

# MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE  
dla lekarzy-praktyków.

**Warunki przedpłaty:** w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

**Adres Wydawcy:** Jásna Nr. 6.

**Adres Redaktora:** Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

**TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE.** Przypadek cierpienia znanego pod mianem „Mycosis fungoides”. Podał d-r E. Sonnenberg. — Opis ważniejszych przypadków operowanych w oddziale ginekologicznym szpitala Starozakonných w Warszawie, oraz ogólny zarys działalności tegoż oddziału w ciągu 1898—1899 roku. Podał d-r J. Rosenthal. (Dokończenie). — **WYKŁADY KLINICZNE.** Leczenie chorób serca u dzieci. — **STRESZCZENIA i WYCIĄGI.** 58. Salol i wykwity ospowe. 59. Leczenie złośliwej pęcherzycy noworodków. 60. Leczenie wrosniętego paznokcia. 61. Nowy objaw zbliżającego się zaduszenia przy chloroformowaniu. 62. Dyeta w okresie menopauzy. — **Z WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA LÉKARSKIEGO.** Posiedzenie z dnia 3 kwietnia r. b. — List otwarty do redakcyi „Medycyny”. — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.**

## „MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HÉBDOMADAIRE  
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) **D-r E. Sonnenberg** — Un cas de Mycosis fungoïde. 2) **D-r J. Rosenthal** — Description des cas plus importants opérés au service gynécologique de l'Hôpital Juif de Varsovie. Compte-rendu général sur l'activité du dit service pendant 1898 — 1899.

Redaction: **Dr. M. Sadowski.** Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

## „MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) **D-r E. Sonnenberg** — Ein Fall von Mycosis fungoides. 2) **D-r J. Rosenthal** — Beschreibung der wichtigeren Operationsfälle der gynäkologischen Abtheilung des Jüdischen Krankenhauses in Warschau. Eine allgemeine Skizze der Thätigkeit dieser Abtheilung im Laufe von 1898 — 1899.

Redaction: **Dr. M. Sadowski.** Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

## Przypadek cierpienia znanego pod mianem „MYCOSIS FUNGOIDES“.

Podał

**E. SONNENBERG** (Łódź).

(Rzecz, czytana w Towarzystwie Lekarskim Łódzkim w dniu 7 lutego r. b., wraz z przedstawieniem podobizny fotograficznej chorej).

Cierpienie skóry, które zamierzam w krótkości tu opisać, dotyczy 40-letniej kobiety z sąsiedniego miasta Zgierza. Jest ona dobrze zbudowana, więcej, niż średniego wzrostu, szatynka. Od 20 lat jest zamężna; nigdy nie rodziła, ani też roniła. W przybyłej do mnie w dniu 21 sierpnia roku ubiegłego poznałem osobę, którą niejednokrotnie leczyłem, gdym mieszkał w Zgierz, lecz ówczesne jej dolegliwości, przeważnie dróg oddechowych, były przemijające i nic wspólnego z obecnem cierpieniem nie miały. Początek tego ostatniego datuje od trzech lat i, jak wnosić należy z opowiadania chorej, cier-

pienie zaczęło się od tego, że na rozmaitych miejscach tułowia powstawały czerwone, mocno swędzące plamy. Plamy, o jakich mowa, znikwały w jednym miejscu, to znów pojawiały się w innym. Znikanie plam było, podobno, zupełnie niezależne od stosowanych podówczas zabiegów leczniczych.

Po krótkim tem objaśnieniu, przechodzę do opisu stanu cierpienia, jaki znalazłem w dniu 21 sierpnia, gdy chora przybyła do mnie po raz pierwszy.

Otóż miejsca, uległe zmianom chorobowym, ogarniają szeroki obszar powierzchni ciała, przeważnie z tyłu, obejmując okolice: grzbietową, lędźwiową, i przechodzą z lewej strony i ku przodowi na gruczoł sutkowy, a niżej — sięgają prawie smugi białej. Z prawej strony miejsca, podległe cierpieniu, przechodzą na pachwinę, ztąd na udo i ogarniają górną tegoż połowę.

Cierpienie, o jakim mowa, cechuje wielopostaciowość efektów chorobowych.

Z pośród wykwitów rozróżniamy tu przedewszystkiem zaczerwienione uczątki skóry. Są one ściśle od otaczającej zdrowej skóry odgraniczone. Jedne z nich nad poziom przyległych części się nie wznoszą, inne — tworzą lekkie wzniesienia. Miejsca te przedstawiają się w dotyku zgęstniałemi, zbitemi i tłustemi; ich powierzchnia się łuszczy. Na niektórych z omawianych uczątków łuszczenie się naskórka tworzy brudno-szarawe łuski. Wszystkie te miejsca mocno swędzą. Nie podaję tu dokładnej cyfry zmienionych w ten sposób uczątków skóry. Zauważę jedynie, że liczba naciekłych miejsc wynosi kilkadziesiąt. Rozmiary ich i kształt są rozmaite. Największy ucąstek rozlanego nacieku znajduje się w lewej okolicy lędźwiowej i przedstawia poprzecznie wydłużony owal, idący ukośnie z tyłu, z zewnątrz i z góry ku przodowi, wewnątrz i na dół. Podłużna średnica jego ma 11 ctm, poprzeczna — 7 ctm. Jest nieco nad poziom skóry wzniesiony. Barwa omawianego skrawka jest brunatno-szara; powierzchnia pokryta delikatnemi łuseczkami naskórka i pomarszczona.

Inne miejsca naciezione są znacznie mniejszych rozmiarów. Najwykleszy kształt zmienionych w ten sposób skrawków skóry — stanowi owal. Niektóre jednak uczątki, uległe zgrubieniu, przedstawiają się inaczej. Otóż naciezione skrawki skóry tworzą koła lub odcinki koła; czasem znów przybierają kształt pierścieni: część środkowa zajętego miejsca jest bledsza, skóra cieńsza i mniej się łuszczy, gdy tymczasem części obwodowe są więcej czerwone, więcej naciezione i tworzą postać lekko wzniesionego wału. W dwóch miejscach wspomniany wał ma kształt podkowy i składa się ze skupionych guziczków, wielkości drobnego śrutu, wyczuwanych palcem i widocznych na oko. Nacieczenia skóry o kształcie kolistym i pierścieniowym znajdujemy u chorej pod pachą, za lewem uchem oraz na lewym gruczole mlecznym. Na tym ostatnim mają one charakter czołgający: ich brzeży przedstawiają linie wijące się i kręte.

Jako uzupełnienie powyższego opisu dodam, że w miarę odsuwania się od stosu kręgowego na zewnątrz i na dół obfitość wykwitów, o jakich mowa, się zwiększa. Wogóle jednak ogniska na skórze zachowują charakter odosobniony. Tylko w prawej okolicy lędźwiowej skupienie w ten sposób zmienionych miejsc jest znaczne: czerwone plamy są bardzo do siebie zbliżone, a niektóre z nich są nawet porozielane od siebie tak małemi przestrzeniami zdrowej skóry, iż stykają się brzegami.

Inną postać zmian chorobowych na skórze, które najbardziej rzucają się w oczy, stanowią wyniosłości, w postaci guzów. Uwagę naszą ześrodkowy-

wa tu przedewszystkiem guz, znajdujący się w bliskości stosu kręgowego, po stronie lewej. W górnej swej części jest on odsunięty od kręgosłupa na 7 ctm. Oddalenie części niżej położonych nowotworu od stosu kręgowego jest nieco większe i wynosi 9 centymetrów. Guz, o jakim mowa, zajmuje przestrzeń między 6 i 8 żebrami. Kształt jego jest podłużny, nieregularny, nerkowy. Brzeg, zwrócony do kręgosłupa, jest wypukły, zewnętrzny zaś brzeg jest wklęsły. Najdłuższy wymiar guza wynosi 10 ctm; górna połowa tegoż jest znacznie szersza od dolnej i więcej od tej ostatniej uwypuklona. Największa jego szerokość wynosi 6 centymetrów. Wielkość więc omawianego nowotworu w przybliżeniu odpowiada rozmiarom pięści dorosłego człowieka. Guz bez wyraźnej granicy przechodzi w rozlane nacieczenie skóry. Kolor jego jest brunatno-czerwony, z odcieniem cyanotycznym; podstawa ciastowatej spistości. Ujęty głęboko daje się przesunąć z boku na bok. Chora skarży się na przykre uczucie napięcia w miejscu, gdzie się znajduje nowotwór. Za dotknięciem jest on bolesny.

W środkowej części guza znajdujemy utratę substancji skórnej, w postaci nieprawidłowego, o kraterowym kształcie, wydrążenia i o brzegach twardawych i wywróconych. Mamy tu więc owrzodzenie guza. Owrzodzenie jest pokryte skąpą, żółtawo-brunatno-szarą istotą, o wejrzeniu błonczym. Wydzielina ta jest zaschła i mocno do dna owrzodzenia przylega. Po podważeniu i usunięciu rozpadowych mas, powierzchnia wrzodu przedstawia się obnażoną, nierówną i usianą płytkami brózdami, których kierunek jest podłużny i odpowiada mniej więcej kierunkowi nowotworu.

