

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. **Prace oryginalne.** Ziarniak krtani usunięty za pomocą ostrej łyżeczki. Opisał Wł. Wróblewski. Sprawozdanie z ruchu chorych w latach 1884 i 1885 na oddziale chirurgicznym prof. d-ra Obalińskiego w Krakowie. Zestawili d-rowie Mężyk i Dobruchowski. (Dokończenie).—**Streszczenia i wyciągi.** 33. Ból łędźwiowy, za pomocą rękoczynu leczony.—**Sprawozdanie z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 17 Maja r. b.—**Wiadomości bieżące.**—**Ogłoszenia.**

Z oddziału D-ra HERYNGA w szpitalu Ś-go Rocha.

Ziarniniak krtani usunięty za pomocą ostrej łyżeczki.

Opisał Władysław Wróblewski

b. asystent oddziału.

Ostra łyżeczka—narzędzie, które tak szerokie zastosowanie w chirurgii znalazło, w ostatnich czasach dopiero zaczęło oddawać usługi i laryngologii. Znane już były łyżeczki ostre KRAUSE'GO, RÉCAMIER'A, GOTSTEIN'A, MEYERSONNA ta jednak, o której wzmiankować zamierzam zmodyfikowana jest przez HERYNGA i przez niego też najpierwej w praktyce laryngologicznej zastosowana. Dotąd używał jej II. w bardzo wielu przypadkach gruźlicy krtani z dobrym skutkiem t. j. że po wyskrobaniu złogów gruźliczych następowało szybkie zabliznienie owrzodzeń. Nie będę tutaj opisywał tego narzędzia, gdyż szczegółowe jego rysunki i opis będą wkrótce podane w pracy HERYNGA: O chirurgicznem leczeniu suchot krtaniowych, znanej zresztą z wykładu ogłoszonego w Warszawskim Towarzystwie Lekarsk. dnia 15 Marca 1887 r. ¹⁾ Jakkolwiek nieocenione są usługi, jakie instrument ten oddał i odda laryngochirurgii, stosowanie go w praktyce wymaga jednak pewnej wprawy, która daje się zdobyć po wielu dopiero odpowiednich ćwiczeniach.

O ile mi wiadomo, nikt jeszcze dotąd nie opisał zastosowania tego narzędzia do operacji nowotworów krtani, z tego też powodu, jak nie mniej ze względu na niezwykłą postać cierpienia, opisany poniżej przypadek zasługuje, mojem zdaniem na uwagę.

J. Andrzej szewc z miasteczka Mogielnicy 29 lat wieku liczący zapisał się do szpitala w pierwszych dniach Marca b. r. Chory wysokiego wzrostu, bardzo szczupły, o skórze blade-żółtawej, mocno wyniszczony. Głos jego fistulowy z trudnością wydawany, urywa się co chwila. Oddech stenotyczny ze szczególnie wydłużonym i świszczącym wdechem.

Chory przebywał w dzieciństwie durzycę, poczem jednak do zupełnego

¹⁾ Sprawozdanie z tego wykładu było podane w Nr. 12 i 13 Medycyny 1887 r. i w Nr. 14 Gazety Lekarskiej t. r.

powrócił zdrowia. Dwa lata temu zapadł na zimnicę, która z bardzo małemi przerwami wciąż mu dokucza. Stosunków z kobietami nie miał nigdy; w ciągu lat 8 oddawał się samogwałtowi, przed 2 laty nałogu tego zaniechał. Pochodzi z rodziny zupełnie zdrowej. Obecna choroba trwa od lat 6. W samym początku chory zauważył, że przez nos trudniej mu nieco oddychać. Utrudnienie to stopniowo coraz się wzmacniało. Do tego przyłączyła się wkrótce pewna przeszkoda przy oddychaniu przez krtani. Kilkakrotnie, zwłaszcza w ostatnich czasach, ta trudność oddechu przybierała większe rozmiary dochodząc do napadów duszności. Z tego powodu chory przybył na leczenie do naszego oddziału. Obecnie znajdujemy: Skóra nosa zupełnie prawidłowa. Nos w dolnej części znacznie rozdęty. Grzbiet nosa skrzywiony nieco na lewo. Jama nosowa prawa zupełnie wypełniona masą nowotworową, co bez pomocy wziernika widzieć można. Do wypełnienia tej jamy przyczynia się wypuklenie chrząstkowatej części przegrody, przylegające aż do wewnętrznej powierzchni skrzydła nosa i u góry do silnie przerosłej muszli średniej. Granica przylegania tych części widoczna jest w postaci szpary, w którą zgłębnik daje się wprowadzić zaledwie na 1 ctm. Prawą stroną nosa wciągnąć powietrza nie może, wydmuchnąć—bardzo niewiele. Lewa strona jest nieco swobodniejszą, powietrze przechodzi przez nią łatwiej. Nowotwór z tej strony robi wrażenie polipów wyrastających z muszli średniej i górnej. Na przegrodzie nosowej w górnej części spotykamy nierówności, dochodzące wielkością do połowy ziarna grochu. Nowotwór ten jest dosyć zbitego utkania tak że z trudnością udało mi się wyjąć za pomocą zimnej pętli kilka kawałeczków dla zbadania, przez co pojemność jamy nosowej lewej nieco się powiększyła. Badanie nosa zwierciadelkiem od tyłu wykazuje: Nozdrza tylne zarośnięte, na ich miejscu widać tylko 3 otwórki wielkości ziarnka pszenicy i kilka małych rozrzuconych wielkości łebka od szpilki—cała ta część robi wrażenie ciała gąbczastego. Otwory trąbek Eustachiusza widoczne. Na podstawie czaszki kilka, nie zbyt wielkich, wyniosłości adenoidalnych.

Gardziel żadnych zboczeń nie przedstawia. Krtani: Na szyi długiej wychudzonej zarysy krtani nader wydatne, a zwłaszcza rzuca się w oczy niezwykła jej szerokość. Krtani cała jest łatwo przesuwalna. Kość gnykowa prawidłowa. Grubość krtani największa w okolicy chrząstki tarczowej. Rogi większe tej chrząstki są nadmiernie wysunięte na zewnątrz. W miejscu wydatności ostrej kąta przedniego znajdujemy płaszczynę. Dotykane i gniecenie tych miejsc żadnego bólu choremu nie sprawia. Przy badaniu wnętrza krtani zwierciadelkiem widzimy nowotwór wyrastający z dolnej $\frac{1}{3}$ części tylnej powierzchni nagłośni, który przykrywa w postaci klapki całą głośnię, przedstawiając z tyłu otworek wielkości łebka od szpilki, widzialny przy głębokim wdychu. Nowotwór ten jest zupełnie niebolesny, tak że go można było dokładnie zbadać zgłębnikiem. Wprowadziłem cieniutki srebrny zgłębnik w ów tylny otworek próbując unieść nieco klapkę tę ku górze i przekonałem się, że jest zupełnie nieruchomą. Takim samym sposobem przekonałem się że jest ona przyrośnięta do obu więzów nagłośnio-nalewkowych. Górna powierzchnia klapki koloru różowego, nie gładka, robi wrażenie ziarniny. W kilku miejscach porożrucane są na niej białe kepki rozpadowe.

Górne $\frac{2}{3}$ części nagłośni zupełnie prawidłowe. Obie zatoki gruszkowe niezwykle wielkie i głębokie.

Gruzoły chłonne na szyi nieco powiększone, zwłaszcza po stronie prawej tuż po za kątem dolnej szczęki. Z innych gruczołów tylko pachwinowe są nieco powiększone.

W płucach przy osłuchiwaniu nie się wykryć nie daje z powodu stenotycznego oddechu. Opukiwanie wykazuje wysoki stopień rozedmy płuc. Tępość serca bardzo mała, tony czyste, słabe. Górnej granicy śledziony wypukać nie można. Tępość wątroby w linii sutkowej zaczyna się na 7 żebrze. Brzuch nieco zapadnięty. Język suchy, lekko obłożony. Łaknienie małe. Trawienie prawidłowe. W chwili przybycia chorego do szpitala ciepłota była 39° , spadła jednak już nazajutrz do 37° . Od czasu do czasu podnosiła się znowu na czas krótki, poprzedzana zwykle dreszczami. Z tego też powodu chory otrzymywał chininę i arsenik, przyczem stan jego ogólny znacznie się poprawił.

