

# KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: **Prace oryginalne.** I. D-r *J. Steinhaus*. Osobliwa postać gruźlicy narządów chłonnych—str. 773. II. D-r *Al. Zawadzki*. Przyczynek do kazuistyki ran postrzałowych żołądka (dokończ.)—str. 778. III. D-r *Cze-  
staw Otto*. Kryoskopia i zastosowanie jej w chorobach serca i nerek (c. d.)—  
str. 784.

IV. **Dział sprawozdawczy:** I. *Choroby wewnętrzne*. 333. *Ueber*. O sprawach auto-  
litycznych w płynach wysiękowych—str. 788. 334. *Patella*. O pochodzeniu  
t. zw. limfocytów w wysiękach gruźliczych—str. 789. 335. *Grützner*. O dzia-  
łaniu kleszczy na krew zwierzęcą—str. 790. 336. *Ekgren*. O wpływie ma-  
sażu na zachowanie się białych ciałek we krwi obwodowej—str. 790.  
337. *Zangmeister i Wagner*. O wpływie ciąży, porodu i położu na ilość  
białych ciałek krwi—str. 791. 338. *Leusser*. O sercu ruchomem—str. 792.  
II. *Choroby nerwowe*. 339. *Gorszkow*. O ośrodkach smaku i powonienia w ko-  
rze mózgowej—str. 793. 340. *Siefert*. O rozsianych rakach ośrodkowego  
systemu nerwowego—str. 795. III. XII Zjazd Chirurgów Polskich w Kra-  
kowie (dokończ.)—str. 795. IV. Sprawozdanie z posiedzeń Lubelsk. Tow.  
Lek. (dokończ.)—str. 802. V. Z Tow. lek. zagranicznych—str. 808. List  
otwarty do czytelników „Kroniki Lekarskiej”—str. 811. *Kronika bieżąca*—  
str. 811. *Zmarli*—str. 812. *Ogłoszenia*.

**Sommaire du Nr. 19.** I. D-r *J. Steinhaus*. Sur la tuberculose glandulaire—  
str. 773. II. D-r *Al. Zawadzki*. A propos des coups d'arme à feu de  
l'estomac—p. 778. III. D-r *C. Otto*. La cryoscopie dans les maladies du  
coeur et des reins—p. 784.

## I. OSOBLIWA POSTAĆ GRUŹLICY NARZĄDÓW CHŁONNYCH.

Podał

*Julian Steinhaus.*

(Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu klinicznym Towarzystwa Lekarskiego  
Warszawskiego dnia 24 Czerwca 1902).

W pierwszych dniach marca r. b. przyjęto do szpitala Żydow-  
skiego na oddział D-ra *Freidensohna* chłopca 14-to letniego,  
A. Chr. z Łomży; dolegliwości, na jakie narzekał, stanowiły kaszel,  
męczący go od kilku miesięcy, i poty nocne.

Główne objawy, spostrzeżone u chorego przy badaniu w szpitalu były następujące: rzężenia w płucach, kaszel z ropną wydzielina, oddech oskrzelowy pod obojczykami, stępienie odgłosu wypukowego na lewym wierzchołku; tępość ta z przodu schodzi niżej i przechodzi bezpośrednio w tępość serca; gruczoły chłonne szyjowe i pachowe powiększone.

Na podstawie danych powyższych rozpoznano początki gruźlicy płuc i gruźlicę gruczołów chłonnych.

W ciągu pobytu chorego w szpitalu obserwowano stopniowe zwiększanie się tępości opukowej na klatce piersiowej z przodu, tak, iż po czterech tygodniach tępość po obu stronach i nad mostkiem dochodziła wdół od wierzchołków do czwartego żebra, a oddechu na tej przestrzeni wcale się już nie słyszało. Na lewo od mostka zwracało jednocześnie uwagę stopniowe wypuklenie się górnego odcinka ściany klatki piersiowej i nastrzyknięcie żył podskórnych w górnej połowie klatki piersiowej. Jednocześnie skarżył się chory na rosnącą trudność oddychania i przymieszkę krwi do płwociny.

W tydzień później zjawił się obrzęk dolnych kończyn i brzucha i chory słabł coraz bardziej. Pod wpływem wyników obserwacji pacjenta, która wykazywała stopniowe zwiększanie się gruczołów chłonnych i coraz znacniejszego rozszerzania się tępości w górnej połowie klatki piersiowej, rozpoznanie pierwotne zostało zmodyfikowane i D-r *Freidensohn* skłonił się do dyagnozy guza śródpiersia z przerzutami w gruczołach chłonnych; przytem obrzęki dolnych kończyn i brzucha pozwalały sądzić, że i gruczoły jamy brzusznej są również zajęte przez przerzuty.

Do powyższych cierpień przypadkowo przyłączył się zastrzał na trzecim palcu lewej ręki, z którego zakażenie ropne przeszło drogą naczyń chłonnych do okolicy stawu łokciowego i wywołało tu przy lekkiej gorączce (38°C) obrzęk zapalny.

Chłopiec zmarł przy objawach dusznicy i obrzęku całego ciała d. 24 kwietnia.

Sekeyi dokonałem następnego dnia w południe.

Ciało chłopca było budowy delikatnej i miernie odżywione. Skóra obrzękła na całej przestrzeni. Odcinał się od tego obrzęku ogólnego silny obrzęk zapalny okolicy stawu łokciowego lewego (przy zastrzale na 3 palcu lewej ręki). Po przecięciu skóry na tem miejscu przekonaaliśmy się, że obrzęk przechodził już w ropienie. Na trupie uderzało wypuklenie górnej połowy klatki piersiowej z przodu, szczególnie wydatne na lewo od mostka. Mostek zrosnięty do wysokości przyczepu 3-iego żebra z guzem bulwiastym, zajmującym górną część



śródpiersia, rozrośniętym przeważnie w lewo, odpychającym wdół płuca i serca. którego wierzchołek znajduje się na 6 żebrze. W prawej jamie płucnej górna  $\frac{1}{4}$ , w lewej—górną  $\frac{1}{3}$  część zajęte są przez nowotwór, który po stronie lewej między 1 a 2 chrząstką żebrową przeżarł mięsień i wyczuwa się przez skórę. Spistość guza twarda, barwa jego na przekroju żółtawa. Gruzoły chłonne szyjowe, nadobojczykowe, pachowe, śródpiersiowe i oskrzelowe znacznie powiększone, zrośnięte w większe masy, spistości średniej, na przekroju bladoszarawe, bez mas serowatych, miejscami białawe, jakby nekrotyczne. Zrosty płuc ze ścianą klatki piersiowej słabe a obfite, między zrostami trochę płynu surowiczego; z guzem płuca zrośnięte na całej przestrzeni, w górnej części bezpowietrzne, w dolnej części nieco obrzękłe. Bronchitis et peribronchiolitis purulenta. Mięśnie, tkanka podskórna i w jamie piersiowej obrzękłe.

W jamie brzusznej prawie litr płynu przesiąkowego. Wątroba i śledziona opuszczone wraz z przeponą, której wierzchołek dosięga 6 żebra. Wątroba trochę powiększona, muszkatolowa (stłuszczona), zawiera 6 różnej wielkości (do jabłka) twardych, żółtawych guzów, ostro odgraniczonych od mięszu. Śledziona twarda, powiększona, czerwona, usiana wielką ilością guzików (od ziarna prosa do orzecha) barwy szaroczerwonej. Omentum, mesenterium obrzękłe, otrzewna gładka, lśniąca. Nerki bez zmian, żołądek i kiszka również. Gruzoły chłonne w jamie brzusznej i na kończynach dolnych nie powiększone.

Organy płciowe niedorozwinięte; jądra wielkości migdała, prawe w mosznie, lewe w jamie brzusznej.

Ogłędziny pośmiertne zdawały się więc potwierdzać rozpoznanie kliniczne. Mielśmy do czynienia z guzem śródpiersia, który zajął i znacznie powiększył grasicę i wszystkie gruzoły chłonne górnej połowy ciała i dał przerzuty w wątrobie i śledzionie.

O charakterze guza mogło poinformować jedynie badanie mikroskopowe; przypuszczać należało lymphoma lub lymphosarcoma, bodaj nawet pseudoleukemię (badanie krwi za życia leukemii nie wykazało, lecz tylko umiarkowaną leukocytozę).

Oto wynik badania mikroskopowego.

Grasica przekształconą została w masę łącznotkankową, miejscami luźniejszą, miejscami bardziej zbitą. W luźniejszej znajdowały się większe lub mniejsze skupienia limfocytów; w bardziej zbitej limfocytów już było bardzo mało, lecz za to występowały w ilości znacznie większej komórki, które zwracały uwagę swoją wielkością—były 3—10 razy większe od limfocytów—posiadały kształt bardzo rozmaity,



jedno lub więcej jąder, mocno się barwiących. Komórki te leżały w szczelinach tkanki łącznej, najczęściej nie przylegając szczelnie do ich ścian, lecz pozostając w połączeniu z niemi dzięki wyrostkom, często bardzo licznym.

Cała masa tkankowa, wyżej opisana, nacieczoną była leukocytami wielojądrowymi (nacieczenie zapalne). Miejscami tkanka podlegała nekrozie—jądra znikały, [zaródź rozpadała się i przekształcała w masę ziarnistą i tylko, najdłużej zachowująca, się włóknistość substancji międzykomórkowej pozwalała rozpoznawać dawniejszą budowę.

*Gruczoły chłonne* posiadały taką samą budowę; prawie nigdzie nie znajdujemy normalnej budowy; gdzieniegdzie wśród tkanki spotykaliśmy pojedyncze gruczołki.

*Guzy wątroby i śledziony* były tak samo zbudowane, tylko gruczołki były tutaj liczniejsze. Nadto wśród tkanki wątroby i śledziony po za guzami znajdujemy pojedyncze gruczołki.

Barwienie na laseczniki Kocha wykazało ich obecność w niewielkiej ilości w gruczołkach; po za nimi gdzieniegdzie tylko udało się nam wykazać ich obecność wśród tkanki granulacyjnej guzów.

Powyzszy wynik badania mikroskopowego pozwala nam z całą stanowczością wykluczyć limfomat, limfosarkomat lub pseudoleukemię; wykazuje on jednocześnie, że badane narządy zajęte były przez proces gruczołowy. Pozostawała wszakże jeszcze kwestya natury procesów, które doprowadziły do przekształcenia grasicy i gruczołów chłonnych w wielkie guzy i które wywołały rozwój guzów przerzutowych w wątrobie i śledzionie.

Na pierwszym planie stanąć musiało przypuszczenie, że mieliśmy do czynienia z mięsakiem (lub włókniakomięsakiem) gruczołów chłonnych z przerzutami. Jednakże dokładniejsze badanie przekonywa, że dyagnoza mięsaka nie ma racji bytu. Już dane sekcyjne przemawiają przeciwko mięsakowi: gruczoły chłonne pozostały w swojej otoczce, nigdzie przerwania jej i nacieczenia nowotworowego otaczających tkanek nie znajdujemy. Obrazy mikroskopowe również nie odpowiadały mięsakowi. Naczynia o ścianach, których grubość odpowiada kalibrowi, rozszerzone przestrzenie i naczynia limfatyczne, przepelnienie naczyń krwią, nacieczenie tkanek leukocytami wielojądrowymi, wszystkie te szczegóły przemawiają przeciwko mięsakowi, a na korzyść przypuszczenia procesu zapalnego. Jakież to mógł być ten proces zapalny, który objął takie wielkie terytorya, w takich rozmaitych narządach się rozwinął, trzymając się jednak wyłącznie tych organów, które zbudowane są całkowicie z tkanki limfoidalnej lub przynajmniej w nią obfitują. Współobecność w tych narządach ty-



powych zmian gruźliczych i to zarówno wśród opisanych mas tkankowych nowowytworzonych, jak i w niezmienionych częściach, kazała w tę stronę zwrócić uwagę. Z powodów łatwo zrozumiałych ani hodowle, ani szczepionki na zwierzętach nie mogły już być dokonane. Barwienie wykazało obecność laseczników prawie tylko w tych miejscach, gdzie zmiany były typowe dla gruźlicy; wogóle wszakże ilość laseczników była minimalna.

W literaturze udało się znaleźć analogie, przemawiające za tem, że, istotnie, procesy, z jakimi mieliśmy tu do czynienia, mają charakter gruźliczy.

Sternberg<sup>1)</sup>, pracujący pod kierunkiem Paltau'fa, zebrał szereg przypadków, w których za życia dyagnoszowaną była pseudo-leukemia (lub limfosarkomatoza) i w których seceye zdawały się potwierdzać tę dyagnozę, podczas kiedy badanie mikroskopowe wykazało takie same zmiany, jakie znaleźliśmy w naszym przypadku, częścią jednocześnie z typowymi rozrostami gruźliczymi, częścią zaś bez nich. W kilku z tych ostatnich przypadków znajdował autor w „guzach“ śledziony, wątroby, gruczołów chłonnych i t. d., laseczniki gruźlicze wśród owych dziwnych granulacyi, które wyżej opisaliśmy.

To samo znalazł Waetzoldt<sup>2)</sup> w swoim przypadku. Tangl i Brentano<sup>3)</sup>, choć w ich przypadku badanie mikroskopowe gruczołów chłonnych nigdzie nie wykazało gruźlicy, otrzymali jednak po zaszczerpieniu kawałków z tych gruczołów zwierzętom typową gruźlicę. Taki sam był wynik szczepień Sabrazès'a<sup>4)</sup>.

Wszystkie te przypadki zgodnie skłaniają nas do przypuszczenia—za przykładem Sternberg'a, że istnieje pewna osobliwa postać gruźlicy narządów chłonnych, cechująca się znacznym rozrostem tkanki granulacyjnej, obfitującej przytem w niezwykle wielkie, często wielojądrowe komórki. Tkanka ta rozrasta się tak bujnie, że w wielu narządach zastępuje zupełnie tkankę właściwą organów. Umieszczenie tych rozrostów tkankowych w gruczołach chłonnych było powodem, że autorowie, którzy spotykali i opisywali takie przypadki,

1) C. Sternberg. Ueber eine eigenartige.. Tuberculose des lymphatischen Apparates. Zeitschrift für Heilkunde XIX. p. 21—90.

2) Waetzoldt. Pseudoleukaemie oder chronische Miliartuberculose. Centralblatt f. klin. Med. 1890. Nr. 45.

3) Tangl i Brentano. Zur Aetiologie der Pseudoleukaemie. Deutsche med. Wochenschrift. 1891. Nr. 12.

4) Sabrazès. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux. 8 Février 1892. cyt. według Sternberg'a.

a nie uzupełniali swoich obserwacji badaniem histologicznem, zaliczali je do pseudoleukemii (najczęściej) lub do limfosarkomatozy. Większość przypadków pseudoleukemii, jak o tem przekonywają badania Sternberg'a (l. c.), okazuje się właściwie ową osobliwą postacią gruźlicy narządów chłonnych. W końcowych okresach choroby często występuje obok owych rozrostów granulacyjnych typowa prosówka, tak samo jak w zwykłych przypadkach typowej gruźlicy gruczołów chłonnych.

Z kolei należało by się zająć kwestyą, od czego zależy osobliwy przebieg i osobliwy obraz histologiczny owych, klinicznie identycznych z pseudoleukemią i limfosarkomatozą, przypadków gruźlicy? Czy od stopnia jadowitości zarazka, czy od reakcyi ustroju zakażonego, czy też od innych przyczyn? Kwestya wszakże jest jeszcze za świeża, za mało dotychczas zbadano przypadków i za późno, bo dopiero przy badaniu mikroskopowem stawiana była dyagnoza właściwa, by na powyższe pytanie można było odpowiedzieć z dowodami w rękach.

