

MEDYCYNĄ.

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 drobnym pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE O mięsakach pierwotnych wątroby. Podał, d-r A. Bossowski. — Przypadek limfosarkomatu śródpiersia przechodzącego do kanału kręgowego. Podali d-rzy L. Bregman i J. Steinhaus. (Dokończenie). — WYKŁADY KLINICZNE. Zmiany i zaburzenia czynnościowe wątroby i nerek w przebiegu zaburzeń żołądkowo-kiszkowych u ssawców. — STRESZCZENIA I WYCIĄGI. 47. O nowym sposobie badania funkcji żołądka. 48. O wpływie położenia ciała na sprawność ruchową żołądka. 49. Stosowanie atropiny w niedrożności kiszki. — Z TOWARZYSTWA LĘKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 27 maja r. b. — STRESZCZENIA ZBIOROWE. Streszczenie zbiorowe z piśmiennictwa o wczesnem rozpoznawaniu ciąży zamocicznej. Ciąg (dalszy). — DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r A. Bossowski — Sur les sarcomes primaires du foie. 2) D-r L. Bregman et J. Steinhaus — Un cas de lymphosarcome du médiastin envahissant le canal rachidien.

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

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r A. Bossowski — Ueber die primären Sarcome der Leber. 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.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO SZPITALA ŚW LUDWIKA W KRAKOWIE.

O MIĘSAKACH PIERWOTNYCH WĄTROBY*)

Podał

Docent D-r ALEKSANDER BOSSOWSKI

Kierownik oddziału.

Mięsaki, jako guzy, rozwijające się pierwotnie w wątrobie, nie należą do zjawisk częstych, a lubo w wieku dziecięcym wogóle częściej się pojawiają, niż u dorosłych, to jednak i u dzieci występują zazwyczaj, jako guzy przerzutowe w przebiegu mięsaków barwikowych i glejaków oka, mięsaków rdzeniastych albo torbielowych nerki lub też mięsaków, wychodzących pierwotnie z okostny albo ze szpiku kości.

*) Według wykładu wygłoszonego na XI Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie d. 16. VII. 1901.

W ostatnich czasach miałem sposobność spostrzegania ściślejszego dwóch przypadków pierwotnego mięsaka wątroby u dzieci, a ponieważ symptomatologia guzów wątroby nie jest jeszcze dostatecznie ustalona, sądzę, że każdy przyczynek pod tym względem znajdzie usprawiedliwienie. Jakkolwiek bowiem chirurgia nowotworów wątroby od czasów prób i doświadczeń GLUCK'a, PONFICK'a, NASSE'go, KUZNICOW-PENSKY'ego posunęła się znacznie naprzód, symptomatologia pozostawia jeszcze wiele do życzenia, zwłaszcza co do początkowych zawiązków nowotworu, a i w późniejszych okresach rozwoju rozeznanie właściwej przyrody guza wydatnego napotyka na znaczne trudności, tak, że nierzadko jedynie cięcie próbne lub nawet dopiero badanie drobnowidzowe wyjaśnia prawdziwy stan rzeczy.

Na szczupłym opierając się materyale, nie kuszę się wcale o rozwiązanie sprawy, wymagającej niewątpliwie o wiele liczniejszych badań i spostrzeżeń, jednakowoż mogę stwierdzić to, że objawy chorobowe mięsaka wątroby kształtują się rozmaicie, a to nietylko w zależności od okresu jego rozwoju, formy histologicznej i usadowienia się w wątrobie, lecz że cechy chorobowe nowotworu milkną niejednokrotnie wobec powikłań, które w wątrobie częściej, aniżeli w narządach innych, zacierają obraz od nowotworu rzucony. Zgodnie z tem przypadki, spostrzegane przeze mnie, okazywały tak znaczne różnice w przebiegu choroby, że podczas gdy pierwszy z nich z rozpoznaniem ściśłem nowotworu wątroby, poddany laparotomii, przekonał tylko o niemożliwości zabiegu doszczętnego z przyczyny zbyt rozległego zajęcia wątroby, w drugim biegu choroby, objawy podmiotowe i przedmiotowe, wreszcie sam zabieg operacyjny utrwały w mniemaniu, że toczy się li tylko sprawa zapalna ropna, tak dalece objawy zapalne górowały nad cechami znamionem nowotworu.

Pozwolę sobie w krótkości przytoczyć wyjątki z opisu chorych, celem zaznaczenia bliższego różnic w objawach chorobowych.

Przypadek I. Chłopiec lat 3, nędznie odżywiany, okazuje w podżebrzu prawem guz wielkości głowy dziecka, pozostający w ścisłym związku z wątrobą, o powierzchni nierównej, brodawkowatej, bolesny przy dotyku. Lekka żółtaczka spojówek i skóry, stolec prawidłowo zabarwiony, jama brzuszna wolna od płynu. Rozpoznanie: mięsak wątroby. Laparotomia wykazuje tak znaczne zajęcie nowotworem wątroby, że wycięcie go w granicach zdrowych nie rokuje powodzenia. Zamknięcie rany laparotomijnej. Oględziny pośmiertne, wykonane po upływie paru tygodni, potwierdziły rozpoznanie mięsaka (*Sarcoma medullare*), wychodzącego pierwotnie z wątroby i zajmującego cały jej płąt prawy, a częściowo i lewy.

Przypadek II. Chłopiec lat 11, przed 3 miesiącami miał przebyć jakąś chorobę gorączkową i odtąd po krótkiej tylko przerwie doznaje stale gorączki, przyczem postępuje wychudnięcie. Istotnie chłopiec wynędzniały jest w najwyższym stopniu, z wyrazem silnego cierpienia na twarzy; stoi i leży przykurczony z przyciągniętymi udami. Ciepłota ciała przekracza 39° C. Barwa skóry ziemisto-błada, żółtaczki brak. Stolec zabarwiony gliniasto, w moczu ślad białka. Wątroba sięga na 3 palce niżej łuku żebrowego, a w odległości 4 palców od linii środkowej brzucha uwydatnia się w zakresie prawego płatu wyraźne wypuklenie, sterczące nad powierzchnię wątroby, wielkości przekroju małego jabłka, pokryte skórą prawidłową, przy dotyku bolesne, chęlboczące. W ogóle cała okolica wątroby jest bolesna, a chory doznaje również samoistnych bólów, wychodzących z wątroby. Zresztą w narzą-

dach brzucha i klatki piersiowej zmian nie ma. Rozpoznano: ropień wątroby. Operacja: Cięciem poniżej łuku żebrowego i równoległe do tegoż otwarto jamę brzuszną i odsłonięto wątrobę, która, prócz cienkich, postronkowatych zrostów z siecią i jelitem grubym na ograniczonej przestrzeni w zewnętrznej części brzegu dolnego, nie okazywała ściślejszego połączenia z narządami sąsiednimi. Na 2 palce powyżej brzegu dolnego prawie w połowie prawego płatu wątroby znajdowało się wypuklenie, ostro ograniczone, kuliste, macalne już poprzed przez ściany brzuszne, na którym powłoka wątroby zgrubiała barwą bladawą odbija od reszty powierzchni wątrobowej. Na zewnątrz i ku górze wypuklają się nadto nieznacznie po nad powierzchnię wątroby dwa mniejsze ogniska blado-szarawe, wielkości orzecha laskowego i fasoli. Po wkłuciu igły wyjałowionej wydobyto strzykawką przeważną część treści ropiastej, żółto zabarwionej z ropnia największego, poczem przszyto brzeg dolny prawego płatu wątroby do otrzewny ściennej i za pomocą noża otwarto szeroko rzezonny ropień. Również otwarto dwa inne mniejsze ogniska, z których wydobyła się taka sama treść ropna. Za pomocą żegadła PAQUELIN'a przepaliłem teraz ściany graniczne między powyższymi 3 ogniskami ropy, przyczem w głębi i po brzegach odkryłem jeszcze dalsze ogniska ropne w liczbie 7—8, dochodzące wielkością orzecha laskowego i otoczone ścianami nierównymi. Miąższ wątroby, rozgraniczający poszczególne ogniska ropne, był kruchy, jakby spróchniały, barwy ciemno-łupkowej, miejscami tylko silniej krwawiący; dokoła ognisk ropnych widać było pasma bledsze, jak gdyby przegrody. Celem badania drobnowidzowego wyciąłem z wątroby schorzałej kawałek większy, między ogniskami ropnymi usadowiony. Przez połączenie wysłędzonych ognisk ropnych powstała jama szerokości dłoni męskiej, długa na 12 ctm., w którą wprowadziłem sączki i gazę jodoformową.

Przebieg dni pierwszych po operacji był bardzo pomyślny; prócz bólów, których chory doznawał w miejscu rany brzusznej, stan ogólny zupełnie zadowalający. Ciepłota opadła do normy, tętno równe i silne. Przy opatrunku pierwszym po upływie 4 dni wydobyto z rany część gazy, pokrytej małą ilością ropy bezwonnej, i zastąpiono ją świeżą. Przy dalszych opatrunkach odkryto jeszcze w głębi i na brzegach rany wątrobowej poszczególne kanały, z których dobywała się ropa, i porozszerzano je na tępo kleszczykami, zakładając w powstałe szczeliny gazę jodoformową. Z końcem tygodnia od czasu operacji podniosła się jednak ciepłota znacznie (wyżej 39° C.) i od-tąd z małemi tylko przerwami, wśród których nie dosięga 38° C., utrzymuje się wieczorami na wysokości 39° C., opadając znacznie nad ranem, jako typ gorączki przepuszczającej. Potów i dreszczów chory nie doznaje. Stan ogólny pomimo tej ciągłej prawie gorączki poprawił się w porównaniu do czasu przed operacją, a chociaż i teraz wygląda chory nędznie, czuje się jednak silniejszy, przechadza się bez bólów i okazuje pociąg do pokarmów przeważnie grubych i ciężkich, jak ziemniaki, kapusta i t. d. Stolec zawsze zabarwiony gliniasto. Rana goiła się bardzo wolno, choć bez zaburzeń wyraźniejszych, obecnie w 3 miesiące po operacji przedstawia jeszcze niewielką płaszczyznę, powierzchownie granulującą. Bolesność w okolicy wątroby przy dotyku utrzymuje się jeszcze, więcej jednak w płacie lewym. (Demonstracja chorego).

Badanie ropy, wydobytej z ropnia przy operacji strzykawką wajałowioną, wykazało obecność gronkowca złocistego (*staphyl. pyog. aureus*); roz-

biór drobnowidzowy kawałka, wyciętego z wątroby, stwierdził obok rozległego ropienia utkanie mięsaka siatkowego (*Sarcoma alveolare*).

