

GAZETA LEKARSKA.

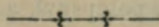
I. Z KLINIKI CHORÓB WEWNĘTRZNYCH C. K. RADCY DWORU PROF. DRA E. KORCZYŃSKIEGO
W KRAKOWIE.

PRZYZYNEK DO NAUKI O CHOROBIE BASEDOW'A.

Podali

Dr Wawrzyniec Kędzior
I asystent kliniki.

Dr Józef Zanletowski
lekarz chorób nerwowych.



Liczba spostrzeżeń anatomo-patologicznych i doświadczalnych, dokonanych w chorobie BASEDOW'a, wzrosła bardzo znacznie w ostatnim czasie, mimo to jednak do dziś dnia istota choroby nie została ostatecznie określona, a nauka waha się między teorią nerwu sympatycznego, teorią hypertyreoidyzacji, a teorią anatomiczną, za którą przemawiają doświadczenia fizyologiczne.

Przypadek nasz zasługuje głównie z tego względu na uwagę, że obok odosobnionego w literaturze, a o wiele mniej wybitnego przypadku MENDEL'a ¹⁾ zdaje się popierać doświadczenia FILEHNE'go, potwierdzone przez DURDUFI'ego i BIENFAIT'a. Nadto, oprócz zmian w ciałach powrózkowych, nie mających związku z jakimikolwiek innymi zmianami układu centralnego, znaleźliśmy wybitne inne zmiany w duchu luźnych spostrzeżeń SIEMERLING'a, KÖPPEN'a, MÜLLER'a, GRUBE'go, o których słusznie się wyraża OPPENHEIM, że „byłyby bardzo ważne, gdyby nie były tak mało wybitne“.

Nie przeceniając bynajmniej wartości spostrzeganych zmian, uważaliśmy za obowiązek podać o nich tymczasowe doniesienie do jednego z pism niemieckich ²⁾, a obecnie dokładniej je opisać. Wobec bardzo obszernej literatury, dotyczącej choroby BASEDOW'a, będziemy się starali streścić jak najwięcej i wymienić tylko te prace, które mają bezpośredni związek z naszym przypadkiem.

¹⁾ Sitzungsberichte der Neurologischen Gesellschaft. 1895.

²⁾ Neurologisches Centralblatt. 1901. Nr. 10.

Również pominiemy wielką literaturę, odnoszącą się do przerostu grasicy, oraz szczegóły techniki mikroskopowej, wspominając tylko o tem, co potrzebne do zrozumienia całości.

Dla łatwiejszego przeglądu, w następnych uwagach trzymać się będziemy następującego programu:

- 1) historia choroby,
- 2) wynik oględzin pośmiertnych i badania histologicznego,
- 3) wnioski, dotyczące:
 - a) zmian w rdzeniu przedłużonym
 - b) wybroczyn
 - c) przerostu grasicy i wad rozwojowych części rodnych.

A. M., lat 18 licząca, która jeszcze nigdy nie miesiączkowała, spostrzegła przed 4-miesiąty powiększanie się gruczołu tarczowego, do czego się później dołączył niepokój psychiczny i mięśniowy, drżenie rąk, osłabienie kończyn, wytrzeszczenie gałek ocznych, bicie serca, skłonność do potów, osobliwie na podudziach, więcej po stronie prawej i utrudnienie oddychania.

Ocierpienie to spowodowało ją do zgłoszenia się do kliniki chirurgicznej w Krakowie, gdzie rozpoznano chorobę Basedow'a, a w dniu 26-ym maja 1899 wykonano „*resectio partis dextrae strumae ac ligatura art. thyreoideae super. et infer. sin.*“ [Doc. dr Rutkowski]. Po rychłem zagojeniu się rany operacyjnej przeniesiono chorą do kliniki chorób wewnętrznych. Wprawdzie bezpośrednio po operacji stan ogólny chorej się polepszył, a mianowicie liczba tętna spadła ze 120 na 80, wytrzeszczenie gałek ocznych się zmniejszyło a napady duszności rzadziej się pojawiały, jednakże ten stan trwał niedługo. Już z początkiem roku 1900 nastąpiło pogorszenie, powiększyło się utrudnienie w oddychaniu, a nadto, czego przed operacją nigdy nie było, zaczęły się pojawiać napady epileptoidalne, objawiające się zupełną utratą przytomności, kurczami klonicznymi, zajmującymi głównie kończyny górne. Gałki oczne w czasie napadu wykonywały ruchy rytmiczne w bok, oczy były na wpół otwarte, źrenice nadmiernie rozszerzone, nie oddziaływały na światło, z ust toczyła się piana. Po napadzie pojawiały się kilkakrotne wymioty.

Takich napadów obserwowano w klinice chorób wewnętrznych trzy. Jeden z nich trwał 10 minut, a dwa po 5 minut.

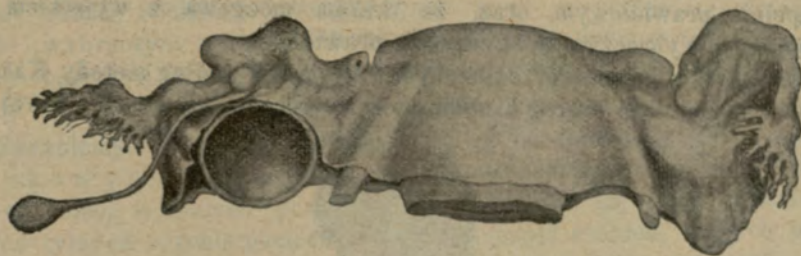
Pomimo poprawiającego się odżywienia i zwiększenia się ciężaru ciała o 6 klgr., siły podupadały coraz więcej, duszność się zwiększała, dochodząc do 32-u oddechów na minutę, rozszerzenie serca również się zwiększyło, a liczba tętna podniosła się na 108 uderzeń, wytrzeszczenie gałek ocznych stało się wybitniejsze, drżenie kończyn znacznie większe, ogólna wrażliwość, lękliwość i poty wystąpiły w znacznie większym stopniu. Reszta gruczołu tarczowego oraz stłumienie nad rękonością mostka nie uległy zmianie.

Te wszystkie przypadki zwiększały się szybko a w dniu 9-go lipca nastąpiło zejście śmiertelne wśród objawów włóknikowego zapalenia płuc.

S e k c y a, wykonana w prosektoryum klinicznem, której protokół podajemy w jak najzwięźlejszem streszczeniu, wykazała, obok gniazd włóknikowego zapalenia płuc, znaczny przerost grasicy o budowie zupełnie prawidłowej, reszt-

ki gruczołu tarczowego w płacie lewym, które się przedstawiały stwardniałe, w stanie zwyrodnienia włóknistego, przerost i rozszerzenie serca oraz w jajniku prawym liczne torbiele i kilka hydatyw MORGAGNI'ego.

Na szeregu przekrojów jajowodu lewego pod słabym powiększeniem można było stwierdzić zarosnięcie tegoż. Stosunek ilustruje rys. 1.



Rys. 1.

W mózgu znaleziono większe wypełnienie naczyń w lewym rowku SYLWIUSZA, stare i świeże wybroczyny w płacie czołowym lewym, w okolicy ciał prążkowanych i wewnętrznej torebki po stronie lewej, jak to widać na rys. 2.



Rys. 2.

Również na pierwszy rzut oka można było stwierdzić pewną asymetryę obu połów rdzenia przedłużonego, zwłaszcza w okolicy sznurów tylnych, przyczem oczywiście makroskopowo trudno było rozstrzygnąć, czy się rozchodziło w tym wypadku o przerost strony prawej, czy o zanik strony lewej rdzenia.

Celem szybkiego osiągnięcia pewnego wyniku badania fizyologicznego oraz z powodu dodatnich wyników, jakie otrzymał w ostatnim czasie prof. KADYI¹⁾ zapomocą swojej metody, polegającej na zanurzeniu skrawków w ocenie uranowym i azotanie potasowym i następnem barwieniu w zmodyfikowa-

¹⁾ H. KADYI. „O barwieniu ośrodków nerwowych przy pomocy zaprawy solami metall ciężkich“ Pamiętnik Uniw. Lwowskiego 1899 i Dziennik Zjazdu IX. str. 134.

nym nieco rozczyynie karminianu amonowego BLOCH'a, przeprowadziliśmy szereg badań zapomocą tej metody.

Równorzędnie część materiału przechowaliśmy w alkoholu a preparaty barwione metodą WEIGERT'a w pracowni histologicznej polikliniki chorób nerwowych prof. MENDEL'a w Berlinie potwierdziły zupełnie obraz, otrzymany pierwotnie na skrawkach zamrożonych.

Dla uniknięcia dłuższego opisu zaznaczymy, że rdzeń pacierzowy okazał się zupełnie prawidłowym, oraz, że tkanka mózgowa, z wyjątkiem wyżej wspomnianych wybroczyn, była zupełnie prawidłowa.

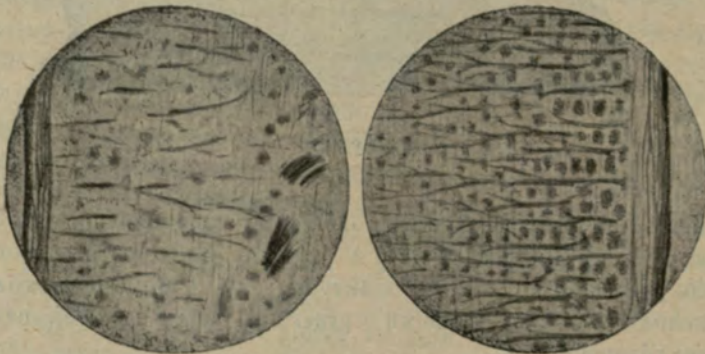
Natomiast w rdzeniu przedłużonym, barwionym według metody KADYIEGO, stwierdzić można było szereg drobniotkich wybroczyn po stronie lewej prze-



Rys. 3.

ważnie w oliwie i okolicy oliwy, nad to wybitnie się wyróżniały pod małym powiększeniem [patrz rys. 3] od czerwonej barwy całego przekroju różowo-żółte sznury tylne, z których prawy przedstawiał się w formie owalu ostro odgraniczonego od otoczenia, zaś lewy w kształcie spłaszczonego półkola o zatartych konturach.

Pod większym powiększeniem [patrz rys. 4] uderzał w oczy znaczny ubytek włókien nerwowych, zanikających wśród mniejszego lub większego ruszto-



Rys. 4.

wania łączno-tkankowego, zwłaszcza w tych częściach rdzenia przedłużonego, gdzie sznury w okolicy *calamus scriptorius* mają kierunek zbieżny.

Wobec tych wyników badania drobnowidzowego, które przeprowadził jeden z nas [dr ZANIETOWSKI], można było określić asymetryę rdzenia przedłużo-

nego jako zanik ciał powrózkowych lewych przeważnie w górnej części rdzenia przedłużonego i to zanik, nie rozpościerający się na inne części rdzenia.

Jeżeli zestawimy historię choroby z wynikiem badania makro- i mikroskopowego, to uderzają nas, oprócz schyłkowego zapalenia płuc, braku miesiączkowania, spowodowanego wadami narządów rodnych i napadów epileptoidalnych, trzy grupy zmian anatomicznych, a mianowicie:

- a) zmiany w ciałach powrózkowych
- b) wybroczyny w lewej półkuli mózgu i lewej oliwie, —wreszcie
- c) operacją częściowo usunięty rozrost gruczołu tarczowego i przerost grasicy.