Prócz powyższego guza jest jeszcze kilka pomniejszych wyniosłości.

A mianowicie, po przeciwległej stronie kręgosłupa, na poziomie grzebienia prawej łopatki, znajduje się guz, wielkości orzecha włoskiego. Guz ten, również jak i powyżej opisany, uległ rozpadowi. Dno owrzodzenia jest tu względnie płytkie i pokryte zaschłym, brudno-żółtym strupem. Przy ugniataniu podstawy guza palcami, występuje z pod strupa nieco lepkiej, brudno-krwawej cieczy, która na powietrzu dosyć szybko zasycha. Inne dwa guzy, nierozpadłe jeszcze, znajdują się w okolicy nadgrzebieniowej łopatek. Są one obustronnie i miarowo (symetrycznie) rozmieszczone. Guz po stronie prawej jest nieco mniejszy od guza po stronie przeciwległej. Obydwa guzy, wyraźnie nad okolicę wyniosłe, są półkuliste, mają powierzchnię nierówną i zmarszczoną; są one ruchome i na dotyk bolesne.

Na zewnątrz wreszcie i ku tyłowi od lewej linii pachowej, na wysokości 10 żebra, znajdują się trzy podłużne wzniesienia, mające wiele podobieństwa do zestawionych palców. Utkanie ich jest mniej zbite od utkania guzów wyżej opisanych.

Prócz nacieczeń plamistych i guzów, znajduje się na skórze chorej inna jeszcze odmiana efektów patologicznych, a mianowicie: częściowe odbarwienie skóry.

W przeciwstawieniu do otaczającego jednolitego tła żółto ubarwionej skóry odbarwione miejsca wyróżniają się bardzo. Kształt odbarwionych skrawków jest okrągły, podłużny lub nieprawidłowy; postać jednego takiego skrawka jest gwiazdzista. Wszystkich miejsc odbarwionych naliczyłem 10. Są one rozrzucone na całym obszarze, objętym cierpieniem. Przeważnie jednak grupują się na grzbiecie i w okolicach łędźwiowych. Odbarwione miejsca nad powierzchnię skóry nie wystają, palec na skrawkach tych nie wy-

czuwa nierówności, są one gładkie, skóra na nich pozwala się ujmować w drobne fałdy.

Wyżej opisane zmiany na skórze są na zajęтым terenie nieprawidłowo porozmieszczone: obok guza znajdujemy czerwone nacieczenie skóry, obok plamistych nacieczeń — lśniący białością skrawek. To bliskie zestawienie obok siebie tak przepaściście na wygląd odmiennych tworów chorobowych powiększa jeszcze kontrast tych wielopostaciowych wykwitów <sup>1)</sup>.



Sprawa chorobowa w tej rozciągłości i o tak szerokim rozmachu, jak to przedstawia wyżej skreślony obraz, daje dostateczne kryterium dla rozpoznania kategorii omawianego cierpienia. Wyszczególnione przejawy chorobowe, ujęte w jedną całość, stanowią znamienne cechy i odrębne właściwości

<sup>1)</sup> Pociągnięty rzadkością sprawy chorobowej, pozwoliłem sobie, za zgodą chorej, zdjąć z niej podobiznę fotograficzną.

cierpienia, stawianego w rzędzie niezwykle rzadkich i oznaczanego mianem *Mycosis fungoides*, *Granuloma fungoides* (KÖBNER) a także dermatozy ALIBERT'a, na cześć tego, który pierwszy w r. 1832 cierpienie to opisał.

Nie tak łatwe jest jednak rozpoznanie kategorii sprawy chorobowej, o jakiej mowa, w jej wcześniejszych datach, kiedy to przez miesiące, a nawet lata całe cierpienie przebiega pod złudną postacią pryszczycy.

Otóż na ciele pojawiają się czerwone, mocno swędzące i łuszczące się plamy. Te ostatnie mogą zniknąć w jednym miejscu, to znów pojawiać się w innym. Są to tak zwane „taches érythémateuses fugaces“ „flüchtige Erytheme“. Z biegiem czasu czerwone plamy gęstnieją, nabierają większej spistości i zaczynają wznosić się nieco nad poziom skóry, tworząc tak zwane „plaques saillantes“, jest to drugi okres cierpienia (période lichénoïde). I ten okres może trwać — jak naprzykład w opisywanym przypadku — dosyć długo, zanim pojawi się wyraźne piętno cierpienia. Mam tu na myśli przeistoczenie miejsc nacieczonych w guzy (période mycofungoïde).

Pojawienie się guzów stanowi moment rozstrzygający i dokładnie, z rozpoznawczego punktu widzenia, wyjaśniający sytuację. Guzy powstają z istniejących już wykwitów, znamionują późniejszy okres cierpienia i podlegają owrzodzeniu (*stad. ulcerationis*). Od tej chwili w stanie ogólnym chorego, który był dosyć znośny w okresie pre-mykotycznym, następuje zwrot ku gorszemu.

Dla wczesnego więc rozpoznania kategorii cierpienia dane kliniczne nie dają nam dostatecznego oparcia. Histologiczne jednak poszukiwania lat ostatnich, robione nad skrawkami skóry z okresu pryszczycowego, wykazały, że przy pomocy drobnowidza możliwe jest wcześniejsze zorientowanie się w rodzaju cierpienia. Otóż — według PHILIPPSON'a — utkanie miejsc zmienionych ma zawierać już w okresie pryszczycowym cierpienia — zadatek przyszłych guzów<sup>2)</sup>.

Nie będę tu wchodził w bliższe szczegóły, dotyczące tej ciekawej, a rzadkiej sprawy chorobowej. Mam zamiar uczynić to innym razem, gdy chora, o której, mowa i która znajduje się obecnie we Wrocławiu, powróci. Pozwolę sobie natomiast zauważyć, że omawiane cierpienie stanowi dotychczas jeden z niezamkniętych i nie wykonanych jeszcze rozdziałów dermatologii: zwłaszcza najzupełniejszy mrok panuje na punkcie tego, co w cierpieniu omawianem odgrywa rolę przyczyny. Również nie zdołano jeszcze uchylić zupełnie zasłony z samej istoty cierpienia. A leczenie? „Il n'existe pas de traitement du mycosis fungoïde“ mówi TENNESON i w tym przyznaniu się do niemocy zamyka cały prawie dotychczasowy stosunek lekarza do chorego, dotkniętego tą złowrobną chorobą<sup>3)</sup>.

---

<sup>2)</sup> M. L. PHILIPPSON: „Histologie du mycosis fungoïde typique“ (Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie. Tome III. 1892 p. 528—539).

<sup>3)</sup> M. TENNESON: „Un cas de mycosis fungoïde“ (Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 1892. p. 31—33).

## Opis ważniejszych przypadków, operowanych w oddziale ginekologicznym szpitala Starozakonnych w Warszawie,

oraz ogólny zarys działalności tegoż oddziału w ciągu 1898 — 1899 roku.

Podał

D-r JAKÓB ROSENTHAL.

Starszy ordynator, zawiadujący oddziałem.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 20).

2) H. C. P. (N. K. G. 2715 z r. 1898) z Warszawy, lat 15 licząca, niezamężna. Przed rokiem po raz pierwszy dostała regularności, która przez pierwsze cztery miesiące zjawiała się prawidłowo co 4 tygodnie. Następnie regularność opóźniła się o dwa miesiące, a od 3-ch miesięcy nie miała jej zupełnie. Przy każdej regularności miewała bóleści w brzuchu, które obecnie zjawiają się także, chociaż regularności niema. Zauważyła przytem powiększanie się brzucha. To ostatnie i bóleści skłoniły ją do szukania pomocy w szpitalu, dokąd przybyła dnia 8. VI. 1898 r. Osobnik wątłej budowy, lecz odpowiednio na wiek swój rozwinięty. W płucach odgłos wypukowy prawidłowy, oddech nieco zaostrzony, lecz wszędzie pęcherzykowy; serce prawidłowe. Brzuch w objętości powiększony i wyczuwa się w nim pośrodku guz okrągły, wypełniający prawie całą jamę brzuszną, sięgający na 2 palce nad pępek, wolny z boków, na które posiada niewielką ruchomość. Błona dziewicza zachowana, pochwa wąska, część pochwowa dziewicza, mała. Macica, której jama wynosi 6 ctm. w przodopochyleniu; w prawem przymaciczu wyczuwa się guz wielkości pięści, zlewający się w górze z guzem, leżącym pośrodku brzucha, ruchomy, jakby odchodzący do prawego rogu macicy; w lewem przymaciczu znajduje się podobny guz, lecz mniejszy, przedstawiający też same stosunki. Odgłos wypukowy brzucha, a raczej guza, jest tępy; chęłbotania niema, guzy są twarde. Rozpoznanie było prawie niemożliwe, i dla tego postanowiliśmy dokonać badawczego cięcia brzusznego, które uskuteczniłem dnia 15. VI. 98. Po otworzeniu jamy brzusznej okazało się, że otrzewna ścienna, zgrubiała na szerokość palca, zrosnięta jest z guzem. Po tępem oddzieleniu jej od guza, przekonano się, że ten ostatni stanowiły kiszki zrosnięte między sobą, z jajnikami i jajowodami w jeden duży zwój (*conglon erat*). Ograniczono się przeto na wycięciu. celem zbadania drobnowidzowego, kawałków tkanki i jamę brzuszną zamknięto. Już z wyglądu zdawało mi się, iż miałem do czynienia ze sprawą gruźliczą; tymczasem kol. STEINHAUS, po zbadaniu drobnowidzowem wyciętych kawałków tkanki dał następną relację: „tkanki wycięte z jamy brzusznej okazały się zapalnie nacieczonymi i zapalnie hyperplastycznymi normalnymi tkankami; w ogniskach świeższych zapalnego nacieczenia — *staphylococci*. Sprawy nowotworowej nie znaleziono“. A jednak dalszy przebieg okazał, że chora dotknięta była gruźlicą. Już 5-go dnia po operacji wraz z kaszlem zjawily się wilgotne rżenia, rozsiiane w płucach. Po zdjęciu szwów brzusznych, ropienie w ranie; po pewnym czasie w ranie pokazuje się zawartość kizek cienkich. Celem usunięcia tej przypadłości—ponowna operacja, polegająca na wyswobodzeniu jelita przedziurawionego, odświeżeniu i zesyciu brzegów przedziurawienia. W 3 tygodnie później, gdy kał więcej się nie pokazywał, odświeżenie rany

