak łatwo można się dopuścić pomyłki, gdy albo wywiady nie wskazują na ciążę, albo też o możliwości jej się nie myślało, dowodzi własne spostrzeżenie MUENZER'a.

Młoda panienka tuberkuliczna, którejby MUENZER nigdy nie posądzał o stosunek płciowy, nagle doznała silnego parcia na mocz przy niemożności oddania go. Przytem wystąpiły silne bóle w brzuchu oraz omdlenie. MUENZER myślał o ostrej *cystitis* i dopiero nazajutrz przy ponownem badaniu skonstatował przerwana we wczesnym okresie ciążę pozamaciczną. Zaburzenia pęcherzowe więc tak samo są oznaką stałą ciąży pozamacicznej, jak i krwawienia atypowe, co do czasu zjawienia się ich lub trwania. LEOPOLD podług propozycji zachęcającej KALTENBACH'a zaczął notować krwawienia takie na odpowiedniej krzywej—krzywe menstrualne — „*Menstruationscurve*“ — aby przy pomocy ich ułatwić wczesne rozpoznanie ciąży ektopicznej. WEINDLER, opierając się na 50 takich krzywych z kliniki LEOPOLD'a i przytaczając historye choroby oddzielnych spostrzeżeń, przyszedł do fundamentalnych wniosków takich (LEOPOLD Sitzung der gynäkologischen Gesellschaft zu Dresden 8. XII. 1899): Trzeba liczyć się z możliwością ciąży ektopicznej, ile razy przy podejrzeniu na zajście — gdzie pacjentka miewała stosunki — i przy atypowej krzywej menstrualnej, obok powiększonej, rozpulchnionej i przemieszczonej *ad latus* macicy, istnieje miękki guz o granicach nie ścisłych i o powierzchni nierównej. W przypadkach, gdzie wcale miesiączka się nie wstrzymała, każde krwawienie atypowe zawsze musi być bardzo podejrzane i ewentualnie uważać je należy za krwawienie poronieniowe „*Abortblutung*“ — czyli jako objaw przerwania rozwoju jaja. Przytem krwawienia owe, przeciwnie jak to bywa przy poronieniach ciąży macicznej, mają charakter spokojny, równomierny. Inny typ zdradzają krwawienia, które po jednolub kilkorazowej *cessatio mensium* występują nagle i z silnymi bólami. Zdarzają się jednak przypadki, gdzie objaw ten wczesny krwawień atypowych jest niewyraźny lub zupełnie go brakuje. Tak np. MUENZER w swoim przypadku powyżej przytoczonym, nie widział wydzieliny krwawej. Peryod zawsze przed zachorowaniem miał być prawidłowy. MANDL przytacza z prywatnej praktyki prof. SCHAUTA'y spostrzeżenie następujące:

Pani Sch. lat 27, raz jeden tylko rodziła siedm lat temu, cierpi na upławy. Peryody obfite po 8—10 dni. W Maju 1898 r. wyskrobanie. 11 dni później gorączka, bóle w dolnej części brzucha; chora wtedy przeleżała cztery tygodnie w łóżku. 2. XI. 1898. po południu widział chorą prof. SCHAUTA jako konsultant. Od dwóch miesięcy amenorrhoea, od rana silne bóle w brzuchu, z anemią szybko się powiększającą, tętno ginie. Syncope. Brzuch bolesny na ucisk, za macicą guz rozlany. Nie było wcale krwawienia na zewnątrz. Wieczorem około godziny 6, ponieważ stan chorej stale się pogarszał, cięcie brzuszne. Usunięto wiele krwi świeżej z jamy brzusznej. Oba jajowody, silnie spuchnięte, musiały

być usunięte. Dopiero badanie drobnowidzowe ujawniło siedzibę jaja w ampuli lewego jajowodu.

MANDL („Klinische und anatomische Beiträge zur Frage des kompletten Tubenabortes“ Monatschrift fuer Geburtshuelfe und Gynaekologie. Bd. XI) opisuje jeszcze drugie spostrzeżenie profesora SCHAUTA'y, dotyczące poronienia z jajowodu bez krwawienia na zewnątrz.