---

## II. PRZYCZYNEK

do

# KAZUISTYKI RAN POSTRZAŁOWYCH ŻOŁĄDKA.

(Odczyt, wygłoszony na XI Zjeździe Chirurgów Polskich w Krakowie).

PODAŁ

*Aleksander Zawadzki.*

*(Dokończenie).*

Wyżej wspomniałem, że objawy przy ranach postrzałowych brzucha są bardzo zmienne. 1) Shock może być przy ranach drążących, ale może go i nie być, może być nawet przy ranach nie drążących—zależy to od okoliczności i indywidualności chorego. Ból jest równie wskazówką zmienną (dwa przypadki Verneuil'a). 3) Wymioty, szczególnie krwawe, lub także stolce dają nam prawo podejrzewać zranienie trzewiów, lecz nie dają pewności (przyp. Aievoli, Andrews'a). 4) Wypadnięcie trzewiów niezmiernie rzadkie. 5) Wypływ soku—wychodzenie gazów niezbyt częste (Gabszewicz, mój przy-



padek). 6) Zmniejszenie się pasa stępienia w okolicy wątroby (Bryant, Karczewski) również nie zawsze występuje.

O technice operacyjnej nie wspomnam, gdyż pięknie i wyczerpująco opisał ją Karczewski 24). W końcu pozwolę sobie przytoczyć jeszcze 2 przypadki uszkodzeń żołądka. 1) Chory, lat 20, przedtem zupełnie zdrowy, niedawno pił i jadł, otrzymał pchnięcie nożem w brzuch. Rana powłok brzusznych wielkości 2 cm., nieco w lewym podbrzeżu, bardzo blisko białej smugi. W godzinę potem operował chorego z moją pomocą kol. B o r z y m o w s k i. Laparotomia: cięcie w smudze białej, po otworzeniu otrzewny krwawi wątroba—przebity brzeg lewego płata nawskroś, rana kluta przedniej ściany żołądka, nieco krwawej zawartości w jamie brzusznej. Szew materacowy na brzegi rany wątroby, szew trzypiętrowy na ściany żołądka, pozostawiono sączek z gazy jodoformowej, ranę częściowo zaszyto, 5-go dnia wyjęto sączek, 20-go dnia wyzdrowienie. 2) Przy przestawianiu wielkich żelaznych syfonów z wodą sodową jeden z nich eksplodował. Dezynfektor, l. 30, który pracował przy tych syfonach, otrzymał straszne uderzenie w brzuch. W 10 minut potem przybyłem na miejsce wraz z kol. J a s i e l e w i c z e m, lekarzem dyżurnym Pogotowia Ratunkowego. Chory blady, tętno małe, szybkie, twarz pokryta zimnym potem, mówi cichym głosem. Z lewej strony brzucha, mniej więcej w połowie jego (pod i nad pępkiem) skóra kontuzjowana, małe obtarcie; przy obmacywaniu czuje się jakby przerwę pośród mięśni, w jednym zaś miejscu gazy pod skórą. Chory został natychmiast przewieziony do szpitala Dzieciątka Jezus, gdzie wraz z kol. K o c i a t k i e w i c z e m przystąpiliśmy do operacji. Wymiotów nie było. Laparotomia, cięcie w smudze białej. Otrzewna przysięciana i mięśnie brzucha rozerwane, poszarpane—krwawe podbiegi, tylko skóra pozostała całą w miejscu uderzenia. W jamie otrzewny w wielkiej ilości masy pokarmowe, zmieszane z krwią. Na kiszkiach, kresce kiszek liczne podbiegi krwawe. Połowa przedniej ściany żołądka, (idąc prostopadle po przedniej ścianie żołądka ku wielkiej krzywiźnie, dalej przez wielką krzywiznę) i połowa tylnej ściany—pęknięte. Trzypiętrowy szew na ściany żołądka, obfite przemycie jamy otrzewny roztworem soli, szew na aciany brzuszne, sączek z gazy jodoformowej w dolnej części rany. Ze stołu operacyjnego chorego zdjęty w tym że shock'u. 2 razy zrobiono mu podskórne wlewanie roztworu soli po  $\frac{1}{2}$  litra. W 9 godzin po operacji umarł w shock'u. Jedno mocę zanotować, że szalone bóle, na które uskarżał się chorego przed operacją, ustąpiły; w odstępach dwugodzinnych mówił 2 razy, że mu lepiej, bólów żadnych nie ma. Przy-



padek podobny opisał S z t e y n e r 64), więcej ich podał R e h n 65) i inni.

W końcu dwa słowa o postępowaniu wobec ran brzucha, jakie praktykuje się u nas w Warszawie na Pogotowiu Ratunkowem, mówię o postępowaniu doraźnem.

Jeżeli trzewia nie wypadły, na ranę kładziemy kawałek wyjałowionej gazy, okolicę rany obmywany tamponem, zmoczonym w spirytusie mydlanym, potem eterem, opatrunek, bandaż. Jeżeli trzewia wypadły—okrywamy je serwetą wyjałowioną, podkładamy aż do brzegów rany drugą serwetę, zresztą obmycie jak wyżej, opatrunek bandaż; trzewiów nie wprowadzamy, gdyż to bez rozszerzenia rany nie udaje się. Chory otrzymuje w miarę potrzeby środki pobudzające, lub w razie podejrzenia na drażącą ranę trzewiów—morfinę pod skórę.

Po napisaniu tej pracy dnia 3-go sierpnia miałem sposobność spostrzegania jeszcze jednego przypadku rany postrzałowej żołądka. Żołnierz, l. 24, o g. 12 w południe, zdejmując z ramienia pojedynkę nabitą prochem, śrócinami, solą i płótnem, nieostrożnie spowodował wystrzał, przy czem otrzymał ranę w lewy bok. Chory przewieziony karetką Pogotowia do szpitala na Pradze. Dobrze zbudowany, bładny, oczy przymknięte, oddech 26 na minutę, tętno—96, słabe. W okolicy 7-go żebra, nieco ku przodowi od przedniej lewej sutkowej linii, owalna szarpana, rana o średnicy około 3 ctm. Wokoło tej rany silne oparzenie na przestrzeni 5 ctm. w średnicy. W głębi rany widać dolny brzeg 7-go żebra (kość uszkodzona) i obnażony nieuszkodzony brzeg 8-go żebra. Z otworu rany wypływają cząstki pokarmów (kartofle, chleb). Na stole operacyjnym wymioty—miazgą pokarmową bez krwi. O g. 4-ej po południu laparotomia. Operował kol. R a u m, naczelny lekarz szpitala na Pradze, z moją pomocą. Rozpoznanie przedoperacyjne: rana postrzałowa opłucny przepony i żołądka. 2 cięcia po przez ranę, krzyżujące się, wycięcie 7 i 8-go żebra na przestrzeni 5 ctm. Lewe płuco spadnięte, w jamie opłucny znaczna ilość zawartości żołądka. W przedniej części przepony rana, długa na 5 ctm., w niej uwieczniona część sieci. Sieć reponowana, na brzegi rany w przeponie 2 piętrowy szew, cała jama opłucny czasowo wytamponowana. W drugiej części operacji—cięcie w smudze białej od wzrostka mieczykowatego, nie dochodząc do pępka na 4 ctm. W przedniej ścianie żołądka, bliżej wpustowej jego części, szarpana rana z nierównymi brzegami o średnicy około 4 ctm. W jamie otrzewny znaczna ilość miazgi pokarmowej. Na brzegi rany żołądka trzypiętrowy szew; jamę otrzewny oczyszczono wyjałowionymi tamponami. Częściowy szew na ściany brzucha, zresztą 2 worki Mikulicza. In-



nych uszkodzeń nie znaleźliśmy. W jamie lewej opłucny również pozostawiono gazę. Godz. 10 wieczorem: tętno 120, słabe, oddech przyspieszony (40), powierzchowny. Wlewanie roztworu fizyologicznego soli (200 ctm.) do prostnicy. Chory uskarża się na silne pragnienie i ból przy oddychaniu. 1 godz. po północy: tętno 130, słabe, chory obłany obficie potem, twarz zimna, nogi ciepłe, przytomny. Wlewanie 200 ctm. z soli do prostnicy, kamfora, kofeina podskórnie. Wymioty, w wymiocinach 2 kawałki płótna. Godz. 6 $\frac{1}{2}$  rano — mors przy objawach dalszych zapaści. Badanie pośmiertne (notuję dane, nie znane z opisu operacji): w małej miednicy około szklanki czerwono-burej krwi, po bokach kręgosłupa również płynna krew. Na ścianie żołądka szew na przestrzeni 3 ctm. trzyma dobrze, w żołądku kawałki płótna, pestki wisien, kilka ziaren śrótu. Na błonie śluzowej żołądka wybroczyny. Mięsień serca miękki, zwioteczały, w pobliżu tętnicy płucnej skrzep krwi, wielkości ziarna pszenicy. Prawa komora pusta, prawy przedsionek napełniony płynną krwią i skrzepami. Wad organicznych zastawek niema. W jamie płucnej lewej około 1 $\frac{1}{2}$  litra krwawego płynu. Prawe płuco zrosnięte tego z opłucną na całej przestrzeni. Zresztą nie znaleziono nic nieprawidłowego. Śmierć w danym przypadku należy przypisać schockow'ii, niewątpliwie kontuzya serca odegrała rolę bardzo znaczną.

## Literatura.

1. Lagard 1900. United States Army Blessures par des fusils du calibre réduit (résultats fournis par la campagne de Santiago).
2. Rosch und Velde. Kriegschirurgische Erfahrungen aus dem griechisch-türkischen Krieg 1897. Deutsche militärärztliche Zeitschrift. 1898. Heft 10 und 11.
3. W. Petersen. Zur Behandlung der Bauchschüsse. Muenchener Med. Woch. № 15, str. 572.
4. Otis. Med. and surg. hist. of the war of the rebellion. Surg. vol. pt. II. 1876.
5. Fischer. Kriegschirurgie.
6. V. Nussbaum de München. Die Verletzungen der Unterleibe. Deutsche chir. von Billroth und Lücke. Lief. 44. 1880.
7. W. Coley. Amer. Journal of med. Sciences 1891, marzec.
8. W. Coley. Boston med. and surg. Journal 18 paźdz. 1888 r. t. CXIX. № 16.
9. Lühe. Deutsche mil. Aertzte Zeitschr. 1890, XVIII, II i 1892. № 4—7.
10. Siegel. Handbuch der Pract. Chir. Bergmann-Bruns-Mikulicz.

11. Reclus et Noguès. Traitement des pénétrations traumatiques de l'estomac et de l'intestin. Revue de Chir. 10 luty 1890 r.
12. Trélat. Semaine Méd. 22 grudnia 1886 r.
13. Mac. Cormae. The Lancet 1887 r. 7 maja i dalsze №.
14. Parkes. Med. News, 1884 r. 17 maja.
15. Seun. The Journal of the Amer. med. Assoc. Chicago 1890 r. 30 sierpnia i 13 września.
16. Voy. Les discussions de la Société de chir. 1886 r. 15/XII; 1887 r. 5, 12, 9/I; 1888 r. 4/IV; 1889 r. 20/I, 13/II, 20 XI. et du Congrès français de chir. 3 session Paris 1888.
17. Vulliet. Des plaies pénétrantes de l'abdomen. Thèse de Lausanne 1897. Kwiecień.
18. Dörfli. Beitrag zur Behandlung penetrierender Bauchwunden. Muench. med. Woch. 1897 r. № 9 i 10.
19. Duroselle. Thèse de Lyon. 1894 r.
20. Bailly. Thèse de Paris. 1838. № 239.
21. Morton. Medical Record New-York, 1889. 6/VI.
22. Stimson. New-York Med. Journ. 1889. 26/X.
23. Edouard Adler. De la laparotomie exploratrice d'urgence pour traumatismes de l'abdomen. Thèse de Paris. 1892. Maj.
24. Karczewski. Kilka przypadków ran drażących brzucha. Przegl. chir. 1893 r. Z. I i II.
25. Kukula. Beitrag zur Pathologie und Therapie der Schussverletzungen des Magens. Wiener klin. Rundschau. 1899 № 51, 52, 53.
26. Jalaguier. Plaies pénétrantes de l'abdomen par armes a feu. Traité de Chir. Duplay et Reclus. Tom VI, str. 444.
27. Barnard. Thèse de Paris 1887. № 263.
28. Travers. An inquiry into the process of natur du repairing injuries of the intesties. London 1812.
29. Bull. New-York med. Journal 1885. 14/II.
30. Hamilton. Journal of the Amer. med. Assoc. 1885. 22, VII.
31. Kongres chirurgów niemieckich w 1889 r.
32. Berger. 5-ty kongres chirurgów francuskich w 1891 r., marzec.
33. P. Klemm. Zur Frage der Schussverletzung des Magendarmtractus. Deutsche Zeitschr. für Chir. 1892 r.
34. P. Klemm. Zur Pathologie und Therapie de Schussverletzungen des Magens und Darmes. Volkmanns Sammlung Klin. Vorträge. 1896. № 142.
35. Mannaberg. Zur Kasuistik der vielfachen Verletzungen des Dünndarmes Beiträge zur klin. Chir. Bd. XX.
36. Aieroli. Nota clinica su di una laparotomia per ferrita d'arma da fuoco.
37. Estor. Gazette hebdomadaire des sciences méd. de Montpellier 1891. 12 IV.
38. Chaput. Discussion sur la conduite à tenir dans les plaies pénétrantes de l'abdomen. Bull. de la Soc. de Chir. 1895 r. 16, 30/I i 6/II.
39. Bogdanik. Broń palna Mannlicherowska a przyszła wojna. Przegl. Lek. 1890 r. № 28, 32.



40. Habart. Die Geschosswirkung der 8 mm. Handfeuerwaffen. Wien. 1892.
41. Bryant. Med. News. 1886 r. 27/XI.
42. Senn. Journal of the Amer. med. Assoc. 1888. Maj.
43. Dalton. Weckly med Review. 1889, t. XIII.
44. Kocher. Corresp. blatt. für Schweiz. Aertzte. 1883. Beilage № 24.
45. Gabszewicz. Przypadek rany postrzałowej żołądka. Gaz. Lek. 1892. № 15 i 16.
46. Ad. Przyborowski. O ranach postrzałowych brzucha drążących. Medycyna. 1893. № 28—31.
47. Obaliński. Przegl. Lek. 1872. XI, 95, 105.
48. Mikulicz. O laparotomiach w przypadkach przedziurawień żołądka i kiszek. Przegl. Lek. 1885. XXIV, 83, 105, 165, 179, 208.
49. S. Schroeter. O ranach postrzałowych żołądka. Przegl. Chir. 1895, t. II, z. III.
50. Revue Hayem. 1888, t. XXXII, str. 605.
51. Morton. Medical Record New-York. 1889. 6/VI.
52. Rosenheim und Richter. Ueber Milchsäurebildung im Magen. Zeitschr. für Klin. Med. 1895, t. XXXX.
53. Karliński. Zur Frage der Infection von Schusswunden Centrbl. für B. A. 1897, t. XXII.
54. Kayser. Experimentelle Studien über Schussinfection. Beiträge zur klin. Chir., tom XXVI. Hft. 2.
55. Winslow. Report of eight cases of enetreting gunshot wounds of the abdomen, with injury to the hollow viscera. Annals of surgery 1898 r.
56. Dubujadoux. Plaie de l'abdomen par coup de feu. Dechirure de l'estomac. Plaie du foie. Hémorragie interne. Laparotomie. Guérison. Société de Chir. de Paris du 5 au 19 octobre 1898 r.
57. E. Domoulin. Société de chirurgie de Parie du 28 joun à 19 juillet 189 r.
58. Herziold. Magenschuss. Freie Vereinigungr de Chirurgen Berlins. Centrbl. für Chir. 1899 str. 494.
59. E. Marion. Arch. génér. de méd. 1899. Maj.
60. Andrassy. Schusswunde der hinteren Magenwandung. Laparotomie nach 17 Stunden. Heilung. Med. Korr. Blatt. des Würzb. Aerzte-Landes Vereins, Bd. LXX. № 40.
61. Laurent. Revue de chir. 1900. № 8.
62. Wiemuth. Die Behandlung der Schussverletzungen. Arch. für Klin. Chir. Langenbeck. 1900. Bd. 60, 482.
63. Wertheim. Przypadek rany postrzałowej żołądka, powiklanej zranieniem wątroby i nerki. Medyc. 1901 r. № 49, str. 1132.
64. Wład. Szteyner. Med. 1887. № 15.
65. Rehn. Arch. für Klin. Chir. t. LIII. 1896.