brzuszej i zeszycie jej. Czwartego dnia po zdjęciu szwów, przy zagojonej ranie brzusznej, chora zaczęła gorączkować; stwierdzono sprawę zapalną w płucach, która tak szybko postępowała, iż w dwanaście dni później, znaleziono już jamę (*caverna*) w szczycie płuca lewego. Chora przeniesiona na oddział wewnętrzny, w końcu na żądanie rodziny wypisana ze szpitala d. 9. IX. 1898 r. O ile się dowiedziałem, chora ta w sześć tygodni później zmarła na gruźlicę płuc.

Przypadek ten jest jeszcze jednym dowodem więcej, iż drobnowidz nie zawsze potwierdza rozpoznanie kliniczne. Jakkolwiek bowiem nie mieliśmy żadnych obiektywnych danych dla rozpoznania gruźlicy, oprócz wyglądu makroskopowego, jaki nam się podczas operacji przedstawił, to jednakże nie wahał się uznać sprawy jako odbywającej się na tle gruźliczem. Takie też rozpoznanie zaznaczyliśmy natychmiast po operacji na karcie szpitalnej. Tymczasem badanie mikroskopowe nie potwierdziło go; lecz dalszy przebieg pooperacyjny i ujawniona gruźlica płuc dowodnie wykazały, żeśmy się nie mylili. Nie znalazłszy przy pierwotnym zbadaniu chorej żadnych objawów podejrzanych w płucach, przypuszczaliśmy, że sprawa jest umiejscowiona, i sądziliśmy że dokonane cięcie brzuszne uleczy chorą, jak to w podobnych przypadkach niejednokrotnie obserwowaliśmy. Wynik badania mikroskopowego, dokonany przez tak doświadczonego anatomo-patologa, jak kol. STEINHAUS, był dla nas bardzo pocieszający — gdy tymczasem, niestety, okazało się następnie, że sprawa była gruźlicza, do takiego stopnia rozwinięta, że nic jej rozwoju wstrzymać nie było w możności. Na jedną jeszcze okoliczność zwrócić muszę uwagę, mianowicie, że brzuch po operacji po pewnym czasie zmniejszył się, i wyczuwano w nim pewną odporność, lecz nie wyczuwano owego pierwotnego guza.

3) Ch. D. R. (N. K. G. 2411) z Radomia, lat 22 licząca, niezamężna, miesiączkuje od 17-go roku życia. Regularność] przychodziła] co 4 tygodnie, trwała 5 - 6 dni i z początku odbywała się bez bólów; od roku zauważyła, że krew miesiączkowa nie była tak czysta, lecz jakby zmieszana z ropą, a przytem pojawiły się bóle stopniowo coraz silniejsze i dłuższe, tak że w końcu stały się ciągłymi, t. j. doznawała ich także w czasie wolnym od regularności. Wstąpiła do oddziału dnia 9. V. 1899 r. Osobnik dobrze rozwinięty, pokład tkanki tłuszczowej dostateczny. Przy badaniu znaleziono: błona dziewicza w całości, lecz tak sprężysta, że z łatwością przez nią palec do pochwy przenika. W tej ostatniej, na wysokości 3—4 ctm. po za błoną dziewiczą natrafiamy na guzowatość wielkości pięści, znacznie wypuklającą sklepienie przednie, prawe i tylne. Na [lewo od owej guzowatości między nią a [lewą ścianą pochwy palec śledzący wnika wysoko do sklepienia lewego, lecz części pochwowej nie napotyka. Przy dwuręcznym badaniu znajdujemy guz nad pachwiną prawą, który z guzem, znajdującym się w pochwie stanowi jedną całość wielkości główki półrocznego dziecka. Guz ten jest elastyczny i przez pochwę wyczuwa się w nim chełbotanie. Obok niego na lewo i więcej ku tyłowi, ściśle doń przylegając, znajduje się ciało podłużne owalne, twarde, wielkości dużej śliwki węgierki. Nakłucie guza, uskutecznione szprycą PRAWAZ'a przez pochwę, wykazało w nim płyn ropny. Rozpoznanie zrobilem: *Pyocolpometra unilateralis apud]uterum bicornem*. Celem ugruntowania rozpoznania postanowiłem większem cięciem otworzyć i opróżnić guz, w pochwie się znajdujący, co po uprzednim przygotowaniu chorej uskuteczniłem dnia 13. V. 1899. Cięcie pionowe, długości 3—4 ctm. poprowadziłem w dolnej części guza; wypłynęło około 1½ litra płynu ropiastego, zielonko-

watego. Po przemyciu roztworem lizolu jamy guza, wprowadzony doń przez sztuczny otwór palec wymacał w górnej części jakby koliste zwężenie, przez które głębiej wdrążywszy znalazł się w rozszerzonej jamie prawego rogu macicy; na lewo odeń znajduje się drugi róg macicy lewy, mniejszy od prawego, siodełkowatym wcięciem odeń oddzielony. Również po wypróżnieniu guza można w sklepieniu lewym znaleźć małeńki otworek, przylegający do szczytu guza; przez otworek ten zgłębnik chirurgiczny wnika wgląb' na 5 ctm. Wyczuwa się on w lewym rogu macicy, oddzielonym od prawego w dolnej części dość grubą ścianą. W ten sposób rozpoznanie nasze stwierdzone zostało; należało określić tylko dalszą działalność naszą w danym przypadku. Zależna ona była w zupełności od dalszego przebiegu choroby. Stan chorej po wypróżnieniu guza przez pierwsze 7 dni był dobry: ciepłota ciała prawidłowa, wydzielina ropiasta, przy codziennem przemycaniu jamy i drenowaniu jej, miała swobodny odpływ. Siódmego dnia dreszcze i podniesienie się ciepłoty ciała do  $39^{\circ}$  —  $39,5^{\circ}$ . Po przemyciu jamy guza roztworem sublimatu i podaniu środków antyseptycznych nastąpił spadek ciepłoty ciała; jednakowoż po 7-miu dniach ponownie się podniosła do  $39^{\circ}$ ; po zastosowaniu powyższych środków opadła do normy. Jama jednakże guza się nie zmniejszała; odpływ, jakkolwiek w mniejszej ilości, zawierał ropę. Sądząc, że nie obejdzie się tutaj bez usunięcia zajętego cierpieniem rogu macicy, dokonałem w dniu I. VI. 1899 r. cięcia brzuszno, przy którym znalazłem, jak było rozpoznane, macicę dwurożną. Każdy róg długości na 6 ctm. twardy, i w każdym można wyczuć oddzielną część pochwową. Każdy róg posiadał jajnik i jajowód, które okazały się zdrowymi. Róg prawy nieco grubszy od lewego, mniej twardy, niż ten ostatni, lecz widocznie że nie zawiera w sobie żadnego płynu. Nie mając żadnego wskazania do usunięcia prawego rogu macicy, jamę brzuszną, przy zastosowaniu szwu KERRER'owskiego, zaszyłem. Okres pooperacyjny bezgorączkowy przeszedł zupełnie gładko; po zdjęciu ósmego dnia szwów brzusznych — rychłozrost. Tymczasem otwór sztuczny w pochwie tak się zwęził, że kanka szklana przezeń z trudem przechodziła; odpływ przyjął cechy odpływu śluzowego, niecuchnącego. Celem zabezpieczenia chorej od wznowienia się cierpienia, co by mogło nastąpić, gdyby otwór prowadzący do jamy guza (a w rzeczywistości do prawej pochwy) się zasklepił, postanowiłem rozszerzyć go, czego dokonałem w dniu I. VII. w ten sposób, że wyciąłem naokoło otworu część ściany guza i tak powiększony otwór obszyłem naokoło. Chora w dniu 27. VI. po raz pierwszy po operacyi dostała regularności, która, bez bólesci, trwała 4 dni. Przy wypisaniu chorej w dniu 5. VII. 1899 r., otwór, prowadzący do prawej pochwy, przepuszczał 2 palce, a wysoko wyczuć można było sformowaną, nieco grubą, część pochwową.

g) **Przszycie do ściany brzusznej macicy wypadniętej** (*Ventrofixatio uteri prolapsi*).

