

GAZETA LEKARSKA.

I. ŻÓŁTACZKA ZŁOŚLIWA Z ZEJŚCIEM POMYŚLNEM.

Przyczynek do kazuistyki t. zw. żółtaczek gorączkowych

[ZAKAŻNYCH].

Podał

A. Puławski,

lekarz miejscowy szpitala Dz. Jezus w Warszawie.

Sądząc z opisu ROKITANSKY'ego, FRERICHS'a, BAMBERGER'a, BRODOWSKIEGO i innych, sprawę ostrego żółtego zaniku wątroby [któremu HORACZEK i BUDD dali miano *icterus gravis*] należy uważać za bezwarunkowo śmiertelną. „Cierpienie, któremu towarzyszy tego rodzaju zniszczenie, chociażby częściowe, tkanki wątrobowej, powiada BAMBERGER ¹⁾, musiałoby pozostawić w tym narządzie niezatarte niczem ślady. Ponieważ jednak anatomija patologiczna dotychczas nigdy takich śladów nie wykryła, przeto, jeżeli nie chcemy zbaczać z drogi doświadczenia i rzeczywistości, nie wolno nam mówić jeszcze o wyleczeniu tej sprawy“.

Tymczasem GRAVES, GRIFFIN, BUDD, a przedewszystkiem autorowie francuzcy z TROUSSEAU'em na czele, opisują przypadki t. zw. *icterus gravis*, zakończone wyzdrowieniem. FRERICHS ²⁾ uważa je poprostu za wątpliwe pod względem rozpoznawczym do tego stopnia, że nawet własny przypadek, posiadający wszelkie cechy, jak sam mówi, zaniku wątroby, uważa za wątpliwy ze względu na zejście pomyślne.

Racyjonalniejszym wydaje mi się pogląd TROUSSEAU ³⁾, który rozróżnia *icterus gravis*, zależny od ostrego zaniku wątroby, uważając go za bezwarunkowo śmiertelny i *icterus gravis*, zależny od jakiejś przyczyny nieznaney, nie mającej nic wspólnego z ostrym zanikiem wątroby.

Taki właśnie przypadek, posiadający wszelkie cechy kliniczne ostrego zaniku wątroby, a jednak zakończony wyzdrowieniem, miałem sposobność spostrzegać w oddziale D-ra OBRĘBSKIEGO, którego zastępowałem w obowiązkach ordynatora.

¹⁾ Die Krankheiten der Leber w VIRCHOW'a Handb. der spec. Path. T. VI. 1885. str. 587.

²⁾ Klinik der Leber-Krankheiten. 1858. T. I. str. 208 i 231.

³⁾ Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris. 1873. T. III.

Dnia 27 Września r. z. przybył do oddziału chory Adam P., wyrobnik, lat 37 liczący. Chorego przywiózł do szpitala stójkowy, który go znalazł w stanie wielkiego osłabienia na ulicy. Aczkolwiek bardzo osłabiony i apatyczny, jednak zupełnie przytomny, chory opowiedział, co następuje. Od 2 tygodni czuł się niedobrze, był bardzo osłabiony, nie miał łaknienia, miewał dreszczyki przez cały dzień, źle sypiał, jednakże roboty nie opuszczał [najmował się do noszenia lżejszych posylek]. Dopiero dnia poprzedniego na ulicy takie uczuł osłabienie w nogach, że nie mógł dalej iść i upadł [przytomności jednak nie stracił]. W takim stanie przywieziono go do szpitala. Obecnie uskarża się na osłabienie i ból w obu kończynach dolnych w kierunku nerwów kulszowych. Ból tak jest silny, że chory nie może wykonać najmniejszego ruchu, ani też znieść najlżejszego ucisku na tylnej powierzchni uda i goleni obu kończyn. Z przeszłości chorego dawniejszej dowiedziałem się tylko tyle, że zwykle był zdrowy, nie oddawał się pijaństwu, przymiotu nie przechodził. W czasie pobytu w wojsku na Kaukazie w r. 1879 często zapadał na zimnicę. Napady te zdarzały mu się również i w Moskwie, nigdy jednak długo nie trwały i ustępowały po zażyciu chininy. Od kilku już lat napadów nie miewał.

Stan obecny. Chory średniego wzrostu, prawidłowej, lecz wątłej budowy, szczupły, w pierwszej chwili uderza niezwykle żółtym kolorem skóry. Jestto żółtość z odcieniem zielonawym, jednostajnie pokrywająca całą skórę. Białkówki jasno-żółtego koloru, wszystkie widzialne błony śluzowe posiadają również odcień żółtawy. Chory nic o żółtaczce nie wiedział i ja sam, widząc chorego dnia poprzedniego wieczorem, zauważyłem tylko lekką żółtaczkę na białkówkach. Stan bezgorączkowy, tętno 54, bardzo małe. Osłabienie ogólne bardzo znaczne, rysy wyciągnięte, zaostrome. Duszność, 36 oddechów na minutę. Język obłożony, suchy, pokryty szarym nalotem. Granice płuc prawidłowe, oddech pęcherzykowy. Tępość serca prawidłowa, tony słabe, lecz czyste. Granica górnej tępości śledziona na VIII żebrze, dolna nie wyczuwalna. Granica górnej tępości wątroby na linii sutkowej na VI żebrze, dolnego brzegu wyczuć nie można. Przy obmacywaniu okolicy wątroby i dolka podsercowego — silna bolesność. Brzuch zapadnięty, zupełny brak łaknienia, pragnienie i uczucie suchości w ustach. W obu kończynach dolnych ściśle w kierunku obu nerwów kulszowych silna bolesność przy dotykaniu i przy wszelkich ruchach. Chory ani się podnieść, ani stanąć na nogach nie może nietylko z powodu osłabienia, ale i z powodu bólu. Odruchów kolanowych wywołać nie mogłem.

Mocz barwy ciemno-pomarańczowej, ciężaru właściwego 1008, białka nie zawiera, daje wyraźny odczyn na barwniki żółciowe. Kał, otrzymany po zastosowaniu lawatywy glicerynowej [chory ma zaparcie stolca], przedstawia się w postaci szarej masy. Krew, badana pod drobnowidzem, przedstawia niezmięnione krążki czerwone, znacznie powiększoną ilość ciałek białych i nieco drobnych ziarenek.

Na drugi dzień ciepłota ciała podniosła się do 38° C., tętno 90, apatya coraz większa. W nocy tegoż dnia przy ciepłocie wieczornej 37,2° C. głośnie majaczenie.

30. IX. Ciepłota 37° C., tętno 90. Oddech 36, z charakterem oddechu CHEYNE-STOCKES'a, tylko pauza nie jest zupełną. Kaszel, w płwocinie znajdują się skrzepy krwi. Badanie płuc żadnych nieprawidłowych objawów nie wykazuje. Serce, śledziona i wątroba jak poprzednio. Bóle w kończynach coraz większe, zawsze w kierunku nerwów kulszowych. Wieczorem ciepłota 38° C..

1. X. Ciepłota 37,4 C., tętno 90. W nocy bredzenie. Ciepłota 37° C..

2. X. Ciepłota 36,2° C., tętno 100, bardzo słabe. Obfity krwotok z nosa. Jedno wypróżnienie zabarwione na żółto. Drugie wypróżnienie czarne, jak smoła, zawiera krew.

Język suchy, pokryty grubą warstwą czarnego nalotu. Śledziona, wątroba i serce, jak wyżej. Mocz oddaje pod siebie. Ciepłota 37,6° C..

3. X. Ciepłota 36° C., tętno 90. W nocy majaczenie. Rano nieprzytomny, dużo mówi, chce uciekać ze szpitala, „ponieważ go biją i nie dają spać“. Język suchy, popękany. Na kończynach dolnych punkcikowate wylewy krwi. Zaparcie stolca. Śledziona i wątroba, jak wyżej. Bolesność w dołku podsercowym przy obmacywaniu. Ciepłota 37,4° C..

4. X. Ciepłota 37° C., tętno 100. Ciche bredzenie, chory mruczy do siebie jakieś niezrozumiałe wyrazy. Mocz zebrano za całą dobę w ilości 1000 ctm. sześć.. Rozbiór, dokonany łaskawie przez D-ra NENCKIEGO w pracowni chemicznej szpitali warszawskich, dał wynik następujący:

Mocz barwy ciemno-żółtej, ciężaru właściwego 1008, mętny, odczynu słabo kwaśnego, zawiera w jednym litrze mocznika 11,349 grm., chlorku sodu 4,340, fosforanów 0,087. Z nieprawidłowych składników znaleziono barwniki żółciowe (*beliverdin*) i kryształy leucyny. Tyrozyny nie znaleziono. Badanie drobnowidzowe wykazało niewielką ilość ciałek śluzowych i płaskie komórki nabłonkowe. Na uwagę zasługuje niezwykle mała ilość wydzielanego na dobę mocznika [prawie $\frac{1}{3}$ prawidłowej ilości] i obecność kryształów leucyny.

6. X. Ciepłota 37,6° C., tętno 108, wciąż słabe. Śpiączka. Chory na zapytanie, jak się miewa, odpowiada machinalnie: „bardzo dobrze“, chociaż nie może się ruszać, mało przyjmuje pokarmów [mleko] i syka z bólu, kiedy się dotknąć kończyn dolnych w miejscach wyżej oznaczonych. Badanie krwi wykazuje, jak poprzednio, zwiększenie ilości białych ciałek. Ciepłota 38 C..

7. X. Ciepłota 37,6° C., tętno 100, przytomność powraca. Ciepłota 37,8° C..

8. X. Ciepłota 38,2° C., tętno 100. Wypróżnienie [po ławatywie glicerynowej] gęste, zabarwione prawidłowo. Mocz w ilości 1000 ctm. sześć., białka nie zawiera, wyraźny odczyn na barwniki żółciowe. Ciepłota 38,3° C..

9. X. Ciepłota 37,8° C.; tętno 80. Podano kwas solny i chininę w ilości 10 granów. Ciepłota 38,6° C..

10. X. Ciepłota 37,6° C., tętno 80 małe. Stan ogólny poprawia się. Bóle w kończynach zmniejszają się. Żółtaczka mniejsza. Język obłożony, suchy. Ciepłota 38,6° C..

11. X. Ciepłota 37,6° C., tętno 90. Ogólne osłabienie, ból głowy.

16. X. Uskarża się na swędzenie skóry. Kąpiel.

18. X. Ciepłota 37,6° C., tętno 90. Stan ogólny coraz lepszy. Bólów nie ma wcale. Żółtaczka coraz mniejsza. Zaparcie stolca. Język obłożony, ale wilgotny. Zjawia się chęć do jadła. Wątroba i śledziona, jak poprzednio.