Zacniemy od grupy pierwszej, t. j. z zmian w ciałach powrózkowych, w literaturze stosunkowo bardzo mało uwzględnionych. Jak wiadomo, w ciałach powrózkowych znajduje się obok przedłużonych sznurów tylnych rdzenia pacierzowego także część włókien, idących od sznurów bocznych, oraz dwa pasma, z których jedno łączy mózdzek z oliwą przeciwnej strony (*tractus cerebello-olivaris*), a drugie łączy jądra niektórych nerwów (*nervus vestibularis, dorsalis, acusticus*, jądro DEITERS'a) z mózdzkiem. Na poprzecznym przekroju prawidłowego rdzenia przedłużonego przedstawiają się też ciała powrózkowe jako szereg przeważnie poprzecznie przeciętych włókien nerwowych z włóknem osiowym i osłonką rdzenną, przebiegających równolegle wśród rusztowania łączno-tkankowego, w przeciwieństwie do więcej siatkowatej budowy istoty szarej, w której włókna płaczą się między sobą i z komórkami nerwowymi. Oczywiście prawidłowo ciała powrózkowe są po stronach jednakowej grubości z wyjątkiem nielicznych przypadków patologicznych wrodzonej agenezy lub hypoplazji, oraz tych przypadków chorobowych, w których pod wpływem zaburzeń w krążeniu, ciał obcych w kanale kręgowym, wreszcie utraty aparatów końcowych, wywiązać się może tak, jak i w rdzeniu pacierzowym, zanik, objawiający się, jak wiadomo, w substancji szarej zmniejszeniem się ilościowym włókien i komórek, a w istocie białej zanikiem włókien nerwowych.

LEYDEN'owi zawdzięczamy opis trzech przypadków ostrego miejscowego zapalenia rdzenia przedłużonego (*myelitis acuta bulbi*), w których zmiany występowały także w ciałach powrózkowych, a oczywistą jest rzeczą, że pod wpływem zatoru, zakrzepu, stosunkowo rzadkiego krwotoku lub wreszcie w związku z chorobami rdzenia pacierzowego występować mogą drugorzędne zmiany w całym rdzeniu przedłużonym. Kliniczne jednak znaczenie zmian, występujących właśnie w ciałach powrózkowych, nie jest ostatecznie wyjaśnionem, a badania SENATOR'a, GOLDSCHIEDER'a REINHOLD'a, OORDT'a i doświadczenia BOGATSCHOWA ustaliły tylko wpływ dróg czuciowych, przebiegających w ciałach powrózkowych na bezwład tej samej strony (*ataxia homolateralis*). Owszem, w niektórych klinicznie dobrze znanych postaciach chorobowych, jak np. *paralysis bulbaris progressiva*, wybitne zmiany anatomiczne starannie omijały niejako zakres ciał powrózkowych. Tem też ciekawszym faktem jest możliwość

sztucznego wywoływania objawów choroby BASEDOW'a przez podrażnienie ciał powrózkowych tak, jak to uczynili FILEHNE, DURDUFU i BIENFAIT.

Jak to wyżej zaznaczyliśmy, MENDEL obserwował w jednym przypadku choroby BASEDOW'a zanik jednostronny ciała powrózkowego, mniejszy, niż w niniejszym przypadku, lecz w każdym razie wybitny i nie powikłany innymi zmianami patologicznymi. Jeszcze wybitniejsze zmiany, zauważone w naszym przypadku, nasuwają na myśl przypuszczenie, że przecież może istnieje związek między funkcją rdzenia a chorobą BASEDOW'a, przynajmniej w niektórych przypadkach.

Czy, jak przypuszcza PUTMANN, istnieją w rdzeniu przedłużonym ośrodki, wywołujące zbiór objawów chorobowych, czy też według MOEBIUS'a i BRISAUD'a jest to właśnie „*locus minoris resistentiae*”, czule na jakąś specjalną toksynę, zdecydować trudno. W każdym razie podnieść należy, że za teorią anatomiczną, popartą doświadczeniami fizyologicznymi, przemawia dotychczas właściwie tylko jeden przypadek MENDEL'a, bo prace, wykonane przez SIEMERLING'a, KÖPPEN'a, MÜLLER'a, MANNHEIM'a i GRUBE'go dały albo wynik ujemny, albo wynik, choć ciekawy, jednak bardzo nieznaczny, w postaci kilku drobnych wybroczyn bądź to w całym rdzeniu, bądź w rdzeniu przedłużonym.

Nie ulega w każdym razie wątpliwości według przyjętych dziś prawie ogólnie poglądów, że gruczoł tarczowy, względnie jego wydzielina, wywiera szeroki wpływ na przemianę materii, na narząd krążenia, a według niektórych spostrzeżeń klinicznych i doświadczalnych także i na prawidłową funkcję układu nerwowego. Ten ostatni ogólnik zostanie może właśnie bliżej określony przez ściślejsze oznaczenie miejsca, na którego funkcję w pierwszym rzędzie wydzielina gruczołu tarczowego wpływa. Chcielibyśmy, aby nasze spostrzeżenie było właśnie drobnym przyczynkiem do niewyjaśnionego dotychczas pod tym względem działu nauki o lokalizacji.

Drugą grupą objawów, która nas może zainteresować przy bliższym przeglądaniu wyników badania pośmiertnego w związku z historią choroby, jest liczba stosunkowo znaczna świeżych i starych wybroczyn w kórce płatu czołowego lewego, w okolicy torebki wewnętrznej lewej oraz w okolicy oliwy, któreto ostatnie względnie rzadko się przydarzają.

Historia choroby podaje nam, że jeszcze przed wykonaniem operacji pojawiały się nieprawidłowe objawy w zakresie ruchów jak: drżenie rąk, niepokój mięśniowy, które to objawy możnaby odnieść do podrażnienia ośrodków ruchowych tem więcej, że według teorii CYON'a gruczoł tarczowy utrzymuje w stałym napięciu narząd nerwowy, regulujący czynność serca i parcie krwi — a więc naodwrot, że w przypadkach patologicznych i czynność serca jest zwiększona, jak to się właśnie przydarza w chorobie BASEDOW'a i parcie krwi się podnosi. Po wykonaniu wycięcia gruczołu tarczowego po jednej a podwiązaniu tętnic tarczowych po drugiej stronie, stosunki parcia krwi mogły się zwiększyć a tem samem i warunki usposabiające do wybroczyn mogły się stać lepszymi, a w związku z tem mogą stać owe napady epileptoidalne, których

przed operacją nigdy nie było, a których podstawą mogły być owe drobne wybroczyny korowe, wykazana przy oględzinach pośmiertnych.

Ciekawą tylko jest rzeczą, że zarówno w mózgu, jak i w rdzeniu przedłużonym wybroczyny znachodziły się tylko po tej stronie, po której ciała powrózkowe uległy zanikowi, oraz po której przy zabiegu chirurgicznym pozostawiono powiększony gruczoł tarczowy, podwiązując tylko górną i dolną tętnicę tarczową.

Trzecią grupą objawów jest w naszym przypadku, obok przerostu gruczołu tarczowego, przerost grasicy.

Literatura, odnosząca się do grasicy, jest za obszerną, aby ją tu uwzględnić, a pod niektórymi względami równie zawikłaną, jak literatura gruczołu tarczowego. Że jednak liczni autorowie z VIRCHOW'em na czele zauważyli równoczesny przerost grasicy i gruczołu tarczowego, a doświadczenia MIKULICZA nawet stwierdziły dodatnie wyniki leczenia choroby BASEDOW'a przez podawanie przetworów grasicy, stąd istnieje przypuszczenie, że grasicą w młodym wieku tak, jak gruczoł tarczowy przez całe życie, wydziela jakąś istotę dla ustroju potrzebną, w większych jednak dawkach prowadzącą „hypertymizację” trującą. Czy w stosunku do gruczołu tarczowego ta czynność jest zastępczą, czy antagonistyczną, jest to dotychczas nierozstrzygnięte; natomiast znane są przypadki, w których osoby fizycznie słabo rozwinięte o mało odpornym układzie nerwowym, nagle umierały w młodym wieku, a sekcya nie wykazywała innych zmian, prócz przerostu grasicy i gruczołu tarczowego, niedoksztaltu tętnic i części rodnych.

Do tych przypadków, określanych nazwą, „*mors thymica*”, nasz przypadek w zupełności nie może należeć wobec stwierdzonego za życia i wykazanego przez sekcję zapalenia płuc; w każdym jednak razie uderza analogiczny zbiór opisanych objawów, złożony i w naszym przypadku z przerostu grasicy i gruczołu tarczowego, oraz z wad rozwojowych jajowodu i jajnika. W jakim stosunku do tego zbioru objawów zostają zmiany w rdzeniu przedłużonym, jest oczywiście zagadką. Szkoda, że opisy „o śmierci grasicowej” nie uwzględniają wyników drobnowidzowego badania układu nerwowego, szkoda również, że cały materiał pośmiertny chorych na cierpienie BASEDOW'a nie został wyzyskany w tym kierunku, bo możeby poza luźnymi spostrzeżeniami kilku autorów, którzy znajdowali tylko drobne krwotoczki w rdzeniu przedłużonym, zebrał się większy materiał dowodowy do sprawy związku funkcji rdzenia przedłużonego z czynnością gruczołu tarczowego.

Czy w naszym przypadku pierwotną jest zmiana w lewym ciele powrózkowym, a następczymi wszystkie objawy choroby BASEDOW'a, czy też naodwrot — zmiana w czynności gruczołu tarczowego jest pierwotną, a zmiana we wrażliwym na nią specjalnie ośrodku rdzenia przedłużonego jest następczą, czy wreszcie takie zmiany istnieją tylko w pewnej kategorii choroby BASEDOW'a, np. w kategorii równoczesnego przerostu grasicy, oto szerokie pole do pomysłów, a właściwie pobudka do ściślejszego badania pośmiertnego każdego przypadku choroby BASEDOW'a.

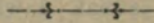
W każdym razie wobec dotychczasowego braku ścisłych danych w literaturze poza mniej wybitnym a odosobnionym przypadkiem MENDEL'a, uważaliśmy za stosowne podnieść związek, który się nie wydaje przypadkowym, a który istnieć może między czynnością pewnych ośrodków rdzenia przedłużonego a zbiorem objawów choroby BASEDOW'a.

II. PRZYCZYNEK DO CHIRURGII ŚLEDZIONY.

[Podług przemówienia w Warsz. Tow. Lek. d. 17 grudnia 1901 r.]

Podał

Czesław Stankiewicz.



Chirurgia brzuszna, o ile dotyczy śledziony, nie wyrobiła dotąd ścisłych wskazań leczniczych. Doba dzisiejsza jest zajęta dopiero pracą przygotowawczą, gromadzeniem materiałów. Dlatego też staje się pożądanym opis każdego spostrzeżenia, dotyczącego zabiegów chirurgicznych na śledzionie, ile że zabiegi te z natury rzeczy należą do rzadkich. Poniżej ośmielam się podać opis przypadku, w którym wykonałem splenektomię przy przeroście śledziony na tle prawdopodobnie zimniczem.

Bliższe dane są następujące:

W połowie maja 1901 r. zgłosiła się do mnie o poradę Marya S., lat 24, panna, robotnica z fabryki Poznańskiego w Łodzi. Pacjentka pochodzi z rodziny zdrowej. Matka jej [l. 57] i sześcioro rodzeństwa [3 braci i 3 siostry] cieszą się doskonałym zdrowiem. Ojciec zmarł w 46-ym roku życia z powodu zgniecenia klatki piersiowej.