M. L. lat 42, miewała zawsze peryody regularne, trwające do 8 dni bez bólów, w 33 roku życia wskutek krwawień trwających przez 2 tygodnie zrzędu dokonano wyskrobania, później peryody znów prawidłowe. Rodziła 2 razy pomyślnie w 26 i 28 roku. Obecnie ostatni peryod miała w październiku 1897 r. Pacjentka brak peryodu przypisuje zmianom klimakterycznym. Dnia 19 grudnia o godzinie jedenastej i pół nagle silne kolki brzuszne, szczególnie umiejscowione po stronie prawej. Bładość i upadek sił. Wezwany naprędce lekarz zalecił lawatwy i irygację pochwową, poczem bóle brzuszne się zmniejszyły, lecz powiększyły się w okolicy żołądka. *Dyspnoea*. Nie było żadnego krwawienia ze sromu. W klinice skonstatowano: Anemię ciężką, oddech powierzchowny i bardzo drobne tętno, stan bezgorączkowy, lekkie wzdęcie brzucha bardzo bolesnego na dotyk, *in hypogastrio*. Po obu stronach przytłumienie tonu perkusyjnego, po lewej stronie więcej rozlane. *Sub narcosi* znaleziono macicę wielkości pięści, przodopochyloną. Po obu stronach rezystencyę niewyraźną, miękką, nie dającą się dokładnie odgraniczyć od sąsiedztwa. Nie wymacano odrębnego guza. Dla pewniejszego rozpoznania otworzono naprzód tylne sklepienie pochwy oraz zatokę DOUGLAS'a, skąd wylewała się strumieniem płynna krew. Aby nie tracić czasu i ze względu na podeszły wiek pacjentki nie dodano cięcia brzuszego, lecz odrazu wycięto macicę *cum adnexis per vaginam*. *In coagulibis sanguineis* znaleziono jajo płodowe. Przykłady te uczą, że pomimo uszkodzenia ciąży pozamacicznej mogą absolutnie nie mieć miejsca żadne krwawienia na zewnątrz. Z drugiej strony krwawienie, występujące po dłuższej amenorei, naprzykład podczas karmienia dziecka, może wywołać o tyle pomyłkę, że wzięte zostanie za krwawienie menstrualne. Na pewno wielkim błędem jest w takich przypadkach odrazu przystępować do wyskrobania macicy bez rozpatrzenia wszelkich ewentualności możliwych. WALDO dziwnym trafem okoliczności popełnił błąd taki dwa razy. Dokonał on przy krwawieniu, które nastąpiło w cztery tygodnie po odstawieniu dziecka, i które on uważał za menstrualne, z powodu zbyt wielkiej obfitości tegoż krwawienia wyskrobania macicy i takie wyskrobanie powtórzył jeszcze raz, pomimo bólów brzusznych, które po tej operacyi wystąpiły, i pomimo że wymacał za macicą guz wielkości jaja kurzego. Dopiero teraz zaczął podejrzewać, że chodzi o ciążę pozamaciczną i rzeczywiście przy laparotomii, nazajutrz dokonanej, skonstatował ciążę jajowodową.

W ogłoszonych przypadkach przerwania ciąży pozamacicznej wszędzie wspominają autorzy, że pacjentka doznawała silnych bólów brzusznych przy jednoczesnej silnej anemii. Powyżej streszczone zostały wywody FRANZ'a co do bólów przy krwawieniu do wnętrza jajowodu, przy pęknięciu oraz przy poronieniu z jajowodu.

(C. d .n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= LUSTWERK zachwala działanie napotne i moczopędne pioktaniny w obrzękach pochodzenia nerkowego i sercowego. Autor dawał po 0,1 *Pyocetani coerulei* w 3 godziny po jedzeniu — trzy razy dziennie. Z ogólnej liczby 11 chorych, leczonych tym środkiem, u dziewięciu — zupełna poprawa. (Medic. Biesieda 23. 1901).