20. X. Mocz w ilości 1000 ctm. sześć. na dobę, nie zawiera ani białka, ani barwników żółciowych. Zaparcie stolca.

27. X. Ciepłota 37° C., tętno 72. Stan ogólny dobry. Żółtaczka prawie znikła. Bólów nie ma wcale. Chodzi dobrze po sali. Odruchy kolanowe osłabione, ale dają się wywołać [co mi się poprzednio nie udawało].

31. X. Od kilku dni uskarża się na pragnienie. Łaknienie tak się zwiększyło, że chory ciągle jest głodny, pomimo, że dostaje najsilniejszą szpitalną porcyję [zwyczajną]. Polecono zbierać mocz z całej doby [co było zaniechane].

1. XI. Zebrano 5000 ctm. sześć. moczu. Ciężar właściwy 1010, ani cukru ani białka nie zawiera. Zalecono makowiec [w ilości ¼ gr. 3 razy dziennie].

2. XI. Mocz 5000 ctm. sześć., ciężar właściwy 1008. Głód i pragnienie, jak poprzednio, zresztą stan ogólny dobry.

3. XI. Mocz 5000 ctm. sześć., ciężar właściwy 1008.

4. XI. Mocz 6000 ctm. sześć., ciężar właściwy 1006. Zalecono antypirynę po 10 gr. dziennie.

5. XI. Mocz 4000 ctm. sześć., ciężar właściwy 1010. Pragnienie mniejsze [„do wody tak nie ciągnie“, powiada chory].

6. XI. Mocz 4000 ctm. sześć., ciężar właściwy 1008 i t. d. aż do wypisania się chorego ze szpitala. Przez cały ten czas chory oddawał od 4000 do 5000 ctm. sześć. na dobę, ciężaru właściwego 1008. Pragnienie i głód zmniejszyły się znacznie pod wpływem użycia antypiryny [?]. Ogólny stan nie na tem nie cierpiał, chory utył na twarzy, był wesół i rozmowny. Ze względu na rozwinięty *diabetes insipidus*, chciałem go jeszcze mieć w obserwacji, ale na usilne żądanie chorego, który się wyrwał do pracy i nudził w szpitalu, musiałem go wypisać dnia 22 Listopada, t. j. po dwumiesięcznym blisko pobycie w szpitalu. Chorego w różnych okresach choroby widzieli koledzy DUNIN, DĄBROWSKI, RUPERT, SKŁODOWSKI i wielu innych.

Do jakiej ze znanych postaci chorobowych wypada nam zaliczyć wyżej opisany przypadek? Uprzytomnijmy sobie jeszcze raz w krótkości cały obraz kliniczny, jaki się nam przedstawił. U człowieka dotychczas zdrowego zjawiają się objawy lekkiego niedomagania, dreszczyki, ból głowy, utrata łaknienia, silne bóle w kończynach dolnych. Taki stan trwa około dwóch tygodni. Wtedy dość nagle zjawia się bardzo silna żółtaczka i gorączka niewielka [nie przechodząca 39° C.]. Gorączka ma typ zwalniający i trwa około 3 tygodni. W ciągu tego czasu zjawiają się bardzo ciężkie objawy nerwowe [majaczenie, apatyja, bóle w kończynach dolnych], wysypka krwotoczna na ciele, krwotoki z wielu narządów [nosa, płuc, kiszek], w moczu barwniki żółciowe, znaczne zmniejszenie ilości mocznika i leucyna. Przez cały ten czas chory cierpi na silne zaparcie stolca, zupełną utratę łaknienia. Stolec z początku bezbarwny, następnie pomimo trwania żółtaczki i obecności barwników żółciowych w moczu, odzyskuje barwę prawi-

dłową. Badanie przedmiotowe wykazuje zwiększenie częstości tętna [pomimo żółtaczk] i osłabienie tegoż, bardzo silne obłożenie języka, nieznaczne powiększenie śledziony, bolesność w okolicy wątroby bez zmian w jej objętości. Kilkakrotne badanie krwi wykazuje zwiększenie ilości białych ciałek, bez zmian w ciałkach czerwonych, bez obecności pasorytów w [mianowicie spirochetów]. Taki stan trwa 3 tygodnie. Następuje długie zdrowienie, w czasie którego zjawiają się klasyczne objawy *diabetes insipidus*.

Termin *icterus gravis*, jaki się każdemu nasuwa, niczego nas nie uczy. Oznacza tylko, że przypadek nasz przypomina obraz ostrego zaniku wątroby, jaki znamy z klasycznych opisów tej choroby ¹⁾. Ale zejście pomyślnie, brak zmian w rozmiarach tępości wątroby [pomimo że istniała tu wyraźna bolesność], nadzwyczaj silne bóle w kończynach dolnych nie pozwalają nam żadną miarą przypuszczać, żeśmy mieli do czynienia z tem cierpieniem. Z drugiej strony, obfita ilość moczu, prawdziwy *diabetes insipidus*, od którego datuje się w naszym przypadku okres zdrowienia, charakteryzuje zwykle pomyślny przebieg *icterus gravis*, opisanego przez niektórych autorów. Tak przynajmniej utrzymuje CHAUFFARD ²⁾, który w tym celu porównywał znane a nie liczne przypadki żółtaczk złośliwej zakończonej pomyślnie. Owe „*crises urinaires*“ francuzkich autorów znane są powszechnie w pomyślnym przebiegu wielu ostrych chorób gorączkowych. Tym sposobem zaliczamy nasz przypadek do kategorii żółtaczek złośliwych (*icterus gravis*) w znaczeniu, jaki nadawał temu terminowi TROUSSEAU i inni przeważnie autorowie francuzcy.

Inna jeszcze postać chorobowa zbliża się do opisanego przez nas obrazu klinicznego, a tą jest zimnica ciągła, taka mianowicie, jaka jest właściwa strefom gorącym. W opisach tej choroby u GRIESINGER'a ³⁾ spotykamy dużo cech podobieństwa z naszym przypadkiem. Chory nasz przebywał kilka lat w miejscowościach, gdzie takie postaci zimnicy panują i sam im podlegał [lubo nigdy żółtaczk nie miewał]. Rozstrzygającym w danym razie mogłoby być podanie chininy. Przyznać się muszę, że w danej chwili o zimnicy ciągłej w naszym przypadku nie myślałem wcale. Brak jakiegoś znaczniejszego podniesienia ciepłoty, brak wyraźnego obrzmienia śledziony, żółtaczka wreszcie tak silna, nadzwyczajny upadek sił, drobne tętno odwróciły całą moją uwagę od takiego rozpoznania, a co idzie zatem od odpowiedniego leczenia. Choremu dawałem przedewszystkiem środki pobudzające [spirytus, czarną kawę], dla uśmierzania bólów podawałem salicylan sodu, brom, antifebrynę, przeciwko zaparciu stolca a zarazem i żółtaczce — przemywania HEGAR'a. Dopiero w okresie zdrowienia podałem mu kilkakrotnie niewielkie dawki chininy i odwar chinowy — najzwyczajszy nasz „*robórans*“ szpitalny. Dzięki tej omyłce właśnie czy nieuwadze, spostrzeżenie moje pozostało czystem i utwierdziłem się w przekonaniu, że w danym przypadku nie mieliśmy do czynienia z zimnicą ciągłą

¹⁾ FRERICHS, BAMBERGER [l. c.], u nas ŁUCZKIEWICZ [Pamięt. Tow. Lek. T. 48. str. 339].

²⁾ Contribution à l'étude de l'ictère catarrhal. Revue de Med. Nr. 1, [str. 9].

³⁾ Infections-Krankheiten w VIRCHOW'a Handb. der Spec. Path. u. Therap. 1857. T. 2, str. 45.

Czyż stan, w jakim się chory znajdował, mógłby przejść w zupełne zdrowienie bez swoistego leczenia?

Jeżeli w pierwszych dniach istniały jakiegokolwiek wątpliwości, czy nie mamy do czynienia z gorączką powrotną [ze względu na bóle w kończynach], lub z bezkrwistością złośliwą ¹⁾, to rozwiły się one niedługo przez badanie krwi, w której nie znalazłem spirochetów, ani jakichkolwiek zmian w postaci ciałek czerwonych. Białaczkę wrzekomą (*pseudo-leukaemia*) wyłączyłem wobec braku znacniejszego obrzmienia śledziony i powiększenia gruczołów limfatycznych. Do porównania pozostała nam jeszcze cała grupa żółtaczek gorączkowych, co prawda, również jeszcze mało zbadana pod względem etjologicznym i anatomo-patologicznym, jak interesujący nas w tej chwili *icterus gravis*. I dziś jeszcze moglibyśmy powtórzyć za PINEL'em: „On peut citer comme un rare modèle de confusion et de savante obscurité la doctrine des fièvres dites billieuses“ ²⁾.

Drogą naukowego różniczkowania usunięto już z tej grupy kilka chorób, dzięki anatomo-patologii i bakteryjologii (*febris flava*, *febr. recurrens billiosa*, *atrophia hepatis acuta*). W naszych oczach wyłoniła się znów nowa postać chorobowa, która niegdyś zapewne mieściła się w tym dziale. Mam tu na myśli t. zw. chorobę WEIL'a, posiadającą już wcale poważną literaturę ³⁾. Najświeższe prace z tego działu [WASILIEFF, TYMOWSKI] starają się rozszerzyć zakres wyżej wspomnianej choroby i przyłączyć do niej może znane już poprzednio formy chorób gorączkowych, w których żółtaczka gra pierwszorzędną rolę. WASILIEFF ⁴⁾ mianowicie, podając opis 17 przypadków zupełnie identycznych z opisywaną chorobą WEIL'a, stara się udowodnić, że one są analogiczne z opisaną niegdyś przez GRIESINGER'a ⁵⁾ formą t. zw. tyfoidu żółciowego (*biliöses typhoid*), który tenże autor spostrzegał jako chorobę, panującą endemicznie w Egipcie. Od czasów LUBIMOFF'a i MOCZUTKOWSKIEGO przywykliśmy uważać tyfoid żółciowy za gorączkę powrotną, powiklaną przez żółtaczkę, tymczasem WASILIEFF, opierając się na spostrzeżeniach DIAMANTOPULOS'a ze SMYRNY ⁶⁾ i KARTULIS'a z Aleksandryi ⁷⁾ zaprzecza, tożsamości gorączki powrotnej żółciowej z tyfoidem żółciowym GRIESINGER'a. Ta ostatnia choroba jest zupełnie samodzielną, dotychczas endemicznie panującą w Smyrnie i Aleksandryi, nie jest zaraźliwą ⁸⁾ i nie charakteryzuje się przez obecność spiroche-

1) Znane są przypadki bezkrwistości złośliwej z żółtaczką [np. BARTELS. Berl. klin. Woch. 1888. Nr. 3].

