

GAZETA LEKARSKA

Z KLINIKI DRÓG MOCZOWYCH PROF. GUYON'A W PARYŻU.

I. O PRZEROŚCIE GRUCZOŁU KROKOWEGO.

Napisał

Bolesław Motz,
preparator kliniki.

Od pewnego czasu kwestya chirurgicznej interwencji przy przeroście gruczołu krokowego coraz częściej bywa poruszana, czy to na posiedzeniach towarzystw chirurgicznych, czy też na łamach pism lekarskich. O żywotności tej kwestyi czytelnicy Gazety Lekarskiej mają pojęcie z bardzo ciekawego referatu kol. SAWICKIEGO, umieszczonego w jednym z ostatnich numerów. Kol. SAWICKI zręcznie uwydatnił stan, w jakim się ta sprawa obecnie znajduje. Z jednej strony brak scisłych wskazań klinicznych, z drugiej nieokreśloność metody operacyjnej, a poza tem zupełna nieznamość anatomo-patologicznych zmian, zachodzących w gruczole krokowym, dotkniętym przerostem – oto w kilku słowach, nie mówiąc już o wynikach, istotny stan omawianej kwestyi. A jednak jest to operacya, która niewątpliwie w pewnych warunkach może oddać usługi.

Racy jej nie odmawiają nawet ci, którzy jak Prof. GUYON sam przerost gruczołu uważają za przyczynę drugorzędną zaburzeń. Należy więc dążyć do wybrnięcia z panującego chaosu, aby mózdz tej operacyi wskazać właściwe miejsce w arsenale środków, jakimi medycyna rozporządza przy leczeniu chorób dróg moczowych.

Ażeby być w stanie traktować ten przedmiot z należytą świadomością, koniecznem jest przedewszystkiem wiedzieć, z czem się właściwie ma do czynienia, t. j. jakim zmianom ulega gruczoł krokowy, dotknięty przerostem. Wpierw aniżeli się brać do wycinania czegoś, trzeba mniej więcej wiedzieć, jakie jest prawdopodobieństwo znalezienia takiej lub innej formy przerostu. Gdy DITTEL jest zdania, że przerost zrazu środkowego jest rzeczą, nie zasługującą na uwagę, gdyż głównie przerostowi podlegają zrazy boczne, inni, i tych jest znaczna większość, są przekonani, że przyczyną wszystkiego złego jest zraz środkowy. Wobec podobnego twierdzenia DITTEL'a dziwnie wyglądają przypadki,

zebrane w pracach EIGENBRODT'a i VIGNERON'a, w których prawie wszyscy chirurdzy, którzy robili resekcję gruczołu krokowego, znajdowali zawsze znaczny przerost zrazu średniego. Wobec podobnej sprzeczności czytelnik musi wątpić o prawdziwości któregoś z tych twierdzeń. Jeżeli chodzi o osobiste zaufanie, to sędzę, że większość byłaby skłonną więcej wierzyć DITTEL'owi, znanemu ze swych prac na tem polu, aniżeli innym chirurgom, którzy tylko w sposób przygodny mają do czynienia z temi chorobami.

Do naukowego jednak traktowania rzeczy osobiste zaufanie nie wystarcza i rzeczą jest konieczną żądać faktów na uzasadnienie swego twierdzenia; każdy poszczególny przypadek przerostu gruczołu krokowego różni się w mniejszym lub większym stopniu od innych. Niezbędnem jednak, chociaż w przybliżeniu, jest wiedzieć jakie są szanse znalezienia tej lub innej formy przerostu. Kol. SAWICKI, mówi, że „badzając palcem *per rectum* i jednocześnie cewnikiem od strony pęcherza, w większości przypadków możemy określić, z przerostem jakich zrazów mamy do czynienia“. Niestety, jest to rzecz zupełnie niemożliwa. W tej kwestyi cewnik powiedzieć nie może, przez co i w jakim ściśle miejscu został on zatrzymany. Tak samo dobrze może on być zatrzymany przez nierównie rozwinięty zraz boczny, jak i przez zraz środkowy. Przypuśćmy, że przejście części gruczołowej było dość regularne i że cewnik zatrzymał się pośrodku i przed samem wejściem do pęcherza, kto może nawet i w tym razie zaręczyć, że to zraz środkowy, a nie zastawka mięśniowa. Co się zaś tyczy badania przez odbytnicę, to w tej kwestyi Prof. GUYON wypowiada się w sposób następujący: „wypukłość zrazów gruczołu krokowego, znajduwana puzez odbytnicę nie daje w żadnym razie miary zmian wewnątrzcewkowych. Znaczne powiększenie od strony odbytnicy można znaleźć u osobnika, u którego cewka nie jest zdeformowaną i naodwrot“. Od kilku lat będąc prawie codziennie z Prof. GUYON'em, ani razu nie słyszałem, ażeby postawił rozpoznanie przerostu zrazu środkowego. Przerzucając przypadki, które niżej przytaczam, w dwóch razach znalazłem tę dyagnozę, zrobioną przez innych i dziwnym zbiegiem w obu razach na sekcji nie znaleziono zupełnie powiększenia zrazu środkowego. Tą więc drogą chirurg nie może otrzymać poważnych wskazówek co do stanu gruczołu od strony wewnętrznej. Wobec tego należy się ograniczyć do wniosków, otrzymanych na zasadzie sekcji, robionych na osobnikach dotkniętych przerostem gruczołu krokowego. Kierując się niemi, chirurg może w przybliżeniu ocenić, jakie ma szanse trafienia na taką lub inną formę przerostu.

Dotychczas klasycznymi są poszukiwania w tym kierunku THOMPSON'a ¹⁾. Statystykę jego od lat kilkudziesięciu powtarzają wszyscy autorowie, piszący o przerście gruczołu krokowego. W pomnikowym swoim dziele pisze on: „autorowie, prawie wszyscy chirurdzy, przypisują „zrazowi środkowemu“ specjalną zdolność do rozrastania się i uważają, że ma on tendencję do osiągnięcia największych rozmiarów“, według zaś THOMPSON'a „wszystkie trzy części

¹⁾ THOMPSON. *Traité pratique des maladies des voies urinaires*. Przekład francuski. 1874.

gruczołu rozrastają się w jednakowym stopniu“. Wnioski swoje oparł on na okazach, które przestudował w muzeach londyńskich. Na 123 okazy THOMPSON znalazł:

1-o. Przerost ogólny, z jednakowym stopniem powiększenia wszystkich trzech części w 74 przypadkach.

2-o. Przerost ogólny, lecz ze szczególnem powiększeniem zrazu środkowego w 17 przypadkach.

3-o. Przerost ogólny, lecz ze znaczniejszem powiększeniem prawego zrazu w porównaniu z lewym w 8 przypadkach.

4-o. Przerost ogólny ze znaczniejszem powiększeniem zrazu prawego w 11 przypadkach.

5-o. Tylko boczne zrazy były powiększone na 5 preparatach.

6-o. Znaczniejsze powiększenie przedniej części, łączącej dwa zrazy znalazł na 3 preparatach.

7-o. Zrazy boczne oraz część przednia łącząca, bez zrazu środkowego, była powiększoną na 3 okazach.

Jak widzimy, ogólny przerost gruczołu znalazł THOMPSON na 112 okazach, co stanowi 91% ogólnej sumy.

Robiąc od pewnego czasu wszystkie sekcye, jakie się na klinice Prof. GUYON'a zdarzają, byłem uderzony, że zupełnie nie widzę tej proporcji w prze-roście różnych części gruczołu krokowego, którą za THOMPSON'em wszyscy prawie powtarzają. Chcąc wyrobić sobie w tej kwestyi jakieś zdanie, przejrzałem protokóły sekcji osób, dotkniętych przerostem gruczołu krokowego, i przekonałem się, że wnioski THOMPSON'a są mylne. Ponieważ z jednej strony mamy przed sobą kwestyę ważną, z punktu widzenia chirurgicznego a ponieważ z drugiej strony mamy do czynienia z wywodami pierwszorzędnej gwiazdy europejskiej, jaką jest THOMPSON, nie mogę się przeto ograniczyć do suchych cyfr i muszę przynajmniej w kilku słowach przytoczyć wyciągi z odpowiednich protokółów.

Większość niżej przytoczonych przypadków wzięłem z Archiwum kliniki Prof. GUYON'a. Brałem je jeden za drugim, nie robiąc żadnego wyboru. Mógłbym znaleźć ich znacznie więcej, gdybym chciał cytować przypadki wszystkich starców, zmarłych w ostatnich latach na różne choroby w tutejszej klinice. Nie chcąc jednak zaciemniać obrazu, brałem tylko te karty, na których była dyagnoza: „przerost gruczołu krokowego“. Poza tem wzięłem jeszcze wszystkie przypadki z prac: ZAMBIANCHI'ego ¹⁾ DODENIL'a ²⁾ JEAN'a ³⁾, LANNOIS'a ⁴⁾, BOHDANOWICZA ⁵⁾. Z pracy tego ostatniego wzięłem tylko te przypadki, których poprzednio nie znalazłem w Archiwum kliniki.

¹⁾ Contribution à l'étude de l'hypertrophie de la prostate. 1879.

²⁾ Recherche sur l'altération sénile de la prostate. 1886.

³⁾ Retention incomplète d'urine dans les cas de lésions prostatiques. 1879.

⁴⁾ De l'appareil urinaire des vieillards.

⁵⁾ Contribution à l'étude de la pathologie du muscle vésical.

W celu możliwie największego skrócenia opisu obserwacji, stan wielu chorych oznaczałem tylko wyrazami: pierwszy, drugi lub trzeci peryod prostatyzmu. Dla nieobeznanych z terminologią szkoły GUYON'a muszę wyjaśnić, że pierwszy peryod charakteryzują objawy dynamiczne, częstość oraz trudność moczenia, które mają miejsce przeważnie w nocy, osłabienie prądu moczu, erekcje i t. p.; w drugim peryodzie oprócz wyżej przytoczonych zaburzeń mamy jeszcze niewypróżnianie się pęcherza; a w trzecim oprócz niewypróżniania się pęcherza mamy rozszerzenie się jego z towarzyszącymi mu objawami: poliurią, mimowolnem oddawaniem moczu, zaburzeniami w trawieniu i t. p..

A. Przerost ogólny. 34 przypadki.

a) Przerost lekki. 5 przypadków.

1. D..., Prostatyk. Lekkie powiększenie całego gruczołu, a w szczególności powiększenie zrazów bocznych. Przerost twardy, nierówny. [Archiwum kliniki prof. GUYON'a].

2. B. 65 lat. Prostatyk 3-go peryodu, zatrzymanie moczu. Mimowolne oddawanie moczu. Gruczoł krokowy: część przednia i boczna lekko przerośnięte, lekki również przerost zrazu środkowego. [Arch. kliniki].

3. M..., 62 lat. Prostatyk. Zatrzymanie niepełne moczu. *Pyelitis*. Gruczoł krokowy: przerost ogólny, twardy. Małe guzy zrazu lewego wystają do pęcherza. [Arch. klin.].

4. P..., 80 lat. Prostatyk. Przerost ogólny gruczołu. [BOHDANOWICZ. Obs. XI].

5. L..., 80 lat. Prostatyk. 3 ci peryod. Gruczoł równomiernie powiększony. [DODENIL. Przypadek III].

b) Przerost średni. 3 przypadki.

6. B..., 72 lat. Prostatyk. 3-ci peryod. Gruczoł krokowy: umiarkowany przerost trzech zrazów. [Arch. kliniki].

7. P..., 62 lat. Prostatyk. 3-ci peryod. Zatrzymanie zupełne moczu. Przerost ogólny gruczołu. [Arch. kliniki].

8. S..., 83 lat. Prostatyk. 3-ci peryod. Przerost ogólny. [Arch. kliniki].

c) Znaczny przerost. 4 przypadki.

9. S..., Prostatyk. Dwa zrazy boczne znacznie powiększone. Zraz środkowy lekko wystaje do pęcherza i zbacza do zrazu prawego. [Arch. klin.].

10. V..., Prostatyk. 3-ci peryod. Zatrzymanie kompletne moczu. Znaczny przednio-boczny przerost, lekki przerost zrazu środkowego. [Arch. klin.].