Na podstawie przebiegu choroby i wyniku badania histologiczno-bakteryologicznego ropy i schorzałego mięszu wątroby przyjąć należy w przedstawionym przypadku jako podstawowe cierpienie nowotwór, do którego przyłączyło się powikłanie pod postacią zakażenia ropnego. Zwarcie się takie dwóch spraw chorobowych, i w innych narządach nie zbyt rzadkie, tem mniej zadziwiać może w wątrobie. Ścisły związek, jaki zachodzi między wątrobą a jelitem przez bezpośrednią łączność przewodu żółciowego z dwunastnicą z jednej strony, z drugiej zaś drogą krążenia krwi przez żyłę wrotną, wobec zaburzeń w przewodzie pokarmowym, łatwy daje dostęp czynnikom szkodliwym, które w utkaniu wątroby, nowotworowo zmienionem, a więc mało odpornem, znajdują korzystne warunki do osiedlenia się i dalszego rozwoju. Znaną zaś jest rzeczą, że zaburzenia w przewodzie pokarmowym w przebiegu nowotworów wątroby bywają nader częste, więc też na odwrót dość często ujawniać się może wpływ szkodliwości z jelita na wątrobę nowotworową. Gorączka wysoka, spostrzegana niejednokrotnie w późniejszych okresach rozwoju mięsaka wątroby, tak zwana gorączka mięsakowa jest niewątpliwie właśnie dowodem zakażenia tkanki nowotworowej, które z jelita bierze początek. Jak świadczy mój przypadek, stwierdzenie stanu gorączkowego u chorego nawet we wczesnej dobie cierpienia wątroby nie starczy wcale za znamię klasyczne, przytaczane powszechnie w celach rozpoznawczych dla odróżnienia sprawy zapalnej od nowotworu wątroby. Przypadek, spostrzegany przeze mnie, wskazuje nadto, że w razie dołączenia się ropienia w wątrobie, nowotworem już zajętej, sprawa zapalna objawami swymi wybitniejszymi bierze przewagę nad sprawą chorobową nowotworową i, przytłumiając ją niejako, rozpoznanie na mylnie sprowadza drogi. Ten wzgląd ważny skłania mię do zwrócenia baczniejszej uwagi na mało dotąd uwzględnianą możliwość wikłania się nowotworu wątroby z ropieniem, zwłaszcza, że, wnosząc z odnośnego piśmiennictwa, więcej takich przykładów wskazać można. BRAMWELL np. opisał guz wielki w wątrobie, od 3 miesięcy trwający, u kobiety 25 letniej, dotąd zupełnie zdrowej, który na podstawie przekłucia rozpoznał jako ropień. Ponieważ przekłucie przyniosło tylko chwilową ulgę, przystąpił do nacięcia go, przyczem wystąpił nader gwałtowny krwotok. Po 4 tygodniach kobieta zmarła, a oględziny pośmiertne stwierdziły rozległy nowotwór, zajmujący cały płat prawy i część lewego, który pod drobnowidzem okazał się mięsakiem, z komórek wrzecionowatych złożonym. (Edinb. med. journ. 1896. Ref. Centr. f. Chir. 1897. Nr. 11).

Zdaniem mojem, znaczna część tych tak zwanych rodzimych ropni wątroby wieloogniskowych, zazwyczaj przewlekłe przebiegających, których etiologia jest zupełnie ciemna, gdzie nie można wskazać, jako przyczynę, żadnej z chorób, w których upatrujemy zwykle związek przyczynowy z ropieniem wątroby, gdzie nawet leczenie operacyjne pomimo otwarcia licznych ognisk ropnych pozostaje bezowocne i nie zmienia na lepsze stanu chorego, zwolna wśród postępującej kacheksyi chylącego się do zgonu, odnieść należy do następczego zakażenia ropnego wątroby, pierwotnie sprawą nowotworową dotkniętej.

Pod względem praktycznym prócz zadowolenia, jakie przynosi ze sobą rozpoznanie istotnego stanu chorobowego u chorego, uwzględnienie możli-

wego powikłania się nowotworu z ropieniem w wątrobie może mieć jeszcze to znaczenie, że w przypadkach, gdzie ropienie dołączy się w okresie wczesnym pierwotnego mięsaka wątroby, gdy dopuszczalne jest jeszcze wycięcie nowotworu doszczętne w granicach zdrowych, leczenie operacyjne na właściwe można skierować tory.

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.).

(Dokończenie — Zob. N. 27).

II. CZĘŚĆ ANATOMICZNA.

Przechodząc obecnie do przedstawienia wyników badania anatomo-patologicznego przypadku, powyżej opisanego, rzecz rozpoczniemy od makroskopowego badania pośmiertnego. Ciało kobiety wzrostu średniego, dość silnej budowy, miernie odżywiane, o bladej skórze i cienkim pokładzie tłuszczowym podskórnym. Zeszytwnienie pośmiertne nieznaczne. Plamy hipostatyczne w dolnej części krzyża.

Klatka piersiowa nieco asymetryczna, mianowicie górna część lewej połowy jej nieco wypuklejsza od prawej. Przez skórę widać i wyczuwa się nad lewym obojczykiem przy stawie mostkowo-obojczykowym guz wielkości małego jabłka, nieruchomy pod łatwo przesuwalną i niezmienną skórą. Od lewego obojczyka w dół do 3 żebra na przedniej powierzchni klatki piersiowej pomiędzy mostkiem a wschodzącą częścią żeber, więc przeważnie w części chrzęstnej żeber, wyczuwa się pod skórą niezmienną rozlane nierównomiernie masy tkankowe zarówno na żebrach, jak i w międzyżebrzach.

Przy usuwaniu mostka i chrząstek żebrowych przekonujemy się, że owe obrastające żebra masy tkankowe łączą się bezpośrednio z guzem, zajmującym śródpiersie i lewą część klatki piersiowej. Guz w górze leży na tchawicy, poczynając od miejsca, odległego o 3 cm. od mostka, ztąd schodzi w dół poza mostkiem, rozszerzając się i pogrubiając po stronie lewej. Serce i duże naczynia odepchnięte ku dołowi; te ostatnie nadto obrośnięte są masą nowotworową, która ze śródpiersia przechodzi do lewej połowy klatki piersiowej, spycha ku dołowi lewe płuco i zajmuje jego miejsce z przodu do 3-go żebra, z tyłu do 6-go kręgu. Masa nowotworowa przyrośnięta jest do przylegającej powierzchni płuca i do wewnętrznej powierzchni klatki piersiowej, wrasta z przodu w mięśnie międzyżebrowe i obrasta górne 3 żebra. Po za

obojczykiem przy mostku nowotwór wychodzi z klatki piersiowej w formie kolistej narośli, o której wyżej już mówiliśmy.

W tył guz przechodzi z lewa od tchawicy i przełyku i na wysokości 7 szyjowego a 1 i 2 piersiowego kręgów zrasta się z ciałem kręgów i przerasta je.

Lewe płuco jest prawie zupełnie bezpowietrzne w górnej połowie, w dolnej zawiera więcej powietrza. W jamie opłucny lewej około 50 grm. płynu surowiczego. Prawe płuco zupełnie swobodne, bez zmian na przekroju. Serce zepchnięte ku dołowi i ku środkowej linii ciała, tak iż wierzchołek znajduje się przy mostku w miejscu połączenia 7—8 chrząstki żebrowej z mostkiem. Mięsień sercowy bez zmian, również i zastawki.

Gruczoły śródpiersia, o ile nie znikły w ogólnej masie nowotworu, są powiększone, miękkie na przekroju. Śledziona opuszczona i powiększona; przekrwiona i miękka.

Wątroba opuszczona po stronie lewej, nieco powiększona, stłuszczone. Nadnercza bez zmian.

Nerki trochę przekrwione, torebka zdejmuje się łatwo. Miedniczki rozszerzone, zawierają płyn ropiasty; błona śluzowa miedniczek przekrwiona. Pęcherz zawiera mocz ropiasty; jego błona śluzowa przekrwiona.

Żołądek opuszczony — bez zmian. Kiszki cienkie również bez zmian. Błona śluzowa kiszki grubej, szczególnie od *flexura lienalis* w dół, przekrwiona i pokryta obficie śluzem.

Gruczoły krezkowe i pozaotrzewnowe nie powiększone.

Narządy płciowe bez zmian.

Mózg bez zmian makroskopowych; mocny przyrost opony twardej na wypukłości.

W kanale kręgowym od 6 kręgu szyjowego do 3 piersiowego między oponą twardą a kością znajduje się masa nowotworowa z lewej strony, przyrośnięta do opony twardej i do kości, gruba do $\frac{3}{4}$ ctm., szeroka do $1\frac{1}{2}$ ctm. Masa ta wchodzi do kanału kręgowego na wysokości 7 szyjowego i pierwszych 2 piersiowych kręgów przez ciała tych kręgów i uciska rdzeń i wychodzące z niego korzonki lewe.

Po rozcięciu opony twardej widać rdzeń uciśnięty z lewa i z przodu na wskazanej przestrzeni przez masę nowotworową. Na przekrojach widać makroskopowo tylko zatarcie budowy rogu lewego w górnej części przestrzeni uciśniętej.

Narządy klatki piersiowej i rdzeń utrwalone zostały w formalinie. Część rdzenia przeszła z formaliny wprost do wysoku, reszta zaś uprzednio do płynu MUELLER'a, z którego niektóre odcinki potraktowane zostały jeszcze płynem MARCHI'ego.

Wszystkie preparaty krajane były w parafinie.

Z różnych okolic guza również porobione zostały skrawki parafinowe.

Przechodząc obecnie do charakterystyki masy nowotworowej, zaznaczamy na pierwszym miejscu jej miękkość — na przekrojach masa tkankowa przelewała się w postaci białego płynu, jak śmietana; miejscami tylko guz był twardszy, o barwie bardziej żółtej, lub kruchy, suchy, serowaty.

Mikroskopowo białe masy okazały wszędzie budowę jednakową. Skąpa tkanka łączna, gdzieniegdzie tylko układająca się w szersze pasma, tworzyła różnej wielkości alweole, wypełnione limfocytami o bardzo skąpej protoplazmie. W tkance łącznej przebiegały naczynia.

Twardsze miejsca guza różniły się wyłącznie ilością tkanki łącznej, która tworzyła tu gęściej ułożone, szerokie pasma, pomiędzy którymi pozostawały wąskie szczeliny, wypełnione takimi samymi, jak w miękkich częściach, komórkami.

Miejsca kruche, serowate okazały się ogniskami nekrozy tkanki nowotworowej.

Obraz powyższy odpowiada w zupełności limfosarkomatowi.

Z kolei należy nam się teraz zastanowić nad kwestyą, gdzie był punkt wyjścia guza.

Jak wiadomo, limfosarkomaty powstają w gruczołach limfatycznych, w aparacie follikularnym przewodu pokarmowego i w grasicy.

W naszym przypadku dwie możliwości są do rozważenia: albo gruczoły limfatyczne śródpiersia dały początek nowotworowi, albo grasicą.

Przy tak daleko posuniętym rozroście, jak w naszym przypadku, opierać się poważnie na umiejscowieniu guza niepodobna. Widzimy wprawdzie, że zajęte przez guz jest między innymi i miejsce, w którym w dzieciństwie leży grasicą, ale może to być tak dobrze skutek dalszego szerzenia się, jak i pierwotny punkt wyjścia. Musimy zatem szukać innych różniczkowo dyagnostycznych danych.