2) Nosograph. philos. T. I, p. 41, cytowany przez FRERICHS'a [l. c.].

3) Literaturę choroby WEIL'a aż do ostatniej chwili zebrał szczegółowo TYMOWSKI „De l'ictère infectieux fébrile“ (*Maladie de Weil*). Paris. 1889, str. 68.

4) „Ueber infectiösen Icterus“. Wiener Klin. 1889, 8 i 9 Zeszyt.

5) Klinische und anatomische Beobachtungen über die Krankheiten von Aegypten. Archiv f. phys. Heilk. 12 Jahr. 1 Heft, str. 29.

6) Ueber den typh. icterodes von Smyrna. Wien. 1889, cyt. u WEIL'a.

7) Ueber das biliöse Typhoid. Deut. med. Woch. 1888. Nr. 4 i 6.

8) Na co kładł szczególny nacisk sam GRIESINGER, który w przytoczonej pracy na str. 65 powiada: die Kranken wurden im Hospitale niemals separirt, kein anderer Kranke der Säle in denen jene lagen, keiner vom Wartpersonale, von den Schülern, von den Aertzten, welche täglich ohne ir-

tów we krwi. Tym sposobem, według WASILIEFF'a, jak również TYMOWSKIEGO¹⁾, nazwa choroby WEIL'a okazuje się zupełnie nie potrzebną wobec dawniej już istniejącej. WASILIEFF jednak spostrzegany przez się przypadkiem, a więc i całej grupie t. zw. choroby WEIL'a, daje miano żółtaczki zakaźnej (*infectiöses icterus*). Nie dość na tem, autorowie francuzcy, mianowicie CHAUFFARD²⁾, dawniej jeszcze podnosili ten fakt, że i t. zw. żółtaczka nieżytowa przebiega nieraz z gorączką i posiada charakter choroby ogólnej, zakaźnej ze swoistem umiejscowieniem w drogach żółciowych. KELSCH³⁾ zbiera opisy epidemii żółtaczki nieżytowej w wojsku, a HEITLER⁴⁾ uważa ją za lekką poronną formę tyfoidu żółciowego. Tym sposobem byłibyśmy w posiadaniu całej rodziny żółtaczek gorączkowych zakaźnych, wśród których mielibyśmy całą gammę ilościowo tylko różniących się chorób, począwszy od żółtaczki nieżytowej aż do żółciowego tyfoidu. Być może, że wtedy i ów *icterus gravis* [niezależny od ostrego zaniku wątroby] znalazłby się na końcu owej grupy, jako posiadający w wysokim stopniu cechy choroby zakaźnej, w której żółtaczka gra pierwszorzędną rolę. Niestety, jakże dalecy jesteśmy od tak skończonego i zaokrąglonego obrazu. Jak i w całej nozografii tak i tutaj jedynie poznanie przyczyny choroby mogłoby rozstrzygnąć wszystkie subtelności objawów klinicznych, a nawet anatomo-patologicznych. Dotychczas zyskaliśmy tylko przeświadczenie, że cała grupa t. zw. żółtaczek gorączkowych posiada charakter chorób ogólnych, zakaźnych, *resp.* pasożytniczych. Czy je połączy kiedy wspólna przyczyna choroby, czy rozdzieli [jak to miało miejsce z gorączką żółtą, ostrym zanikiem wątroby, gorączką powrotną żółciową], przesądzać trudno.

II. ZESTAWIENIE 25 PRZYPADKÓW OTWARCIA JAMY OTRZEWNEJ PRZY CHOROBACH NARZĄDÓW RODZAJNYCH KOBIECYCH NIEZAPALNEGO POCHODZENIA.

[SZEREG CZWARTY].

Podał

Władysław Matlakowski.

W dalszym ciągu swoich trzech sprawozdań, ogłoszonych w poprzednich rocznikach Gazety Lekarskiej, ośmielam się pomieścić obecnie poczet czwarty; zawiera on wprawdzie suche spostrzeżenia, których zazwyczaj nie widuje się

gend eine Vorsichtsmaassregel untersuchten und die Leiche secirten, bot auch nie die leichteste Erkrankungen dar⁶⁾. Tymczasem powszechnie wiadomo, że gorączka powrotna należy do najzaraźliwszych chorób.

¹⁾ L. c.

²⁾ L. c.

³⁾ De la nature de l'ictère catarrhal. Revue de Méd. 1886. août.

⁴⁾ Zur Klinik des Icterus catarrhalis. Wien. med. Wochen. 1887.

w łamach innych pism peryjodycznych zagranicznych. Istotnie wiele z pomiędzy moich spostrzeżeń nie zasługuje na szczegółowy opis; natomiast zdaje mi się, że inne są o tyle interesujące, iż zdołają okupić moją pracę w oczach uważnego czytelnika. Po zamknięciu całości spodziewam się, iż będę miał możność zastanowić się nad niejednym punktem, dotyczącym operacji, o których mowa, opierając się na osobistym doświadczeniu i najnowszych pracach zagranicznych; obecnie chcę tylko uzupełnić swój materyjał kliniczny.

I-o PIĘĆ WYCIĘĆ MACICY, DOTKNIĘTEJ RAKIEM, PRZEZ POCHWĘ.

Spostrzeżenie 76. *Carcinoma portionis uteri; exstirpatio vaginalis.*

Kluge Karolina, 49-letnia, praczka, wdowa po garsonie, przybyła 28 Października 1889 roku.

Przeżyła 3 porody, ostatni przed dwudziestu kilku laty; miesiączkę utraciła przed dwoma laty; była do początku bieżącego roku zupełnie zdrową, tłąstą, mogła wiele pracować. W zimie roku zeszłego dostała upławów, potem odchodów krwawych, następnie zaczęła coraz bardziej chudnąć i słabnąć. Boleści żadnych nie doznaje.

Średniego wzrostu, blada, nieźle odżywiana, lecz ciało bez jędrności. Narządy wewnętrzne [płuca, nerki i serce] zdrowe. Część pochwowa cała zamieniona w krwawiące twarde owrzodzenie, z charakterystycznym wyglądem raka. Sklepienia wolne; ściągłość macicy niezupełna; długość kanału 8 ctm.. Przypadłości pęcherzowych nie ma.

D. 6. XI. 1889 w obecności i przy pomocy kol. CIECHOMSKIEGO, FAJTA, ODERFELDA, SŁUPECKIEGO, KRYSIŃSKIEGO, HANDELSMANA w zwykły sposób wyciąłem macicę, przekoziółkowawszy ją przez otwarte sklepienie przednie.

Przebieg dobry, bez wymiotów, z tętnem z początku 56, potem 76; bez gorączki; pierwsze wypróżnienie po ławatywie 6-go dnia; pierwsze wyjęcie tamponu 11-go dnia; łaknienie dobre od pierwszego dnia po operacji.

Na wyjętym preparacie widać, że nowotwór w kształcie cienkiej warstwy zajmuje wyłącznie pochwową powierzchnię części pochwovej w kanale zaś wcale się nie szerzy; pozostała część macicy makroskopijnie przedstawia się zdrową. Badanie drobnowidzowe łaskaw był poprowadzić kol. KRYSIŃSKI.

W Kwietniu badałem chorą i nie znalazłem miejscowo żadnych zmian, świadczących o odrastaniu nowotworu; w stanie ogólnym nastąpiła wielka poprawa; chora utyła, wzmocniła się, zjędrniała, wybielała i czuje się zupełnie zdrową.

Spostrzeżenie 77. *Carcinoma uteri exstirpatio uteri vaginalis; sanatio.*

Pilurska Teresa, lat 43, żona ślusarza, przybyła do szpitala d. 3 Marca 1890; rodziła sześć razy, ostatni raz przed siedmiu laty; miesiączkowała zawsze prawidłowo, dopiero od siedmiu miesięcy rozpoczęło się krwawienie ustawiczne, które typ miesiączkowania zamaskowało; od kilku miesięcy czuje się ona osłabioną i znacznie schudła. Oddawanie moczu i wypróżnienia odbywają się bez zaburzeń.

Średniego wzrostu, blada, ze sporym, ale wiotkim pokładem tkanki tłuszczowej podskórnej; płuca, serce i nerki zdrowe.

Część pochwowa zniszczona i w samym środku zamieniona na kraterowaty, głęboki wrzód, otoczony twardym nacieczeniem; sklepienia są miękkie i podatne; tkanka około-szyjkowa i okołomaciczna nienacieczona, lecz macica mało

ściągalna; jama macicy wynosi 8 ctm. na długość; wydzielina krwawa lecz nie-cuchnąca.

D. 8 Marca 1890 chora została zachloroformowaną, poczem przy pomocy kol. CIECHOMSKIEGO, FAJTA, ODERFELDA i SŁUPECKIEGO wyłuszczyłem macicę w zwykły sposób, tylko zamiast podwiązywać więzy szerokie, ująłem je w kleszcze RICHELOT'a. Operacja trwała $\frac{3}{4}$ godziny z powodu, że trzeba było manipulować w pochwie z przyczyny nieściągłości macicy. W ranie ukazały się dwie pętlice kiszki, po odprowadzeniu których zatamponowałem pochwę gazą jodoformową.

Przebieg idealny: po trzech skończonych dobach od operacji, gdy otwarto jedno zaciskadło, natychmiast trysnęła krew tak, że wypadło zostawić je dłużej; i dopiero w 6 dni po operacji zostały oba zdjęte.

W tym przypadku po raz pierwszy użyłem kleszczy, zamiast podwiązywania więzów; nie mówiąc o skróceniu samej operacji, dodatnią stroną tego sposobu stanowi doskonałe zatamowanie krwi, przesiąkanie krwi po operacji było mniejsze, niż we wszystkich dotychczasowych moich operacjach z podwiązaniem.

Preparat. Przeciąwszy macicę wzdłuż tylnej ściany, widać najwyraźniej nacieczenie rakowe, zajmujące część macicy aż do ujścia wewnętrznego, od reszty tkanki macicznej wyróżniająca się sadłowatym wyglądem, ostro odgraniczone; tkanka około-szyjowa z boków miękka i zdrowa, lecz tkanka luźna od strony pęcherza trudno się rozrywała przy odłuszczeniu i tu nacieczenie sięgało do samej ściany pęcherza.