= MONGOUR demonstrował w Towarzystwie lekarskim w Bordeaux dwóch chorych na przewlekłe zapalenie nerek z ciężkim przebiegiem (znaczne obrzęki, napady duszności z zaduszaniem, *hydrothorax*, *hydropericardium*). W obu przypadkach M. zastosował jednostronną nefrotomię — ze znakomitym skutkiem: napróżd ustąpiły obrzęki, i to przedewszystkiem na stronie operowanej, poczem nastąpiła znaczna poprawa ogólna. Autor jest zdania, że nefrotomia, znacznie zmniejszając ciśnienie wewnątrznerkowe, przywraca możność funkcyonowania tym częściom nerki, które anatomicznie były zdrowe i nie mogły działać jedynie z powodu znacznego przekrwienia. (Journ. de Méd. de Bordeaux 2. II. 1902).

= FURS podaje nowy odczynnik na białko w moczu, składający się z równych części gliceryny i kwasu karbолоwego. Do pewnej ilości moczu dodajemy równą ilość tej mieszaniny, przyczem już w obecności 0,01% białka powstaje białawy męt, który nie opada na dno i nie rozpuszcza się przy wstrząsaniu. W moczu, nie zawierającym białka, po dodaniu odczynnika tworzy się zawiesina, która znika przy wstrząsaniu. (Méd. Record. 8. III. 1902).

= EKGREN na 3 chorych z zapaleniem nerek badał wpływ mięsienia na białkomocz. Autor stosował w ciągu 3 dni — co rano — ogólne mięsienie ciała. Z ogólnej liczby 14 doświadczeń w 10 białkomocz zwiększył się, a tylko w 4 pozostał bez zmiany lub zmniejszył się cokolwiek. (Deutsch. med. Woch. 27. II. 1902).

= Prof. MAYET wywoływał u szczurów i królików zapalenie nerek przez podawanie kantaryd. W dwu przypadkach znaleziono po upływie paru miesięcy znaczny przerost lewej komory serca. (Lyon Méd. 3. 1902).

Ż.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna z legatu ś. p. d-ra Romualda PŁASKOWSKIEGO przyznaną zostanie przez Towarzystwo w roku 1904 r. za pracę z dziedziny psychiatrii, bądź ogłoszoną drukiem w języku polskim, w terminie od dnia 1 kwietnia 1902 roku do dnia 31 marca 1904 roku, bądź też w rękopisie Towarzystwu Lekarskiemu przedstawianą. W braku prac, odznaczających się w specjalnej treści psychiatrycznej, mogą być nagrodzone ważniejsze prace z dziedziny anatomii patologicznej, skoro te przyczyniać się będą do rozjaśnienia powstawania chorób umysłowych. Termin ostateczny do złożenia rozpraw oznacza się na dzień 31 marca 1904 roku. Za najlepszą pracę wyznacza się nagroda rb. 346 kop. 63. Nagroda ta ewentualnie może być rozdzieloną, stosownie do uznania Komitetu konkursowego. Wszystkie prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niecała Nr. 7) z zachowaniem co do prac w rękopisach zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w oddzielnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownymi dewizami. Rozprawa uwieńczona z pomiędzy prac, w rękopisach przedstawionych, należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa zwraca się na własność autora. Z upoważnienia Towarzystwa Sekretarz Stały *D-r Hoyer*.

SPROSTOWANIE: Na str. 546 po ukończeniu druku Wykładu Klinicznego opuszczono: Sammlung Klinischer Abhandlungen über Pathologie und Therapie der Stoffwechsel und Ernährungsstörungen. 2 Heft. Ueber die Behandlung der acuten Nierenentzündung und der Schrumpfuere. Streißel SUNDERLAND.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Доводено Цензурою, Варшава 20 Іюня 1902 г.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

ZAMIAST ŻELAZA!**ZAMIAST TRANU!**

HEMATOGEN D^{-ra} HOMMELA

Oczyszczona skoncentrowana Hemoglobina (Niem. pat. pań. 81391) 70,0;
chemicznie czysta glicerina 20,0; dodatki aromatyczne i dla smaku 10,0;
(alkohol 2^oo).