W limfosarkomatach grasicy znajdowano niekiedy ciała HASSAL'a. Tworzy te, które, dodam nawiasem, należy starannie odróżniać od podobnych nawarstwionych konglomeratów komórkowych, znajdujących w śródbłonikach, są stałą i charakterystyczną częścią składową grasicy, w gruczołach zaś limfatycznych nigdy się nie znajdują, więc znalezienie ich byłoby bezsprzecznym dowodem, że i nasz guz z grasicy pochodzi. Ale ciała HASSAL'a znajdują się względnie bardzo rzadko w limfosarkomatach grasicy i są wtedy tylko resztką normalnej jej tkanki. Nieznalezienie ich w naszym przypadku odbiera nam wprawdzie bardzo ważny moment różniczkowo-dyagnostyczny, nie wyłącza ono jednak możliwości pochodzenia naszego guza z grasicy.

Pozostaje jeszcze tylko jedna cecha różniczkowo-dyagnostyczna: nowotwory grasicy stanowią zwykle mniej lub bardziej jednolitą masę, podczas kiedy limfosarkomaty gruczołów są przeważnie konglomeratem guzów, z których każdy odpowiada zwyrodniałemu gruczołowi. Na zasadzie tej cechy należałoby się skłonić ku przypuszczeniu pochodzenia naszego guza z grasicy, gdyby cecha ta była stałą, gdyby limfosarkomaty gruczołów nie mogły nigdy łączyć się w masę jednolitą. W naszym przypadku wątpliwości są tem bardziej uzasadnione, że przebieg kliniczny wskazuje na wczesne zajęcie tylnych części śródpiersia. Przebieg kliniczny nawet wprost wskazuje drogę, którą przeszedł nowotwór do kanału rdzeniowego. Otwory międzykręgowe musiały być tą drogą, gdyż objawy rdzeniowe rozpoczęły się od zjawisk ucisku na korzonki. Później dopiero pod naporem guza uległy zniszczeniu ciała kręgowe. A wszystkie te objawy powstały wcześniej, niż od przodu wyczuć można było i zobaczyć rozrost guza.

Zmiany, znalezione w samym rdzeniu, odpowiadają w zupełności temu, czego oczekiwać należało — wykazane za pomocą metody MARCHI'ego wstępujące i zstępujące zwyrodnienia, idące według stereotypowego szematu i nad którymi się tu rozwodzić nie będziemy.

Zatrzymamy się jedynie nad zmianami, znalezionymi w rdzeniu w miejscu ucisku, żeby zaznaczyć zwyrodnienie białej substancji na całym przekroju, występujące niezmiernie wyraźnie na preparatach, przygotowanych we-

dług metody MARCHI'ego, i częściowe zniszczenie lewego rogu przez wybroczyny, które przechodzą na niewielkiej przestrzeni na przedni lewy pęczek i na spoidło przednie.

Przypadek powyższy, [interesujący ze stanowiska klinicznego, i pod względem patologo-anatomicznym zasługuje na wyróżnienie. Czy będziemy traktowali nowotwór jako limfosarkomat gruczołów, czy też jako guz grasicy, przejście jego do kanału kręgowego będzie zjawiskiem niezwykłym. W literaturze notowano raz jeden zaledwie (przyp. BENETT'a) przejście guza śródpiersia do kanału kręgowego.

WYKŁADY KLINICZNE.

E. LESNÉ i P. MERKLEN.

ZMIANY i ZABURZENIA CZYNNOŚCIOWE WĄTROBY i NEREK w przebiegu zaburzeń żołądkowo-kiszkowych u ssawców.

Zaburzenia w czynności wątroby i nerek są rzeczą zwykłą w przebiegu nieżyłtów przewodu pokarmowego u ssawców. Nagromadzenie substancji trujących, których zwyrodniały nabłonek kiszek nie jest w stanie wydalić, zmusza wątrobę do nadmiernej pracy; co się zaś tyczy nerek, to cierpią one albo jednocześnie z całym ustrojem lub też jako narząd wydzielniczy.

Na podstawie badań własnych i danych z literatury autorowie wskazują na częstość mięszowego i tłuszczowego zwyrodnienia wątroby a również zwykłego przekrwienia z rozszerzeniem naczyń włosowatych. Pęcherzyk żółciowy bywa w takich razach przepelniony mocno zabarwioną i gęstą żółcią. Pod mikroskopem widzimy silne przekrwienie w przypadkach ostrych. W przypadkach ostrych przekrwienie jest wyrażone słabiej, zato na pierwszy plan występuje nagromadzenie białych ciałek wszelkiego rodzaju a nie, jak dotąd sądzono, wyłącznie limfocytów; gdzieniegdzie spotykamy czerwone ciała jądrowe, przyczem autorzy wypowiadają zdanie, że wątroba pod wpływem zakażenia może odzyskać swą własność krwiotwórczą; nakoniec spotykamy i tutaj miejscowe zwyrodnienie tłuszczowe. W przebiegu przewlekłym widzimy wakuolizację komórek wątrobowych i sklerozę gałązek żyły wrotnej.

Co się tyczy nerek, to tutaj nie spotykamy żadnych zmian właściwych. KJELBERG pierwszy zwrócił uwagę na zapalenie nerek, idące ręką w rękę z zaburzeniami przewodu pokarmowego; nierzadko spotykamy zakrzep *venae renalis*, zawał moczowy lub zwyrodnienie tłuszczowe w kanalikach. Piramidy są zwykle silnie przekrwione, warstwa zaś korowa często tłuszczowo zwyrodniała. Zapalenie nerek występuje zwykle w tych razach pod postacią mięszowego lub tłuszczającego. Dla uzupełnienia obrazu dodać należy, że autorom nigdy nie udało się wykryć obecności jakichkolwiek drobnoustrojów.

Objawy kliniczne ze strony wątroby i nerek dotąd mało były uwzględniane w pracach, dotyczących chorób przewodu pokarmowego u ssawców, gdyż w rzeczy samej tylko nadzwyczaj ściśle badanie może cokolwiek wykryć. Spotykamy, wprawdzie niewielki przerost wątroby, lecz ani śladu żółtaczk, i tylko

badanie moczu może przedstawić sprawę we właściwym świetle. W przypadkach ostrych mamy nieraz nadmierne wydzielanie żółci, w przewlekłych zato jest ono upośledzone. Prócz białkomoczu, który był nieraz notowany, na uwzględnienie zasługują duszność i obrzęki. KOPLIK wskazuje na charakterystyczny jakoby stan psychiczny dziecka, w którym niepokój występuje naprzemian z przygnębieniem, następnie na spadek ciepłoty, wymioty napadowe lub stałe i nakoniec zwężenie źrenic; wszystkim tym cechom jednak autorowie nie przypisują wartości stałego objawu. Słowem, tylko przerost wątroby, duszność, obrzęki i czasami zwężenie źrenic, jako objaw mocznicy, mogą dowodzić zaburzeń w czynności wątroby i nerek.

Najważniejsze dane możemy otrzymać z rozbioru moczu. Nim jednak przejdziemy do moczu patologicznego, przyjrzyjmy się naprzód składnikom prawidłowym. Dziecko oddaje moczu niewiele, jeżeli weźmiemy jednak pod uwagę stosunek ilości dobowej do wagi ciała, widzimy, że jest on większy, niż u dorosłych; stężenie moczu również jest słabe, gdyż ustrój, dzięki wzmożonej przemianie materii, dokładnie zużytkowuje pokarmy. Mocz jest zwykle przezroczysty, często jednak widzimy osad moczowy; w związku z tem wszystkim i wskaźnik urotoksyczny jest bardzo niski.

Jeżeli przejdziemy do poszczególnych części składowych, to widzimy przede wszystkim, że zawartość mocznika jest bardzo mała; łatwo to zresztą było przewidzieć wobec wyłącznie prawie mlecznej diety noworodków. Chlorki są również słabo reprezentowane; należy jeszcze wymienić w tem miejscu niewielką ilość kwasu moczowego i moczanów. Urobiliny nie spotykamy nigdy w normalnym moczu noworodków; nie zawiera on również indykanu i nie daje odczynu EHRlich'a.

Cukier i białko dały pole do sporów. Jeżeli dziś jest prawie powszechnie przyjęte, że obu tych ciał w moczu prawidłowym nie ma, to jednak są i zdania przeciwnie. Taki niby cukromocz zależy, podług autorów, wyłącznie od obecności w moczu substancji odtleniających. Co się tyczy nerek, to VIRCHOW, RIBBERT i inni stwierdzają częsty białkomocz u dzieci; i tutaj jednak autorowie twierdzą kategorycznie, że cechuje on wyłącznie stany chorobowe.

Wyniki badania kryoskopowego są w zupełnej zgodzie z własnościami moczu, wymienionemi powyżej. I rzeczywiście Δ jest bliski O: w pierwszym miesiącu życia autorowie otrzymali od — 0,13 do — 0,35, przeciętnie — 0,25, w drugim od — 0,21 do — 0,78, przeciętnie — 0,41.

Stosunek punktu zamarzania do ilości chlorku sodu w 100 ctm. $\left(\frac{\Delta}{NaCl} \right)$ jest przeszło trzy razy mniejszy u dorosłych, niż u noworodków, co idzie w parze z małą zawartością chlorków sodu w moczu tych ostatnich.

Co się tyczy moczu w nieżytych przewodu pokarmowego, to w przypadkach lekkich mało on się różni od normalnego. Przeciwnie, gdy obraz choroby zbliża się do typu, znanego pod nazwą „*cholera infantum*” — mocz nabiera cech zgoła odmiennych. Przedewszystkiem dobową ilość spada do 50, a nawet 30 ctm. Kwaśność moczu wzrasta, a jednocześnie fermentacja zasadnicza odbywa się raźniej. Ciężar właściwy dosięga wkrótce 1015 — 1020, a w związku z tem Δ oddala się od O i waha się między 1,10 i 1,20, a nawet dochodzi do 2,0. W takim moczu spotykamy już składniki, które dowodzą zaburzeń w czynności wątroby i nerek.

Barwników żółciowych i urobiliny autorzy nie spotykali w podobnych przypadkach; indykan, uważany za stałą składową część w przebiegu nieżytych przewodu pokarmowego, autorzy znaleźli 44 razy na 60 przypadków.

Nad cukromoczem zostały przeprowadzone dokładne badania. Początkowo doświadczenia robiono z sacharozą; w drugiej jednak seryi posługiwano się syropem. NOBÉCOURT pierwszy zwrócił uwagę na to, że cukromocz pokarmowy zjawia się często u dzieci krzywiczych w związku z obostrzeniem nieżytych kiszki, TERRIEN zaś widział go i w nieżytych samoistnych. Autorowie, opisując swe doświadczenia, twierdzą, że najniższą dawką cukru, wywołującą cukromocz, była 5,81 na kilogram wagi ciała pięciomiesięcznego dziecka, zwykle jednak nawet przy ilościach daleko wyższych, np. 8,88 na kilogram nie udawało się dopiąć celu. Prawdopodobnie więc w przebiegu nieżytych, a przynajmniej w okresie ostrym, czynność wątroby jest wzmożona; przeciwnie, w stanach przewlekłych cukromocz występuje częściej, co znajduje tłumaczenie w niedomodze wątrobowej.