11. E..., Prostatyk. Znaczny ogólny przerost. [Arch. klin.].

12. A..., 80 lat. Prostatyk. Zraz środkowy jest dość przerośnięty i cokolwiek zbaczający. Zrazy boczne są bardzo powiększone, szczególnie prawy zraz. [Arch. klin.].

d) Przerost ogólny ze szczególnem powiększeniem zrazu środkowego.
13 przypadków.

13. G..., 69 lat. Zatrzymanie moczu zupełne. Umiarkowany, symetryczny, nierówny przerost zrazów bocznych. Zraz środkowy dość powiększony w formie jęczyczka ruchomego. [Arch. klin.].

14. R..., 68 lat. Prostatyk. 3-ci peryod. Ogromne rozszerzenie pęcherza. Gruczoł krokowy ogromny, przerost ogólny, szczególnie zaakcentowany na zrazie środkowym, który wystaje do pęcherza w formie jęczyczka. [Arch. kliniki].

15. N. A... Prostatyk. Lekki przerost zrazów bocznych, znaczniejszy przerost zrazu środkowego. [Arch. klin.].

16. B... Prostatyk. Gruczoł bardzo powiększony Zraz środkowy przekrwiony i znacznie powiększony. [Arch. klin.].

17. D..., 70 lat. Prostatyk. 3-ci peryod. Pęcherz dosięga pępka. Gruczoł znacznie powiększony, zraz prawy więcej, aniżeli lewy. Zraz środkowy bardzo powiększony. [ZAMBIANCHI. Obs. V].

18. L..., 71 lat. Prostatyk 3-ci stopień. Mimowolne oddawanie moczu. Gruczoły powiększone, zraz środkowy występuje do pęcherza. [ZAMBIANCHI. Obs. VI].

19. T..., 78 lat. Prostatyk. Zatrzymanie zupełne moczu. Przerost równomierny ogólny. Zraz środkowy wielkości orzecha. [BOHDANOWICZ. Obs. VIII].

20. P. L... Prostatyk. Zrazy boczne lekko przerośnięte. Zraz środkowy znacznie rozwinięty. [BOHDANOWICZ. Obs. IX].

21. A..., 69 lat. 3-ci peryod. Oddawanie moczu mimowolne. Zraz środkowy tworzy w szyjce pęcherza znaczny okrągły guz wielkości czereśni, cokolwiek ruchomy (*pudivulée*). Zrazy boczne są bardzo duże. [JEAN. Obs. VIII].

22. V..., 75 lat. Prostatyk. 2-gi stopień. Gruczoł krokowy bardzo powiększony we wszystkich trzech zrazach. Przerost się rozwinął w szczególności w kierunku pęcherza. [JEAN. Obs. XI].

23. R..., 74 lat. Pęcherz sięga na cztery palce ponad pępek. Zrazy boczne są bardzo powiększone. Zraz środkowy, również powiększony, znacznie występuje do pęcherza.

24. F..., 80 lat. Prostatyk 3-go peryodu. Zraz lewy i środkowy są ogromnie powiększone.

25. B..., 73 lata. Prostatyk 3-go peryodu. Gruczoł krokowy ogromnie powiększony. Zraz środkowy występuje do pęcherza w formie grzyba wielkości połowy kurzego jajka.

e) Przerost ogólny ze znaczniejszem powiększeniem zrazu lewego.
4 przypadki.

26. R... 71 lat. 2-gi peryod. Gruczoł bardzo mało powiększony. Zraz lewy cokolwiek więcej powiększony, aniżeli prawy. Obydwa zrazy są twarde i nierówne. [Arch. kliniki].

27. L..., 62 lat. Pęcherz sięga ponad pępek. Gruczoł cokolwiek powiększony, szczególnie zraz lewy.

28. T..., 72 lat. Prostatyk. Mocz zapasowy 350 grm. Przerost ogólny gruczołu krokowego szczególnie silny w bocznych zrazach. Zraz lewy więcej rozwinięty. [Arch. klin.].

29. X... Prostatyk. 3-ci peryod. Zraz lewy dwa razy większy od zrazu prawego i występuje do pęcherza. [LANNOIS].

f) Przerost ogólny, zraz środkowy w formie jęczyczka. [Mette]. 5 przypadków.

30. S... Prostatyk. Przerost ogólny, szczególnie zrazów bocznych. Zraz środkowy w formie małego jęczyczka. [Arch. klin.].

31. P..., 70 lat. Prostatyk. Przerost ogólny, szczególnie przerost zrazów bocznych. Mały jęczyzek pęcherzowy. [Arch. klin.].

32. B..., 60 lat. Prostatyk. Gruczoł krokowy cokolwiek powiększony, zraz środkowy w formie jęczyczka lekko występuje do pęcherza. [Arch. klin.].

33. C... Prostatyk. Przerost umiarkowany boczny zrazów, szczególnie w kierunku odbytnicy. Zraz środkowy mały w formie jęczyczka. [Arch. klin.].

34. V..., 68 lat. Prostatyk. Zakażenie ogólne. Gruczoł krokowy przedstawia się w formie wielkiej masy, mającej 10 cm. średnicy. Ze strony odbytnicy zachował on formę normalną; zrazy boczne występują do wnętrza cewki, zamienionej na szparę prostopadłą. Zraz środkowy wielkości dużego palca, występuje do pęcherza w formie jęczyczka. [Arch. klin.].

B. Przerost tylko zrazu środkowego. 4 przypadki.

35. B..., 59 lat. Prostatyk. Twardy przerost zrazu środkowego. [Arch. kliniki].

36. S..., 61 lat. Prostatyk. Zatrzymanie zupełne oddawania moczu. Lekkie powiększenie zrazu środkowego, który wystaje w formie jęczyczka. Zrazy boczne normalne, nie wystające do cewki. [Arch. klin.].

37. T..., 67 lat. Prostatyk. Zraz środkowy cokolwiek powiększony, w formie jęczyczka. Zrazy boczne normalne. [Arch. klin.].

38. A. B... Zatrzymanie zupełne oddawania moczu. Lekki przerost zrazu środkowego. Zrazy boczne powiększone od strony odbytnicy. [Arch. klin.].

C. Przerost bocznych zrazów.

a) Mały przerost. 6 przypadków.

39. B..., 68 lat. Prostatyk. Zatrzymanie moczu. Zraz środkowy nie powiększony. Lekki przerost zrazów bocznych. [Arch. klin.].

40. O..., 62 lat. Prostatyk. 3-ci peryod. Lekki przerost bocznych zrazów. [Arch. klin.].

41. C..., 65 lat. Prostatyk. 3-ci peryod. *Pyelitis*. Zrazy boczne nieznacznie powiększone. [Arch. klin.].

42. R..., 70 lat. Gruczoł krokowy bardzo mało powiększony. Zraz środkowy zupełnie nie powiększony.

43. F..., 76 lat. Zraz środkowy nie powiększony. Lekki przerost bocznych zrazów. [Arch. klin.].

44. D..., 57 lat. 3-ci peryod. Oddawanie moczu mimowolne. Nie widać przerostu zrazu środkowego. Zrazy boczne lekko powiększone.

b) Średni przerost. 7 przypadków.

45. D..., 66 lat. 3-ci peryod. Gruczoł równomiernie powiększony bez przerostu zrazu środkowego. [Arch. klin.].

46. D..., 71 lat. Prostatyk. Zatrzymanie zupełne moczu. Przerost boczny, zraz środkowy normalny. [Arch. klin.].

47. M... Prostatyk. 3-ci peryod. Przerost bocznych zrazów. [Arch. klin.].

48. B..., 79 lat. 3-ci peryod. Pęcherz rozszerzony do pępka. Przerost bocznych zrazów. [Arch. klin.].

49. V..., 61 lat. Prostatyk. 3-ci peryod. Oddawanie mimowolne moczu. Gruczoł równomiernie powiększony bez przerostu zrazu środkowego. [ZAMBIANCHI].

50. L..., 75 lat. Prostatyk. 3-ci peryod. Zrazy boczne wielkości orzecha. [ZAMBIANCHI].

51. C..., 60 lat. Prostatyk 3-ci peryod. Pęcherz sięga ponad pępek. Powiększenie zrazów bocznych, zraz środkowy prawie zupełnie normalny. [JEAN].

c) Znaczny przerost. 7 przypadków.

52. A... Prostatyk. Zrazy boczne są bardzo powiększone i nierówne. Zraz środkowy zupełnie nie powiększony. [Arch. klin.].

53. C..., 62 lat. Prostatyk. 3-ci peryod. Zatrzymanie moczu zupełne. Symetryczny przerost zrazów bocznych, bez wypukłości do cewki. Zraz środkowy powiększony. [Arch. klin.].

54. P..., 52 lat. Prostatyk. 2-gi peryod. Dwa boczne zrazy przerośnięte wystają do pęcherza. [ZAMBIANCHI].

55. B..., 62 lat. Prostatyk. 3-ci peryod. Dwa boczne zrazy bardzo powiększone, lecz symetryczne. Zraz środkowy nie powiększony. [ZAMBIANCHI].

56. R..., 76 lat. 3-ci peryod. Gruczoł krokowy ogromnie powiększony, lecz symetryczny. Zraz środkowy nie powiększony. [ZAMBIANCHI].

57. F..., 77 lat. Prostatyk. 3-ci peryod. Ogromny przerost zrazów bocznych. [JEAN].

58. M..., 68 lat. Prostatyk. 3-ci peryod. Pęcherz dosięga pępka. Gruczoł krokowy wielkości pomarańczy; dwa boczne zrazy są nadszwyczaj powiększone; zraz środkowy prawie zupełnie normalny. [JEAN].

d) Znaczniejszy przerost zrazu prawego. 1 przypadek.

59. B..., Prostatyk. 3-ci peryod. Przerost typowy bocznych zrazów. Znacznie więcej przerośnięty zraz prawy, który dosięga wielkości jajka kurzego. Zraz środkowy nie powiększony. [Arch. klin.].

e) Znaczniejszy przerost zrazu lewego. 1 przypadek.

60. G..., 78 lat. Prostatyk. Zatrzymanie moczu niezupełne. Lekki przerost zrazu lewego.

		ilość przypadków
Przerost ogólny	Lekki	5
	Średni	3
	Znaczny	4
	Ze szczególnem powiększeniem zrazu środkowego	13 [21,6 ^o / _o]
	Zraz środkowy w formie języczka.	5
	Szczególne powiększenie zrazu lewego	4
Razem		34 [56,6 ^o / _o]
Przerost zrazów bocznych.	Lekki	6
	Średni	7
	Znaczny	7
	Znaczniejsze powiększenie zrazu lewego.	1
	„ „ zrazu prawego	1
Razem		22 [36,6 ^o / _o]
Przerost tylko zrazu środkowego		4 [6,6 ^o / _o]
Znaczniejsze powiększenie środkowego zrazu [13+4]		17 [28,3 ^o / _o]

Jak widzimy, zachodzi znaczna różnica między wynikami, otrzymanymi przez THOMPSON'a i przezemnie. Opierając się na statystyce THOMPSON'a chirurg na pewno [91^o/_o] może rachować, że znajdzie środkowy zraz mniej lub więcej powiększony. Przerost bocznych tylko zrazów u niego prawie nie istnieje [6,6^o/_o] gdy tenczasem na 60 przypadków znalazłem go 22 razy, co stanowi 36,6% ogólnej liczby. Przyczynę tej różnicy czytelnik prawdopodobnie już dawno zauważył. Polega ona na tem, że THOMPSON statystykę swoją zbierał, jak to sam mówi, w muzeach londyńskich. Otóż każdemu dobrze jest wiadomem, że w muzeach znajdują się okazy wyjątkowe. My tutaj np. przy formowaniu muzeum GUYON'a wyrzucamy banalne przerosty bocznych zrazów, a zatrzymujemy przerosty ogólne, oraz zrazu środkowego.