Własnościami swemi krwiotwórczemi, zawartością organicznych związków żelaza i jako dyetetyczny, odżywczy i wzmacniający środek dla dzieci i dorosłych w przypadkach ogólnego osłabienia przewyższa wszystkie podobne preparaty.

Szczególniej nie da się niczem zastąpić w praktyce dziecinniej.

Hematogen Hommela zawiera prócz absolutnie czystej hemoglobiny sterylizowanej t. j. wolnej od krążących we krwi bakteryi, wszystkie sole świeżej krwi, szczególnie nadzwyczaj ważne sole fosforanów (sodu i potasu) jakoteż i nie mniej niezbędne ciała białkowe surowicy krwi w stanie skoncentrowanym, oczyszczonym i nierozłożonym (tj.—nieprzetgowane!) Sztuczne trawienie, bądź zapomocą kwasu i pepsyny, bądź przy wysokich ciepłotach, znacznie się różni od naturalnego trawienia. Peptony, albumozy i peptonizowane preparaty—jak tego dowiedli: Voit w Monachium, Neumeister w Jenie, Cahn w Strasburgu—wogóle nie bywają wessane bezpośrednio; liczni autorzy dowiedli działania przeczyszczającego. Przy sztucznem trawieniu bezsprzecznie rozkłada się wiele ciał, bardzo ważnych przy tworzeniu się nowych komórek w ustroju. Niewątpliwie potwierdzają to doskonałe wyniki otrzymywane przy stosowaniu Hematogenu Hommela w tych przypadkach krzywicy, zółżów, wrodzonej atrofii u dzieci i t. p. w których dotąd stosowano zupełnie bez skutku peptonizowane preparaty, jako to: tran, jodek żelaza i t. p.

Hematogen Hommela może być ciągle przyjmowany, przez całe lata, jako środek dyetetyczny i dopełniający codzienne pożywienie. Ponieważ jestto naturalny produkt organiczny, przeto nie występują po nim szkodliwe następstwa, szczególnie zaś nie bywa przy nim nigdy organizmu, występującego zawsze przy dłuższem używaniu sztucznych preparatów żelaza.

Wystrzegać się zafalszowań! Ostrzegamy przed licznymi zafalszowaniami naszego preparatu, szczególnie prosimy wystrzegać się takowych z przymieszką eteru. Wszystkie są to po prostu najzwyczajniejsze mieszanki. Hemoglobina znajduje się w nich nie w postaci czystej, lecz z przymieszką produktów wydzielniczych (kwas hipurowy, mocznik lotne kwasy tłuszczowe, gazy i t. d.) a zatem w postaci nieoczyszczonej. Upraszamy zatem panów lekarzy przepisywać i żądać za każdym razem specjalnie naszego preparatu—prawdziwego Hematogenu Hommela.

Próby: darmo i franko do usług panów lekarzy, życzących sobie własnym doświadczeniem stwierdzić własności naszego preparatu i opinii o nim. Zapotrzebowania upraszamy przysłać do naszego składu ekspedycyi: **APTEKA NA BOLSZOJ OCHTIE W S. PETERBURG**. Dawki na jedną dobę: Dla Ssawców—2 łyżeczki od herbaty z mlekiem (temperatura zwykłego napoju), Dla dzieci—1—2 łyżek deserowych (bez dodatków); Dla dorosłych—1—2 łyżek stołowych codziennie przed obiadem, wobec specjalnie pobudzającego działania preparatu na apetyt.

Sprzedaż we wszystkich aptekach. Cena butelki (8 1/2 uncji) 1 r. 60 k.

Nikolai i K-o w Zurichu (Szwajcarya).