W dniu 26 Marca z rana chory zaczął oddychać nieco ciężiej niż dotąd. Zwierciadelko krtaniowe wykazało, że i tak już mały otvorek oddechowy zmniejszył się do połowy. Za powód tego uważałem kaszel, który całą noc chorego męczył i prawie zupełną niemożność wykrztuszania, pomimo gwałtownych jego w tym kierunku usiłowań. Chorego widział wtedy wraz ze mną kol. PRZEDBORSKI z Łodzi. Po wspólnej naradzie przyszedłszy do wniosku, że bez przecięcia tchawicy nie podobna operować nowotworu w krtani, gdyż słuszenie można było przypuszczać, że nowotwór ten nie ogranicza się tylko do górnej jej części lecz i wewnątrz jej zajmuje.

O godzinie 12 tegoż dnia wykonałem przecięcie krtani przy łaskawej pomocy i wskazówkach kol. KRUSZEWSKIEGO, GĄBSZEWICZA i WASILIEWA i w obecności kol. PRZEDBORSKIEGO i SOBIERAŃSKIEGO. Operacya robiona bez chloroformu nie przedstawiała żadnych trudności wobec nader wydatnych zarysów krtani i szczupłej szyi. Stosownie do rady kol. KRUSZEWSKIEGO otwór tracheotomiczny zrobiłem w *ligamentum conicum* nie przecinając chrząstki obrączkowej, poczem wprowadziłem rurkę kauczukową 9 mm. szeroką. Bezpośrednio po wprowadzeniu rurki chory, podczas silnego napadu kaszlu wypluł przez nią znaczną ilość śluzoropnej płwociny z nieznaczną przymieszką krwi, poczem zaczął zupełnie swobodnie oddychać. Po założeniu opatrunku przeciwnielego o własnych siłach przeszedł na łóżko.

Zaleciłem wdychania z wody karbolowej 1% co godzinę, obok środków wykrztuśnych i podniecających. Ciepłota w dniu operacyi wieczorem wynosiła 38° , nazajutrz rano $38,3^{\circ}$, później już nigdy nie przekroczyła $37,6^{\circ}$. W dzień operacyi do samego wieczora w płwocinie zauważyć było można przymieszkę znacznej ilości krwi. W ciągu trzech następnych dni odpluwał chory przez rurkę ogromne ilości ropy (po 2 do 3 dużych kufli dziennie). Gorączki żadnej nie było, stan ogólny dobry, oddechanie swobodne; trudno więc z początku było zdać sobie sprawę z kąd taka znaczna ilość ropy pochodziła? Opatrunek, bez wyjmowania zewnętrznej rurki, zmieniałem 2 do 3 razy na dobę; rurka wewnętrzna musiała być co kilka godzin przemywana. Rurkę zewnętrzną wyjęliśmy po raz pierwszy dnia 31/III t. j. na piąty dzień po operacyi. Wtedy rzu-

cilo się od razu w oczy, że zarysy zewnętrzne krtani zmniejszyły się znacznie i kąt przedni chrząstki tarczowej stał się wyraźnym. Tak więc zniekształcenie zarysów krtani zależało od zebrania się wielkiej ilości ropy na okolo chrząstki tarczowej. Jak i kiedy to powstało chory oznaczyć nie może, nigdy jednak żadnego bólu w miejscu tem nie doznawał. Mieliśmy tu prawdopodobnie do czynienia z przewlekłym zapaleniem ochrzęstnej, rezultatem którego było owo zebranie się ropy. Laryngotomia miała w tym przypadku wpływ zbawienny, gdyż ropa nagromadzona w tak znacznej ilości prędzej lub później dostała by się do krtani a ztamtąd, nie znalazłszy ujścia na zewnątrz z powodu prawie zupełnego zamknięcia głośni, opuszczając się w drogi oddechowe wywołałaby nagle śmierć w skutek uduszenia. Rurka najwidoczniej mechanicznem drażnieniem otworzyła ściankę ropnia, który był tuż po nad nią w ochrzęstnej chrząstki tarczowej.

Dalszy przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy. Inhalacye z wody karbolowej robił chory wciąż po 3 do 6 razy na dobę, zwłaszcza, gdy rurka wewnętrzna zatykała się śluzem. W dniu 1 Kwietnia założyłem mu rurkę srebrną 9 mm. której używał do końca leczenia. W dniu 2/IV przystąpiłem do usunięcia nowotworu krtani na drodze endolaryngealnej. Klapka nowotworowa tak szczelnie przykrywała teraz całą głośnię, że żadnego do niej dostępu nie było. Wprowadziłem więc tam obosieczny nożyk przy pomocy zwierciadła i przeciąłem całą grubość klapki na $\frac{1}{2}$ ctm. idąc od tyłu ku przodowi. Tym sposobem uzyskałem dostęp dla innych narzędzi. Usiłowałem następnie napróżno wyrwać cząstki nowotworu ostremi kleszczykami, szczypczykami krtaniowymi i t. p. Gdy jednak wszystkie te narzędzia zawiodły moje oczekiwania przysłała mi na myśl ostra łyżeczka używana dotąd przez HERYNGA do wyskrobywania ognisk gruźliczych w krtani.

Opór nowotworu przy wyłabianiu go łyżeczką był dosyć znaczny; zawiązując jednak mocnej, niesprężystej rączce mogłem za każdym wprowadzeniem narzędzia wyjąć kawałek tkanki takiej prawie wielkości, jak okienko założonej łyżeczki.

Zacząłem usuwanie nowotworu od tyłu ku przodowi, tak że ostrze łyżeczki skierowane było zawsze ku krtaniowej powierzchni nagłośni. Najpierwej wyskrobałem tę część nowotworu która przykrywała otwór głośni. Następnie oczyściłem z niego więzy nagłośnie-nalewkowe, w końcu dopiero tę część, która wyrastała z nagłośni. Całą operację uskuteczniłem w ciągu 6 posiedzeń, z których ostatnie trzy poświęciłem nagłośni, tam bowiem tkanki nowotworowej było najwięcej, zajmowała ona całą szerokość nagłośni, a zaczynając się na $\frac{1}{2}$ ctm. po nad górnym brzegiem wyniosłości nagłośniowej, szła ku dołowi aż pomiędzy struny fałszywe. W tym więc punkcie grubość klapki nowotworowej wynosiła około 2 ctm. Przy ostatniem posiedzeniu operacyjnem asystował mi kol. WASILIEW; wtedy właśnie wyciągnąłem z najgłębszej części 8 ostatnich kawałków nowotworu, niektóre dochodziły wielkości połowy ziarnka grochu. Operowałem co drugi dzień, tak że usuwanie nowotworu z krtani trwało od 6 do 18 Kwietnia. Krwawienia przy tem bywały bardzo niewielkie. Po każdym z ostatnich 3 posiedzeń weierałem w pozostałe części czysty kwas mleczny, co

żadnego bólu choremu nie sprawiało, choć kokainą poprzednio go nie znieczulałem. W ogóle przy całej tej operacyi używałem kokainy tylko dwa razy przy 2 początkowych posiedzeniach. Kwas mleczny wskutek niszczącego działania na tkanki patologiczne, bez wpływu na normalne, oddał mi w tym razie znakomitą usługę; tworząc bowiem rozległe i dosyć głębokie strupy usuwał powierzchowne warstwy resztek nowotworu, a niszcząc strzępki i kawałki naderwane, wygładzał szybko powierzchnię operowaną.

Od dnia 16 Kwietnia uważałem otwór głośni za dostatecznie duży, aby wprowadzić rurkę tracheotomiczną znacznie mniejszą od poprzedniej. Ziarnina obficie wyrastająca naokoło rany zewnętrznej musiała być kilkakrotnie przyżegana azotanem srebra. W dniu 20 Kwietnia usunąłem rurkę zupełnie; chory oddychał swobodnie przez krtani. Rana zewnętrzna zasklepiła się nazajutrz zupełnie; a w dniu wypisania chorego ze szpitala t. j. 28/IV pozostał po niej zaledwie ślad wielkości 5 groszy srebrnych. Chory ze swego stanu zupełnie zadowolony, nie chciał dłużej pozostać w szpitalu, obiecując powrócić jesienią w celu poddania się operacyi usunięcia nowotworu z nosa, który mu zresztą, jak utrzymuje, nie przeszkadza.