Rodem z Kalisza, jako kilkunastomiesięczne dziecko przybyła do Łodzi wraz z rodzicami i mieszka tu odtąd stale, bez wyjazdu. W dzieciństwie, około 7-go roku, przechodziła odrę. Miesiączkuje od 14-go roku, z początku prawidłowo, $\frac{6}{4}$, bez bólów; przed trzema laty czyszczenia miesięczne ustały na przeciąg roku, a od tego czasu występują co 5 — 6 miesięcy, bardzo obficie, po 8—10 dni. Ostatnia miesiączka przed sześciu tygodniami.

Pacjentka opowiada, iż przed dwoma laty przechodziła ciężką „febrę”. Miewała „trzęsienie” co rano i wieczór, trwające $\frac{3}{4}$ —1 godziny; gorączkowała przytem do 40°; potów nie było. W szpitalu fabrycznym zastosowano leczenie chininą [po 8 granów o 6-ej rano, o 8-ej wiecz. i o 12-ej w nocy] i po miesiącu „febra” ustała. W drugim, czy trzecim tygodniu choroby nagle wystąpiła „spuchlizna”, która w ciągu dni paru objęła nogi, brzuch, twarz i ręce.

Po tygodniu trwania puchlina znikła, brzuch tylko pozostał wybitnie powiększony. Lekarze szpitalni, w przypuszczeniu, że mają do czynienia z „wodą w brzuchu“ [według słów chorej], wykonali próbne przekłucie: wydobyto jednak tylko trochę krwi.

Na tej podstawie rozpoznano narośl w brzuchu i radzono operację. Atoli pacjentka, czując się na razie cokolwiek lepiej, nie wyraziła swej zgody, i po czterech miesiącach pobytu opuściła szpital, aby oddać się znowu ciężkiej pracy fabrycznej. Acz z wysiłkiem, mogła już teraz pracować, mimo znaczną objętość brzucha, która zwolna, lecz stale powiększała się. Latem roku 1900 chora wstępuje do szpitala Czerwonego Krzyża, gdzie spędza miesiąc, zażywając chininę i inne lekarstwa. Czuje się potem mocniejsza i z przerwami kilkotygodniowymi pracuje do 1-go kwietnia 1901 r. Dalsze zarobkowanie staje się dla niej niemożliwym. Jest bardzo osłabiona, ma krótki oddech, nie może się zginać z powodu objętości brzucha, przy dźwiganiu doświadcza bóleści w okolicy nadbrzuszej.

Pacjentka, po 2-ach latach bezskutecznej kuracji, jest przekonana o nieuleczalności swego stanu chorobowego; zdanie to, jak twierdzi, dzielił również lekarze, u których zasięgała porady.

Stan obecny. Blondynka, średniego wzrostu, prawidłowej budowy, o wyglądzie niedokrwistym. Odżywiona dobrze. Wyraz twarzy pełen rezygnacji, nieomal apatyczny. Brzuch mocno wystaje ku przodowi, tak iż chora robi wrażenie ciężarnej w daleko posuniętym okresie. Ciepłota ciała prawidłowa. Tętno 84, pełne. Oddechów 24 na minutę.

Zęby górne zepsute w przeważnej części. Pozostaje tylko 6 zdrowych. Na szczęce dolnej brakuje 4-ch zębów. „Wypsułam sobie lekarstwem, które dostałam z apteki“—powiada chora.

Granice serca prawidłowe, tony czyste, cokolwiek głuche.

Przednie granice płuc na stronie prawej następujące: na linii przymostkowej—5 żebro; na linii sutkowej — 6 żebro; na linii pachowej również 6 żebro. Na lewej stronie stłumienie śledziony zaczyna się w linii pachowej przedniej na 6-em żebrze. Brzuch płasko wydęty. Powłoki grube. Obwód na wysokości pępka 90 ctm.; największy obwód brzucha—na 6—8 ctm. poniżej pępka—98 ctm. *Omphalocela* wielkości kopiejki, powstało, jak chora powiada, dopiero od kilku tygodni. Wypuk wszędzie wyraźnie bębenkowy. Wolny płyn w jamie brzusznej, w ilości niedużej.

Stłumienie wątroby zmniejszone.

Lewe podżebrze zajmuje guz twardy, zachodzący ostrym końcem na stronę prawą, na 2 palce po za linię środkową ciała. Dolna granica guza, na linii pośrodkowej leży na 2 palce powyżej pępka, dosięga linii poziomej, przeprowadzonej przez pępek, trochę ku wewnątrz od linii sutkowej lewej i chowa się pod łuk żebrowy w linii pachowej przedniej.

Guz ten, wychodzący z pod lewych żeber, jest gładki, mało ruchomy, niebolesny. Dolny brzeg guza cokolwiek zaostroszony. Górna granica wyczuwal-

na tylko na małej przestrzeni *in epigastrio*, do linii przymostkowej lewej, gdzie znika pod żebrami. Wypuk nad guzem tępy, począwszy od 6-go do 11-go żebra; granice boczne tej tępości: tylna — w linii pachowej tylnej; przednia — w linii sutkowej lewej. Dalej na prawo odgłos wypukowy nad guzem bębnowy przytłumiony. Jest to niewątpliwie powiększona śledziona. Badanie ginekologiczne: *virgo intacta (hymen annulare)*; *retroflexio uteri mobilis*.

Gruzoły niepowiększone.

Krew, badana przez dra SERKOWSKIEGO d. 14-go maja, nie nosi cech białczkowych. Podczas uklucia nie jest błada. Liczba krążków czerwonych dosięga 4200000, gdy ciałka białe znajdują się w ilości 15000 w 1 ctm³. Daje to stosunek białych do czerwonych jak 1 : 280. Na barwionych preparatach uderza wielka liczba leukocytów wielojądrowych. *Plasmodium* nie znaleziono. Badanie krwi, wziętej z *v. med. basil.*, pod względem kryoskopowym daje $\Delta = -0,52$, liczbę znacznie niższą, niż w warunkach normalnych, wskazującą na pewne rozwodnienie krwi.

Mocz nie zawiera ani białka, ani cukru. Δ moczu = -1,4 do -1,3. Praca nerek, wyrażona podług POEHL'a, = 10,57 do 11,48, co się zbliża do normy. Ciężar gatunkowy moczu 1021—1019.

Rozpoznanie. Wobec danych wywiadów i wyniku badania krwi, rozpoznanie nie nastroczało poważniejszych trudności. Miałem do czynienia z przerostem śledziony pochodzenia prawdopodobnie zimniczego, ze sprawą, zwaną *splenomegalia malarica*. Ciężki stan chorej, który ją czynił zupełnie do pracy niezdolną—z jednej strony, zaś z drugiej, świetne wyniki, otrzymane w podobnych przypadkach na drodze chirurgicznej, zniewoliły mię do przedstawienia potrzeby zabiegu operacyjnego. Zrozpaczona długotrwałem cierpieniem, dotąd bez nadziei wyzdrowienia, chora chwyciła się myśli operacji, jako ostatniej deski ratunku.

Operacja d. 1-go czerwca 1901 r., w łódzkim szpitalu Ś-go Aleksandra. Odurzenie chloroformowe [kol. E. JASIŃSKI], *Ad manum* koledzy: BRZOWSKI i BELŻYŃSKI. Cięcie poprzeczne skóry, długości 20—22 ctm., tuż poniżej łuku żebrowego, począwszy od linii pośrodkowej ciała do linii pachowej lewej średniej. Po otwarciu jamy brzusznej, wylewa się nieduża ilość żółtawego, przezroczystego płynu. Obszerny zrost śledziony z siecią przecięto pomiędzy kleszczykami. Wydobycie przerosłego narządu nie idzie łatwo, gdyż jest on mało ruchomy, osadzony na szerokiej i krótkiej, niezbyt dostępnej, szypule. Wreszcie, po pewnych usiłowaniach, guz się wyważył na zewnątrz, poczem następuje zmiażdżenie [miażdżem DOYEN'a] i podwiązanie nicią reniferową więzadła żołądkowo-śledzionowego, zawierającego grubą tętnicę śledzionową i żyłę. Dla większej pewności wiąże się szypulę raz jeszcze, więcej dośrodkowo. Odjęcie guza żegadłem PAQUELIN'a następuje w 18 minut od początku operacji. Zaczynają się powikłania. Przy przekłuciu sieci w celu jej podwiązania, ulega zranieniu jakieś naczynie, a powstały krwiak wymaga okłucia. W tymże czasie w zachyłku śledzionowym zbiera się obficie krew płynna i skrzepy. Po rozszerzeniu rany brzusznej *ad maximum*, widać na przeponie

pas, szerokości palca, obnażony od otrzewnej, żywo krwawiący. Pas ten swem położeniem odpowiada więzowi przepono-śledzionowemu, który uległ prawdopodobnie przerwaniu przy wydobyciu śledziony na zewnątrz. Ujęcie i okłucie tryskających naczyń jest rzeczą wielce niełatwą, przykrycie braku otrzewną niemniej przedstawia trudności. Pole działania jest głębokie i mało dostępne: duża krzywizna żołądka wchodzi wciąż w drogę, zasłaniając je. W dodatku chora śpi źle. Ułożenie na prawy bok ułatwia robotę, poczem następuje ostatni akt operacji — zeszcycie ścian brzusznych. Rana w powłokach nie krwawi nigdzie; nie było potrzeba ani jednej podwiązki. Bardzo dokładne zeszcycie szwem piętrowym [3 piętra, w zewnętrznej połowie rany 4 piętra] zabiera 50 minut; trwanie całego zabiegu wynosi razem godz. 2 m. 5.

Chora budzi się z uśpienia podczas nakładania opatrunku brzuszego. Stan jej jest zupełnie zadowolający.

Opis preparatu. Guz przedstawia przerosłą śledzionę. W chwili odcięcia i następnie wylewa się z niej znaczna ilość ciemnej krwi. Powierzchnia, dotąd gładka i napięta, nabiera zmarszczek. Waga preparatu w 8 godzin po operacji wynosi 840 grm. Długość 26 ctm.; szerokość najwyższa 13¹/₂, ctm. Zdaniem prof. PRZEWOSKIEGO, który był łaskaw obejrzeć preparat, jest to t. zw. *tumor fibrosus lienis*; śledziona w danym przypadku jest 4 do 5 razy większa, niż w stanie prawidłowym.

Badanie drobnowidzowe, wykonane przez kol. WITOLDA ŻURAKOWSKIEGO, nie wykryło nic ponad wybitny rozrost młodej tkanki łącznej: *trabeculae* są grubsze, niż w warunkach zwykłych.

Przebieg pooperacyjny. C. w. 37.3. T. 84, pełne. Chora stęka głośno, skarżąc się na ból w „sercu”. 0.005 morfiny podskórnice.

2. VI. 1901. Spała nieźle. O 5-ej rano znów jęczy, wskazując na okolice serca. C. r. 37.2. T. 84, pełne. Brzuch nierozdęty, niebolesny. Wymiotów nie miała. Wiatry nie odchodzą. O godz. 11 rano 0,005 morfiny podskórnice, poczem chora leżała spokojnie do 4-ej po południu. O tej porze bóle wystąpiły ponownie. C. w. 37.2. T. 84. Wieczorem o 7¹/₂ znów zastrzyknięcie morfiny. Ilość moczu na dobę 1200 ctm³. C. g. 1025,5. $\Delta = -1,75$. Białka 0,25%. Cukru 0,20%. Waleczki hyalinowe w niedużej liczbie [1—2 na prep.].