F. P. W. (N. K. G. 2460) z Grodna, lat 39 licząca, zamężna. Z powodu zagubienia karty szpitalnej, nie posiadam danych anamnestycznych, lecz zapamiętałem, iż rodziła 5-o dzieci. Wstąpiła do oddziału d. 3. V. 1899 r. Osobnik wyniszczony, mający wygląd 60-letniej staruszki. Przy badaniu między udami leży ciało owalno - okrągłe, wielkości główki rocznego dziecka. W skład jego wchodzi wycisowana w zupełności pochwa o ścianach skórzastych, zgrubiałych i macica, której część pochwową jest silnie owrzodziła. Podobne owrzodzenia pokryte strupami znajdują się na tylnej ścianie pochwy. Pochwę wraz z macicą z trudem tylko wcisnąć można do jamy miedniczej,



skąd natychmiast ponownie wypadają. Rozpoznanie: *Prolapsus uteri cum prolapsu et inversione vaginae*. Zważając na względnie młody wiek chorej, jakkolwiek wskazane było wyluszczenie zupełne macicy, postanowiłem przeprowadzić leczenie zachowawcze i w tym celu dnia 18. V. 1899 r. dokonałem cięcia brzuszno, celem przyszycia macicy do ściany brzusznej; skutecznym je na 2 palce nad spojeniem łonowem sposobem CZERNY'GO, przyczem usunąłem także torbiel jajnika lewego wielkości pięści. Nałożywszy szew na ścianę brzuszną, dokonałem odcięcia części pochwowej i wycięcia i zeszycia ściany przedniej pochwy (*amputatio prol. vaginalis et colporrhaphia anterior*); w cztery zaś tygodnie później skutecznym *colporrhaphiam posteriorem*. Przy wypisaniu chorej w dniu 5. VIII. 1899 r., macica znajdowała się utwierdzoną w nadanem jej położeniu, pochwa przepuszczała z łatwością dwa palce i pomimo nadymania się chorej tak macica jak pochwa ani na włos się nie opuszczały. Zwrócić muszę uwagę, że chora po przyszyciu macicy bezwzględnie mocz samowolnie oddawała.

W ciągu 1898 i 1899 r. leczonych było w oddziale chorych 447 (229 + 218), z których wyzdrowiało 264 (132 + 132), wyszło z polepszeniem 49 (21 + 28), bez polepszenia 71 (39 + 32), przeniesiono do innych oddziałów 22 (10 + 12), zmarło 26 (15 + 11) i pozostało w leczeniu na 1900 rok 14. Zmniejszenie liczby chorych w oddziale od 1897 r. spowodowane jest otworzeniem drugiego oddziału ginekologicznego w szpitalu, a znaczna liczba chorych, wypisanych bez polepszenia (71), tłumaczy się tem, że chorych tutejszych z cierpieniami chronicznymi jak np. *infarctus uteri*, z macinnictwem, jako mogących się leczyć ambulatoryjnie, nie przetrzymywaliśmy w zakładzie, a także znaczną liczbę chorych, u których niemożliwym było dokonać wskazanej operacji, jużto wskutek wyniszczenia ich, jużto niezgodzenia się ich na nią; tu zaliczają się chore z włókniakami macicy (8), z torbielami i guzami jajników (9), ciążą zewnątrzmaciczną (5), *pyosalpinx* (6), guzami złośliwymi w jamie brzusznej (5) i t. d. Zejście śmiertelne miało miejsce u 26 osób (15 + 11), co wynosi średnio 5,81% (6,9% + 5,08%). Do tej dość znacznej śmiertelności przyczyniają się, jak to poprzednio objaśniłem, chore po porodzie w mieście, przyjmowane do oddziału z chorobami zakaźnymi (50 z których zmarło 12 = 24%). Dołączona tablica uwidoczni ruch chorych w oddziale za powyższe 2 lata:

	1898							1899								
	Pozostało z r. 1897	Przybyło	Wyzdro-wiało	Wyszło z polepszen.	Wyszło bez polepszenia	Przenies. do inn. oddział.	Zmarło	Pozostaje	Pozostało z r. 1898	Przybyło	Wyzdro-wiało	Wyszło z polepszen	Wyszło bez polepszenia	Przenies. do inn. oddział.	Zmarło	Pozostaje na 1900 r.
<b>1. Choroby sromu.</b>																
a) Ruptura perinaei . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—
b) Haematoma vulvae . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—
c) Contusio vulvae . . . . .	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
d) Furunculosis vulvae . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—
<b>2. Choroby pęcherza i cewki moczowej.</b>																
a) Cystitis catarrhalis et purulenta . . . . .	—	5	2	2	—	1	—	—	—	5	2	1	1	1	—	—
b) Fistula vesico-vaginalis . . . . .	—	8	2	1	5	—	—	—	—	7	3	—	3	1	—	—
c) Sarcoma vesicae . . . . .	—	1	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—
d) Urethritis gonorrhoeica . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—
e) Papilloma urethrae . . . . .	—	4	3	—	—	—	—	1	1	—	1	—	—	—	—	—
f) Sarcoma urethrae . . . . .	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Do przeniesienia . . . . .	—	20	8	3	6	1	—	1	1	17	9	2	4	2	1	—

	1898								1899							
	Pozostało z r. 1897	Przybyło	Wyzdrowiało	Wyszło z polepszen.	Wyszło bez polepszenia	Przenies. do inn. oddział.	Zmarło	Pozostaje	Pozostało z r. 1898	Przybyło	Wyzdrowiało	Wyszło z polepszen.	Wyszło bez polepszenia	Przenies. do inn. oddział.	Zmarło	Pozostaje na 1900 r.
Z przeniesienia . . . . .	—	20	8	3	6	1	—	1	1	17	9	2	4	2	1	—
<b>3. Choroby pochwy.</b>																
a) Colpitis catarrh. et gonorrhoeica . . . . .	—	3	—	2	—	—	—	1	1	—	—	1	—	—	—	—
b) Cystis vaginae . . . . .	—	1	1	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—
c) Neoplasma vaginae (carcinoma) . . . . .	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
d) Stenosis et atresia vagin. . . . .	—	3	3	—	—	—	—	—	—	3	3	—	—	—	—	—
e) Haematoc. et atres. hym. aut vag. . . . .	—	1	1	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—
<b>4. Choroby macicy.</b>																
a) Uterus bicorn. c. haematom. un. . . . .	—	1	1	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—
b) Stenosis canalis port. vaginalis . . . . .	—	3	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
c) Hypertrophia port. vaginalis . . . . .	—	3	1	—	2	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—	—
d) Metrorrhoea . . . . .	1	1	2	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—	—
e) Metritis chronica et infaret. uter. . . . .	—	6	3	2	1	—	—	—	—	9	2	2	4	1	—	—
f) Endometritis chronica . . . . .	—	6	5	—	—	—	—	1	1	11	9	3	—	—	—	—
g) Endometr. haemorrh. et polypos. . . . .	1	13	14	—	—	—	—	—	—	9	9	—	—	—	—	—
h) Antelexio uteri . . . . .	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
i) Retroversio et retroflexio uteri . . . . .	—	4	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
k) Prolapsus uteri et vaginae . . . . .	—	16	14	—	1	—	—	1	1	19	12	3	1	1	1	2
l) Polypi uteri . . . . .	—	1	1	—	—	—	—	—	—	3	3	—	—	—	—	—
m) Myomata et fibromata uteri . . . . .	—	11	5	—	4	1	1	—	—	11	8	—	3	—	—	—
n) Carcinoma uteri . . . . .	—	4	1	1	2	—	—	—	—	4	2	—	—	—	2	—
<b>5. Choroby jajowodów i jajników.</b>																
a) Oophoritis et salpingitis . . . . .	—	7	4	1	—	—	—	2	2	3	2	1	1	1	—	—
b) Cystes et neoplasmata ovarii . . . . .	1	9	4	—	3	—	3	—	—	11	6	—	4	—	1	—
c) Graviditas extrauterina tubaria . . . . .	2	14	3	3	7	—	—	—	—	10	7	1	2	—	—	—
d) Pyosalpinx . . . . .	—	7	3	1	3	—	—	—	—	4	1	—	3	—	—	—
e) Tubercul. tubae, ovarii et perit. . . . .	—	2	1	—	—	1	—	—	—	3	1	—	—	—	1	1
f) Carcinoma ovarii . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1
g) Fibromyoma tubae . . . . .	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<b>6. Choroby otrzewny miedniczej, tkanki łącznej przymacicznej i więzów szerokich.</b>																
a) Para et perimetritis . . . . .	3	22	15	6	—	—	—	4	4	28	14	8	2	—	—	8
b) Perioophoritis et perisalpingitis . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—
c) Haematocoele retrouterina . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—
d) Neoplas. subs. pelv. et ligam. lati . . . . .	—	1	—	—	—	—	—	1	1	1	—	1	1	—	—	—
<b>7. Choroby ciężarnych</b>																
a) Metrorrhoea . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—
b) Antelexio fixata uteri gravidi . . . . .	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
c) Retroflexio uteri gravidi . . . . .	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
d) Abscessus nephriticus in gravida . . . . .	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<b>8. Choroby położnic.</b>																
a) Infectiones (febris) puerperales . . . . .	—	25	17	—	—	1	7	—	—	25	15	2	1	1	5	1
b) Eclampsia puerperalis . . . . .	—	2	—	—	—	—	1	1	1	—	1	—	—	—	—	—
c) Ruptura parametrii et cerv. uteri . . . . .	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
d) Subinvolutio uteri et metrorrh. . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	4	1	—	—	—	—
e) Residua post abortum . . . . .	—	13	13	—	—	—	—	—	—	16	16	—	—	—	—	—
f) Mastitis in puerpera . . . . .	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<b>9. Macinnictwo.</b>																
a) —	—	7	—	2	4	1	—	—	—	5	—	2	3	—	—	—
<b>10. Różne (Diversa.)</b>																
a) Lumbago . . . . .	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
b) Rheumatismus articul. . . . .	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
c) Pleuritis exsudativa . . . . .	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
d) Vitium cordis . . . . .	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
e) Tumor abdominis . . . . .	—	3	—	—	3	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—
f) Fistul. par. abdom. post. coeliot. . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	1
g) Abortus 4-o mens. . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
h) Tuberculosis pulmonum . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
i) Carcinoma hepatis et ventriculi . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
k) Fs. typhoidea in gravida . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
l) Gastroenteritis . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
m) Sub observatione . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
<b>Razem</b>	<b>11</b>	<b>218</b>	<b>132</b>	<b>21</b>	<b>39</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>218</b>	<b>132</b>	<b>28</b>	<b>32</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>14</b>