Doświadczenia nad wydalaniem błękitu metylenowego doprowadziły do wniosku, że, o ile u dzieci normalnych występuje ono prawidłowo, to znaczy bez przerw, to w nieżytych widzimy tak zwany policyklizm, który podług CHAUFFARD'a dowodzi zaburzeń wątroby. Zadawanie błękitu metylenowego odbywało się dwoma sposobami: *per os* i pod skórę w jednakich dawkach 0,02.

Badania nad mocznikiem są pierwszorzędnej wagi, gdyż stosunek ilości mocznika, wytworzonego przy współdziałaniu wątroby, do reszty innego pochodzenia, jest tak dominujący, iż daje najdokładniejsze pojęcie o stanie tego narządu. W badaniach, przedsięwziętych w tym względzie, brano zawsze dobową ilość moczu i zwracano uwagę na ilość mocznika w zależności od wieku, formy chorobowej i wagi dziecka. Otóż pod każdym względem widzimy zmniejszenie tej składowej części w porównaniu z moczem normalnym. Nie chcąc się wdawać w szczegóły omawianych badań, powiemy tylko, że stosunek ten wahał się w granicach 1 : 2 lub 1 : 3. To zmniejszenie ilości mocznika występowało we wszystkich formach nieżytych przewodu pokarmowego, najjaskrawiej jednak w formach przewlekłych, gdzie dyeta chorego była zbliżona do normalnej.

Lecz bezwzględna ilość mocznika nie jest jeszcze miarodajna, gdyż i dyeta jest odmienna od zwykłej, i gorączka modyfikuje sprawy przemiany materii.

Daleko pewniejsze dane otrzymać możemy, określając $\frac{C}{Azt}$ i $\frac{Azu}{Azt}$, o których pokrótce wzmiankowaliśmy wyżej. Ostatni wskaźnik, jak dowiódł BOUCHARD, nie jest miernikiem szybkości spraw utleniania, lecz sprawności wątroby, gdyż wydzieliny przy dezasymlacji tracą poczęści swe własności trujące i dążą do przemiany w mocznik; w rezultacie tracą część węgla, a lwia rolę w tej procedurze gra czynność wątroby. Węgiel wydziela się z powietrzem wydychanym, żółcią i moczem. W stanie normalnym wątroba skierowuje dużo węgla do kiszki i mało do moczu; tak więc wielka ilość węgla w moczu w stosunku do ogólnej jego ilości będzie dowodziła zaburzeń w czynności wątroby.

Stosunek $\frac{Azu}{Azt}$ musi iść ręką w rękę z poprzednim. W samej rzeczy, jeżeli ilość azotu mocznika zmniejszyła się na korzyść ogólnej ilości azotu, dowodzi to, że sprawy dezasymlacji idą nieprawidłowo; ależ i zwiększenie stosunku $\frac{C}{Azt}$ dowodzi tegoż samego. Jednym słowem wątroba funkcjonuje tem sprawniej, im $\frac{C}{Azt}$ jest mniejsze, a $\frac{Azu}{Azt}$ jest większe.

Mówiliśmy już poprzednio, że stosunek $\frac{Azu}{Azt}$ u dzieci jest cokolwiek wyższy, niż u dorosłych, i waha się w granicach 0,90—0,91. W niezbyt ostrych (16 przypadków) autorzy widzieli wahania szersze, 0,94—0,83, przyczem śmiertelność dzieci ze wskaźnikiem niższym była większa; w niezbyt przewlekłych (5 przypadków), dających rokowanie gorsze, stosunek ten był o wiele niższy od normalnego (0,67—0,86). Co się tyczy stosunku $\frac{C}{Azt}$ (8 przypadków) w przebiegu ostrym z zejściem pomyślnem, to mało on się różnił od normalnego (0,68—0,74); w przypadkach z zejściem niepomyślnem i przebiegiem przewlekłym stosunek ten był zawsze zbliżony lub przekraczał nawet 1,0.

(D. n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

47. SAHLI (Bern). **O nowym sposobie badania funkcji żołądka.** Rozpoznawanie wielu spraw chorobowych żołądka zwykliśmy opierać na wynikach badania jego zawartości, wyciągniętej w pewien czas po śniadaniu próbnym, które składa się przeważnie z wodorów węgla lub z substancji białkowych. Nie potrzeba dowodzić, jak chwiejne są nieraz wnioski, stawiane na mocy wyników takiego badania. Mamy tu przecie do rozwiązania równanie z trzema niewiadomymi, któremi są: sprawność ruchowa żołądka, ilość i skład chemiczny soku, wreszcie zdolność chłonięcia pokarmów białkowych i wodorów węgla. Wpływy tych różnorodnych czynników w pewnych przypadkach sumują się, w innych znowu wzajemnie się znoszą. To też, chcąc wyrobić sobie należyte pojęcie o stopniu działania każdego poszczególnego czynnika, należy choć jeden wyeliminować zupełnie; usunąć naprzykład wpływ chłonięcia.

Wychodząc z tego założenia, autor dodaje do próbnego śniadania tłuszcz.

Oto jest przepis tego próbnego śniadania: należy wziąć 25,0 mąki i, dodawszy 15,0 masła, zrumienić ją na patelni, poczem, ciągle mieszając, dodawać niewielkie ilości wody aż do 350 ctm. sz.; mieszaninę gotować w ciągu 1 — 2 minut, potem posolić.

W ten sposób przyrządzona zupa jest bardzo smaczna. Przedstawia ona dodatkadną zawiesinę tłuszczową, która nie zmienia swych własności fizycznych nawet po całogodzinnem trawieniu w żołądku.

Wobec tego możemy twierdzić stanowczo, że stosunek ilości tłuszczu do ogólnej ilości płynu w zupie pozostanie niezmienny niezależnie od stopnia sprawności ruchowej żołądka. Również bez wpływu na stosunek procentowy tłuszczu pozostanie zdolność chłonięcia, gdyż ani tłuszcz, ani woda (doświadczenia MERING'a) nie wsysają się w żołądku. W ten sposób z ilości tłuszczu, znajdującego się w zawartości żołądkowej w godzinę po próbnym śniadaniu, będziemy mogli obrachować ilość zupy, która pozostała w żołądku. Odjąwszy tę ilość od ogólnej ilości płynu, wyciągniętego z żołądka, otrzymamy ilość czystego soku żołądkowego, którego kwaśność uda się nam wtedy łatwo obliczyć.

Metodyka autora jest następująca.

Chory naczco po dokładnem przemyciu żołądka zjada łyżką 300 ctm. sz. zupy, przyrządzonej, jak wyżej. W godzinę po tem wyciągamy zawartość żołądkową za pomocą miękkiego zgłębnika i mierzymy objętość tej porcji. Pozo-

stałą w żołądku ilość treści określamy sposobem MATHIEU. W tym celu wlewamy przez zgłębnik do żołądka 300 ctm. sz. letniej wody; mieszamy tę wodę z treścią żołądkową, ugniatając zlekka żołądek; wreszcie wyciągamy z powrotem tę II porcyę. Natychmiast po wyciągnięciu określamy w porcyi I i II ogólną kwaśność¹⁾; miareczkowanie uskuteczniamy na nieprzesączonym płynie. W celu uniknięcia błędów w miareczkowaniu najlepiej jest niewielkie ilości porcyi I i II (koło 5 ctm. sz.) silnie wyklócić z 4-krotną ilością eteru i miareczkować wodny roztwór, oddzieliwszy go od eteru za pomocą lejka rozdzielającego: usuwamy w ten sposób kwasy tłuszczowe, których obecność przy określaniu kwaśności spowodowałaby zbyt wysokie cyfry. Jeżeli teraz kwaśność I porcyi jest a , kwaśność II porcyi — b , to ilość treści żołądkowej, która pozostała niewy-pompowana za pierwszym razem, oznacza się według wzoru: $II = \frac{300 b}{a - b}$ w centymetrach sześciennych. Porcyę I + II przedstawiają ogólną ilość treści żołądkowej w godzinę po próbnem śniadaniu: $I + II = Og.$

W porcyi I określamy procent tłuszczu za pomocą butyrometru GERBER'a. Do butyrometru wlewamy 10 ctm. sz. kwasu siarczanego ($D = 1,82 - 1,825$), dalej 1 ctm. sz. czystego alkoholu amyłowego ($D = 0,815$), wreszcie 11 ctm. sz. z porcyi I. Naczynie zatykamy korkiem i silnie wstrząsamy; kwas siarczany spala substancje organiczne z wyjątkiem tłuszczu, który przechodzi do alkoholu. Po odcentryfugowaniu obliczamy wysokość słupa alkoholowego roztworu i otrzymujemy ilość tłuszczu w % z dokładnością do $\frac{1}{10}\%$. Centryfugowanie i obliczanie uskuteczniamy przy temperaturze nie niższej niż $70^{\circ} C.$ (krzepnięcie tłuszczu).

Z doświadczeń SEILER'a widać, że rozpad tłuszczu w żołądku po jednogodzinnem trawieniu jest minimalny, można go zatem nie uwzględnić przy obliczaniu.

Za pomocą tego samego butyrometru określamy dalej % tłuszczu w zupie, z której 50 ctm. sz. pozostało niezuczyte.

Mając wiadome: ilość ogólną treści żołądkowej $Og.$ = porcyi I + porcyi II i ilość tłuszczu w % porcyi I, możemy obliczyć ilość tłuszczu absolutną, znajdującą się w żołądku w 1 godzinę po śniadaniu próbnem. Dalej możemy obliczyć ilość zupy, która pozostała w żołądku: jeżeli naprzykład wprowadziliśmy 300 ctm. sz. zupy z 5% tłuszczu, to jest z 15,0 tłuszczu, a w godzinę potem znajdujemy w żołądku tylko 3,0 tłuszczu, to znaczy, że $\frac{3}{15} \times 300 = 60$ ctm. sz. zupy zostało w żołądku, a 240 ctm. sz. przeszło już przez odźwiernik. Ta ostatnia cyfra jest poniekąd probierzem działalności ruchowej żołądka. Różnica pomiędzy wartością $Og.$ a ilością zupy Zu , która pozostała w żołądku, wskaże nam ilość czystego soku żołądkowego: $Og - Zu = So.$ Mając kwaśność treści żołądkowej, jej ilość i ilość czystego soku żołądkowego, możemy wreszcie znaleźć kwaśność tego ostatniego za pomocą bardzo krótkiego obliczenia. Autor wypróbował nową metodę badania przedewszystkiem na kilku osobnikach ze zdrowym żołądkiem. Wprowadzając 300 ctm. sz. zupy, otrzymywał autor po godzinie około 113 ctm. sz. średnio (od 57,0 — 124,0) treści żołądkowej. Granice wahań były dość znaczne, tak że jedynie bardzo duże uchylenia od tej średniej można uważać za objaw chorobowy. W treści żołądkowej zawsze był obecny wolny kwas solny, zaś kwasu mlecznego nie było. Kwaśność czystego soku żołądkowego

¹⁾ Jeżeli określanie nie może być zrobione natychmiast, należy przez krótkie zagotowanie treści żołądkowej zniszczyć w niej zaczyn rozkładający tłuszcz.

wynosiła $3\frac{0}{100}^2 - 4\frac{0}{100}\cdot 4$. Stosunek ilości czystego soku żołądkowego do ilości zupy, znajdującej się w żołądku po jednogodzinnem trawieniu był bardzo stały i zbliżał się do 1. Stosunek ten przez SEILER'a nazwany Secretionsquotient. Wreszcie, jeżeli ilość zupy, znajdującej się w żołądku po godzinie, oznaczymy za pomocą Zu , to stosunek $\frac{300 - Zu}{300}$ czyli wykładnik sprawności ruchowej żołądka (Motilitätsquotient) wynosił $\frac{3}{4} - \frac{9}{10}$.