III. Z Kliniki Terapeutycznej Szpitalnej prof. A. Szezerbakowa  
w szpitalu Dz. Jezus.

## KRYOSKOPIA

i zastosowanie jej

### w chorobach serca i nerek.

Podał

*D-r Czesław Otto.*

Ordynator Kliniki Terapeutycznej Szpitalnej U. W.

(*Ciąg dalszy*).

Przedstawione dotychczas wyniki badań kryoskopowych moczu chorych na zapalenie nerek znajdują się mniej lub więcej w zgodzie ze spostrzeżeniem klinicznym. Inaczej bywa w zapaleniach śródmiąższowych, klinicznie bowiem nie zawsze udaje się rozpoznać marskość nerek z tego powodu, że większość zapaleń śródmiąższowych przebiega skrycie, bez objawów klinicznych. W innych znów przypadkach przy obecności nieznacznych obrzęków na nogach nie wykrywamy w moczu ani białka, ani wałków. Bywa i tak, że ilość wydzielanego moczu i jego ciężar gatunkowy nie budzą podejrzeń co do śródmiąższowego zapalenia nerek, chociaż jest ono już całkowicie rozwinięte. We wszystkich tych przypadkach kryoskopia moczu daje wyniki tak dodatnie, że o lepszych i marzyć nie podobna. Dla lepszego zrozumienia rzeczy rozpatrzmy wpieryw wyniki kryoskopii moczu, zgodne ze spostrzeżeniami klinicznymi.

Na tablicy fig. 11 przedstawiłem wyniki badań kryoskopowych moczu chorego, który przybył do kliniki 10. I 1902 r. z objawami kończyn dolnych. Chory lat 50, budowy dobrej, odżywiany umiarkowanie, przed 9 laty przebył ostre zapalenie nerek; pozatem nigdy nie chorował; wysokości nie używał wcale; tryb życia prowadził spokojny; żonaty, ma troje zdrowych dzieci. Na kilka dni przed przybyciem do kliniki cierpiał na silne bóle głowy i w tym samym czasie wystąpiły obrzęki na nogach. Badanie kliniczne stwierdziło nieznaczną rozedmę płuc, powiększenie granic serca w wymiarze poprzecznym, wzmożenie drugiego tonu tętnicy płucnej i głównej, tętno twarde, równe, nieznaczne powiększenie wątroby i obrzęki nóg; w moczu białka  $\frac{1}{2}/_{00}$ , i dużo wałków ziarnistych.

Kryoskopowe badanie moczu 11. I 1902 r. wykazało niedosta-



teczną czynność kłębków, ( $\frac{V\Delta}{P}$ zaledwie przewyższa 2000), niedostateczną czynność nabłonka kanalików moczowych ( $\frac{\delta V}{P} < 1300$ ), która względnie do czynności kłębków jest w wysokim stopniu niedosta-

Styczeń 1902 r.

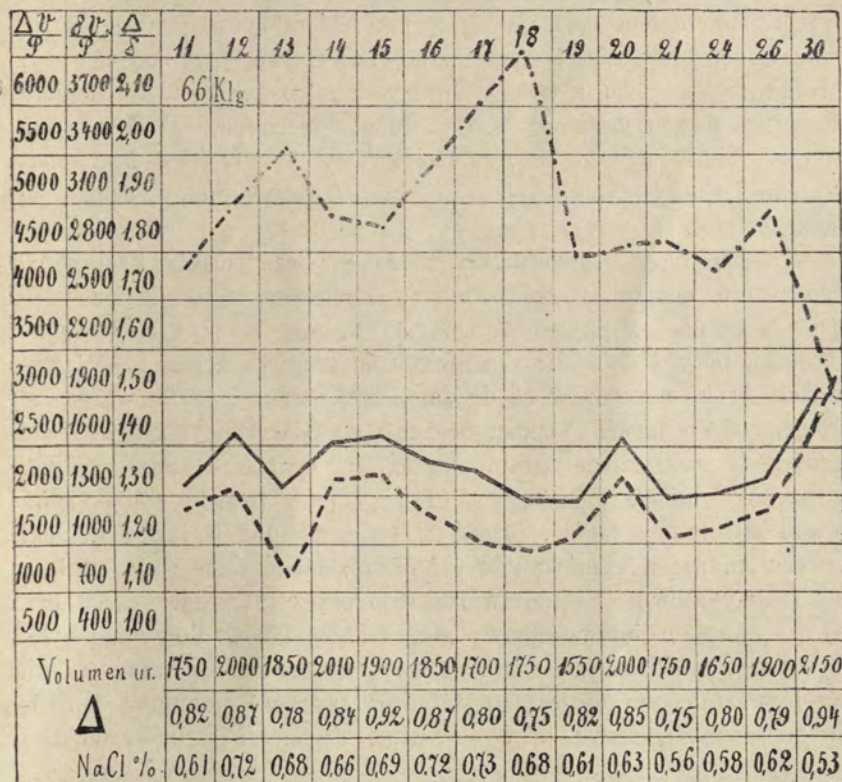


Fig. 11.

teczną. Nieznaczne upośledzenie czynności kłębków przy prawidłowej czynności serca schodzi na drugi plan, wysuwając na pierwszy upośledzoną czynność nabłonka ( $\frac{\Delta}{\delta} >$  od normy). Niedostateczna czynność nabłonka uwytadnia się jeszcze wybitniej dnia 13, 17 i 18 stycznia (absolutne zmniejszenie  $\frac{\delta V}{P}$  i absolutne zwiększenie  $\frac{\Delta}{\delta}$ ); klinicznie w te dni stwierdzono silne bóle głowy, co znajduje się w ścisłym

związku z niedostatecznym wydzieleniem cząsteczek trujących. Klinicznie trudno było objaśnić te bóle głowy, tembardziej, że badanie moczu przy obfitej diurezie wykazuje pewne polepszenie w chorobie: dnia 13-go były tylko ślady białka i wałków mniej, niż 11-go, a 14-go zginęły obrzęki; zaczawszy od 16-go ani wałków ani białka w moczu nie znajdowano; diureza wciąż w tym samym stopniu, co i na początku spostrzenia; ciężar gatunkowy moczu zawsze niski. Na podstawie tych objawów rozpoznano śródmiąższowe zapalenie nerek. Z rozpoznaniem tem zgadzają się wyniki badań kryoskopowych, mając tę przewagę, że w więcej zrozumiałej formie dają przebieg choroby. Dnia 24. I, jak widać z tablicy, przepuszczalność nerek jest dopiero całkowitą, gdy tymczasem z objawów klinicznych, należało ją już przyznać kilka dni wcześniej, co bez kwestyi byłoby błędem diagnostycznym. Chory wypisał się w pierwszych dniach lutego, czując się ogólnie dobrze.

Tablica fig. 12 przedstawia także krzywe badania kryoskopowego moczu chorych z rozpoznaniem klinicznym śródmiąższowego zapalenia nerek. M. Z., służąca, lat 36, budowy i odżywiania umiarkowanego, przybyła do kliniki z obrzękami kończyn dolnych. W wywiadach brak wskazówek co do zapalenia nerek; w ogóle czuła się zdrową, tylko od czasu do czasu zapadała na bóle głowy. Stwierdzono nieznaczne rozszerzenie granic serca w wymiarze poprzecznym, wzmoczenie drugiego tonu tętnicy głównej, tętno twarde, ślady białka i wałki ziarniste w moczu. Dnia 21 stycznia 1902 białko i obrzęki w moczu znikają, a 26-go wałków już nie znalazłem; wzmoczenie drugiego tonu tętnicy głównej i tętno twarde było przez cały czas obserwacji. Diureza obfita, ciężar gatunkowy moczu niski; bólów głowy nie było. Kryoskopowe badanie moczu (fig 12. I) w ciągu całego czasu pobytu chorej w klinice wykazuje niedostateczną czynność nabłonka kanalików moczowych, nawet przy normalnej czynności kłębków od dnia 26-go do dnia 30-go.  $\frac{\Delta V}{P} > 3500$ , gdy tymczasem  $\frac{V\delta}{P}$  zaledwie przewyższa 1600; a  $\frac{\Delta}{\delta}$  dosięga donienormalnie wysokich cyfr.

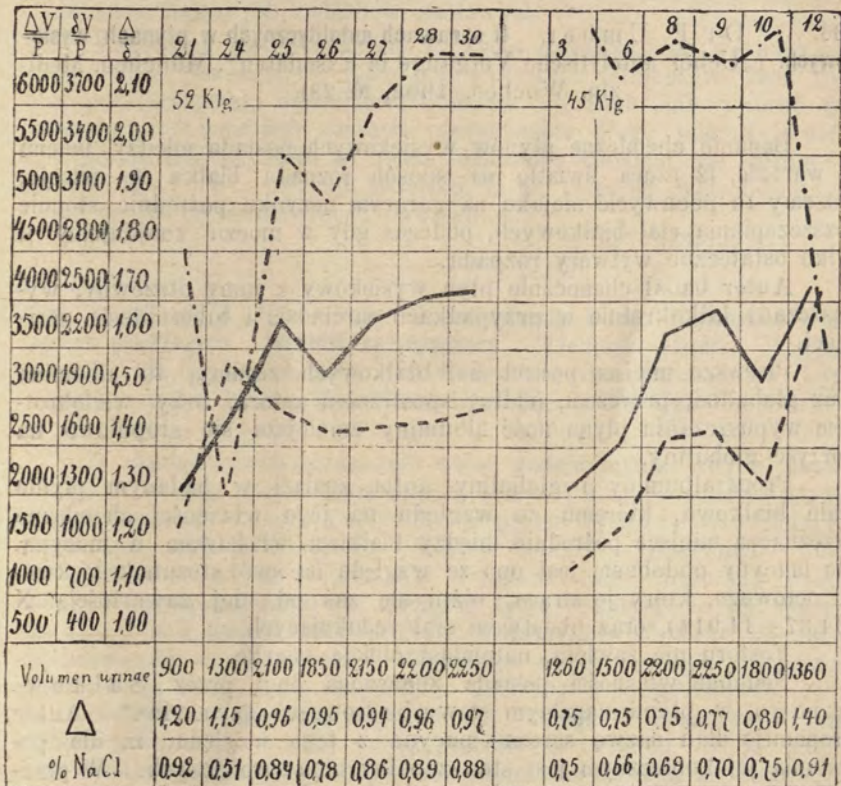
Też same prawie wyniki kryoskopii moczu dają krzywe na tablicy fig. 12 II. Rozalja G; lat 40, budowy średniej, odżywiana umiarkowanie, przybyła 30-go listopada 1901 r. do kliniki z typowymi objawami śródmiąższowego zapalenia nerek: nieznaczny obrzęk nóg, drugi ton tętnicy głównej wzmoczony, wałki ziarniste i białko w moczu, ciężar gat. 1010; dnia 6-go grudnia znika białko, a 8-go wałków już nie znaleziono; ogólny stan dobry, badanie kryoskopowe moczu



potwierdza rozpoznanie kliniczne śród mięższowego zapalenia nerek. 3. XII widzimy w wyższym stopniu niedostateczną czynność nabłonka kanalików moczowych ( $\frac{\delta V}{P} < 1000$ ) przy stosunkowo nieznacznym

Styczeń 1902 r.

Grudzień 1901 r.



I

II

Fig. 12.

upośledzeniu czynności kłębków  $\frac{V\Delta}{P} < 2500$ ; dnia 8. XII kłębki już działają prawidłowo ( $\frac{V\Delta}{P} > 5000$ ), natomiast nabłonek kanalików moczowych dopiero 12-go. Stosunkowo szybki powrót przepuszczalności nerek tłumaczy brak objawów zatrucia ustroju.

D. c. n.

## IV. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Choroby wewnętrzne.

333. D-r F. U m b e r. **O sprawach autolitycznych w płynach wysiękowych.** („Ueber autolytische Vorgänge in Exsudaten“. München. Medizin. Wochen. 1902, № 28).

Badanie chemiczne płynów wysiękowych posiada między innymi tę wartość, iż rzuca światło na sposób rozpadu białka w ustroju; możemy tu pochwycić niejako na gorącym uczynku pośrednie stopnie rozszczepiania ciał białkowych, podczas gdy w moczu znajdujemy li tylko ostateczne wytwory rozpadu.

Autor badał chemicznie płyn wysiękowy z jamy otrzewny, wypuszczany kilkakrotnie w przypadkach carcinosis i tuberculosis peritonei.

Pierwsze miejsce pośród ciał białkowych zajmują tu albumina oraz globulina, przyczem, podług spostrzeżeń autora, przy wielokrotnem wypuszczaniu płynu ilość albuminy zmniejsza się stopniowo na korzyść globuliny.

Prócz albuminy i globuliny autor znalazł w badanym płynie ciało białkowe, któremu ze względu na jego własności chemiczne przeznacza miejsce pośrednie między białkiem właściwym a mucyną. Do mucyny podobnem jest ono ze względu na swój stosunek do kwasu octowego, który je strąca, różni się zaś od niej zawartością N (14,37—14,91%), oraz ubóstwem ciał redukujących.

Fosforu nie zawiera, natomiast obficie—siarkę.

Podobne własności posiada znaleziona ongi przez Salkowskiego w płynie zapalnym stawu biodrowego—„synowina“. Autor proponuje dlań nazwę serosa-mucyna z tego względu, iż dla powstania jej koniecznym jest stan zapalny błon surowiczych. W przypadkach serosa-mucyny autor nie zdołał znaleźć ani razu. Z tego powodu ciało to może zyskać i wartość praktyczną, mianowicie w przypadkach, kiedy zawartość białka i ciężar właściwy badanego płynu nie pozwala wnioskować stanowczo o jego charakterze.

Z wytworów pośrednich rozpadu białka autor znalazł protalbumozy oraz deuteroalbumozy, (peptonu nie było), dalej t. zw. mukoid Hammarsten'a, i w bardzo małej ilości leucynę i tyrozynę. Mocz jednocześnie zawierał zwykle wytwory przemiany materii, albumozy zaś, leucyny i t. p. nie zawierał wcale, co dowodzi, że znalezione ciała stanowiły istotnie tylko pośrednie stopnie rozpadu białka. Świadczą one dowodnie, iż rozpad białka w ustroju daje te same wytwory pośrednie, jakie otrzymujemy przy sztucznem rozszczepianiu. Otrzymane wyniki zgadzają się najzupełniej z tymi, jakie otrzymał Salkowski dla autolizy wątroby i mięśni, Hedin i Roland—dla śledziony i nerek, Jakoby dla płuca i t. p. Zdaniem autora, roz-



pad białka w wysiękach odbywa się pod wpływem tych samych czynników, które powodują autolizę wymienionych narządów, t. j. pod wpływem swoich fermentów. Jeżeli bowiem płyn wysiękowy zostawić na dni kilka w termostacie, po dodaniu toluolu lub chloroformu dla wyłączenia wpływu drobnoustrojów, to rozszczepianie białka odbywa się dalej w przytoczonym powyżej kierunku. I tu ilość ciał białkowych krzepnących zmniejsza się stopniowo na korzyść rozpuszczalnych, niekrzepnących związków azotowych.

