

GAZETA LEKARSKA.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO D-RA MED. ALFREDA KRUSCHEGO W SZPITALU POWIATOWYM
ŁÓDZKIM Ś-GO ALEKSANDRA.

I. O LECZENIU PRZETOK PĘCHERZOWYCH ZA POMOCĄ BEZPOŚREDNIEGO ZESZYCIA PĘCHERZA.

Podał

C. Stankiewicz [Łódź].

W N-rze 17 „Gazety Lekarskiej“ z r. z. ¹⁾ starałem się wykazać pewne korzyści, jakie przy operacji niektórych przetok moczowych przedstawia oddzielenie pęcherza od pochwy względnie macicy, i następcze zeszycie każdej warstwy z osobna. Wywody swoje oparłem na 4 przypadkach przetok pęcherza moczowego, w ten sposób uleczonych doszczętnie.

W wykazie odnośnej literatury przez niewiadomość pominąłem pracę kol. ZIEMACKIEGO ²⁾, zawartą w t. III Przeglądu Chirurgicznego. W pracy swej kol. ZIEMACKI opisuje trzy przypadki przetok pęcherzowo-pochwowych, z których dwa zostały uleczone przez rozszczepienie brzegów przetoki na dwa płaty i następcze zeszycie pęcherza i pochwy oddzielnie. Tę samą metodę stosował kol. ZIEMACKI czterokrotnie w trzecim przypadku, tym razem z ujemnym wynikiem z powodu zbliźnowacenia tkanek, otaczających przetokę. Po tylu niepowodzeniach nie pozostawało nic innego nad próbę plastycznego zamknięcia przetoki. Wyciąwszy płat z wargi mniejszej i bocznej ściany pochwy, po uprzednim wykonaniu cięcia wysokiego pęcherza dla ułatwienia odpływu moczu, kol. ZIEMACKI przykrył tym płatem światło przetoki, wszywając go pod inny, wykrojony z pochwy po drugiej stronie przetoki.

Okres pooperacyjny [położenie na brzuchu] zakończony zupełnym wyzdrowieniem.

Trzeba przyznać, iż ten przypadek kol. ZIEMACKIEGO ze względu na trudności techniczne, jakie następczą, i nader oryginalnie pomyslaną operację, należy niewątpliwie do bardzo ciekawych.

¹⁾ Przyczynek do leczenia przetok moczowych metodą płatową. Gaz. Lek. z d. 24. IV. 1897.

²⁾ W sprawie operowania przetok pęcherzowo-pochwowych. Przegl. Chir. T. III. Z. 1.

Wracam do właściwego tematu.

Szyjąc przy operacyi przetok moczowych pęcherz i pochwę oddzielnie, wielokrotnie zadawałem sobie pytanie, który z tych dwóch aktów przedstawia większą wagę w sprawie doszczętnego uleczenia. Znałem z przypadków *colporrhaphiae* łatwość, z jaką zrasta się pochwa; kładłem więc początkowo nacisk na tę stronę operacyi, starając się o możliwie dokładne dopasowanie i zeszytanie brzegów rany pochwowej. Z czasem, przy większej liczbie spostrzeżeń, zauważyłem, że oddzielona od pochwy ściana pęcherza posiada również tę właściwość, jeżeli nie w większym stopniu, niż pochwa, to w każdym razie nie w mniejszym. Odtąd zwracałem na szycie pęcherza więcej uwagi i mogę twierdzić stanowczo, iż tym sposobem osiągałem lepsze, niż przedtem, wyniki. W końcu doszedłem do wniosku, że dla uleczenia przetoki pęcherzowej najzupełniej wystarcza samo zeszytanie pęcherza i że zeszytanie rany pochwowej jest w tym razie rzeczą drugorzędną. Założenie to, któremu z punktu anatomicznego nic zarzucić nie można, potwierdzają następujące przypadki, spostrzegane przezemnie w ciągu ostatnich miesięcy.

Przypadek I. *Fistula vesico-cervico-vaginalis.*

Maryanna G., lat 44, służąca. Przed 12 laty wydała na świat nieżywe dziecko po 3-dniowym trwaniu porodu. Od tego czasu oddaje mocz bezwiednie. Przed ośmiu laty była z tego powodu operowana, jednak bez pomyślnego wyniku. Miesiączkuje $\frac{3-4}{4}$ bez bólów.

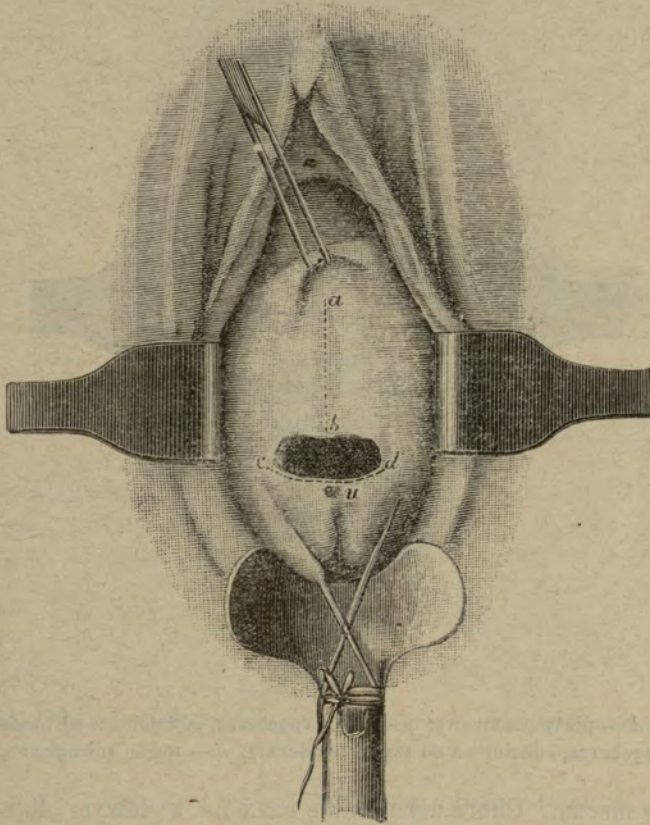
St. praes. 10. VIII. 1897. Brunetka, średniego wzrostu, miernie odżywiana. Narządy wewnętrzne prawidłowe. Na lewej nodze wrzody w okresie zabliznienia się. Miednica ogólnie zwężona o wymiarach 24, 26½, 31 18. Nieznaczne opadnięcie przedniej i tylnej ściany pochwy. Z wejścia wypływa mocz. Pochwa wogóle dość wązka, skrócona, w górnej części przedniej ściany pojedyncze blizny. Na miejscu przedniej wargi macicznej znajdujemy okrągławy otwór, zajmujący również przylegającą część przedniego sklepienia. Otwór ten prowadzi do pęcherza moczowego, przepuszczając przy badaniu swobodnie dwa palce. Tylna warga maciczna, rozdarta pośrodku aż do podstawy części pochwowej, przedstawia się w postaci dwóch wyrostków, długich prawie na 2 ctm.. Pomiędzy nimi tuż po za tylnym brzegiem przetoki znajduje się ujście zewnętrzne. Macica w tyłozgięciu i prawopochyleniu (*dextroretroflexio*), mała, o ruchomości znacznie ograniczonej. Prawy moczowód, wogóle prawidłowy, wpada do pęcherza cokolwiek wyżej od prawego bocznego kąta przetoki. Moczowód lewy, również prawidłowy, znajduje ujście tuż przy samym brzegu przetoki. [Rys. 1].

Operacya ¹⁾ 13. VIII. 1897. Odurzenie chloroformowe. Cięcie pionowe przez przednią ścianę pochwy na całej przestrzeni trójkąta zewnątrz-pęcherzowego PAWLIKA aż do brzegu przetoki [Rys. 1 a b]. Oddzielenie pochwy od pęcherza na całej tej przestrzeni do bocznych kątów przetoki [Rys. 2 płyty

¹⁾ Szczegóły techniki operacyjnej zamieściłem w cytowanej wyżej pracy. *Gaz. Lek.* 1897. Nr. 17. Tu dodam tylko, iż operuję zwykłym nożem chirurgicznym, nie używając wogóle przy operacyach przetok żadnych specjalnych narzędzi.

a b c i *a b d*]. Po dokonaniu tego, cięcie poprzeczne [rys. 1 *c d*], równoległe do tylnego brzegu przetoki i oddzielenie pęcherza od szyi macicznej na przestrzeni 2—2½ ctm. [rys. 2 *p*,]. Wreszcie oddzielenie pęcherza od pochwy u bocznych kątów przetoki. Na lewej stronie widać przytem grę moczowodu,

Rys. 1.



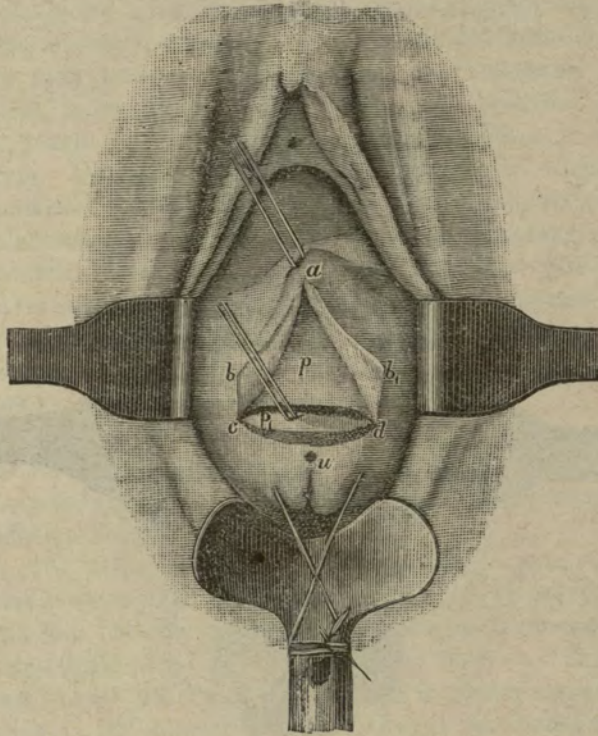
52

Rys. 1. *a b*—cięcie przez przednią ścianę pochwy; *c d*—cięcie w miejscu przyrośnięcia pęcherza do szyjki macicznej; *u*—ujście zewnętrzne.

wyrzucającego od czasu do czasu cienki strumień przezroczystego moczu. Wygładzenie brzegów rany pęcherzowej za pomocą nożyczek. Zeszycie pęcherza szwem krzyżowym, katgutowym. Tym razem katgut, [przygotowany zbyt pośpiesznie [w ciągu 10 godzin] sposobem HŁAWAČKA i HALBANA, przedstawia przy szyciu poważne niedogodności, gdyż rwie się przy zawiązywaniu nadzwyczaj łatwo. Pomimo to udaje się zaszyć katgutem całą przetokę pęcherzową [rys. 3 *c d*]. Próba mlekiem wyjałowionem wykazuje dokładność zaszycia pęcherza: ani jedna kropla mleka nie przesącza się do pochwy. Zeszycie płatów pochwowych szwem węzłkowym, jedwabnym [rys. 3 *a b*]. Po zaszyciu pochwy, część ściany pęcherza moczowego z miejscem zszycia prze

toki pozostaje obnażoną. Pasek gazy jodoformowej. Cewnik stały. Trwanie operacji 80 minut. Ciężota wieczorem 36,7. Tętno 67. Przez cewnik

Rys. 2.



Rys. 2. *a b c i a b d* — płyty pochwowe; *p* — ściana pęcherza, oddzielona od pochwy, *p₁* — ściana pęcherza, oddzielona od szyjki macicznej; *u* — ujście zewnętrzne.

odchodzi mało moczu. Chora uskarża się na bóle w lewym dole biodrowym. Okolice lewej nerki niebolesna na ucisk.

Dnia 14. VIII. Stan bezgorączkowy. Cewnik w nocy przestał działać. Nad ranem felczer szpitalny poprawił cewnik i wypuścił znaczną ilość moczu. O godz. 11-ej przed południem zmieniono cewnik na grubszy, przy czem wypuszczono około 250 ctm. przezroczystego moczu. Bóle ustały w zupełności.

Dnia 15. VIII. i następných dni cewnik działał dobrze, chora leżała sucho, stan był zawsze bezgorączkowy.