Operacyi u powyższych chorych uskuteczniiono 196 (93 + 103) czyli że 43,8% wszystkich chorych znajdujących się w oddziale było operowanych. Z operacyi były dokonane: otworzenie jamy otrzewny cięciem brzuszmem (*coeliotomia abdominalis*) 38; otworzenie tejże cięciem pochwowem (*elythrocoeliotomia*) 8; *colporrhaphia* przy wypadnięciu macicy z pochwy (wraz z dodatkowymi rękoczynami, jak *amputatio prol. vaginalis, excochleatio uteri*) 31, i przy jednoczesnem uskutecznieniu *ventrofixationis uteri* i raz; wyłuszczenie włókniaków podśluzowych macicy 9, operacyi krwisteku pochwowego, zarosnięciem pochwy lub błony dziewiczej spowodowanego 8, operacyi przetok pęcherzopochwowych 5, amputacyi części pochwowej 9; reszta operacyi przypada na rękoczyny mniejsze, jak zeszytie zastarzałego pęknięcia krocza, wycięcia narośli brodawkowatych cewki moczowej, wyłuszczenie torbieli pochwy, przecięcie ropni przy- i okołomaciczych, wyłyżeczkowanie macicy (68) i t. d.

## WYKŁADY KLINICZNE.

Edmond Weill (Lyon).

### Leczenie chorób serca u dzieci

*Archives de médecine des Enfants* Nr. 1 i 2 (stronic 46) z roku 1900.

Pomiędzy sercem dziecka (pominąwszy serce płodu) i dorosłego niema właściwie różnicy ani w budowie, ani w czynności, a jednak, gdy się rozpatruje serce w związku z ustrojem, który ono obsługuje, okazuje się, że ilość pracy użytecznej, wyładowanej przez nie, jest większa u dziecka, niż u dorosłego. Z jednej strony masa serca jest więcej rozwinięta stosunkowo w pierwszym okresie życia, z drugiej strony opór, jaki ma ono do przewyciężenia, wzmagą się w miarę wzrostu ciała. Badania MUELLER'a, oparte na licznych pomiarach, wykazały, że wzrost wagi serca, idąc za wzrostem wagi organizmu, ogranicza się w miarę od dalania się od okresu dzieciństwa. Waga całego ciała u dorosłego jest 19 razy większa od wagi noworodka, serce dorosłego jest zaledwie 15 razy cięższe od serca noworodka. Podług VIERORDT'a serce dorosłego przedstawia 0,52% wagi ciała, u noworodka — 0,89%. Jednocześnie układ tętniczny w stosunku do masy krwi, którą ma rozprowadzić, posiada rozmiary większe u dziecka, niż u dorosłego. BENEKE podaje, że objętość serca wzrasta od urodzenia do wieku dojrzałego 12 razy, obwód zaś aorty wzrasta jedynie 3 razy. Istnieje więc pewien typ sercowo-tętniczny dziecięcy: serce małej objętości, lecz o dużej masie, tętnice stosunkowo szerokie. Dorosły przeciwnie posiada serce obszerne, o mniejszej masie, tętnice zaś stosunkowo wąskie. Przytem z badań ALIX'a wiemy, że żyły w pierwszym okresie dzieciństwa mają średnicę równą z tętnicami, gdy średnica żył u dorosłego jest 2 razy większa, niż tętnic. Z tych właściwości anatomicznych wynikają pewne własności obiegu krwi u dziecka. Ciśnienie tętnicze jest niższe, VIERORDT wyliczył, że wynosi ono 111 mm. rtęci u noworodka, 138 mm. w wieku lat 3, 171 mm. w 14-ym roku, 200 mm. u dorosłego. Liczba uderzeń serca jest większa w wieku dziecięcym i krążenie jest szybsze. Podług VIERORDT'a przeciąg jednego krwiobiegu wynosi 12",1 u noworodka, 15" u 3-letniego dziecka, 18",6 u 14-letniego, 22",1 u dorosłego. Praca serca dziecka jest stosunkowo większa. Masa krwi, przepływająca w jednostkę czasu przez jednostkę wagi ciała, wynosi

podług tegoż VIERORDT'a 379 u noworodka, 306 u 3-letniego dziecka, 206 u dorosłego. Jednym słowem wszystko się składa w wieku dziecięcym na zapewnienie krążenia łatwego, obszernego — zarówno siła motoru centralnego, jak i objętość układu tętniczego. W wieku dziecięcym tętnice są jeszcze nietknięte, posiadają elastyczność i kurczliwość kompletną, co sprzyja przewyciężeniu pewnych przeszkód, znajdujących się na drodze krążącej masy krwi. Układ żylny również nie wykazuje zmian, jakie wywołują w późniejszym okresie życia np. zajęcia zawodowe siedzące. Ściany żył są kurczliwe, przyczem wpływ mięśni, które u dziecka w bezustannym są prawie ruchu, wspomaga znakomicie odpływ krwi. Mięsień sercowy dziecka ma też tę przewagę, że elementy mięśniowe, będąc w stadium wzrostu, formowania się, szybciej daleko, niż u dorosłego, odradzają się, mięsień sercowy nie podlega podminowującemu działaniu zapaleń ścian tętnic i stwardnieniu. Ważnym bardzo względem w cierpieniach serca u dzieci jest fakt, że ustroj dziecięcy posiada zdolność przystosowywania się do nieprawidłowych warunków krwioobiegu, wywołanych jakąś zmianą. Np. w niektórych przypadkach wczesnego lub wrodzonego zwężenia ujść spostrzegać się daje pewne powstrzymanie w rozwoju układu krwionośnego, niedorozwój układu tętniczego, z czem w związku pozostaje zmniejszenie się ilości krwi w całym ustroju, co uprzedza w pewnym stopniu rozwój zaburzeń czynnościowych krwioobiegu.

Uwagi te o sercu dziecka i krwioobiegu w stanie prawidłowym pozwolą nam łatwiej zrozumieć właściwości, jakie się przedstawiają w stanie chorobowym, jak również wskazania lecznicze.

Przez leczenie chorób serca u dzieci możnaby rozumieć ogół środków leczniczych, stosowanych w przebiegu chorób serca u dzieci. Nie tak pojmuje swoje zadanie autor. W rzeczywistości bowiem niema chorób serca, właściwych jedynie wiekowi dziecięcemu, stosuje się to zarówno do chorób serca wrodzonych, które trwają często aż do wieku dojrzałego. To, co stanowi właściwość charakterystyczną dla wieku dziecięcego w zaburzeniach krwioobiegu, jest to przebieg znamieny, jest to sposób, w jaki serce reaguje na szkodliwości ostre, podostre lub przewlekłe, jest to ten stan integralności układu krwionośnego, który sprawia, iż choroba serca u dziecka przedstawia się w postaci czystej, bez powikłań, dzięki czemu i leczenie jest mniej zawile i więcej pewne.