THOMPSON powołuje się na wyniki otrzymane przez niego samego na sekcjach, oraz na wyniki MESSER'a. Otóż jeżeli przyjrzymy się najwpierw jego własnym wynikom, które nam przytacza w swem dziele, to zobaczymy, że zupełnie nie zgadzają się z wyżej przytoczoną, powszechnie znaną tablicą. Co się zaś tyczy MESSER'a ¹⁾, to ten na 35 przypadków znalazł:

- 17 przypadków ogólnego przerostu,
- 14 „ „ przerostu zrazów bocznych,
- 1 przypadek przerostu zrazu bocznego środkowego,
- 1 „ „ „ „ „ prawego,
- 1 „ „ „ „ „ lewego,
- 1 „ „ „ „ „ środkowego,

Jak widać statystyka MESSER'a w głównych punktach w zupełności z moją statystyką się zgadza i bynajmniej zdania THOMPSON'a nie potwierdza.

¹⁾ MESSER. The anatomy and diseases of the prostate. [Transactions of the Med. chir. Society. Vol. XLIII].

Sądzymy, że na zasadzie wyżej przytoczonych danych możemy wprowadzić następujące wnioski:

1-o. Niesłusznem jest twierdzenie THOMPSON'a, że wszystkie trzy zrazy gruczołu krokowego przerastają w jednakowym stopniu, gdyż przeszło w trzeciej części przypadków zraz środkowy jest zupełnie nie przerośnięty.

2-o. Niesłusznem również jest zdanie DIRTEL'a, dotyczące zrazu środkowego, gdyż prawie w trzeciej części przypadków [28,3%] ulega on znacznemu przerostowi; usunięcie go w tych przypadkach, jeżeli niepozwoili na przywrócenie pęcherzowi dawnej jego funkcji, to da przynajmniej możliwość łatwiejszego sondowania.

W artykule tym miałem na celu jedynie rozpatrzenie zmian anatomo-patologicznych, zachodzących przy przeroście gruczołu krokowego; na zakończenie jednak pozwolę sobie zrobić kilku osobistych uwag natury praktycznej.

Sądzę, że wobec stosunkowo nieznacznej liczby przypadków, w których przerost zrazu środkowego jest dość zaakcentowany, aby można było rachować, że z usunięciem go oddamy prawdziwą usługę choremu, należy unikać interwencji chirurgicznej tam, gdzie można sondowaniem utrzymać chorego przy zdrowiu. W tych zaś przypadkach, w których jest to zbyt ryzykownem dla jego zdrowia, należy otworzyć pęcherz i zobaczyć, czy nie ma się właśnie do czynienia z przerostem zrazu środkowego. Jeżeli tak, w takim razie należy go usunąć, pozostawiając na wszelki przypadek pęcherz otwartym [operacja PONCET'a]. Jeżeli, zawdzięczając tej resekcji, po jakimś czasie okaże się, że co najmniej, sondowanie stało się możliwem, w takim razie nic łatwiejszego jak pozwolić na zamknięcie się pęcherza, przez co uwolnimy chorego od wieloletniej męczącej przetoki.

II. TANI PODRĘCZNY STERYLIZATOR.

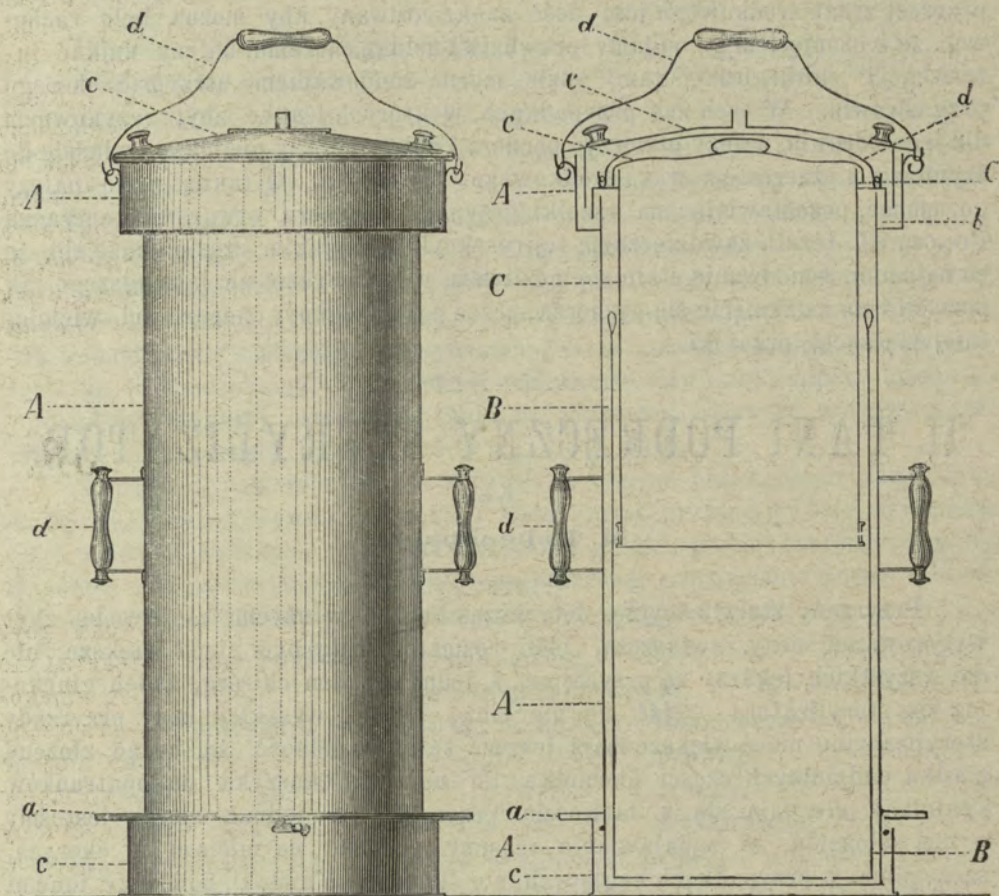
Podał

M. Lebensbaum.

Przyrządy sterylizacyjne, dotychczas będące w użyciu, z powodu zbyt wygórowanej ceny, zwłaszcza, jeśli rozmiary mają być nieco większe, nie dla wszystkich lekarzy są przystępne, a jednak żaden chirurg, żaden ginekolog bez sterylizatora obejść się nie może. Prócz wysokiej ceny przyrządy sterylizacyjne nieco większe mają jeszcze tę niedogodność, że, będąc złożone z kilku oddzielnych części [kociołka do narzędzi, koszyka do opatrunków i palnika], nie dają się z łatwością przenosić. A jednak nieraz jesteśmy w tem położeniu, że wyjaławianie musimy wykonać na miejscu u chorych, szczególnie w przypadkach naglących, nie cierpiących zwłoki, pomiędzy innemi i tam, gdzie idzie o pomoc akuszerską.

W praktyce prywatnej, wezwani np. do rodzącej, urządzamy się często tak, że, robiąc szybki przegląd statków kuchennych, podpatrujemy jakiś garnek, który nam się wydaje największym. Lecz i najgłębszy garnek nigdy

prawie nie jest tak duży, aby narzędzia mogły się w zupełności w wodzie zanurzyć, i musimy dłuższe narzędzia, jak kleszcze, kraniotraktor i t. d., przy gotowaniu przewracać na oba końce, co jednak jest manipulacją nie bardzo dogodną. To się tyczy narzędzi, o wyjąławianiu zaś środków opatrunkowych w warunkach wyż przytoczonych mowy być nie może. Sterylizator dla akuszera winien być tak urządony, aby mógł być zabrany do chorych z równą łatwością, jak i torba akuszeryjna, a sterylizacja mogła się odbyć łatwo i we wszelkich warunkach. Przyrząd, którego rysunek załączam, zdaje się odpowiadać temu zadaniu. Jest on modyfikacją znanych już sterylizatorów, tylko że ogrzewanie odbywa się na zwykłym piecu kuchennym węglem lub drzewem, a więc za pomocą palnika, znajdującego się w każdym mieszkaniu. Przyrząd składa się z kociołka cylindrycznego (A), mającego około 45 ctm. wysokości, 16,5 ctm. średnicy i u góry nieco rozszerzonego. Powyżej dna na 5 ctm.



Przyrząd w całości.

Przyrząd w przecięciu.

przytwierdzony jest szeroki pierścień (a), za pomocą którego przyrząd opiera się o ruszt lub fajerki.

Do naczynia tego wchodzi drugi cylinder do narzędzi (*B*) niższy i węższy, z dnem dziurkowanym. Na wodnym zamknięciu (*b*), mieszczącym się na 5 cm. poniżej wylotu kociołka *A* opiera się kociołek (*C*) do środków opatrunkowych z szeregiem otworków blisko dna, zamykających się za pomocą obręczy ruchomej. Przyrząd opatrzony jest odpowiednimi pokrywami (*e*), rączkami do wyjmowania cylindrów i t. d.. Chcąc przystąpić do sterylizacji np. przy porodzie kleszczowym, wyjmujemy koszyk do opatrunków, nalewamy wody gorącej do wewnętrznego cylindra, a po zagotowaniu się wody kładziemy cylinder *B* z narzędziami. Jednocześnie przygotowujemy sobie środki opatrunkowe, mające się sterylizować. Po wygotowaniu narzędzi, wyjmujemy je wraz z cylindrem *B*, w którym one się mieszczą za pomocą drucików i wstawiamy koszyk z środkami opatrunkowymi. A tymczasem przystępujemy do należytego przygotowania chorej.

Do przykrycia zakopconej części cylindra *A*, mieszczącej się poniżej pierścienia, służy odpowiednia pokrywa. Ciężota pary, przechodzącej przez środki opatrunkowe, wynosi 98,5° C.. Sterylizator ten może zastąpić i tekę akuszerską, naturalnie dopiero po wyjęciu kociołka *C*, w którym zresztą materiał opatrunkowy aseptyczny może być już zawczasu przygotowany. Jak to więc widzimy, przyrząd działa dobrze — jest on prócz tego podręczny i tani ¹⁾.

III EPIDEMIA CHOLERY AZYATYCKIEJ

z r. 1894 w Warszawskim szpitalu starozakonnych.

(STATYSTYKA I SYMPTOMATOLOGIA).

Opisał

St. Pechkranc.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 32].

W 1893 r. spostrzegaliśmy u 11 letniej dziewczynki już w okresie zdrowienia, pojawienie się ostrego krwotocznego zapalenia nerek. Dalsze losy wzmiankowanych chorych nie są mi znane. Na podstawie naszego materiału nie mogliśmy sobie wytworzyć zdania, o ile możliwym jest występowanie przewlekłego zapalenia nerek w następstwie cholery. Dane z literatury, dotyczące się tej kwestyi, są sprzeczne: **LEBERT** zaprzecza możliwości przejścia ostrej choroby **BRIGHT'a**, rozwijającej się w przebiegu cholery azyatyckiej, w stan przewlekły, **EICHHORST** zaś twierdzi, iż jest to zupełnie możliwe; zdaniem **LEXDEN'a** ²⁾, nie jest to dotąd dowiedzionem. **RUMPF** i **FRAENKEL** ³⁾ usiłują objaśnić fakt, że choleryczne cierpienie nerek nie przechodzi zazwyczaj w okres przewlekły, tą okolicznością, że tkanka łączna nerki cholerycznej nie przedstawia żadnych zmian anatomicznych.

¹⁾ Można otrzymać przyrząd ten u Petza (Nowy Świat 22) z blachy grubej angielskiej za 12 rubli, z blachy zaś mosiężnej niklowanej cena odpowiednio się podnosi.

²⁾ „Ein Uebergang in das chronische Stadium ist bisher nicht sicher constatirt worden“. Zur Nierenaffection bei der asiatischen Cholera.

³⁾ Deutsches Arch. f. klin. Medic. LI. 1—2.

Zmiany narządów płciowych.

W cholerze przytrafiają się: zgorzel narządów płciowych, dyfteryt pochwy, zaburzenia miesiączkowania i poronienia. Pierwszych 2 powikłań nie spostrzegaliśmy ani razu. O ile mi wiadomo, D-r NEUGEBAUER spostrzegał niedawno kilka przypadków dyfterytu pochwy po cholerze ¹⁾. Co się tyczy wpływu sprawy cholerycznej na miesiączkę, to możemy powiedzieć co następuje: jeśli podczas menstruacji rozwija się napad choleryczny, to miesiączka na kilka dni przerywa się i z przejściem choroby w okres reakcyjny może powrócić. Spostrzegaliśmy 5 takich przypadków. Kilka razy widzieliśmy w okresie odczynowym przedwczesne zjawianie się miesiączki.