3. VI. 1901. Noc spędziła spokojnie. Czuje się lepiej. Bóle w okolicy serca mniej dotkliwe. Postępuje zcicha. Zrana odeszły pierwsze wiatry. Brzuch nie powiększony, nie wrażliwy na ucisk. C. r. 37. T. 90. Po południu skarży się na bóle w krzyżu. Ławatywa sprowadza obfity stolec i wiatry. O 8-ej wieczorem zastrzyknięcie morfiny. C. w. 37.4.

4. VI. 1901. Zastałem pacjentkę w stanie półsnu, z przymkniętymi powiekami. Gdy otworzyła oczy, słysząc mój głos, zawołała: „ja pana nie widzę, wcale nie widzę!” Żrenice były mocno rozszerzone i dopiero w chwil parę zwolna zaczęły się zwężać. W dwie minuty potem chora powiada: „a teraz już widzę”. W nocy spała bardzo źle. C. r. 37.4. T. 92, pełne. Leży niespokojnie, przekładając się z boku na bok i wyrzekając głośno na bóle w krzyżu.

Język suchy, wybitne pragnienie. Brzuch nie powiększony. Od rana wystąpiła obfita miesiączka.

O 12-ej w południe zażyła proszek morfiny (0,005), poczem spokojnie usnęła. W trakcie snu, około g. 3-ej po poł., chora, jak opowiada jej sąsiadka, schwyła siebie rękami za okolicę serca, oczy jej stanęły w słup i zrobiła się „zupełnie sztywna”. Trwało to chwilę zaledwie, gdy zaczęły się drgania konwulsyjne dolnej szczęki, poczem chora wpadła w omdlenie. Przywołany natychmiast felczer szpitalny znalazł ją b e z t ę t n a, z oczami nawpół otwartymi i niezwłocznie zastrzyknął 2,0 eteru. Po upływie 6—8 minut tętno zjawilo się, lecz chora od tej chwili przestała mówić.

O 9-ej wieczorem widziałem chorą: jest niespokojna, rzuca się na łóżku, na pytania nie odpowiada. Oczy przymknięte; źrenice wolno działają na światło. Szczękościsk wybitnie wyrażony, tak iż nie sposób obejrzeć języka. Brzuch, jak przedtem, niebolesny. C. 37.7. T. 84, pełne. Zastosowano: pęcherz z lodem na głowę; 4 pijawki na okolicę zauszną [po 2 z każdej strony]; ławatywę z dodaniem soli kuchennej. Po ławatywie odeszły natychmiast obfite wiatry i stolec zbitości prawidłowej.

M o c z, zebrany w ilości 300 ctm., sz. wieczorem dnia 4. VI. 1901, ma ciężar gat. 1.042! Ilość stałych części w 1 litrze 84,0! Wskaźnik osmotyczny według POEHL'a = 49.48! Δ = — 4.0! Praca nerek = 25,52, czyli niemal zdwojona. Azotu w 1 litrze 13.90 [norm. 6.5—10.5]. Mocznika 29.77 [norm. 14.5 — 22.5]. Kwasy moczowego 0.56 [norm. 0.2—0.4]. Białka ślady zaledwie. Cukru 0.20%. W osadzie pojedyncze nabłonki nerkowe, wałeczki szkliste po 1—2 na preparacie, leukocyty: 2—4 w polu widzenia; dużo trypefosfatów, fosforany i węglany ziemne.

5. VI. 1901. Spała w nocy niespokojnie. Do 8-ej rano nie mówiła nic; od tej pory mówi nawpół przytomnie. Wymiotów nie było. Od czasu do czasu odbijania. Narzeka, że wszystko ją boli. C. r. 36.9. T. 76, pełne. O 10-ej rano przytomność wraca zupełnie. Chora twierdzi, że nie widzi wyraźnie i że nie rozróżnia żadnego smaku. Jest bardzo apatyczna i odpowiada wolno, z wysiłkiem. Skarży się na ból w miejscu rany brzusznej. Obfity peryod trwa w dalszym ciągu. Wezwany na naradę kol. TOMASZ STAWENO znalazł, co następuje: Język suchawy, ruchomy prawidłowo. Szczękościsku niema. *Hypaesthesia* na całym ciele. Wrażliwość termiczna zniesiona. Odruchy skórne zachowane, niemniej kolanowe. Zaburzeń w sferze ruchowej niema. Źrenice umiarkowanie rozszerzone, żywo zwężają się pod wpływem światła.

Rana brzuszna goi się doraźnie. W środku jej, przez małą szparkę pomiędzy brzegami skóry, sączy się płyn surowiczy, przezroczysty, w niewielkiej ilości. W miejscu tem zdjęto 2 szwy, a przy nacisku brzegi rany rozchodzą się na przestrzeni 2—2½ ctm. Powstałą ranę przykryto wilgotną gazą jodoformową i zmieniono cały opatrunek. Tegoż dnia po południu chora jęczy raz cicho, raz głośno. Ku wieczorowi bywa chwilami nieprzytomna, mocz oddaje pod siebie. C. w. 36.2. T. 78, pełne.

6. VI. 1901. Chora czuje się znacznie lepiej; stęka rzadziej, wciąż jeszcze skarżąc się na bóle krzyża. Powiada, że widzi już lepiej, chociaż nie zawsze

odróżnić może przedmioty, które jej pokazują. Jest zupełnie przytomna. Brzuch nie wzdęty, niebolesny. C. r. 36.3. T. 80, pełne. Miesiączkuje w dalszym ciągu.

Dnia tego opuściłem Łódź. Dalszą opiekę oddałem w ręce kol. EWARYSTA JASIŃSKIEGO, któremu, jak niemniej kol. ALFREDOWI KRUSCHEMU niech mi wolno będzie złożyć wyrazy głębokiej wdzięczności za ich gotowość i zajęcie się chorą.

Z karty szpitalnej czerpię dalsze dane.

7. VI. 1901. Chora spędziła noc bezsennie. Narzeka na bóle w ranie; zmiana opatrunku. Na głębszych warstwach ślady krwi. Zdjęto szew jeden, z pod którego usunięto kilka skrzepów. Dziś zrana silne wymioty, odbijania. C. r. 37.9. T. 80. Brzuch cokolwiek wzdęty. Mocz oddaje prawidłowo. C. w. 38.1.

8. VI. 1901. Chora głośno stęka. Skarży się na bóle w ranie brzusznej. Brzuch wzdęty, przy obmacywaniu bolesny. C. r. 37.3. T. 100. C. w. 38.9.

9. VI. 1901. C. r. 37.7. T. 100. Chora narzeka na bóle brzucha. Rozwolnienie [około 12 razy w ciągu dnia]. *Hydr. chlor. mite 0,2. D. t. dos. Nr. 4.* C. w. 38.6.

10. VI. 1901. C. r. 38. T. 96. Brzuch mniej wzdęty i niebolesny. Po proszkach miała wypróżnienie pięć razy. Nie chce trzymać na brzuchu pęcherza z lodem, powiadając, że ją więcej boli. C. w. 38.8.

11. VI. 1901. Czkawka, odbijania. Brzuch wzdęty. W jamie otrzewnej wolny płyn. C. r. 38.2. T. 120. Wieczorem o godz. 6-ej—38.8.

O p e r a c y a [kol. A. KRUSCHE]. Znieczulenie sposobem SCHLEICH'a. Cięcie w linii pośrodkowej brzucha pomiędzy pępkiem a wyrostkiem mieczykowatym na przestrzeni 10 ctm. Po przecięciu otrzewnej wylewa się płyn ciemno-żółty, mętawy, w ilości około 3-ch litrów ¹⁾. Następnie zeszyto otrzewną ze skórą i założono sączki z gazy wyjałowionej w liczbie pięciu [do zachyłku śledzionowego, w okolicę wątroby, ku kiszce ślepej, do jamy DOUGLAS'a i w kierunku lewego więzu POUPART'a].

12. VI. 1901. Spała w nocy po morfinie. Wymioty kilkakrotnie. C. r. 36.3. T. 104. Cały opatrunek przemoczony wydzieliną z jamy brzusznej. Brzuch wzdęty, lecz mniej, niż przedtem, bolesny. Chora zupełnie zrana spokojna; po południu znów zaczyna się skarżyć na bóle, tym razem w prawym boku. Przy wysłuchiwaniu słycać tarcie opłucnej. C. w. 36.0. T. 104.

13. VI. 1901. Noc spędziła niespokojnie. C. r. 38. T. 120. Nieprzytomna. W dolnej, tylnej części klatki piersiowej, na wysokości 9-go żebra, stłumienie odgłosu wypukowego; ku przodowi więcej—tarcie opłucnej. Przekłucie próbne wykazuje obecność płynu mętneho, barwy żółtawej. *Thoracotomia* [kol. KRUSCHE] na wysokości 8-go przestworu międzyżebrowego. Jama opłucnej wolna od płynu. Ranę zaszyto. W przypuszczeniu, iż ciecz ropna mogła się

¹⁾ Płyn ten, wylany nieumyślnie, nie mógł być bliżej zbadany.

zebrać pod przeponą, wykonano próbne przekłucia, lecz te nic nie dały, prócz krwi.

C. w. 37. T. 140. Chora nadzwyczaj niespokojna, nieprzytomna. Wymioty ustały.

Exitus letalis 14. VI. 1901, na czternasty dzień po operacji, jak widać z opisu, na skutek rozlanego zapalenia otrzewnej.

Przerosty śledziony bywają zazwyczaj dzielone na 3 główne grupy. Do pierwszej należą przerosty białaczkowe (*splenomegalia leukaemica*), do drugiej grupy—powstałe na tle zimniczem (*splenomegalia malarica*); trzecią wreszcie stanowią przerosty t. zw. samoistne (*splenomegalia idiopathica*). Do tej ostatniej kategorii należy, między innymi, stan chorobowy, opisany pod nazwą choroby BANTI'ego.

Leczenie chirurgiczne, w postaci wycięcia śledziony, stosowano we wszystkich postaciach przerostów. W przypadkach białaczki wyniki otrzymano tak ujemne, iż obecnie niema w tym względzie różnicy zdań pomiędzy chirurgami. Jako fakt niezbity ustalono, iż śledziony białaczkowej nie należy operować; co więcej, istnienie białaczki przyjęto uważać jako bezwzględne przeciw wskazanie do wycięcia powiększonego narządu.

Inaczej rzecz się przedstawia przy splenomegalii zimniczej i samoistnej. Zwłaszcza w przeroście na tle zimniczem osiągnięte dane były tak zachęcające, iż splenektomia w tej dziedzinie zyskała już niezaprzeczone prawo bytu. Liczne statystyki, jak MICHAJŁOWSKIEGO [16 przypadków — 1 śmiertelny], JONNESCO'a [26 przypadków, 4 śmiertelne] i najnowsza FÉVRIER'a ¹⁾ [86 przypadków, 13 śmiertelnych] stwierdzają dowodnie popularność, jaką zdobyło dla siebie wycięcie śledziony. Rzecz jasna, iż zabieg tak doszczętny bywa wskazany jedynie w przypadkach uporczywych, gdzie powiększenie śledziony, nie ustępujące pod wpływem leczenia wewnętrznego, sprowadza cały szereg zaburzeń, które czynią chorego niezdolnym do pracy. Wycinamy w tych razach śledzionę, bynajmniej nie w celu leczenia zimnicy: usuwamy guz uciążliwy dla chorego, zwracając mu możliwość czynnego życia. Niemniej pomyślne wyniki daje splenektomia w chorobie BANTI'ego. BESSEL-HAGEN ²⁾ zebrał odnośną statystykę, obejmującą 16 przypadków. W liczbie tej 13 razy stwierdzono zupełne uleczenie po wycięciu śledziony, w trzech tylko spostrzeżeniach (18,6%) zejście było niepomyślne.