Autor w monografii swej rozpatruje tylko choroby serca pierwotne, przez co nie należy rozumieć, iż powstały one pierwotnie, lecz że wada serca jest objawem dominującym lub wyłącznym choroby ogólnej, skłonnej do powikłań sercowych.

Ze stanowiska leczniczego rozróżnić należy — wady właściwe (wrodzone i nabyte) i zaburzenia czynnościowe.

Wady wrodzone są właściwością wieku dziecięcego o tyle, że np. na 186 przypadków SMITH'a — śmierć nastąpiła w 121 niżej lat 10; statystyka ta sama przez się wyrokuje o znaczeniu leczenia, podnieść tu należy czynniki etiologiczne, w celach profilaktycznych. Różni autorowie podnoszą wpływ małżeństw w bliskim pokrewieństwie, przymiotu i krzywicy maczycznych i chorób zakaźnych podczas ciąży. Autor robi uwagę, że jednak dużo dzieci podobnie obarczonych dziedzicznie przychodzi na świat bez wady serca. Co do leczenia samej wady wrodzonej pewne nadzieje wyciągnąć można zdaniem autora z faktów następujących: pewna liczba badań pośmiertnych wykazała obok zmian już zakończonych, które wywołały zwężenie ujścia lub niedomykalność, zmiany wskutek zapalenia świeżej daty, w pewnym stopniu zmiany nabyte.

Wady serca wrodzone usposabiają wsierdzie do zapaleń, i właśnie te zapalenia wtórne u dzieci z wadą serca wrodzoną stanowią powinny *memento mori*, a w razie powstania ich, leczone być winny w ten sam sposób, jak wady nabyte. W tym samym sensie — możliwości leczenia — przemawiają dane statystyczne STOLKER'a i innych, z których się okazuje, iż w 8 przypadkach na 53, objawy chorobowe występowały dopiero w rok po urodzeniu.

Mówiąc o wadach nabytych, autor zaznacza z punktu widzenia leczenia uprzedzającego, *myocarditis sclerosa* u noworodków, obarczonych dziedzicznie przymiotem, następnie zapalenia osierdzia ropne w pierwszych dniach po urodzeniu, zawdzięczające swe powstanie infekcyi puerperalnej naczyń pępkowych, Po za tem w okresie niebezpośrednim po urodzeniu infekcyje septyczne serca mają swe źródło w *osteomyelitis*, w ropieniu powierzchownem, w ropieniu tkanek sąsiednich (zapalenie płucny ropne, zapalenie grasicy, cierpienia kręgow lub żeber). Co do ognisk dostępnych — ogólne zasady aseptyki i antyseptyki. W niektórych chorobach ogólnych, skłonnych do powikłań sercowych, zalecano używanie w celach profilaktycznych pewnych zabiegów leczniczych — np. w reumatyzmie salicylanu sodu, w tyfusie kąpeli zimnych. Zdaniem autora, praktyka dziecięca zadaje kłam przypuszczeniu JACCOUD'a, że w reumatyzmie salicylan sodu, działając pomyślnie na cierpienia stawowe, sprzyja powikłaniom sercowym. Autor podnosi fakt, że u dzieci powikłania sercowe występują w najłżejszych postaciach reumatyzmu, co się tłumaczy obok niewątpliwie nadmiernie silnego wpływu reumatyzmu na serce dziecka, również i zaniedbywaniem leczenia tych poronnych postaci zapomocą salicylanu sodu. Zdanie swoje autor opiera na spostrzeganych przez siebie 59 przypadkach. Z danych tych okazuje się, iż w postaciach ostrych z nawrotami powikłania sercowe występowały w 5 przypadkach na 6, w podostrych z nawrotami w 8 na 10, w ostrych w 6 na 7, w podostrych w 6 na 10, w postaciach lekkich (dotykających poszczególne stawy lub ograniczających się jedynie do mięśni) w 7 na 12, to znaczy jednak w więcej niż 50%.

Autor zaznacza, że na 11 przypadków zapaleń wsierdzia z zejściem śmiertelnem — w 5 wyszedł się dało poprzedzający reumatyzm lekki, w dodatku w 3 reumatyzm mięśniowy.

Autor sądzi, że leczenie salicyłowe powinno być stosowane u dzieci w najłagodniejszych nawet przejawach reumatyzmu, szczególnie gdy wywiady wykazują reumatyzm u rodziców. Szczególną uwagę zwracać należy również na t. zw. bóle wskutek wzrostu, lub bóle mięśniowe, przypisywane przeziębieniu, i szczególnie w przypadkach reumatyzmu u rodziców, leczyć je nawet z przesadą, jak gdyby chodziło o reumatyzm ostry ogólnostawowy: spoczynek w łóżku, dyeta salicylan sodu.

W niektórych przypadkach reumatyzm jest zupełnie ukryty. Płasawica często bywa jedynym przejawem reumatyzmu familijnego. CHEADLE na 43 przypadki zapalenia wsierdzia u dzieci z płasawicą znalazł w 10 reumatyzm familijny. W innych znowu przypadkach płasawica jest pierwszym przejawem reumatyzmu z powikłaniem ze strony serca, objawy stawowe występują dopiero później. Gdy płasawica występuje u dawnego reumatyka, któremu pozostało zapalenie wsierdzia, może wywołać ona nowe powikłanie, jak np. zapalenie osierdzia. Autor przytacza zebraną przez siebie statystykę powikłań sercowych u płasawicznych, z których się okazuje, że u dzieci z reumatyzmem (przed, w czasie lub po płasawicy) powikłania sercowe spotykają się w 80% przypadków, u niereumatyków w 10%. Autor wyciąga z tych faktów ważne wskazania lecznicze — miano-

wicie zaleca podawanie salicylanu sodu u płasawicznych, w których rodzinie wykryć się daje reumatyzm lub którzy sami przechodzili reumatyzm przedtem; leczenie salicylowe zaleca autor nie przeciw objawom nerwowym, lecz przeciw infekcyi, której są one jedynym przejawem i jedynie dla oszczędzenia serca. Poza reumatyzmem w kwestyi leczenia uprzedzającego chorób wśierdzia nie wiele da się powiedzieć.

Szczepienie ospy uprzedza naturalnie i wszelkie powikłania, jakie powstają w tej chorobie. W tyfusie, zdaniem autora, kąpiele zimne uprzedzają powikłania sercowe. Działanie profilaktyczne pod względem umiejscowień sercowych surowicy przeciwbłoniczej mało dotąd było badane, działanie to wyływa jednak z działania ogólnego. W płonicy, niestety, zalecane surowice przeciwpa-ciorkowcowe jak na sam rozwój choroby, tak i na powikłania sercowe, z powodu różnorodności paciorkowców, wchodzących w grę nie spełniają jak dotąd swego zadania.

(D. n.).

---

## STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

---

58. Ch. BEGG. **Salol i wykwity ospowe.** Stwierdziwszy przypadkowo, że u osobników, przyjmujących salol w dużych dawkach przeciw zapaleniu pęcherza, ukąszenia mustyków nie wywołują tworzenia się krost, autor powziął myśl spożytkowania tego leku w ospie, w nadziei uniknięcia w ten sposób zamiany wykwitów ospy w krosty. Przewidywanie to zostało w zupełności urzeczywistnione; dzięki salolowi, dodawanemu w ilości 4,0 dziennie w czterech dawkach, autor zdołał zawsze wywołać zniweczenie wykwitów ospy w licznych przypadkach, gdzie miał sposobność uciec się do tego leczenia.

(*La semaine médicale. Nr. 2. 1900.*)

59. A. BAGINSKY. **Leczenie złośliwej pęcherzycy noworodków.** Wiadomo, że nagminna pęcherzyca noworodków może występować albo w postaci łagodnej, uleczalnej, lub też w postaci złośliwej, uważanej za niechybnie śmiertelną. Otóż autor zdołał w ostatnich czasach uratować wielu bardzo ssawców, dotkniętych zakaźną, niezaprzeczalnie złośliwą pęcherzycą, dzięki codziennym kąpielom, przyrządzanym z odwarem kory dębowej, i następnemu posypywaniu chorych miejsc grubą warstwą mieszaniny tleniku cynku z talkiem. Ten suchy opatrunek, połączony ze ściągającymi kąpielami, zdaje się wywoływać daleko lepsze działanie, niż maście z kwasem salicylowym lub podazotanem bizmutu, jak również niż smarowanie tranem lub maścią oleisto-wapienną, co autor poprzednio stosował z niepomyślnym skutkiem dla chorych.

(*La semaine médicale. Nr. 2. 1900.*)

60. G. B. WEBB. **Leczenie wrośniętego paznogcia.** Autor wymyślił dla leczenia wrośniętego paznogcia (*unguis incarnatus*) sposób, czyniący zbyteczną wszelką operację.