Chora opuściła szpital d. 4 Kwietnia 1890 w miesiąc pokazała się: rana w pochwie zupełnie zagojona; stan ogólny doskonały.

Spostrzeżenie 78. *Carcinoma uteri; haematometra; exstirpatio uteri vaginalis; variola vera; sanatio.*

Sadowska Aniela, 42 lat, obywatelka ziemska z Wilna, przysłana przez kol. BORSUKA, wstąpiła do oddziału d. 22 Marca 1890; od trzech lat uważa się za niezdrową i leczy się, lecz dopiero przed kilku miesiącami wskazano jej operację jako jedyny środek ratunku; od trzech lat w odstępach między miesiączkowymi ukazują się plamy krwawe i krwawienia nieznaczne. Miesiączka zawsze pojawiała się co 2 lub 2 $\frac{1}{2}$ tygodnia i trwała po 6 dni, była obfitą i niebolesną; w ciągu kilku ostatnich miesięcy w czasie miesiączki przyszły prawdziwe krwotoki. Rodziła 9 razy, ostatni raz przed 6 laty. Cokolwiek schudła i osłabła; oddawanie kału i moczu prawidłowo się odbywa.

Średniego wzrostu, blada, lecz nie żółtawa; serce, płuca i nerki zdrowe. Zamiast części pochwowej głęboki krater, powstały w części przez rozpad, w części po wycięciu do badania drobnowidzowego [w Wilnie], otoczony wałem zdrowej błony śluzowej sklepień pochwy. Dno krateru bardzo twarde, zarówno jak cała szyja maciczna, która jest bardzo grubą i chrząstkowatej konsystencji. Granice nacieczenia rakowatego bardzo wyraźne dla palca. Macica duża, 12 ctm.; trzon gruby i miękki; macica jest ruchomą, lecz skutkiem skurczenia więzów maciczno-krzyżowych zupełnie prawie nieściągálną. Do tego dodać należy, że wchód do pochwy ciasny, i że skutkiem braku części pochwowej, nie ma za co ująć i pociągać narządu ku dołowi.

D. 27 Marca 1890 przy pomocy kol. CIECHOMSKIEGO, BORSUKA, ODERFELDA, SŁUPECKIEGO, FAJTA, KOZAKIEWICZA i HANDELSMANA uskuteczniłem wycięcie, które technicznie z powodu grubości i wielkości macicy, jej nieściągłości i ciasnoty pochwy było trudne. Na więzy nałożyłem kleszcze RICHELOT'a. W celach pomocniczych zrobiłem nacięcie na tylnej ścianie pochwy, którem po wycięciu macicy zaszyłem (*colpoperineorrhaphia*); ułatwiło mi ono bardzo znacznie manipulowanie.

Preparat przedstawiał tę osobliwość, że w jamie trzonu macicy było zebranych kilka uncyj krwi czarnej, smolistej (*haematometra*), skutkiem zamknię-

cia przez ściągającą i kurezącą tkankę szyi pod wpływem nacieczenia rakowego na wysokości ujścia wewnętrznego. Część, zajęta przez nowotwór, jest wyjątkowo twarda, na przecięciu biała, wyraźnie od reszty macicy odgraniczoną; nacieczenie rakowe zajmuje całą grubość szyi, lecz błona śluzowa nie jest owrzodzoną.

Przebieg wyborny bez gorączki, bez czkawki, z tętnem 36—104, z nieznanymi boleściami; 3-go dnia zdjąłem kleszcze z tętnic, obeszło się bez krwawienia. 4-go wypróżnienie, 7-go zmiana tamponu. D. 15. IV. chora dostała ospy i przeniesioną została na odpowiedni oddział ospowaty, gdzie przeszła szczęśliwie bardzo ciężką wysypkę, poczem w d. 10 Maja opuściła szpital zdrową; przed wyjściem znaleźliśmy przy badaniu, przy pomocy wziernika, jeszcze ziarninę na nieznacznej rozciągliwości na dnie pochwy. Z listu, pisanego d. 19 Czerwca, dowiaduję się, że chora bardzo utylą i ma się doskonale.

Spostrzeżenie 79. *Carcinoma portionis uteri; extirpatio vaginalis; sanatio.*

Jamiołkowska Rozalija, wdowa po kucharzu z Warszawy, przybyła do szpitala d. 17 Marca 1890, rodziła ośmioro dzieci, ostatnie przed 9-u laty. Choroba rozpoczęła się upławami przed 10 miesiącami, krwotoki bardzo gwałtowne, trwają od pół roku; nie ma żadnych boleści; w rodzinie, o ile jej wiadomo, raka nie było.

Bardzo osłabiona, omdlewająca przy stanie, wyjątkowo żółto-woskowo-blada, dość pełna, kobieta dobrej budowy. W sercu wyraźny szmer skurczowy, niedokrwesty. Płuca i nerki zdrowe. Brak łaknienia i zaparcia stolca; nie miła woń z ust.

Część pochwowa dość duża, na obwodzie dobrze zachowana, w okół kanału macicznego wyżarta w kraterowaty, głęboki wrzód, z miękkim dnem, krwawicem za lada dotknięciem. Nacieczenie ścian owrzodzenia znaczne. Macica średnio ściągalna, sklepienia miękkie i podatne, pochwa obszerna.

Chorej najprzód wyskrobałem i wypaliłem owrzodzenie, celem zatrzymania krwawień, następnie zaleciłem dyjetę wzmacniającą, a dopiero gdy sił nabrała, d. 24 Kwietnia uskuteczniłem wyluszczenie macicy przez pochwę; więzy ująłem w kleszcze RICHELOR'a, z których lewe ześlizgnęły się, dając powód do gwałtownego rzutu krwi z tętnicy macicznej lewej; naczynie natychmiast schwycono i podwiązano. Tampon z gazy jodoformowej. Przy operacji, która trwała 25 minut, zauważyliśmy niezwykłą rzadkość i bledość krwi.

Chora po operacji miała dojmujące bóle w brzuchu przez kilka dni; choć tętno pozostało zawsze około 80, ciepłota nazajutrz po operacji podniosła się do 38,5° C. wieczorem, i pozostała ponad stanem prawidłowym, nie doszedłszy nigdy do 39° C., 4-go dnia wyjąłem kleszcze, a 11-go dnia resztę tamponu, jednocześnie wydobyłem kawałek obumarłej sieci, która wypadła była podczas operacji, zaraz po otwarciu tylnego sklepienia. Chora opuściła szpital d. 9 Maja 1890 z zagojoną raną, a z bardzo znaczną poprawą w stanie ogólnym. U niej uważałem w wyraźniejszym niż u innych stopniu zniknięcie żółtawego zabarwienia skóry po wycięciu rakowatej macicy.

Opis preparatu: kanał macicy 3 cale; jama rozszerzona, błona śluzowa przekrwiona, ściana zgrubiała i tęga; nacieczenie nowotworowe zupełnie ograniczone, sądząc makroskopijnie, zarówno ku górze od strony szyi, jak i na obwodzie od strony tkanki okoloszyjowej; nacieczenie jest miękkie, łatwo rozrywające się pod palcem. Badanie drobnowidzowe nie było dokonane z powodu, że posługa preparat wyrzuciła.

Spostrzeżenie 80. *Carcinoma uteri; extirpatio uteri vaginalis; sanatio.*

B. Anna, lat 30, utrzymanka, oddawna znajdująca się w leczeniu u rozmaitych ginekologów. Wezwany przez kol. DZIEDZICKIEGO znalazłem raka macicy, nieulegającego wåtpliwości.

Średniego wzrostu, doskonale odżywiona, zdrowo wyglądająca; nigdy nie rodziła; nerwowa; od roku cierpi na upławy i nieznaczne krwawienia. Część pochwowa w całości zajęta przez miękki nowotwór, krwawiący przy badaniu, który w części zniszczył *portionem* i przeszedł na prawe sklepienie. Macica mało ściągliwa, choć dość ruchoma; przez sklepienia nie wyczuwa się ani nacieczenia zapalnego ani nowotworowego około macicy. Pochwa ciasna; błona śluzowa na sklepieniach mocno zaczerwieniona, czy to skutkiem uprzednich przyżegań, czy też zetknięcia się z rozpadającym nowotworem; nadto błona śluzowa jest nierówna, szorstka, jakby grubemi brodawczkami usiana. Gruczoły limfatyczne pachwinowe niepowiększone. Oddawanie moczu i kału niezakłócone; nieznaczne bóleści w podbrzuszu i w okolicy krzyżowej.

D. 17 Maja 1890 przy pomocy kol. CIECHOMSKIEGO, DZIEDZICKIEGO i JASIŃSKIEGO wykonałem po przewyciężeniu dużych trudności z powodu ciasności pochwy i nieściągliwości macicy, wycięcie tej ostatniej. Po przekościolkowaniu przez otwarte sklepienie tylne nałożyłem na więzy szerokie kleszcze RICHELOT'a. Prawy jajnik i jajowód również wyciąłem.

Przebieg doskonały, bez gorączki; 4-go dnia zdjąłem kleszcze; 6-go pierwsze wypróżnienie; chora po dwóch tygodniach wstała. Preparat przedstawia trzon macicy zupełnie zdrowy i jędrny; część pochwowa i szyja aż do ujścia wewnętrznego nacieczone; granica nacieczenia gołym okiem bardzo wyraźna; nacieczenie jest żółtawe i kruche, a zdrowa tkanka macicy różowa i tęga. Badanie drobnowidzowe, dokonane przez D-ra PRZEWOSKIEGO, wykazało *carcinoma simplex*.

Przy badaniu chorej w miesiąc po operacji znalazłem ranę w pochwie.

2-a. JEDNO ODCIĘCIE JAJOWODÓW I JAJNIKÓW Z POWODU GRUŹLICY.

Spostrzeżenie 81. *Tuberculosis utriusque oviductus; retroflexio fixata; periophoritis; perisalpingitis; castratio; sanatio.*

M. Karolina, lat 22 licząca, mamka, rodem z Huty Królewskiej, przybyła do oddziału d. 18 Czerwca 1889 r.. Choroba obecna zaczęła się, według słów chorej, przed trzema tygodniami od silnych bóleści w lewym boku i krzyżu. W Kwietniu odbyła pierwszy trudny poród; dziecko niedługo potem zmarło. Od trzech lat trwają upławy. Od miesiąca pojawiło się krwawienie z pochwy, powracające co tydzień, co dwa tygodnie i bardzo obfite. Dawniej przed ciążą miesięczka prawidłowo przychodziła co miesiąc i trwała przez 6 dni bez bólu. Rodzice oboje umarli dawno, jednego dnia; dwoje rodzeństwa zmarło w dzieciństwie; żyje tylko brat.