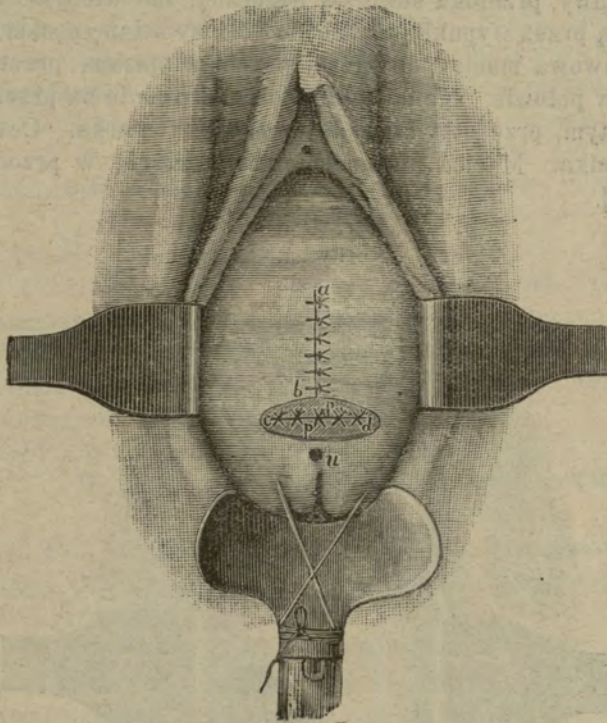
Dnia 20. VIII. Usunięto cewnik. Chora leży sucho, przy wstawianiu części moczu odchodzi przez pochwę.

Dnia 21. VIII. Wyjęcie szwów z pochwy. Na miejscu zaszytej przetoki widać zdrową ziarninę. Część moczu wypływa do pochwy.

Dnia 4. IX. Zupelne wygojenie się ran pochwy i pęcherza. Na miejscu przetoki poprzeczna blizna, za wyjątkiem środkowej części, w której pozostał otworek o średnicy $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ ctm., prowadzący do pęcherza moczowego. Obe-

ność tej małej przetoki kładę na karb niedostatecznej mocy materiału, użytego do szycia pęcherza.

Rys 3.



Rys. 3. *c d* — linia zaszycia pęcherza; *a b* — linia zaszycia pochwy; *p* — obnażona ściana pęcherza, nie pokryta pochwą.

Dnia 12. IX. Zaszycie tej przetoki jedwabiem, po uprzednim okrwawieniu brzegów. Przebieg bezgorączkowy. Od 5 dnia chora oddaje mocz sama, mniej więcej co 2 godziny.

Dnia 20. IX. Wyjęcie nici. Rychłozrost.

Dnia 24. IX. Wypisana ze szpitala, jako uleczona.

Przypadek II. *Fistula vesico-cervico-vaginalis.*

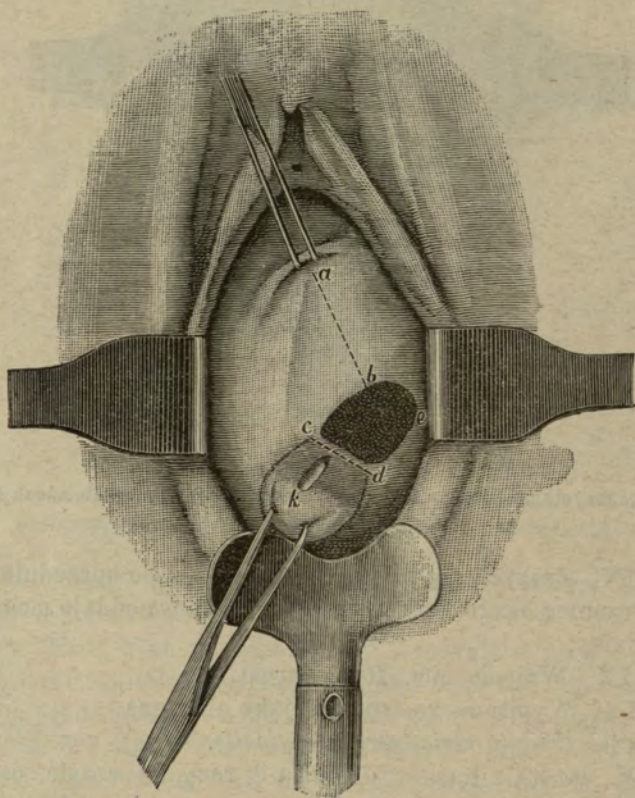
Rozalia W., lat 30, z Łaska. Rodziła 9 razy na czasie, ostatnio przed 8 tygodniami. Poród, ukończony siłami natury, trwał dwie doby. Płód nieżywy. W kilka dni potem zauważyła bezwiedne odpływanie moczu. Przysłana do operacji przez kol. SZALEWSKIEGO.

Status praesens. Dnia 4. III. 1847 r. Blondynka niskiego wzrostu, prawidłowej budowy, odżywiana dobrze. Narządy wewnętrzne nie przedstawiają nic nieprawidłowego. Wymiary miednicy: 25,28, 32,19. Wargi większe i skóra wewnętrznej powierzchni uda zaczerwienione, miejscami pozbawione naskórka. Z wejścia do pochwy sączy się mocz. Pochwa dość szeroka, nie bli-

znowata. Na miejscu przedniej wargi macicznej wyczuwa się dość duży otwór owalny, prowadzący do pęcherza moczowego. Otwór ten zajmuje część przylegającego przedniego i bocznego, lewego sklepienia. Po wprowadzeniu łyżki ginekologicznej MARTIN'a, uchwyceniu kulociągami części pochwowej i przedniej ściany pochwy, przetoka staje się widoczną, ma wielkość 3×2 ctm., jest w części zakrytą przez wypuklającą się do pochwy ścianę pęcherza.

Część pochwowa macicy, do której przylega opisana przetoka, jest zachowana tylko w połowie. Kanał szyi macicznej prawie na przestrzeni $2\frac{1}{2}$ ctm pozostaje otwartym, przedstawiając się w postaci worka. Cewka moczowa drożna dla cewnika. Macica niezmiernie powiększona, w przodozgięciu mało ruchoma [rys. 4].

Rys. 4.



Rys. 4. *a b* — cięcie przez przednią ścianę pochwy; *c d* — cięcie w miejscu przyrośnięcia pęcherza do szyjki macicznej; *k* — kanał szyjki macicznej.

Operacja dnia 14. III. 1897. Odurzenie chloroformowe. Mała ruchomość macicy i, co zatem idzie, niemożność dostatecznego ściągnięcia jej ku dołowi znacznie utrudniają dostęp do przetoki. Cięcie przez przednią ścianę pochwy, począwszy od wżgórka cewki moczowej do środka przedniego brzegu przetoki

ki (a b). Oddzielenie pochwy od pęcherza na przestrzeni a b o i a b e. Cięcie c d w miejscu przyrośnięcia pęcherza do szyjki macicznej. Oddzielenie pęcherza od szyjki na przestrzeni 2—2½ ctm.. Dalsze oddzielenie na przestrzeni d e, na dnie sklepienia nastęrcza znaczne trudności. Po dokonaniu tego brzegi przetoki pęcherzowej dają się łatwo zbliżyć do siebie. Zeszycie pęcherza szwem krzyżowym, katgutowym. Próba mlekiem przegotowanym stwierdza dokładność zeszywania. Zeszycie płatów pochwowych szwem jedwabnym, węzełkowym. Rana pęcherza tylko u wewnętrznego końca cokolwiek przykryta pochwą. Pasek gazy jodoformowej. Cewnik stały.

Dnia 15. IV. Stan bezgorączkowy. Na bóle się nie uskarża. Miała stolec, przyczem część moczu miała odejść przez pochwę. Cewnik działa prawidłowo.

Dnia 16. IV. *St. idem.* Leży sucho.

Dnia 17. IV. Cewnik zatkany przez złoże moczowe. Oczyszczenie cewnika i wypuszczenie około 250 ctm. przezroczystego moczu.

Dnia 18. IV. *St. idem.* Mocz odchodzi przez cewnik.

Dnia 19. IV. Cewnik zatkał się znowu, wypuszczono około 300 ctm. moczu. Stolec po zażyciu oleju rącznikowego.

Dnia 20. IV. Wyjęcie gazy z pochwy.

Dnia 21. IV. Wyjęto cewnik ostatecznie. Część moczu odchodzi przez pochwę.

Dnia 23. IV. Wyjęcie nici. Miejsce przetoki pęcherzowej pokryte zdrową ziarniną. Oddaje mocz co 2 godziny, jednakowoż część przy chodzeniu wydziela się przez pochwę.

Dnia 12. V. Na miejscu przetoki poprzeczna blizna długości 3 ctm.. U wewnętrznego końca tej blizny pozostała malutka przetoka, przepuszczająca koniec cienkiego zgłębnika.

Dnia 15. V. Zaszycie tej przetoki jedwabiem, po uprzednim okrwawieniu brzegów.

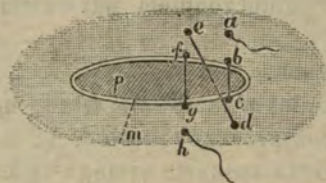
Dnia 26. V. Wypisana ze szpitala, jako uleczona.

Pominąwszy nieznaczne poprawki, których w żadnym razie nie kładę na karb metody, mamy w przytoczonych przypadkach bezsprzeczny dowód, iż do doszczętnego uleczenia przetoki pęcherzowej wystarcza zeszywanie samego tylko pęcherza. Zachodzi pytanie, ażali wyniki, tą drogą otrzymane, nie byłyby lepsze od tych, które daje metoda t. zw. amerykańska, innymi słowy, czy sprawa leczenia przetok nie dojrzała do tego stopnia, że można wygłosić zasadę: przy leczeniu każdej przetoki pęcherzowej przedewszystkiem należy starać się o zaszycie samego pęcherza. Zasada ta bowiem ściśle anatomiczna: postępując w ten sposób, operujemy bezpośrednio na narządzie, którego czynność podległa zaburzeniu, nie wciągając do gry pochwy, która na ową czynność żadnego wpływu nie wywiera. Otrzymane wyniki zdają się przemawiać za skutecznością metody. Zdolność zrastania się ścian pęcherza jest tak wielką, że nawet, jak w pierwszym przypadku, zbliżenie za pomocą słabego, łatwo rwącego się katgutu wystarczyło do zagojenia się przetoki prawie na całej przestrzeni.

Zresztą wątpię bardzo, czy można opisane przypadki uleczyć za pomocą zwykłego okrwawienia i zeszyca okrwawionych przestrzeni. Szanowni czytelnicy zechcą to sami, na podstawie załączonych rycin, łaskawie osądzić.

Oddzielenie pęcherza od pochwy rzadko natarafia na poważniejsze trudności. Nawet przy zbliżowaceni ściany pochwowej daje się ono wykonać, a bezpośrednio zeszyca pęcherza daje w tym razie w porównaniu z metodą amerykańską o tyle większe prawdopodobieństwo powodzenia, iż sprawa przemiany bliznowatej w pochwie pozostawia ścianę pęcherza zazwyczaj nietkniętą. Oddzielenie pęcherza daje się najłatwiej skutecznie, jeżeli za punkt wyjścia weźmiemy cięcie podłużne przez przednią ścianę pochwy, poczynając od wierzchołka trójkąta zewnątrz pęcherzowego do przedniego brzegu przetoki. Natomiast cięcie poprzeczne, równoległe do tylnego brzegu przetoki, znajduje zastosowanie przy oddzieleniu części pęcherza, przylegającej do tego brzegu. Uchwyciwszy brzeg pęcherza w pincetkę haczykową, pogłębiamy stopniowo cięcie, oddzielając w ten sposób ścianę pęcherza od pochwy, względnie macicy. Zdarzyć się przytem może, mianowicie przy przetokach, zajmujących część szyi macicznej, że mimowoli otworzymy jamę otrzewnej. Jak wiadomo, nie prowadzi to za sobą żadnych złych następstw i wymaga tylko dokładnego zeszyca fałdy otrzewnej. Obnażywszy ścianę pęcherza wokoło przetoki przynajmniej na 1½—2 ctm., gdy widzimy, że brzegi przetoki dają się ku sobie zbliżyć z łatwością, możemy przystąpić do szycia. Powodzenie operacji nie zależy bynajmniej od materiału, którego użyjemy w tym celu. Jednakowoż katgut, dzięki swej zdolności wchłaniania się, nadaje się w tym razie najbardziej, osobiwie do szwów głębokich. Najlepsze wyniki dawał mi szew t. zw. krzyżowy [rys. 5].

Rys. 5.



Szemat szycia pęcherza.

Rys. 5. *p*—przetoka; *m*—błona śluzowa pęcherza; *a c e g*—miejsca wkłucia igły; *b d f h*—miejsca wyklucia.

Przy szyciu staramy się ująć w nić z każdej strony przetoki, co najmniej, 1—1½ ctm. ściany pęcherza, w przeciwnym razie powodzenie operacji jest bardzo problematycznym. Oczywiście rzecz, iż wkłuwamy i wykluwamy igłę, nie raniąc błony śluzowej pęcherza, co by mogło spowodować następstwo krwotok. Szwy katgutowe należy zawiązywać dla pewności na 3 węzłki.