Możliwym jest wszakże, iż za życia rozpuszczalne wytwory rozpadu białka powstają nie tylko pod wpływem fermentów, lecz również części dzięki działalności komórek. Jednak należy brać pod uwagę, iż w ostatnich czasach toruje sobie drogę pogląd, według którego dwa te czynniki w swem działaniu niewiele się różnią od siebie: Hofmeister np. twierdzi, iż w komórce wątrobowej naliczył około 10 różnorodnych fermentów.

*W. Starkiewicz.*

334. Prof. V. Patella. **O pochodzeniu t. zw. limfocytów w wysiękach gruźliczych. Wartość cytodyagnozy.** (Deutsch. Mediz. Wochen. 1902. № 16. „Abstammung und Bedeutung der sogenannten Lymphocyten der tuberkulösen Exsudate. Werth der Cytodiagnose“.

W doniesieniu tymczasowem autor podaje wyniki swych badań, podjętych w celu sprawdzenia znanej teorii Vidal'a i Ravaut'a, jakoby przewaga t. zw. limfocytów w płynie wysiękowym świadczyła o gruźliczej naturze cierpienia. Wbrew zdaniu wymienionych autorów prof. Patella twierdzi, iż wzmiankowane limfocyty bynajmniej nie pochodzą ze krwi. Przeczy temu różnorodność ich wymiarów (4—9  $\mu$ . i więcej), nieprawidłowość formy, równomierne, intensywne barwienie się (hemateina). Opierając się na swoich badaniach, autor uważa je za jądra rozpadłych komórek śródbłonkowych. Vidal uważał za charakterystyczne dla wysięków gruźliczych brak w nich śródbłonka. Autor wręcz przeciwnie twierdzi, iż w wysiękach świeżo powstałych komórki śródbłonkowe spotyka się zazwyczaj bardzo obficie, i tylko w późniejszym okresie ilość ich zmniejsza się stopniowo, ustępując miejsca limfocytom. Obywa się to w ten sposób, iż protoplazma komórek stopniowo zanika, jądra zaś ich ulegają różnorodnym przemianom wstecznym: wakuolizacyi, fragmentacyi, najczęściej atoli „pienosi“ (?), i wkońcu przekształcają się w owe limfocyty Vidal'a. Wszystkie wymienione przemiany w jądrach powstają w nich jako zjawisko pośmiertne. Modyfikując nieco sposób badania karyoreksy Schmausa i Albrechta, autor zdołał wywołać wymienione przemiany w jądrach komórek śródbłonkowych in vitro, przeprowadzając je stopniowo w owe pseudo-limfocyty.

Wreszcie, zdaniem autora, komórki te bynajmniej nie świadczą stanowczo o gruźliczej naturze cierpienia, jak to twierdzą Vidal, Dieulafoy i in. Identyczny obraz drobnowidzowy płynu wysiękowego—ze znaczną przewagą owych limfocytów—autor spostrzegł



zarówno w cierpieniach pochodzenia gruźliczego, jak w zakażeniu dwóinkami, a nawet w przesiekach.

Fakty powyższe, dodaje autor, nie pozbawiają jednak cytodyagnozy wszelkiego znaczenia, ponieważ na mocy ilości „limfocytów“ oraz komórek śródłonkowych nierozpadłych oryentować się można dokładnie o trwaniu wysięku: przewaga pierwszych świadczyć będzie o długim trwaniu, przewaga drugich, przeciwnie, o świeżości wysięku.

*W. Starkiewicz.*

335. P. Grützner. **O działaniu kleszczy na krew zwierzęcą** „Ueber das Wirken der Zecken auf thierisches Blut“. Deutsche Medizin. Wochen. 1902 Nr. 31).

Jak wiadomo, kleszcze (*Ixodes ricinus*) sadowi się na skórze ludzkiej, najczęściej atoli psów, i ssie w ciągu kilku dni krew, pęczniąc przytem do znacznych rozmiarów. Oderwać go wtedy siłą od skóry nie podobna. Jedynie skutecznym środkiem ku temu jest zwilżanie wystającej powierzchni naftą lub terpentyną. Zresztą, po kilkunastu dniach kleszcze odpadają nieraz same przez się. Jeżeli wtedy rozciąć kleszcza, wytryska zeń ciemno-czerwona kasza, która pod drobnowidzem składa się z doskonale zachowanych kryształów hemoglobiny. Widocznie soki trawienne kleszcza pochłaniają tlen krwi wysanej i rozpuszczają czerwone krążki, uwalniając w ten sposób hemoglobinę. Podobnym przemianom podlega krew, zostawiona czas dłuższy w rurkach szklanych zalutowanych, z tą różnicą, iż tutaj pozostaje płyn z rozpuszczoną hemoglobina, tam zaś — zgęszczona masa w postaci kaszy. Również podobną własnością obdarzony jest pajak-krzyżak, a więc z szeregu stworzeń niezbyt oddalony od kleszcza.

*W. Starkiewicz.*

336. D-r E. Ekgrén. **O wpływie masażu na zachowanie się białych ciałek we krwi obwodowej.** „Das Verhalten der Leukocyten im menschlichen Blute unter dem Einflusse der Massage“. Deutsche Mediz. Wochen. 1902. № 29.)

A priori sądzić można, iż masaż, działając tak potężnie na krążenie krwi i limfy i powodując wzmoczone chłonięcie soków tkankowych, nie może pozostać bez wpływu na zachowanie się białych ciałek krwi. Autor przeprowadził w tym kierunku szereg badań w klinice Senator'a, stosując masaż części ogólny, w części zaś jedynie brzucha, głównie w postaci effleurage—w kierunku dośrodkowym. Krew z palca badana była bezpośrednio przed masażem i następnie w 10 min. po ukończeniu takowego.

We wszystkich badanych przypadkach (9) autor stwierdził we krwi obwodowej wybitne zwiększenie ilości białych ciałek wogóle, szczególnie zaś ciałek wielojądrowych. Zwiększenie to występuje już po 10 min., później stopniowo opada. Masaż brzucha miał na-



wet bardziej wydatny wpływ w tym względzie, niż ogólny. Autor powstrzymuje się od wniosku stanowczego, co właściwie powoduje powyższe zmiany: chłonicie przez krew substancji, działających dodatnio chemitaktycznie, czy też zmiany w krążeniu krwi.

Prawdopodobnie biorą w tem udział oba wymienione czynniki.

*W. Starkiewicz.*

337. W. Zangemeister i M. Wagner. **O wpływie ciąży, porodu i połogu na ilość białych ciałek krwi.** (Deutsche Medizin. Wochen. 1902. № 31.)

Badania dotychczasowe, dotyczące wpływu wymienionych stanów fizyologicznych na ilość białych ciałek krwi, posiadają wszystkie tę stronę ujemną, iż określano w nich nie absolutną ilość białych ciałek, a jedynie stosunek ich do krążków czerwonych. Stosunek zaś ten nie zawsze daje dokładne pojęcie o rzeczywistym stanie rzeczy, ponieważ ilość czerwonych krążków zmienia się nieraz pod wpływem czynników odrębnych zupełnie niezależnie od białych ciałek. Wyniki badań prowadzonych w sposób powyższy, były tego rodzaju, iż we wszystkich 3 stanach znajdowano pewne zwiększenie ilości białych ciałek. Jak wiadomo, ilość prawidłowa białych ciałek w 1 mm. sz. dotychczas nie jest ustalona, i liczby, podawane przez autorów, różnią się nieraz bardzo znacznie.

Wobec tego autorowie poprzedzili właściwe owe badania badaniem kobiet nieciążarnych, zdrowych, mniej więcej w jednym wieku (21—34 lat) i żyjących w jednakowych warunkach. Z pośród 47 badanych przypadków w 3-ch ilość białych ciałek wynosiła 4—7,500 w 1 m. sz., w 9-iu 7,500—10,000, w 19-u 10,000—12,500, w 12-u 12,500—15,000, wreszcie w 3 przypadkach przekraczała 15,000.

U kobiet w ciąży (przeważnie w ostatnim miesiącu) przeprowadzono 90 obliczeń w 57 przypadkach. I tu różnice indywidualne były bardzo znaczne. W przeważnej ilości przypadków ilość białych ciałek wynosiła również 7500—15000. Budowa ciała, według spostrzeżeń autorów, gra tu rolę podrzędną: u kobiet wątych, bezkrwistych otrzymywano cyfry wysokie i niskie, zarówno jak u tęgich, pełnokrwistych.

W okresie bólów porodowych ilość białych ciałek zwiększa się raptownie i różnie w miarę posuwania się porodu, dochodząc liczby maksymalnej wkrótce po urodzeniu płodu. Tu również warunki zewnętrzne (budowa chorej, ilość przebytych porodów i t. p.), zdaje się, nie wpływają wcale na stopień leukocytozy, która zależy li tylko od ciężkości porodu. Mianowicie, niewątpliwym wydaje się wpływ trwania i natężenia bólów; przy skombinowaniu 2 tych czynników leukocytoza dochodzi do cyfr niezmiernie wysokich (32,000). Późne odejście wód płodowych również zwiększa leukocytozę.

Naturalnie gorączka, rozkład wód płodowych i t. p. czynniki patologiczne wzmagają leukocytozę jeszcze więcej.

W okresie połogowym następuje zazwyczaj szybki spadek ilości



białych ciałek, i to już w kilka godzin po porodzie. Tylko w razie silnych bólów porodowych lub spraw gorączkowych leukocytoza utrzymuje się na dawnym poziomie. Rozkład odchodów w granicach normy leukocytozy nie powoduje. Wnioskując z badań powyższych, stopień leukocytozy małą posiada wartość rozpoznawczą lub rokującą.

Teoretycznie ważnym jest fakt, iż w pewnych stanach fizjologicznych ilość białych ciałek dosięgać może liczb wysokich, jakie notowano dotychczas tylko w stanach patologicznych.

*W. Starkiewicz.*

358. Leusser. **O sercu ruchomem.** (Münch. med. Woch. № 26 1902)

Pod nazwą powyższą pojmować należy nie organiczne zmiany w samym sercu lub przemieszczenia tegoż pod wpływem wysięku osierdziowego, procesów chorobowych w opłucny lub płucach, wręcz pod wpływem płynu w brzuchu, lub guzów, lecz mniej lub więcej wyraźną ruchomość zupełnie zdrowego serca w zależności od zmiany położenia ciała. Na fakt ten zwrócił już swego czasu uwagę Bamberger, zdaniem zaś Gerhadt'a, przy leżeniu na lewym boku można przesunąć wierzchołka serca przecięciowo o  $3\frac{1}{2}$  cm. nazewnątrż w porównaniu z położeniem tegoż przy pozycyi ciała na wznak. Od tego czasu (1860 r.) o kwestyi tej pisali Cherchewsky, Rumpf, Pick, Hoffmaan, Rummo i Schmidt.

Autor na 400 przypadków w 6-ciu znalazł wybitną ruchomość serca. Badań dokonywano w pozycyi stojącej, przegiętej ku przodowi, leżącej na wznak i na lewym boku. Rozumie się, specjalną uwagę zwracano przy tem na wyłączenie cierpienia serca lub innych organów sąsiednich mających wpływ na zmianę położenia serca. Miernikiem prócz granic tępości było położenie wierzchołka serca. Ten ostatni daje najdokładniejsze pojęcie o kwestyi wzmiankowanej. Zmiany położenia o 1—2 cm. Autor pomijał w swych badaniach, jako znajdujące się w granicach normy.

Co się tyczy przyczyn nadmiernej ruchomości serca, to Bamberger widzi je w wadze samego serca, które ciężarem swym odpycha jakoby płuco od ściany klatki piersiowej. Przyczyna ta nie wytrzymuje jednak krytyki, kiedy mamy do czynienia z rozległemi przemieszczeniami. Cherchewsky objaśnia ruchomość wiotkością naczyń, Rumpf gwałtownem schudnięciem, Hoffmaan stosunkami wrodzonymi przy nienormalnej ruchomości serca (długotrwałe zapotrzebowania ze strony serca wraz z takim samym rozciąganiem naczyń, lub też zaburzenia w odżywianiu naczyń skutkiem cierpienia nerwowego, prowadzące do nadmiernego rozciągania wielkich naczyń). Zupełnie inaczej objaśnia powstanie serca ruchomego Rummo, który przypuszcza, iż skutkiem rozluźnienia się więzów serca następuje t. z. „kardioptoza“, skutkiem czego serce opada na przepone; serce pociąga za sobą aortę i rozszerza ją, zwłaszcza jej łuk; czynnikami sprzyjającymi opadaniu serca, są: długa klatka piersiowa, słabe mięśnie, nieznaczny podkład tłuszczowy i delikatna budowa kostra.



Wszystkie przypadki autora przedstawiały objawy ze strony systemu nerwowego (chorzy nerwowi), wszyscy bowiem posiadali stygmaty neurasteniczne. Hofmann również zwraca uwagę na to, że u neurasteników spotyka się nadmierna ruchomość serca,—co jednak jest w tych przypadkach pierwotnem, a co wtórnem, pozostaje tymczasem kwestyą nierozwiązaną.

Ciekawe są objawy, spostrzegane u takich chorych. Wszyscy prawie skarżyli się *na niemożność leżenia na lewym boku*. Niekiedy pozycya ta wywołuje duszność. Bicie serca, uczucie strachu, mniejsza lub większa duszność, ciężki oddech zawroty głowy, omdlenia, bóle i kłucie w okolicy serca, nieprawidłowość, przyspieszenie i zwolnienie tętna, łatwa pobudliwość serca i szybkie zmęczenie dopełniają obrazu chorobowego. Objawy te szybko znikają przy przyjęciu pozycyi na wznak.

Rozpoznanie ze stanowczością postawić można, jeżeli, po wykluczeniu wspomnianych powyżej cierpień organicznych, granice tępości serca są zupełnie prawidłowe w pozycyi stojącej i na wznak, zaś w położeniu na lewym boku między mostkiem i poprzednią granicą zjawia pas płucnego odgłosu opukowego wraz z przesunięciem na kilka centymetrów nalewo od sutki wierzchołka serca, i jeżeli zmiany te znikają znów przy zmianie położenia na stojące i na wznak.

Fizyczno-dyetyczne leczenie i suggestya usuwają po większej części przykre objawy kardioptozy

M. G.

## II. Choroby ukł. nerwowego.

339. G o r s z k o w. O ośrodkach smaku i powonienia w korze mózgowej. (Dysertacya. 1901 r. 231).

Praca niniejsza wyszła jako dysertacya z pracowni prof. Bechtewa przy klinice chorób nerwowych i umysłowych. Autor, uwzględnivszy całą odnośną literaturę oraz przeprowadzivszy szczegółowo 42 doświadczenia na psach, przyszedł do następujących wniosków.

1) Ośrodki smaku u psów znajdują się w przednio-dolnych częściach trzeciego i czwartego zwojów pierwotnych, t. j. w okolicy g. sylviaci anterioris, g. ectosylvii anterioris i g. compositi anterioris.

2) Zniszczenie pozostałych okolic kory mózgowej łącznie z okolicą węchową nie wywołuje zaburzeń smaku.