Jeżeli teraz przejdziemy do stanów patologicznych żołądka, to łatwo nam będzie zrozumieć, że nowa metoda pozwoli nam niejednokrotnie na wykrycie takich zaburzeń w trawieniu, które dotychczas przechodziły niepostrzeżone dla badającego. W wielu przypadkach ulegnie zmianie punkt widzenia, z którego patrzyliśmy na daną jednostkę chorobową.

Rozpoznawać takie stany jak *hyperaciditas* i *hypaciditas*, można będzie tylko wtedy, gdy skonstatujemy nadkwaśność lub podkwaśność czystego soku żołądkowego. Dalej rozpoznawanie *hypersecretio* i *hyposcretio* autor stawia na zasadzie wielkości stosunku $\frac{So}{Zu}$, to jest tak zwanego „Secretionsquotient“ SEILER'a.

Autor przekonał się, że nadkwaśność i nadmierne wydzielanie soku żołądkowego nie zawsze idą w parze: widział on kilka przypadków zmniejszonego wydzielania soku żołądkowego, który był jednak nadmiernie kwaśny; oczywiście takie zaburzenie w wydzielaniu nie może być rozpoznane zwykłymi metodami badania, bowiem kwaśność ogólna całkowitej treści żołądkowej może być prawidłowa.

Co do zmian sprawności ruchowej żołądka — oceniamy je na zasadzie stosunku $\frac{300 - Zu}{300}$. Pamiętać tylko należy, że, jeżeli znajdziemy stosunek prawidłowy i jednocześnie zmniejszoną ilość soku żołądkowego czystego — możemy z wielkim prawdopodobieństwem rozpoznać upośledzenie sprawności ruchowej żołądka — i odwrotnie.

Wogóle, posługując się swoją metodą, autor zdołał wyodrębnić następujące kliniczne obrazy zaburzeń czynnościowych żołądka:

A. Przypadki ze wzmogoną sprawnością ruchową i: 1) *hypersecretio c. hyperaciditate*; 2) *hypaciditas* (ilość soku prawidłowa); 3) *hyposcretio c. hypaciditate*.

B. Przypadki ze sprawnością ruchową prawidłową i: 4) *hypersecretio c. hypaciditate*; 5) *hyposcretio c. hyperaciditate*; 6) *hyposcretio c. hypaciditate*.

C. Przypadki z upośledzeniem sprawności ruchowej i: 7) *hyposcretio c. hypaciditate*; 8) *hypersecretio c. anaciditate*.

Z tej tablicy widać pomiędzy innymi, jak mało uzasadniona jest dążność do identyfikowania stanów nadkwaśności i nadmiernego wydzielania soku żołądkowego z pierwotnymi zaburzeniami czynności ruchowej, a nawet ze zwężeniem odźwiernika.

(Berlin. Klin. Wochenschrift Nr. 16 i 17 r. 1902).

Bolesław Żebrowski.

48. J. MERING. O wpływie położenia ciała na sprawność ruchową żołądka. Autor zestawia wyniki badań, przeprowadzonych na osobie lekarza A. OGARKOW'a w laboratorium klinicznym w Halli w ciągu lutego, marca, i kwietnia 1901 roku. Badany osobnik dostawał naczczo około godziny 8½ rano próbne śniadanie, składające się z 50,0 świeżego chleba i 250 ctm. sz. herbaty (ogółem]średnio 34,75 grm. części stałych). Po godzinie wyciągano zawartość żołądkową za pomocą miękkiego zgłębnika, poczem dokładnie przemywano żołądek ciepłą wodą. Wodę pozostawiano w dużem naczyniu aż do opadnięcia na dno większych

cząsteczek pokarmowych: mniejsze kawałeczki pozostawały zawieszony w płynie. Po odstaniu zlewano płyn z osadu i ten ostatni dołączano do wyciągniętej treści żołądkowej, poczem w każdej porcyi oddzielnie określano ilość części stałych (parowanie na kąpeli wodnej — następnie suszenie przy 100 — 105° C. do stałej wagi). W tym celu płyn, zlany z osadu, kłócono silnie i z ogólnej ilości (3½ — 4½ litrów) używano do określania niewielką część (250 — 350 ctm. sz.); błędy w określaniu są, jak się autor przekonał, prawie żadne, dzięki temu, że płyn przedstawia bardzo dokładną zawiesinę. Co się tyczy samej treści żołądkowej nierozcieńczonej, to tu oznaczano części stałe wprost, w całej ilości (70 — 120 ctm. sz.).

Z 30 doświadczeń autora wynika, że opróżnienie żołądka następuje najszybciej przy leżeniu na prawym boku i przy szybkim chodzeniu, bowiem w tych warunkach znajdujemy w żołądku tylko 18 — 19% części stałych, wprowadzonych przed godziną; wolniej już opróżnia się żołądek przy leżeniu na wznak i na brzuchu (25 — 28% cz. stałych); najbardziej upośledzona jest czynność ruchowa żołądka przy staniu, siedzeniu, leżeniu na lewym boku i podczas wolnej przechadzki (w żołądku pozostaje 32,3 — 34,7% cz. stałych próbnego śniadania).

(*Die Therapie der Gegenwart. Maj 1902 r.*) Bolesław Żebrowski.

— Adolf WEBER. **Stosowanie atropiny w niedrożności kiszek.** Autor stosował atropinę w 38 przypadkach niedrożności kiszek (opisanych przeważnie w *Münch. med. Woch.*), z których tylko jeden może być uważany za wątpliwy. Na zasadzie własnego doświadczenia, poczęści także danych z literatury, autor wyprowadza następujące wnioski.

Stosowanie atropiny nie jest przeciwwskazane w żadnym przypadku niedrożności kiszek. W przypadkach *volvulus*, *incarceratio interna* lub *externa*, które zawsze muszą być leczone na drodze operacyjnej, atropina usuwa ból i sprawia po operacyi obfite i nieszkodliwe wypróżnienia.

W niedrożności kiszek, występującej niekiedy po laparotomii i herniometrii, jeśli można przypuszczać, że nie ma tu miejsca *volvulus* lub *incarceratio*, należy stosować atropinę, a nie makowiec.

Zatrzymanie się kału w dużych przepuklinach mosznowych u starych ludzi daje się za pomocą atropiny usunąć.

W *perityphlitis* poleca się spróbować atropiny. Uprzednie leczenie mawkowe powoduje brak działania małych dawek atropiny i znoszenie bardzo dużych dawek tego środka.

Jeżeli pacjent znajduje się pod działaniem mawkowca, to zastrzykuje się na przód 0,005, i jeżeli niedrożność trwa w dalszym ciągu, to po 12 godzinach jeszcze raz 0,005 atropiny. Jeżeli w ciągu ostatnich 2 do 24 godzin mawkowiec nie był wcale podawany albo w bardzo małej dawce, to zastrzykuje się 0,002, ewentualnie po 12-tu godzinach jeszcze 0,005 atropiny. Jeżeli po upływie 24 godzin od pierwszej iniekcji gazy jeszcze nie odeszły, to musi być zrobiona laparotomia lub enterostomia.

Nieznaczne objawy zatrucia, występujące czasami, można usunąć zastrzyknięciem morfiny. W każdym przypadku niedrożności kiszek pożyteczne jest stosowanie przemywań żołądka i wysokich lawatyw.

(*Deutsch. med. Woch. 1902 Nr. 6.*)

Janczewowicz.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 27 maja r. b.

TREŚĆ: 1) J. BORZYMOWSKI—Przedstawienie dziecka z kilkoma wadami rozwojowemi. 2) Cz. OTRO—
„Kryoskopia i jej zastosowanie w chorobach serca i nerek“.

1) Kol. J. BORZYMOWSKI przedstawił 8 miesięczną dziewczynkę, dotkniętą jednocześnie kilkoma wadami rozwojowemi, a mianowicie: 1) dziecko to miało czaszkę znacznie spłaszczoną w wymiarze czołowym; 2) brak zupełny podniebienia miękkiego, 3) rozszczepienie podniebienia twardego i 4) zrost wszystkich palców na obu rękach i nogach (*syndaktylia*) oraz brak niektórych palców na rękach (*ektrodaktylia*).

2) Kol. Cz. OTRO wygłosił odczyt p. t. „Kryoskopia i jej zastosowanie w chorobach serca i nerek“.

Wypowiedziawszy w kilku słowach ogólne zadanie kryoskopii, mówca przedstawia przyrządy do kryoskopowania pomysłu RAOULT'a i BECKMANN'a i objaśnia sposób ich używania. Dalej wspomina o poglądach różnych uczonych na wytwarzanie się mocz w nerkach. Dłużej zatrzymuje się na teorii KORANY'ego, wspominając o mierzeniu tą metodą ciśnienia osmotycznego. Obszernie rozpatruje mówca metody kryoskopowania mocz, podane przez CLAUDE'a i BALTHAZARD'a, które mówca stosował w swej pracy. Metoda polega na określeniu diurezy toksycznej w stosunku do 1 kilo wagi ciała, na wykazaniu stosunku diurezy ogólnej do diurezy toksycznej. Fakty te pozwalają określić czynność serca i nerek. Wyniki kryoskopowania mówca przedstawia na tablicach graficznych za pomocą linii krzywych. Mówca podnosi bardzo dodatnie wyniki, otrzymane w chorobach serca: cierpienia serca wytwarzają specjalny typ krzywych. W cierpieniach nerek można się dowiedzieć, jaka część nerek jest zajęta, kłębki, czy też nabłonek kanalików nerkowych. Dalej mówca rozpatruje punkt zamarzenia mocz w zapaleniu nerek, wspomina, że kryoskopia wykryć może utajone zapalenie nerek. W końcu podnosi znaczenie kryoskopii przy wycinaaniu nerek.