Po dokładnem zaszyciu pęcherza, sprawdzonym za pomocą odpowiedniej próby, pozostaje do pewnego stopnia rzeczą obojętną, jak postąpimy z raną pochwową. Nie chcę bynajmniej przez to powiedzieć, że szycie tej rany jest zgoła niepotrzebnem; zaznaczam tylko, iż jest to akt wagi drugorzędnej, nie mający po zeszyciu pęcherza bezpośredniego wpływu na wynik operacji. Za potrzebą zeszyca rany pochwowej przemawia w pierwszym rzędzie względna łatwość otrzymania rychłozrostu, przez co okres zdrowienia znacznie może być skróconym. Zeszywamy tedy pochwę, o ile to daje się wykonać z łatwością, bez większego napięcia brzegów rany. W przeciwnym razie, wobec małego

prawdopodobieństwa rychłozrostu, lepiej jest zostawić ranę pochwową niezasytą i wyczekać spokojnie zagojenia się jej *per secundam*. Zdarzyć się zresztą może, iż zeszyte płaty pochwove, jak w obu podanych przypadkach, mało lub wcale nie zakrywają linii szycia pęcherza moczowego. Zachodzi to najczęściej, oprócz przetok pęcherzowo-szyjowo-pochwowych, w przypadkach przetok t. zw. szyjowych (*f. justacervicalis*) i pęcherzowo-szyjowych. W tym ostatnim razie bezpośrednie zeszyście pęcherza, po oddzieleniu go od szyjki macicznej, zdaje się być metodą, z którą żadna inna nie może walczyć o lepsze. Wobec wyników, jakie daje ta metoda, uważałbym za anachronizm, gdyby ktoś w przypadkach przetok tego rodzaju chciał, jak dotąd, wywołać niedrożność ujścia zewnętrznego przez odpowiednie okrwawienie i zeszyście, co prowadzi za sobą uciążliwe i niebezpieczne dla operowanej miesiaczkowanie *per urinam*.

Dziękuję się z Szanownymi Kolegami tą wiązką uwag w nadziei, że podane spostrzeżenia będą podnietą do dalszych w tym kierunku badań.

Łódź w listopadzie 1897 r..

Z ODDZIAŁU CHOROÓB NERWOWYCH D-RA GAJKIEWICZA W WARSZAWSKIM SZPIT. STAROZAKONNYCH.

II. SŁÓW KILKA O ZANIKACH MIĘŚNIOWYCH POSTĘPUJĄCYCH.

Skreślił

Konstanty Stróżewski,
asystent oddziału.

—§—§—

Według obecnych poglądów, panujących w nauce, zaniki mięśniowe postępujące dzieliny na 3 grupy: do 1-szej grupy zaliczamy zaniki mięśniowe wskutek cierpienia rdzenia, t. zw. *amyotrophia progres. spinalis*, do 2-iej zaniki mięśniowe pierwotne t. zw. *amyotrophia primitiva seu dystrophia musculorum progr.* [Erb], i do 3-iej zaniki wskutek cierpienia nerwów obwodowych, t. zw. *amyotrophia neuritica s. neuralis*. Podział ten, chociaż oparty na przebiegu klinicznym i na zmianach anatomo-patologicznych, jak później zobaczymy, nie zupełnie odpowiada faktom.

Przy *amyotrophia progres. spinalis*, znanej także pod nazwą „*amyotrophia DUCHENNE-ARAN'a*“, zanikowi ulegają najpierwej małe mięśnie ręki (*thenar, hypothenar, interossei*), potem mięśnie przedramienia lub barku; z biegiem czasu zanikają mięśnie tułowia, wreszcie mięśnie kończyn dolnych. Cierpienie to charakteryzuje się brakiem zaburzeń czuciowych, obecnością drgawek włókienkowych; przy badaniu elektrycznością znajdujemy częściową lub całkowitą reakcję zwyrodnienia. W większości przypadków cierpienie to spotyka się w wieku między 30 a 50 rokiem życia bez widocznego wpływu dziedziczności. Badanie anatomo-patologiczne przy tem cierpieniu wykrywa zanik komórek

zwojowych w przednich rogach rdzenia, w mięśniach zaś t. zw. degeneracyjny zanik: włókna mięśniowe tracą prążkowatość poprzeczną, nie widać prze-rośniętych włókien mięśniowych, ani rozrostu tkanki tłuszczowej i łącznej.

Do drugiej grupy, obejmującej zaniki mięśniowe pierwotne, należą 4 postaci chorobowe, dawniej opisywane jako oddzielne choroby, teraz zgodnie z poglądem ERB'a zaliczone do jednej grupy; znane są one pod następującymi nazwami: 1) *pseudohypertrophia musculorum*, 2) *atrophia musculorum juvenilis*, 3) *atrophia musc. infantilis* [typ LANDOUZY-DÉJÉRINE] i 4) *atrophia mm. hereditaria* [typ LEYDEN'a]. Pod względem przebiegu klinicznego różnią się one pomiędzy sobą głównie porządkiem, w jakim następują zaniki w oddzielnych mięśniach.

Przy *pseudoatrophia musc.* zwykle ulegają widocznemu przerostowi mięśnie łydkowe, niekiedy zaś objętość wszystkich mięśni powiększa się w znacznym stopniu jednocześnie z zanikiem siły w tych mięśniach. Cierpienie to zaczyna się w bardzo młodym wieku. Przy *atrophia musc. juvenilis* zanikowi ulegają pierwotnie mięśnie barkowe, potem udowe; małe mięśnie ręki pozostają zdrowe. *Atrophia mm. infantilis* [LANDOUZY-DÉJÉRINE] odznacza się tem, że najpierwej ulegają cierpieniu mięśnie twarzy, potem zaś przebieg, jak przy poprzedniej formie. Przy *atrophia hereditaria* [LEYDEN] najpierwej zanikowi ulegają mięśnie kończyn dolnych.

Wszystkie te 4 postaci zaników mięśniowych najczęściej spotykają się u osób w młodym wieku, wykazując charakter rodzinno-dziedziczny. Pod względem klinicznym charakteryzują się brakiem zaburzeń czuciowych, brakiem drgawek włókienkowych i reakcyi zwyrodnienia [mięśnie w miarę zaniku wykazują tylko ilościowe obniżenie pobudliwości elektrycznej].

Badanie anatomo-patologiczne nie wykrywa w układzie nerwowym (rdzeń, nerwy obwodowe) zaburzeń; mięśnie zaś znajdują się w stanie t. zw. prostego zaniku: włókna mięśniowe poczęści przerośnięte, poczęści zanikłe, rozrost tkanki tłuszczowej, łącznej i zwiększona liczba jąder.

W 1889 roku HOFFMANN w Niemczech, TOOTH w Anglii i CHARCOT-MARIE we Francyi wyodrębnili nową grupę zaników mięśniowych postępujących, znaną pod nazwą: *amyotrophia neurotica seu neuralis*, podając dla niej następującą charakterystykę objawów klinicznych: zanikowi ulegają najpierwej mięśnie wyprostne stopy, a następnie dopiero inne mięśnie kończyn dolnych i górnych; obecność reakcyi zwyrodnienia, obecność zaburzeń czuciowych i drgawek włókienkowych. Pod względem anatomo-patologicznym cierpienie to ma charakteryzować się zmianami w nerwach obwodowych, ruchowych i czuciowych wraz ze wstępującem zwyrodnieniem tylnych pęczków rdzenia. Najczęściej cierpienie to dotyczy osobników w późniejszych latach bez widocznego wpływu dziedziczności.

Granice pomiędzy powyżej podanemi 3 grupami zaników mięśniowych postępujących nie są jednakże ostro zarysowane; w literaturze podano sporą liczbę przypadków, których nie można z zupełną stanowczością zaliczyć do żadnej z powyższych grup. Niektóre z tych przypadków pod względem przebiegu

klinicznego odpowiadają jednej grupie, a pod względem zmian anatomo-patologicznych innej.

W niektórych przypadkach badanie pośmiertne wykazało jednocześnie zmiany charakterystyczne dla dwóch lub wszystkich grup; ERB np. opisał przypadki, które ze względu na przebieg kliniczny zaliczyć należało do grupy *dystrophiae* i badanie pośmiertne wykryło charakterystyczne dla tego cierpienia zmiany w mięśniach, lecz jednocześnie znaleziono zmiany w nerwach obwodowych i rdzeniu.

Pouczającym jest opis zaniku mięśniowego, podany niedawno przez OPPENHEIM'a i CASSIRER'a. Przypadek ten z przebiegu klinicznego najbardziej zbliżał się do grupy zaników neurotycznych i jako taki został ogłoszony przez STUDE'go, asystenta OPPENHEIM'a. Dopiero po pewnym czasie badanie pośmiertne wykazało, że miano do czynienia z zanikiem mięśniowym, pierwotnym. Ani obecność, czy brak reakcyi zwyrodnienia lub drgawek włókienkowych, ani porządek, w jakim następują zaniki mięśniowe, nie są w zupełności patognomoniczne dla którejkolwiek z grup zaników mięśniowych postępujących.

Przy obecnych poglądach na zależność nerwów od ich ośrodków odżywczych trudno wyobrazić sobie samodzielne cierpienie nerwów obwodowych i mięśni. ERB przypuszcza, że drobnowidzowo niewidoczne przy dzisiejszym stanie nauki zmiany w ośrodkach odżywczych w rdzeniu wywołują widoczne zaburzenia w mięśniach, a więc pierwotne zmiany miałyby zawsze następować w zwojowych komórkach przednich rogów rdzenia. Dotychczas jeszcze nie zajmowano się kwestyą, w jakim stanie znajdują się zakończenia nerwowe w mięśniach przy zanikach mięśniowych, a one też mają odgrywać rolę ośrodków odżywczych.

STRUEMPBL, omawiając kwestyę zsników mięśniowych postępujących, dochodzi do wniosku, że granice pomiędzy oddzielnymi grupami widocznie chwieją się.

W naszej literaturze rzadko spotykamy się z opisem zaników mięśniowych, postępujących, przeto pozwolę sobie przytoczyć 2 przypadki, spostrzeżane przezemnie na oddziale D-a GAJKIEWICZA. Przypadki te zasługują na uwagę i z innych względów, o czem pomówię niżej.

Spostrzeżenie 1-sze. E. B., lat 32, zapisała się na oddział dnia 18. I. 1897. Z wywiadów dowiedzieliśmy się, że ojciec chorej umarł na suchoty galopujące, matka żyje, ma 70 lat i cieszy się zdrowiem; rodzeństwa było 14, z których 8 umarło w dzieciństwie podobno od chorób zakaźnych, reszta żyje zdrowa; chora nasza była najmłodszym dzieckiem, urodziła się prawidłowo, do lat 4 była zupełnie zdrowa. Wtedy bez widocznej przyczyny zaczęła słabnąć prawa noga, w kilka miesięcy potem lewa noga; w 8-ym roku życia zrobiono jej tenotomię ścięgna ACHILLESA [LANGENBECK]. Chora chodziła do 14 roku życia, ostatnie lata z opatrunkiem na nogach. W 8 roku życia nałożono jej góset gipsowy, który nosiła w ciągu roku [R. JASIŃSKI]. Zaników chora w ciągu pierwszych kilku lat nie spostrzegała. Ośm lat temu chora wyszła za mąż, urodziła jedno donoszone dziecko, o którym mowa będzie poniżej. Przy zapisywaniu się do szpitala znaleziono: kończyny górne — ruchy w napiętku i pal-

cach zniesione; następujące ruchy możliwe lecz osłabione: zginanie i wyprostowywanie w łokciu, unoszenie ramion, podnoszenie rąk w górę i na zewnątrz, łopatek w tył. Dolne kończyny: nieznaczny ruch w stawie biodrowym i kolanowym, zresztą żadnych ruchów; nogi w pozycji *pes equino-varus*. Czucie na dotyk, ból i ciepłość zachowane w zupełności. Odruchów ścięgnistych i mechanicznych niema. Drgawek włókienkowych nie spostrzegano. Zanik mięśni *en masse* na wszystkich 4-ech kończynach, szczególnie mięśni kłębu palucha, paluszka, przedramienia, dolnej części ramienia i goleni.

Badanie elektrycznością dało następujące wyniki: strumień przerywany: mięsień barkowy kurczy się przy 7 ctm. [odległość bobin na cewce Du Bois RERMOND'a], trzygłowy i dwugłowy słabo przy 4 ctm. inne mięśnie kończyn górnych nie oddziaływają wcale.

Galwaniczny strumień: mięśnie barkowy, dwugłowy i trzygłowy dają skurcz słaby, lecz KSZ7ASZ, inne mięśnie kończyn górnych nie oddziaływały. Mięśnie kończyn dolnych zupełnie się nie kurczą, ani od przerywanego, ani od galwanicznego prądu. W narządach innych, prócz *atresia uteri*, zmian nie spostrzegaliśmy. Po 5 miesiącach pobytu w szpitalu chora wypisała się bez zmian widocznych w stanie jej zdrowia.