3) Po jednostronnem zniszczeniu okolicy ośrodka smaku daje się zauważyć utrata zupełna smaku na połowie języka po stronie przeciwnej i w większości przypadków nieznaczne osłabienie na połowie języka po stronie właściwej, co może świadczyć o niezupełnem skrzyżowaniu włókien smakowych.

4) Znaczne zniszczenie okolicy smaku powoduje utratę dotyku po przeciwnej stronie, osłabienie nieznaczne po stronie właściwej.

5) Stopień i trwałość zaburzeń smaku zależy do pewnego stopnia od wielkości zniszczenia w okolicy ośrodka smaku, poprawa zaś następuje z powodu zastępczego działania sąsiednich okolic kory mózgowej.



6) Częściowe zniszczenia okolicy ośrodka smaku wywołują utratę poszczególnych jego kategorii, co świadczy o tem, że w korze mózgowej znajdują się oddzielne ośrodki smaku dla czterech głównych kategorii wrażeń smakowych. Ośrodki te nie mają wyraźnych granic.

7) Podrażnienie prądem indukcyjnym okolicy ośrodka smaku w punktach niektórych g. sylvii anterioris i g. ectosylvii anterioris wywołuje ruchy języka i szczęk, jak również poruszania uchem, szczęką i wargami po stronie przeciwnej.

8) Po jednostronnem zniszczeniu okolicy smakowej następuje zwyrodnienie włókien przechodzących po tej samej stronie in corona radiata, części zewnętrznej capsulae interna, w zewnętrznej jądrze thalami optici, w pętli, in formatione reticulari, w raphe i kończących się prawdopodobnie w okolicy jąder czuciowych nerwu trójdzielnego i n. glossopharyngei po stronie przeciwnej; oprócz tego daje się zauważyć zwyrodnienie włókien piramidalnych po stronie zniszczenia ośrodka smaku, włókien przechodzących w wewnętrznej dodatkowej pętli i kończących się w okolicy jąder ruchowych n. hypoglossi, n. glossopharyngei, n. facialis i n. trigemini po stronie przeciwnej.

9) Ośrodki powonienia u psów umiejscowione są w lobus piriformis głównie w dolnej wewnętrznej części, w okolicy g. uncinati i g. hippocampi.

10) Po zniszczeniu jednostronnem lobi piriformis występuje utrata zupełna powonienia po stronie zniszczenia, osłabienie zaś po stronie przeciwnej, co może świadczyć o niezupełnem skrzyżowaniu włókien węchowych.

11) Stopień i trwałość zaburzeń powonienia do pewnego stopnia zależy od wielkości zniszczenia w okolicy węchowej, poprawa zaś powonienia zależy od działania zastępczego nieuszkodzonych części kory mózgowej.

12) Zniszczeniu pozostałych okolic kory mózgowej łącznie z ośrodkami smaku towarzyszy zwykle krótkotrwałe osłabienie powonienia po stronie zniszczenia.

13) Doświadczenia nad psami nie pozwalają wyłączyć oddzielnych ośrodków dla poszczególnych wrażeń węchowych.

14) Po zniszczeniu jednostronnem okolicy węchowej, zwyrodnienie występuje in lobo olfactorio, w bocznych korzonkach węchowych, we włóknach fornixis, jak również in corona radiata thalami optici.

15) Na zasadzie spostrzeżeń klinicznych, zebranych z piśmiennictwa o zaburzeniach smaku (Siebert, Demange, Oppenheim, Fére, Magazzini, Charles de Martines, Berger, Jakubowicz, German) i powonienia (Churton i Griffith, Worcester, Huglings-Jackson i Beever, Cullerier i Maingault, Frigerie, Oppenheim i inni) pochodzenia centralnego i na zasadzie wyników doświadczeń nad zwierzętami można przypuścić, że u człowieka ośrodki smaku umiejscowione są w okolicy operculi, ośrodki powonienia w okolicy g. hippocampi; ośrodki smaku prawdopodobnie umiejscowione są nad f. sylvii przodu



ku tyłowi, zaczynając od ośrodka smaku gorzkiego, kończąc zaś ośrodkiem smaku słodkiego; kwestya o istnieniu oddzielnych ośrodków dla różnych kategorii wrażeń węchowych pozostaje jeszcze nie rozstrzygnięta.

*Wł. Zenczykowski.*

340. Siefert. **O rozsianych rakach ośrodkowego systemu nerwowego.** (München. med. Woch. № 20. 1902).

Proces rozpoczyna się od dostania się produktów rakowatych do mózgu, rzadko bardzo następuje zakażenie rdzenia. Przerzuty rakowe w mózgu, których ilość jest nadzwyczaj rozmaita, wykazują szczególną dążność do umiejscawiania się na obwodzie i usadawiają się najczęściej na granicy między szarą i białą substancją, rozszerzając się w obu kierunkach. Nowotwór odbija zwykle wyraźnie od otaczającej go tkanki dzięki swym ostrym granicom; niekiedy jednak tak mało różnią się od pozostałej tkanki mózgowej, że przy niewielkiej ich ilości nietrudno je makroskopowo pominąć zupełnie, zwłaszcza, że i wielkość ich zazwyczaj bywa nieznaczna, nie przekracza bowiem wielkości wiśni. Ponieważ rozwój przerzutów odbywa się pod pewnym względem głównie przy pomocy „zamieszczania“ (substytucyi), więc objawów ucisku zwykle niema. Doszedłszy do powierzchni mózgu, proces przechodzi na otoczki mózgowe i tu rozlewać się może szybko we wszystkich kierunkach. Wtedy następują kliniczne objawy podrażnienia błon mózgowych. Nie zapominać należy wreszcie i o tem, że nowotwór z błon może przejść znów na mózg, rdzeń lub korzonki nerwowe. Te ostatnie (zwykle tylne) niekiedy bywają w znacznym stopniu rakowato nacieczone.

Naszkicowany powyżej obraz daje jednocześnie dokładne nieledwie pojęcie o szybkości, z jaką przebiegać zwykły rozsiane raki systemu nerwowego (kilka tygodni).

Dodać należy, że prócz objawów natury mechanicznej często przy rozległym zajęciu systemu nerwowego, a co za tem idzie i obszernej przestrzeni chlonnej, istnieją wybitne objawy zatrucia, które warunkują się szczególniej łatwo (z wspomnianych dopiero co powodów) rozpowszechnianiem się produktów jadowitych.

*M. G.*

### III. XII Zjazd Chirurgów Polskich w Krakowie.

*(Dokończenie).*

23. **H o r d y ń s k i** przedstawia chorych: 1) żołnierz z promieniową szczy (od szczęki do obojczyka); objawy ucisku tchawicy i przełyku. Leczenie jodkiem potasu w wielkich dawkach, stopniowo zwiększanych do 15 grm. dziennie, przez trzy tygodnie, poczem dawki stopniowo zmniejszano.



2) Chory z promieniłą na przedramieniu.

3) Chory, uderzony sztyłem w okolicę lewej kości ciemieniowej. W 6 tygodni po urazie obraz następujący: przetoka ropiejąca, na dnie jej obnażona kość, lekki niedowład prawej ręki, stan podgorączkowy. Rozpoznanie: ropień w mózgu. Podczas operacji znaleziono na 1 ctm. pod powierzchnią kory ropień w lewym ciemieniowym płacie. Na razie objawy chorobowe ustąpiły; w 4 tygodnie po operacji—4 napady padaczkowe, później lewostronne bóle głowy, zawroty głowy, niedowład górnej i dolnej kończyny, brak pamięci, omamy czuciowe; wkrótce codzienne napady padaczki Jackson'a, po 6—8 wielkich i prócz tego po parę mniejszych; po jednym z napadów połowiczny bezwład, stan padaczkowy, trwający 3 dni, blizna w kształcie stożka zagłębiała się w korę mózgową, opona twarda przyrośnięta, wycięcie blizny, 4-krotne bezowocne próbne przekłucie. Sączek, zeszyty; przebieg pooperacyjny dobry; padaczka wkrótce ustąpiła. Obecnie po 2-ach latach znowu napady padaczki, aczkolwiek rzadkie.

24. Bossowski. „*W sprawie cephalhydrocoele traumatica*“. Guzy znane pod tą nazwą, powstają na czaszce po urazie wskutek pęknięć czaszki i opony twardej bez uszkodzenia, skóry o ile istnieje przeszkoda do zrosnięcia się kości (np. wypadnięcie opony miękkiej). Płyn mózgo-rdzeniowy zbiera się pod skórą i wytwarza torbiel. Torbiele te powstają u dzieci do 3-go roku życia i są łudząco podobne do encephalocoele congenita. Różniczkować należy na zasadzie: 1) umiejscowienia, 2) istnienia palisady kostnej, otaczającej cephalhydr. traum. u podstawy, a wytworzonej przez odwarstwioną okostną, 3) wywiadów. Leczenie—operacyjne—otworenie torbieli, wytampowanie jamy. Przy innym leczeniu powstają nawroty. W przypadku prelegenta nawrotu niema na operowanym miejscu, z przeciwnej strony czaszki natomiast wystąpiła nowa torbiel.

25. Kader. „*O zwichnięciu stawu biodrowego wrodzonym*“. Ogólnie przyjęto zasadę, by u dzieci starszych po nad 6 lat nie wykonywać repozycji niekrwawej ze względu na bezowocność zabiegu; w przeszłym roku doc. Chlumsky przedstawiał dziewczynkę lat 12, u której udało się otrzymać zupełne wyleczenie, obecnie prelegent pokazuje chorą lat 16, u której wykonał repozycję niekrwawą z dodatnim wynikiem. Prelegent zaznacza, że rozróżniamy 4 rodzaje wrodzonego zwichnięcia:

- 1) główka leży na brzegu panewki (nadwichnięcie),
- 2) na wysokości przedniej dolnej ości ossis ilei,
- 3) na poziomie przedniej górnej ości ossis ilei,
- 4) wyżej, ponad granicą ości.

Nastawianie główki prelegent robi sposobem t. zw. przez Hoffę „*Pumpen—methode*“, poczem nakłada opatrunek gipsowy w pozycji uda zgiętej i odprówdzonej.

26. Kader. Pokazuje dziewczynkę lat 10-ciu, której wskutek *stopy szpotawej* (na tle poliomyelitis anterior) wykonał *przedłużenie ścięgna Achilles'a*, skrócenie ścięgien wyprostnych, przeszczepienie



pienie ścięgien przednich na mięśnie tylne i wszczepił n. peroneus w tibialis. Wynik dobry.

Rydygier powątpiewa o możliwości dobrego wyniku po repozycji przy zwłknięciu wrodzonym uda, gdyż panewka zanika, a częstokroć na jej miejscu jest guz.

Szuman zaznacza, że Lorenz podał nazwę dla pozornego wyleczenia chorych w wieku późniejszym—juxtaposito, zamiast repositio.

Kader i Chlumsky dowodzą zdjęciami Röntgen'a, wykonanymi u pacjentki, możliwości takiej repozycji, dla otrzymania trwałego wyleczenia należy umiejętnie nakładać opatrunek.

Sawicki w sprawie przeszczepiania nerwów cytuje przypadki Drobnika i Szteynera i zaznacza, że brakiem doraźnej poprawy nie należy się zrażać, gdyż czynność wszczepionego nerwu powraca czasem b. późno. W końcu w krótkich słowach mówi o pracy podjętej w tym kierunku wspólnie z Flatauem.

27. Frommer (Kraków). „Przyczynek do techniki amputacji“. Na zasadzie materiału spostrzeganego na oddziale prof. Trzebieckiego zaleca sposób Bier'a, kładzie jednak nacisk na to by tworzyć płat z kości, mięśni i skóry w całości.

28. Zaremba. „Przyczynek do nauki o perlakach czaszki“. Przypadek, operowany przez prof. Kadera, należy do ciekawych ze względu na umiejscowienie guza (w okolicy czołowo-skroniowej, dochodził do podstawy mózgu) oraz trudności operacyjne. Rodzaj guza—perlak—stwierdzony pod drobnowidzem. Nawroty zależą od niedoszczętnego usuwania guza ze względu na liczne rozgałęzienia.

29. Ziembicki mówił o *śmiertelnym krwotoku po dolnej tracheotomii*. Krwotok nastąpił wskutek odleżyny i dziury w art. anonyma na 5-ty dzień po operacji. Jednocześnie prelegent przypomina o nieprawidłowościach w przebiegu art. anonyma—zaleca wykonywanie górnej tracheotomii.

30. Schramm. „Rzadki przypadek schorzenia sieci“, pokazuje preparat z sieci, którą usunął u dziecka per laparotomiam, cała sieć przedstawia się jako konglomerat licznych torbieli.

31. Schramm. „W sprawie leczenia gruźliczego zapalenia otrzewny u dzieci“. Prelegent zwalcza zdanie Rosé'go, który twierdzi, że w gruźlicy otrzewny operacyjne leczenie daje gorszy wynik, niż wewnętrzne; ze szp. św. Zofii we Lwowie zebrał odnośne dane, które przytacza: wszystkich przypadków 45, z tych 25 nieoperowanych, leczonych wewnętrznie i 20 operowanych. Z pomiędzy 25-ciu nieoperowanych zmarło 9-ciu (36%), z pomiędzy 20 operowanych zmarło 2-je (jedno wskutek przetoki kałowej, drugie—zapalenia płuc) (10%).

Co do losów dalszych tych chorych (po upływie 1½ roku), prelegent zebrał wiadomości o 23 pacjentach, o 10 nieoperowanych i 13 operowanych; z liczby pierwszych zmarło 8 (80% śm.), z liczby drugich zmarło 3-je (23% śm.). W dalszym ciągu prelegent dzieli swoje przypadki na 3 rodzaje: 1) z wysiękiem, 2) ze zrostami, 3) z ropieniem.



I-a kategoria: 28 przyp.; z 17 nieoperowanych zmarło 6; z 11 operowanych zmarł 1.

II-ga 13 prz.: z 7 nieoperow. zmarło 2; z 6 operow. zmarło 0.

III-a 4 prz.: jeden nieoperowany zmarł, z 3-ch operow. 1 zmarł.

Z pomiędzy 23, o których prelegent zebrał wiadomości, należało do I-ej kategorii 5 nieoperowanych zmarło 2, z 6 operow. zmarło 0;

„ II-ej „ 4 „ „ 4 „ 4 „ zmarł 1;

„ III-ej „ jeden nieoperowany zmarł, „ 3 „ zmarło 2-je.

W końcu prelegent zaznacza, że laparotomia wywołuje przekrwienie (wiśniowy kolor przy operacji), wywierające wpływ dobroczynny, gdyż zanikają guzki, co mógł stwierdzić, operując pacyenta dwukrotnie. Przy I-ej postaci prelegent radzi otwierać i płyn wypuszczać raptownie, przy II-ej—ostrożnie; w obu postaciach powłoki zaszywać, w III-ej jamę zostawiać otwartą, wypełniając obficie sączkami z gazy. W razie ponownego zebrania się płynu nie operować przed upływem 2—3 miesięcy, gdyż płyn często wysysa się.

Na tem zakończono posiedzenie dnia 15 go lipca.

16-go lipca obrady rozpoczęły:

32. S c h u m a n. *„Kilka uwag o rozgraniczeniu wskazań do cholecystostomii i do wycięcia pęcherzyka żółciowego“*. Podnosi znaczenie pęcherzyka żółciowego dla trawienia (kureczenie się jego i wprowadzanie jednorazowo większych ilości żółci żółci do dwunastnicy) i przestrzega przed bezkrytycznem wycinaniu jego; usuwać pęcherzyk należy tylko wówczas, gdy mamy atresia ductus cystici lub owrzodzenia. Najczęściej wystarcza cholecystostomia. Cholecystostomia idealna może być stosowaną w przypadkach, gdzie mamy pewność, że w przewodach niema więcej kamieni i schorzenia ich. S. operował 18 przypadków, w 9-ciu robił cholecystostomię z sączkiem gumowym.