Przy ostatniem badaniu znaleźliśmy zewnętrzne zarysy krtani zupełnie prawidłowe. Górne $\frac{2}{3}$ części nagłośni gładkie, blado-różowe, dolna zaś $\frac{1}{3}$ wyniosłość jej, petiolus t. j. te części, gdzie był nowotwór nieco czerwonawe, lśniące, choć niezupełnie gładkie, struny fałszywe zgrubiałe, gładkie, bladoczerwone, pokrywają zupełnie prawdziwe, z których tylko rąbek prawej jest widoczny. Przy wydawaniu głosu przylegają do siebie struny fałszywe, pozostawiając jednak w przedniej części małą szparkę. Więzy nagłośnio-nalewkowe nieco zgrubiałe (prawy więcej) dosyć gładkie, lśniące, różowe. Tylna ściana krtani prawidłowa. Zatoki gruszkowate znacznie płytsze niż poprzednio.

Wszystkie inne narządy *in statu quo*. W płucach zmian auskultacyjnych żadnych. Oddycha prawidłowo bez żadnego szmeru. Łaseczników w płwocinie nie ma. Chorego przed i po operacyi widzieli kol. OLTUSZEWSKI i GURANOWSKI.

Części nowotworu wyjęte z nosa i nowotwór krtani, zbadał łaskawie pod drobnowidzem pros. PRZEWÓSKI. W wyjętych kawałkach powierzchnia swobodna wszędzie była pokryta płaskim wielowarstwowym zgrubiałym nabłonkiem. Cała tkanka pod nabłonkiem wszędzie była zupełnie jednakowej budowy i wyglądała jak zwykła tkanka granulacyjna, z mierną ilością drobnych naczyń krwionośnych. W niektórych tylko miejscach komórki tej tkanki były okrągławe, nieco większe od zwykłych ziarninowych albo też przybierały formę krótką owalno-wrzecionowatą. Odpowiednie badanie nigdzie nie wykazało obecności łaseczników Kocho. Widzimy ztąd, że podobny obraz mikroskopowy nie odpowiada jakiejś jednej, dającej się drobnowidzem ściśle oznaczyć postaci chorobowej. Podobny obraz dało by nam bardzo wiele chorób np. *sarcoma*, zapalenia specyficzne (gruźlica, przymiot etc.), nakoniec rozrosty (*hyperplasia*) zapalne. Rozpoznanie więc w tym przypadku musimy oprzeć głównie na klinicznym badaniu. Zwrócić tu musimy przedewszystkiem uwagę na to, że cierpienie trwające od lat przeszło sześciu, nie uogólniło się, lecz pozostało czysto miej-

scowem. Dalej—nie posiada ono charakteru złośliwego, gdyż żadnych zniszczeń i zwyrodnień w tkankach otaczających nie spowodowało. Klapka zasłaniająca głośnię groziła wprawdzie uduszeniem było to jednak tylko uboczne, mechaniczne działanie. Po usunięciu jej znaleźliśmy tkanki otaczające prawie zupełnie prawidłowymi. Łaseczników Koch'a ani w płwocinie ani w tkankach nie znaleziono. Przymiotem chory nigdy nie był dotknięty, co potwierdza szczegółowe pod tym względem badanie i wywiady.

Co się tyczy cierpienia nosa, natury jego i stosunku do choroby krtani, wszystkie te kwestye pozostawiam tymczasem na boku mając nadzieję powrócić do tego przedmiotu dopiero po dokonaniu zamierzonej operacyi t. j. gdy będę miał możność bardziej szczegółowego ich zbadania.

Klapkę nowoutworzoną w krtani nazwałem na zasadzie postaci zewnętrznej ziarniniakiem. Badanie drobnowidzowe w zupełności zgadza się z tem rozpoznanem, gdyż obraz mikroskopowy robił głównie wrażenie zwykłej tkanki granulacyjnej. Zachodzi tylko pytanie jaka przyczyna powstanie jej wywołać mogła.

Jedną okoliczność ma w tym względzie rozstrzygające znaczenie. Przypomnijmy sobie że nowowytworzona klapka miała za punkt wyjścia dolną część tylnej powierzchni nagłośni a niezależnie od tego była przyrośnięta dość silnie do obu więzów nagłośnio-nalewkowych. Więzy te po usunięciu z nich opisanych narosli wygoiły się szybko i żadnych głębszych zmian nie przedstawiały. Nie miało by to miejsca gdybyśmy mieli do czynienia z nowotworem w ścisłem tego słowa znaczeniu. Opisane więc ziarninowe narosłe były mojem zdaniem, wynikiem przewlekłych zapalnych rozrostów. Z wywiadów żadnych pod tym względem danych otrzymać nie mogłem. Sądzę jednak że całe to cierpienie można sobie wytłumaczyć, przyjąwszy samodzielne zapalenie ochrzęstnej jako początkową przyczynę. *Perichondritis* najczęściej bywa spowodowana przez gruźlicę, przymiot lub durzyce; dlatego w tym przypadku nazywam zapalenie ochrzęstnej, samodzielnem, gdyż wszystkie te przyczyny dają się wykluczyć. Durzyce chory wprawdzie przebywał, było to jednak na lat blisko 20 przed chorobą niniejszą, nie można więc upatrywać między nimi jakiegokolwiek związku.

Zapalenie to rozwinęło się naprzód w górnych częściach krtani, wytworzyło ognisko ropne, poczem ropa ta znalazła ujście na zewnątrz. Chrzątka jednak uległa nekrotyzowaniu, kawałeczki zmartwiałej chrząstki oddzieliły się i zostały wyrzucone, wtedy rozpoczął się proces gojenia, przyczem wytworzyła się ziarnina, która rozrosłszy się nadmiernie utworzyła powyżej opisaną ziarninową klapkę.

Zapalenie ochrzęstnej na chrząstce tarczowej rozpoczęło się prawdopodobnie na krótko przed zapisaniem się chorego do szpitala i wytworzyło obfity zbiornik ropy naokoło chrząstki tarczowej. *Perichondritis laryngea idiopatica* należy do cierpień nadzwyczaj rzadkich. Częściej jeszcze napotyka się ono na chrząstce obrączkowej i nalewkowych, bardzo zaś rzadko na tarczowej. W literaturze, którą rozporządzałem nie znalazłem wzmianki o cierpieniu tem

z identycznym zejściem. STOERK ¹⁾ tylko opisuje przypadki bardzo do naszego podobne.

Przypadek ten ze względu na samodzielne powstanie zapalenia ochrzęstnej, na miejsce krtani, w którym się rozwinęło a nadewszystko ze względu na zejście tego zapalenia należy do nadzwyczaj rzadkich.

SPRAWOZDANIE Z RUCHU CHORYCH W LATACH 1884 i 1885 na oddziale chirurgicznym Prof. D-ra Obalińskiego w Krakowie.

Zestawili D-rowie **Mężyk** i **Dobruchowski** sekundaryusze tegoż oddziału.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 21).

III. Nowotwory (*Neoplasmata*).

1. **Włókniak** (*Fibroma*). Leczone 7 razy; u 2 męż. i 5 kob. Wyleczono 2 m. i 3 kob. Nie wyleczono 2 kob. gdyż te nie chciały poddać się operacyi (*fibromyomata uteri*). Siedzibą włókniaka były: twarz, warga dolna, klatka piersiowa, udo, macica. W przypadku włókniaków macicy wyluszczoneo także wraz z macicą przez laparohysterotomię sposobem Hegar-Clay'a.

2. **Mięsak** (*Sarcoma*). Leczone 22 razy; u 7 męż. i 15 kob. Wyleczono 7 kob. Nie wyleczono 1 męż. Z polepszeniem 1 męż. Przeniesiono 1 m. Umarł 1 męż. po dokonanej amputacyi uda i miejscowo wyleczonej sprawie *osteosarcoma genu*, u którego wystąpiło zapalenie płuc prawdopodobnie przerzutowe. Nie wyleczono 1 m. i 4 kob. gdyż troje z nich odmówiło operacyi, dwoje zaś nie nadawało się do niej z przyczyny zbyt późnego wieku i wynędznienia. Umarło 2 m. i 4 kob. Umiejscowieniem nowotworu były: trzy razy szczęka dolna, 2 górna, 1 oczodół, 4 pacha (*lymphosarcoma*), 4 sutek, 3 kończyny górne, 3 dolne, 1 pachwina, 1 szyja.