SANATOGEN

Środek wzmacniający
Działanie tonizujące

Zupełnie nie drażni.

Panom lekarzom wysła próby i broszury
bezpłatnie reprezentant: **Biertuempfel**,
Warszawa Marszałkowska 136.

Fabrykanci: **Bauer & C-ie**,
Berlin, S. O. 16.

Naturalny Koniak

„IMPERIAL“

prawdziwy produkt z wina

zalecany przez powagi lekarskie.

Analizy Doktorów:



Nenkiego, Zawadzkiego, Haas, Prof. N. Milicera i Wars.
Hygienicznego Laboratorium stwierdzają czystość Konia-
ku z winogron bez obcych przymieszek.
Koniak „Imperial“ dostarcza się do kliniki terapeutycznej
Warszawskiego Cesarskiego Uniwersytetu i do Szpitalnej
kliniki ginekologicznej.
Sprzedaż we wszystkich lepszych handlach win w Warsza-
wie i na prowincyi.

APARATY PAROWE

Sterylizaacyjne

AUTOKŁAWY

DEZYNFEKTORY

poleca

Fabryka

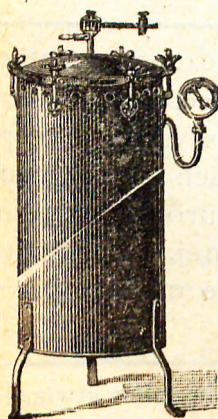
Adolfa Witt

W WARSZAWIE

ul. Leopoldyny II
tel. 778.

Skład fabryczny.

Elektoralna 21.
tel. 793.



Sanatorium „SCHATZALP“ Davos

300 m. nad Davos

1860 m. nad pow. morza.

Zaleca się chorym na płuca specjalnie i na lato ze
względu na położenie wolne od kurzu i równomier-
ną chłodną temperaturę.

Lekarze zakładowi: Dr. L. Spengler. Dr. E. Neumann.
= Prospekty franko. =

1) Tampony ginekologiczne na nitkach po 10 sztuk 2) Ligatury

Składy Głównie materiałów
opatrunkowych
Sterylizowanych
z Pracowni D-ra Bo-
rzymowskiego

w Warszawie: 1) Solna 17 m. 5. Pracownia
Sterylizaacyjna

2) Towarzystwo Akc. Handlu Towar.
Aptecz. dawniej zjednoczeni Aptekarze
i Ludwik Spiess i Syn Senatorska Nr.
24. Telefon. Nr. 610.

w Łodzi: 1) Piotrkowska Nr. 11 (Spiess).

w Lublinie: Skład Apteczny W-go Magierskiego.

w Siedlcach: Apteka W-go Skowrońskiego.

w Kielcach: Apteka W-go Wierzbickiego.

w Kaliszu: Apteka W-go Rybickiego.

6) Gaza jodoformowa po 0. 25; 0,5 1 1 m. 7) Banda
ze 5—10—20 ctm. sześć. 6 m. dług.

5) Opatrunki chirurgiczne i ginekologiczne

3) Wata po 10; 25; 50; 100; 200; 400 grm. 4. Gaza
hygroskopijna po 0, 5 1 m

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadz-
kiego, Jaskłowskiego, Kuniewiczza, Natan-
sona, Thiemego, Tyrchowskiego i Wina-
wera. Przyjmuje osoby, dotknięte choroba-
mi kobiecemi, jako też spodziewające się
słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za
całkowite utrzym., lekarstwa leczenie, i t. d.

ZAKŁAD LECZNICZY

Dr. Med. Z. Dmochowskiego i A. Kuczyńskiego

DLA CHORYCH

NA KRTAŃ, GARDŁO, NOS I USZY.

Chmielna Nr. 17.

Przyjęcie chorych na gardło i nos od 9—10 r. i od 3—5 pp.
Chorych na uszy od 12—2 pp.