W dyskusyi kol. Anastazy LANDAU najpierw zwraca uwagę na nieprawidłowość techniki, jaką posługiwał się mówca, który zdaniem L. przemrażał mocz o kilka stopni, a więc otrzymał dane kryoskopowe daleko niższe od rzeczywistych. Zdaniem L. należało mocz badać co najmniej dwukrotnie. Następnie L. zauważył, że mówca, wyliczając prawa ciśnienia osmotycznego, nie uwzględnił kardynalnego prawa van t'HOFF'a, na którym właściwie opiera się cała teoria własności osmotycznych roztworów, przez to określenie istoty ciśnienia osmotycznego, podane przez mówcę, było niejasne. Przechodząc do części klinicznej, kol. A. LANDAU zauważył, że mówca niesłusznie przyjmuje teorię KORANY'ego, dotyczącą wydzielania się mocz, bez wszelkich zastrzeżeń. Wszak można przypuścić, że przy niedomodze serca wskutek upadku ciśnienia w tętnicy nerkowej wraz ze zmniejszoną ilością wody przechodzi przez nerki mniejsza ilość chlorków. Wyniki własnych badań L. również nie przemawiają za słusznością teorii KORANY'ego. L. nie zgadza się również w całości z metodą oznaczania pracy nerkowej, podaną przez CLAUDE'a i BALTHAZARD'a, przyjętą bez zastrzeżeń przez mówcę. L., odrzucając teorię KORANY'ego, będącą podstawą tej metody, odrzuca i wnioski, z niej płynące. L. radzi zupełnie odrzucić diurezę molekuł wytworzonych, a zatrzymać tylko diurezę całkowitą. W końcu L. zwrócił uwagę, że mówca jest zbyt pohopny do przypisywania kryoskopii zalet, jakich ona niekiedy

nie posiada, i krytycznie rozebrał podany przez mówcę przypadek choroby sercowej, gdzie osłabienie czynności nerkowej wykryte było nie dzięki badaniu kryoskopowemu, lecz dzięki badaniu ilościowemu moczu.

Kol. PRUSZYŃSKI podnosi wartość otrzymanych przez mówcę wyników badań, jakkolwiek jest zdania, że formuły CLAUDE'a i BALTHAZARD'a ścisłej krytyki nie wytrzymują. Najważniejszym wskaźnikiem przy określaniu sprawności nerek jest Δ moczu, ilość ogólna moczu i ilość chlorków. P. sądzi, że metoda kryoskopowa znajdzie w przyszłości uzupełnienie przez wprowadzenie do badań klinicznych elektrycznego przewodnictwa cieczy ustrojów.

Kol. Wł. JANOWSKI zaznacza, że o czynności nerek całkowitej daje znakomite pojęcie ΔV . Na przykładach, dotyczących punktów zamarzania roztworu soli o różnym natężeniu, J. dowodzi, iż kryoskopia określa w danym płynie ciśnienie osmotyczne, wywierane nie tylko przez ciała chemiczne, lecz i przez ich wolne jony. Dalej J. wspomina, że, jeżeli idzie o mocz, w którym obok soli kuchennej znajduje się cały szereg innych związków o molekułach różnej wielkości, przytem po części złożonych, po części zaś elektrycznie dysocjowanych, wtedy dokładne określenie liczby znajdujących się w roztworze poszczególnych związków, ani ich formuły w przybliżeniu, ani tembardziej stopnia ich dysocjacji na zasadzie danych kryoskopowych nie jest możliwe. Kryoskopia wskazuje nam tylko, ile cząsteczek, działających osmotycznie, znajduje się w ogólnej sumie w 1 litrze płynu; liczbę tę oznaczamy przez Δ . Znając ilość płynu V , znając wagę ciała P , możemy znaleźć $\frac{\Delta V}{P}$, jako dokładny wskaźnik t. zw. molekularnej diurezy.

J. twierdzi, że należy przed nefrektomią kryoskopować krew, a nie mocz, jak dowodzi mówca. W końcu J. wspomina, że dobrze byłoby dane kryoskopowe wyrażać w liczbach, obliczających ciśnienie osmotyczne na atmosfery, podając podstawę podobnych obliczeń. Wreszcie J. dodaje, że w jego oddziale są prowadzone badania nad kryoskopią wysięków i przesięków, które doprowadziły już do pewnych wniosków teoretycznych i praktycznych.

Kol. A. LANDAU zaznacza, iż dobrzeby było posilkować się w medycynie jednostkami, wprowadzonymi do chemii fizycznej. OSTWALD wprowadził molę, jest to ciśnienie osmotyczne roztworu, posiadającego punkt zamarzania — $1,85^{\circ}$, gdyż przy tej temperaturze krzepną gramomolekularne roztwory wodne wszystkich ciał, nie dysocjujących w wodzie na jony.

Kol. J. PAWIŃSKI wspomina, że ponieważ w patogenezie zaburzeń cyrkulacyjnych sprawy toksyczne zyskują coraz więcej na znaczeniu, przeto kryoskopia odegra rolę pomocniczą w dyagnostyce tych cierpień. W wielu jednak razach badanie kliniczne w zupełności sprawę wyświecła.

Kol. A. LANDAU w odpowiedzi na przemówienie mówcy zaznacza, iż na mocy własnych badań twierdzi, że przy czystej niedomodze sercowej występuje często podniesione ciśnienie osmotyczne.

Kol. A. TUCHENDLER podnosi wartość badań kryoskopowych dla celów dyagnostyki chorób żołądka. ROTH i STRAUSS stosują tę metodę w doświadczeniach, dotyczących mechanizmu sprawności wydzielniczej i wchłaniania w żołądku. Określali oni punkty zamarzania roztworów przed i po wprowadzeniu ich do żołądka. Okazało się także, że zawartość żołądkowa i surowica krwi wykazują pewną tendencję do utrzymania względem siebie równowagi fizycznej.

St. Kopczyński.

Streszczenia zbiorowe.

MAKS MUENZER.

STRESZCZENIE ZBIOROWE Z PIŚMIENNICTWA O WCZESNEM ROZPOZNAWANIU CIAŻY ZAMACICZNEJ.

(Ciąg dalszy — Zob. Nr. 27)

MUENZER wątpi, aby możliwe było rozpoznanie różniczkowe co do pęknięcia, wylewu krwi do wnętrza jamy brzusznej z jajowodu i t. d., i przypuszcza, że rozpoznanie ściśle możebne jest tylko na stole operacyjnym. Reszta jest teorią, przy biurku napisaną, jak KUESTNER powiada. Bóle, zapaści i krwawienia zwykle dają pożyteczną dla rozpoznania rękojmię. Do tego nieraz dodać można odejście z macicy błony doczesnej, którą jednak wypada zbadać pod drobnowidzem: wtedy to rozpoznanie jest pewne. Odejście doczesnej skonstatowane, po zbadaniu drobnowidzowem potwierdzone, jest najpewniejszą oznaką ciąży pozamacicznej. Cięża jednak taka pomimo odejścia błony doczesnej może się dalej rozwijać. Z drugiej strony brak wydzielenia się błony doczesnej, a nawet brak jej przy dokonaniu dyagnostycznego wyskrobania bynajmniej nie wyłącza istnienia ciąży pozamacicznej. THORN przytacza przykład taki, że mylnie wydzieloną *ex utero* błonę doczesną wzięto za jajo *ex utero sub abortu* wypędzone: spostrzeżenie to jest tem więcej pouczające, ponieważ lekarz obok poronienia macicznego rozpoznał *appendicitis* — pomyłka taka łatwo zdarzyć się może i nieraz już się zdarzała. THORN opowiedział spostrzeżenie swoje w Towarzystwie Lekarskiem w Magdeburgu (Medizinische Gesellschaft in Magdeburg Sitzung vom 26 X. 1899. Muenchener Medicinische Wochenschrift 1899 pag. 1696).

Chora 21-letnia od roku zamężna raz jeden poroniła wkrótce po ślubie. Sześć tygodni temu po 6-tygodniowej *amonorrhoea* pacjentka nagle zachorowała wśród bólów i krwawienia. Wydzieloną wtedy *ex utero deciduam* mylnie wzięto za jajo poronione. W następstwie leczono chorą na zapalenie ślepej кишки oraz wyrostka robaczkowego. THORN u pacjentki, zlekka gorączkującej, bardzo anemicznej i krwawiącej znacznie, skonstatował wzdęcie brzucha i bolesność, macicę powiększoną nieco, *in sinistro* — *antepositione* — oraz guz *in cavo* DOUGLASH, którego granice nie dały się ściśle oznaczyć. Dyagnoza kliniczna: *Abortus tubarius incompletus cum haematomate peritubaris* swrawdziła się przy laparotomii.

Z pomiędzy stanów patologicznych, dyagnostycznie wchodzących w rachubę przy rozpoznaniu ciąży pozamacicznej przerwanej i krwisteku pozamacicznego, trzeba się liczyć dalej z wypocinami zapalnymi miednicy. Tak FONTOYNONT (Société de Chirurgie de Paris. 17. IV. 1901, patrz Monatschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd, XIV. pag. 225) przy mylnem rozpoznaniu ropnia parametrycznego pozamacicznego otworzył tylne sklepienie pochwy, natrafił na wylew krwi wielki, dodał natychmiast laparotomię i jako produkt ciąży znalazł aż dwa płody pozamaciczne. John PHILIPS (Towarzystwo Akuszeryjne Londyńskie 6. XII. 1899 — patrz: Centralblatt für Gynäkologie 1900, pag. 423) znalazł u pacjentki, która po trzechmiesięcznej menopauzie zaczęła krwawić przy podniesionej cokolwiek ciepłocie, ciążę pozamaciczną, już w ropienie przechodzącą. Płód wystawał na kilka centymetrów z jamy jaja pękniętego, już ropiejącego.

Zwykle przytaczają dla różniczkowego rozpoznania ciąży pozamacicznej brak podniesienia ciepłoty jako cechę znamioną — podczas gdy przy wypocinach zapalnych w miednicy ciepłota bywa zwykle podwyższona. Jak pokazuje spostrzeżenie PHILIPS'a, to jednak i przy ciąży pozamacicznej może zjawić się gorączka przy ropieniu. Można nie bez przyczyny przypuszczać, że w takich przypadkach dawniejsze komplikacje zapalne odgrywają pewną rolę. Wiadomem przecież jest, że ciąża pozamaciczna wtedy łatwo się zdarza, gdy istnieją dawne ogniska endo- lub perisalpingiczne, szczególnie rzeżączkowego pochodzenia. Ścisłe rozpoznanie może być tylko przy uwzględnieniu wywiadów oraz wszelkich objawów danego przypadku. Rozpoznanie jednak będzie zupełnie niemożliwe w takim przypadku, jakich przytacza TORU aż dwa (Gynäkologische Sektion, des Aerztevereines in Budapest 25. IV. 1899 — Centralblatt für Gynäkologie 1900, pag. 991), gdzie obok wypociny miedniczej oraz guza jajnika lub jajowodojajnikowego po jednej stronie, po drugiej istnieje ciąża pozamaciczna *cum haematocoele*. W takim przypadku rozpoznanie może być dopiero po otworzeniu brzucha, chyba żeby zdecydować się na próbną punkcję, zalecaną przez KUESTNER'a i FRANZ'a. (KUESTNER: „Die Extrauterinschwangerschaft“ Mueller's Handbuch der Geburtshülfe 1899).

MUENZER dyagnostycznie przytacza jeszcze rozpoznanie nieraz trudne pomiędzy ciążą maciczną a pozamaciczną, jak również przypadki, gdzie istnieje ciąża pozamaciczna równocześnie z ciążą maciczną. O tyłozgięciu macicy ciężarnej już wspominał. ROUTIER (Société d'Obstétrique de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris 14. I. 1901 — patrz Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie 1901 pag. 681) rozpoznał mylnie ciążę pozamaciczną zamiast ciąży macicznej *in utero latero verso*.