3. **Rak** (*Carcinoma*). Leczone 131 razy; u 79 m. i 52 kob. Wyleczono 47 m. i 29 k. Z polepszeniem 12 m. i 6 k. Nie wyleczonych 16 m. i 13 kob. Przeniesiona 1 k. Umarło 4 m. i 3 k. Najczęściej zajęta była warga dolna u mężczyzn, u kobiet zaś sutek. W równej mniej więcej cyfrze trzymały się nowotwory rakowe polyku, odbytu macicy i członka męzkiego. Do liczby niewyleczonych załączono te wszystkie przypadki, które się nie kwalifikowały do operowania a nadto i owe, gdzie ziarnina rany pooperacyjnej wydawała się podejrzaną a chorzy żądali wypisania z oddziału.

4. **Chłoniak** (*Lymphoma*). Leczone w 19 przypadkach: u 11 mężcz. i 8 kob. Wyleczono 7 m. i 2 kob. Nie wyleczono 3 m. i 5 kob. Z polepszeniem 1 m. i 1 kob. Siedzibą chłoniaków była przeważnie szyja, po której dopiero pacha, pachwina, a w paru przypadkach okolica ślinianki przyusznej.

5. **Torbiel jajnika** (*Kystoma ovarii*). Operowano 4 razy na 5 przypadków. Wyleczono 3 kob. Umarła 1 k. Nie wyleczona 1 kob. która nie chciała poddać się operacyi. W jednym przypadku podlegała chorobie 18-letnia dziewczyna.

¹⁾ STOERK. Klinik d. Krank. d. Kehlkopfes etc. pag. 258.

6. *Kaszak (Atheroma)*. Operowano 4 razy; u 2 męż. i 2 kob. Wszyscy wyleczeni.

7. *Wodniak przedrzepkowy (Hygroma praepatellare)*. Operowano 7 razy; u 2 męż. i 5 kob. Wszyscy wyleczeni.

8. *Wodniak moszen (Hydrocele)*. Leczono 3 razy. Raz dokonano po obu stronach operacji jednoczesowej radykalnej. W dwóch przypadkach zastrzykano roztwór Lugol'a. Wszyscy uleczeni.

9. *Wól (Struma)*. Leczono 9 razy; u 4 męż. i 5 kob. Sześć razy z dobrym skutkiem dokonano wyjęcia wola. Dwoje nie poddało się operacji. Jedną leczono metodą Gussenbauera i ta wyszła z polepszeniem.

10. *Kłykciny (Condylomata acuminata)*. Operowano u 3-eh m. Wyleczenie.

11. *Ukleje (Polypi)*. Operowano tylko u 5-ciu kob. Raz w nosie; dwa w cewce, dwa razy w macicy. Wszystkie wyleczono.

12. *Twardziel nosa (Rhinoscleroma)*. Operowano u 2 kobiet, u których po przypaleniu nastąpiło znaczne polepszenie.

13. *Skórzak (Cysta dermoidalis)*. Wyleczono przez operację u 1 męż. i 3 kobiet.

14. *Brodawczak (Papilloma)*. Operowano dwukrotnie u kobiet na kończynach dolnych. Jeden zaś obserwowano na tylnej ścianie krtani, lecz chora odmówiła operacji.

15. *Wilk (Lupus)*. Obserwowano raz na palec ręki u mężczyzny, któremu odjęto palec.

16. *Torbielo-chrzęstniak (Cystochondroma)*. U kobiety na powiece górnej. Dokonano operacji plastycznej i wyleczono.

16. *Tłuszczak (Lipoma)*. Operowano pięciokrotnie z dobrym skutkiem u 1 mężczyzny na udzie, u 2-eh kobiet na barku: u 2-eh około odbytnicy. Raz u mężczyzny rozpoznano z prawdopodobieństwem nowotwór rakowy z sieci wychodzący (*omentum*), lecz chory żądał wypuszczenia go do domu.

IV. Zniekształcenia.

Były przedmiotem leczenia w następujących przypadkach.

1. *Nieruchomość, sztywność prawdziwa stawu łokciowego po stłuczeniu (Anchylosis vera articulationis cubiti post contusionem)*. Chory ten wyszedł nie wyleczony, gdyż nie chciał się zgodzić na rezekeję stawu.

2. *Sztywność fałszywa stawu łokciowego po zapaleniu stawu (Anchylosis spuria articul. cubiti p. arthritidem)*. W przypadku tym ułożono odpowiednio kończynę i założono gips.

3. *Przykurczenie w stawie kolanowym po reumatyzmie mięśniowym (Contractura genus p. rheumatis. muscul.)*. Był przyniesiony z kliniki chirurgicznej celem doleczenia.

4. *Przykurczenie w stawie łokciowym po zapaleniu tegoż stawu. (Contractura cubiti p. arthritidem)*. Nie chciał pozostać.

5. *Dwa przypadki palca nadliczbowego*. Operowane i wyleczone.

6. *Zniekształcenie palca ponieznanej bliżej chorobie stopy*. Wyleczenie.

7. Bliźna ramienia przykurczająca, po oparzeniu. Nie chciał pozostać.

8. Trzy przypadki wargi zajęczej prostej i jeden połączony ze szczeliną podniebienia. Wszystkie operowane i wyleczone.

9. Stopa końska (*Pes equinus*). Dokonano przecięcia ścięgna. Chory wyszedł z polepszeniem, na własne żądanie.

10. Stopa kosałwa jako wada wrodzona (*Pes varus*). Była operowana u 5-letniego dziecka z b. dobrym skutkiem.

11. Kolana szpotawca (*Genua valga*). Z kliniki chirurgicznej celem odleżenia przepisanego okresu czasu. Przypadek ten zwrócono klinice z zupełnym osłabieniem odnóg dolnych.

DODATEK.

Przypadek mylnie zakwalifikowanego tyfusu wysypkowego zwrócono zaraz na oddział chorób wewnętrznych.

Troje ludzi konających dostawiono na oddział. Z tych jeden z raną postrzałową uda; drugi po spadnięciu z dachu; trzeci skutkiem wyniszczenia z licznymi ropniami i ranami zatokowatemi ciała, oraz odleżynami rozpadającemi się.

Wykaz operacji dokonanych w latach 1884 i 1885.

<i>Amputatio clitoridis</i>	1	<i>Excirpatio bulbi oculi.</i>	4
„ <i>cruris</i>	24	„ <i>glandularum lymphatic. et salival</i>	5
„ <i>femoris</i>	37	„ <i>et V romanum (epithel. labii)</i>	11
„ <i>brachii</i>	5	„ <i>(carcinoma cranii, auris etc.)</i>	12
„ <i>antibrachii</i>	4	„ <i>(struma parenchym.)</i>	6
„ <i>manus</i>	1	„ <i>(atheroma)</i>	4
„ <i>digiti</i>	3	„ <i>(cysta dermoidalis)</i>	4
„ <i>pedis m. Pirogow.</i>	4	„ <i>partis gland. thyreoid. et resectio</i>	
„ „ <i>Syne-Lücke</i>	4	„ <i>oesophagi</i>	1
„ <i>digitorum m. Chopart.</i>	3	„ <i>et balano-postho-plastica (condy-</i>	
„ <i>mannae</i>	7	„ <i>lonata)</i>	1
„ <i>penis</i>	6	„ <i>(polypi)</i>	2
„ <i>linguae</i>	1	„ <i>(sarcoma capitis et cystosarcoma</i>	
<i>Arthrectomia genu</i>	3	„ <i>femoris)</i>	2
<i>Arthrotomia</i> „	6	„ <i>(fibrosarcoma mammae)</i>	1
<i>Blepharoplastica</i>	1	„ <i>(cysta salivalis)</i>	1
<i>Cheiloplastica</i>	2	„ <i>(fibroma labii, buccae)</i>	2
<i>Circumcisio et cauterisatio (phymosis).</i>	2	„ <i>olecranon. subperiost.</i>	1
<i>Cricotracheotomia</i>	3	„ <i>ossis coccygis</i>	1
<i>Cystorrhaphia</i>	1	<i>Enucleatio (digitorum)</i>	14
<i>Colporrhaphia anterior</i>	1	„ <i>(coxae)</i>	5
<i>Castratio testis.</i>	1	„ <i>(hallucis c. oss. metatarsi)</i>	2
<i>Dilatatio et divisio ani.</i>	4	„ <i>(humeri)</i>	2
„ <i>urethrae m. Stearns</i>	1	<i>Excocleatio</i>	30
„ <i>colli vesicae urin.</i>	1	<i>Extractio corporis alieni</i>	3
<i>Discisio et drainage</i>	7	„ <i>sequestris maxill. infer</i>	1
<i>Excirpatio (angioma).</i>	1	„ <i>(polypi).</i>	2
„ <i>unguis</i>	5	<i>Evidement</i>	4
„ <i>(hygroma praepatellare)</i>	5	<i>Excisio nervi</i>	3
„ <i>(fibroma molluscum, papilloma)</i>	3	„ <i>(exostosis tibiae)</i>	1
„ <i>(lymphoma)</i>	6	„ <i>(carcinoma canthi oculi).</i>	1
„ <i>(lipoma)</i>	3	<i>Enterectomia</i>	3