Wracając do naszego przypadku, chciałbym zwrócić uwagę Sz. Panów na objawy: drgawek, utraty przytomności i przemijającej ślepoty, które wystąpiły czwartego dnia po operacji. Z przebiegu sądząc, ośmieliłbym się przyjąć je za objawy mocznicy. Przypuszczam, iż chwilowy brak tętna, zresztą stwierdzony jedynie przez felczera, nie przemawia przeciw temu przypuszczeniu, zwłaszcza, iż innych objawów, wskazujących na krwotok wewnętrzny np., nie było. Zda-

¹⁾ La Presse méd. 1901. Nr. 85. XIV. Congrès de Chir. franç.

²⁾ cyt. u FÉVRIER'a.

niem mojem, we krwi zaszło nagromadzenie się produktów wymiany materyi w takiej ilości, iż nerki których praca, jak to badanie wykazało, była nieomal zdwojona [praca = 25,52], mimo to nie mogły dać sobie rady. Była więc w danym razie względna niesprawność nerek, co stwierdza przedewszystkiem niezwyczajnie niska $\Delta = -4,0!$ Na tle tem powstaje dwojakie przypuszczenie:

1) albo śledziona gra rolę hamującą w bilansie przemiany materyi, a więc po jej wycięciu przemiana wzrasta, zanim inne narządy nie przyjmą na siebie czynności regulującej;

2) albo też, wślad za wycięciem śledziony, inne narządy, jak: wątroba, gruczoły chłonne, szpik kostny, obejmują w tej chwili funkcyę, bliżej nieznaną, narządu usuniętego i, chcąc się przystosować do nowej czynności, wzmagają jednocześnie pracę swą zwykłą; wynikiem jest znowu zwiększenie się procesów przemiany materyi. Tak, czy inaczej, wpływ wycięcia śledziony na tempo przemiany materyi zdaje się niewątpliwym.

Na zaznaczenie zasługuje również wystąpienie cukromoczu (0,20%), począwszy od pierwszego dnia po operacyi.

Sz. Panowie! Nie będę sięgał do odległej przeszłości, szukając początków splenektomii, nie będę śledził wszystkich faz, jakie przeszedł w rozwoju ten zabieg. Hołd jeno złożę głęboki pamięci rodaka naszego, lekarza radomskiego, dra JULIANA SCHULTZA, który jeden z pierwszych wogóle, a pierwszy w naszym kraju wykonał splenektomię.

Musiał to być umysł wysoce niepospolity. Na głuchej prowincyi, zamieszkały w Zwoleniu, czyni szereg doświadczeń na zwierzętach w celu wyświeślenia fizjologii śledziony. „Przed 3-ma laty — pisze w Tygodniku lekarskim — wyróżnałem u kilku psów śledzionę, które i po dziś dzień zdrowe po Zwoleniu biegają“¹⁾. Dzielny ten badacz, gdy do szpitala radomskiego przywieziono chorą z urazową przepukliną śledziony z powodu upadku na lusznię wozu, po naradzie z kol. SZUMACHEREM i ŻYLEWICZEM, postanawia wyciąć wypadły narząd. Zabieg operacyjny nie przedstawia zbyt trudności, pacjentka po 4-ch tygodniach w doskonałym stanie zdrowia opuszcza mury szpitalne. Ta pierwsza splenektomia w Polsce wykonana została dnia 2-go, czy 3-go lipca 1855 r. W tymże roku usuwa śledzionę KÜCHLER, niesłusznie przez wielu uważany za pierwszego wykonawcę splenektomii. Wiadomo bowiem, iż w rocznikach tej operacyi już przed nim spotykamy nazwiska ZACCARELLI'ego (1549), MATHIEU'go (1678), FERRERIUS'a (1711) i QUITTENBAUM'a (1836). W erze przedantyseptycznej bardzo groźna w następstwach, splenektomia zyskuje większą popularność dopiero po wprowadzeniu metody LISTER'a. Wskazania do zabiegu rozszerzają się znacznie i w obecnej dobie następujące stany chorobowe mogą pociągać za sobą potrzebę wycięcia śledziony [FÉVRIER]:

- 1) urazy śledziony i przepukliny urazowe,
- 2) ropnie śledziony,
- 3) guzy śledziony, wliczając splenomegalię; i wreszcie

¹⁾ SCHULTZ JULIAN. Wycięcie śledziony u kobiety z pożądanym skutkiem. Tyg. lek. 1855, str. 249.

4) zboczenia w położeniu śledziony [śledziona ruchoma], ze skręceniem szypuły lub bez.

Statystyka cytowanego już wyżej FÉVRIER'a liczy 262 przypadki wycięcia śledziony, z których w 252 wynik jest wiadomy. Z liczby tej wyzdrowiało 178, odsetka śmiertelności wynosi 29^o/₁₀₀. Jak widzimy, odsetka ta jest jeszcze bardzo wysoka.

Dzieje chirurgii polskiej niezbyt wiele podają przykładów wycięcia śledziony. W dostępnych mi źródłach znalazłem opis 17-u odnośnych spostrzeżeń. Z ogólnej liczby 7 przypadków zakończyło się niepomyślnie. Operowano ze wskazań rozmaitych. Najlepsze wyniki, bo 0% śmiertelności dały przypadki przepuklin śledziony pochodzenia urazowego [SCHULTZ ¹⁾, JAWUREK ²⁾, LE BRUN ³⁾, PIETRZYCKI ⁴⁾, GOLDHABER ⁵⁾], ogółem 6 przypadków. Następnie idą przerosty samoistne z 60^o/₁₀₀ zejść niepomyślnych [5 przypadków: ORŁOWSKIEGO ⁶⁾, KOSIŃSKIEGO ⁷⁾ 2 przyp., KRAJEWSKIEGO ⁸⁾, JASIŃSKIEGO ⁹⁾]. Wynik zupełnie niepomyślny dały przypadki przerostu na tle białaczki [2 KOSIŃSKIEGO ⁷⁾, 2 RYDYGIERA ¹⁰⁾ i bąblowiec śledziony [KOSIŃSKI ⁷⁾].

W ogólnej liczbie 17-u spostrzeżeń, notowanych w piśmiennictwie polskim, tylko jedno dotyczy przerostu śledziony na tle zimniczem. W przypadku tym, operowanym przez RYDYGIERA ¹¹⁾, nastąpiło zupełne uleczenie. Tak więc podany wyżej opis byłby drugi w tym rzędzie.

¹⁾ l. c.

²⁾ JAWUREK HENRYK. Odjęcie śledziony u dziecka czteroletniego. Tyg. Lek. 1863 str. 82

³⁾ LE BRUN. Przypadek wycięcia śledziony. P. T. L. W. 1863. Str. 473

Tenże. Odjęcie śledziony. P. T. L. W. 1864 str. 401.

⁴⁾ PIETRZYCKI A. Odjęcie śledziony, wyleczenie. Prz. Lek. 1874, str. 69.

⁵⁾ GOLDHABER A. Wypadnięcie częściowe śledziony, odcięcie takowej, wyzdrowienie. Prz. Lek. 1877 str. 427.

⁶⁾ ORŁOWSKI W. Wycięcie śledziony. Gaz. Lek. 1887 str. 17.

⁷⁾ KOSIŃSKI J. Przypadek wycięcia śledziony (Lien migrans—skręcenie szypuły raz jeden około swej osi). P. T. L. W. 1896 str. 1124 i 1161.

Tenże. Wycięcie śledziony. P. T. L. W. 1897 str. 796.

Tenże. P. T. L. W. 1896 str. 1162.

⁸⁾ P. T. L. W. 1896 str. 1162.

⁹⁾ JASIŃSKI. Przyczynek do splenektomii. XI. Zj. chir. polsk. Now. lek. 1901 str. 505.

¹⁰⁾ BIZIEL J. Wycięcie śledziony z powodu białaczki. Przegl. lek. 1885 str. 191.

Dyskusya z powodu odczytu KLECKIEGO. Now. lek. 1901 str. 505.

¹¹⁾ JASIŃSKI. O wycinaniu śledziony. XI Zjazd chir. polsk. Now. lek. 1901 str. 505.

PRZYPADEK ODERWANIA SKLEPIEŃ POCHWOWYCH OD MACICY, (KOLPAPORRHEXIS).

Podał

Józef Saks.

Względnie od niedawna opisywane są pod nazwą „*kolpaporrhexis*” uszkodzenia miękkich dróg porodowych, zaliczane dawniej do uszkodzeń macicy i pod nagłówkiem pęknięć macicy w literaturze notowane; nawiasem tylko wspominano o uszkodzeniu sklepień. Pierwszy HUGENBERGER ¹⁾ wprowadził nazwę *kolpaporrhexis*, opisując kilka przez siebie spostrzeganych przypadków. W 1891 roku SZCZETKIN zebrał 80 przypadków pęknięcia sklepień pochwowych; bardzo duże zasługi na polu wyjaśnienia mechanizmu powstawania uszkodzeń omawianych położył FREUND ²⁾. Najświeższą pracą, gruntownie omawiającą kwestyę pęknięcia sklepień pochwowych, jest rozprawa doktoryzacyjna M. KAUFMANA ³⁾, w której autor zebrał 82 przypadki uszkodzeń omawianych, zanotowanych w literaturze w przeciągu ostatnich lat dziesięciu.

Względna rzadkość tego powikłania porodowego, nie wyjaśniony jeszcze w zupełności sposób powstawania omawianego uszkodzenia, różnorodność zdań co do postępowania leczniczego—skłonić nas winny do poświęcenia należytej uwagi każdemu oddzielnemu przypadkowi; z tego założenia wychodząc, opisuję poniżej przypadek oderwania sklepień pochwowych od macicy, interesujący z wielu względów.

20-go kwietnia r. b. nad ranem przywieziona została do szpitala położnica M. B., 37 lat licząca, u której przed kilku godzinami w domu lekarze dziecko odebrali. Gdy przybyłem do szpitala, zastałem przy chorej kol. M. KONA, który usunął ręcznie łożysko, w jamie brzusznej się znajdujące, wstrzymując się natomiast z postępowaniem dalszem. Zastałem chorą jęczącą, bladą, często wymiotującą, z silnie wzdętym brzuchem. Z pochwy sterczy pętlica kiszki cieńkich i część krezki; ciepłota 37°.

Macica wyczuwa się skurczona należycie; przy badaniu przez pochwę okazuje się, że sklepienia: tylne, lewe i w znacznej części prawe są oderwane od

¹⁾ HUGENBERGER. Petersb. med. Zeitung r. 1875. Tom V.

²⁾ Die Mechanik und Therapie der Uterus- und Scheidengewölberisse. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäk. T. XXIII.

³⁾ K uczeniu o razrywach wlagaliszcznych swodow wo wremia rodow. Dorpat. 1901.

macicy; macica połączona jest z pochwą tylko przy pomocy przedniego sklepienia, które zresztą jest też silnie uszkodzone; najzupełniej swobodnie udaje się wprowadzić rękę całą do jamy brzusznej i objąć cały trzon macicy, który nie jest uszkodzony; głębszych uszkodzeń szyjki macicznej zauważyć nie można; na ewentualne drobniejsze jej uszkodzenia nie zwrócono należytej uwagi, później zaś ze względu na ciężki stan chorej dopełnić tego badania nie uznałem za właściwe.