Zastanówmy się nieco szczegółowiej nad kwestyą poronień w cholerze azjatyckiej. Zdaniem jednych autorów, poronienia w przebiegu cholery warunkowane są krwotokami wewnątrzmacicznymi, powstającymi skutkiem skurczów; podług innych, przyczynę stanowią zmiany na *decidua*, gdyż na błonie śluzowej macicy znajdowane były wylewy krwi. Wszystkich kobiet ciężarnych mieliśmy 19. Z nich jedna pierwiastka, lat 20 [poroniła]; reszta chorych — wieloródki: 5 kobiet poniżej 30 lat, a 13 powyżej 30 lat; najstarszą chora miała lat 38. Z 19 chorych u 2 (*st. algidum*) ciąża była wątpliwą, a jeśli była, to w 1 lub 2 miesiącu [bliżej nie badano]: jedna z tych chorych wyzdrowiała, druga zmarła. Z pozostałych 17 przypadków w jednym [biegunka choleryczna z ryzowatymi stolcami] ciąża [9 mies.] nie zakończyła się poronieniem, i w jednym przypadku wątpliwej cholery ciąża [w 4 mies.] również nie przerwała się. Z pozostałych 15 przypadków, w 6 mieliśmy do czynienia z choleryną: w 5 lżejszych przypadkach, poronienie nie nastąpiło, a w jednym cięższym, przedstawiającym przejście do *chol. algida*, *abortus* 8-go dnia choroby. Wszystkie chore na cholere [ciężarne] wyzdrowiały. Chorych [ciężarnych] na cholere zamartwiczą mieliśmy 9. Z tych 5 poroniły 6—9 dnia choroby i tylko w 2 przypadkach 3-go dnia — zawsze w okresie oddziaływania. W pierwszej połowie ciąży były 5 chorych [mies. 3, 3, 4, 4 i początek 5-go], w drugiej połowie 4 [mies. 6, 6, 7 i 9]. Z chorych na cholere zamartwiczą tylko dwie nie poroniły: z tych jedna, w 9 miesiącu ciąży, zmarła 2-go dnia choroby, a u drugiej, w 7 mies. ciąży, stan zamartwiczy był tylko zlekka wyrażony [nieznaczne obniżenie ciepłoty, lekka sinica, tętno wyczuwalne, acz bardzo drobne, dyureza zmniejszona, lecz nie zniesiona], i ta wyzdrowiała, nie poroniwszy. Na 9 kobiet ciężarnych z cholere zamartwiczą zejść śmiertelnych było 4 [w 5, 3, 6 i 9 mies. ciąży]; śmierć nastąpiła w 1—2 dni po poronieniu: 7-go, 5-go, 9-go i 2-go dnia od początku choroby. Reszta chorych na cholere zamartwiczą [5] wyzdrowiała, przyczem tylko jedna z nich przechodziła ciężki tyfoid, inne reagowały dość lekko. Czas trwania poronienia był niewielki: 3—6 godzin. W żadnym przypadku krwawienie nie było obfite, nie wymagało przeto szczególnych zabiegów leczniczych. Okres poporodowy przebiegał prawidłowo. Zakażenia po poronieniu nie mieliśmy. Łożysko wychodziło zwykle wkrótce

¹⁾ O jednym z nich D-r. NEUGEBAUER mówił w Towarz. Lek. Patrz Gaz Lek. 1894.

po poronieniu; w kilku przypadkach była wykonana *extractio placentae*. Wszystkie płody urodziły się nieżywe.

Z naszych spostrzeżeń wyciągnęlibyśmy wnioski następujące [jeśli wogóle tak niebogaty materiał pozwala na wyprowadzenie wniosków]: 1) ciąża nie stanowi niebezpiecznego powikłania cholery [gdyż z 9 ciężarnych chorych na cholere zamartwiczą tylko 4 zmarły, co stanowi 44,4% śmiertelności]; wniosek ten nie zgadza się z poglądem wielu autorów na omawianą kwestję. 2) Okres ciąży nie ma wpływu [*resp.* ma bardzo mały wpływ] na przebieg i zejście cholery. 3) Choleryna dość rzadko wywołuje poronienie. 4) Cholera zamartwicza w wysokim stopniu sprzyja poronieniu [z 8 przypadków w 7-iu, a w jednym — szybka śmierć matki była prawdopodobnie przyczyną braku poronienia], przyczem to ostatnie przypada zwykle [w naszych przypadkach—zawsze] na okres odczynowy.

O powikłaniach, napotykanych przy cholercie w rozmaitych narządach, było już dostatecznie powiedziano wyżej.

W tem miejscu pozostaje nam wogóle przedstawić przebieg i właściwości tego okresu, który oddziela napad choleryczny od stanu zupełnego zdrowia, okresu, który nosi nazwę odczynowego (*st. reactionis*). Kliniczny obraz takiego okresu przedstawia się rozmaicie, zależnie od ciężkości poprzedniego okresu i charakteru powikłań, występujących ze strony rozmaitych narządów. Początek jego liczy się od tego czasu, gdy swoiste objawy choleryczne [rozwołnienie, wymioty, kurcze] ustają, zjawia się tętno, ciepłota ciała (*in f. axil.*) podnosi się i poczyna zbliżać się do normy, wydzielenie moczu zostaje przywróconem. Przejście okresu zamartwiczego w odczynowy odbywa się zazwyczaj stopniowo. W lekkich przypadkach cholery nie mogliśmy zauważyć żadnego odczynu: chorzy prawie bezpośrednio po napadzie cholerycznym wyzdrowiali.

Przebieg gorączkowy okresu oddziaływania spostrzegaliśmy nie często, zaledwie kilkanaście razy. Najczęściej zdarzał się typ komatyczny, przyczem przebieg odczynu odbywał się nieregularnie: po 1—2-dniowym przestanku rozwolnienie powracało, jak również wymioty; występowały wahania w wydzieleniu moczu, w czynności serca, w ciepłocie ciała, zjawiał się ból głowy, czkawka, świadomość przyćmiewała się, i chory przy tych objawach wpadał w śpiączkę, w której po większej części następowała śmierć. Rzadziej po silnym napadzie cholerycznym polepszenie szło bez przerwy aż do wyzdrowienia. U chorych z przebiegiem gorączkowym okresu odczynowego można było zauważyć 2 typy. W jednym szeregu przypadków ciepłota podnosiła się, lecz nieznacznie [około 38° C.], występowała kongestia twarzy i łącznie, tętno stawało się pełnem, często dwubitnem, tony serca wzmagaly się, chory uskarżał się na ból głowy, czasami występowało bredzenie. Taki stan trwał 1—2—3 dni i zazwyczaj kończył się pomyślnie, rzadziej przechodził w śpiączkę i śmierć. Obraz ten wogóle przypomina to, co Jaccoud nazywa nadmiernem oddziaływaniem i robi zależnym od przekrwienia narządów wewnętrznych, a zwłaszcza mózgu [GRIESINGER]. Takich przypadków spostrzegaliśmy 6, z których 5 zakończyły się wyzdrowieniem. Obraz t. zw. tyfoidu cholerycznego przedstawia się inaczej. Tu i *sensorium* jest znacznie więcej zajęte, i czas trwania

dłuższy, i zejście po większej części śmiertelne. Obecnie można uważać za fakt ustalony, że nie zawsze podstawę tego okresu stanowi mocznica. Zależność stanu tyfoidalnego od mocznicy pierwszy podniósł OPPOLZER. Pogląd ten przyjął i systematycznie rozwinął FRERICHS. LEBERT utrzymuje, że pochodzenie mocznicowe tyfoidu cholerycznego jest możliwe, lecz nie jest ono koniecznym i dość często jest wątpliwem. EISENLOHR, który spostrzegł 500 przypadków cholery w Hamburgu, twierdzi, że tyfoid choleryczny warunkowany jest nie stanem mocznicowym, lecz dyfterytem kiszki. NIEMEYER nie uważa wcale tyfoidu za przejaw zakażenia cholerycznego, lecz opisuje pod tą nazwą wogóle zmiany wtórne, występujące w rozmaitych narządach po napadzie cholerycznym. RUMPF odróżnia w okresie tyfoidalnym 2 sprawy: 1) otrucie mocznicowe i 2) gorączkę septyczną.

Z powyższego widzimy, jak rozmaite są poglądy autorów na patogenезę tyfoidu cholerycznego. Zdaje się, że najlepiej będzie w zapatrywaniu się na omawianą kwestyę być eklektykiem i przyjąć w rozmaitych przypadkach lub nawet w jednym i tym samym przypadku działanie rozmaitych czynników, jako to zmiany we krwi i działanie jej na ośrodkowy układ nerwowy, zmiany anatomiczne jelit [dyfteryt] i innych narządów, mocnicę i t. d.. Jakie czynniki działają w każdym poszczególnym przypadku, częstokroć trudno jest orzec, zwłaszcza gdy chodzi o rozpoznanie mocznicy.

Obraz kliniczny tyfoidu cholerycznego do tego stopnia przypomina niekiedy tyfus brzuszny, że bardzo łatwo pomylić się w rozpoznaniu, jeśli nie znany jest początek choroby. Zdarzało się w 1893 r., że przybywali na nasz oddział tyfusowi chorzy, u których cały zbiór objawów chorobowych pozwalał na rozpoznanie tyfusu brzuszego [ciepłota gorączkowa, zajęcie *sensorii*, bredzenie, wzdęty brzuch, różyczka, stolce podobne do grochówki, powiększenie śledziony...], lecz ciężki stan ogólny, upadek sił, nie odpowiadający okresowi choroby, naprowadzał na myśl o tyfoidzie cholerycznym, co stwierdzało następnie bakteriologiczne badanie wypróżnień [krewni chorych ukrywali zwykle istnienie wymiotów i rozwolnienia w początku choroby].

W r. z. mieliśmy także kilka takich przypadków [w jednym z nich istniały na skórze petocie pierwotne ¹⁾]. Jeśli mocznica może przebiegać pod postacią tyfoidu cholerycznego, to częściej przedstawia ona inny obraz kliniczny: bezmocz lub ischuria z białkomoczem, ponawiające się wymioty, bóle głowy, kloniczne kurcze mięśni, śpiączka. Charakterystyczny obraz mocznicy w postaci często powtarzających się drgawek i śpiączki spostrzegaliśmy prawie wyłącznie tylko w wieku dzieciennym. Przypadków takich było kilkanaście i wszystkie zakończyły się niepomyślnie.

Kwestya nawrotów w choleryze azyatyckiej jest bardzo ciekawą tak ze strony czysto naukowej, jak i z praktycznej. Jeśli często upatruje się przyczynę nawrotów w wykroczeniach przeciw dyecie, to z drugiej strony bywa wiele przypadków, w których ten czynnik można zupełnie wykluczyć. Jaka

¹⁾ Patrz także przypadek SZWAJCERA. Gazeta Lek. 1893. r.

jest geneza nawrotów, nie wiadomo. Bakteryologia nie daje nam na to żadnej odpowiedzi.

Podczas epidemii 1894 r. mieliśmy 33 nawroty, co stanowi 7,6% wszystkich przypadków. W przeważnej większości przypadków recydywy występowały w 1–2 dni od wyjścia chorego z okresu zamartwiczego: objawy swoiste już zupełnie ustały, chorzy już zostali przeniesieni do oddziału dla rekonwalescentów, gdy nagle często bez wszelkiej widocznej przyczyny, nanowo występowały wymioty, rozwolnienie i często także kurcze. Niejednokrotnie zdarzało się także, że chorzy, którzy już zostali wypisani do domu, po kilku dniach wracali do nas z niewątpliwymi cechami cholery azyatyckiej. Przebieg nawrotu bywał zazwyczaj bardzo ciężki: więcej niż w połowie przypadków nastąpiło zejście śmiertelne. W jednym przypadku spostrzegliśmy dwukrotne zachorowanie na cholere¹⁾. Tego rodzaju przypadki należy odróżnić od nawrotów: podczas gdy nawrót stanowi wyraz 1-go zakażenia, w przypadkach dwukrotnego zachorowania mamy dwukrotne zakażenie jadem cholerycznym. W literaturze znajdujemy opisy 3–4 krotnego zapadnięcia na cholere²⁾ podczas jednej i tej samej epidemii.