<i>Ecrasement</i>	3	<i>Resectio coxae</i>	7
<i>Evacuatio fragmentorum cranii</i>	1	„ <i>partialis maxill. inf.</i>	3
<i>Fistulorrhaphia</i>	6	„ <i>calcanei</i>	2
<i>Gastrostomia</i>	1	„ <i>occephagi</i>	1
<i>Herniotomia</i>	12	„ <i>cubiti</i>	6
<i>Herniolaparotomia</i>	3	„ <i>pedis</i>	2
<i>Incisio</i>	64	„ <i>carpi</i>	1
<i>Ignipunctura</i>	1	„ <i>omenti</i>	1
<i>Kolpoplexis</i>	4	„ <i>humeri</i>	1
<i>Laparotomia</i>	18	„ <i>femoris</i>	1
<i>Laparohysterotomia</i>	1	„ <i>tibiae</i>	1
<i>Lithotomia lateralis</i>	2	„ <i>intestini</i>	1
„ <i>hypogastrica</i>	1	<i>Repositio brachii</i>	4
„ <i>mediana</i>	2	„ <i>cubiti</i>	1
<i>Necrotomia</i>	37	„ <i>et brisement forcé</i>	1
<i>Oncotomia</i>	19	„ <i>pollicis</i>	1
<i>Oesophagotomia</i>	1	<i>Reamputatio cruris</i>	2
<i>Ovariotomia</i>	2	<i>Thermocauterisatio</i>	14
<i>Plastica labii inf.</i>	15	<i>Thoracocentesis</i>	9
„ „ <i>super.</i>	2	„ <i>c. resectione costae</i>	1
„ <i>palpebrae inf.</i>	12	<i>Tenotomia</i>	2
„ <i>in reg. mentali</i>	1	<i>Tarsotomia</i>	1
„ <i>faciei</i>	2	<i>Taxis (sub chlorof.)</i>	1
„ <i>(labium leporinum)</i>	5	<i>Trepanatio process. mastoidei</i>	6
„ <i>(phymosis)</i>	3	„ <i>cranii</i>	1
„ <i>(necros maternus)</i>	1	„ <i>condyli femoris</i>	1
„ <i>nasi</i>	3	<i>Tmsillotomia</i>	1
<i>Punctio aspiratoria</i>	1	<i>Tracheotomia</i>	2
„ <i>(hydrocele) et injectio Lugoli</i>	2	<i>Urethrotomia interna</i>	9
<i>Rhinoplastica</i>	1	„ <i>externa</i>	3
<i>Resectio genu</i>	22	<i>Urethroplastica</i>	1

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

33. Dr. J. SCHREIBER. **Ból lędźwiowy** (*Lumbago*) za pomocą rękoczynu leczony (*Die mechanische Behandlung der Lumbago*). Niezależnie od licznych i rozmaitych, ogólnie zresztą znanych środków, przeciw gośćcowi mięśniowemu stosowanych, w wielu przyznać trzeba przypadkach, leczenie nie przynosiło żadnej lub też nieznacznej ulgi, dopiero wprowadzenie mięsienia dało lekarzowi potrzebną broń w walce z tem dokładnie niezbadanem, a tak częstem i uciążliwym cierpieniem. S. w niniejszej pracy rozpatruje stosowanie mięsienia i odpowiedniego ćwiczenia mięśni przy jednej wyłącznie postaci gościa mięśniowego, mianowicie przy bólu lędźwiowym (*Lumbago, Hexenschuss*). Pod którą to nazwą rozumiemy sprawę goścową w mięśniach lędźwiowych i w powięzi lędźwiogrzbietowej (*fascia lumbo-dorsalis*). Dla naszych celów rozpoznanie takie niewystarcza, trzeba koniecznie dokładnie określić siedlisko cierpienia, bądź w mięśniach, zginaczach kręgosłupa (*m. quadratus lumborum, psoas*), bądź w mięśniach wyprostnych (*m. sacro lumbalis, longissimus dorsi*), bądź wreszcie w mięśniach oddechowych (*m. serratus inferior posticus*). W każdym z powyżej przytoczonych przypadków ruchu czynne, zalecone choremu, winny być odmienne.

Do wyleczenia świeżego bólu lędźwiowego wystarcza jedno posiedzenie 20—30 minut trwające.

Wykonanie mięsienia. Chorego układa się na brzuchu na twardo wysłanym materacu na ziemi rozpostartym. Zupełne obnażenie chorego jest zbytecz-

ne, może on pozostać w koszuli lub w welnianym kaftaniku. Lekarz kłęcząc obok chorego wykonywa gniecenie (*Knetungen*) części miękkich, cierpieniem zajętych, bolesnych. Po gnieceniu następuje uderzenie (*Hackungen*) po mięśniach. Siła obydwu rękoczynów musi być stopniowo wzmagana. Gnecenie z początku wykonywa się tylko brzuścem palca, następnie knykciem, wreszcie pięścią. Gnecenie się miejsca bolesne, wogóle na przestrzeni ograniczonej XII żebrzem, grzebieniem kości biodrowej i kręgosłupem. Uderzenie winno być wykonywane łokciowym brzegiem ręki pionowo do cierpiących tkanek, poruszając ręką w stawie łokciowym, a nie ramieniowym. Rozumie się przy rękoczynach unikać należy kości i ich wyrostków, w przeciwnym razie oprócz bezpożytecznego bólu można i szkodę wyrządzić np. złamanie żebra, pęknięcie miednicy. Siła rękoczynu w każdym pojedynczym przypadku zależeć będzie od rodzaju cierpienia, od rozwoju mięśni i ilości tłuszczu podskórnego, co musi być przedstawione doświadczeniu samego lekarza. Od czasu do czasu robi się przerwy w miesięniu, podczas których probujemy o ile chory może wykonywać ruchy przedtem niemożliwe lub bardzo bolesne, mianowicie każemy choremu siadać i wstawać z krzesła coraz niższego bez pomocy rąk, przykucać, podnieść obiedwiema rękami przedmiot z coraz niższego krzesła bez zginania kolan, wchodzić i zeskakiwać z krzesła różnej wysokości, zginać kręgosłup w różnych kierunkach itp. Wszystkie te ruchy z początku bardzo bolesne wkrótce bez żadnego wysiłku chory wykonywa i po największej części po jednym posiedzeniu zostaje zupełnie wyleczonym z dolegliwego cierpienia. Na zakończenie ostrzega autor przed możliwymi błędami w rozpoznaniu ostrego bólu lędźwiowego od cierpienia kręgosłupa, mlecza i jego opon, macicy i nerek. Błąd podobny rzecz prosta, mógłby choremu wielką wyrządzić krzywdę.