Wywiady co do chorej przedstawiają sprawę w sposób następujący. Chora rodzi po raz dziewiąty. Pierwsze cztery porody przebiegły normalnie bez pomocy lekarskiej, przy ostatnich zaś czterech porodach zawsze była niezbędna pomoc lekarska; położenia były nóżkowe; wszystkie dzieci urodziły się martwe wskutek dużych trudności przy uwalnianiu główki. Ostatnio bóle porodowe rozpoczęły się 27 marca [czwartek] wieczorem i wtedy odeszły wody płodowe; przez piątek i sobotę chora zajmowała się sprawami gospodarskimi, choć miała stale bóle; w sobotę wieczorem dostała silnych bólów porodowych; wtedy wezwano babkę, która nie umiejąc zorientować się w położeniu płodu, radziła wezwać lekarza.

Wezwany lekarz według informacji, których łaskaw był mi udzielić, znalazł chorą bardzo osłabioną, krwawiącą z części rodnych; przy badaniu znalazł w pochwie nóżki, czy też nóżkę [dokładnie nie pamiętał]; jaka była wielkość otworu macicznego, czy szyjka maciczna znajdowała się wysoko, czy nisko, powiedzieć nie umie.

Ekstrakcja płodu szła bardzo łatwo, aż do główki; tej ostatniej, pomimo usilnych starań, nie udało się lekarzowi wydobyć, wskutek czego radził wezwać drugiego lekarza; gdy drugi kolega przybył, poradził spróbować raz jeszcze wydobycia ręcznego główki, co udało się tym razem bardzo łatwo. Natychmiast po wydobyciu główki, ukazały się, ku zdumieniu i przestraszaniu kolegów, na zewnątrz kiszki; to skłoniło ich do skierowania chorej do szpitala. Chorą dostarczono z wypadłemi na zewnątrz kiszkami i pępowiną w dwie godziny po wypadku do szpitala.

Po obmyciu chorej i ułożeniu jej na stole operacyjnym, uważaliśmy za konieczne przedewszystkiem odprowadzić wypadłe jelita i utrzymać je wewnątrz zapomocą tamponu na kornčaju; o zaszyciu na glucho rany nie można było myśleć ze względu na prawdopodobieństwo istniejącego już zakażenia; częściowo zaszywać rany też nie chcieliśmy; całe więc leczenie ograniczyliśmy do założenia do jamy worka MIKULICZA.

Następnie pochwę bardzo lekko wypełniono gazą jodoformową; wymioty ustaly, bóle jednak w brzuchu były wciąż bardzo silne; t. 102.

Dnia 1-go maja. Bóle brzucha nader silne, chora jęczy, ciepłota 37,6, [w tem miejscu zauważyć muszę, że podczas przebiegu choroby ciepłota ani razu nie przekroczyła 37,8°], brzuch wzdęty, wymiotów ani odbijania niema; moc chora oddaje dobrowolnie w dość znacznej ilości; t. 110.

Dnia 2-go maja. Ciepłota 37,3. Ciągłe wymioty, bardzo silne bóle brzucha, nadmiernie rozdętego; tętno drobne, 102; brak wiatrów. Morfina podskórnice, przepłukanie żołądka; usunięto warstwę z worka MIKULICZA.

Następnych dni bóle brzucha, nadmiernie rozдутego, wciąż bardzo silne, wymioty w dalszym ciągu, wiatry odchodą, lecz brak stolca; mocz oddaje chora dobrowolnie w ilości dostatecznej.

5-go dnia usunęłam ostatnią warstwę worka MIKULICZA; otwór w sklepieniach znakomicie zmniejszony, obecności kiszki w otworze nie udaje się stwierdzić; wprowadzono parę pasków gazy jodoformowej do pochwy.

6-go dnia po ławatywie z wodą wychodzi kilka spieczonych kawałków kału.

Zapomocą kalomelu, *rhamni frangulae* nie udaje się wywołać wypróżnienia. Ławatywa z ol. rącznikowym następnych dni też bezskuteczna; założenie sondy żołądkowej do stolca w celu wypuszczenia gazów ulgi nie przynosi; chora wciąż jęczy wskutek gwałtownych bólów w silnie rozдутym brzuchu.

Dziesiątego dnia od daty wypadku po ławatywie z terpentyną chora miała wypróżnienie nieobfite; samopoczucie chorej po wypróżnieniu znakomicie się poprawiło, brzuch nabrał konsystencji więcej miękkiej; następnych kilku dni chora miewała zawsze wypróżnienia po ławatywach terpentynowych. Wkrótce chora miewała już wypróżnienia dobrowolnie, od czasu do czasu występowało uporczywe zaparcie stolca, ustępujące od ławatyw terpentynowych. W dwa tygodnie po porodzie uszkodzenie pochwy było zrośnięte zupełnie.

Chora stopniowo, choć powoli nabierała siłę, rozmiary brzucha stopniowo się zmniejszały i chora dnia 31-go maja, zatem w miesiąc po nieszczęśliwym wypadku, wypisała się ze szpitala zdrowa, choć osłabiona. Badanie, tego dnia dokonane, wykazuje, że pochwa uformowana należycie, szyjka maciczna odciągnięta ku górze, części pochwowej niema [jakby po amputacji części pochwowej], macica cokolwiek powiększona, normalnie ustawiona.

Wymiary miednicy:

Dist. spin. 26 ctm.

Dist. crist. 28 ctm.

Dist. trochant. 32 ctm.

Conj. externa 19 i *conj. diagonalis* — 9,5. *Conj. veram* szacować można na 8 ctm.; mieliśmy zatem do czynienia z miednicą zwężoną.

Rzadkością, wyróżniającą nasz przypadek od innych, jest powstanie uszkodzenia omawianego przy położeniu nóżkowym: na 82 przypadki pęknięcia sklepień pochwowych, zebrane przez KAUFMANA, jeden tylko przypadek zanotowano przy omawianem położeniu płodu [przypadek KOBLANK'a — obecność włókniaka, wielkości główki dziecka, w pochwie]; dwa przypadki uszkodzenia skleń zanotowano przy pośladkowym położeniu; przeważnie zaś zdarzają się uszkodzenia omawiane przy położeniach czaszkowych lub poprzecznych, analogicznie do pęknięć macicy. Zagadkowy jest w naszym przypadku sposób powstania uszkodzenia; trudno rozstrzygnąć, czy należy zaliczyć uszkodzenia w naszym przypadku do uszkodzeń pochodzenia dobrowolnego, czy też gwałtownego. Z wywiadów wiemy, że użyto siły dość forsownej przy wydobywaniu płodu, łatwo przeto mogło powstać uszkodzenie; należałoby się jednak spodziewać w tym wypadku znacznego uszkodzenia szyjki macicznej, czego w naszym przypadku nie stwierdziliśmy; ta okoliczność skłania mię do wypowiedzenia

poglądu, rozumie się z dużym zastrzyżeniem, że uszkodzenie w naszym przypadku powstało dobrowolnie, lecz zauważonem dopiero zostało po porodzie.

Parę jeszcze słów o terapii. Najróżnorodniejsze metody leczenia uszkodzeń omawianych były zalecane, od leczenia wyczekującego aż do całkowitego wyłuszczenia macicy, czy to na drodze pochwowej, czy też drogą cięcia brzuszego. Trudno orzec, czem kierowali się niektórzy, zalecając przy uszkodzeniu pochwy usuwanie macicy, zgola lub w stopniu bardzo nieznacznym uszkodzonej; wytłómaczyć się to daje nieodróżnieniem uszkodzeń sklepień pochwowych od pęknięć macicy.

EVERKE ¹⁾ zaleca zaszywanie uszkodzenia ze strony pochwy. DÜHRSEN ²⁾ zwrócił uwagę na tamponadę, jako na sposób, mogący okazać duże usługi przy leczeniu uszkodzeń omawianych. Zdaje mi się, że leczenie zachowawcze jest metodą przyszłości przy leczeniu uszkodzeń sklepień bez powikłania ze strony macicy; w razie zaś uszkodzeń i macicy, wchodzą w grę inne czyniki, mogące nać skłonić do stosowania innej metody leczenia. Przypadek przeze mnie opisany, jest bądź co bądź ciekawym przyczynkiem do kwestyi leczenia zachowawczego uszkodzeń sklepień pochwowych.

XII Zjazd chirurgów polskich w Krakowie.

[Dalszy ciąg — Patrz Nr. 38].

Dr SŁEK mówił „O operowaniu guzów krwawnicowych sposobem WHITEAD - ESMARCH'a. W 14-tu przypadkach, operowanych według metody WHITEAD'a [wycięcie okrężne błony śluzowej wraz z guzami, i zeszytie błony śluzowej z brzegiem skórnym] lub metodą ESMARCH'a [wycięcie oddzielnych guzów i nałożenie szwów na brzegi defektu błony śluzowej], S. nie zauważył ani powikłań, ani zwężeń odbytu.

Doc. CHLUMSKY przedstawia przypadek hemoroidów, operowany metodą RIEDEL'a, polegającą na okluciu guzów krwawnicowych podwiązkami katgutowymi, z zawiązaniem każdej z nich na błonie śluzowej.

W dyskusyi dr SZUMAN zaznacza, że stosuje przy operacyi hemoroidów metody LANGENBECK'a, która mu dawała zawsze dobre wyniki; próbował również i sposobu ESMARCH'a, lecz w dwóch przypadkach po tym zabiegu wystąpiły bóle w odbycie z powodu wciągania nerwów w bliźnę.

Prof. TRZEBICKY i WEHR przemawiają za metodą LANGENBECK'a.

¹⁾ EVERKE. Monatschrift für Geb. und. Gyn. T. VII.

²⁾ DÜHRSEN. Berl. klin. Wochensh; 1888. Nr. 1.

Dr WACHTEL w ciągu 5-iu lat ostatnich operował 200 przypadków hemoroidów sposobem LANGENBECK'a. W celu łatwiejszego wyparcia guzów na zewnątrz, W. na $\frac{1}{4}$ godziny przed operacją wprowadza do odbytnicy 5 — 10 grm. gliceryny.

Dr ODERFELD na mocy 300 przypadków, operowanych przezeń hemoroidów, przemawia za podwiązaniem guzów. O. uprzednio nadcina je ze strony skóry i zakłada przewiązkę w nacięciu.

Dr BR. SAWICKI mówił „o gojeniu braków kości goleniowej po częściowej jej zgorzeli“. W razie mniejszych braków w kości goleniowej, jeżeli skóra, wrzód otaczająca, jest podatna, S. pokrywa brak nasuniętą z boków skórą. W przypadkach znacznych ubytków, a zwłaszcza gdy otaczająca je skóra była bliznowata, S. próbował początkowo wypełniać jamę podług rady SCHULTEN'a odcinkami kości, wydłutowanymi z bocznych ścian tejże jamy, przyczem wycięte czworoboczne kawałki kości trzymały się na nienaruszonej okostnej. Gdy jednakże okazało się, że takie odcinki kostne przy wtłaczaniu do środka jamy łatwo się od okostnej odłuszczały, zastosował S. wypełnianie jamy w kości goleniowej płatem mięśniowym, z łydki wykrojonym, jak to zalecano dla gojenia braków na udzie i ramieniu.

W tym celu od dolnego kąta braku S. prowadzi cięcie skórne poprzeczne na stronie wewnętrznej i tylnej goleni. Następnie, odłuszczywszy trójkątny płat skórny, wycina z powierzchownej warstwy mięśni płat długi i szeroki na $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ łydki, z nasadą u góry. Płat ten przesuwa ku przodowi, układając go w jamie kostnej i przymocowując szwami do okostnej. Na ten płat nasuwa, o ile się da po wykonaniu cięć odpowiednich, skórę sąsiednią. W ten sposób operował 3 przypadki, z których dwa w prędkim czasie zagoiły się zupełnie; w trzecim, wyjątkowo ciężkim, przestrzeń, pokryta płatem, zagoiła się zupełnie. Pozostała jeszcze niewielka przestrzeń niezagojona w górnej części braku tuż ponad szypułą przesuniętego płata.