Spostrzeżenie 2-gie. B. B., lat 6, syn poprzedniej, urodził się prawidłowo bez pomocy lekarskiej, zaczął mówić, mając 1½ roku, chodzić około 2 lat; w 4 roku życia zaczął uczęszczać do szkoły, uczył się dobrze. Drgawek nie miał. Chorował na koklusz i odrę. Zupełnie był zdrow do roku 1896, t. j. do 5½ lat; wtedy matka zauważyła, że stopy przy podnoszeniu nóg zwisają mu na dół, i chłopiec często upadał na ziemię, gdy usiłował biec szybko. Przy zapisywaniu się do szpitala znaleziono: kończyny dolne w pozycji *pes equino-varus*, więcej z lewej strony: ruchy palcami prawie żadne, w stawie golemio-stopowym możliwe tylko wtedy, jeśli stopę wyprotować; inne ruchy kończynami dolnymi dobre. Odruchy rzepekowe wzmożone z obu stron, ze ścięgna ACHILLESA z lewej strony jest, z prawej niema. *Clonus pedis* niema. Zaników mięśniowych, ani drgawek włókienkowych nie widać. Zmian czuciowych, ani drgawek włókienkowych nie widać. Zmian czuciowych niema. Badanie elektrycznością wykazało, że mięśnie goleni i stopy zupełnie nie oddziaływają ani na strumień przerywany, ani na galwaniczny. Chory chodzi, jak przy porażeniu nerwów strzałkowych; chód taki znany jest pod nazwą „steppage“. Zresztą innych zmian u chorego nie wykryto.

Streszczając w krótkości powyższe przypadki, widzimy, żeśmy mieli sprawę z zanikiem mięśniowym postępującym, który zaczął się w mięśniach wyprostnych stopy, potem [w 1-szym przypadku] rozprzestrzenił się na resztę mięśni kończyn dolnych i na mięśnie kończyn górnych. Zaburzeń czuciowych nie spostrzegaliśmy. Badanie elektrycznością wykazało brak zupełny pobudliwości w mięśniach goleni [w 2-im przypadku] i w mięśniach kończyn dolnych, ręki i przedramienia [w 1-szym przypadku], a osłabienie ilościowe w barkowym, dwugłowym i trójgłowym mięśniu, a więc o reakcyi zwyrodnienia mówić nie możemy.

Rodzi się teraz pytanie: do jakiej grupy zaników mięśniowych zaliczyć

należy nasze przypadki? Sądząc z porządku, w jakim następowały zaniki [najpierwej mięśnie wyprostne stopy], widzimy, że przypadki te najbardziej zbliżają się do grupy zaników neurotycznych. Różnią się od nich brakiem zaburzeń czuciowych, brakiem reakcyi zwyrodnienia i drgawek włókienkowych.

W literaturze spotykamy podobne przypadki zaliczone do zaników neurotycznych. Bacząc jednak, że cierpienie rozpoczęło się w bardzo młodym wieku [u matki w 4 roku życia, u syna w 5½], że mamy do czynienia z cierpieniem wybitnie dziedzicznym [matka i syn], że niema widocznych zaników mięśniowych [u syna mięśnie goleni na oko i dotyk przedstawiają się, jak zdrowe, u matki zaniki mięśniowe *en masse* wystąpiły dopiero w kilka lat po trwaniu cierpienia], że niema zaburzeń czuciowych, reakcyi zwyrodnienia i drgawek włókienkowych, należałoby zaliczyć te przypadki do grupy *dystrophiae muscul. progr.* ERB'a. Jedyne badanie pośmiertne mogłoby wykazać, z jakim cierpieniem mamy do czynienia. Nasze przypadki należą do form przejściowych zaników mięśniowych postępujących, stwierdzając słuszność zdania, głoszonego przez wielu autorów, że granice pomiędzy oddzielnymi grupami zaników mięśniowych postępujących są sztuczne.

L I T E R A T U R A.

- 1) ERB. *Dystrophia muscul. progr.* D. Z. f. Nerv. Bd. I. H. 1, 2, 3, 4.
- 2) HOFFMANN. *Weit. Beitr. zur Lehre v. d. progr. neurot. Musk.* D. Z. f. N. Bd. I. H. 1—2.
- 3) HOFFMANN. *Ueb. chir. spin. Musk. im Kind. u. auf fam. Basis.* D. Z. f. N. Bd. III. H. 6.
- 4) OPPENHEIM u. CASSIRER. *Ein Beitr. z. Lehre v. d. sog. prog. neur. Musk.* D. Z. f. N. Bd. X. H. 1—2.
- 5) STRÜMPFELL. *Zur Lehre v. d. progr. Musk.* D. Z. f. N. Bd. III. H. 6.

NOTATKI LEKARSKIE.

3. Różnorodność pasożytów kiszkowych u jednego i tego samego osobnika.

Dnia 20. I. r. b. do szpitala Dzieciątka Jezus na oddział D-ra PUŁAWSKIEGO [sala VIII] przybyła chora w wieku lat 40 z objawami daleko posuniętej gruźlicy płuc oraz znacznego wycieńczenia. W płwocinie znajdowano laseczniki KOCH'a. Chora wśród licznych skarg, dotyczących jej stanu zdrowia, opowiedziała nam, że przed 2 laty wyszedł z niej soliter, który i teraz ją „męczy“. W kale nie znajdowaliśmy członków tasiemca ani razu, ale kilkakrotne badanie drobnowidzowe wypróżnień wykazało obecność jajek trzech pasożytów: *Ascaris lumbricoides*, *Trichocephalus dispar* i *Taenia solium*.

Środków przeciwbaczących nie podawaliśmy ze względu na bardzo ciężki stan chorej i brak objawów, które możnaby przypisywać obecności pasożytów.

Dnia 1. II. r. b. chora zmarła. Na seceyi prof. PRZEWÓSKI skonstatował: w obu płucach gruźlicę z daleko posuniętymi zmianami [jama w lewym

płucn wielkości pięści]. Dokładne przejrzenie przewodu pokarmowego na całej jego długości wykazało: w kiszce ślepej kilka egzemplarzy męzkich i żeńskich pasożyta *Trichocephalus dispar*; w kiszce cienkiej 5 glist również męzkich i żeńskich (*Ascaris lumbricoides*), a nieco wyżej ułożonych w jednym miejscu siedem cienkich szyjek tasiemca z główkami, które przy badaniu drobnowidzowem okazały się główkami *Taeniae solium*. Członków tego ostatniego pasożyta nigdzie nie znaleziono.

Stanisława Włodek.

4. Przypadek znacznej łamliwości żeber.

Dnia 22. I. r. b. do szpitala Dzieciątka Jezus na oddział D-ra PUŁAWSKIEGO [sala VIII] przybyła 64-cio-letnia chora w stanie wiądu starczego oraz z objawami zapalenia prawego płuca: w okolicy pachowej było stępienie, oddech oskrzelowy, grube trzeszczenia, bronchofonia, płwocina śluzowo-ropna, nie zawierająca laseczników KOCH'a. W moczu znajdowano nieco białka oraz ciałek ropnych. Chora uskarżała się przedewszystkiem na ogólne obolenie, zwłaszcza też kłatki piersiowej, która była bolesną na dotyk w każdym prawie punkcie. Siódmego dnia pobytu chorej na naszym oddziale znaleźliśmy ją w stanie silnego podrażnienia wskutek bólu, jaki uczuwała pod obojczykiem z lewej strony na dosyć znacznej przestrzeni. Bliższe badanie wykazało złamanie z tej strony 2-go i 3-go żebra. Pomimo bardzo dokładnych poszukiwań jako jedyną przyczynę, która to złamanie spowodowała, wykryliśmy, że chora, chcąc się przewrócić na prawy bok, oparła się na prawej ręce, a lewą schwyła za stolik, stojący przy łóżku. Przy poruszeniu tem uczuła silny ból i trzask w okolicy złamanych żeber. Stan był bezgorączkowy, objawy w płucach nie zmieniły się.

Dnia 1. II. b. r. chora zmarła. Na sekyi prof. PRZEWOSKI skonstatował. Na klatce piersiowej z lewej strony z przodu na jakie 3 ctm. od przyczepu do mostka świeże złamanie 2-go i 3-go, jak również i czwartego żebra i dawne 5-go. W miejscach dawnych i świeżych złamań opłucna żebrowa na ograniczonej przestrzeni znajdowała się w stanie zapalnym, płuco było prawidłowe.

Kości wszystkich żeber można było krajać z wielką łatwością. W płucach znaleziono: rozedmę, przewlekłe zapalenie oskrzeli, oraz w prawem płucu zmiany właściwe starczemu zapaleniu płuc (*pneum. cachect.*)

Kiszki i wątroba były zmniejszone w swej objętości (*atrophia senilis*). Nie znaleziono nigdzie żadnego nowotworu, który mógłby wytłómaczyć charłactwo chorej i łamliwość jej żeber.

W przypadku powyższym zasługuje na uwagę błahość powodów, z jakich u chorej powstawały złamania żeber, mianowicie przewrócenie się na drugi bok na łóżku. O złamaniach dawniejszych, a więc i o powodach tych złamań chora zdawała się wcale nie wiedzieć. Przypadki takie przy pewnych okolicznościach mogą sprawiać niemało kłopotu rzeczoznawcom w sprawach sądowych.

Stanisława Włodek.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

O TAK ZWANEJ CHOROBIĘ BARLOW'A.

[Synonimy: *Rhachitis acuta*, *rhachitis haemorrhagica*, *scorbutus infantilis*, choroba MOELLER'a, choroba CHEADLE-BARLOW'a, *cachexia osteo-periostalis*, *periostitis scorbutica*, „*Scorbutartige Erkrankung rhachitischer Säuglinge*“].

Opracował

Stanisław Kamiński.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 7].

Tak więc mamy nieskończoną prawie ilość teorii, objaśniających chorobę BARLOW'a. Jest to krzywica ostra: teoria to najstarsza i oparta głównie na braku badań pośmiertnych i na źle zaobserwowanych danych klinicznych za życia. Zdaje mi się, że przytoczone wyżej rozumowania BARLOW'a, stanowiąc przecznię takiemu pojmowaniu rzeczy. Pomimo tego „krzywica ostra“ tuła się jeszcze po podręcznikach, jako choroba, której wprawdzie nikt nie widział, tem mniej porządnie obserwował i opisał, lecz której istnienie podejrzewają. Do takich autorów należy między innymi VIERORDT, który „skłania się do przyjęcia ostrego przebiegu krzywicy z gorączką, niedokrwistością, wymiotami i biegunką, zanikiem mięśni i nadczułością lub silną bolesnością kończyn“ (44). Zdaje mi się jednak, że pod tym względem można zupełnie zgodzić się z HENOCH'em (46), który twierdzi, że w jego materiale klinicznym, dotyczącym krzywicy, który liczy się na tysiące, nie znajduje ani jednego przypadku krzywicy ostrej. Gdzie była gorączka, zawsze miał do czynienia z powikłaniami, głównie ze strony oskrzeli. Nie wydaje mu się również prawdopodobnym istnienie ostrego, początkowego okresu krzywicy. Objawy rzekomo tej ostatniej często są objawami zapalenia kości i szpiku kostnego, która to choroba jest dosyć częstą u dzieci szybko rosnących.

Zresztą od czasu FUERST'a, który swe spostrzeżenia „krzywicy ostrej“ ogłosił w 1882 roku, a które było dosyć typowym obrazem choroby BARLOW'a, nie udało mi się znaleźć w literaturze ani jednego opisu krzywicy ostrej. Tak więc pozostała tylko sama nazwa dla rzeczy nieistniejącej, gdyż teraz nikt nie uważa choroby BARLOW'a za identyczną z krzywicą.

Natomiast, o ile wiem, nikt z autorów niemieckich, oprócz REHN'a, nie zgadza się na nazwę skorbutu dziecięcego, proponowaną przez BARLOW'a. Po większej części nazywają cierpienie nazwiskiem autora, zastrzegając jego swoistość i odrębność. Czy rzeczywiście istnieje konieczność do bogatego, lecz bezładnego skarbcza, terminów patologii szczegółowej dodawać jeszcze jeden? Mnie się zdaje, że nie.

1) Prawdziwą zasługą dla nauki miałyby nie ten, ktoby istniejące już terminy i podziały patologiczne rozczłonkował na więcej jeszcze jednostek chorobowych, lecz ten, ktoby potrafił zgrupować racjonalniej istniejące jednostki chorobowe i o, ile możliwości, połączyć zbliżone w jedną całość.

2) Zdaje mi się, że gdyby nawet szwankowała na tem ścisłość naukowa [jeżeli o takiej może być mowa wobec obecnej klasyfikacji i terminologii w patologii szczegółowej], to i tak byłoby to lepszym, niż dodawanie do obfitego rejestru jednostek chorobowych jeszcze jednej choroby.

3) Gdyby nawet okazało się z czasem, że choroba BARLOW'a nie jest skorbutem [co nie jest prawdopodobnem, bo daleko bardziej spodziewaną jest rzeczą, że wszystkie choroby krwotoczne uznane zostaną za jedną całość], to wtedy dopiero będzie dość czasu do wydzielenia tej jednostki chorobowej; dziś zaś zarówno z teoretycznych, jak i praktycznych względów lepiej zaliczyć ją do istniejącej już choroby, z którą ma ona najwięcej cech wspólnych, t. j. do skorbutu.