Średniego wzrostu, chuda, biała, z wypiekami na policzkach, nie gorączkuje; skarży się na silny ból w lewym boku w podżebrzu, taki, że wije się. W narządach wewnętrznych zmian widocznych nie ma. Oddawanie moczu prawidłowe.

Brzuch płaski, miękki; część pochwowa zwrócona ku przodowi; *erosiones*; trzon i dno zupełnie zwrócone w tył tak, że leżą prawie poziomo, przy macaniu są bolesne, i pomimo silnego nacisku nie można ich wyprowadzić z tego wadliwego położenia; jama macicy dość obszerna, swobodnie przepuszcza zgłębnik; ma na długość 8 ctm.. *Parametria* są odporne i bardzo bolesne przy macaniu; jajników wyczuć nie można.

Przypisując główny powód cierpień chorej wadliwemu tyłozgięciu i tyłopochyleniu, połączoneму z przyrostem dna macicy w zagłębieniu DOUGLAS'a, postanowiłem na drodze operacyjnej po otwarciu jamy brzusznej, narząd od zrostów uwolnić i jednym ze znanych sposobów macicę przyszyć do przedniej ściany brzusznej. W tym celu najprzód zrobiłem wyskrobanie błony śluzowej, a następnie d. 23 Lipca 1889 przy pomocy i wobec kol. JAWDYŃSKIEGO, JASIŃ-

SKIEGO, CIECHOMSKIEGO, SŁUPECKIEGO, ODERFELDA, SIEDLEWSKIEGO, WITKOWSKIEGO i WIENIAWSKIEGO po zachloroformowaniu chorej, otworzyłem brzuch w smudze białej. Wprowadziwszy rękę do miednicy małej, znalazłem macicę przyklejoną zupełnie w zagłębieniu DOUGLAS'a, przy użyciu jednak palców udało mi się zrost rozerwać i macicę pokrytą błonami wrzekomemi, tu i owdzie krwawiącą i nierówną z trudnością wyostałem między brzegi rany; poczem przekonałem się, że lewy jajnik był zrosnięty z wylotem jajowodu i razem przyrosłe; po oderwaniu ich wydobyłem na zewnątrz; w jajniku wyraźne drobno-torbielowe zwyrodnienie; strzępy wylotu jajowodu szare, twarde, jakby inkrustowane; sam jajowód skręcony, twardy, kruchy, gruby. Jeszcze większe zmiany znalazłem w prawych przydatkach tak samo przyrosłych; tu w jajniku torbiele większe; strzępy *morsus diaboli* twardsze, jajowód niejednostajnej grubości i twardości; jakoż niedaleko od rogu macicy jest on bez mała grubości małego palca i chrząstkowato twardy, potem ku zewnątrz nieco cieńszy i miękniejszy, potem znów posiada odcinek gruby i twardy. Uważając zmiany te jako charakterystyczne dla gruźliczego cierpienia, oba przydatki macicy podwiązałem i obciąłem.

Dodać winienem, że jajowód był tak kruchy, że podwiązka przy zaciskaniu przerwała go. Po oczyszczeniu macicy z krwi, która się sączyła z całej powierzchni surowiczej, odprowadziłem ją do jamy brzusznej, nie przyszywając, poczem ranę brzuszną zaszyłem. Przebieg doskonały bez gorączki, wymiotów i t. p., przy tętnie 76—80 i tylko bóleści w podbrzuszu były dotkliwe; przez pochwę wypływ krwisty w ciągu kilku dni po operacji. W tydzień po operacji wyjąłem szwy, w dwa tygodnie chora wstała z łóżka, a w trzy — opuściła szpital zdrową. Badanie drobnowidzowe.

3-o. JEDNO OTWARCIE ŻYWOTA BADAWCZE.

Spostrzeżenie 82. *Kystoma ovarii degeneratum; laparotomia explorativa; sanatio.*

Alterman Antonina, lat 40, żona kowala, skierowana przez kol. SCHMAKPFEFERA, wstąpiła do oddziału d. 25 Lipca 1889 r.. Chora jest mężatką od 7 lat; przed 5-u laty powiła pierwsze i jedyne dziecko, po którym leżała dwa miesiące, a gdy potem wstała, czuła się niezdrówą, słabą, miała bóleści w podbrzuszu i krzyżu oraz upławy, z powodu których leczyła się u rozmaitych lekarzy, między innymi u D-ra NATANSONA, który już wówczas powiedział chorej, że ma guz. Po trzymiesięcznym leczeniu u rozmaitych lekarzy, nastąpiło wyzdrowienie podmiotowe i chora przestała się leczyć. Mimo to ciągle miała małe łaknienie i czuła się słabą; brzuch był mały i dopiero znaczne powiększenie nastąpiła zimą r. b.; bez względu na to nie doznaje bóleści, wypróżnienia miewa prawidłowe; moc oddaje swobodnie. Miesiączka bywa co 4 tygodnie i trwa 4—5 dni, krwotoków nigdy nie było.

Sredniego wzrostu, chuderlawa, śniada, chorobliwie wyglądająca; oczy zapadłe; skarży się na brak łaknienia, niesmak, ciężkość w brzuchu i ściskanie.

Brzuch w obwodzie 80 ctm., od pępka do spojenia 18, a do wyrostka miedzykowatego 13, niesymetryczny: od pępka do *spin. ant. sin.* 10, a do *dextra* 17, prawa połowa mniejsza od lewej; zdala widać już guzy, a mianowicie, jeden duży w lewej połowie, sięgający aż do podżebrza, drugi mniejszy w prawej, trzeci najmniejszy na prawo od smugi i nad spojeniem łonowem. Ścianka brzuszna naprężona i opięta na guzach tak, że zbadać je dokładnie trudno, szczególnie ich ruchomość. Wypełniają one prawie cały brzuch; dwa większe są gładkie, elastyczne i dają uczucie niejasnego chęłbotania; najmniejszy jest gładki i twardszy od dwóch poprzednich; wszystkie stanowią jedną całość i dają się z prawa na lewo przesunąć jako całość, rozdzielone od siebie płytkami rowkami. Nadto nad lewym więzłem POUPART'a bardzo bolesny guz mniejszy.

Przy badaniu przez pochwę stosunki są nadzwyczaj ciekawe. Macicy zrazu znaleźć nie można, dopiero po wsunięciu palca głęboko, wyczuwa się część pochwową krótką, przypartą do spojenia łonowego i stojącą na poziomie brzegu górnego tegoż spojenia. Całe sklepienie tylne wypukła guz elastyczny, okrągły spuszczaający się do pochwy i w części ją wypełniający, nieruchomy zupełnie i z macicą najściślej połączony. Przy wprowadzeniu zgłębnika do kanału macicy okazuje się, że trzon macicy to jest ów twardy guz, leżący za przednią ścianą brzucha powyżej spojenia. Przy badaniu obiema rękami jeszcze raz stwierdza się zupełną nieruchomość części guzów, wypełniające miednicę małą.

Rozpoznanie niełatwe między torbielakiem wielokomorowym i mnogimi mięśniakami. Prawdopodobniejszy torbielak ze względu na szybki wzrost, na brak zaburzeń w miesiączkowaniu.

D. 7 Sierpnia 1889. Przy pomocy kolegów: JAWDYŃSKIEGO, JASIŃSKIEGO, CIECHOMSKIEGO, GULIŃSKIEGO, SŁUPECKIEGO i ODERFELDA po uśpieniu chorej otworzyłem jamę otrzewnej w smudze i natrafiłem na lewy brzeg macicy wysoko z miednicy wyciągniętej; poza nią i na lewo od niej oraz ku górze aż prawie do podżebrzy idzie guz gładki, sino przeświecający z bardzo licznymi i grubymi naczyniami, wolny w górnej swej połowie, lecz zupełnie zrosnięty z macicą od przodu, oraz ze wszystkimi ścianami miednicy małej i kiszka prostą. Powierzchnia guza nierówna, delikatna, tak, że po przesunięciu ręką krwawi, nadto po wyjęciu ręki wysunęło się kilka pęcherzyków podobnych do rybich z przejrzystą ścianką. Guz wychodzi z lewych przydatków macicy; co się tyczy prawego jajnika, to ten zrosnięty z guzem i zwyrodniony znajduje się ponad prawym więzłem POUPART'a. Wobec tego odstąpiłem od wycięcia guza i ranę w ścianie brzusznej zaszyłem.

Przebieg wyborny bez gorączki, przy tętnie 72—80, lecz z męczącymi wymiotami. D. 17. VIII. zdjąłem szwy i znalazłem i brzuch miękki i uderzająco zmniejszony, guzów nietylko nie widać, ale wymacać ich konturów nie można, prócz macicy, znacznie niżej stojącej. Rozmiary brzucha i w obwodzie 71 ctm. [było 80]; od pępka do spojenia 15 [było 18], od pępka do wyrostka mieczykowego 14, od pępka do lewego kolca biodrowego 15 [19], a do prawego 14 [było 17]. Ale jeszcze dziwniejsze zmiany znalazłem przy badaniu przez pochwę: macica ruchoma, stoi bez porównania niżej, nieprzyparta do spojenia łonowego, ruchoma, guza w sklepieniu tylnym nie ma wcale, tylko wyczuwa się stwardnienie, jak przy *perimetritis* w kształcie twardego, chropowatego wału; przy głębokim oburęcznym badaniu wyczuwa się w brzuchu niewyraźnie pozostałe części guza niedające się dokładnie wymacać z powodu swojej wielkości; zajmują one podbrzusze i jamę miednicy małej. Chora opuściła szpital d. 22 Sierpnia.

D. 18 Listopada 1889 chora przedstawiła się: stan jej ogólny i podmiotowy dobry; brzuch powrócił do dawnych rozmiarów [80, 18: 14 ctm.]