Prof. KADER przedstawia chorego, dotkniętego wrodzonym skróceniem mięśni ramienia i przedramienia, powodującym skurcz kończyny w stawie łokciowym. Zapomocą plastyki ścięgien ze wszczepianiem powrózków jedwabnych, prof. K. przywrócił normalną czynność jednej kończynie; tego samego zabiegu ma zamiar dokonać na drugiej.

Dr STASZEWSKI przedstawił „badania zachowania się składników krwi w przebiegu gojenia się ran“. S. obserwował zmiany, zachodzące we krwi chorych operowanych w zależności od operacji i jej przebiegu, rodzaju znieczulenia i powikłań w okresie pooperacyjnym. Pierwsze badanie dokonywane było w dniu przybycia chorego na klinikę, następnie przed operacją zrana, w dwie godziny po operacji i każdego następnego dnia w ciągu dni 5 — 9 aż do chwili, w której nie występowały więcej zmiany w składnikach morfologicznych krwi. Celem uniknięcia leukocytozy trawiennej, badania przeprowadzano zrana na czczo. Oprócz zmian, w upostaciowanych pierwiastkach krwi St. określał ilość erytrocytów, ilość hemoglobiny i różnych form leukocytów [neutrofilów, limfocytów wielkich i małych eozynofiliów], cieni komórkowych i cząstek rozpadowych, zwracając uwagę na skład krwi w zależności: 1) od znieczulenia chloroformowego lub dokonanego metodą BIER'a, 2) od utraty krwi, 3) od przebiegu septycznego i powikłań ropieniem, 4) od laparotomii, 5) od stanu gorączkowego lub bezgorączkowego, 6) od wieku chorego [I kategoria do lat 10, II — do lat 25, III — po latach 25]. Przy badaniach tych okazało się, że bez względu na zabieg operacyjny i przebieg okresu pooperacyjnego, we wszystkich przypadkach występowała leukocytoza neutrofilowa, gdy natomiast liczba innych leukocytów zmniejszała się. Co się zaś tyczy eozynofiliów, to te w dwie godziny

po operacji znikają zupełnie. Stan taki trwa 1—3 dni, poczem tak liczba eozynofiliów, jako też leukocytów innych rodzajów wracała do stanu pierwotnego. Liczba czerwonych krążków krwi zwykle nieznacznie zwiększała się, z wyjątkiem ciężkich zabiegów operacyjnych [przeważnie kostnych], którym towarzyszyła znaczna utrata krwi. Fakt ten S. objaśnia podniecającym wpływem nieznacznego upustu krwi na odradzanie się erytrocytów. Jeżeli operacja była dokonana pod chloroformem lub okres pooperacyjny przebiegał z gorączką, natenczas ilość hemoglobiny bez względu na liczbę czerwonych krążków krwi zmniejszała się. Przy znieczuleniu lędźwiowym wrażliwego przebiegu gojenia się rany bezgorączkowego, ilość hemoglobiny odpowiadała liczbie czerwonych krążków krwi. Laparotomia nie wpływa na skład krwi w porównaniu do innych ran, gojących się przez rychłozrost; wiek również nie posiada pod tym względem znaczenia, aczkolwiek powrót do stanu normalnego wcześniej ujawniał się u pierwszej kategorii chorych, t. j. u dzieci do lat 10-tych.

W dyskusji prof. KADER zaznacza, że jest to pierwsza praca w tym kierunku. O rezultatach trudno sądzić obecnie; o ile się zdaje, da ona ważne wskazówki rozpoznawcze. Interesującym w badaniach dra STASZEWSKIEGO był przypadek *carcinoma ovarium*, w którym prof. K. stosował surowicę konia, szczepionego nowotworami rakowymi, wyciętymi na klinice. Pod wpływem zastrzykiwań tej surowicy, przygotowanej w Instytucie prof. BUJWIDA, w samym raku nie można było zauważyć zmian widocznych, zdawało się jednak, że guz nieco zmięknął, pod skórą zaś na kończynach dolnych wytworzyła się znaczna liczba wynaczynień. Mikroskopowe badanie krwi wykazało stałe powiększenie się w ciągu wstrzykiwań liczby czerwonych krążków krwi jednocześnie ze zwiększeniem ilości hemoglobiny.

Dr A. RYDYGIER jun. przedstawił wyniki dotychczasowe swych badań nad „kryoskopią moczu po narkozie chloroformowej“. Posiłkując się przyrządem BECKMANN'a, R. określał punkt zamarzania moczu przed i po stosowaniu chloroformu; przytem okazało się, że u osób, nie dotkniętych cierpieniem nerek, chloroform na ich czynność, *resp.* na liczbę wydzielanych cząsteczek wpływu szkodliwego nie wywiera. Stwierdzone najczęściej obniżenie punktu zamarzania moczu po zastosowaniu chloroformu, R. przypisuje powstrzymaniu się chorego od napojów i pokarmów, wskutek czego mocz bywa bardziej zgęszczony. Na 2-gi i 3-ci dzień po operacji punkt zamarzania moczu powracał do tego stanu, jaki był przed znieczuleniem. Wyniki tych badań R. w niektórych przypadkach potwierdził oznaczeniem ilości mocznika i cukru po zadaniu floryzyny. Inaczej ma się sprawa czynności nerek chorych po narkozie chloroformowej; tu chloroform działa zabójczo. Taki wpływ chloroformu R. zauważył u chorej, dotkniętej ropnem zapaleniem miedniczek nerkowych i nerek, u której dokonane zostało wyluszczenie macy, zajętej rakiem oraz w przypadku otoku ropnego płucnej, powikłanego zwyrodnieniem skrobiowatym nerek. To też przy cierpieniu nerek chloroform winien być zastąpiony znieczuleniem lędźwiowym BIER'a lub miejscowym znieczuleniem płynem SCHLEICH'a.

W dyskusji dr PRUSZYŃSKI zaznacza, że odczyt dra RYDYGIERA jest dalszym ciągiem dyskusji, wszczętej z powodu odczytu prof. KADERA o narkozie chloroformowej. Wtedy to Pr. zwrócił uwagę na konieczność przeprowadzania badań czynności nerek zapomocą różnych metod tak kryoskopowej, jak floryzynowej i barwnikowej [zapomocą błękitu metylenowego]. Obecnie Pr. uważa doświadczenia dra RYDYGIERA za bardzo ważne i zachęca do dalszych w tym kierunku badań, przy równoległym uwzględnieniu wszystkich tych trzech metod. Co się tyczy metody KORANY'ego [kryoskopowej], to Pr., jak o tem mówił na jednym z posiedzeń Tow. Lek. Warsz., wszystkie wskaźniki, podane przez różnych badaczy [CHAUDE i BALTHAZARD'a, POHL'a, KORANY'ego etc.]

uważa za niewytrzymałające ścisłej krytyki; przypisując wielkie znaczenie zestawieniu punktu kryoskopowego moczu i krwi, oznaczeniu punktu zamarzania krwi uznaje przy tego rodzaju badaniach za niezbędne. Następnie w celu otrzymania dokładniejszych wyników, obecnie należy również nie zaniedbywać oznaczenia elektrycznego przewodnictwa cieczy metodą KOLRAUSCH'a.

Co się tyczy floryzyny, to Pr. pod tym względem osobistego doświadczenia nie posiada, gdyż na mocy doświadczeń u królików, u których za każdym razem po zastrzyknięciu floryzyny występowało białko w moczu, ma wielką obawę stosowania tej próby u ludzi; zresztą opisane są przypadki białkomoczu u człowieka po zastrzyknięciach floryzyny.

Natomiast za bardzo pożyteczną uważa Pr. próbę barwnikową zapomocą błękitu metylenowego w celu określenia sprawności nerek, jak tego zresztą dowodzi praca dra MAJEWSKIEGO o zachowaniu się błękitu metylenowego w ustroju, dokonana na oddziale PRUSZYŃSKIEGO. Metoda ta nie da wyników pewnych wskutek niemożności określenia ilości barwnika, wydzielanego tylko wraz z obecnością białka w moczu, które przy przeprowadzaniu chromogenu na barwnik zapomocą gotowania w obecności kwasu octowego, pochłania barwnik. W innych razach daje wyniki pewne.

Że metoda kryoskopowa moczu [bez określania Δ krwi] w wielu razach zawodzi, dowodzą tego liczne obserwacje. Jako przykład niezgodności wyników, otrzymanych zapomocą błękitu metylenowego i Δ moczu, Pr. przytacza przypadek, operowany przez dra GABSZEWICZA. W przypadku tym po uprzedniej nefrotomii pozostała przetoka moczowa. Okoliczność ta dała możność bez kateteryzacji moczowodów badać mocz oddzielnie dla każdej nerki, przyczem okazało się, że: 1) po zadaniu 0.05 błękitu metylenowego, nerka zdrowa wydzieliła barwnik ten w ilości prawidłowej 0.012, nerka chora tylko 0.003, 2) Δ moczu z nerki zdrowej—1,72, Δ moczu z nerki chorej—1,3, innymi słowy—różnice pomiędzy punktami zamarzania moczu z dwóch nerek nie były wybitne, natomiast w stosunku do wydzielania błękitu metylenowego otrzymano różnice bardzo wyraźne, tembardziej że liczba 0.003 odpowiadała tylko chromogenowi, gdyż błękit nie wydzielal się zupełnie. Z powodu nadzwyczaj silnych bólów w otoczeniu nerki chorej, dr G. dokonał nefrektomii; wyjęta nerka była prawie całkowicie bliznowato zwyrodnioną. Tu błękit metylenowy dał wyniki pewniejsze, aniżeli próba kryoskopowa.

Następnie dr A. ZAWADZKI mówił „o aseptyce wstrzykiwań i przemywań, przedstawiając przyrządy własnego pomysłu, już po części opisane i opatentowane za granicą“.

Dr BLASSBERG przedstawił wyniki badań, dokonanych w oddziale chirurgicznym prof. TRZEBICKIEGO, nad „zachowaniem się ciałek białych we krwi przy ropieniach w ustroju“. B. dokonał przeszło 350 oznaczeń liczby ciałek białych w 52 ch przypadkach spraw ropnych rozmaitych rozmiarów i częstości i rozmiaście umiejscowionych. W przypadkach podskórnego ropienia przed operacją leukocytoza nieznaczna, nazajutrz po operacji nagłe wzrosła się lub nagłe spadła, aby następnie stopniowo powrócić do stanu normalnego; ropieniem w jamie otrzewnej lub w jej otoczeniu (*appendicitis, psöitis, paranephritis*) towarzyszyła leukocytoza wybitniejsza, która zwiększa się, o ile sprawa ropna okazuje skłonność do szerzenia się, a w każdym razie nie jest w zależności od stopnia gorączki. Przy wielokrotnie powtarzanych określeniach liczby ciałek białych, leukocytoza stała wskazuje na zmiany w ustroju, nie dające się stwierdzić odrazu ani na mocy stopnia gorączki, ani badania fizykalnego w okresie pooperacyjnym, jako też może mieć pewne znaczenie przy rozpoznaniu różniczkowym spraw ropnych, np. w kieszce ślepej w celu odróżnienia ich od mechanicznej przeszkody w dolnych ustępach kiszek, które przebiegają bez leukocytozy.