21-letnia kobieta w czwartym miesiącu ciąży zachorowała wśród objawów zapalania otrzewny i krwawienia. ROUTIER znalazł małą macicę, a obok guz, który wziął za wzorek jajowodu ciężarnego. Gdy przyłączyła się gorączka oraz ponowne krwawienie, dokonał cięcia brzusznego i znalazł ciążę maciczną *cum dextroversione et dextroflexione uteri gravidi*. Zreponował on macicę. W 12 dni po operacji nastąpiło poronienie wśród bardzo silnego krwawienia. Wyzdrowienie.

Taki sam los spotkał SEGOND'a (Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie 7. XII. 1901 — patrz Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie 1901 pag. 537), który również dopiero po dokonaniu cięcia brzusznego poznał, że chodzi o ciążę maciczną. Macica była dyzlokowana dnem ku stronie lewej o mnogich zrostach. Zresztą mylne wzięcie ciąży macicznej za ciążę pozamaciczną jest błędem tak pospolitym, że wspomina o nim każdy podręcznik. Zwykle chodzi o ciążę już daleko posuniętą. Ważniejsze są przypadki, gdzie wzięto mylnie ciążę pozamaciczną za ciążę maciczną. Jako przykład przytacza MUENZER spostrzeżenie DUKALSKIEGO „Przypadek *graviditatis interstitialis*” (Referat w Centralblatt für Gynäkologie. Gazeta Lekarska 1898 Nr. 53. Centralblatt für Gynäkologie 1900 pag. 237).

36-letnia VII para rodziła ostatni raz 3 lata temu, oprócz tego raz jeden poroniła. Od czterech miesięcy ciężarna, krwawi od trzech tygodni. DUKALSKI skonstatował lekką *sinistropositio uteri*. Po *Extractum Viburni prunifolii* oraz spokoju ustało krwawienie, lecz po jakimś czasie powtórzyło się. Przy powtórnym badaniu skonstatował DUKALSKI w lewym sklepieniu pochwy twardy guz wielkości cytryny, podejrzewał wtedy, że chodzi o ciążę interstycjalną. Chora pojechała do kliniki KUESTNER'a we Wrocławiu, gdzie jeden z asystentów dokonał wskrobienia i jako uleczoną chorą wypisał do domu. Po dwóch tygodniach

ponowne krwawienie i silne bóle *cum expulsione ovi totius*. W klinice uniwersyteckiej pomimo badania drobnowidzowego nie zrobiono rozpoznania trafnego, a przypuszczano, że chodziło o *endometritis post abortum*.

Spostrzeżenie czyni wrażenie, pisze MUENZER, jak gdyby chodziło o *uterus bicornis unicollis* albo *uterus subseptus* z ciążą obustronną. O wiele jaśniej przedstawia się jako sprawdzone przez laparotomię spostrzeżenie WALTHER'a („Ein Fall von gleichzeitiger Extra- und Intrauteringraviditaet" Zeitschrift für Geburtshuelfe und Gynäkologie 1895 Bd. XXXIII Heft 3). Ciąża maciczna w prawym rogu macicy dwurożnej oraz krwistek lewego jajowodu wskutek *abortus tubarius* oraz *haematocoele consecutiva*. Natomiast przypadek, ogłoszony przez TAFT'a, przypomina spostrzeżenie DUKALSKIEGO.

Młoda kobieta po trzy lub czteromiesięcznej *menopausis* zachorowała wśród bólów i krwawienia. Przypuszczano, że chodzi o zwykłe poronienie i zastosowano tamponację i spokój. Na tamponach znaleziono kawałki macicznej błony doczesnej. Dolegliwości trwały dalej, bóle jakby porodowe i powiększenie się brzucha. Przy skrobaniu wydobyto masy żelatynowato-włóknikowe z macicy. Rozpoznano wtedy *subinvolutio uteri et endometritis chronica*. Dokonano wtedy doszczętnego wyskrobania. Po 14 dniach wskutek ropokrwawego wypływu ponowne badanie. Macica mała, ku lewej stronie pochylona, po prawej stronie guz wielkości pomarańczy. Teraz dopiero zaczęto podejrzewać ciążę pozamaciczną, i rzeczywiście po trzech dniach z pochwy wydzielił się płód trzymiesięczny wśród bólów i krwawienia. Gdy TAFT wprowadził rękę dla usunięcia łożyska, z trudem tylko do niego mógł dojść, siedziło albowiem w wytłocznynie bocznej ściany macicy prawej. Ściany worka były cienkie, jak pergamin. TAFT przypuszcza, że przy dokonaniu skrobania przebił przegrodę pomiędzy workiem płodowym a macicą, i że w taki sposób płód dostał się do macicy; *uterus bicornis* wyłącza on.

MUENZER wyraża względnie do tego spostrzeżenia te same wątpliwości, co do spostrzeżenia DUKALSKIEGO, czy rzeczywiście chodziło o ciążę interstycjalną. Masy wyskrobane przemawiają raczej za poronieniem z macicy ciężarnej. Powstaje wtedy kwestya, czy chodziło o poronienie maciczne obok ciąży intramuralnej, jajowodowej lub też o macicę dwurożną o ciąży w obu rogach, lub też macicy. W ostatnich czasach, szczególniejsz MOND, HERMES i STRAUS zwracali uwagę na ciążę podwójną, to jest równoczesną w macicy i w jednym jajowodzie. MOND („Ueber einen Fall von gleichzeitiger Intra- und Extrauteringraviditaet" Münchener Medicinische Wochenschrift 1899) opisał spostrzeżenie, dotyczące 28-letniej VI *gravidae*, u której rozpoznał ciążę jajowodową o pęknięciu oraz krwotoku do jamy brzusznej. Przy cięciu brzuszmem znalazł on hematoma wielkości jaja kurzego w prawym jajowodzie, powstały po ciąży jajowodowej prawostronnej o *abortus tubarius* do jamy brzusznej, oraz wtórną *haematocoele*; badanie drobnowidzowe sprawdziło ciążę ektopiczną. Adneksa lewostronne były prawidłowe, macica okazała się ciężarną w trzecim miesiącu, pacjentka w 5 miesięcy po wyjściu z kliniki urodziła pomyślnie dziecko donoszone. Według MOND'a termin poczęcia obu jaj miał być izochroniczny. Autor zupełnie trafnie twierdzi, że donoszenie obu ciąży, macicznej i ektopicznej równoczesnej, chyba zdarza się nader rzadko. Po większej części prawdopodobnie, gdzie obok ciąży pozamacicznej istnieje ciąża maciczna, ta ostatnia kończy się poronieniem, jeśli przed cięciem brzuszmem wobec rozpoznania ciąży pozamacicznej dla ustalenia rozpoznania macicę sondowano. Również łatwo zrozumieć można, że przy po poronieniu macicznym łatwo może przyjść do pęknięcia jajowodu ciężarnego.

Spostrzeżenie MOND'a podobne jest do spostrzeżenia HERMES'a: HERMES: „Ein Fall von gleichzeitiger Extra- und Intrauteringraviditaet” Deutsche Medicinische Wochenschrift 1900 Nr. 10). Po sześciotygodniowym zatrzymaniu miesiączki wystąpiły krwawienia oraz bóle w rodzaju porodowych, omdlenia, które powtarzały się przez jakiś czas; wobec znalezienia obok macicy ciężarnej powiększonej guza miękkiego o niewyraźnej rezystencji rozpoznano ciążę jajowodową — uszkodzoną. Operacja. Wyzdrowienie. Przy wypisaniu chorej ze szpitala macica okazała się jeszcze powiększoną. Macica stała dalej się powiększała, i w fizyologicznym okresie ciąży urodziło się dziecko donoszone. Przebieg porodu i położu prawidłowe.

HERMES zwraca uwagę na niemożność ścisłego rozpoznania obu ciąży równoczesnych, ponieważ w tak wczesnym okresie macica jeszcze nie o tyle jest powiększona, aby obok ciąży przypuszczalnej pozamacicznej rozpoznać i ciążę maciczną. Natomiast STRAUS sądzi, że obok ciąży jajowodowej uda się ewentualnie rozpoznać i równoczesną ciążę maciczną, ponieważ zachodzi pewna różnica pomiędzy macicą powiększoną podczas ciąży ektopicznej i zawierającą błonę doczesną a macicą *eodem tempore* ciężarną (?). STRAUS („Tubargraviditaet bei gleichzeitiger Intrauterinschwangerschaft“ Zeitschrift für Geburtshuelfe und Gynäkologie Bd. XLIV) przytacza spostrzeżenie, gdzie wobec nadmiernego powiększenia macicy i nadzwyczajnego rozpulchnienia szyi macicznej przy rozpoznaniu ściskiem pęknięcia ciężarnego jajowodu prawego przewidywano prawdopodobną ciążę maciczną równoczesną i wskutek tego nie dokonano żadnego sondowania jamy macicznej. Cięcie brzuszne sprawdzilo podejrzenie, że rzeczywiście równocześnie istniała ciąża maciczna prawidłowa. Macica okazała się miękką, nacieczoną, przekrwioną, sinawoczerwonawą oraz wielkością odpowiadała ciąży 10 do 12 tygodni. W tym przypadku, pomimo że nie dokonano żadnego sondowania macicy w dwa tygodnie po cięciu brzuszem nastąpiło poronienie z wydzieleniem z macicy 14-tygodniowego płodu.

Ze statystyki, podanej przez STRAUS'a, wynika, że spostrzeżenie HERMES'a jest jedyne, gdzie po dokonaniu cięcia brzuszego wskutek rozpoznania ciąży ektopicznej izochroniczna ciąża maciczna dobiegła do końca fizyologicznego ciąży, oraz urodziło się dziecko donoszone żywe. Dodać jednak wypada spostrzeżenie MOND'a.

Spostrzeżenie HEINRICIUS'a i KOLSTER'a, dotyczące dwóch płodów niejednego wieku w jednej i tej samej trąbce macicznej, poniekąd uchodzić musi za *curiosum* w odpowiedniej kazuistyce, natomiast MUENZER zwraca więcej uwagi na spostrzeżenie HOFMEIER'a, dotyczące obustronnej ciąży jajowodowej, o którym HOFMEIER miał odczyt w Wirchurskim Towarzystwie fizyczno-lekarskiem (Physikalische und Medicinische Gesellschaft in Wuerzburg. Münchener Medicinische Wochenschrift 1896 pag. 112).