Pracownia analityczno-lekarska

D-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikro-
skopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żo-
łądkowej, kału, wydzielin z narządów moczop-
łciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfteryty-
cznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki
lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

Lekarz PRZYREMBEL

praktykuje przez lato

w Ciechocinku willa Orion.

CHOROBY CHIRURGICZNE

CASCARINE

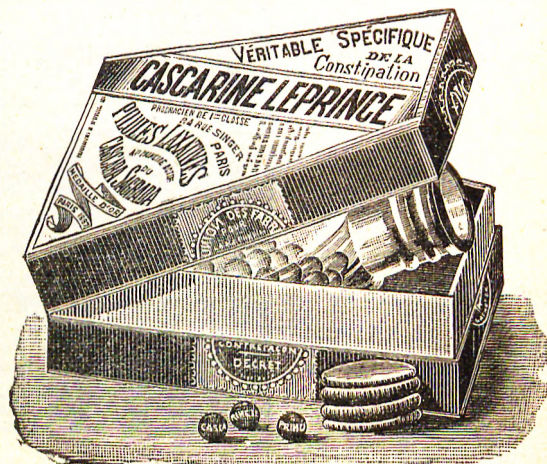
Pigułki zawierają
0,10 zasadniczego
pierwiastka

Eliksir
0,10 w łyżce
stołowej

LE PRINCE

Przeciw zatwardzeniu i t. p.

Cascarine jestto ściśle określona, skryształizowana substancja i t. d. (Sprawozdania Akademii Umiejętności.) „Działanie jej lecznicze stwierdzone zostało naukowo“ (M. Lafont Biuletynu Akademii Lekarskiej 14 Czerwca 1892 r.) i klinicznie (Towarzystwo Terapeutyczne: Constantin Paul; Dujardin Beaumetz, Medications nouvelles; 2-ej serji; Biblioteka Charcot — Debove: O środkach przeczyszczających, strona 104; profesor Lemoine z Lille Terapeutyka Kliniczna strona 30; Tison: Szpital Saint Joseph i Kongress dla postępu Nauk w Bordeaux 1895. r. I-sza, str. 963; profesor Charles z Liège: Wykład położnictwa i t. d., i t. d.



Skutek tego środka jest łatwy do osiągnięcia, nie pociąga za sobą przyzwyczajania się, jeżeli zmienia się sposób użycia. Pomocnym jest przy stałym zatwardzeniu w chorobach wątrobianych, żółciowych, kamieni, otyłości jako środek przeczyszczający.

ZWYKŁA DAWKA

Pigułek: 2 pigułki po 1-ej przy każdym posiłku lub wieczorem kładąc się spać.
Eliksiru: 1 lub 2 łyżeczki od kawy lub stołowe stosownie do wieku (zmniejszając lub zwiększając dawkę stosownie do skutku.)

Cascaricones

Pod tą nazwą wyrabiamy małe czopki pozwalające przyspieszać lub opóźniać działanie Cascaryny na żądaną godzinę.

Ważne ostrzeżenie. Dla uniknięcia licznych podrabiań, ukrywających się pod podobną nazwą i etykietą upraszamy p. p. Lekarzy o żądanie tylko **Cascarine LePrince**.

Skład główny w Paryżu ul. de la Tour 62 (16 okręg).
dla p. p. Lekarzy wysyła się próby. Na składzie we wszystkich aptekach i składach Aptecznych.

MARIENBAD WIELKA MIEJSCOWOŚĆ (Czechy) KURACYJNA

Towarzystwo ekspedycji wód mineralnych
poleca dla używających w domu kuracyi:

Kreuzbrunn

Ferdinandsbrunn

Waldquelle

Ambrosiusbrunn

Rudolfsquelle

**Najmońsze źródła glauber-
skiej soli w Europie.**

Indikacje: Ogólna tęgosc, otłuszczenie
serca, wzdęcia, nieprawidłowy oddech i
obieg krwi, z powodu powiększającego się
tłuszczu; katar żołądkowy wszelkiego ro-
dzaju; zastój krwi w brzuchu, hemoroidy,
słabość kiszki i wszelkie wypływające z
takowej skutki, choroby kobiece przy za-
koczeniu menstruacji, diatesa.