[C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

19. Aleksander Peyer. Pęcherz nadmiernie wrażliwy (*Die reizbare Blase*).

Ściany pęcherza moczowego tworzy złożony z trzech warstw mięsien — *m. detrusor urinae*, będący w stanie ciągłego napięcia i mający za zadanie — przez dośrodkowe zmniejszanie pojemności pęcherza — wyrzucanie nazewnątrz jego zawartości. Jego antagonistą jest gruczoł przyprątny, gruba sprężysta obrączka, składająca się z gładkich włókien mięsnych, pomiędzy którymi mieszczą się gronkowane gruczoły; u kobiety początek cewki moczowej

jest również otoczony grubą warstwą mięśniową, zawierającą jednakże znacznie mniej gruczołów. Przy nagromadzeniu się moczu w pęcherzu ściany jego się rozciągają, nerwy czuciowe w nich przebiegające ulegają podrażnieniu, które mózg odczuwa jako wrażenie pełności pęcherza; przy jeszcze większem zebraniu się płynu następuje skurcz odruchowy *m. detrusoris*, mocz przedostaje się do *pars prostatica*, co warunkuje powstawanie uczucia „parcia na mocz“. Wtedy zaczyna działać zależny od woli *m. sphincter urethrae*, otaczający całą część błoniastą cewki, oraz złożony również z poprzecznie prążkowanych włókien *m. urethralis transversus (compressor urethrae)*; ten ostatni składa się z dwóch części, napiętych przed i poza częścią błoniastą i zamykających przy skurczu cewkę nakształt zaciskacza (*Quetschahn*). Skurczami, zależnymi od woli, kieruje *n. pudendus*, biorący początek w *pedunculus cerebri* i przebiegający w przednich pęczkach rdzenia; skurczami odruchowymi zawiadują włókna współczulne z *plexus hypogastricus inferior*; w celu zniesienia skurczów odruchowych przy oddawaniu moczu istnieje przyrząd hamujący w postaci włókien, przechodzących przez *centrum vesico spinale* GIANUZZI. W akcie oddawania moczu ważną rolę odgrywa błona śluzowa części przyprątnej cewki i szyjki pęcherza, obdarzona niezwykłą wrażliwością i stanowiąca punkt wyjścia pobudzenia ruchowego; każde zatem podrażnienie jej bodźcem, bądź chemicznym, bądź mechanicznym, powoduje częste i bolesne oddawanie moczu. Objaw ten — jako zjawisko wtórne — towarzyszy wszystkim prawie cierpieniom dróg moczowych. Są jednak przypadki, w których występuje on pierwotnie, gdzie nadczułość błony śluzowej stanowi samodzielną zupełnie chorobę, znamionującą się nadto wygórowanem oddziaływaniem na obce bodźce, pewnymi nieprawidłowemi sensacyjami i objawami zwrotnemi; niewielka ilość moczu już wywołuje niepowstrzymane parcie. Takie właśnie przypadki, w których nie możemy wynaleźć żadnej anatomo-patologicznej podstawy, stanowią to, co nazywamy samodzielną drażliwością, podrażnieniem pęcherza (*reizbare Blase, idiopathische Blasenreizung; irritable bladder, nervous bladder*); że zaś najbliższą przyczyną tego zбочenia jest skurcz *m. detrusoris*, zwiemy je jeszcze „*spasmus detrusorum vesicae*“.

Powstawanie. Drażliwość pęcherza spotyka się w każdym wieku, najczęściej jednak pomiędzy 18 i 40 rokiem życia, t. j. w okresie *maximum* sprawności płciowej a także działalności życiowej [nadużycia płciowe, cierpienia narządów rozrodczych, praca fizyczna, zaziębienia], częściej u kobiet niż u mężczyzn, lubo ci ostatni stanowią większy kontyngens chorych ze względu na stosunki anatomiczne narządów moczowo-płciowych.

Objawy. 1-o. **Parcie na mocz**, występujące zarówno we dnie jak i w nocy, zjawiające się nagle, połączone z bolesnem uczuciem w cewce lub pęcherzu i zmuszające chorego do natychmiastowego opróżnienia pęcherza, przy czem ilość wydzielonego moczu waha się od 100 gramów do kilku łyżeczek lub nawet kilku kropel; parcie wogóle występuje w nocy rzadziej niż w dzień; niezaspokojone powoduje mimowolny odpływ moczu (*enuresis spastica*) lub 2-o **zatrzymanie moczu** (*ischuria spastica*), zasadzające się na skurczu zwieracza pęcherza; bywa ono różnych stopni, począwszy od konieczności krótszego lub dłuższego [nieraz przez półgodziny] „namysłania się“ przed oddaniem moczu, aż do zupełnej niemożności opróżnienia pęcherza bez pomocy cewnika; czasami objaw ten występuje naprzemian ze skurczem *m. detrusoris*; w innych znów razach skurcz zwieracza powstaje zupełnie nagle, podczas oddawania moczu, co naprowadza na myśl obecności kamienia w pęcherzu; zwykle towarzyszy mu tępy ból w okolicy pęcherza. 3-o. **Uczucia ze strony narządów płciowych**: pewne doleganie, lekkie pieczenie, lub nawet ból dotkliwy w cewce albo żołądki podczas oddawania moczu, czasami po oddaniu moczu, niekiedy uczucie jakby ciągłego przepływania płynu przez cewkę, łaskotanie w okolicy *fossae navicularis*,

ciągłe pobudzenie płciowe, ciśnienie, pieczenie, lub ostry ból w okolicy pęcherza i t. p. 4-o. Objawy ze strony kiszek, [mające swe objaśnienie w stosunkach anatomicznych splotu hemoroidalnego, zaopatrującego i dolną część pęcherza wraz ze zwieraczem lub będące wyrazem podrażnienia drogą zwrotną nerwu trzewowego]; parcie na stolec, kończące się nieraz mimowolnem oddawaniem kału, częste wypróżnienia, nieraz biegunka odruchowa, w innych znów przypadkach uparte zaparcie stolca. 5-o. Objawy ze strony rdzenia, mające swe siedlisko właściwie w gałęziach splotu lędźwiowego i krzyżowego: bóle w krzyżu, ciśnienie w podbrzuszu, niemożność długiego stania, ziębienie, lub darcie w nogach; nieczułość, lub nadczułość części płciowych i t. p.

Przyczyny. 1-o. Przyzwyczajenie się do częstego oddawania moczu, co szczególnie spotyka się u mężczyzn, którzy w obawie zwężenia cewki oddają mocz często li-tylko dlatego, aby się przekonać, czy jeszcze mocz oddawać mogą; zmniejsza się przez to pojemność pęcherza i w ten sposób powstaje potrzeba coraz częstszego oddawania moczn. 2-o. Zmniejszenie pojemności pęcherza na drodze mechanicznej [zбочenia w położeniu macicy, guzy podbrzusza, ciąży]. 3-o. Pewna wrodzona słabość narządów moczopłciowych, zdradzająca się w dzieciństwie przez *enuresis nocturna*, w wieku dojrzałym zaś przez brak popędu płciowego. 4-o. Przyczyny, działające drogą zwrotną: cierpienie nerek i miedniczek nerkowych, kiszek [guzy hemoroidalne, szczeliny i owrzodzenia odbytnicy], cewki [wyrośle, zwężenia], pochwy, macicy, ośrodków nerwowych; wnętrzaki; wzmożona pobudliwość odruchowa wrodzona lub nabyta skutkiem nadmiernej pracy, bądź fizycznej, bądź umysłowej; oddzielnie w tej grupie istoją u mężczyzn cierpienia części przyprątnej błony śluzowej cewki, mianowicie przewlekłe jej podrażnienie skutkiem nadużyć płciowych (*onania, coitus reservatus*) i zapalenia tryprowego, stanowiące moment usposabiający do wystąpienia „*irritable bladder*“; dalej: cierpienia części jamistej, cierpienia żołądki [załupek, nagromadzenie maziadła]. 5-o. Nadczułość pęcherza, powstała skutkiem nadmiernego jego rozciągnięcia i przemijającego porażenia. 6-o. Zmiany w samym moczcu: nadmierna kwasność [nadmiar kwasu moczowego lub szczawianu wapnia], nadmiar fosforanów w moczu obojętnym, lub alkalicznym. 7-o. Użycie pewnych płynów [piwo, kawa, napoje gazowe]. 8-o. Wpływ ciepłoty [przemoczenie nóg, zaziębienie] szczególnie przy istniejącem już przekrwieniu i podrażnieniu szyjki pęcherza. 9-o. Czynniki psychiczne [troski, obawa odpowiedzialności i t. p.].

Rozpoznawanie. Przy rozpoznawaniu uwzględnić należy wszystkie powyżej przytoczone objawy i momenty przyczynowe; najważniejszą atoli rzeczą jest staranne, wielokrotnie powtarzane zbadanie moczu; przyczem oddzielnie badać należy oddzielne jego porcje [na początku i przy końcu oddawania moczu], zwracając szczególnie uwagę na nitki śluzowe [przewlekła rzerzączka, długoletni samogwałt], śluz, osiadający grubą warstwą na dnie naczynia i zawierający, skutkiem alkalicznego odczynu przy kwaśnym nawet moczcu, kryształy trójfosforanów i obojętnego fosforanu wapnia [podrażnienie sfery płciowej np. u młodych małżonków, onanistów], ciałka nasienne szczególnie w pierwszym zrana moczu a także po oddaniu stolca, ilość moczu dla ważności odróżnienia parcia na mocz od potrzeby częstego oddawania moczu z powodu szybkiego gromadzenia się znacznej ilości płynu w pęcherzu (*diabetes mellitus, insipidus*); oprócz zbadania moczu niezbędnem jest także dokładne zbadanie narządów płciowych przy pomocy rozszerzenia cewki u kobiet i endoskopii u mężczyzn.

Rozpoznanie różniczkowe. Ponieważ drażliwość pęcherza uważać mamy za formę samodzielną, przeto wyłączyć winniśmy wszystkie te cierpienia, przy których występować ona może jako objaw. Tu należą: ostre mięszone zapalenie nerek [w moczu znajdziemy białko, cylindry, ropę, czerwone krążki krwi], marskość nerek [zwiększona ilość moczu, przerost serca, rzadziej cylindry i białko], ostre zapalenie miedniczek nerkowych [ropa, krew, bóle w okolicy nerek], przewlekłe zapalenie miedniczek [zwiększenie ilości moczu, znaczna zawartość białka], cukromocz [wysoki ciężar właściwy moczu, cukier, brak bólów przy oddawaniu moczu], *diabetes insipidus*, *polyuria* w następstwie przyjmowania wielkich ilości płynów, nadmierne rozciągnięcie pęcherza skutkiem osłabienia lub porażenia jego ścian, marskość pęcherza, jako wynik przewlekłego nieżytu [przy sztucznem nastrzyknięciu pęcherz nie może pomieścić więcej nad 50—100 gramów płynu], obecność kamienia w pęcherzu, szczeliny szyjki pęcherza [ból po oddawaniu moczu skutkiem spazmatycznego skurczu zwieracza, obecność ropy i krwi w ostatnich kropkach moczu; badanie endoskopowe], poczynające się zwężenie cewki [cewka nie przepuszcza świeczki, przechodzącej swobodnie przez najwyższe jej miejsce — *meatus externus*; odpowiada to mniej więcej N-owi 20-stemu skali francuzkiej].