Cholera występuje czasem jednocześnie z innymi chorobami zakaźnymi u tego samego osobnika. W 2 przypadkach spostrzegliśmy powikłanie okresu odczynowego zimnicą [typu trzeciaczkowego], która ustąpiła pod wpływem chininy. Opisane są przypadki jednoczesnego występowania cholery z ospą, odrą, zapaleniem płuc, różą, gościcem stawowym...

Na zakończenie powiemy jeszcze kilka słów o chorobach następujących. Cholera wogóle nie obfituje w choroby następce. Te ostatnie tyczą się najczęściej przewodu pokarmowego, nerek i układu nerwowego. Ze strony żołądka i kiszki spotykamy cierpienia, które trwać mogą całymi latami. Co się tyczy nerek, to ostre zapalenie ich nie jest rzadkiem, występowanie zaś przewlekłej choroby BRIGHT'a nie zostało jeszcze z całą pewnością stwierdzone [patrz wyżej]. Układ nerwowy, który w przebiegu cholery jest silnie dotknięty, daje wiele cierpień następnych. Napotykanne tu zaburzenia są bardzo liczne: monoplegie, paraplegie, porażenia ośrodkowego i obwodowego pochodzenia, zapalenie mózgu [patrz wyżej], płasawica i t. d. W r. b. mieliśmy sposobność spostrzeżeć 2 bardzo ciekawe postaci zaburzeń nerwowych po cholere azyatyckiej: 1) skurcze tężcowe całej prawie dowolnej muskulatury, przyczem zajęte były także mięśnie języka i twarzy, i 2) ogólne porażenie mięśni dowolnego ruchu o krótkim czasie trwania. Oba te przypadki opisane były w innym miejscu²⁾.

Znanem jest również występowanie psychozy [patrz wyżej] i moczówki cukrowej po cholere, lecz z drugiej strony opisane są spostrzeżenia, w których rzeczone cierpienia miały ustąpić w następstwie cholery azyatyckiej.

Warszawa, w grudniu, 1894.

1) Pat. z. Gaz. Lek. 1894. N-ra 31 — 40.

2) Gaz. Lek. 1894. Nr. 39.

NOTATKI LEKARSKIE.

10. Przypadek nerwobólu kiszkowego (*enteralgia*).

W N-rze 67 „*Semaine médicale*“ 1894, prof. POTAIN z Paryża opisał przypadek nerwobólu kiszkowego. Prawie jednocześnie z nim spostrzegalem na oddziale D-ra FREIDENSONA w szpitalu żydowskim chorego, który pod wielu względami przypominał przypadek POTAIN'a.

B. T., handlarz, lat 27, od roku żonaty, pochodzi z rodziny zdrowej. W dzieciństwie przechodził ospę. Służył wojskowo 4 lata. Podczas służby wojskowej miewał jakieś, bliżej nieokreślone przypadłości w brzuchu. Pięć miesięcy temu nagle wśród zupełnego zdrowia dostał silnego bólu w brzuchu i jednocześnie wyczuwał tamże „guzy“. Ból ten i „guzy“ zjawiały się co kilka dni i trwały po kilka godzin. Z obawy o bóle chory nie przyjmował żadnych stałych pokarmów, chociaż zależności bólów od przyjmowania pokarmów nie stwierdził. Stolec wtedy był zaparty, skutkiem czego chory często przyjmował środki przeczyszczające. W chwilach wolnych od bólu czuł się on zupełnie zdrow. Wymiotów ani zgagi nigdy nie miewał. Żółtaczki nie było.

Przy badaniu w szpitalu [październik i listopad 1894 r.] znaleziono: Chory wzrostu średniego, budowy dobrej, wychudzony, anemiczny, stan bezgorączkowy, tętno 72. W płucach, sercu, wątrobie niema żadnych zmian. Śledziona powiększona nieco ku dołowi. Macanie i opłukiwanie brzucha nie wykryło nic anormalnego. W sferze nerwowej prócz ogólnej lekkiej nadczułości—zboczeń nie znaleziono. Badanie niejednokrotne moczu dawało wynik ujemny. Obserwując chorego przez czas dłuższy, bo z górą 2 miesiące, niejednokrotnie przekonałem się, że stwardnienia ograniczone, jakie towarzyszyły bólowi, często zmieniały swe miejsce; najczęściej były one umiejscowione w nadbrzuszu i w okolicy pępka. Natężenie bólu było niejednakowe. Raz chory narzekał tylko na lekkie „kręcenie“ w brzuchu, innym razem bóle były tak gwałtowne, iż chory związał się w kłębek, czołgał się po podłodze.

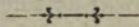
Na zasadzie braku żółtaczki, wymiotów i wyraźnego bólu w okolicy wątroby, wyłączyłem kolkę żółciową. Badanie moczu mówiło przeciw kolce nerkowej. Nie można było przypuszczać istnienia kolki ołowianej, dla braku charakterystycznej dla niej objawów i dla tego, iż chory nigdy nie miał do czynienia z ołowiem. Niezależność bólów od przyjmowania pokarmów, pozwalała wyłączyć gastralgię. Brak odpowiednich zaburzeń nerwowych mówił przeciw *crise* przy *tabes dorsalis*. A z drugiej strony zmienność w umiejscowieniu stwardnień i wzdęć, obok dobrego łaknienia i prawidłowych wypróżnień, mówiły przeciw zwięzieniu światła kiszki, a utwierdziły nas w przekonaniu o nerwowym charakterze cierpienia, wywołującego obok bólu chwilowy skurcz pewnego odcinka kiszki i mięśni brzusznych.

Użyłem całego arsenału środków narkotycznych i różnych zabiegów terapeutycznych: okładów PRIESSNITZ'owskich, derywacyi na skórę brzucha, elektryzacyi, żegadła PAQUELIN'a, a nawet chwilowo w obec bezsilności terapii, a cier-

pień strasznych chorego była mowa o próbnej laparotomii, powoli jednak bóle zwolniały, w końcu ustały zupełnie. Zdaje się iż, skutecznie działały w tym przypadku proszki bromu z belladoną, zalecane gorąco przez POTAIN'a.

D. Nisenson.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



66. W. Ebstein [Getynga]. Dusznica bolesna (*angina pectoris*) przy skazie moczanowej (*arthritis uratica*) i cukrzycy (*diabetes mellitus*).

Jest rzeczą powszechnie znaną, że dna i cukrzyca nietylko nie wyłączają się wzajemnie, lecz że obie te choroby występują stosunkowo dość często u jednego i tego samego osobnika. Szczególnie bogatą kazuistykę współczesnego występowania obu tych cierpień znajdujemy u francuskich autorów (*diabète gouteux, diabète arthritique*). Ci ostatni mówią także o t. zw. *glycosurie arthritique* z przemijającym cukromoczem, lecz, zdaniem autora, przynajmniej w pewnej części tych przypadków istnieje prawdziwa cukrzyca o typie przepuszczającym. Czasami objawy dny i cukrzycy występują naprzemian, tak, że z ustąpieniem objawów cukrzycy występują wyraźne objawy dny. Pierwszy przypadek, podany przez autora dobrze ilustruje stosunek obu tych cierpień co do czasu. W przypadku tym nie było napadów dusznicy bolesnej, lecz od czasu do czasu występowały napady dychawicy (*asthma*), której charakteru niepodobna było ściśle określić. W 2 drugich przypadkach autora widzimy silne napady dusznicy bolesnej, która u jednego chorego zależała, być może, od tętniaka aorty piersiowej, u drugiego—od materyalnych zmian w sercu. Pierwszego z tych chorych autor spostrzegł 2 razy: w r. 1880 i w r. 1893. Gdy autor po raz pierwszy w r. 1880 widział chorego, ten ostatni uskarżał się na silne zaburzenia ze strony żołądka. W rodzinie pacyenta nie było ani dny, ani kamicy. Pierwszy napad dny wystąpił u chorego w r. 1873, gdy chory miał 39 lat; następne miały miejsce w 1875, 1877 i 1880. Chory mocno nadużywał napojów wysokowych: pijał dziennie do 30 szklanek piwa; dużo palił. Syfilisu nie miał. Obecna choroba zaczęła się w 1891 r. od uczucia osłabienia, dreszczy, do których wkrótce przyłączyły się nadzwyczaj obfite poty. Te ostatnie raptownie ustały po silnem zaziębieniu, skóra od owego czasu stała się suchą, gorącą, i jednocześnie wystąpiło silne uczucie pragnienia, polyuria, palące bóle w okolicy czoła, czasami rwące bóle w nogach, częste krwioplucie, zawroty głowy i t. d. Przed kilku tygodniami do tych dolegliwości przyłączyły się napady *anginae pectoris*. Dokonane wówczas badanie moczu nie wykazało ani białka, ani cukru. Dobowa ilość moczu wynosiła około 11 litrów. Przy wstąpieniu do kliniki [w końcu r. 1893] chory głównie uskarżał się na napady dusznicy bolesnej, wzmożone pragnienie i obfite oddawanie moczu. Ilość tego ostatniego wahała się między 7600 i 11300 ctm.. Ciężar właściwy wynosił 1,002—1,004. Mocz nie zawierał białka; cukru—średnio około 15 grm. dziennie. Z danych przedmiotowego badania zanotować należy jeszcze zupełnie porażenie lewej struny głosowej

i powiększenie stłumienia serca na lewo: lewa granica przekraczała lewą linię sutkową na 1 ctm.. W klinice chory miał kilka napadów *anginae pectoris*. Po wyjściu z kliniki [w styczniu 1893 r.] chory miał napad dny, trwający około 3 tygodni. Jakichkolwiek zmian w objawach cukrzycy nie dało się wówczas zauważyć. W 2-iej połowie lutego 1893 wystąpiły dość nagle objawy ucisku lewego płuca, duszność, wciąganie wdechowe międzyżebry, brak szmeru oddechowego, stłumiony odgłos opukowy z podźwięciem bębniстым, obraz stłumienia między łopatkami wielkości główki dziecięcej, od czasu do czasu krwawa płwocina. Przebieg z gorączką, dochodzącą do 41° C. i dreszczami. Z prawej strony klatki piersiowej nie było żadnych objawów przedmiotowych. Chory następnie nieco się poprawił, lecz w końcu marca tegoż roku wystąpiła wysoka gorączka, bredzenie i śmierć przy objawach porażenia serca. Badanie zwłok nie było dokonane. Tak przedstawia się w streszczeniu 2-gi przypadek autora. Rozbierając ten przypadek, autor zastanawia się przedewszystkiem nad etyologią cukrzycy. Wyżej widzieliśmy, że objawy cukrzycy wystąpiły u chorego po przeziębieniu. To ostatnie, zdaniem autora, może wywołać chorobę cukrową. Już w r. 1873 autor opisał podobny przypadek. To samo przyjmuje i GRIEFINGER. W streszczonym powyżej przypadku dna z chwilą wystąpienia objawów cukrzycy umilkła, lecz nie ustąpiła zupełnie, jak tego dowodzi napad dny krótko przed śmiercią chorego. Porażenie lewej struny głosowej, objawy ucisku lewego płuca, krwawa płwocina i t. d. wskazują z pewnem prawdopodobieństwem na tętniaka aorty piersiowej. Możliwą jest rzeczą, że napady duszniczy bolesnej znajdowały się w związku z owym tętniakiem, choć również prawdopodobną jest zależność ich od zmian w sercu.