Srebrną nitkę, grubości zwykłej szpilki, zgina się w pętlę i wkłada pod paznokieć tak, aby unieść jego kąty. Następnie końce nitki układa się najpierw po bokach paznogcia, a potem równolegle na tylnej powierzchni palucha i utwierdza się je w tem położeniu dwoma paskami lepkiego plastra, idącymi dookoła palucha w pewnej odległości jeden od drugiego. Same końce nitki, wychodzące nieco po za drugi pasek plastra, zagina się na ten pasek i podkłada się pod nie

watę. Jeżeli nitka jest dobrze założona, to nie przeszkadza ona choremu wtedy nawet, gdy włoży obuwie i chodzi; przeciwnie, ból i wydzielina ropna giną prędko, ponieważ powłoki około-paznogiowe stykają się tylko z gładką, zaokrągloną i wcale nie drażniącą powierzchnią srebrnej nitki. Chory może łatwo czyścić sobie paluch i odnawiać, w razie potrzeby, paski plastra, unieruchamiające nitkę, którą powinien nosić dopóty, dopóki paznokieć nie wyrośnie w dobrym kierunku.

(*La semaine médicale. Nr. 2. 1900.*)

61. **KOBLANCK. Nowy objaw zbliżającego się zaduszenia przy chloroformowaniu.** Według autora istnieje pewny objaw zagrażającego w uspieniu chloroformowym niebezpieczeństwa. Są to ruchy miarowe, podobne do ruchów w atetozie, zjawiające się w palcach, a niekiedy również w stawie promieniowo-napięstkowym, w okresie zupełnego zniesienia odruchów, których przeto nie można wziąć za skurcze mięśni w okresie pobudzenia.

Objaw ten, któremu mogą towarzyszyć nieprawidłowe ruchy gałek ocznych, zjawia się w chwili, gdy się jeszcze nie widzi żadnego zaburzenia oddechu lub serca, i wskazuje konieczność zaprzestania dawania chloroformu. W samej rzeczy autor stwierdził, że jeżeli się w tych warunkach chloroformuje dalej, występują natychmiast objawy zaduszenia. Przeciwnie, wystarczy usunąć tylko maskę, a ruchy atetotyczne giną odrazu, i wtedy, pomimo trwania głębokiego znieczulenia, spostrzega się bardzo rzadko zatrzymanie oddechu lub słabnięcie tętna.

(*La semaine médicale. Nr. 4 1900.*)

*D-r St. Rostan.*

62. **KISCH. Dyeta w okresie menopauzy.** Okres menopauzy, słusznie „krytycznym“ w życiu kobiety zwany, ma podstawę fizyologiczną prawdopodobnie w zaniku czynności wydzielniczych jajników. Na tak zmienionem tle rozwija się mnóstwo objawów chorobliwych ze strony różnych narządów, zwłaszcza ze strony układu krążenia (*tachycardia*, uderzenia do głowy, krwawienia hemoroidalne), trawienia (zaparcie stolca, bębniaca, różne zaburzenia trawienia) i nerwowego (nadmierna drażliwość, niepokój duchowy, nerwobóle, bóle głowy). Leczenie dyetetyczne ma tu wdzięczne i rozległe pole działania.

Ilość pokarmów zależna jest od tego, czy osobnik dany ma skłonność do otyłości, czy też nie. W obu razach pamiętać należy, że najmniejsza ilość białka konieczna do utrzymania równowagi azotowej nie powinna być niższa od 1,5 gr. na kilo wagi ciała. U osobników, skłonnych do otyłości, obliczamy ilość kalorii mniej więcej na 25—30 na kilo wagi, dając więcej białka, mniej wodorów węgla i bardzo mało tłuszczów (np. 160 gr. białka, 120 gr. wod. węgla, 12 gr. tłuszczu). Osobom szczupłym dajemy 35—40 kalorii na kilo wagi (np. 100 gr. białka, 350 wod. węgla, 60 gr. tłuszczu). Autor podaje dwa przykłady jadłospisu dla obu typów chorych. Metodyczne ważenie da pewne wskazówki co do dostateczności diety. Co się tyczy jakości diety, to ta powinna być przede wszystkim mieszana. Białko podajemy w postaci mięsa zwierząt młodych, ryb, gotowanego—jako zawierającego mniej nukleinowych części, mogących ewentualnie spowodować zwiększenie się ilości kwasu moczowego w ustroju. Z tegoż powodu unikamy takich potraw, jak konserwy i ekstrakty mięsne, mózgi, wątroba, nerki, mięso smażone, zwierzyzna. Zalecamy powstrzymywanie się od wieprzowiny, gęsiny, łososia, śledzi, kawioru, raków, homarów, wędlin. Co do napojów, to zalecamy duże ilości wody (1—1½ litra na dzień), ze względu na t. zw. przemywanie ustroju i stanowczo zabraniamy napojów wyskokowych, mocnej kawy i herbaty. Unikać należy słodczy, korzeni, octu. Przyjmować pokarmy trzeba częściej (4—5 razy na dzień), ostatni posiłek nie powinien być zbyt obfity (7—8 godzina wiecz.).

Często zdarza się, iż miesiączka znika nagle i w stosunkowo wczesnym wieku, i objawy klimakteryczne występują nagle w postaciach cięższych (objawy ze strony serca i naczyń krwionośnych, psychiczne, nawet z erotycznym podkładem, pobudzenie, silne zawroty głowy i kongestie i t. p.). Wówczas autor zaleca niepełną dyetę mleczną (1—1½ litra mleka dziennie w porcjach po 90—180—250 ctm. sz. z dodatkiem w odpowiedniej ilości mięsa białego, młodych jarzyn, nieco owoców).

W związku z powyżej podanymi przepisami dyetetycznego traktowania okresu klimakterycznego autor zaleca obojętne kąpiele (28°—29° R. 10—30 min.); zimne kąpiele uważa za szkodliwe. Wreszcie ze względu na objawy psychiczne u kobiet w okresie menopauzy autor kładzie nacisk na odpowiednio poprowadzoną psychoterapię, polegającą na skierowaniu uwagi pacjentek ku celom ogólniejszym, literaturze, filantropii i t. p.

(*Zeitschr. f. Diät. und Phys. Ther.* III. 8. 1900).

K. Rzeżkowski.

## Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 3 kwietnia r. 1900.

TREŚĆ: 1) St. KOPCZYŃSKI — przedstawienie dwóch chorych z postępującym zanikiem mięśni. 2) M. BORSUK — przedstawienie a) chorego po trepanacji czaszki, dokonanej przed 4 laty; b) chorego po dokonanej uranoplastyce. 3) L. KRAUZEK — przedstawienie chorego po amputacji lewego uda, dokonanej z powodu zaburzeń naczynio-ruchowych w stopie. 4) W. STANKIEWICZ — przedstawienie 6-letniego chłopca po odjęciu nadliczbowych paleów na wszystkich kończynach. 5) A. ŁOGUCKI — przedstawienie okazu włókniaka jamy nosogardzielowej. 6) L. BRIGMAN — przedstawienie okazu nowotworu mózdzku. 7) J. STEINHAUS — przedstawienie okazu pierwotnego mięsaka wątroby. 8) Prof. PRZEWOŃSKI — przedstawienie preparatów anatomicznych: a) dermoidu mózgu, b) margaritoma, c) degeneracionis hyalinae peritonei, d) exostosis cartilaginea multiplex.

1) Kol. KOPCZYŃSKI przedstawił dwóch chorych z postępującym zanikiem mięśni.

Przypadek pierwszy dotyczył 16-letniego młodzieńca, który pochodził z rodziny, nie obciążonej dziedzicznością pod względem chorób nerwowych. Pierwotkowy zanik w tym przypadku wystąpił w mięśniach pasa barkowego. Cierpienie zaczęło się już w wieku dziecięcym i stopniowo postępowało. W mięśniach, uległych zanikowi, brak odczynu zwyrodnienia, natomiast istnieje obecność ilościowej zmiany pobudliwości. Biorąc nadto pod uwagę obecność wrzekomego przerostu (*pseudohypertrophia*) w mięśniach łydek i w mięśniach podgrzebieniowych, jak również zajęcie mięśni twarzy, zwłaszcza okalających jamę ustną, zanik ich i wrzekomy przerost, kol. KOPCZYŃSKI rozpoznał typową postać: „*dystrophiae musculorum progressivae*“.

W drugim przypadku również u 16-letniego młodzieńca kol. KOPCZYŃSKI rozpoznał histeryę i t. zw. neurotyczną postać postępującego zaniku mięśni, wyodrębnioną przez HOFFMAN'a. W przypadku tym bowiem za tą postacią przemawia porażenie pewnej tylko grupy mięśni (*mm. peronei, extensores hallucis, extens. communes, gastrocnemii*) i obustronny objaw WESTPHAL'a.