Leczenie. Ponieważ drażliwość pęcherza stosunkowo nie oddawna została wyodrębniona od wielu stanów chorobowych, które podciągano przedtem pod pojęcie „*nervous bladder*“, przeto stosowano dawniej mnóstwo przeróżnych środków. I tak: 1-o. Do wewnątrz: odwar siemienia lnianego, *Uva ursi*, *Alchemilla arvensis*, *Triticum repens*, *Mesembryanthemum crystalinum*, *Cannabis indica*, balsam kopajwowy, wody alkaliczne i żelaziste, brom, chloral, chininę, arsenik, kwas będzwinowy. 2-o. Przez odbytnicę: czopki z morfiną lub *extr. belladonnae*, bromem; lawatywy z terpentyną i jodkiem potasu. 3-o. Miejscowo: wstrzykiwania do cewki roztworu chininy, *t-rae gelsemii*, świeczki z kokainą, morfiną; wprowadzanie do cewki [u kobiet] zgłębnika z taniną lub azotanem srebra. 4-o. Środki odciągające i ogólne: przyszczydła na kark lub podbrzusze; kąpiele siarczane; hydroterapię; nadto galwanizację rdzenia kręgowego, faradyzację odbytnicy. 5-o. Leczenie operacyjne: u kobiet: rozszerzenie cewki, hymenotomija; u mężczyzn: metodyczna katetyzacja, przyżeganie, rozszerzanie, nacięcie szyjki pęcherza, nawet cystotomija, przyżeganie części przyprątnej cewki. Autor przy leczeniu „*irritable bladder*“ uwzględnia przedewszystkiem moment przyczynowy [vide: „przyczyny“], wobec zaś tego, że leczenie samoistnej drażliwości pęcherza schodzi się w wielu punktach z leczeniem przewlekłego podrażnienia zapalnego szyjki pęcherza, przeto nakreśla on następujący plan postępowania: 1-o usunięcie przyczyn wywołujących i podtrzymujących stan zapalny [nadużycia płciowe, nieodpowiednie pożywienie, użycie napojów wysokokowych, wysiłki umysłowe i fizyczne]; 2-o u kobiet—odpowiednie leczenie ginekologiczne [tampony z taniną, alunem, borogliceryną], leczenie cewki [psychrofor z maścią ściągającą]; 3-o u mężczyzn:—leczenie miejscowe: psychrofor WINTERNITZ'a, łączący działanie mechaniczne świeczek z działaniem chłodzącym, w cięższych przypadkach nadto środki ściągające i żrące, które autor stosuje przy pomocy pomyslanego przez siebie przyrządu, będącego połączeniem psychroforu z DITTEL'owskimi *porte remède*; autor postępuje wogóle w ten sposób, że najprzód stosuje psychrofor codziennie lub co drugi dzień; jeśli nie widzi polepszenia, przechodzi do leczenia kombinowanego, które stosuje nie częściej nad 1—2 razy na tydzień; przy wygórowanej ogólnej wrażliwości chorego leczenie miejscowe winno być stosowane bardzo oględnie; nieraz nawet koniecznem jest poprzednie poprawienie stanu ogólnego przez pobyt na wsi, hydroterapię i t. p.

Następstwa. Tak zwana marskość pęcherza: przerost *m. detrusoris* i zmniejszenie pojemności pęcherza do 100 a nawet 80 gramów; wzmózione wydzielanie moczu przez nerki jako wyraz przeniesienia się nadczułości pęcherza na nerwy nerek; zwiększona waskularyzacja pęcherza i ztąd łatwość częstych przekrwień i zapaleń, które mogą być brane za pierwotne; TROUSSEAU przytacza nawet jeden przypadek zapalenia tkanki łącznej okołonerkowej (*perinephritis*), powstałego, jego zdaniem, skutkiem samoistnej drażliwości pęcherza.

Rokowanie co do życia jest zupełnie pomyślne, co zaś do przebiegu choroby, to pamiętać należy o tem, że jakkolwiek są przypadki, w których powrót do zdrowia następuje sam przez się, to jednak w innych razach leczenie jest trudne, powolne i wymaga starannego uwzględnienia przyczyn.

Przebieg drażliwości pęcherza w rzadkich przypadkach jest ostrym [rzeżączka], jeszcze rzadziej występuje ona okresowo [neurastenija ogólna], zwykle zaś przebiega przewlekłe, trwając miesiące i lata całe.

[Po starannie zebraną literaturę przedmiotu, jakoteż i ciekawą kazuistykę obejmującą 34 spostrzeżenia, odsyłamy czytelnika do oryginału].

St. Rembieliński.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Na posiedzeniu klinicznym, dodatkowym, dnia 27 Maja r. b. przedstawił kol. LESZCZYŃSKI chorą, 77-o-letnią, której przed kilku miesiącami dokonał wycięcia kiszki zgorzelinowej na przestrzeni 12 ctm., wśród przepukliny udowej, uwięzniętej od 5 dni. Pomimo powikłania zapaleniem płuc [chloroformowano przy gazowem oświetleniu], chora wyzdrowiała.

Następnie kol. HEIMAN okazał preparat anatomiczny próchnienia kości skalistej, w którym opona twarda mózgu wpiła się, jak czop, w otwór kości, zatykając go całkowicie. Chory był operowany, lecz trepan nie doszedł do *antrum*. Kol. PRZEWOSKI dodaje, że takie zmiany widuje na trupie stosunkowo często; tłumaczenia, że opona twarda wpiła się w otwór kości nie uważa za słuszne, ponieważ jest to zgrubienie opony, zależne od rozwoju ziarniny gruczołczej.

Potem kol. LESZCZYŃSKI opisał przypadek przewlekłego wPOCHWlenia kiszki biodrowej i okrężnej, połączonego z wypadnięciem, operowany przez siebie. Chory ten był to 34-letni wieśniak, który przed 7 miesiącami przebył dysenterję, a po kilku tygodniach zauważył, że mu przy stolcach wypada kiszka; jednocześnie zaczął chudnąć i mizernieć. Znalezione wypadnięcie kiszki długości 20 ctm. z zagięciem łukowatym ku tyłowi. Zwężenia na miejscu zwieracza odbytu nie było, palec obchodzi swobodnie wypadniętą kiszkę, zgłębnik elastyczny wchodzi na 40 ctm., lecz nie pociąga za sobą kiszki wypadniętej. Bolesność brzucha mała, głównie około pępka. Guza żadnego nie znaleziono. Ponieważ, po napełnieniu wodą, plyn dochodził tylko do zagięcia śledzionowego okrężnicy, przypuszczano więc, że tam znajduje się pierścień wPOCHWlenia. Dnia 9. V. r. b. dokonano laparotomii. Po otwarciu jamy brzusznej wyczuć można było w okrężnicy twarde sznurek, który się kończył pierścieniem wPOCHWlenia aż w kątnicy. O wyprostowaniu wPOCHWionych części z powodu znacznych zrostów nie mogło być mowy. Postanowiono zatem wyciąć część wPOCHWioną; po otwarciu kątnicy znaleziono sznur kiszek wPOCHWionych, pociąganie nie dało wyniku; podwiązano przeto w dwóch miejscach

i pomiędzy przewiązkami przecięto; następnie wycięto jeszcze około 20 ctm. kiszki cienkiej i kątnicy, poczem wszyto kiszkę cienką w okrężnicę wstępującą, zwięzwszy tę ostatnią od strony zewnętrznej, poczem zaszyto jamę brzuszną. Przebieg pooperacyjny był bardzo dobry, 9-go dnia nastąpiło pierwsze wypróżnienie po irrygacji, przyczem odeszła obumarła część kiszki długości 70 ctm.; 12-go dnia drugie wypróżnienie. Stan ogólny stale się poprawiał. Przypadków takich mało znajdował w literaturze kol. Z. Chudnięcie chorego przed operacją kol. L. objaśnia tem, że kiszka gruba i $2\frac{1}{2}$ łokcia cienkiej były wykluczone z czynności wchłaniania, po operacji zaś, mimo braku prawie 5 łokci kiszki, chory dobrze się odżywia, masy kałowe są sformowane, a badanie wykazało tylko niedostateczne trawienie tłuszczów.

W dyskusyi kol. GRUNDZACH zaznaczył, że upadek odżywiania w danym przypadku zależał przed operacją od wykluczenia z czynności kiszki grubej, gdzie głównie odbywa się wchłanianie części płynnych. Błona śluzowa i mięsna tej kiszki, chociaż tak długo nieczynne [7 miesięcy] nie uległy zanikowi, ponieważ po operacji chory odżywia się coraz lepiej. Po kilku miesiącach będzie można dokładniej wyjaśnić, czy kiszka nie utraciła swoich własności czynnościowych. Potrzeba tymczasem, przez stosowanie leków i metod fizycznych, mających na celu wzmocnienie błon mięsnych, zastosować dyjetę przeważnie białkową i mączną; wchłanianie tłuszczów nie będzie się zapewne nigdy odbywało należycie.

Kol. JAWDYŃSKI zaznaczył, że obliczenie długości wyciętej kiszki jest mylne, gdyż przez odbytnicę odeszło 70 ctm., wycięto 20—30 ctm., razem więc 100 ctm., czyli znacznie mniej, niż 5 łokci. Kol. LESZCZYŃSKI odpowiada na to, że długość tę obliczył przez podwojenie prawidłowej długości kiszki grubej od kątnicy do odbytu.

Kol. JASIŃSKI powiada, że nie może sobie wyobrazić, żeby $2\frac{1}{2}$ łokcia krężki było wciągnięte we wPOCHWIEŃIE i żeby taka krężka mogła kiszkę dostatecznie odżywiać; należy raczej przyjąć długość około 70, *resp.* 140 ctm., dlatego, że kiszka gruba, mając w sobie część wPOCHWIONĄ, fałduje się mocno, a więc nie można brać wymiarów kiszki grubej prawidłowej; w tem leży źródło pomyłki. Co do rozpoznania, to zbadanie kału byłoby decydujące, a mianowicie H,S, który się wytwarza dopiero w kiszce grubej, jak dowiódł NENCKI.