Porządek występowania objawów chorobowych u 3-go chorego różni znacznie od dopiero co opisanego. Tu u człowieka 33 letniego, w którego rodzinie napotykamy dnę i cukrzycę i który sam w młodym wieku zaczął cierpieć na otłuszczenie, występują, jak się zdaje, jednocześnie objawy choroby cukrowej i napady duszniczy bolesnej. Z biegiem czasu polyurya ustępuje i z typowo przebiegającej cukrzycy rozwija się *diabetes mellitus decipiens intermittens*. Następnie do cukromoczu przyłączają się: albuminurya, cylindrurya i acetonurya. Po pewnem, dość długiem trwaniu cukrzycy i duszniczy bolesnej, występują typowe, od czasu do czasu powtarzające się napady dny w kończynach dolnych. Wreszcie kilkakrotnie rozwijają się sprawy zgorzelinowe w dotkniętych dną częściach ciała. Autor usiłuje rozwiązać zadanie, od czego mogły być zależne te sprawy martwicowe? Zgorzel pochodzenia cukrzycowego jest dostatecznie znaną. O wiele mniej jest znaną zgorzel pochodzenia artrytycznego. Jeśli uważnie rozejrzemy się w odnośnej literaturze, nie omieszkamy przekonać się, że martwica stosunkowo dość często zawdzięcza swe pochodzenie dnie. Od czego w przypadku autora mogła być zależną zgorzel na kończynach dolnych, od cukrzycy czy od dny, nie da się z pewnością powiedzieć.

Wspólną dla obu ostatnich chorych cechą jest jednoczesne występowanie napadów duszniczy bolesnej z objawami cukrzycy. W pierwszym przypadku cukrzyca wystąpiła dopiero w wiele lat po napadach dny i jednocześnie dusznica bolesna rozwinęła się późno, mniej więcej w 10 lat po pierwszym napadzie dny; u dru-

giego chorego, u którego napady dny przyłączyły się dopiero po wieloletniem istnieniu cukrzycy, pierwsze napady duszniczy bolesnej rozwinęły się jednocześnie z cukrzycą lub, być może, nawet trochę wyprzedziły rozwój cukrzycy. Można by przeto postawić napady *anginae pectoris* w zależności od cukrzycy, tembardziej, że w literaturze istnieje cały szereg przypadków, w których napady *anginae pectoris* były spostrzegane u chorych, dotkniętych cukrzycą, i że w ostatnich czasach przy cukrzycy spostrzegane były choroby serca, które mogą być uważane za materyalne podścielisko napadów duszniczy bolesnej. LECORCHÉ zwrócił uwagę na przewlekłe zapalenie wsierdzia, szczególnie na zastawce dwudzielnej, przy cukrzycy. Między 114 przypadkami *diabetes* spostrzegał on to powikłanie 14 razy [10 razy u kobiet, 4 razy u mężczyzn]. Ani w jednym przypadku LECORCHÉ'go, nie było dokonane badanie zwłok, tak, że w pracy tego autora brak kontroli anatomicznej. Zdaniem LECORCHÉ'go, cukrzyca powinna trwać długo, aby mogło się rozwinąć zapalenie wsierdzia. Za przyczynę tego ostatniego uważa on obfitą zawartość cukru we krwi. O duszniczy bolesnej LECORCHÉ w swoich opisach nie czyni żadnej wzmianki. Co się tyczy charakteru duszniczy bolesnej, występującej w przebiegu cukrzycy, to często przedstawiają one li tylko nerwicę, nie będąc warunkowane żadnymi materyalnemi zmianami w sercu, *resp.* w naczyniach serca; można je w takich razach utożsamić z nerwobólami, występującymi tak często w innych nerwach w przebiegu cukrzycy. Atoli nie ulega żadnej wątpliwości, że w cukrzycy zdarzają się napady prawdziwej duszniczy bolesnej, zależnej od stwardnienia tętnic wieńcowych serca.

Tak formułują swe poglądy na patogenezę *anginae pectoris* przy cukrzycy VERGELY i HUCHARD. Zdaniem autora, brak tym poglądom podstawy anatomicznej. Duszniczy bolesnej w swoich 2 przypadkach autor nie uważa za czynnościową, za nerwicę, gdyż u obu chorych stwierdzono zmiany chorobowe w układzie krążenia. Ostrej granicy między czynnościową dusznicą a dusznicą, zależną od zmian anatomicznych, nie można nigdy przeprowadzić, gdyż z pierwszej może się z biegiem czasu rozwinąć druga. Co się tyczy rokowania, to przyjęto, że w tych przypadkach, w których stwierdzone zostały zmiany organiczne, trzeba się liczyć z możliwością nieszczęśliwego zejścia w niedługim czasie. Drugi przypadek autora uczy, że napady duszniczy, nawet najcięższe mogą być znoszone w ciągu wielu lat. Autor spostrzegał dużo podobnych przypadków, z których jeden podaje w skróceniu. W sierpniu 1885 r. zwrócił się do autora pacjent, 43 lat, lekarz. Ojciec chorego, 81 lat, żył jeszcze; brat ojca cierpiał na dnę, matka umarła na galopujące suchoty. Sam chory błydy, nerwowy, napadów dny dotychczas jeszcze nie miał. Badanie chorego wykazało powiększenie komórki lewej serca i głuche, lecz czyste tony. W listopadzie 1884 r. wystąpił pierwszy napad *anginae pectoris*, który następnie kilka razy się powtórzył. W moczu nic nienormalnego. Autor od tego czasu więcej chorego nie widział, lecz wie, że po 10 latach nie tylko żyje, lecz cieszy się nawet względnie dość dobrem zdrowiem. Rokowanie we wszystkich podobnych przypadkach powinno być poważne, nawet tam, gdzie w układzie krążenia nie patologicznego nie znaleziono, tembardziej, jeśli chorzy przekroczyli średnie lata, gdyż

wiemy, że w układzie krwionośnym mogą istnieć zmiany, których nasze środki rozpoznawcze nie są w stanie wykryć.

(*Berlin. klin. Wochenschr.* 1895. N-ra 23, 24, 25).

Stanisław Pechkranc.

67. Palieske. Wyleczenie powstałego wskutek operacji śluzobrzęku przez odżywianie baranin gruczołem tarczowym.

Przypadek dotyczy 16-letniej chorej, u której przed pięcioma przeszło laty autor dokonał operacji wycięcia wola z wynikiem, na razie pomyślnym. Po upływie 3½ lat od czasu wykonania strumektomii operowana zmuszoną znów była zażądać pomocy lekarskiej ze względu na wzmagające się coraz bardziej cierpienie, którego objawy, według słów chorej, występować zaczęły już w dni kilka po opuszczeniu przez nią szpitala. Jakoż przy badaniu stwierdzono przede wszystkim zupełne powstrzymanie wzrostu ciała i nawet pewne zgarbienie przy starczym, schorowanym wyglądzie i brudno-żółtawem zabarwieniu suchej ze śladami przebytych czyraków skóry na kończynach, tułowiu i twarzy. Ta ostatnia z mocnemi na policzkach wypiekami była bardzo obrzękła, większe zaś jeszcze obrzmienie zauważono na sinawych, wywiniętych ku zewnątrz wargach oraz na powiekach, które pozostawiały nieznaczne tylko do patrzenia otwory. W suchej i cuchnącej, z przyczyny małego ślinienia się, jamie ustnej stwierdzono nadto prócz wielu popsutych zębów mocno obrzmiały i leniwie poruszający się język, dzięki czemu wymowa chorej była bardzo niewyraźną. Zamiast dwóch, istniejących przedtem grubych warkoczy na pokrytej brudnym, tłustym nalotem głowie widać było nader liche uwłosienie. Obrzęki istniały i na innych częściach ciała, mianowicie: na tułowiu pod postacią smug, na zimnych, grubych, sinawych, miejscami znieczulonych rękach, i na stopach. Chora narzekała na osłabienie wzroku i pamięci, częste bóle głowy i bicie serca, na skąpe i bolesne oddawanie moczu, zaparcie, niechęć do pracy, ociążałość ruchów, uczucie ustawicznego zmęczenia, wreszcie na zaburzenia w miesiączkowaniu.

Ze względu na istniejący wydatny śluzobrzęk, co do którego na mocy powyższych objawów, nie można było mieć żadnej wątpliwości, chorobę postanowiono leczyć przez odżywianie surowym baranin gruczołem tarczowym z wykluczeniem wszelkich innych środków dla tem dokładniejszego przekonania się o wartości leczniczej omawianego gruczołu. Dawano więc codziennie po jednym gruczole po uprzednim rozkrajaniu i zbadaniu tegoż na znajdujące się w nim często wnętrzaki (*entozoa*). Już dnia następnego chora bez żadnych dolegliwości oddała nadspodziewanie obfitą ilość moczu, po dwudniowem za stosowaniem środka można było już stwierdzić zmniejszenie się obrzęków, które najpierw zniknąć zaczęły na grzbiecie nosa. Trzeciego dnia, prócz zmiany w nastroju ducha z przygnębionego na wesóły i żartobliwy, zauważono tętno pełne, powrót łaknienia, ustąpienie bólu głowy, pocenie się rąk i stóp, a nadewszystko dalsze stopniowe zmniejszanie się obrzęków, które w dniu piątym zmały o tyle, że według słów chorej „wszystkie jej suknie stały się dlań teraz za obszerne“. Zachęcony tak szybkim i pomyślnym wynikiem autor tytułem próby, powiększył dawkę do półtora gruczołu na dzień; niebawem jednak, w obec wyraźnego pogor-

szenia t. j. przede wszystkim szybkiego wzmagania się obrzęków, należało powrócić do dawki poprzedniej, tym razem jednak poprawa występowała wolniej. Przerwano zatem leczenie na dwa dni, po upływie których miało miejsce znowu polepszenie wybitne, gdyż na twarzy obrzmienie ustąpiło prawie zupełnie, wzrok poprawił się, mowa stała się wyraźniejszą. Odtąd stan chorej, nie bez pewnych, wprawdzie, wahań, zależnych głównie od skąpszego dawkowania środka poprawiał się dość prędko przy stale zmniejszającej się wadze ciała i nader obfitem oddawaniu moczu. Już po upływie 23 dni stwierdzono zniknięcie obrzęków z całej powierzchni ciała, obfite łuszczenie się naskórka oraz porost młodych włosów na głowie; w dniu 34-ym nastąpiła miesiączka z przebiegiem prawidłowym, po niej po 30 dniach druga, po upływie zaś $\frac{3}{4}$ roku, przy jednakowym, z małemi przerwami, stosowaniem leczenia, chora wyzdrowiała zupełnie, zyskawszy 5 ctm. na wzroście i odzyskawszy swe gęste włosy na głowie.

Spostrzeżenie autora dowodzi, że należy unikać nadmiernych dawek gruczołu, t. j. większych, niż jeden na dobę, a to z przyczyny powstających wówczas objawów chorobowych, jak bicie serca, nawroty obrzęków, pogńębienie i t. p. Należy wtedy leczenie na dni kilka przerwać. Gruczoł barani działa o wiele silniej, niż np. cielęcy i, stosowany bez przerwy, w umiarkowanych nawet dawkach, wywołuje powyższe niepożądane objawy.

(*Deutsche medicin. Wochenschr. Nr. 7. 1895*).

K. Niedzielski.

68. C. Ritter. Przyczynek do nauki o uchyłkach przelyku. [Z Instytutu patologicznego w Kielu].

Z nauką o uchyłkach przelyku ściśle związane jest nazwisko ZENKER'a, który w 1878 r. wydał dużą statystykę uchyłków. W swej doniosłej pracy ZENKER odróżnia 2 postacie uchyłków przelyku: uchyłki pociągowe (*Tractionsdivertikel*), powstające wskutek pociągania z zewnątrz, i uchyłki uciskowe (*Pulsionsdivertikel*), wytwarzające się w następstwie ucisku, działającego z wewnątrz, t. j. ze strony światła przelyku. Uchyłki nie należą bynajmniej do rzadkich cierpień przelyku.

Najczęściej zdarzają się w przelyku uchyłki pociągowe. Zwykłym siedliskiem ich jest przednia i boczna ściana przelyku w okolicy podziału tchawicy, właściwie poniżej tego miejsca, rzadziej powyżej rozdwojenia, zależne od większego nagromadzenia gruczołów chłonnych. Dość często widzieć można kilka blisko od siebie położonych uchyłków. Kształt uchyłku pociągowego jest lejkaty, głębokość lejka nieznaczna, wierzchołek tegoż może być skierowany w najrozmaitsze strony i spoczywa prawie zawsze na stwardziałym gruczole chłonnym.