Przy leczeniu przewlekłego bólu lędźwiowego mięsienie ustępuje na drugi plan przed czynnymi ruchami, przed ćwiczeniem mięśni. Leczenie trwa kilka tygodni nieraz do ośmiu, przyczem mięsienie wykonywa się jednakowo w sposób opisany przy ostrym bólu lędźwiowym codziennie z jednodniowymi przerwami po 7 lub 8 posiedzeniach. Czynne zaś ruchy muszą być bardzo urozmaicone, skierowane przeciw coraz innym mięśniom cierpieniem dotkniętym. Trzeba jednym słowem mięśnie od pracy odwykłe na nowo wykrztałcić, do czynności zaprawić. Autor podaje jeden z najbardziej interesujących swoich przypadków, gdzie choroba z przeziębienia wynikła trwała 1½ roku i pomimo rozmaitych sposobów leczenia chory nietylko nie czuł ulgi, lecz stan jego coraz się pogarszał. Drobiazgowo opisuje każde posiedzenie, wszystkie ruchy czynne, jakie chory przy nim wykonywał aż do zupełnego wyleczenia. Szczegółowy opis tych ćwiczeń przekracza rozmiary niniejszego streszczenia, zaznaczę tylko ważniejsze momenty. Każde ćwiczenie odbywa się bezpośrednio po mięsieniu. Ćwiczenia: Przejsz przez salę dużemi krokami coraz prędzej, ściągając na dół i podnosząc nieznaczne ciężarki na odpowiednim przyrządzie, przejść pomiędzy polanami drzewa w równych odstępach ułożonemi na podłodze, przejść po tych polanach, przykucać z początku z pomocą, później bez pomocy rąk, usiąść i wstać z krzesła bez pomocy rąk, tacać się po materacu na ziemi rozpostartym, stać i chodzić na palcach, skakać ze zbliżonemi nogami, zeskakiwać z krzesel różnej wysokości i t. p. Ćwiczenia te rozumie się zmieniają się do nieskończoności, zależnie od przypadku, mianowicie od tego jakie mięśnie są dotknięte. Dla tego też dokładne rozpoznanie ma ogromne znaczenie, można jednak za prawidło uważać, że należy, aby chory te właśnie ruchy wykonywał które mu ból sprawiają. Chory o którym wspomniałem po 21 dniach był zupełnie wyleczony. Zdarzają się czasami powroty choroby, te jednak po kilku posiedzeniach zwykle ustępują.

Następnie rozpatruje autor zarzuty czynione wogóle leczeniu za pomocą mięsienia, jakoto ból sprawiany choremu, niewygodą dla lekarza ze względu

na ilość czasu wymaganego na każde posiedzenie, a wreszcie lekarz traci na powadze zajmując się pracą fizyczną około chorego. Uważam za zbyt częste przytaczanie dowodzenia, jakimi autor zbija te zarzuty.

Na pytanie czy mięsienie powinno stanowić oddzielną specjalność, odpowiada autor przecząco. Każdy lekarz winien być dokładnie obznajmiony z mięsieniem, aby przynajmniej w przypadkach mniej zawitych, mógł samemu rękoczyn wykonać lub dawać wskazówki nielekarzom, zajmującym się mięsieniem. Pozostawienie mięsienia w ręku posługaczy, łaźnienników naraża niejednokrotnie chorych na szkodę, już chociażby ze względu na możliwe błędy w rozpoznaniu cierpienia.

Skuteczność mięsienia przy gościecu mięśniowym może przyczynić się poniekąd do rozjaśnienia istoty cierpienia. VIRCHOW i FRORIER sądząc ze zmian napotykanych w mięśniach, uważają gościec za zapalenie. Zmiany te jednak zdarzają się względnie dosyć rzadko. Przytem zimno przy gościecu nie tylko niepomaga, lecz nawet szkodzi, co także przemawia przeciw zapalnej sprawie. Więcej prawdopodobnym jest przypuszczenie, że gościec powstaje na skutek podrażnienia zakończeń nerwowych w mięśniu. Mięsienie działa skutecznie przy gościecu mięśniowym, również jak i przy nerwobólach.

Przypuszczenie jakoby gościec mięśniowy powstawał skutkiem przekrwienia wobec skuteczności mięsienia upada.

Nakoniec wypowiedziano przypuszczenie, że gościec powstaje na skutek ścinania się białka mięśniowego (*myosiny*). Widzimy tu pewną analogią z pośmiertnem stężeniem mięśni. BRÜCKE wykazał że przyczyną pośmiertnego stężenia mięśni jest ścinanie się białka; a WUND przez podwiązanie tętnicy mięśniowej u żywego wywoływał zmniejszenie kurczliwości mięśnia i ostatecznie zupełne stężenie. BROWN-SÉQUARD wykazał, że stężały mięsień można poniekąd ożywić przez wstrzyknięcie krwi tętniczej. Porównajmy z gościecem. Gościec mięśniowy powstaje zwykle po szybkim ochłodzeniu rozgrzanego ciała czyli po szybkim zwięzieniu rozszerzonych poprzednio naczyń, co można porównać z podwiązaniem tętnicy. Mięsienie zaś i ruchy czynne wywołują rozszerzenie naczyń, zwiększony dopływ krwi, a więc usuwają przyczynę cierpienia. Jeżeli ostatnie przypuszczenie okaże się prawdziwym, to może nam wytłomaczyć i ból jaki bywa przy gościecu mięśniowym. Podług ENGELMANNA zakończenia nerwowe w mięśniach znajdują się wewnątrz otoczki mięśniowej (*sarcolemma*). Cylinder osiowy nerwu wewnątrz pęczka pierwotnych włókien mięśniowych rozpada się na cienkie włókienka. Przy ścinaniu się białka mięśniowego muszą drobne te zakończenia nerwowe podlegać pewnemu uciskowi co się bólem objawia.

P r z y p i s e k S p r a w o z d a w e y. Najdokładniej obrobionym i zdaniem mojem, najważniejszym w pracy SCHREIBERA jest rozdział poświęcony ćwiczeniom przy przewlekłym bólu lędźwiowym. Znajdujemy tam bardzo szczegółowy opis ćwiczeń wraz z objaśnieniem które mianowicie mięśnie przyjmują udział w każdym ćwiczeniu. Liczne rysunki w tekście nie mało do zrozumienia się przyczyniają. Z natury rzeczy wynika, że ta część pracy najbardziej musiała ucierpieć na streszczeniu.

(Wiener Klinik. März 1887 r.). Feilchenfeld.

Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 17 Maja r. b.

Kol. WASILEW przedstawił chorego, któremu dwukrotnie w szpitalu więziennym wykonał laparotomię. Pierwszy rękoczyn podjęty został wskutek wgłobienia jelita cienkiego w kiszkię ślepą; po wydobyciu wgłobionego jelita, które okazało się obumarłem, wycięto je i utworzono sztuczny odbył. W kilka ty-

godni później celem usunięcia go kol. W. powtórnie otworzył jamę brzuszną i zeszył oba końce wyciętego jelita. W kilka dni po tej operacji, powstała niewielka przetoka, przez którą od czasu do czasu odechodzi jeczeze nieznaczna ilość kału. Ogólny stan chorego jest zupełnie dobry.

Kol. NEUGEBAUER Fr. przedstawił nowy ciekawy okaz miednicy spondylolistycznej, przesłanej mu dla bliższego zbadania przez D-ra FIRNIGA z Kolonii. Miednica ta pochodzi od 25-letniej pierwiastki zmarłej z zatoru płucnego 11-go dnia po dokonaniem na niej cięciu cesarskiem. Okaz ten będzie przedmiotem obszerniejszego wykładu na przyszłym posiedzeniu Towarzystwa.

Kol. MATLAKOWSKI przedstawił chorą, młodą dziewczynę, która po skaleczeniu, przed 6 tygodniami odłamem szkła w lewą dłoń poniżej napięstka, przedstawiała objawy piekącego bólu, zmniejszenia czucia w obrębie pierwszych trzech palców. Obecnie, bez żadnej innej przyczyny powróciła z objawami suchej zgorzeli (*mummificatio*) dwóch ostatnich członków wskaziciela. Kol. M. uważa tę zgorzel za zależną od *neuritis traumatica* gałązki nerwu pośrodkowego (*medianus*). Kol. STANKIEWICZ jest zdania, że *neuritis*, nawet przecięcie nerwu nie może samo przez się przy nieprzerwanem krążeniu spowodować zgorzeli. Tę ostatnią wtedy tylko zrozumieć jesteśmy w stanie, jeżeli do zaburzeń odżywczych spowodowanych uszkodzeniem nerwu, przyłączą się inne czynniki, niepomyślnie wpływające na odżywianie tkanek, np. zapalenie i t. d. W danym więc przypadku przypuścić należy, że w okresie 6 tygodniowym, podczas którego chora obserwowana nie była, istniały objawy zapalne lub inne, których współdziałanie jest konieczne do wytworzenia zgorzeli.