Kol. LESZCZYŃSKI odpowiada na to, że zgadza się z kol. JASIŃSKIM, lecz tylko w części; kątnica bowiem leżała na swoim miejscu. Kol. GRUNDZACH także zgadza się z tem i dodaje, że ważną jest obecność barwników żółciowych w kale, których w kiszkach grubych nie ma, jeśli tylko nie będzie rozwolnienia.

Kol. PRZEWOSKI uważa takie przypadki wPOCHWIEŃIA za dość częste, zajmują one drugie miejsce co do częstotści. Co do wchłaniania, to takowe odbywa się głównie w żołądku i kiszce cienkiej, w grubej zaś zaledwo resztki ulegają wchłonięciu. Badania pośmiertne przekonywają, że w kiszkach cienkich zawsze jest kał płynny, w dolnych ustępach coraz szalszy, a nad zastawką BAUHIN'a prawie zbity kał. W kątnicy nieraz widzimy całe masy zbitego kału.

Kol. GRUNDZACH odpowiada na to, że mówił tylko o przewodzie kiszkowym. NOTHNAGEL podaje nie mało dowodów klinicznych, że wchłanianie odbywa się przeważnie w kiszce grubej; wiadomo, jak silnie podupada odżywianie przy niezycie tej kiszki. Kol. PRZEWOSKI dodaje na to, że odżywianie podupada skutkiem samej sprawy chorobowej (*colitis*). Badanie na trupach wskazuje, gdzie się kał zgęszcza i sądzi dlatego, że wchłanianie odbywa się głównie w kiszce cienkiej. Wreszcie kol. KRYSIŃSKI dodaje, że doświadczenia fizjologiczne nad wchłanianiem robi się na kiszce cienkiej. Jest zdania, że sprawa wchłaniania płynów odbywa się w kiszkach cienkich.

Potem kol. HEIMAN opisał przypadek niedorozwoju ucha u kilkotygodniowego dziecka, demonstrując rzecz rysunkiem. Znalezione u tego dziecka brak

podniebienia miękkiego i części twardego; z lewej strony brak otworu przewodu słuchowego zewnętrznego; muszla dość dobrze rozwinięta, lecz pojedyncze części wykazują pewne zboczenia. Górna jej część mało wypukła i zrosnięta, zarówno jak i płatek ze skórą twarzy; zamiast *antihelix* jest chrząstka zagięta w kierunku przeciwnym. Z prawej strony znajduje się zaczątek przewodu słuchowego w postaci dołeczka, rąbek jest dobrze rozwinięty, zamiast grobelki widać dwa guziczki, płatek przyrośnięty do skóry twarzy. Na tylnej powierzchni zauważyć można kilka brózek poprzecznych. Czy ucho wewnętrzne było dobrze rozwinięte, zbadać nie było można.

Kol. MODRZEJEWSKI nadmienia, że podobny przypadek niedorozwoju, tylko w wyższym znacznym stopniu, widział przed kilku laty u dziecka kilkodniowego w przytulku położniczym kol. KONDRATOWICZA.

W końcu kol. HELMAN mówił o otwieraniu wyrostka sutkowego, zwracając uwagę na pewne tylko punkty. Przedewszystkiem, co do wskazań do otwierania wyrostka sutkowego, to oprócz znanych i ogólnie przyjętych wskazań, kol. HELMAN podaje jeszcze dwa, gdyż doszedł do przekonania, że ogólnie przyjęte dotąd — nie wystarczają. Wskazania te są: 1) przy ostrem zapaleniu ucha średniego, gdy wydzielina jest bardzo obfitą i 2) przy rozwiniętych objawach zapalenia mózgu lub opon; szanse są wprawdzie w tym ostatnim razie małe, lecz to samo można powiedzieć o innych przypadkach zapaleń ucha, powikłanych ropnicą. Natomiast w przypadkach przetok i owrzodzeń nie należy się spieszyć, ponieważ goją się one nieraz samodzielnie i bez operacji. Co do chwili operacji, kol. H. jest zdania, że nie należy zwlekać i wyczekiwać objawów groźnych dla życia, lecz operować wcześniej. Obawa otwarcia zatoki żyłnej poprzecznej nie powinna wstrzymywać; powikłanie to zdarza się rzadko i niezawsze źle się kończy. Na 60 przypadków otwierania wyrostka raz tylko miał to powikłanie i to z zejściem pomyślnem. Operowanych wcześniej w ostatnich latach miał 45 przypadków ogółem [29 w szpitalu i 16 w praktyce prywatnej], z czego zmarło tylko 2 chorych; jeden z powodu daleko posuniętej gruźlicy, drugi 7-go dnia na zapalenie opon mózgowych. Są wprawdzie przypadki, kończące się wyzdrowieniem bez operacji, lecz są i takie, których groźne objawy występują nagle i chory umiera nie doczekawszy się operacji. W przypadkach późnych, przy objawach mózgowych szanse są małe, lecz i tu zdarzają się pomyślne przypadki. Operację otwierania wyrostka sutkowego, według mówcy, powinien wykonywać otyjatra. Co do narzędzi, to w ostatnich czasach kol. H. zaczął używać trepanu PASTEUR-COLLIN'a, którym się operację wykonywa prędzej i bez wstrząśnienia.

W dyskusyi kol. MODRZEJEWSKI zaznaczył, że sprawa otwierania wyrostka sutkowego jest bardzo ważną i wymaga obszernego traktowania. Wskazania, podane w dziełach odnośnych, są dobre i dostateczne, chociaż lekarz doświadczony w każdym przypadku sam je sobie wyrobi i modyfikuje. Kol. M. nie zgadza się na nowe podane wskazania; wyciek ropny bez bolesności a tylko gorączka przy tem — to wskazanie zamale; jest droga zawsze do leczenia obfitego wypływu przez trąbkę EUSTACHIJUSZA. Sama operacja nie jest rzeczą małą, wymaga doskonałej techniki, należytej dezynfekcji i odpowiedniego przygotowania na wszelkie ewentualności, które tylko chirurg posiadać może. Kol. M. dodaje, że świeżo leczył dwa przypadki ostrego zapalenia ucha średniego, które się pomyślnie skończyły przy przemywaniach przez trąbkę EUSTACHIJUSZA. Wogóle mówca jest zdania, że rozszerzanie wskazań nie jest potrzebne.

Wiadomości bieżące.

— W ubiegłym półroczu stopień doktora medycyny na Uniwersytecie Warszawskim otrzymał kol. SKABICZEWSKI po obronie rozprawy p. t.: „Przyczynę do nauki o unerwieniu pęcherza moczowego, oraz kol. JASZCZYŃSKI: „O zbroczeniach w tętnicy zastawowej i jej stosunku do obrączki udowej i przepuklin“, wreszcie kol. WASSERCUG: „O działaniu kokainy na krążenie krwi“.

— D-r filozofii WACŁAW SOBIERAŃSKI z Warszawy otrzymał w Sztrasburgu stopień Doktora medycyny po obronie rozprawy p. t.: „Ueber das Timbo [Paulinia pinnata] ein brasilianisches Fischgift“.

— Pisma lekarskie zagraniczne donoszą o cholery, która pojawiła się w Hiszpanii na południu i wschodzie prawie równocześnie w Walencji i Maladze, a ze względu na nadmorskie położenie tych miast grozi przeniesieniem za pośrednictwem okrętów. W Austrii, Francji i we Włoszech natychmiast zarządzone zostały ostrożności sanitarne w komunikacji morskiej. W ostatnich tygodniach liczba przypadków cholery ku północy od Walencji wzrosła; w d. 18 Czerwca w Rugat zmarło 6 osób z 8, które zachorowały, zaś w Montichelvo 5 z 12 chorych. Miejscowe władze podobno zarządziły wszelkie środki celem ograniczenia epidemii. — Donoszą także o pojawieniu się cholery w Mezopotamii, mianowicie w mieście Moshal i jego okolicach. Władza turecka poleciła utworzenie kordonu wojskowego.

— Na zjazd międzynarodowy w Berlinie Francja wysłała, oprócz lekarzy wojskowych, także naukową deputację [ze strony ministerjum oświaty], złożoną ze znanych lekarzy: LEON LEFORT, BOUCHARD i CHARLES RICHET.

— W Berlinie utworzył się Komitet damski, mający na celu uprzyjemnienie pobytu żonom lekarzy, przybyłym na zjazd międzynarodowy lekarski. Dla użytku lekarzy urządzona będzie czytelnia, mieszcząca w sobie czasopisma lekarskie z półroczu r. bieżącego we wszystkich językach.

— Niezależnie od zjazdu międzynarodowego w Berlinie, odbędzie się w Bremie w dniu 15—20 Sierpnia zjazd towarzystwa niemieckich przyrodników i lekarzy, który w roku zeszłym miał miejsce w Heidelbergu. Na rok przyszyły o zjazd ten ubiegają się miasta Halle nad Saalą i Frankfurt nad Menem; w tem ostatniem mieście odbyły się zjazd lekarski równocześnie z międzynarodową wystawą elektro-techniczną, projektowaną w szerokich zakresach.

Towarzystwo niemieckie higieny publicznej odbędzie zjazd swój między 11 a 14 Sierpnia.

Nadesłano do Redakcyi.

Narzucone mi, bez mej woli pieniądze za pigułki kreozotowe, inhalacje i inne lekarstwa, wynoszące rs. 12, kop. 24, oraz 4 flaszki od kefiru, razem rs. 15 — składam na rzecz Kasy Wsparcia podupadłych Lekarzy i ich rodzin.

K. Soczołowski, właściciel apteki w Radomsku.

ALFRED SOKOŁOWSKI. Ueber die larvirten Formen der Lungentuberculose. Klinische Zeit- und Streitfragen — etc. von Prof. SCHNITZLER.

ALFRED SOKOŁOWSKI. Ein Beitrag zur Pathologie u. Therapie der Laryngitis subglottica hypertrophica chronica. Odbitka z gazety: Internationale klinische Rundschau, von Prof. SCHNITZLER.

D. WASSERCUG. O wlijanii kokaina na krowoobraszczenie. Diss. inaug. Warszawa. 1890.

J. ZAWADZKI. Zdrojowiska krajowe [odbitka ze „Zdrowia“].

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty na II-gie półrocze r. b., tych zaś Pp. Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Ogłoszenie o nowych środkach lekarskich“ Apteki Pp. Wendy i Wiorogórskiego.

Wydawca D-r **St. Kondratowicz.**

Redaktor odpowiedzialny D-r **Wł. Gajkiewicz.**

Дозволено Цензурою, Варшава 21 Юня 1890 г.

Друк К. Ковалевського, Крólewska Nr. 29.