Peryody u pewnej pacjentki wstrzymały się na jakiś czas, później ponownie się zjawily i znów się wstrzymały. Z początku podejrzewano *perityphlitis*, lecz nareszcie z powodu powtarzających się czasami krwawień macicznych chorą przewieziono do kliniki ginekologicznej. Ponieważ istniały nieregularne krwawienia maciczne, i znaleziono obustronne guzy obokmaciczne, rozpoznanie HOFMEIER'a wahało się pomiędzy ciążą ektopiczną i zmianami przydatków macicy pochodzenia zapalnego — przy operacji cięcia brzuszego znaleziono dwie ciąży pozamaciczne, pochodzące z różnych okresów, co do czasu poczęcia.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= BIAL podaje nowy sposób określania obecności pentozy w moczu. Odczynnik składa się ze 100 części dymiącego kwasu solnego, 1 cz. orczy i 25 kropeł roztworu półtorachlorku żelaza. Odczynnik daje z pentozą zielone zabarwienie już przy silnem nagrzewaniu, bez zagotowania; próbówka może być zatkana korkiem z waty, przez co unikamy nieprzyjemnego zapachu dymiącego kwasu solnego. (Deut. med. Zeitung. 24. III. 1902).

= CABOT opisuje przyczynę krwimoczny, dotychczas przez nikogo nie

spostreganą. Było nią w przypadku autora — opuszczenie nerki przy *ren mobilis*. (Boston med. Journ. 6. III. 1902).

= STEVENS obserwował przypadek moczoówki cukrowej, powikłanej kamicią nerkową; objawy tej ostatniej (ból, krwiomocz) wystąpiły na 3 miesiące przed śmiercią. Na 7 dni przed śmiercią bezmocz (*anuria*) zupełny bez objawów kolki nerkowej i bez objawów uremicznych. Na sekcji znaleziono *calculi renales* i ani kropli moczu w pęcherzu. (Brit. med. Journ. 22. III. 1902).

Ż.

Wiadomości bieżące.

— XII Zjazd chirurgów polskich odbędzie się dnia 14 i 15 lipca r. b. w klinice chirurgicznej w Krakowie. Stosując się do uchwały Zjazdu przeszłorocznego, stawiamy jako tematy do ogólnej dyskusji: 1) „O operacyjnem leczeniu chłoniaków (lymphoma) na szyi”. Referent: kol. TRZEBICKY. 2) „Chirurgia dróg żółciowych”. Referent: kol. KADER, koref.: kol. PRUSZYŃSKI. Prócz tego znaczna liczba wykładów, dotychczas zapowiedzianych, zachęca do licznego udziału. Zapraszamy więc znowu wszystkich Kolegów, którym postęp chirurgii nie jest obojętny, na nasz Zjazd jaknajserdeczniej, a zwłaszcza Kolegów Ordynatorów i Dyrektorów szpitali, których żywemu udziałowi przeszłoroczny Zjazd zawdzięcza swoje powodzenie. Pierwszego dnia Zjazdu odbędzie się od 8—9 godz. zwiedzanie kliniki chirurgicznej, drugiego dnia w tymże czasie oddziału chirurgicznego w szpitalu Ś-go Łazarza. Posiedzenia odbywać się będą od 9—12½ godz. przed południem i od 2—4 po południu. Kto z uczestników przeszłorocznego Zjazdu nie otrzymał „Pamiątnika”, odbierze go na tym Zjeździe.

L. Rydygier

Prezes Zjazdów chirurgów polskich.
— Na XII Zjazd chirurgów polskich w Krakowie dalsze wykłady zgłosili: 15) D-r KOZŁOWSKI (Drohobycz): O nowem postępowaniu przy znieczuleniu

łędźwiowem. 16) D-r ZAWADZKI (Warszawa): Aseptyka wstrzykiwań i przeomywań (z przedstawieniem przyrządów własnego pomysłu). 17) D-r POMORSKI (Poznań): Wycięcie śledziony z powodu leukemii z wynikiem szczęśliwym. 18) Tenże: Cięża zamaciczna operowana dwa razy przez laparotomię; wyzdrowienie. 19) Tenże: Rak pierwotny wątroby u 7-letniej dziewczynki. 20) Tenże: Osteosarcoma czaszki u 1½-rocznego dziecka; operacja; wyzdrowienie. 21) Prof. TRZEBICKY: O amputacji przy ropieniu na kończynach. 22) Tenże: Przyczynek do wycięcia śledziony (z przedstawieniem preparatów i chorych). 23) D-r BERGER (Kraków): O leczeniu gruźlicy jąder na podstawie obserwacji 25-letniej. 24) D-r BLASSBERG (Kraków): O stosunku ciałek białych we krwi przy ropieniu. 25) D-r FROMMER (Kraków): Przyczynek do techniki amputacji. 26) Tenże: Jeszcze słów kilka w sprawie wad pętli esowatej.

— W dniu 8 b. m. d-r med. Antoni ESTRAJCHER obchodził 50-letni jubileusz swego doktoratu. Kol. ESTRAJCHER ukończył wydział lekarski w uniwersytecie Jagiellońskim w r. 1849, w dniu zaś 8 lipca 1852 r. otrzymał stopień doktora medycyny. Od roku 1853 czcigodny jubilat stale praktykuje w Warszawie. Do ogólnych życzeń przyłącza swoje i nasza Redakcja.

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%).

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 dziecięcej.

Hematogen Hommela zawiera prócz absolutnie czystej hemoglobiny sterylizowanej t. j. wolnej od krążących we krwi bakterii, 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.—nieprzetworzone!) 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 doskonale wyniki otrzymane przy stosowaniu Hematogenu Hommela w tych przypadkach krzywicy, żółtów, 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 zafałszowań! Ostrzegamy przed licznymi zafałszowaniami naszego preparatu, szczególnie prosimy wystrzegać się takowych z przymieszką eteru. Wszystkie są to po prostu najwyczejniejsze 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 opinie o nim. Zapotrzebowania upraszamy przysłać do naszego składu ekspedycy: **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).

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

**Składy Główne materiałów
opatrunkowych
Sterylizowanych
z Pracowni D-ra Bo-
rzymowskiego**

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

2) Towarzystwo Akc. Handlu Towar. Aptecz. dawniej zjednoczeni Aptokarz 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 Wierzbęty.

w Kaliszu: Apteka W-go Rybickiego.

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

5) Opatrunki chirurgiczne i ginekologiczne

3) Wat po 10; 25; 50; 100; 200; 400 grm. 4. Gaza hydrofobowa po 0, 5 i 1 m

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecymi, 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.

SPECYALNY ZAKŁAD

Prawdziwego krajowego kefiru

KLAUDYI SIGALINY
z KAUKAZU

przy ul. Królewskiej Nr. 31

W OGRODZIE SASKIM

we własnym pawilonie.

Trzy medale złote na ostatnich wystawach
w Paryżu i w Warszawie.

SZCZAWNICA

Sanatorium D-ra J. Kołaczowskiego przy zakładzie wodoleczniczym otwarte od maja do końca września. Środki lekarskie, klimat, picie wód mineraln. żętycy, kefiru i mleka, kąpiele hydropatyczne, mineralno żelaziste, rzeczne, elektryczne i mechanoterapia, inhalacja i t. p. Ceny przystępne.—Kuchnia wykwintna. Prospekty na żądanie wysyła zarząd.

Cieplice Czeskie

(Teplitz—Schöna).

sławne termy obojętne temp. 36—48°C. Wskazania: dna, gościec, nerwobóle, zapalenia stawów, przewlekłe choroby kości, nerwów i mięśni, choroby skórne, skaza moczanowa, lues i jego następstwa. Jedyny lekarz — polak

Dr. Romuald Binder

ordynuje tamże od połowy czerwca do połowy września (zaczem jak od lat wielu w Meranie). Mieszka w Cieplicach w „Neubad“. Broszury polskie o Cieplicach na żądanie.

Pracownia analityczno-lekarska D-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żółdkowej, kału, wydzielin z narządów moczopłciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfterytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

Zakład chirurgiczno-ortopedyczny

PRACOWNIA przyrządów ORTOPEDYCZNYCH

D-ra Reichsteina

Warszawa—Leszno 31.

Park-Hotel BAD NAUHEIM

Hotel familijny dom I rzędu

w najpiękniejszej i najzacieśniejszej części parku, przy źródłach i domach kąpielowych. Winda, światło elektr. Pension. Żądać prospekty. Dépendance: Hotel—Restaurant Kursal.

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

Zakład leczniczy dla nerwowo chorych D-ra L. Dydyńskiego

b. ordyn. klin. chorób nerw.

Warszawa, Bagatela 6. W osobnej willi wśród ogrodów. Cena pokoju wraz z leczeniem i wykwintnem utrzymaniem 4—7 rb. dziennie. Ścisłe przeprowadzanie kuracji dyetetycznych. Przy zakładzie lekarz miejscowy (Dr. Łubkowski).

Schlesischer Obersalzbrunnen

Oberbrunnen

Pierwszorządne źródło alkaliczne, skutecznie działające od roku 1601.

Analizy i szczegóły o źródle wysyła pocztą bezpłatnie

Kantor ekspedycji wód mineralnych książęcych w Obersalzbrunn.

Furbach i Striebold, Salzbrunn na Szląsku. Składy we wszystkich aptekach i materiałach aptecznych handlach.

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 tęgość, otłuszczenie
serca, wątroby, nieprawidłowy oddech i
obieg krwi, z powodu powiększającego się
tłuszcza; katar żołądkowy wszelkiego to-
żnaju, zastój krwi w brzuchu, hemoroidy,
słabość kiszki i wszelkie wypływające z
takowej skutki, choroby kobiece przy za-
kończeniu menstruacji, dławica.

Indikacje: Katar noszcy, krtani i organów oddech-
owych; katar narządów trawiących.

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

**Najwybitniejsze ziemno-alkaliczne
źródło.**
Indikacje: Chroniczny katar kanałów moczowych;
kamienie w pęcherzu i nerkach; podagra, urazowa
dławica.

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

Marienbadzka naturalna sól źródłana
w temperaturze kwasu, łatwo rozpuszczająca, szybko i łagodnie przeczyszczająca.
Znakomity środek podkurczający przy używaniu Marienbadzkich wód.

Marienbadzkie pastylki źródłane.
Indikacje: Żaga, kurec żołądkowy, chrybka, załęganie.

Marienbadzki „Mineralmoor“
Bagnie najbogatsze w skuteczne pierwiastki i kwasy, 7,8‰
Dostać można w składkach wód mineralnych, aptekach i składkach aptecznych, lub
wprost u Towarzystwa ekspedycji wód mineralnych w Marienbadzie (Czechy).

**Marienbadzkie mineralne wody, oraz wyroby źródłane stoja bez-
płatnie do dyspozycji p.p. lekarzów dla zbadania.**

Fabryki produktów farmaceutycznych i chemicznych

„Lambiotte Freres“

Paris—Bruxelles

polecają

Chloroformium purissim.—*Creosolum fagi puriss.*—*Creosolum carbonicum.*—*Guajacolum*
absol. purissim. et cristal.—*Guajacolum carbonicum.*—*Guajacolum phosphoricum*—
Phosote (*Creosotum phosphoricum*)—*Taphosote* (*Creosotum tannophosphoricum*).
Creosoform.—*Gajajorm*—*Tannocreosoform* et. cet.

Produkty firmy „Lambiotte Freres“ dostać można we wszystkich większych apte-
kach.

Jeneralna reprezentacya i skład:

Dr. B. Loewenstein i Kirsztot, Bracka Nr. 4. Warszawa.

Cenniki, próby i literatura na żądanie FRANCO—GRATIS.