Doc. CHLUMSKY mówił „o stosowaniu fenolu na rany zakażone“. Na powierzchni rany zakażonej umieszcza Ch. gazę, przepojoną mieszaniną fenolu z kamforą. Karbol kamforowy przedstawia gęsty kleisty płyn, zleпка mętny, pozbawiony trujących i żrących własności fenolu.

[C. d. n.]

Pruszyński.

WIADOMOŚCI DROBNE.

—•••—

— Dość dawno już stwierdzono, choć mało na to zwraca się uwagi, że cylindry moczowe mogą też występować w moczu, wolnym od białka. CRAANDYK [Davos] w 109-iu moczach bezbiałkowych znalazł cylindry szkliste i ziarniste 20 razy, czyli w 18%. Liczba cylindrów była zawsze nieznaczna, najczęściej szkliste, a tylko w $\frac{1}{4}$ części przypadków ziarniste. Obok cylindrów prawie zawsze znajdowano leukocyty, krążki czerwone i drobne komórki nabłonkowe. Z przypadków, zbadanych z wynikiem dodatnim, było 14 osób gruźliczych, dwie z gruźlicą uleczoną, dwie osoby zdrowe. Interesującym jest pytanie, jak wypadłoby badanie u ludzi zupełnie zdrowych?

(Berl. kl. Woch.).

F.

— Opierając się na licznych, badanych anatomicznie i patologicznie przypadkach, KIRKBRIDGE omawia przyczyny i rozmaite postaci *pancreatitis interstitialis*. Choroba częściej występuje u mężczyzn niż u kobiet. Najczęstszą przyczyną jest zatkanie przewodu Wirsunga przez kamienie trzustkowe, kamienie żółciowe, tkwiące w końcu przewodu żółciowego lub guzy rakowe. Również powstać może przewlekłe zapalenie trzustki wskutek zakażenia wstępującego, pochodzącego z dwunastnicy lub przewodów żółciowych. W gruźlicy często, jako objaw uboczny, znajdujemy zapalenie przewlekłe trzustki. Często też występuje ono na tle alkoholizmu. Moczówka cukrowa rozwija się dopiero przy bardzo rozwiniętych i daleko posuniętych zmianach w trzustce.

(Berl. kl. Woch.).

F.

— Rytmiczne ruchy głowy, synchroniczne z biciem serca, były już dawniej kilkakrotnie opisywane przy chorobach aorty. W czasach ostatnich DELPEUCH znów zwrócił uwagę na ten objaw i wprowadza dlań nazwę „*signe de Musset*“, ponieważ objaw ten obserwowano u znakomitego poety Alfreda de Musset'a w przebiegu wady zastawkowej aorty. Do przedmiotu tego powraca obecnie VALENTINO. Objaw ten spostrzegano dotychczas w ośmiu przypadkach tętniaka łuku aorty i w pięciu przypadkach niedostateczności zastawki półksiężycowej aorty. Zadawalającego objaśnienia fizjologiczno-mechanicznego tego objawu V. nie podaje. Zasługuje on jednakże na uwagę, gdyż tam, gdzie występuje, pozwala na pierwszy rzut oka rozpoznać chorobę aorty.

(Berl. kl. Woch.).

F.

Wiadomości bieżące.

— Celem uwiecznienia zasług zmarłego prof. NENCKIEGO, otrzymano pozwolenie na utworzenie stypendium jego imienia przy Instytucie Medycyny Doświadczalnej w Petersburgu i zbieranie na ten cel składek, które przyjmuje kancelarya tegoż Instytutu: Petersburg, Aptekarskij o., Łopuchinskaja ulica № 12.

— Kol. SZWEJCEK mianowany został naczelnym lekarzem szpitala żydowskiego na Czystem.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY REDAKTORZE!

Rada Warszawskiego Towarzystwa Hygienicznego celem jak najdokładniejszego omówienia warunków sanitarnych mniejszych miast i wsi w kraju, oraz sposobu poprawy tych warunków, zamierza urządzić w miesiącu kwietniu roku przyszłego szereg posiedzeń w tej ważnej sprawie z udziałem członków Towarzystwa zamieszkałych poza Warszawą. Głównymi przedmiotami obrad będą: 1) zaopatrzenie miast i wsi w dobrą wodę; 2) najodpowiedniejsze sposoby usuwania nieczystości i ścieków; 3) wzmocnienie szczepienia ospy w miastach i gminach i zapobieganie chorobom zakaźnym w ogólności; 4) zapobieganie zanieczyszczeniu wód alimentacyjnych; 5) budowa domów mieszkalnych, szpitali, szkół wiejskich, rzeźni i t. p.; 6) pomoc lecznicza ludności wiejskiej; 7) o środkach materyalnych ku uzdrowotnieniu miast i wsi; 8) kąpiele ludowe; 9) statystyka miejsc zaludnionych.

Podając szczegóły powyższe za pośrednictwem pisma Pańskiego do wiadomości członków Towarzystwa, lub osób pragnących zostać członkami, Rada liczy na jak najszerszy udział osób kompetentnych, prosząc o zgłaszanie się z referatami w jak najkrótszym czasie i nie później, jak do 1-go grudnia r. b. Po zebraniu zgłoszeń wydany zostanie szczegółowy program obrad wraz z datami posiedzeń.

Zgłoszenia nadsyłać należy do kancelaryi Warszawskiego Towarzystwa Hygienicznego [Krakowskie Przedmieście № 66].

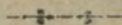
Za Prezesa Towarzystwa, *S. Polak.*

Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich. *Medycyna* № 31.

Z. ENDELMAN. Przyczynek do postępowania akuszerskiego przy powikłaniu ciąży rakiem odbytnicy. S. KOSSOBUDZKI. Przyczynek do kazuistyki urazów klatki piersiowej [ucisk klatki piersiowej—zbiór objawów PERTHES'a] [Dk.].—№ 32. A. FRYSZMAN. O mięsaku gruczołu krokowego. A. GROSLIK i WEISSBERG. Ostre zapalenie nerwu wzrokowego, jako jeden z pierwszych objawów przymiotu wtórnego.—№ 33. B. SZYMAŃSKI. Przypadek 8-mio miesięcznej ciąży brzusznej. [Przyczynek do rozpoznawania ciąży zewnątrzmacicznej w drugiej połowie]. A. FRYSZMAN. O mięsaku gruczołu krokowego [C. d.].—№ 34. A. FRYSZMAN. O mięsaku gruczołu krokowego [C. d.]. B. SZYMAŃSKI. Przypadek 8-mio miesięcznej ciąży brzusznej. [Przyczynek do rozpoznawania ciąży zewnątrzmacicznej w drugiej połowie [Dk.].—№ 35. A. FRYSZMAN. O mięsaku gruczołu krokowego [Dk.]. L. BATAWIA. O elektropsychoforze. Przyczynek do leczenia wewnątrzcewkowego nasieniotołu i przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego.—№ 36. L. RYDYGIER. Truskawiec w cierpieniach dróg moczowych. J. SAKS. O zewnątrznym badaniu rodzących. 75 porodów przy pomocy wyłącznie badania zewnętrznego przeprowadzonych. — *Przegląd Lekarski* № 33. R. TRZEBICKI. O amputacji w przypadkach ropienia na kończynach. I. CZYRNAŃSKI. O odkażającym działaniu urotropiny w moczu. F. EISENBERG. O nowszych teoriach odporności [Dk.]. K. GLIŃSKI i HOROSZKIEWICZ. O zmianach drobnowidzowych u podstawy oddzielającej się pępowiny i ich sądowo-lekarskiem znaczeniu

[C. d.]. — Nr. 34. M. BLASSBERG. O zachowywaniu się ciałek białych we krwi przy ropieniach w ustroju. K. GLIŃSKI i S. HOROSZKIEWICZ. O zmianach drobnowidzowych u podstawy oddzielającej się pępowiny i ich sądowo-lekarskiem znaczeniu [C. d.]. — Nr. 35. A. ZAWADZKI. Drugi przypadek tęgoryjca (*ankylostoma*) w Galicyi. R. SPIRA. Oko a ucho, wzajemny ich stosunek i zależność pod względem anatomicznym i klinicznym. K. GLIŃSKI i S. HOROSZKIEWICZ. O zmianach drobnowidzowych u podstawy oddzielającej się pępowiny i ich sądowo-lekarskiem znaczeniu [Dk.]. — Nr. 36. W. HERMAN. W sprawie doszczętnego operowania raka wargi dolnej. H. CYBULSKI. Podskórne zastrzykiwania arsenu w terapii gruźlicy. R. SPIRA. Oko a ucho, wzajemny ich stosunek i zależność pod względem anatomicznym i klinicznym [C. d.]. — *Zdrowie* Nr. 9. W. LEGEŻYŃSKI. Nowy wodociąg Lwowski. B. GEPNER. Zegarmistrzostwo. F. FRENIEL. Hygiena a kuchnia. — *Nowiny Lekarskie* 9. K. NOIZEWSKI. Co właściwie znaczy odczucie dotknięcia? — *Kronika Lekarska* Nr. 16. A. ZAWADZKI. Przyczynek do kazuistyki ran postrzałowych żołądka. C. OTTO. Kryoskopja i zastosowanie jej w chorobach serca i nerek [C. d.]. W. STERLING. O nowych zjawiskach źrenicowych [Dk.]. — Nr. 17. H. KUCHARZEWSKI. Zmiany we krwi w błonicy. A. ZAWADZKI. Przyczynek do kazuistyki ran postrzałowych żołądka [C. d.]. C. OTTO. Kryoskopja i zastosowanie jej w chorobach serca i nerek [C. d.].

O G Ł O S Z E N I A.



Ze spadku po zmarłej d 12-go września 1876 r. ś. p. JÓZEFIE SIERAKOWSKIEJ, przeznaczoną została przez jej spadkobierców, aktem urzędowym w dniu 19-go lutego, 2-go marca 1888 r. zeznanym, na własność Kasy pomocy naukowej imienia Józefa Mianowskiego suma 6600 rubli, jako fundusz żelazny, o którego procenty obracane być mają na zapomogi, stosownie do celów Kasy, dla synów podupadłych lub zubożonych właścicieli ziemskich, wyznania rzymsko-katolickiego z guberni Płockiej, a w ich braku dla innych osób wedle uznania Zarządu Kasy.

W myśl powyższego przeznaczenia funduszu, zatwierdzonego przez Rząd, Komitet zarządzający Kasą wzywa osoby, pracujące na polu naukowym, a chcące ubiegać się o zapomogę, aby w ciągu trzech miesięcy od daty niniejszego ogłoszenia, złożyły w biurze komitetu [Niecała Nr. 7] lub do rąk jednego z członków Komitetu stosowne podanie, z wyszczególnieniem podjętych prac naukowych i miejsca stałego zamieszkania.

Kandydaci, roszcący prawo do pierwszeństwa w otrzymaniu zapomogi, winni dołączyć akt urodzenia i wiarogodne zaświadczenie, że pochodzą od podupadłych lub zubożonych właścicieli majątków ziemskich w guberni Płockiej. W końcu nadmieniamy, że stosownie do § 2 Ustawy Kasy, zapomogi mogą otrzymywać tylko poddani rosyjscy, o ile nie przebywają za granicą bez pozwolenia rządu i że wedle zastrzeżenia przez władzę postanowionego, zapomoga przyznana kandydatowi, kształcącemu się w jakim bądź zakładzie naukowym Okręgu naukowego Warszawskiego, będzie wypłacona dopiero po zatwierdzeniu wyboru przez Kuratora tegoż Okręgu.

w Warszawie d. 16 września 1902 r.