4) Nieprawdą jest, aby objawy, spostrzegane w chorobie BARLOW'a, nie zdarzały się w skorbutcie i jakoby najbardziej wybitną cechą tego ostatniego była choroba dziąseł. L. BERTHEMSON (15) podczas epidemii skorbutu w Petersburgu widział zaledwie w mniejszej połowie przypadków chorobę dziąseł, na co wyraźną zwraca uwagę; przytem wszystkie cięższe przypadki skorbutu, nawet bez powikłań przebiegały z gorączką. Ten sam autor w dwu przypadkach u dorosłych obserwował krwotoki podskórne. Tak samo RIESS (42) uznaje możliwość istnienia skorbutu bez zajęcia dziąseł i twierdzi, że zajęcia tego niema, wobec braku zębów.

5) Stawianie choroby BARLOW'a w zależności od zaparcia i wywołanego przez nie samozatrucia wydaje mi się teorią naciąganą i na niczem nie opartą. Najprzód, wszyscy prawie autorowie notują brak zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego, i zbyt śmiało wydaje mi się przypuszczenie KOEPPEN'a, że czynią to dla tego, że zaparcie uważają za stan prawidłowy. Powtóre, choroba nie ma żadnych cech choroby z samozatrucia. Przyspieszenie tętna towarzyszy wszystkim niedokrwistościom; wiadomo zaś, że choroby z samozatrucia z przewodu pokarmowego nieraz objawiają się zwolnieniem tętna. Nikt również nie opisywał krwotoków, jako skutków samozatrucia ze strony przewodu pokarmowego.

Tak więc wydaje mi się rzeczą najodpowiedniejszą nazywać chorobę BARLOW'a skorbutem dziecięcym, gdyż rzeczywiście najbardziej objawami swymi przypomina ona skorbut. Będzie to przytem daleko lepszym uczczeniem zasług badacza, niż stawianie w nagłówku jego nazwiska, dla tego, aby w treści starać się te zasługi obniżyć.

Jeszcze słów kilka o leczeniu skorbutu u dzieci. Oprócz powyżej zaznaczonych środków dyetetycznych używać można znanych środków przeciwnilcowych, a także drożdży według np. następującej formuły:

Dti Malti e 20—200
Fermenti cerevisiae
Ocymel. scillae aa 20.
Co 2 godziny łyżeczkę.

Na chore kończyny nałożyć należy wilgotne okłady, ułożyć kończyny dla unieruchomienia ich między worki z piasku. Wogóle poruszać dzieci, jak najmniej dla uniknięcia złamań. Nie kąpać, tylko wycierać gąbką.

L I T E R A T U R A

choroby BARLOW'a.

—*—*—

[Artykuły oznaczone gwiazdką cytuję ze streszczeń].

- 1) MONFALCON. Alt. Rachitis w *Diction. der sciences medicales*. 1820. T. 46. str. 600.
- 2) STIEBEL. „Rachitis und Osteomalacie“ w *VIRCHOW'S HAND. DER SPECIELLEN PATHOLOGIE*. 1854. T. I. str. 519.
- *3) RITTER VON RITTERSHAJN. *Die Pathologie und Therapie der Rhachitis*. 1863.

- *4) MOELER. „Acute Rhachitis“. Königsberger Medic. Jahrbücher. T. I. 1859 i T. III. 1862.
- 5) BOHN. Acute Rhachitis. Jahrbuch. f. Kinderheilkunde 1863. T. I. str. 203.
- 6) FÖRSTER. Fall von acuter Rhachitis *ibid.* str. 414.
- *7) INGERLEW. El Tilfælde of scorbut, hos et Børn. [Przypadek skorbutu u dziecka]. Hospital. Tidende. 1872. Nr. 27 i 28.
- *8) HEADLE W. B. Clinicale lecture on three cases of scurvy supervening on rickets in young children. Lancet. Novemb. 1872, p. 685.
- *9) JOLLAND. Scurvy on child ten months old. Medic. Times and Gazete Month. 1878.
- *10) LKGROUX. Scleroses des Jambes consecutive au scorbut. Union med. 1872. Nr. 15.
- 11) SENATOR Rhachitis w ZIEMSEN'a Handbuch der Speciellen Pathologie und Therapie. 1875. XIII. str. 175.
- 12) REHN. Rhachites w GERHARDT Handb. der Kinderkrankh. 1878. T. III. s'r. 94.
- 13) OPPENHEIMER. Untersuchungen und Beobachtungen zur Aetiologie d Rhachitis. Arch. f. Klin. Medic. 1882. T. 30. str. 45.
- 14) KÜHN. Ueber leichte Scorbutformen *ibid.* 1880. T. 25. str. 160—162.
- 15) BERTHONSON. Zur Statistik und Aetiologie d Scorbut *ibid.* 1892. T. 49. str. 137—149.
- 16) FÜRST. Ueber acute Rhachitis. Jahrbuch f. Kinderheilk. 1882. T. 17. str. 192.
- *17) BARLOW. On cases described as „acute Rhachitis“ which are probably a combination of seury and rickets, the seury being on essential and the rickets a variable Element. Med. Chir. Tran. 1883. T. 66. str 159—223.
- *18) MACKENZIE STEPHEN. Kazuistyczny wypadek w dyskusji nad wykładem BARLOW'a.
- *19) PAGE. Subperiostale Haemorrhage [probably scorbutic] of three long bones in a rickety infants. Med. chir. Trans. T. 66. str. 220—227.
- 20) WEIHL. Zur Casuistik der acuten Rhachitis. Jahrb. f. Kinderheilk 1883. T. 19. str. 483.
- 21) GADKE R J. A case of so called seury rickets. Lancet. Januar. 1884.
- *22) REHN. Von der sogenannten acuten Rhachitis und deren Stellung der Systematik. Verhandlungen der pädiatrischen Section auf dem Medic. Congress in Copenhagen. 1884.
- *23) OWEN. A case of infantile seury. Lancet. Febr. 1884.
- *24) REHN. Verhandlungen des X internationalen Congresses. in Berlin. 1890.
- 25) REHN. Ein Fall von Scorbut bei einem Knaben von 15 Monaten mit ausgedehnter subperiostaler Blutung Berlin. klin. Woch. 1891. Nr. 46 i 47.
- 27) HEUBNER Die Scorbutartige Erkrankung rhachitischer Säuglinge. Jahrbuch f. Kinderheilkunde. 1892. T. 34.
- *28) NORTHRUP. Scorbutus in infants. Trans. Amer. Pediatr. Soc. New-York. 1892. T. 52. str. 619.
- *29) L. CORNITZER. Zwei Fälle von BARLOW'schen Krankheit. Münchener Medic. Wochen-schrift. 1894. Nr. 11 i 12.
- 30) v. STARCK. BARLOW'sche Krankheit und sterilisierte Milch. Münchener Medic. Woch. 1895, Nr. 42.
- 32) REHN. Ein weiterer Fall vom kindlichen Scorbut mit subperiostalen Blutungen. Jahrbuch f. Kinderheilk. 1893. T. 87.
- 3x) v. STARCK. Ein weiterer Fall von BARLOW'scher Krankheit. Jahrbuch f. Kinderheilk. 1894. T. 38.
- 33) L. FÜRST. Die BARLOW'scher Krankheit. Archiv. f. Kinderheilkunde. 1894. T. 18. str. 50
- 34) GROSZ. Ueber Purpura *ibid.* str. 1.
- 35) HIRSCHSPRUNG. Die MÖLLER'sche Krankheit. Jahrbuch f. Kinderheilkunde. 1895. T. 41. str. 1.
- 36) L. FÜRST. Infantiler Scorbut oder haemorrhagische Rhachitis. Berl. klin. Woch. 1895. N-r 13.
- 37) BARLOW. Der infantile Scorbut und seine Beziehungen zur Rhachitis. Thom. z angl. Centralblatt f. inderne Medic. 1895. Nr. 21 i 22.
- 38) FREUDENBERG. Ein Fall von BARLOW'scher Krankheit. Archiv f. Kinderheilkunde. 1895. T. 19. str. 217.
- 39) E. MEYER. Ueber BARLOW'sche Krankheit. Archiv. f. Kinderh. 1896. V. 20. str. 202.
- 40) PINNER. Beiträge zur BARLOW'schen Krankheit. Deutsche medic. Woch. 1896. str. 546.
- 41) KÖPPEN. Zur MÖLLER-BARLOW'schen Krankh. Jahrbuch. f. Kinderheilkunde. 1897. T. 44. str. 360.
- 42) RIESS. Art. Scorbut w EULENBURG'a Real-Encyclopedie d. gesammten Heilkunde. 2 wydanie. 1889. T. XVIII. str. 132.
- 43) MONTI. Art Rhachitis *ibid.* T. XVI. str. 341.
- 44) O. VIERORDT. „Rhachitis und Osteomalacie“, w NOTHNAGEL'a Handb. d. Spec. Pathol. und Pher. 1895. T. VII. cz. 1. str. 79.
- 45) JAMES GOODHART. Traité pratique des maladies des enfants. Thom. franc. 1895. str. 550.
- 46) HENOCH. Vorlesungen über Kinderkrankheiten. 6 wyd. 1892. str. 842.
- 47) BARLOW. Art. Scorbut w Traité des maladies de l'enfance pod redakcyą GRANCHER-MARFAN-COMBY. 1897. T. II. str. 173—190.

*49) . FRUITNIGHT. Infantile scurvy especially its differential Diagnosis. Archives of pediatrics' Juli. August- 1894.

49) Dyskusya nad odczytem MEYER'a w Tow. Lek. Berl. Berlin. klin. Woch. 1895. str. 85.

50) SCHLIEP. Ein Fall von Morbus BARLOW'i. Therapeutische. Monatshefte. 1896. str. 18.

Już po napisaniu tego streszczenia dowiedziałem się od kolegi ANDERSA, że miał on sposobność obserwować wraz z kolegą LEWISEM przypadek choroby BARLOW'a. Ze względu na to, że byłby to pierwszy przypadek tej choroby obserwowanej u nas, prosiłem kolegę ANDERSA o dostarczenie mi danych co do swej obserwacji, aby je ogłosić. Kolega ANDERS dostarczył mi następującą sporządzoną przez kolegę LEWISA, którą za ich wspólną zgodą tutaj podaję, według jej dosłownego brzmienia.

„Dnia 14 listopada 1896 r. poproszono mię do dziecka B. A., mającego 2 lata i 3 miesiące, które nie mogło chodzić. Według opowiadania rodziców, chłopiec od urodzenia był wątły i chorowity, cierpiał na zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego; zęby zaczęły się wyrzynać w 6-ym miesiącu, bez szczególnych objawów, tylko podczas wycinania się kłów miało dziecko wysoką gorączkę; zaczęło chodzić już po roku. Przed paru tygodniami dziecko upadło; potem płakało i skarżyło się na ból w nodze; lekarz wezwany nie znalazł w niej nic i powiedział, że dziecko kaprysi; wkrótce jednak dziecko przestało chodzić, nóżki zaczęły zginać się w stawach kolanowych; łaknienie zmniejszyło się; dziecko, a zwłaszcza nóżki jego wychudły bardzo. Dziecko nie pozwalało dotykać się nówek; krzyczało przy dotknięciu i samodzielnie, spało i siedziało ze zgiętymi nóżkami.

Znalazłem stan następujący. Dziecko silnie wychudzone—skóra i kości, blade, niedokrweste, główka wielka; tył głowy bardzo szeroki; guzy kości potylicowej wydatne; *pectus carinatum*, różaniec na żebrach. Wargi barwy sinej, dziąsła zaczerwienione, krwawiące, w niektórych miejscach owrzodzone; brzuch zapadły; nogi zgięte w stawie kolanowym i biodrowym. Przy dotykaniu się nóg dziecko głośno krzyczy. Stawy kolanowe obrzmiałe, nasady zgrubiałe. Na prawej goleni podbiegnięcie krwawe; lewy staw golenio-stopowy zgrubiała i obrzmiała; na pośladkach i krzyżu plamy fioletowe. Wyprostować nóżki można, lecz pozostawiane same sobie, wracają do wyżej opisanej pozycji. W parę dni później zjawił się obrzęk na dolnej części prawej goleni i sinica na lewej.

Leczono miejscowo: okładami aromatycznymi. Wewnątrz dawano fosfor. Wzmocnione odżywianie. Dziąsła smarowano roztworem *kali hypermanganic*. Po paru tygodniach stan poprawił się, sińce znikły, dziecko zaczęło samo próbować wyprostowywać nogi. Po 6 u tygodniach dziecko mogło stać na nóżkach; stan ogólny i stan żołądka się poprawił. Po 10 tygodniach dziecko zaczęło chodzić. Obecnie dziecko jest zupełnie zdrowe“.