Indikacje: Katar pęcherzy, krani i organów oddecho-
wych; katar narządów trawiących.

**Najmońsze źródło żelazowe w
Europie z 0,17 dwu-węglasto-żelazo-
wej soli na liter! Indikacje:** Bezkrwistość,
blednica, osłabienie organiczne, neurastenja.

**Najwybitniejsze ziemno-alkaliczne
źródło.**

Indikacje: Chroniczny katar kanałów urynowych;
kamienie w pęcherzu i nerkach; podagra, uratyczna
diatesa.

**Z roku na rok zapotrzebowanie
powiększa się.**

Marienbadzka naturalna sól źródłana

wytępiająca kwasy, łatwo rozтворяjąca, szybko i łagodnie przeczyszczająca.
Znakomity środek podniecający przy używaniu Marienbadzkich wód.

Marienbadzkie pastylki źródłane.

Indikacje: Zgaga, kurecz żołądkowy, chrybku, zastęgnięcie.

Marienbadzki „Mineralmoor“

Bagno najbogatsze w skuteczne pierwiastki i kwasy, 7-8%.

Dostać można w składach wód mineralnych, aptekach i składach aptecznych, lub
wprost przez Towarzystwo ekspedycji wód mineralnych w Marienbadzie (Czechy).
Marienbadzkie mineralne wody, oraz wyroby źródłane stoja bez-
płatnie do dyspozycji p. p. lekarzów dla zbadania.

CHEMICZNA FABRYKA VON HEYDEN, RADEBEUL-DREZNO.

XEROFORM. Najlepszy i najtańszy środek zastępujący jodoform. W użyciu nie
ma zapachu, nie trujący nawet przy wewnętrznym stosowaniu w du-
żych dawkach dla antiseptyki kiszki. Wybitnie działa kojąco na bóle
i wstrzymuje krwawienie, nie drażni i nie wywołuje ekzemy. Odwiana nawet posokowate wy-
dzieliny, działa wybitnie osuszająco i zmniejsza widocznie prędko wytwarzanie ropy. Działa
wprawdzie w niektórych przypadkach słabiej na wytwarzanie ziarniny niż jodoform, przewyż-
sza jednak jodoform i inne środki w działaniu na wytwarzanie nabłonka. Specyficznie dział
przy ulcus cruris i wszystkich mokrych ekzemach. Świeże rany goją się per primam; czas
gojenia skraca się. Dzięki nietrującym własnościom i kojącym bóle z dobrym wynikiem stosuje
się w ginekologii i ranach po oparzeniu. Przy przewlekłych mokrych ekzemach wystarcza czę-
ste wcieranie xeroformu na wacikach; zaoszczędza się przytom kąpieli i środków opatrunkowych.

CREOSOTAL. „Heyden“: Specyfik przy wszystkich niegruźliczych chorobach zakaź-
nych dróg oddechowych. Bystre wyleczenie pneumonii (również
broncho pneumonii, po odrze, influenzy i dyfteryi) przy stosowaniu
dużych dawek Cresotalu: 10—15 gr. pro die w 4 dawkach, dla dzieci dawka na dobę 1—5 gr.

ACOIN. Miejscowy środek znieczulający w chirurgii, okulistyce i dentystrycznych opera-
cyach. Długotrwałe nawet kilka godzinne znieczulenie. Jedyne środki do bez-
bolesnych podspójkowych wstrzykiwań.

Kwas acetylosalicylowy. — Solveol. — Lactophenin,

Przedstawiciel na królestwo Polskie

LUDWIK FREIDER WARSZAWA LESZNO 60.

Literaturę wysyła się bezpłatnie.

Dr. Józef Schermant
ordynuje jak lat ubiegłych
w Maryenbadzie
willa „Apollo“.

BUSKO Dr. Czesław Otto, praktykuje
jak dawniej willa „Wesoła.“