Co się tyczy anatomii uchyłków pociągowych, to w utworzeniu ich ścian biorą udział wszystkie warstwy, jak to widać ze statystyk TIEDEMANN'a, ZENKER'a i TETENS'a. Powstawanie swe uchyłki pociągowe zawdzięczają prawie wyłącznie przewlekłemu zapaleniu oskrzelowych i tchawicowych gruczołów chłonnych, do którego przyłącza się zapalenie okologruczołowe (*pariadenitis*), zrost ze ścianą przelyku, z tchawicą lub z oskrzelami i wreszcie zanik

gruczołów. Owo cierpienie gruczołów chłonnych znajduje się najczęściej w zależności od t. zw. pylic (*Staubinhalationskrankheiten*), opisanych przez ZENKER'a. Wprawdzie nie można zaprzeczyć, że i gruźlicze cierpienie gruczołów chłonnych okołotchawicowych [*resp.* okołoskrzelowych] może pierwotnie dać początek uchyłkowi pociągowemu, lecz prawdopodobniejszem wydaje się przypuszczenie, że pylica jest sprawą pierwotną a osiedlenie się i rozwój laseczników gruźliczych w zmienionych poprzednio gruczołach — sprawą wtórną. W wielu przypadkach cierpienie gruczołów wywołują inne przewlekłe choroby płuc, jak rozedma, rozszerzenie oskrzeli, włókniste zapalenie opłucnej, zapalenie osierdzia. Wszystkie te cierpienia mogą następnie rozwinąć się na tle *chalicosis*. Wreszcie spostrzegano wytworzenie się uchyłku pociągowego w następstwie próchnienia kręgów. Uchyłki pociągowe rosną bardzo powoli. Przytrafiać się one mogą w każdym wieku [w Instytucie patologicznym w Kielu niedawno spostrzegano uchyłek pociągowy u dziecka 15-miesięcznego], lecz najczęściej zdarzają się w wieku późnym [pylice zawodowe].

Uchyłki uciskowe (*Pulsionsdivertikel*), w przeciwstawieniu do uchyłków pociągowych, zdarzają się dość rzadko. Według ZENKER'a, uchyłki te mają swe siedlisko prawie wyłącznie w dolnej części gardzieli, na granicy między gardzielią a przelykiem, zwłaszcza na jej ścianie tylnej, co można objaśnić sobie w ten sposób, że nigdzie błona mięśniowa nie jest tak cienką, jak w tem miejscu, i nigdzie niema tak sprzyjających warunków do rozdzielania się włókien błony mięśniowej. Jednakże przypadki OEKONOMIDES'a i HELLER'a wskazują, że uchyłki uciskowe mogą usadowić się i w innych miejscach przelyku. Najczęściej istnieje tylko jeden uchyłek. Wielkość tych uchyłków jest rozmaita. Ściany składają się z bardzo zgrubiałej błony śluzowej, z błony podśluzowej i z zewnętrznej warstwy zbitej tkanki łącznej. W części szyjowej znajdujemy często prócz tego i włókna mięśniowe. Charakterystycznym dla uchyłków uciskowych jest brak całkowitej błony mięśniowej. Co się tyczy etyologii i patogenyzy uchyłków uciskowych, ZENKER objaśnia w sposób następujący: Jeśli wskutek jakiegokolwiek obrażenia [ciała obce, duży twardy kęs] ograniczonego miejsca gardzieli włókna mięśniowe rozchodzą się, natenczas błona śluzowa wypukła się między te włókna i tworzy zagłębienie, które przy powtarzaniu się takich szkodliwych wpływów powiększa się; w tak utworzonym worku zbierają się części pokarmowe, które swoim ciężarem wypychają dno worka ku dołowi i zamykają drogę do żołądka. Również i pierwotne zwężenie przelyku sprzyja powstawaniu uchyłków. Że wreszcie i uraz może wywołać rozdarcie niektórych włókien mięśniowych i przyczynić się w ten sposób do powstawania uchyłku, za tem przemawia przypadek, opisany przez GASSNER-FRIDBERG'a, w którym po spadnięciu z konia rozwinął się w oficera uchyłek przelyku. Uchyłki uciskowe zdarzają się prawie wyłącznie u mężczyzn, co ZENKER tłumaczy wczesniejszem skostnieniem chrząstek męzkiej krtani, przez co zatrzymanie się twardych kęsów łatwiej dochodzi do skutku.

Uchyłki uciskowe rosną nadzwyczaj wolno i należą stanowczo do chorób późniejszego wieku. Często wywołują one dolegliwości dopiero po wielu latach,

lecz dolegliwości te są bardzo ciężkie. Masy pokarmowe pozostają w uchyłku i zagradzają drogę do żołądka nawet zgłębnikowi. Zwykle pokarmy zostają zwimiotowane, tak, że wprowadzenie zgłębnika staje się nagle możliwym. Odżywianie takich chorych możliwym jest tylko przez odbytnicę. Po pewnym czasie następuje śmierć głodowa, jeśli już wcześniej rozkład zawartości uchyłku i przedziurawienie do śródpiersia i t. d. nie wywołały zejścia śmiertelnego.

Prócz wyżej opisanych 2 typów uchyłku przelyku istnieje jeszcze 3-ci rodzaj. Zdarza się, że ze ściany uchyłku pociągowego rozwija się uchyłek uciskowy. Prof. HELLER po raz pierwszy widział podobny uchyłek. OEKONOMIDES opisał preparat, w którym istniały 3 podobne uchyłki: jeden na przedniej ścianie przelyku na 3,5 ctm. powyżej wpustu, dość duży [głęboki na 4 ctm., szeroki na 7 ctm.], o wierzchołku, zrosniętym z prawem płucem i z gruczołem chłonnym, częściowo zwapniałym, częściowo szyfrowo zabarwionym, ściana składała się tylko z błony śluzowej i z okołoprzelykowej tkanki łącznej, włókna mięśniowe znajdowały się tylko w szyjce uchyłku. Nieco wyżej znajdowały się 2 drugie uchyłki, mające taką samą budowę, lecz mniejsze. OEKONOMIDES nazywa takie uchyłki *Pulsionstraktionsdivertikel*, lecz lepiej nazywać je, podług sposobu ich powstawania *Tractionspulsionsdivertikel* [uchyłki pociągowo-uciskowe]. TETENS zebrał w Instytucie patologicznym w Kielu 5 preparatów takich uchyłków i bliżej je opisał. Uchyłki te najczęściej zdarzają się w późniejszym wieku [36—55 lat]. Wszystkie tego rodzaju uchyłki, opisane przez TETENS'a, dosięgają tylko wielkości grochu, tak, że ucisk z wewnątrz działał tylko przez krótki czas. Wogóle przeto znaczenie patologiczne tych uchyłków nie jest wielkie, choć mogą, jak wskazuje przypadek OEKONOMIDES'a [p. wyżej], dosięgnąć większych rozmiarów i sprowadzić wszystkie niebezpieczeństwa, jakie wyżej opisaliśmy przy uchyłkach uciskowych. Nie jest również nieprawdopodobnem, że niektóre przypadki przedziurawienia uchyłków pociągowych i ropnego rozpadu śródpiersia i t. d., zależne są nie od zwykłych uchyłków, choć przy seceji, wskutek ropnego rozpadu, nie można znaleźć śladów uchyłku uciskowego.

Według HELLER'a, uchyłek przelyku przedstawia podatny grunt dla rozwoju raka. Zdanie to stanowi przeciwstawienie do teorii COHNHEIM'a który, powołując się właśnie na raka przelyku, wygłosił hipotezę o powstawaniu raka z pozostałych w ustroju wysepek tkanki zarodkowej. Przeciw teorii COHNHEIM'a przemawiają oddawna już znane spostrzeżenia, w których rak rozwijał się w tych miejscach, w których istniało ciągłe drażnienie, jak np. na mosznie u kominiarzy, na wardze palących, na piersi, jakoteż przypadki, ogłoszone przez HAUSER'a w których nastąpił rozwój raka z wrzodów lub po wrzodach peptycznych żołądka. Bardzo ciekawy przypadek spostrzegał przed kilku laty HELLER [ROEPKE. Dysertacya, 1889]: rak rozwinął się tuż nad lewym oskrzelem w miejscu, zranionem przez połkniętą kosteczkę i następnie zabliźnionem. Na poparcie przypuszczenia HELLER'a o powstawaniu raka na miejscu uchyłku w następstwie długotrwałego drażnienia, autor opisuje 5 spostrzeganych przez HELLER'a przypadków. W jednym z nich obok kilku

uchyłków pociągowych istniało owrządzenie rakowe z wyraźnie lejkowatym zagłębieniem pośrodku, co prawdopodobnie zależało od tego, że owrządzenie rakowe przyłączyło się tu do już istniejącego. Przypuszczenie to staje się tembardziej prawdopodobnem, o ile, że nabłonek w blizkiem sąsiedztwie innych uchyłków okazywał wyraźne zgrubienie. W 2-im przypadku naokoło ujścia lejkowatego uchyłku pociągowego znajdował się rozpadający się rak; nastąpiło przedziurawienie do oskrzeli; 3-ci przypadek jest mniej przekonywający. Że i w tym przypadku wrzód rakowy rozwinął się z uchyłku, na to wskazuje zarówno obecność obrzmiałych, zwapniałych gruczołów limfatycznych, jak i kierunek lejkowatego wrzodu ku górze, który to kierunek można objaśnić tylko pociąganiem, warunkującym powstawanie uchyłku. W 4-ym przypadku znajdujemy w miejscu rozdwojenia tchawicy duży wrzodziejący guz rakowy, zwięzający światło przelyku i przechodzący na prawe płuco; w środku wrzodu widzimy wciągnięcie. Powyżej wrzodu, z obu stron fałdy błony śluzowej, znajdują się 2 wciągnięte blizny, które mogą być uważane za uchylki pociągowe. W 5-ym przypadku wrzód rakowy przelyku siedzi w środkowej $\frac{1}{2}$ części przelyku i komunikuje z lewym płucem. Nieco na prawo od niego znajduje się mały uchylek pociągowy. Powyżej raka nabłonek w różnych miejscach jest zgrubiały. Gruczoły oskrzelowe o silnem szyfrowem zabarwieniu; w niektórych—wtórny rak. Tak więc prawie we wszystkich przypadkach autora siedlisko raka, odpowiadając siedlisku uchyłku pociągowego, znajduje się w okolicy *bifurcationis tracheae*. Wiek chorych we wszystkich przypadkach jest bardzo podeszły [67—87 lat]. W pracy tej autor dochodzi do wniosków następujących:

1. Z uchyłku pociągowego, może się rozwinąć następczo uchylek uciskowy.

2. Przy istnieniu uchyłku pociągowego najbliższą prawdopodobnie przyczyną rozwijającego się posokowato-ropnego zapalenia gruczołów chłonnych i śródpiersia prawdopodobnie jest wtórny uchylek uciskowy (*Tractionspulsionsdivertikel*).

3. Uchylek pociągowy stanowi dość często punkt wyjścia dla rozwoju raka przelyku.

(*Deut. Arch. f. klin. Medic. B. 55. Festschrift H. Prof. Zenker*).

Stanisław Pechkranc.