Kol. MALINOWSKI odczytał pracę swoją „przyczynę do etiologii i kasuistyki moczówki cukrowej u dzieci“. Rzecz swą rozpoczął kol. MALINOWSKI od opisu przypadku moczówki u dziecka, które wraz z kol. LIPIŃSKIM widział kilkakrotnie w Grójcu. U dziecka dwuletniego, po przebyciu błonicy gardzieli, trwającej kilka dni z objawami gorączkowymi stan nagle się pogorszył, wystąpił upadek sił, tętno i oddech uległy znacznemu zwolnieniu. Przy oddychaniu czuć się dawał zapach chloroformu. Chemik cukrowni wykrył za pomocą polarymetru w moczu chorego dziecka cukier w ilości wahającej się od 0,18 do 0,02% w ciągu kilku tygodni. Rozpoznano moczówkę cukrową. Rozbierając bliżej objawy chorobne, kol. M. nie mógł tej postaci zaliczyć do jednej ze zwykle napotykaných postaci moczówki: mózgowej, wątrobowej lub nerkowej i przypuszcza, że, oprócz przyczyn tej choroby zwykle przyjmowanych, istnieją jeszcze inne momenty etyologiczne, mogące ją wywołać; mianowicie pod wpływem ogólnego osłabienia, zwolnionego oddechania i krążenia następuje niedostateczne utlenienie glikogenu w wątrobie, następstwem czego jest nadmierne zebranie się cukru we krwi i wydzielanie się jego w moczu. Odpowiednio do swego poglądu, kol. MALINOWSKI zastosował właściwe leczenie, oprócz ogólnej przeciwmoczówkowej diety dał choremu środki wzmacniające, mianowicie żelazo. Już po kilku tygodniach dziecko wyzdrowiało zupełnie. Kol. MALINOWSKI poglądy swoje popierał obszernymi wywodami, zdaje się wszakże, że z powodu późnionej pory drugą część swego odczytu zmuszony był znacznie skrócić. Szkoda, że przewodniczący na posiedzeniu nie uwzględnił życzenia wielu członków, aby odczyt z powodu późnej godziny odłożyć na następne posiedzenie.

Kol. Julian KRAMSZTYK, nie wchodząc w bliższy rozbiór samej etiologii moczówki przez kol. MALINOWSKIEGO przyjmowanej, nie sądzi, aby dany przypadek można było z pewnością za moczówkę cukrową uważać. Wobec niezwyklej rzadkości tej choroby u małych dzieci dla postawienia pewnego rozpoznania winno być dokładnie bardzo wykonane badanie moczu. Kol. M. nie podaje ilości dobowej moczu, nie podaje ani razu ciężaru właściwego moczu, a wspomina tylko o wykryciu za pomocą polarymetru 0,02%—0,18% cukru. Jest to

tak mała ilość cukru w obec zwykle znajdowanej, że przy braku innych pewnych objawów cukromoczu, przypadek ten bynajmniej pewnym nie jest. Zdaniem kol. KRAMSZTYKA objawy moczoówki cukrowej u dzieci nie różnią się wogóle od objawów u dorosłych, oprócz tego, że przebieg jest zwykle gwałtowniejszy, a objawy: *polyuria*, *polyphagia* i ogólne wyniszczenie w wyższym stopniu u dzieci niż u dorosłych występują. Choroba prawie zawsze kończy się śmiertelnie. CANTANI, jako częste bardzo powikłanie choroby u dzieci spostrzegał *incontinentiam urinae*. Kol. KRAMSZTYK w praktyce swojej spostrzegał dwa przypadki moczoówki u dzieci: jeden u 5-letniej dziewczynki, drugi u 9-cio letniego chłopca. U pierwszej zawartość cukru z moczu dochodziła od 3—5%, u drugiego 7,5%. U obojga zwykle objawy moczoówki występowały w bardzo wysokim stopniu, dziewczynie nie można było nastarczyć pokarmów i napojów, w nocy potajemnie wydobywała chleb ze szafy, zjadała resztki z garnków i talerzy. U chłopca pierwszym objawem, który zwrócił uwagę rodziców chorego, była niemożność zatrzymywania moczu, której nigdy poprzednio nie zauważono. Rodzice chorego przypuszczali, że chłopiec cierpi na polucye, bo na prześcieradle i sienniku pozostawiały obszerne plamy twarde, jak krochmalone. Z powierzchni prześcieradła można było zebrać seyzorykiem drobniutki proszek biały, będący, jak się okazało, cukrem.

Kol. MALINOWSKI w odpowiedzi utrzymuje, że w przypadku spostrzeganym przez niego były wszystkie objawy cukromorzu: charakterystyczne zwolnienie oddechu i tętna, *polyuria*, *polyphagia*, *glycosuria* i wychudnienie.

Kol. KRAMSZTYK w ogóle nie sądzi, aby można było rozpoznać moczoówkę cukrową w przypadku, w którym tak nieznaczna tylko ilość cukru znaleziona była. Kol. MAYZEL utrzymuje, że tak małej ilości cukru wcale polarymetrem wykryć nie podobna.

Kol. MAYZEL przedstawił rozmaite preparaty mikroskopowe otrzymane przy badaniu płwociny i moczu chorych gruźliczych i innych, i szczegółowiej uwzględnił morfologię laseczników tuberkulicznych. Są one dotychczas mało zbadane odnośnie najważniejszej części składowej t. j. zarodników (*spores*), za które, na wzór KOCH'A przyjmują powszechnie prawie jasne miejsca pośród zabarwionego lasecznika. Zarodniki te pojmowane są jako endospory. W wielu dziełach znajdujemy wzmianki o rozmaitem ziarnkowatym wejrzeniu laseczników tuberkulicznych, lecz wygląd ten przypisywanym bywa, za przykładem KOCH'A, sztucznym zmianom pod wpływem odczynników i sposobów badania. Otóż kol. MAYZEL zwrócił uwagę na tę okoliczność przy badaniu płwocin gruźliczych zapomocą jednych i tych samych metod, z zachowaniem jednych i tych samych warunków—i przypuszcza, że ziarnkowate wejrzenie laseczników tuberkulicznych nie może być zależne tylko od sposobów badania i preparowania (silne ogrzanie, działanie kwasu odbarwiającego), lecz że stanowi w danym razie właściwość tych laseczników, dotychczas niedostatecznie uwzględnianą, a być może nader ważną. Chodzi bowiem o wykazanie zarodników czy też form t. zw. „trwałych“, których obecność w płwocinie należy przyjąć z uwagi na znaną odporność zarazka na wysychanie, gnicie, dosyć wysoką temperaturę i t. d. W płwocinie pewnego suchotnika (diabetyka razem) znalazł kol. M. grudkę wielkości ziarna prosa, złożoną z samych prawie laseczników gruźliczych, których znaczna część po zabarwieniu płynem NELSEN'A przedstawiała się „paciorkowatą“, złożoną z kulistych, regularnych, równych ziarn czerwonych w rozmaitej liczbie, najczęściej 2 — 3 obok siebie i zawieszają na jednym końcu lasecznika. Kuliste te ziarna odróżniają się regularnością formy od segmentów widocznych na lasecznikach gruźliczych przy zabarwieniu sposobem GRAM'A. Ziarna w regularnej kulistej postaci napotykną się widocznie nadzwyczaj rzadko w lasecznikach gruźliczych w płwocinie. W obec wypowiedzianego przez niektórych autorów domysłu że ziarna w ba-

cyllach tuberkulicznych są być może zarodnikami (BABES, ORTH, NEELSEN, HUBER i BECKER, NORARD i ROUX), a nawet dosyć stanowczych twierdzeń w tym względzie (NEGRI, GRIGORJEW), sądzi kol. M. że okoliczność ta zasługuje na bliższe zbadanie. Być może iż chodzi tu o formy trwałe, rodzaj artrosporów, na podobieństwo tych które HUEPPE przypuszcza dla spirylli cholerycznych.