33. P o m o r s k i (Poznań). *„Kość-mięsak czaszki u 1½ rocznego dziecka“* i rak pierwotny wątroby u 7-ioletniej dziewczynki—zmarła na 2-gi dzień po operacji.

34. S a m a n e k (Kraków). *„Przedstawienie chorego z ropniem na tle pneumokoków“*. Po zapaleniu płuc u chorego wytworzył się ropień na przedudziu—mimo rozmaitych zabiegów ropień nie goi się uporczywie.

35. S a m a n e k. *„O przeszczepialności raków i mięsaków“*. Szczepił raki i mięsaki psom bezowocnie, zaczął tedy szczepić kozie; jak do tej pory 6, raków sutkowych zaszczerpił jej w sutkę, również bezowocnie. Raz jeden zaszczerpił raka w sutkę kozie podczas ciąży, guz utrzymywał się dłużej (około 2 miesięcy), przy ustępowaniu jednak lektocyi, guz zmniejszył się szybko. O dalszych losach tej pracy dzisiaj przesądzać trudno.

W e h r zaznacza, że naturę raka uważa za stwierdzoną, w beznadziejnych przypadkach za zgodą chorych przeszczepiał im raki w inne miejsce i otrzymywał wynik dodatni. K o s i ń s k i w 1875 r. opisał po raz pierwszy carcinoma multiplex faciei, prelegent zebrał kilka takich przypadków i pokazuje zdjęcia fotograficzne.



K a d e r zgadza się z teorią zakaźności raka, pisał o tem w rozprawie Dorpackiej.

36. R u t k o w s k i. „Plastyka pęcherza moczowego“. Przypomina zebrany swój sposób plastyki z kiszki, wynik otrzymał dobry, miał sposobność badać chorego teraz: z powodu dostatecznie szerokiej cewki (wytworzonej przez R y d y g i e r a) wszedł palcem do pęcherza i znalazł go w zupełnym porządku; ciągną incontinencia wywołuje excoriationses.

37. S o ł t y s i k. „Przypadek przepukliny brzusznej uwięźniętej z przedziurawieniem jelita“.

38. H e r m a n (Lwów). „O ranach postrzałowych wojennych“. S c h u m a n zaznacza, że nie B e r g m a n n pierwszy zaproponował dla ran tych suchy sposób opatrywania, lecz F i s c h e r.

39. J a s i ń s k i mówił „O skórzakach w okolicy krzyżowej“.

40. K ł ę s k (Kraków). „Rak głowy i przyczynek do chirurgii mózgu“. Przytacza przypadek wycięcia skóry, kości i opony twardej wskutek raka na dość znacznej przestrzeni. Po operacji objawy afazii, jednostronnego porażenia kończyn oraz n. twarżowego. W przebiegu gojenia znaczne wypadnięcie mózgu w okolicy brzozy Roland'a, obumarcie wypadniętej części, usunięcie jej. Po 4-ch tygodniach wyzdrowienie całkowite. Na zasadzie bardzo dokładnego spostrzegania tego przypadku prelegent przypuszcza, że nie druga półkula bierze na się rolę dawnych ośrodków, lecz, że w tej samej wytwarzają się nowe ośrodki.

41. S ł ę k (Lwów). „O nowotworach na kończynach“. 3 przypadki mięsaków kostnych: 2 w okolicy stawu łokciowego i 1—łopatki. Wykonano resectio cubiti, exstirpatio scapulae. Trwałe wyleczenie.

S o ł t y s i k odróżnia kostne mięsaki pochodzenia szpikowego i okostnego, pierwsze dają dobre rokowanie, drugie złe—szybkie nawroty.

S a w i c k i Bron. Mięsaki drobnokomórkowe dają złe wyniki, wielkokomórkowe—dobre.

R y d y g i e r. Zgadza się z tym poglądem.

42. R y d y g i e r (junior). „O wynikach późniejszych po operowaniu wodniaka moszen sposobem Winkelmanna“a“. Z liczby 61 operowanych zaledwie 37 nadeszło odpowiedzi. Wznowa nastąpiła tylko w 2 przypadkach. Cięcie operacyjne biegnie po nad moszną (mosznę trudno dobrze wymyć) długie na 5 ctm., przed otworzeniem tunica propria na tępo robi się kieszeń dla pomieszczenia jądra, następuje przecięcie na małej przestrzeni tun. propria, wyprowadza się jądro, wynicowaną tun. propria umocowuje się paroma szwami dokoła powrózka nasiennego, podwiązanie naczyń, szew.

43. J a s i ń s k i (Lwów). „O torbielach trzustki“. Podając przypadek operowany na klinice lwowskiej, zwraca uwagę na trudności rozpoznawcze, rozstrzygającą w tym razie może być tylko laparotomia, nawet własności trawiące płynu, otrzymanego drogą próbnego przekłucia, nie mają znaczenia, gdyż płyn z wodonercza okazywał też same własności.



S a w i c k i Br. operował jeden przypadek torbieli trzustki—worek wszął w ściany brzuszne, utworzyła się przetoka. Chora zaszła w ciążę i w 8-ym miesiącu ciąży przetoka zamknęła się, wywołano sztuczne poronienie, otworzono przetokę, chora zmarła wskutek phlegmasia alba.

44. P o m o r s k i. „Ciąża zamaciczna operowana dwa razy drogą laparotomii, wyzdrowienie“. Operował dwukrotnie u tej samej chorej ciążę pozamaciczną raz po lewej stronie, drugi raz po prawej. Pokazuje preparat: płód do połowy znajdował się w prawej tuba, do połowy w jamie brzusznej.

R o s n e r (Kraków). Zwraca uwagę, że tętno nie może być żadną wskazówką przy krwawieniu, przy dobrym tętnie krwawienie może trwać dalej, ciążę pozamaciczną należy zawsze leczyć na drodze operacyjnej.

W dyskusji prócz R o s n e r a, zabierali głos Z a l e s k i i O d e r f e l d.

45. H e r m a n (Lwów). „W sprawie doszczętnego operowania raka wargi“. Cięcie kolnierzykowate, usunięcie gruczolów, ślinianki.

K a d e r zwraca uwagę na konieczność usuwania gruczolów z pod m. ster. cl. mast., szczególniej glandula carotica, na co zwrócił uwagę S t a r c k. Zwraca uwagę na to, że częstokroć raki o przebiegu przewlekłym po operacji dają bardzo złośliwe nawroty.

46. B o s s o w s k i. „Przypadki rozległych naczynek limfatycznych (z przedstawieniem chorych)“. Demonstracya dwóch chorych po operacji: 1) naczyniaka w formie makroglossa limphangiectatica, 2 wielkiego naczynia na ramieniu.

47. Z a r e m b a (Kraków) „Przyczynek do nauki o perlakach czaszki“. Pokazuje preparat perlaka, wydostanego z okolicy pars mastoidea ossis temporis, drugi przypadek dotyczy mężcz. l. 30, u którego od 12-go roku życia zaczął rosnać guz nad okiem, guz otoczony był kostnym wálkiem, w guzie masy detrytowe.

48. R y d y g i e r. „Jaki sposób gastroenterostomii najbardziej się zaleca“. W krótkich słowach przytacza motywy wyższości tylnego Hackerowskiego sposobu zespalania żołądka z jelitem nad innymi.

49. K a d e r i K ł e s k. „O leczeniu przepuklin uwięzionych w klinice krakowskiej“. Z liczby 29 w 9 udało się wykonać taxis, z pozostałych 13 z powodu złego stanu pętli w jednym tylko wykonano doraźnie rezekeyę, w innych ograniczono się na pozostawieniu obumarłego jelita po za jamą brzuszną, w 2-ch przypadkach nie było przedziurawienia jelita, wciągnęło się ono do jamy brzusznej, rana zagoiła się, w 8-ju wykonano powyżej zespolenie za pomocą guzika Chlumsky'ego, w doprowadzający koniec jelita wstawiono gruby gumowy dren, w 2-ch najcięższych przypadkach ograniczono się na wstawieniu drenu bez zespalania. Śmiertelność przy tem postępowaniu z dawnych 30% spadła do 16,7%.

50. A l e k s. Z a w a d z k i. „Trzy przypadki całkowitego wyciążenia zwoju Gassera“. Powodowany brakiem śladów w literaturze



polskiej o podobnych operacjach (z wyjątkiem przypadku prof. Kadera i prof. Obalińskiego), wówczas gdy w obcej literaturze Türk liczy 201 przypadków, prelegent podaje trzy przypadki nerwobólu n. trójdzielnego z oddziału kol. Rauma w Warszawie, leczone operacyjnie za pomocą wycięcia zwoju.

Jeden operowany 5 lat temu, drugi 3 lata temu, trzeci 6 miesięcy temu, wszystkie z dobrym pooperacyjnym wynikiem, bóle znikły, zmiany chwilowe pooperacyjne wyrównały się w zupełności, pacyenci oddają się zwykłej pracy. Prelegent rozpatruje rozmaite sposoby oraz technikę operacyjną, zmiany fizyczne, fizjologiczne i mikroskopowe.

W dyskusyi zabrali głos: Kader, Klecki, Rutkowski.

51. Aleks. Zawadzki. „*Dwa przypadki wypadnięcia odbytnicy, operowane sposobem Thiersch'a*“. Autor przypomina niewinny, a jednak skuteczny zabieg przy wypadaniu odbytnicy, sposób ogłoszony przez Thiersch'a w 1891 roku. Dwa ciężkie przypadki operowane w szp. na Pradze przez J. Rauma dały wynik dodatni. Zabieg polega na wprowadzeniu podskórnem grubego srebrnego drutu w ten sposób, że obrączkowo obejmuje on zewnętrzny pierścień odbytu; drut pozostaje czas dłuższy, w razie gdy ulegnie wessaniu (co zdarza się po roku), niewinny ten zabieg można powtórzyć. W Niemczech sposób ten liczy szczególnie w praktyce dziecięcej bardzo wielu zwolenników.

W dyskusyi zabierał głos doc. Bossowski; operuje on tym sposobem dzieci, z wyników jest zadowolony. Prof. Rydygier zaznacza, że sposób ten należy stosować częściej, niż się go do tej pory u nas stosuje, szczególnie w ciężkich przypadkach, gdzie większy zabieg z innych powodów jest utrudniony.

52. Sawicki Br. „*Przyczynek do plastyki nosa podług sposobu Israel'a*“. Pokazuje fotografie przed i pooperacyjne 2 chorych, u których zapadnięty nos wyprostował dając małe cięcie pod glabella, podminowując na tępo ku dołowi skórę i wprowadzając do tak utworzonego kanału blaszkę kostną wydłutowaną z grzbietu kości goleńowej.

53. Sawicki. „*Radykalna operacja przepukliny udowej podług sposobu Trendelenburg'a*“. Poddaje ocenie krytycznej wszystkie dotychczasowe sposoby i zatrzymuje się dłużej nad sposobem Trendelenburg'a. W swoich 4 przypadkach otrzymał dobry wynik pooperacyjny.

Bossowski operuje sposobem Witzel'a.

54. Chlumsky. *W sprawie leczenia zeszczywnień stawów (ankyloses)* proponuje po operacyjnem aseptycznem rozdzieleniu zrosniętych powierzchni stawowych, wkładanie między takowe blaszki magnezowej, poczem nakłada się szew skórny. Metal po pewnym czasie wsysa się, pozostawiając po sobie białawą masę, podziurawioną pęcherzykami gazu. Masa ta zapobiega ponownemu zrastaniu się końców stawowych. Prelegent operował tym sposobem z dobrym wynikiem 3 przypadki.

Na tem zakończono obrady na XII zjeździe chirurgów. Na



przyszły rok zjazd odbędzie się w Krakowie. Zapowiedziano trzy referaty: 1) „*Chirurgia dróg żółciowych*“ (referenci Kader i Pruszyński).

- 2) *Wyniki pooperacyjne operacyjnego leczenia przepuklin.*
- 3) *Złamania kości i ich leczenie.*

*Aleksander Zawadzki.*

## IV. Sprawozdanie z posiedzeń Lubelskiego Tow. Lek.

*(Dokończenie).*

*Posiedzenie zwyczajne d. 18/XI 1901 r.*

Kol. Chodźko demonstruje przypadek „*ucisku rdzenia pochodzenia urazowego w okolicy 8-go i 7-go odcinka szyjowego*“.

Chory F. M., lat 28, robotnik, przed miesiącem mocując się w stanie nietrzeźwym, upadł i stłukł mocno okolicę szyi. W jednej chwili utracił możność ruchów i poczuł silny ból w karku oraz cierpienie całego ciała. Nastąpiło dłuższe zatrzymanie stolca. Chory został przyjęty na oddział kol. Majewskiego w szpitalu św. Wincentego w Lublinie 30. X. 1901.

Badanie wykazało: ból w szyi i ramionach. Ruchy głowy przednio-tylne ograniczone wskutek dolegliwego bólu. Oddziaływanie źrenic prawidłowe. Lekki nystagmus przy ruchach bocznych gałki. Nerwy czaszkowe prawidłowe. Bolesność kręgosłupa między 5 i 7-ym wyrostkiem szyjowym—żadnego uszkodzenia zewnętrznego kręgosłupa stwierdzić nie można. Podniesienie ramion wyżej poziomu bardzo ograniczone, wyprostowanie w stawie łokciowym ograniczone, szczególnie w kończynie lewej. W obu kończynach ruchy boczne przednio-tylne kiści znacznie ograniczone; palce w stanie przykurczenia zgiętego—wszystkie ruchy małego palca (oprócz zgięcia) zniesione zupełnie. Wyprostowanie palców niemożliwe—addukcyja i abdukcyja upośledzone, szczególnie w 4 i 5-tym palcu obu rąk. Siła mięśniowa kończyn górnych zmniejszona—w lewej kończynie wybitniej niż w prawej, przytem najmniejszą siłę okazuje kiść. Lekki zanik mięśni wyniosłości małego palca. Bolesność uciskowa mięśni przedramienia. Odruchy: z m. dwugłowego (biceps) zachowane—z trójgłowego—zniesione. Silne łuszczenie się skóry na palcach obu rąk. Chód paretyczno-spastyczny—chory nie może usiąść, wstać i stać bez pomocy. Siła mięśni kończyn dolnych wogóle zmniejszona, ruchomość bierna i czynna oddzielnych odcinków kończyn dolnych zachowana (paraparesis inferior). W nogach uczucie subiektywne „nie swojej skóry“. Napięcie mięśni kończyn dolnych znaczniejsze, niż górnych. Odruchy: brzuszny, z cremaster obustronnie żywe, kolanowy wzmożony, Achillesowy zachowany, „Fussclonus“ wybitny, podeszwy nie występuje. Badanie faradyczne wykazuje: zmniejszenie pobudli-



wości szczególnie w mięśniach wyprostnych przedramienia (extensor digit. comm.), mięśniach wyniosłości małego palca, oraz mięśniach międzykostnych wewnętrznych. 3-im i 4-y m na obu kończynach górnych. Badanie czucia wykazało: zniesienie czucia ciepła, bólu i dotyku na obu dłoniach w okolicy 4 i 5 palca po stronie wewnętrznej dłoni i 4 i 5 oraz połowy 3-go po stronie zewnętrznej. (Analgesia, Anaesthesia, Thermoanaesthesia) oraz przytępienie tychże rodzajów czucia na wewnętrznej połowie przedramienia i ramienia obu kończyn górnych, tułowie, poczynając z przodu od 2-go żebra, z tyłu od wyrostka 7-go kręgu szyjowego i obu ości łopatki ku dołowi i w całych kończynach dolnych; jednym słowem, na przestrzeni całego ciała, z wyjątkiem zewnętrznej części obu kończyn górnych, szyi powyżej 7-go wyrostka szyjowego i głowy. W narządach wewnętrznych—zatrzymanie stolca na znacznie dłuższy, niż zwykle przeciąg czasu (po 7 dni), urynowanie bez zmiany. Ciepłota w pierwszych dniach 37,8—37,3—37,2—37,0 (wieczorowa).