Z powyższego opisu zdaje się, że rzeczywiście mieliśmy do czynienia z chorobą BARLOW'a.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

30. Willgerodt. O zachowaniu się otrzewnej wobec sztucznie wprowadzonego moczu i o doświadczalnym wytworzeniu mocznicy.

Budania kliniczne i doświadczone wykazują, że mocz może pozostawać przez 40 godzin w jamie otrzewnej bez uszczerbku dla niej i dla całego ustroju. Autor przeprowadził szereg doświadczeń na zwierzętach, którym przez dłuższy przeciąg czasu wprowadzał mocz do jamy brzusznej. Dotąd w tym kierunku istnieje tylko spostrzeżenie ISRAEL'a i GRAWITZ'a [1879]: swobodny koniec moczowodu otwierał się do jamy otrzewnej, zwierzęta zdechły po 4—5 tygodniach, u 3-ch znaleziono wodonercze, jako następstwo zamknięcia światła moczowodu przez zrosty, powstałe wskutek ogólnego zlepnego zapalenia otrzewnej. ISRAEL mniemał, że to ostatnie było następstwem długotrwałego przenikania moczu do jamy brzusznej. Autor przedewszystkiem starał się rozwiązać pytanie, czy opisane przez ISRAEL'a i GRAWITZ'a zapalenie otrzewnej występuje i przy innych warunkach doświadczenia. Wprowadzenie moczu do jamy otrzewnej autor uskuteczniał w następujący sposób: otwierał jamę brzuszną w smudze białej, podwiązany przy ujściu do pęcherza moczowód przecinał, koniec jego dośrodkowy wprowadzał do jamy brzusznej i przyszywał do części pęcherza, pokrytej otrzewną lub do odśrodkowego końca moczowodu [w 1 spostrzeżeniu]; ranę brzuszną zamykał dwupiętrowym szwem węzłkowym.

U operowanych w ten sposób zwierząt przez pierwsze dwa dni występowały wymioty, na trzeci dzień zwierzęta były spokojne i dobrze jadły. Rana brzuszna u 4-ch psów zagoiła się po 5 dniach, u jednego piątego dnia przez ranę brzuszną wypadły jelita i wystąpiło ropne zapalenie otrzewnej. Z tej seryi 2 psy po trzech tygodniach poddano wtórnej laparotomii, 2 zabito 17—20 dnia po pierwszej operacji. Narządy brzuszne u powyższych 5 psów wykazywały następujące stosunki: u psa z moczowodem, przyszytym do odśrodkowego końca tegoż, znaleziono miejsce przecięcia zabliznionem, moczowód grubości małego palca, otrzewna nie zmieniona; u pozostałych 4-ch psów części sieci i jelita cienkie pozrastane z pęcherzem i otworem moczowodu, co prowadziło do zamknięcia jego światła i wodonercza w odpowiedniej nerce. Zlepne zapalenie rozwinęło się tylko w tych miejscach otrzewnej, które były wystawione na długotrwały wypływ moczu. Odmiennym był przebieg u 6-go psa, operowanego w podobny sposób: na 3 ci dzień po operacji zjawiała się biegunka, trwająca do końca życia, rana brzuszna nie zagoiła się. Na 16 ty dzień psa zabito i znaleziono za pęcherzem ropień, otorbiony zrostami kiszek, do którego otwierał się wolny koniec moczowodu, ten ostatni i miedniczka nerkowa rozszerzone i wypełnione ropą, nerka w stanie *nephritidis abscedentis*; inne części otrzewnej zmian nie przedstawiały

Wynik tego pierwszego szeregu badań jest następujący: wypływający z utworzonego do jamy otrzewnej moczowodu mocz wywołuje miejscowe zlepne zapalenie otrzewnej, które prowadzi do mocnych zrostów pęcherza, kiszek, sieci, zamykających zupełnie otwór moczowodu. Ogólnego zapalenia otrzewnej autor wcale nie spostrzegał, miejscowe wydaje mu się następstwem miejscowego podrażnienia otrzewnej przez mocz.

W następnym szeregu doświadczeń autor starał się wynaleźć sposób, tamujący zamykanie się światła moczowodu. W tym celu:

a) wycinał kawałek pęcherza średnicy 1 ctm. razem z ujściem moczowodu, wpuszczał odcinek do jamy brzusznej, ranę zaś pęcherza zaszywał. Na

drugi dzień wymioty, potem ciągła biegunka, na 12-ty dzień śmierć przy 35,4° C. Znalezione przy sekcji rozlane ropne zapalenie otrzewnej, ropnie zaotrzewnowe, do których otwierał się uwolniony moczowód, ropne zapalenie nerki.

b) Do wyciętego ze ścianą pęcherza moczowodu wprowadzono rurkę kauczukową 10 ctm. długości, przszyto ją do moczowodu i wpuszczono pomiędzy kiszki. Pies zdechł 8 dnia po operacji. Znalezione: otorbiony ropień pomiędzy kiszkami, do którego otwierała się rurka, ropne zapalenie nerki; pozostałe części otrzewnej prawidłowe.

c) Do wyciętego moczowodu wprowadzono zgiętą pod kątem prostym rurkę z kości słoniowej. Na drugi dzień biegunka, trwająca do końca życia. Pies leżał na boku z wyciągniętymi łapami, w śpiączce. Po wyjęciu na 4-ty dzień z klatki wystąpiły ogólne drgawki, trwające przez 15 minut i powtarzające się wielokrotnie w ciągu dnia. Po dwóch dniach drgawki ustąpiły, pozostała tylko śpiączka. Po dwóch następnych dniach pies się poprawił, zaczął jeść, ale biegunka wciąż trwała. Po 8-iu dniach od czasu operacji psa otruto. Znalezione: ramię rurki obrosłe ziarniną, która zamyka i otwór; dookoła zlepione jelita cienkie; w jamie brzusznej 40 ctm. sześć. żółtawego, mętnego płynu; rozszerzenie moczowodu i nerki; ropień zaotrzewnowy.

d) Poddano wtórnej operacji jednego z psów pierwszej kategorii doświadczeń, po trzech tygodniach po pierwszej, który był zupełnie zdrowy. Znalezione zabliźniony moczowód i otrzewną zupełnie nie zmienioną. Przecięty nad bliźną moczowód przszyto do pęcherza ponownie; z otwartego moczowodu wypłynął mleczny płyn, zawierający rozpad białkowy. Po 5 dniach rana brzuszna zagoiła się, pies wyzdrowiał, ale na 12 dzień nagle sposepniał, leżał spokojnie, na wołanie nie poruszał się, tętno drobne, ciepłota 39,0°; 15-go dnia po wtórnej operacji wystąpiły ogólne drgawki, trwające przez cały dzień, tętno ledwie wyczuwalne, ciepłota 35,7°. Na drugi dzień pies zdechł. Znalezione: rozlane, ropne zapalenie otrzewnej, moczowód zrośnięty z pęcherzem i otwarty do jamy otrzewnej; zrostów niema; miedniczki nerkowe i moczowód znacznie rozszerzone i zgrubiałe; istota nerkowa grubości 5—10 mm.; w miednicy duży ropień zaotrzewnowy.

e) W dwóch następnych doświadczeniach wprowadzono do moczowodu srebrną rurkę. Pierwsze zwierzę zdechło na czwarty dzień po operacji bez wybitnych objawów: rurka leżała w otorbionym przez kiszki ropniu, który za pomocą przetoki, uformowanej między zrostami, łączył się z raną brzuszną. Drugie zwierzę żyło siedm dni: z początku zjawily się wymioty, potem ciągła biegunka, trudność oddechania, ciepłota 42,4°; siódmego dnia wypadły jelita cienkie; psa zabito. Znalezione: rurka otoczona siecią i cienkimi jelitami; moczowód i jelita wypełnione ropą; ropne zapalenie nerki.

W drugim szeregu doświadczeń uderzająco częstem jest występowanie ropni zaotrzewnowych, co autor przypisuje otwieraniu na szerokiej przestzeni otrzewnej, tworzeniu się nacieczenia moczowego w tkance zaotrzewnowej i następczemu zakażeniu.

W dwóch przypadkach wystąpiły typowe objawy mocznicy, jak przy pewnych cierpieniach nerkowych u ludzi, lub jak po podwiązaniu obu moczowodów lub naczyń nerkowych u zwierząt. Autor mniema, że sama nerka wytwarza swoiste ciało chemiczne, które, dostawszy się do ogólnego obiegu, wywołuje objawy zatrucia. Pogląd ten znajduje potwierdzenie w doświadczeniach LIMBECK'a, który po dwustronnem wyluszczeniu nerek nigdy nie spostrzegł objawów mocznicowych i dlatego zaznaczył, że mocznica u psów znamienuje się brakiem drgawek.

Wyniki swojej pracy autor streszcza w następujących punktach:

1) Następstwa przenikania moczu do jamy otrzewnej są dwojakie: w jednych przypadkach powoduje ono ograniczone, zlepne zapalenie otrzewnej, w innych wessanie moczu powoduje objawy ogólnego zatrucia—mocznicę.

2) W przeważnej liczbie przypadków zlepne zapalenie otrzewnej prowadzi do zamknięcia otworu moczowodu i w ten sposób chroni od następcej moczniczy. Zawsze w parę godzin po otwarciu moczowodu występuje objaw moczniczy—wymioty, a ponieważ trwa on przez pierwsze dwa dni, przeto należy wnioskować, że tyleż czasu potrzeba do zupełnego zamknięcia się moczowodu. Przemawia za tem i ta okoliczność, że w razie niezamknięcia się moczowodu, gdzie doszło do zacieków zaotrzewnowych z następczem ropieniem, trzeciego dnia występował nowy objaw — biegunka.

3) Drgawki zaczynały się na trzeci dzień po operacji, u rozmaitych zwierząt przebiegały z rozmaitem natężeniem, stale łączyły się ze śpiączką i tylko w jednym przypadku z wymiotami i biegunką.

(*Mitth. aus dem Grenzgebiete d. Mediz. u. Chir.*)

A. Kopczyński.

31. Klink. Doświadczenia, dotyczące się przenikania moczu do jamy otrzewnej.

Przystępując do opisu swoich doświadczeń, autor na wstępie zaznacza, że wszystkie one były robione z zachowaniem ścisłej antyseptyki; za materiał do szwów używany był jedwab; na pęcherz nakładano szew przez błony surowiczą i mięsną; jamę brzuszną zamykano szwem dwupiętrowym.

A) W pierwszym szeregu doświadczeń wprowadzano do jamy otrzewnej mocz na krótki przeciąg czasu za pomocą wstrzykiwań. Używano niewyjałowionego, świeżego moczu od zdrowego osobnika w ilości 15—20 ctm. sz. na raz i po 4-ch dniach powtarzano powyższy rękoczyn. Króliki i psy nie podlegały po takim zabiegu żadnym zaburzeniom; w jamie brzusznej nie znaleziono żadnych zmian. Następnie czterem psom wstrzykiwano codziennie przez 14 dni mocz w dawkach wstępujących, poczynając od 30 ctm. sześć. Samo wkułwanie igły zwierzęta nosiły dobrze, gdy wprowadzanie moczu zdawało się bardzo bolesnem. W parę minut po wstrzyknięciu psy stawały się spokojne, senne; wkrótce następowały wypróżnienia i wymioty; zmuszane do chodzenia, psy szły ciężko, wahając się i zataczając. Objawy te trwały 4—5 godzin. Przy prwótnych wstrzykiwaniach powtarzały się one, ale stopniowo traciły na natężeniu; po 14 dniach zaburzeń nie było żadnych. Z tego obrazu klinicznego autor wyprowadza wniosek, że otrzewna i cały ustrój przyzwyczajają się do stałego przebywania moczu w jamie otrzewnej. Senność i wymioty wskazują na stan mocznicowy; szybkie występowanie tych objawów zależy od wielkiej skłonności otrzewnej do wchłaniania [WAGNER]. Wypróżnienia i wymioty są wywołane podrażnieniem otrzewnej i wzmożeniem przez to ruchów robaczkowych kiszek. Wspomnianą łatwość znoszenia bez ujemnego wpływu wprowadzonego do jamy otrzewnej moczu stwierdzają jednomyślnie i inni autorowie.

Nakoniec u dwóch królików przecięto pęcherz, wypuszczono z niego mocz do jamy brzusznej, następnie pęcherz zaszyto i nie otrzymano żadnych zaburzeń.

B) Doświadczenia, w których przenikanie moczu do jamy otrzewnej odbywało się przez dłuższy czas. Otwierano w tym celu pęcherz i pozostawiano go otwartym przez 9 godzin [2 psy] lub przez 12 godzin [2 króliki]; po upływie tego czasu pęcherz zaszywano. Pomiedzy dwiema operacjami, jak również po drugiej zwierzęta były spokojne; u psów wkrótce wystąpiły wymioty i wypróżnienia [należy jednak zwrócić uwagę na używane przy operacji usypianie eterem], ciepłota obniżała się na krótszy lub dłuższy przeciąg czasu. Przy

wtórny otwieraniu jamy brzusznej znajdowano przekrwienie kiszek i obfity płyn surowiczy. Dwa następne psy, które miały pęcherz otwarty przez 24 godziny, zdechły po 2—2½ dniach, przyczem znaleziono tylko przekrwienie kiszek.