69. Reinhard. Przyczynę do operacyjnego zakrzepu zatok i ropnicy, powstałej wskutek zapalenia ucha.

Do niedawna jeszcze lekceważono sobie nawet wśród lekarzy t. zw. „wyciek z ucha” i dopiero postępy nauki w latach ostatnich przyczyniły się do stopniowego utrwalenia słusznego poglądu, że każdy przypadek wypływu ropnego z ucha (*otorrhoea*) powinien być leczony z uwagi na możliwe ciężkie powikłania, jakimi są: rozszerzenie się sprawy chorobowej na zatokę poprzeczną, t. j. zakrzep i zapalenie żył (*sinusphlebitis*), ropnica, ropnie zrazu skroniowego lub zapalenie opon mózgowia. W przypadkach takich przedostająca się do ja-

my czaszki lub istoty mózgu ropa wybiera sobie ku temu drogi rozmaite, prze-
dziera się więc:

a) Przez strop jamy bębenkowej (*tegmen tympani*) lub sutkowej (*tegmen
antri mastoidei*),

b) Przez tylną część kości skalistej, dalej

c) Przez przewód słuchowy wewnętrzny, na skutek bowiem nadzarć ka-
nału półkolistego, przedsionka, ślimaka, lub jednego z okienek błędnika (*laby-
rinthus*) blaszka kostna, dzieląca ten ostatni od przewodu, ulega pęknięciu, to-
rując w ten sposób ropie drogę do czaszki; przeżarcie kanału FALLOPIUSZA po-
ciąga tu za sobą następstwa jednakie;

d) Wreszcie w bardzo rzadkich przypadkach, kończących się zwykle przez
zapalenie opon mózgu ropa przedostaje się z błędnika przez wodociąg przed-
sionka.

Dodać należy, że komórki ropne roznoszone być mogą przez naczynia
krwionośne lub chłonne, dając w ten sposób początek ogniskom wtórnym
czyli przerzutowym.

Udział w cierpieniu przyjmuje najczęściej zatoka poprzeczna, rzadziej ja-
mista lub opuszka żyły szyjowej (*bulbus ven. jugularis*). Bezpośrednie stykanie
się ściany żyły z próchniejącą lub zgorzelinową częścią kości skroniowej, lub
też długotrwałe drażnienie opony twardej przez tę kość, stwardniałą zapalnie,
kończy się zwykle nagromadzeniem na błonie wewnętrznej (*intima*) skrzepów
krwi, wytwarzających początkowo zakrzep przyścienny, który, zamieniając się
z czasem w zakrzep zasłonowy, wywołuje miejscowo całkowite zatkanie świa-
tła zatoki (*sinusthrombosis*) o różnym wyniku. Tam, gdzie cierpienie pierwotne
ucha zostało wyleczone szybko, zakrzep zazwyczaj ulega wessaniu lub też wy-
tworzyć się zdoła krążenie uboczne; w tych zaś przypadkach, gdzie do zak-
rzepu przenikają drobnoustroje z sąsiedniego ogniska ropnego w kości skali-
stej, otrzymujemy zakażenie zapalne zakrzepu z ropnym tegoż rozpadem i wła-
ściwymi objawami jak: dreszcze wstrząsające, wysoka gorączka i t. p. przy za-
chowanej prawie zawsze świadomości. Niełatwe rozpoznanie przypadku jest
utrudnionem bardziej jeszcze nader nieprawidłowym przebiegiem cierpienia,
sprawa bowiem chorobowa zabija chorego bądź po upływie dni kilku, to znów
przeciąga się na wiele tygodni, a nawet miesięcy, prowadząc ostatecznie do
zejścia niepomyślnego, a to przez długotrwałe ropienie. Mimo to, stosowa-
ne ostatnimi czasy leczenie operacyjne, a więc — wydłutowanie wyrostka
sutkowego i otwarcie zatoki poprzecznej, ułatwiające odpływ ropy, zmniej-
szyło znacznie odsetkę śmiertelności. Z 24 zebranych przez SCHUBERT'a spo-
strzeżeń, w 8 tylko otrzymano wyniki złe; sam autor operował szczęśliwie
w następujących 3 przypadkach zatkania zatoki poprzecznej wraz z ropnym
w niej rozpadem zakrzepu:

Przypadek pierwszy dotyczy 24-letniego, mężczyzny, z dawna głuchego
na prawe ucho, który od lat 10 cierpiał na wypływ ropny (*otorrhoea dex.*), a na
początku r. z zaczął narzekać na świdrujące bóle w temże uchu, na sztywność
oraz bolesność karku i głowy; przy badaniu, prócz wysokiej gorączki, stwier-

dzono rozlane wydadne nacieczenie części miękkich na prawej stronie szyi. Ponieważ podczas operacji nie znaleziono nigdzie łączności z wnętrzem czaszki, poprzestano zatem tylko na otwarciu wyrostka sutkowego i jamy ucha środkowego oraz usunięciu ztąd ropy i złogów cholesteatomowych. Po dniach kilku wystąpiły znów dreszcze i objawy poprzednie, wobec czego dokonano drugiej operacji, tym razem już z obnażeniem na długość 6 ctm. zatoki poprzecznej, której opona twarda o barwie czerwonej nie tętniała wcale, oraz z otwarciem owej zatoki, poczem wylała się stamtąd znaczna ilość ropy; na obu końcach ropnia zatoki, której kawałek ściany bocznej, dotkniętej zgorzelą, wycięto, stwierdzono obecność gęstych, ropieniu uległych zakrzepów, dokoła zaś — zniszczenie kości. We dwa tygodnie po tym zabiegu chory mógł już chodzić, niebawem zaś wyzdrowiał zupełnie.

W przypadku drugim, w którym miano do czynienia z 16-letnim, o gruźlicę podejrzanym chorym, głuchym na ucho lewe i cierpiącym od dzieciństwa na wypływ zeń ropny, musiano wykonać rękoczyn chirurgiczny trzykrotnie. Przy pierwszej operacji po wydłutowaniu i otwarciu ucha średniego stwierdzono w komórkach wyrostka oraz w jamie (*antrum*) ropę, a nadto — zniszczenie młoteczka i kowadełka, zakrzepy i liczne ogniska ropne w samej zatoce, której opona twarda była nacieczoną, zgrubiałą i w jednym miejscu przeżartą; po dwóch tygodniach obnażono zatokę poprzeczną dalej jeszcze i znaleziono w niej ropiejące zakrzepy, przyczem podczas operacji trzeba było podwiązać żyłę szyjową. Ponieważ po upływie dni kilku wystąpiły znów dreszcze, a chory narzekał na bóle, tym razem po za uchem prawem, po stwierdzeniu przeto na błonie bębenkowej tego ucha pozostałości przebytego ropienia, wydłutowano prawy wyrostek sutkowy, a nadto obnażono i przekłuto zatokę, nie stwierdziwszy jednak nigdzie zmian chorobowych. Po tym zabiegu chory dopiero uczuł rzeczywistą ulgę, a dalszy przebieg, jakkolwiek zakłócony wybuchem zapalenia płuc, skończył się ostatecznie wyzdrowieniem chorego.

Trzeci wreszcie jednobrzmiący przypadek miał także wynik pomyślny.

Ropnica w trzech tych przypadkach była następstwem przewlekłego cierpienia ucha średniego, na które w okresie ostrym nie zwracano wcale uwagi. Gdyby odpowiednie, tak zresztą proste i łatwe leczenie stosowane było przy pierwszych objawach ze strony uszu, chorzy, prócz utraty słuchu, nie byłiby narażeni w przyszłości na tak groźne niebezpieczeństwa, dla odwrócenia których uciec się musiano do rękoczynów, bardzo mozołnych, które również nie zawsze prowadzą do wyzdrowienia; za dowód tego służyć może 11 [z lat dawniejszych wprawdzie] niepomyślnych własnych spostrzeżeń tegoż autora. Ze względów powyższych nie należy tedy nigdy lekceważyć wypływu ropnego z ucha i zwłaszcza w okresie ostrym leczyć go szybko i starannie.

(*Deutsche medicin. Wochenschr. Nr. 13. 1895*).

K. Niedzielski.

E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska № 27 róg Kruczej

W WARSZAWIE,

ma honor podać do wiadomości, iż stosując się do przyjętej nader dogodnej formy podawania leków pod postacią win, przygotowała cały szereg tego rodzaju preparatów i listę takowych poniżej zamieszcza:

Wino Kakaowo-chinowe (*Vin de Bugeaud*) przyrządzone na Maladze, flaszka 1.10 kop.

Wino chinowe czyste na Maladze, flaszka 1.50 kop.

„ „ z żelazem zawiera 1% żelaza, flaszka 1,75 kop.

Wino Condurango czyste na Xeresie, flaszka 1.75 kop.

„ „ z żelazem zawiera 2% żelaza, flaszka 2 ruble.

Wino Coca (*Vin de Coca*) na liściach Krasnodrzewu (*Erythroxylon coca*) na Maladze, w stosunku 1 : 20, flaszka 1.50 kop.

Wino goryczkowe (*e rad. Gentianae*) na Xeresie, flaszka 1.50 kop.

Wino Kola (*Vin de Cola*) na nasionach Kola, przedtem odpowiednio upalonych, na Maladze. Nasiona Kola zawierają 2,34% Cofeiny, flaszka 2.25 kop.

Wino Kwassyjowe na winie węgierskiem wytrawnem, flaszka 1.50 kop.

Wino Kwassyjowe na Xeresie, flaszka 1.50 kop.

Wino pepsynowe słodkie na francuzkiem desserowem, zawiera 2% pepsyny flaszka rs. 2.

Wino pepsynowe wytrawne na Xeresie zawiera 2% pepsyny, flaszka rs. 2.

Wino przeczyszczające z korą Cascarae Sagrae na Maladze, flaszka rs. 2.

Wino rabarbarowe czyste na Maladze, flaszka 1.75 kop.

Wino rabarbarowe z korą chinu królewskiej na Maladze, flaszka 1.75 kop.

Wino senesowe (*fol. Sen. alex. sine resina*) na Xeresie, flaszka 1.75 kop.

Wino manganowo-żelazne z peptonem (*Vinum ferro-mangani peptonati*) w Xeresie, zawiera 1% *ferro-mangani peptonati*, flaszka rs. 2.

Wino peptonowe na Maladze, zawiera 5% peptonu, flaszka rs. 2.

Wino piołunowe (*Vin de Vermuth*) na białem francuzkiem winie, flaszka 1.50 kop.

Butelka zawiera 420,0 do 450,0.

J. RUTKOWSKI

Apteka i Pracownia Chemiczno-farmaceutyczna

w Warszawie, ulica Długa Nr. 16. Telefonu Nr. 155,

poleca:

Przetwory chemiczno-farmaceutyczne specjalnie Ekstrakty lecznicze (*Extracta fluida, spissa et sicca in vacuo paratae*), wyrabiane przez perkolację i wyparowanie w próżni.

Nowe środki lekarskie sprowadzane z pierwszych źródeł z chwilą pojawienia się w handlu.

Czyste przetwory chemiczne do celów analitycznych.

Barwniki Dra G. Grüblera w Lipsku do badań mikroskopowych.

Różne przyrządy pomocnicze do robót mikroskopowych, jako to: szkiełka przedmiotowe i pokrywkowe, miseczki, flaszki, igły, szpadle, pincety i t. p.
(dla aptek i szpitali ceny hurtowe).

26—13

Jedyna alkaliczna terma

w Niemczech 40° C.

Pierwiastki arszeniku

i Litium.

NEUENAH R.

Lekko przeczyszczające, wzmacniające organizm.

Kąpiele
i wody mineralne,
Inhalacje, masaże,
Wysyła wód termalnych.

Znakomita skuteczność przy katarach
krtani, Influenzy i skutkach chorób żołądka:
kiszek, pęcherza, kamieniach żółciowych, choro-
bach nerek i wątroby, cukrowej, pedagrze i chorobach

Broszury wysyłane gratis przez Dyrekcyę. Droga prowadzi przez
Bonn-Kolonję-Remagen albo Koblenecę-Remagen-Neuenahr.

5—5

Schlesischer Obersalzbrunnen



Oberbrunnen



Pierwszorządne alkaliczne źródło, stosowane z powodzeniem od r. 1604.

Analizy i szczegółowe wiadomości o źródle wysyła bezpłatnie pocztą:

Kantor transportowy książących mineralnych wód w Obersalzbrunnen.

Furbach i Striboll, Salzbrunn na Szląsku. Składy we wszystkich aptekach i magazynach aptekarskich.

10—5

Prywatny zakład leczniczy dla chorych chirurgicznych i wewnętrznych
urządzony według wszelkich wymagań nowoczesnych i zaopatrzony we wszelkie środki pomocnicze.

Wiedeń, Schmidgasse 14 (dawniej D-r Eder).

Staranna opieka.

Ceny umiarkowane.

Wszelkich wiadomości udziela Właściciel i Dyrektor Zakładu

D-r Julius Fürth.

26—5