Rozpoznanie: wylew krwawy w opony rdzenia w okolicy 8-go i części 7-go odcinka szyjowego rdzenia ze zmianami zapalnymi na tejże wysokości (Myelitis e compressione).

Leczenie: paquelinizacya w okolicy kręgów bolesnych, koca, wcieranie szaruchy, wewnątrz kali jod. 4,0—200,0 i środki czyszczące (woda gorzka, ol. ricini, calomel). Pod wpływem tego leczenia widoczne polepszenie w sferze ruchowej i zniknięcie bólów oraz bolesności kręgów.

Po krótkiej dyskusyi nad danym przypadkiem posiedzenie zakończono.

*Posiedzenie zwyczajne d. 4/XII 1901 r.*

1) J a c z e w s k i przedstawił chorego z „*Acanthosis nigricans vel Dystrophie papillaire et pigmentaire*“.

2) C h o d ź k o demonstruje przypadek „*ucisku rdzenia pochodzenia urazowego w okolicy 2-go odcinka krzyżowego (sacralis)*“.

Chora K. O., panna, lat 23, służąca dworska—w lutym 1900 r. spadła z wysokości i straciła przytomność na krótki przeciąg czasu—przytem wystąpił silny ból krzyża i zupełne ubezwładnienie kończyn dolnych. Po wypadku uryna zaczęła wydzielać się często i obficie, wypróżnienia zatrzymały się na 10 dni, peryody również (na 3 miesiące). Nazajutrz po wypadku przyjęta na oddział kol. D o b r u c k i e g o w szpitalu św. Wincentego w Lublinie—tu—retentio urinae et alvi (kateteryzacya), odruchy kolanowe zachowane; po miesięcznym pobycie wystąpiła znowu incontinentia urinae, po 3 miesiącach zaczęła ostrożnie chodzić. W kwietniu 1901 r. przyjęta na oddział kol. C z e r w i ń s k i e g o w tymże szpitalu z incontinentia urinae et alvi; przytem skonstatowano: parzę mięśni odbytnicy i pochwy, zupełną anestezyą organów płciowych zewnętrznych, niemożność stania na palcach. Odruchy zachowane. Wypisana z polepszeniem.

30. XI 1901 r. przyjęta powtórnie na oddział kol. C z e r w i ń s k i e g o wskutek incontinentia urinae, retentio alvi oraz trudności w chodzeniu. Badanie wykazało:



Oddziaływanie źrenic prawidłowe. Lekki nystagmus przy ruchu gałek w lewo. Nerwy czaszkowe bez zmian. Bolesność kręgow i krzyża na ucisk, poczynając od wyrostka 12-go kręgu grzbietowego. Zmian zewnętrznych kręgosłupa nie skonstatowano. Ruchy boczne i przednio-tylne kręgosłupa ograniczone wskutek ich bolesności. Siadanie bez pomocy rąk utrudnione. Kończyny górne bez zmiany. Kończyny dolne: ruchy bierne zachowane, w stopach możliwa hyperflexio dorsalis przy ruchu biernym (wskutek zbyt małego napięcia mięśni zginaczy stopy). Ruchy czynne: ograniczone w palcach obu nóg (addukcja i abdukcja palców obu nóg i zgięcie 2-go i 3-go palca lewej nogi). Lekkie przykurczenie wyprostne obu nóg. Zanik mięśni międzykostnych obu stóp. Siła mięśniowa znacznie zmniejszona w m. triceps surae i w zginaczach palców (szczególniej lewej nogi). Napięcie mięśni łydki znacznie mniejsze, niż mięśni bioder. Chód nieprawidłowy w 2 tempa (I pięta, II przednia część podeszwy). Wchodzenie na schody łatwiejsze, niż schodzenie. Stanie z zamkniętymi oczyma przy zestawionych stopach niemożliwe—następuje silna extensio palców, oderwanie podeszew od podłogi i chora pada w tył; stojąc z oczyma otwartymi, chora zmuszona jest nieustannie poprawiać i kontrolować położenie swych stóp—jednocześnie równowaga chodu nie jest naruszona („*Equilibre du vélocipède*“ Grasset). Odruchy: kolanowe—lekko wzmożone, Achillesowe—zniżone; „Fussclonus“ nie występuje, z poślądków i odbytnicy—zachowane, podeszwowe—trudno i niestale występują.

Badanie faradyczne wykazało: znaczne obniżenie pobudliwości dla nerv. tibialis i peroneus (szczególniej n. tibialis) oraz m. triceps surae i zginaczy palców nóg.

Badanie czucia wykazało: Zupełne zniesienie czucia ciepła, bólu i dotyku (termoanaesthesia, anaesthesia, analgesia) na sromie i na wewnętrznych połowach obu poślądków; przytępienie tych rodzajów czucia na tylnych powierzchniach obu bioder (do fossae popliteae)—oraz lekkie przytępienie czucia bólowego i dotykowego na górnej powierzchni palców nóg i na tylnej połowie podeszew.

Narządy wewnętrzne: niedowład mięśni pochwy (descensus uteri), incontinentia urinae, retentio alvi—inne narządy w stanie prawidłowym.

Rozpoznanie: pozostałość dawnego wylewu w opony rdzeniowej w okolicy 2-go odcinka krzyżowego (sacralis) rdzenia i ucisk tegoż odcinka (umiejscowienie w cauda equina wykluczone na zasadzie różniczkowania odruchów).

Leczenie: kąpiele słone co drugi dzień; faradyzacja i masaż mięśni łydki (triceps surae) i stopy (zginacze palców, międzykostne); galwanizacja pęcherza według Erb'a (anoda na okolice łydki, katoda na krocze); operacyjne usunięcie opuszczenia macicy (kol. Czerwiński).

Wybitne polepszenie w sferze ruchowej.



*Posiedzenie zwyczajne d. 4/I 1902 r.*

Kol. Jaworowski przypomina opisany przez siebie przed kilkoma laty przypadek guza gruczołowego piersiowego, który znikł całkowicie pod wpływem galwanizacji. W parę lat potem znów wystąpił w tem samym miejscu i już nie poddawał się tejże metodzie leczenia. Obecnie chora zmarła wskutek rozsiania się raka z gruczołu piersiowego na wiele innych organów. Po krótkiej dyskusji posiedzenie zakończono.

*Posiedzenie zwyczajne d. 4/II 1902 r.*

Kol. Jaczewski przedstawił chorego ze zmianami dystroficznymi w związku z keratitis parenchymatosa.

*Posiedzenie zwyczajne d. 18/III 1902 r.*

1) Kol. Staniszewski przedstawił t. zw. „ostrogę“ gumową, wydobytą z pochwy młodej mężatki, która szukała porady u St. z powodu 3-tygodniowego krwawienia z pochwy. Chora przed zamążpójściem trudniła się prostytutką, co w zupełności objaśnia obecność „ciała obcego“ w pochwie.

2) Kol. Radomyski odczytał sprawozdanie za rok 1901 z działalności miejskiego laboratorium higienicznego.

W laboratorium higienicznym miejskim w Lublinie w ciągu 1901 r. dokonano 505 rozmaitych analiz, a mianowicie:

169 analiz chemiczno-mikroskopowych i bakteriologicznych moczu, płwociny, kału, nasienia, mleka kobiecego, wysięków patologicznych.

56 chemicznych analiz wody do picia, przedmiotów technicznych i codziennego użytku (w 12 wypadkach woda okazała się niezdatną do picia).

212 analiz produktów spożywczych, jak masła, mleka, śmietany, lodów, wód gazowych i owocowych, (zafalszowania znaleziono w 163 wypadkach).

68 analiz sądowych, z tych chemicznych 40 (w 18 wypadkach wykryto trucizny) i chemiczno-mikroskopowych 28 (w 19 wypadkach znaleziono krew).

*Posiedzenie zwyczajne d. 4/IV 1902 r.*

p. Bronisław Masłowski, dentysta, mówi o replantacji zębów i opisuje 2 operowane przez siebie przypadki.

1) Pacjent M., lat 16, anemiczny. Stan ogólny zębów, w szczególności trzonowych niezadawalniający: 2 bikuspid. 1-e górne periodont. chronica purulenta—extractio; duże trzonowe 1-e górne caries diffusa centralis propria—zapłombowanie na podkładzie cem.-amalg.; dolny molar 1-y lewy caries part. zapłomb. jak wyżej, dolny prawy molar 1-y caries total. period. chronic.; ponieważ zęby takie leczone być nie mogą, a chcąc dać pacjentowi tak ważny czynnik dla życia—zab wyjąłem i po oczyszcze-



niu mechanicznem kanałów, wygotowaniu w wodzie karbol. i odwapnieniu w kwasie solnym, zeplantowałem na drugi dzień; ząb wrósł po 4 tygodniach zupełnie przy gojeniu się per secundam.

2) Pacjentka D., lat 22, ząb dolny molar 1-y prawy, zeplantowany w tymże czasie i w ten sam sposób, dał wynik ujemny; ząb po 4 tygodniach tak był rozchwiany, że trzeba go było usunąć.

*Posiedzenie zwyczajne d. 18/IV 1902 r.*

Kol. Dobrnek i przedstawił paromiesięczne dziecko z *ectopia vesicae* i mówił o sposobach operowania tego cierpienia.

*Posiedzenie zwyczajne d. 4/V 1902 r.*

1) A. Puławski przedstawił chorego, dotkniętego przewlekłym unieruchamiającym zapaleniem kręgosłupa (*spondylosis rhizomelica*).

Chory ten, lat 29, żonaty, pochodzi z rodziny zdrowej, nie przechodził syfilisu i był zdrow do 10 roku życia. W wieku tym dostał bólów i obrzmienia w kolanie lewym. Choroba przeszła przy użyciu przyżegań Paquelin'a i salicylu. W dwa lata później zjawilo się podobne cierpienie w stawie golenio-stop. tejże kończyny, następnie w stawie barkowym po tejże stronie. Od tego czasu chory prawie stale uczuwał napady takich bólów we wszystkich prawie stawach i krzyżu. Napady jednak przechodziły mniej więcej przedko po użyciu salicylu, saloln, parówkach i t. d. Dopiero od lat 6 napady te przestały poddawać się leczeniu. W końcu zjawilo się pochylenie tułowia, przykurczenia w stawach i prawie zupełna niemożność chodzenia. Dopiero dwukrotnie powtarzane kąpiele siarczane w Busku stan jego poprawiły o tyle, że może jako tako chodzić i nieco pracować. Stan obecny: pochylenie tułowia ku przodowi, sztywność zupełna kręgosłupa, począwszy od 7 kręgu szyjowego, szyja swobodna, wzrost 173 ctm. (linia krzywa) i 149 ctm. (linia prosta przy ścianie). Typ oddechu brzuszny, górne żebra nie biorą udziału w oddychaniu. Organy wewnętrzne zdrowe. W stawie barkowym lewym—ruchy bardzo ograniczone we wszystkich kierunkach, zanik mięśni: biceps, triceps, deltoideus, pectoralis, supraspinatus, obniżenie pobudliwości elektrycznej bez odcz. zwyrodn. W stawie biodrowym lewym i prawym znaczne przykurczenie i mała ruchomość. Zanik mięśni uda zwłaszcza po stronie lewej. Lewa kończyna zwichnięta w stawie biodr. ku wewnątrz. Kolana przyciśnięte do siebie, tworząc z kończyn literę X (X Beine). Chód małymi kroczkami, przyczem obie golenie poruszają się jakby około poziomej osi, przechodzącej przez kolana. Oddziaływanie elektryczne, jak na kończynach górnych. Odruchy—kolanowy, z Achillesa wzmożone. Objawu Babińskiego niema. Odruchy skórne słabe. Czucie—prawidłowe. Zrenice równe, reagują normalnie. Mocz o c. g. 1027, cukru ani białka niema. Krew normalna. Eozynoflów—nie znaleziono.

Chory przedstawia typowe objawy *spondylosis rhizomelica*. Za-



śluguje na uwagę czysto reumatyczne pochodzenie całej sprawy. Autor podaje w krótkości dane z literatury, uwzględniając przede wszystkim własną, w której już opisano kilkanaście przypadków tego cierpienia. (Kędzior—8, J. Markiewicz—2, Męczkowski i Pechkranz po 1).

2) Kol. Olechnowicz referował pracę Witolda Chodźki p. t. „Przyczynę do kwestyi odruchu paluchowego Babińskiego“, poczem kol. Chodźko przez tajne głosowanie jednogłośnie wybrany został w poczet członków czynnych Lub. Tow. Lek.

3) Kol. Jaworowski referował pracę d-ra Mieczysława Janczewskiego p. t. „O upustach krwi i pryszczyciach jako środkach odciągających“, poczem tenże przez tajne głosowanie jednogłośnie wybrany został w poczet członków czynnych Lub. Tow. Lek.

*Posiedzenie zwyczajne d. 20/V 1902 r.*

1) Malewski przedstawił przyrząd Gärtnera do mierzenia ciśnienia krwi i objaśnił jego sposób zastosowania.

2) Biernacki odczytał krytykę dzisiejszej naukowej i społecznej działalności Lub. Tow. Lek. Po dłuższej dyskusji nad tym przedmiotem posiedzenie zakończono.

*Posiedzenie zwyczajne d. 4/VI 1902 r.*

1) Kol. Biernacki odczytuje wnioski swoje, dotyczące się reformy Towarzystwa. Wnioski te zadecydowano przedstawić na rocznym posiedzeniu w dniu 4-ym lipca b. r.

2) Kol. Tołwiński opisuje przypadek (z kazuistyki sądowo-lekarskiej) nagłej śmierci wskutek pęknięcia podstawy czaszki od uderzenia kopym końskim.

*Posiedzenie zwyczajne d. 18/VI 1902 r.*

1) Odczytano nadesłany przez kol. Biernackiego projekt organizacyjny Lub. Tow. Lek. i po krótkiej dyskusji zadecydowano przedstawić go członkom na rocznym zebraniu w dniu 4/VII b. r.

2) Janczewski opisał przypadek zatoru płucnego wskutek zastrzyknięcia Hydrargyri salicylici.

Sekretarz Czesław Czerwiński.



## V. Z Towarzystw lekarsk. zagranicznych.

### a) Z Towarzystw lekarskich niemieckich.

*Berliner Medizin. Gesell.* Posiedz. z. d. 16/VII 1902.

1) Ewald przedstawił chorego na *bezkrwistość złośliwą*, u którego w początku maja r. b. znaleziono tylko 1.840.000 czerwonych krążków krwi w 1 mm. sz. i 8000 białych ciałek. Po bezowocnym używaniu różnych środków wewnętrznych prelegent zastosował transfuzję 200 ctm. sz. krwi odwłóknionej. Ciężota narazie podniosła się do 39,6°, po pewnym jednak czasie w stanie chorego nastąpiła znaczna poprawa. Obecnie ilość czerwonych krążków wynosi 3.200.000, białych ciałek 5.000 w 1 mm. sz. Choremu przybyło 15 kilo wagi. Prelegent przypuszcza, że pomyślny skutek w danym przypadku mógł zależeć od obecności we krwi odwłóknionej swoistej substancji, pobudzającej narządy krwiotwórcze.