C) Doświadczenia, w których przenikanie moczu do jamy otrzewnej odbywało się bez przerwy, aż do zejścia śmiertelnego. Otwarto w tym celu pęcherz i zaszyto ranę brzuszną; pies żył 2 dni, ale był ciągle apatyczny. Jamę brzuszną znaleziono wypełnioną mętnym płynem, zresztą innych zmian nie było. Operowany w podobny sposób królik, który jednak część moczu oddawał na zewnątrz, gdyż rana pęcherza była mała i znajdowała się na przedniej powierzchni pęcherza, zdechł po upływie dwóch dni przy objawach mocznicowych.

Nakoniec w ostatnim szeregu doświadczeń autor przecinał wzdłuż odcięty od pęcherza moczowód i szeroko przyszywał do ściany brzusznej. Niełatwo wogóle wytworzyć długotrwałe, otwarte połączenie moczowodu z jamą brzuszną. U królików udało się to autorowi tylko dwa razy i w obu przypadkach śmierć nastąpiła wkrótce po operacji; w 5 zaś nerkowy koniec moczowodu wciągnął się za otrzewną, albo też ta ostatnia skleiła się przed nim: w tych razach tworzyły się ograniczone, idące w kierunku przebiegu moczowodu, zacieki moczowe z domieszką ropy. Badanie bakteriologiczne, wykonane dwa razy, nie wykryło obecności ropotwórczych drobnoustrojów. W jednym nareszcie przypadku znaleziono moczowód zamknięty i nie stwierdzono zacieku zaotrzewnowego, tylko wodonercze. U psów tylko raz zdarzyło się zamknięcie moczowodu, dwa razy wytworzyła się przetoka ściany brzusznej z powodu blizkiego przyszycia moczowodu przy ranie brzusznej; przetoka była grubości szpilki. U 6 psów moczowód był trwale otwarty prawie w przeciągu 21 dni: w 5 przypadkach ujście jego było zwężone. Ciężota pooperacyjna u królików obniżała się aż do śmierci, która następowała z powodu wstrząsu i zatrucia moczowego po 40 godzinach do 11 dni. Zejścia u psów były lepsze: tylko jeden zdechł 6-go dnia po operacji z powodu ogólnego zakażenia, pozostałe, chociaż mogłyby żyć dłużej, autor zabijał po 3 tygodniach, gdyż wtedy znajdował już otwór moczowodu znacznie zwężony przez otaczające zrosty. Przez pierwsze dni po operacji zwierzęta wymiotowały i były sennie, powoli objawy te łagodniały, a w 14 dni zwierzęta były zupełnie rzeźwe, tylko wogóle spokojniejsze, niż przed zabiegiem.

Na zasadzie swoich doświadczeń autor przychodzi do wniosku, że czasowe lub długotrwałe przebywanie moczu w jamie otrzewnej nie wywiera szkodliwego wpływu na cały ustrój z warunkiem, aby możność wydzielania się moczu na zewnątrz nie była zupełnie zniesiona i żeby istniało zabezpieczenie od mogącego nastąpić zakażenia. O ile powyższy wniosek może być zastosowany do ludzkiego ustroju, pozostaje otwartym pytaniem.

(*Mitth. a. d. Grenzgeb. u. Chir. Bd. 2. 3—4 Heft. 1897.*)

A. Koczyński.

32. Fritsch H. Nowa metoda przecinania macicy przy cięciu cesarskiem.

Zamiast zwykłego przy cięciu cesarskiem przecinania trzonu macicy w kierunku podłużnym, FRITSCH poleca wykonywać cięcie dna macicy w kierunku poprzecznym (*Querer Fundalschnitt*). Według FRITSCH'a, cięcie to posiada tę wyższość nad cięciem dawnym, że pozwala, by i cięcie ściany brzusznej było wykonane wyżej, aniżeli dotychczas, tak mniej więcej wysoko, żeby pępek stanowił środek cięcia. Tym sposobem będzie można uniknąć przepukliny następczej, która wytwarzać się zwykła w ścianie brzusznej poniżej pępka, zwłaszcza wtedy, gdy cięcie sięgało zbyt nisko.

Drugą korzyścią cięcia FRITSCH'a jest czystość, którą zachować będzie można przy tem operowaniu. Po wytoczeniu bowiem macicy na zewnątrz, podczas wykonywania cięcia i wydobywania płodu, pomocnik będzie mógł bez przerwy jamę brzuszną utrzymywać w szczelnem zamknięciu, przyciskając dokładnie rękami brzegi rany brzusznej do macicy i uciskać jednocześnie macicę. W ten sposób krwawienie z rany macicy będzie nieznaczne, a krew i wody płodowe, spływające z macicy, nie dostaną się do jamy brzusznej.

Dopiero raz jeden miał FRITSCH sposobność wykonać cięcie własnego pomysłu, przekonał się jednak, że krwawienie po cięciu poprzecznem dna macicy było bardzo nieznaczne, a wydobycie dziecka bardzo łatwe. Zwłaszcza zdziwiło go nagłe zmniejszenie się dna macicy. Do zamknięcia rany wystarczyło 7 szwów. Po nałożeniu szwów głębokich i ich związaniu krwawienie natychmiast zupełnie ustało i w tem więc widzi F. dużą korzyść z przecięcia dna macicy w kierunku poprzecznym. Cięcie to bowiem biegnie równoległe do naczyń, leżących w dnie macicy, a więc szew, nakładany prostopadle do cięcia, obejmuje naczynia prostopadle i krwawienie dokładnie wstrzymuje.

[Wiadomo, że częstem następstwem podłużnego cięcia trzonu macicy przy cięciu cesarskiem jest zrost następczy macicy z przednią ścianą brzuszną. Zdaje się, że przez cięcie poprzeczne dna macicy zrostu takiego uniknąć będzie można. Będzie to może jedna z najważniejszych korzyści tego cięcia. Wspomnieć jeszcze należy, że KIRCHHOFF i SIEDENTOPF, którzy operowali według metody FRITSCH'a, zalecają ją bardzo. *Przyp. spraw.*]

(*Centrbl. f. Gyn. 1897. Nr. 20.*)

Zweigbaum.

33. Karl Grube. Łuszczyca (*psoriasis*) w związku z podagrą i cukromoczem.

Autor przytacza wiele danych z literatury, w której są wzmianki o jednoczesnem występowaniu podagry i łuszczycy u tych samych chorych. Mniej opisano przypadków, w których kombinowały się łuszczyca i cukromocz. Autor podaje historję choroby 9 swoich pacjentów, u których w rodzinach dziedzinie występowały to podagra lub cukromocz oddzielnie, to w połączeniu z łuszczycą. Bywały przypadki, w których kolejno zmieniały się napady podagryczne i ukazywania się łuszczycy. To samo zdawało się i z cukromoczem. Przy zjawieniu się cukromoczu nieraz wiele lat istniejąca przedtem łuszczyca znikała częściowo lub prawie zupełnie.

(*Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 52. 1897.*)

Tadeusz Korzon.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

8. O stosowaniu organoterapii w ginekologii. W roku 1893-im FELKIN na posiedzeniu Towarzystwa Akuszerjnego edynburskiego zdał sprawę z prób, jakie przedsięwziął z organoterapią w cierpieniach, stojących w związku ze sferą płciową kobiecą. W dwóch mianowicie przypadkach zaburzeń nerwowych (*Ausfallserscheinungen*), które rozwinęły się po wycięciu obustronnem jajników i doszły do bardzo wysokiego stopnia napięcia, graniczącego z cierpieniem umysłowem, F. zastosował z bardzo dobrym skutkiem wyciąg mózgowy. Tego samego środka użył z powodzeniem u 17-letniej, źle rozwiniętej i odżywionej, małokrwestej dziewczyny, u której zjawieniu się miesięczki towarzyszyły zwykle gwałtowne objawy nerwowe i mózgowy.

Od niedawna jednak zaczęto systematycznie stosować wyciągi z narządów, zwłaszcza zaś z jajników do zwalczania zaburzeń nerwowych, występu-

jących po wycięciu obustronnem jajników. Istnieje już o tym przedmiocie sporo sprawozdań z klinik i zakładów ginekologicznych. Wszystkie one dowodzą pożyteczności organoterapii w rozmaitych zaburzeniach nerwowych, będących w związku z cierpieniem narządów płciowych. CHROBAK w 3-ch przypadkach podawał do wewnątrz 2 — 3 razy dziennie pastylki z jajników krowich, zawierające 20,0 substancji wysuszonej i sproszkowanej. W dwóch przypadkach objawy nerwowe znikły zupełnie, w jednym zaś znacznie się zmniejszyły. LANDAU na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego berlińskiego w 1896 roku wypowiedział przekonanie, że w wysuszonym jajniku zwierzęcym posiadamy środek łagodzący, a czasem nawet i usuwający zupełnie ciężkie objawy nerwowe, występujące po spowodzeniu sztucznego *climacterium*, lub też zjawiające się po naturalnem ustaniu miesiączkowania. Stosuje on jajniki świńskie, krowie i cielęce wysuszone i sproszkowane w ilości pół grama na pastylkę. JAKOBS również poczytuje wyciąg jajnikowy za najlepszy środek do zwalczania zaburzeń nerwowych, występujących po sztucznem przerwaniu [przez wycięcie jajników] lub też po naturalnem ustaniu miesiączkowania. Przepisuje on zwykle wino (*Ovarienwein*), zawierające wyciąg jajników krowich, fabrykacyi LAMOTTE'a i CHERFEY'a w Brukseli. Dzienna dawka [20,0] tego wina odpowiada 20-u centygramom wyciągu jajnikowego. Płynny wyciąg jajnikowy był także i podskórnie stosowanym. BODON zaś i MOND z kliniki WERTH'a stosowali z dobrym skutkiem owarynę MERCK'a [2—4 do 6-u pastylek dziennie].

SPILMANN i ETIENNE, wychodząc z zasady, że blednica (*chlorosis*) jest następstwem choroby jajników, zastosowali w 6-ciu przypadkach tego cierpienia jajniki zwierzęce, pod postacią jużto świeżych jajników owczych, już też wysuszonej substancji jajnikowej, już wreszcie soku jajnikowego [BROWN-SÉQUARD'a]. W 3-ech przypadkach [pomimo dość wysokiego odczynu po zadaniu tego środka] skutek był widoczny: stan ogólny się poprawił, bledność znikła, ilość czerwonych ciałek krwi znacznie się zwiększyła, wreszcie zjawiała się miesiączka. Według TOUVENAINT'a, substancja jajnikowa działa doskonale przy braku miesiączki (*amenorrhoea*) i przy blednicy.

Najciekawsze jednak są spostrzeżenia JOUIN'a i BELL'a, którzy wypróbowali organoterapię w cierpieniach *par excellence* ginekologicznych. Pierwszy z nich zastosował tyreoidynę (*thyreoidinum*) przeciwko włókniakom macicy. Opierając się na 75-ciu przypadkach, J. przychodzi do przekonania, że tyreoidyna nie tylko wpływa dodatnio na zmniejszenie się guza, lecz działa też skutecznie i na krwotoki maciczne. Prócz tego tyreoidyna powstrzymuje krwawienia maciczne pochodzenia klimakterycznego, jako też nawet i te krwotoki, które zależą od raka macicy. W zaburzeniu harmonii między czynnością gruczołu tarczowego a czynnością jajników J. upatruje przyczynę wielu chorób. Choroba BASEDOW'a i zaburzenia nerwowe, rozwijające się po sztucznem lub naturalnem ustaniu miesiączkowania lub zależące od zaniku narządów płciowych, są wyrazem wzmoczonej czynności gruczołu tarczowego obok jednocześnie upośledzonej czynności jajników; przekrwienia zaś i krwotoki narządów płciowych, jako też nowotwory macicy są następstwem wzmocnienia czynności gruczołu tarczowego. W pierwszej więc grupie chorób radzi J. podawać do wewnątrz substancję jajnikową, w drugiej zaś — substancję gruczołu tarczowego.

BELL zaś otrzymał dobre wyniki, stosując wyciągi rozmaitych narządów [gruczołu tarczowego, ślinianki, gruczołu piersiowego] przeciwko rakom i włókniakom macicy, przeciwko krwotokom macicznym innego pochodzenia, przeciwko obrzmiom jajników i jajowodów. Działanie skuteczne tych środków B. opiera na następującem rozumowaniu. Zdrowy stan skóry, błon śluzowych i tkanki łącznej podskórnej zależy ponajwiększej części od czynności

prawidłowej gruczolu tarczowego. Skoro więc czynność gruczolu tego zostanie upośledzona, to przy sprzyjających okolicznościach błona śluzowa szyi macicznej i części pochwowej może uleść zwyrodnieniu nowotworowemu. Przez podawanie więc wyciągu z gruczolu tarczowego, można do pewnego stopnia wyrównać zбочzenie czynności gruczolu.