Następnie kol. MAYZEL przedstawił preparaty z moczu pewnego chorego. Mocz od kilku miesięcy w chwili oddania, przy odczynie kwaśnym, okazuje się mętnym i zawiera obok nader nieznacznej ilości ciałek śluzo-ropnych bardzo wielką ilość mikrokoków ułożonych w rozmaitej długości niteczki nieruchome, które po dłuższym czasie opadają na dno naczynia w postaci białawego osadu. Hodowle na płytkach na żelatynie oraz w próbkach przez nakłócie przekonały, że mikroby te powoli rozpuszczają żelatynę i stanowią zapewne formę nazwaną przez FLÜGGE'GO: *Micrococcus ureae liquefaciens*. Na agarze rosną powoli w postaci białawego nalotu. Chory odnośny przebywał tryprowe zapalenie cewki, podrażnienie pęcherza i był katetyeryzowany, a także sam sobie cewnik wprowadzał. Zresztą obecność mikroorganizmów w drogach moczowych, bezwątpienia wprowadzonych z zewnątrz, nie spowodowała znacznych zaburzeń, jakkolwiek przyjąć trzeba że podrażnienie było przez nie podtrzymywaniem. Przypadek należy więc do t. zw. „bakteriuryi“ resp. „bacylluryi“, opisanej pod tą nazwą po raz pierwszy przez ROBERTS'A w r. 1881 na kongresie londyńskim, a której literatura dotychczas wzrosła już dosyć znacznie (dawniej TEUFEL, FISCHER w r. 1864, CRÄMER w 1883, SCHOTTELIUS i REINHOLD w 1886, JAKSCH w 1887), pomijając już opisy bakterii w moczu napotykanych przy rozmaitych chorobach zakaźnych. W przypadku kol. M. na uwagę zasługuje obecność znacznej ilości mikroorganizmów w moczu świeżym, kwaśnym, nierozłożonym bynajmniej.

W dalszym ciągu kol. MAYZEL przedstawił preparaty laseczników gruźliczych z moczu dziewczynki 11-letniej, cierpiącej od roku na „katar pęcherza“, z wydzielaniem mętnego moczu, zawierającego liczne ciała ropne, u której z klinicznych objawów nie podejrzewano gruźliczej natury cierpienia. Laseczniki znajdowały się przeważnie zebrane w kępkach esowatych, podobnych do tych jakie spotykamy w hodowlach. Kol. M. wspomniał że przy badaniu moczu należy pamiętać o możliwej obecności laseczników smegmowych w plątkach nabłonkowych (przy fimozie napletka zwłaszcza), które to laseczniki odporne są na odbarwienie kwasem, podobnie jak tuberkuliczne, lecz odbarwiają się alkoholem bezwodnym (l. gruźlicze zaś nie).

Wreszcie kol. MAYZEL opisał komórki kureczliwe znalezione raz w płwocinie, która posiadała odczyn słabo kwaśny (zapewne z powodu domieszki mleka). Komórki z mniej lub więcej licznymi, długimi, często penzelkowatymi wyrostkami, przypominającymi komórki amebowe, posiadały znaczną wielkość, duże jądra (1—8) i zawartość gruboziarnistą, przez co charakteryzowały się jako t. zw. nabłonki alweolarne, które zwykle przedstawiają się okrągłymi i wyrostków nie posiadają. Wywołanie objawów kureczliwości tych komórek w innych razach rozmaitymi sposobami nie udawało się. W przypadku postrzeganym ruchy same, nader powolne, nie były również wyraźnie dostrzegalne. Jądra komórek wyrostkami opatrzonych posiadały często postać wydłużoną, przewężoną, wskazującą możliwość rozpadania się na części (fragmentacja jąder).

Prócz tego kol. MAYZEL wspomniał, że zdarzają się niekiedy w nabłonkach alweolarnych (z płwociny) ziarenka zapewne tłuszczowe (resp. myelinowe), które po zabarwieniu płynem NEELSEN'A nie odbarwiają się w kwasach, a tylko alkoholem bezwodnym. Komórki takie przypominają t. zw. komórki tuczne (*Mastzellen*).

Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.

Krajowe. W Sobotę d. 21 Maja otwartą została w Wazszawie Wystawa higieniczna.

— Posiedzenie kliniczne Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbędzie się we Wtorek d. 31 Maja 1887 r. o god. 6¹/₂ wieczorem.

I. Wład. STANKIEWICZ. O ujemnych stronach zewnętrznego traktowania szyjny po wy-luszczeniu nowotworów macicznych (z demonstracją chorej).

II. MATŁAKOWSKI. Zestawienie laparotomii dokonanych przy chorobach organów płciowych kobiecych.

III. HEIMAN. Przypadek ostrego zapalenia ucha średniego.

IV. F. NEUGEBAUER (syn). 1. *Rarissima quedam synechiae uterosacralis in partu acquisitae observatio. Acanthopelvis* (z demonstr. preparatu). 2. Kazyistyka, symptomatologia i rozpoznawanie t. z. miednicy spondylolistycznej (z demenstracją fotogramów, rysunków i nowego anatomicznego preparatu, przysłanego z Instytutu położniczego w Kolonii).

Zagraniczne. Znamienity histolog prof. KÖLLIKER otrzymał honorowy dyplom doktora praw od Uniwersytetu Edynburskiego.

— W miejsce zmarłego prof. SCHROEDERA zaproszono do Berlina prof. OLSHAUSENA z Halli.

— Zjazd chirurgów niemieckich wybrał na członków honorowych prof. BILLROTHA i SPENCERA WELLSA.

— Dr. ORTH znany lekarz zdrojowy w Ems obchodził 50-letni jubileusz doktorski.

— 60 ty Zjazd przyrodników i lekarzy Niemieckich odbędzie się w Wiesbaden w dniach 18 do 24 Września r. b. Dr. R. FRESSENIUS i Arnold PAGENSTECHER wybrani są na przewodniczących.

Wykaz prac oryginalnych w czasopismach lekarskich polskich zamieszczonych.

W Przeglądzie lekarskim. W N-rze 20. PRUS. Kilka przypadków histeryi u mężczyzn. CIĘGLEWICZ. Przyczynki do zachowawczego leczenia przewlekłych zapaleń stawowych. W N-rze 21. CYBULSKI. O hypnotyzmie ze stanowiska fizjologicznego. TRZEBICKY. O obecnym stanie chirurgii żołądka. W *Odcinku*. JABŁONOWSKI. Szkiece sanitarne w Persyi.

W Gazecie lekarskiej. W N-rze 20: H. RUPPERT. O rokowaniu przy krwotokach kiszkowych w tyfusie brzuszny i przyczynach tychże krwotoków (dok.). WŁ. BIEGAŃSKI. Moczopędne działanie przetworów rtęci (d. c.). W N-rze 21. BIEGAŃSKI. Moczopędne działanie przetworów rtęci (dok.). ZAWISZA. Przypadek długotrwałej gorączki o typie przepuszczającym.

W Wiadomościach lekarskich. W N-rze 10. STACHIEWICZ. Leczenie suchót płucnych sposobem D-ra H. Brehmera. FEIGEL. O nagłej śmierci wskutek gwałtownych wzruszeń umysłowych.

Przewodnik gimnastyczny. W N-rze 4. Wspomnienie Jana Dobrzańskiego (dok.). Kobiety starego świata, średniowieczne i wychowanie kobiet XIX wieku (dok.). Przechadzki i wycieczki (c. d.). Sprawy towarzystw gimnastycznych polskich. W N-rze 5. Korpusy wakacyjne. O gimnastyce ze stanowiska estetyki. Przechadzki i wycieczki (c. d.). Sprawy towarzystw gimnastycznych polskich.

REDAKTOR i WYDAWCA, DR. G. Fritsche. Adres Redakcyi: Aleja Jerozolimska N. 80.

Дозволено Цензурою. Варшава, 14 Мая 1887 г.—Członkami Michała Ziemkiewicza
Krak.-Przedm. Nr. 17. Cena numeru pojedynczego kop. 15 (złp. 1).