2) Aronson zawiadomił o wynalezieniu *surowicy przeciw paciorkowcowej*, znacznie skuteczniejszej od surowic Marmorek'a i Tavel'a. Prelegent utrzymuje, że niema wybitnej różnicy między paciorkowcami różnych chorób. Jadowitość surowicy paciorkowcowej wzmagał przeszczepianiem jej myszom oraz królikom. Po zastrzyknięciu podskórnym następowała gorączka i ropienie, po zastrzyknięciu do żył — zajęcie, stawów i zmiany we wsierdzu. 0,001 surowicy ochronnej zabezpiecza mysz od działania bezwarunkowo śmiertelnej dawki paciorkowca. 0,02 chroni mysz od śmierci nawet w 7 godzin po zarażeniu, a 0,1 — 0,2 działa skutecznie nawet po 24 godzinach. Z doświadczeń na ludziach prelegent nadmienił tylko o ciężkim przypadku erysipelas bullosum u dziecka, u którego spadek gorączki nastąpił zaraz po pierwszej dawce surowicy — czasowo, po drugiej dawce — ostatecznie.

Wasserman przypuszcza, iż surowica Aronson'a ma większą przyszłość przed sobą od dotychczasowych, jako oparta na najdokładniejszych doświadczeniach na zwierzętach. Konieczne są dalsze próby na ludziach.

### *Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.*

Schmitz mówił o leczeniu gangreny dolnych kończyn starszej oraz na tle moczożki cukrowej. Prelegent łącznie z Rinne'm zebrał 39 przypadków wymienionej gangreny i na podstawie tego materiału radzi, co następuje:

O ile gangrena ogranicza się do palców nogi, należy czekać ukończenia sprawy demarkacyjnej, poprzestając na wysokim ułożeniu kończyny dla ułatwienia krążenia krwi. Opatrunek — antyseptyczny lub wilgotny. Nie należy usuwać części tkanki martwej za pomocą



pincety, aby nie spowodować przejścia sprawy na tkanki zdrowe w kierunku dośrodkowym.

Kiedy zjawia się groźne objawy zapalne i sprawa przechodzi wyżej na stopę lub goleń, to nawet w razie wyczuwania tętna podkolanowego przystąpić od razu do odjęcia uda, nie próbując nawet odjęcia goleń. Ostatnia bowiem operacya daleko częściej prowadzi do gangreny kikuta, niż pierwsza. Naturalnie, liczyć na gojenie per primam niepodobna.

W przypadkach autorów, operowanych podług zasad powyższych, wyzdrowienie nastąpiło w 78%. W. St. •

## b) Z Towarzystw Lekarskich w Wiedniu.

*Gesell. d. Aertze.* Posiedzenia z m. czerwca.

1) *Fein* przedstawił kobietę z wrodzoną *przeponą w krtani*, pomiędzy wyrostkami głosowymi. Przepona ta, szerokości około 5 mm., wolnym brzegiem zwrócona ku przodowi, do światła krtani, przy fonacyi podnosi się ku górze w kształcie fałdy. Z powodu braku jakichkolwiek zaburzeń czynnościowych, F. nie ma zamiaru usunięcia tej przepony. W innym, podobnym, przypadku F. usunął przeponę na drodze wewnątrzkrtaniowej, jednak wynik zabiegu nie był pomyślny, gdyż pomimo długo trwałego zgłębnikowania nastąpiło zrośnięcie się strun głosowych.

2) *Prof. Schiff* przedstawia wynik leczenia *nabłoniaka nosa* za pomocą promieni *Roentgen'a*. Wszystkich posiedzeń było 33, od 7 zaś tygodni nawrotu niema. Zauważyć należy, że chora poprzednio była leczona bezskutecznie podług rozmaitych metod.

3) *Stangl* przedstawił mężczyznę, któremu usunięto z pomyślnym wynikiem guz, położony poza otrzewną, na miejscu rozgałęzienia aorty. Guz był ściśle zrośnięty z dużemi naczyniami. Badanie histologiczne wykazało, że guz zawiera komórki chromafinowe i że punktem jego wyjścia był narząd *Zuckerkanl'a*. W dyskusyi *prof. Zuckerkanl* zauważył, że komórki chromafinowe znajdują się we wszystkich tworach nerwu współczulnego i mogą dać w następstwie pochod do wytwarzania się guzów.

4) *Prof. Ehrmann* przedstawił doskonały wynik leczenia *wilka twarzy* za pomocą 33% pasty rezorcynowej.

5) *Doc. Spiegler* przedstawił kobietę ze zmianami w ubarwieniu skóry twarzy i włosów w następstwie róży, zależnemi, według S., od zaburzeń w chemizmie powstawania barwnika.

6) *Federn* mówił o *mierzeniu ciśnienia krwi*. Opierając się na licznych swych pracach, F. przedewszystkiem wskazał na użyteczność przyrządu *Basch'a* przy łóżku chorego i konieczność długotrwałego badania ciśnienia krwi. F. doszedł do przekonania, że wzmożone ciśnienie krwi jest przyczyną wielu ostrych i przewlekłych zaburzeń i że takowe są zależne od zmian w czynności kiszek. Następnie, F. stwierdził fakt, że u dorosłej, dojrzalej płciowo kobiety wysokość ciśnienia krwi jest w związku z okresem miesiączkowania.



Dolna granica prawidłowego ciśnienia krwi u dorosłego, mierzona na tętnicy promieniowej, wynosi 50—60 mm. Hg.; górną granicę trudno określić.

7) Doc. Ullmann przedstawił kozę, której wszyl pod skórę szyi nerkę psa. połączywszy tętnicę nerki z tętnicą szyjową, a żyłę nerki z żyłą jarzmową zewnętrzną. Czynność nerki dotychczas jest zachowana.

8) Hofbauer przedstawił chorego ze zwężeniem lewego otworu żylnego i porażeniem lewego nerwu zwrotnego. H. tłumaczy porażenie uciskiem nerwu przez znacznie rozszerzoną prawą komorę serca.

*Gesell. f. innere Med.* Posiedzenia z m. czerwca.

1) Breuer przedstawia kobietę z chorobą Banti. Cierpienie to trwa już 2 lata; śledziona i wątroba są powiększone; początkowo był niewielki ascites; zawartość hemoglobiny we krwi zmniejszona, ilość białych ciałek 1100, czerwonych 4 miliony. Chora od czasu do czasu miała lekką żółtaczkę i znaczną urobilinurię.

2) Kaufmann przedstawił przypadek *wiadu rdzenia u dziecka*. Chłopiec 10-letni przed 3 laty zachorował na zaburzenia żołądkowe, które od roku występują pod postacią *crises gastriques*, co 3—4 tygodnie. Odczyn źrenic na światło zniesiony, na przystosowanie zmniejszony, brak odruchów kolanowych; istnieje objaw Romberg'a; od czasu do czasu występuje enuresis nocturna. Zaburzeń psychicznych niema.

3) Hofbauer przedstawił mężczyznę, u którego po chloroformowaniu wystąpiły objawy *astasiae-abasiae* i *nystagmus*.

4) Sorgo, przedstawiając liczne preparaty, omawia sposób rozpoznawania *nowotworów oślucy* na zasadzie drobnowidzowego badania płynu, otrzymanego drogą przekłucia. Płyn zawiera przeważnie komórki nabłonkowe. Najczęściej bywają one skupione, wielokształtne i nieco spłaszczone; niekiedy wykryć można oddzielne komórki jedno-, lub wielojądrowe. W komórkach często znajdują się wakuole, przytem albo w jednej tylko komórce i w takim razie protoplazma przedstawia się pod postacią wąskiego rąbka na obwodzie, albo też wakuole zajmują całą gromadę komórek, tak, że granice między komórkami prawie zupełnie znikają.

5) Schiff przedstawia płyn, otrzymany przez nakłucie łądźwiowe w przypadku *meningitis cerebrospinalis* o przebiegu nieprawidłowym. 52-letni mężczyzna zachorował nagle na gwałtowny ból głowy, któremu towarzyszyły mocne dreszcze i podniesienie się ciepłoty do 40,1°. Następnego dnia ból głowy ustąpił, ciepłota obniżyła się do 38°. Dalej ciepłota wahała się w różnych granicach, wymiotów nie było. W ciągu ostatnich kilku dni wystąpiły napady śpiączki i nieprawidłowe wahania pulsu od 60—100 uderzeń na minutę. Ponieważ wystąpiły objawy ucisku mózgu (śpiączka, silny ból głowy), wykonano nakłucie łądźwiowe, które wykazało, że S. miał do czynienia z *meningitis cerebrospinalis* (płyn mętny, ropny, z dużą zawarto-



ścią diplokoków). Po powtórnej nakłuciu stan chorego polepszył się. W tym przypadku bez wykonania nakłucia lędźwiowego niemożliwym było rozpoznać chorobę.

T. B.

## List otwarty do czytelników „Kroniki Lekarskiej“.

Najuprzejmiej upraszam Szanownych Kolegów o łaskawe nadesłanie przed 5 października r. b. adresów swych, mianowicie zaś w razie zmiany mieszkania, a to celem uniknięcia możliwych niedokładności w Kalendarzu Lekarskim na r. 1903.

Z poważaniem *Polak*.

29 Świętokrzyska.

## KRONIKA BIEŻĄCA.

*Dnia 1 października 1902 r.*

— Otrzymaliśmy następującą odezwę z prośbą o umieszczenie. Rada Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego celem jaknajdokładniejszego omówienia warunków sanitarnych mniejszych miast i wsi w kraju, oraz sposobów poprawy tych warunków, zamierza urządzić w miesiącu kwietniu roku przyszłego szereg posiedzeń w tej ważnej sprawie z udziałem członków Towarzystwa zamieszkałych po za Warszawą. Głównymi przedmiotami obrad będą: 1) zaopatrzenie miast i wsi w dobrą wodę; 2) wzmocnienie szczepienia ospy w miastach i gminach i zapobieganie chorobom zakaźnym w ogólności. 4) Zapobieganie zanieczyszczeniu wód alimentacyjnych. 5) Budowa domów mieszkalnych, szpitali, szkół wiejskich, rzeźni i t. p. 6) Pomoc lecznicza ludności wiejskiej. 7) O środkach materyalnych ku uzdrowotnieniu miast i wsi. 8) Kąpiele ludowe. 9) Statystyka miejsc zaludnionych.

Podając szczegóły powyższe za pośrednictwem pisma Pańskiego do wiadomości członków Towarzystwa, lub osób pragnących zostać członkami. Rada liczy na jaknajszerszy udział osób kompetentnych, prosząc o zgłaszanie się z referatami w jaknajkrótszym czasie i nie później, jak do grudnia r. b.

Po zebraniu zgłoszeń wydany zostanie szczegółowy program obrad wraz z datami posiedzeń.

Zgłoszenia nadsłać należy do Kancelaryi Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego (Krakowskie-Przedmieście № 66).

— W tych czasach obchodził 25-letni jubileusz pracy na polu medycyny praktycznej kol. Wojciech Zieliński. Jubilat przez



cały ten czas zajmował się praktyką w małej osadzie w łączyckiem, w Piątku, i umiał zaskarbić sobie uznanie i wdzięczność mieszkańców tej osady i rozległej okolicy.

Praca jego owocna jest dowodem, że lekarz zawsze i wszędzie może zdziałać wiele dla otoczenia, a zdobyć dla siebie warunki dobrego bytu, byle by chciał i umiał.

Jubilatowi szlemy życzenia jaknajdłuższej pracy dla dobra licznych pacjentów.

—d— W gronie współpracowników wychodzącej nakładem znanej firmy Urbana i Schwarzenberga w Berlinie i Wiedniu *Encyclopädie der mikroskopischen Technik mit besonderer Berücksichtigung der Färbetechnik* znajdujemy pięciu Polaków: prof. A. Dogiela w Petersburgu, prof. H. Hoyer'a w Warszawie, prof. H. Hoyer'a (syna) w Krakowie, Doc. D-ra J. Kryształowicza w Krakowie i prof. W. Szymonowicza we Lwowie. Widoczną z tego jest rzeczą, że naukowe koła niemieckie nie podzielają poglądów hakatystów pruskich.

## Z M A R L I.

D-r Ignacy Uściński, lekarz naczelny szpitala św. Trójcy w Płocku, dnia 17 września r. b.

D-r Maksymilian Kohn dnia 20 września r. b. w Krakowie, ginekolog, b. radca miejski Krakowski. Zmarły cieszył się wśród publiczności wielkiem uznaniem dla swej prawości.

D-r Ryszard Sagatowski, lekarz kolei święciańsko-poniewiezkiej, we wrześniu r. b. w Warszawie, w wieku lat 37.

D-r Józef Kinel dnia 25 września r. b. w Warszawie, w wieku lat 64.

## Ogłoszenie.

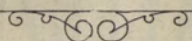
Ze spadku po zmarłej d. 12 wrześniu 1876 r. ś. p. Józefie Sierakowskiej, przeznaczoną została przez jej spadkobierców, aktem urzędowym w dniu 19 lutego, 2 marca 1888 r. zeznanym, na własność Kasy pomocy naukowej imienia Józefa Mianowskiego suma 6600 rubli, jako fundusz żelazny, od którego procenty obracane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

W myśl powyższego przeznaczenia funduszu, zatwierdzonego przez Rząd, Komitet zarządzający Kasą wzywa osoby, pracujące na polu naukowym, a chcące ubiegać się o zapomogę, aby w ciągu trzech miesięcy od daty niniejszego ogłoszenia złożyły w biurze Komitetu (Niecala № 7), lub do rąk jednego z członków Komitetu stosowne podanie, z wyszczególnieniem podjętych prac naukowych i miejsca stałego zamieszkania.



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

W Warszawie d. 16 Września 1902 roku.



Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

Дозволено Цензурою. Варшава, 17 Сентября 1902 г.



## Kąpiele borowinowe w każdej porze roku.

Jedyny  
Naturalny produkt  
DO  
KĄPIELI  
borowinowych  
lecniczych.



**MATTONIEGO**  
sól borowinowa  
(suchy wyciąg)  
w paczkach po 1 kilo  
**MATTONIEGO**  
ług borowinowy  
(płynny wyciąg)  
w butelkach po 2 kilo

**Heinrich Mattoni**, Francensbad, Karlsbad, Wiedeń, Giesshübl Sauerbrun, Budapest.

5 wiorst od stacji kolei Nadwiślańsk. 5 godzin od Warszawy. Godzina od Lublina.

## NAŁĘCZÓW

Źródło szezawy żelazistej

Poczta, telegraf, apteka na miejscu. Powozy na zamówienie. W lecie omnibus.

do picia i do kąpiel.

Zakład leczniczy cały rok otwarty.

Hydroterapia. Kąpiele borowinowe, elektryczne i mineralne sztuczne. Elektroterapia. Masaż. Gimnastyka. Własna kuchnia dyetetyczna. Kumys. Ścisły nadzór lekarski. Powiększona ilość mieszkań. Naokoło zakładu przeszło 40 umeblowanych willi. Pensjonaty prywatne. Hotel. Dwóch stałych lekarzy, w lecie konsultanci i asystenci. Utrzymanie całodzienne z leczeniem w internacie zakładowym od 4 rb. dziennie.

Prospekty gratis i franco.

Dyrektor **Dr. A. Puławski**,

Lekarz zakładu **Dr. B. Malewski**.

## Woda gorzka Franciszka Józefa

jedyny przyjemny w użyciu naturalny  
środek czyszczący.