Zachęcony tak dobrymi wynikami KLEINWAECHTER (*Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. T. XXXVII. Z. III*) postanowił również spróbować działania wyciągów narządowych w odpowiednich cierpieniach narządów płciowych kobiecych. W pracy swej autor zdaje sprawę z 9-ciu przypadków, które przytacza szczegółowo. Między nimi było 5 włókniaków macicy, dwa raki macicy i dwa przypadki miesiączkowania bolesnego. K. stosował wyłącznie tyreoidynę pod postacią pastylek, zawierających 0,3 tyreoidyny i leczenie zaczynał zwykle od 1 albo też połowy pastylki *pro die*. Po 6—8 dniach, jeśli nie ujawniło się działanie uboczne [tyreoidyna jest trucizną sercową!], powiększał dawkę do 1½—2 pastylek dziennie. Największą dawkę stanowiły 3 pastylki dziennie.

Co do włókniaków macicy, to K. przekonał się dowodnie o dodatnim wpływie tyreoidyny na krwotoki maciczne. Pod jej działaniem nie tylko ustawały krwotoki nietypowe, lecz i obfite krwawienia miesiączkowe stawały się regularniejszymi, a niekiedy ustawały na pewien czas zupełnie. O zmniejszeniu się objętości guza pod wpływem tyreoidyny autor nie jest tak przekonany, jak JOURN i BELL; spostrzegał zaś tylko skurcze macicy.

W dwóch przypadkach raka macicy K. przekonał się, że pod działaniem tyreoidyny krwotoki maciczne ustawały na długi przeciąg czasu; czy jednak tyreoidyna wywiera także wpływ swoisty na sam nowotwór, jakto utrzymuje BELL, o tem autor nie może jeszcze nic stanowczego powiedzieć; w każdym razie w obu przypadkach zdawało mu się, jak gdyby rozrost nowotworu uległ zwolnieniu.

K. przekonał się jeszcze, że przy typowej neurastenii i histeryi organoterapia działa szkodliwie, pogarszając stan chorych.

Wreszcie wypada wspomnieć, że R. v. BRAUN, chcąc, stosownie do idei PROCHOWNIK'A, ograniczyć rozrastanie się płodu celem uchronienia pewnej ciężarnej ze zwężoną miednicą od kraniotomii podczas spodziewanego za kilka miesięcy rozwiązania, zastosował u niej również tyreoidynę. Ciężarna, która przy rodzeniu pierwszego dziecka podległa kraniotomii, tym razem, spożywając po jednej pastylce tyreoidyny dziennie w ciągu ostatnich 4-eh miesięcy, urodziła na czasie dziecię żywe, ważące 3200,0.

Zweigbaum.

Wiadomości bieżące.

— Dnia 12 b. m. na ulicy Stawki [plac Broni] oddano do użytku publicznego pierwszą w naszym mieście kąpiel ludową. Są to ciepłe natryski, wydawane w odpowiednio urządzonej budynku, składającym się z 8 pokoiów [kabin] dla mężczyzn i 3—dla kobiet oraz jednej wanny. Kąpiele wydawane są codziennie od 4—10 po południu, w soboty prócz tego od 7—4 po południu, a w niedziele od 7—12. Natrysk z ręcznikiem i mydłem kosztuje 3 kop., wanna 10 kop.. Licząc na jedną kąpiel wraz z ubieraniem 15 minut, z kąpeli korzystać może na tydzień przeszło 2500 osób. Koszt budynku wraz z urządzeniem wewnętrznem wynosił 9000 rubli, Inicytatorami kąpeli ludowych u nas byli kol. ST. MARKIEWICZ, zmarły już LUDWIK NATANSON, prof. BARANOWSKI i ks. CHELMICKI, Za pomocą ofiar zebrano dotychczas 27000 rubli. Pozostały fundusz będzie użyty na wystawienie większej ilości podobnych kąpeli w różnych

dzielnicach miasta. Uprzysiężenie najbiedniejszym korzystania z dobrodziejstw mydła i wody uważamy za fakt niezmiernie doniosły. Iluż to mieszkańców naszego miasta używa kąpeli raz do roku, a ilu jest takich, którzy kąpią się tylko wtedy, gdy się dostaną do szpitala. Lekarze szpitalni wiedzą coś o tem! Niechlujstwo i niedbalstwo o czystość skóry tak są zakorzenione we wszystkich [nie tylko najbiedniejszych] warstwach naszego społeczeństwa, że wszelki krok naprzód w kierunku uprząstąpienia i spopularyzowania kąpeli witamy z uznaniem i radością.

— Przeludnienie w szpitalach naszych dochodzi już do bezprzykładnych rozmiarów. Pomimo że tłumy chorych odchodzą od wrót szpitalnych z t. zw. biletami odmownymi, sale przepelnione są po brzegi przez tych, którym przyjęcia odmówić niepodobna. Brak już jest nie tylko miejsca, łóżek, ale pościeli i bielizny. *Census* przy kwalifikacji chorych do szpitala podniósł się już tak wysoko, że trzeba być albo umierającym, albo ciężko rannym, albo... wysoko protegowanym, aby się dostać na kurację do szpitala. Dostawszy się zaś do tej niedostępnej instytucji, nowoprzybywający chory ma perspektywę leżenia na barłogu na podłodze, albo wysłuchania złorzeczeń dawniej leżącego towarzysza, którego z łóżka spędzają „na ziemię”. Na to zło krzyczące nie pomagają i nie pomogą żadne środki paliatywne, jak: wypisywanie niedoleczonych chorych, przystawianie tu i ówdzie po kilka łóżek, ani nawet przenosiny szpitali z jednego miejsca na drugie. Po prostu koniecznym jest wybudowanie jednego większego szpitala lub kilku mniejszych. W tym kierunku należałoby wyzyskać ofiarność publiczną, zainteresować tą sprawą szeroki ogół i nie oczekując na inicjatywę ztamtąd, zkąd ona nie przyjdzie, wziąć się do dzieła. Nowy szpital żydowski najlepszym służyć może przykładem, jak się takie rzeczy załatwia. Ponieważ sprawy szpitalne najlepiej znane są lekarzom, pożądaną byłoby rzeczą, ażeby z ich grona wyszła inicjatywa, która, o ile się wesprze na trwałej podstawie materialnej, z pewnością znajdzie poparcie i pomoc u władz.

— **Komitet Zarządzający Kasą pomocy dla osób pracujących na polu naukowym** imienia D-a J. MIAŃOWSKIEGO ma zaszczyt do powszechnej podać wiadomości, iż zmarły d. 9 listopada 1891 r. WŁADYSŁAW PEPEŁOWSKI uczynił Kasę Pomocy spadkobierczynią swego majątku, od którego dochody przeznaczył na popieranie wydawnictwa broszur i podręczników naukowych, zawierających najlepsze i najnowsze wskazówki rozwoju rolnictwa, rzemiosł i rękodzieł w kraju naszym, wyłożone jasno, popularnie, poprawnym językiem polskim, przystępnie dla ogółu rolników, rzemieślników i rękodzielników, zastosowane do potrzeb miejscowych, na czasie, tudzież na pomoc dla autorów rzeczonych broszur lub podręczników i osób na tem polu pracujących. W wykonaniu zapisu tego, na którego przyjęcie Kasa pomocy właściwie zezwolenie Władzy rządowej uzyskała, Komitet Zarządzający Kasą oświadcza gotowość wejścia w bliższy stosunek z Pp. wydawcami lub autorami dzieł, odpowiadających wyżej wyluszczonej określeniom i warunkom, celem zapewnienia dziełom tym lub wydawnictwom poparcia, jakieby się okazało potrzebnem i możliwem. Osoby pragnące uzyskać dla swych dzieł, czy nakładów pomoc pieniężną, proszone są o zgłaszanie się osobiste do biura Komitetu Kasy Pomocy w Warszawie, przy ulicy Niecałej Nr. 7 lub o nadsyłanie pod tymże adresem żądań, wyluszczonych na piśmie.

Członek Komitetu, Sekretarz:

Feliks Kucharzewski.

Prezes Komitetu:

H. Struve.

Do dzisiejszego N-ru Gaz. Lek. dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów: „Katalog nowych dzieł” księgarni E. Wendego i S-ki za m. styczeń 1898.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

WINO SAINT-RAPHAËL

rokomenduje się jako:

toniczne, wzmacniające i pomagające trawieniu.

Wybornego smaku.

Zachowuje się sposobem Pasteura.

Każda butelka opatrzona pieczęcią Rossyjskiej komory celnej i broszurą D-ra de Barre: O winie Saint-Raphaël, jako środka pożywnym, wzmacniającym i uzdrawiającym.

Stydyum D-ra de Barre w ruskim, niemieckim, francuskim i polskim języku wysyła się na żądanie.

Wino Saint-Raphaël sprzedaje się w lepszych handlach win, aptekach i aptecznych składach Rossyi.

Towarzystwo Saint-Raphaël
w Valence, Drôme (Francya).



O S T R Z E Ż E N I E.

Compagnie du Vin de *Saint-Raphaël*
Valence, Drôme, France, założona w 1872 r.

podaje do wiadomości, że zjawilo się w sprzedaży fałszowane wino Saint-Raphaël, dla tego też prosi P. P. kupujących wino by zwracali uwagę na fabryczny stempel (Trade mark) naszego wina. Każda butelka naszego wina jest opatrzona pieczęcią komory celnej, marką fabryczną i marką Związku fabrykantów dla walki z fałszykatami (Union des fabrikants pour répression de Contrefaçons), i broszura D-ra de Barre, o winie Saint-Raphaël jako o źródle Skorupski, Waligórski i we wszystkich lepszych aptekach. Nasze wino sprzedaje się

w Warszawie u P. P. Ludwik Spiess i Syn, Seidel i S-ka, Simon i Stecki, J. Mrozowski, Unitas, F. Venoulet i S-ka, K. Langner, A. Skorupski, Waligórski i we wszystkich lepszych aptekach.



Korzystając z porady i wskazówek Panów lekarzy, przygotowałem
 płyn do kąpieli balsamiczno-leśnych

we flaszках objętości 70—75 gramów, składu następującego:
 Ol. Pini pumilionis (Reichenhall), Ol. Pini foliorum (Abies pecti-
 nata), Ol. Juniperi baccarum i Ol. Terebinthinae gallici z małą
 ilością mydła alkalicznego-rozpuszczone w alkoholu.
 Płyn ten zawiera 25% wyżej wymienionych olejków eterycznych.

H. Biertümpfel

Wł. Apteki w Warszawie

K E M M E R N

Wody siarczane i borowina.

Miejscowość oddalona o 86 wiorst od Rygi, drogą Żelazną Rygsko-Tukkumską.
 Sezon r. 1898 otwiera się z dniem 20 Maja i trwać będzie do 1-go Września.—
 Kąpiele słono-siarczane, siarczano-igliwiowe, siarczano-alkaliczne, z kwasem wę-
 glanym, parowe, alkaliczne, alkaliczno-solne, alkaliczno igliwiowe, błotne
 błotne rozcieńczone.

Wody mineralne, kefir, kumys, mięsienie, frykycy, kamera inhalacyjna, elektry-
 zacya. Rocznie przyjeżdża więcej niż 2000 chorych, z różnemi cierpieniami reu-
 matycznymi, syfilitycznemi, skórnymi i kobiecemi.

Miejscowość lesista, ogromny park nowo urządzony, wieczorem i rano muzyka.
 Biblioteka, czytelnia, zabawy dla dzieci. Wille w cenie 40—150 rnbli za 6 tygo-
 dni. Pensyonaty z całkowitem utrzymaniem od 8 r. 20 k. tygodniowo.

Komunikacya z morzem za pomocą dylizansów, po 20 kop. tam i z powrotem.
 Z Rygi do Kemmern podczas sezonu chodzi do 12 pociągów na dobę, zatrzymu-
 jących się we wszystkich miejscowościach wybrzeża.

Osoby pragnące mieć szczegółowe wiadomości raczą się zwracać pod następu-
 jącym adresem.

KEMMERN

powiat Rygski

Dyrektor zakładu

D-r Med. A. Sożin.

DOM HANDLOWY

Ludwik Dzieciołowski

Warszawa, ul. Marszałkowska 39.

Reprezentacya na Królestwo Polskie Fabryki Korków Dr. F. Kieniewicz i S-ka
 w Pińsku gub. Mińskiej.

D-r M. Jakowski b. asyst. kliniki dyjagnostycznej doko-
 nywa wszelkich mikroskopowych, głównie bakteryologicz-
 nych rozbiórów wydzielin chorobowych. Ul. Wspólna 26.