2) Kol. BORSUK przedstawił chorego, któremu przed 4 laty dokonał trepanacji czaszki. Chory ten miał wówczas objawy padaczki JACKSON'a, bezwładu połowicznego, utraty przytomności, paraliżu nerwu twarzowego i t. d. Objawy te wystąpiły po urazie. Wówczas też po dokonaniu trepanacji na miejscu urazu w okolicy brzozy ROLAND'a, kol. BORSUK znalazł pod oponą twardą ognisko ropne. Po operacji pozostał tylko bezwład prawej górnej kończyny, natomiast



wszystkie inne objawy chorobowe ustąpiły. Obecnie chory ten jest zdrowy, pracuje ciężko, jako wyrobnik w cegielni. Prawą ręką, która przed 4 laty była zupełnie bezwładna, chory włada dobrze, i mięśnie jej są dobrze rozwinięte; jedynie mięśnie prawej dłoni są w stanie zaniku, a siła w palcach zmniejszona. Kol. BORSUK zwraca uwagę, że w tem miejscu czaszki, gdzie była dokonana trepanacya, wyraźnie wyczuć można pulsacyę mózgu, co dowodzi, że w miejscu tem kość nie wytworzyła się. Kol. BORSUK twierdzi na podstawie wielu własnych obserwacyi, że u młodych osobników, jeżeli gojenie idzie przez rychłozrost, to kości czaszki odrastają, jeżeli zaś gojenie następuje przez ropienie, kość nie wytwarza się.

Następnie kol. BORSUK przedstawił chorego po dokonanej uranoplastyce. Chory ten przed 9 laty przebył przymiot; leczenia specyficznego jednakże starannie nie przeprowadził i do czasu zjawienia się defektu na twardem podniebieniu lekceważył swą chorobę. Kol. BORSUK przed 3 miesiącami sposobem Langenbeck'a dokonał uranoplastyki, lecz zrośnięcie nie nastąpiło. Wtedy kol. BORSUK zalecił choremu specyficzne leczenie rtęcią i jodem i po niej po raz wtóry wykonał uranoplastykę. Wówczas zagojenie nastąpiło szybko.

Kol. BORSUK zwraca więc uwagę na konieczność przeprowadzenia u chorych na przymiot specyficznego leczenia przed rozpoczęciem omawianej operacyi, gdyż w przeciwnym razie wynik może być wątpliwy.

3) Kol. KRAUZE przedstawił chorego po odjęciu lewego uda, dokonanego z powodu zaburzeń naczynio-ruchowych w stopie. Chory ten przed rokiem poczuł ból w lewej nodze; bóle zjawiały się napadami. Z początku bóle występowały tylko w podudziu na tylnej i wewnętrznej powierzchni, później dopiero zaczęły dokuczać choremu w stopie i w palcach. W ostatnich miesiącach wystąpiła zgorzel palucha, co zniewoliło chorego do wstąpienia do szpitala. Leczenie wewnętrzne (jod, opium), jak również elektryzacya i kąpiele miejscowe ulgi choremu nie przyniosły. Zgorzel szerzyła się, bóle stawały się coraz silniejsze.

Wówczas kol. KRAUZE amputował goleń poniżej kolana. Chory przez kilka dni po operacyi czuł się dobrze. Wkrótce jednak wystąpiła zgorzel kikuta; znowu wystąpiły bóle; chory nie sypiał i tracił siły. Stan taki zniewolił kol. KRAUZEGO do odjęcia choremu uda w górnej trzeciej części. Chory po drugiej operacyi zaczął się poprawiać. Rana zagoiła się w krótkim czasie przez rychłozrost.

4) Kol. STANKIEWICZ przedstawił 6-letniego chłopczyka, który miał na wszystkich kończynach po jednym palcu nadliczbowym. Przy operacyi odjęcia szóstych palców na dłoniach okazało się, że paluszek lewej dłoni połączony był zwykłym stawem z wyrostkiem kostnym, długości około 2 ctm., wychodzącym z piątej kości śródreżca i zlanym zupełnie z substancją kostną tej kości. Trzeba było resekować ów wyrostek. Wszystkie inne paluszki dodatkowe miały, jak to zwykle bywa, osobne stawy na nasadach (*epiphyses*) kostek prawidłowych.

5) Kol. ŁOGUCKI przedstawił okaz guza—włókniaka, wielkości jaja kurzego, usuniętego za pomocą pętli galwanokaustycznej, z jamy nosogardzielowej 15-letniej dziewczyny.

Jest to już siódmy przypadek tego rodzaju guzów, operowanych przez kol. ŁOGUCKIEGO za pomocą pętli galwanokaustycznej. Przed założeniem pętli kol. ŁOGUCKI rozrywa palcem zrosty, o ile guz jest przyrośnięty do otaczających tkanek. Następnie przez jedną z jam nosowych przeprowadza dowolnej długości pętlę z drutu, wyciąga ją przez jamę ustną i rozszerza.

Do założenia pętli na guz kol. ŁOGUCKI w ostatnim przypadku zamiast palca użył szczypczyków, zagiętych odpowiednio do kierunku i wysokości jamy no-

sogardzielowej. Założywszy pętlę na miejsce przyczepu guza, kol. ŁOGUCKI zasuwą przez jamę nosową końce drutu na rurkę do pętli, i przekonawszy się, że pętla obejmuje dobrze miejsce przyczepu guza, puszcza prąd i guz odcina. Guz wyjmuje się przez jamę ustną. W operowanych w ten sposób przypadkach nigdy znacześniejszego krwawienia nie było.

6) Kol. BREGMAN przedstawił okaz nowotworu mózdzku. Nowotwór zajmuje lewą półkulę i przechodzi na część środkową, dosięgając zarówno górnej, jak i dolnej powierzchni mózdzku. W oponie miękkiej zmian nie ma. Wokoło nowotworu widać rozmiękczenie, które powoduje wklęsnięcie na górnej powierzchni półkuli.

Badanie guza, dokonane przez kol. STEINHAUSA, wykazało, że jest to *tuberculum solitarium*.

Preparat ten pochodził od 61-letniego mężczyzny, który na kilka tygodni przed śmiercią skarżył się na bóle i zawroty głowy.

Zmarły przebył w szpitalu przez dwa miesiące. Tętno miał stale zwolnione (50—60). Z objawów notowano: W obu oczach brodawka zastoinowa. Wyraźne zaburzenia psychiczne; chory nic nie mówił, niczego nie żądał, na pytania odpowiadał, ale bardzo wolno, niewyraźnie, po długim namyśle. Chód spastyczno-cerebellarny. Siła kończyn dolnych dostateczna. Lekki bezład lewej ręki. We wszystkich kończynach pewien stan spastyczny, uniemożliwiający badanie odruchów ścięgowych. Odruchy podeszwowe wzmożone. W dalszym przebiegu choroby chory przestał chodzić zupełnie, *torpor cerebri* powiększył się, chory oddawał mocz i kał pod siebie. W kończynach lewych i lewej połowie twarzy zaczął występować niedowład. Objawy powyższe czyniły rozpoznanie nowotworu mózgowia najbardziej prawdopodobnym. *Ataxia cerebellaria* wskazywała przede wszystkim mózdzek.

7) Kol. STEINHAUS przedstawił okaz mięsaka wrzecionowato-komórkowego wątroby, znalezione przy badaniu zwłok 24-letniej kobiety.

Osoba ta, zawsze przedtem zdrowa, zauważyła przed rokiem stopniowe powiększanie się obwodu brzucha. W ostatnich czasach gorączkowała. Przed 3 tygodniami zapisała się ona do oddziału kol. KRAUZEĞO, który, znajdując znaczne powiększenie wątroby i przypuszczając, że ma do czynienia z bąblowcem, przystąpił do laparotomii. W wydobytym lewym płacie wątroby znaleziono guz chęłboczący. Po nacięciu wyszła z guza masa krwi i skrzepów; krwotok z trudnością udało się zatamować. Ponieważ wątroba zawierała więcej podobnych chęłboczących guzów, zaniechano dalszej interwencji. Chora zmarła nazajutrz po operacji.

Badanie zwłok wykazało uciśnięcie prawego płuca, opuszczenie trzewi i znacznie powiększoną, lecz w swej formie mało zmienioną wątrobę. Wątroba ważyła 15 funtów, zawierała 8 guzów chęłboczących, lekko wznoszących się nad powierzchnię, różnej wielkości, od jaja kurzego do dwóch pięści razem złożonych; nadto był w niej jeden guzik twardy, wielkości śliwki, w przejściu od przedniego do bocznego brzegu płata lewego. Guzy chęłboczące były wypełnione skrzepami krwi i masami nekrotycznymi.

Badanie drobnowidzowe cząstek twardego guza i obwodowych cząstek guzów chęłboczących wykazało budowę mięsaka o wielkich wrzecionowatych komórkach, wśród których znaleźć można nadto dość dużo olbrzymich wielojądrowych komórek.

8) Prof. PRZEWOŚKI przedstawił i objaśnił następujące preparaty anatomiczne.

a) *Teratoma — dermoid* mózgu. Guz ten pochodził od 42-letniego mężczyzny, który na kilka miesięcy przed śmiercią zdradzał objawy cierpienia mózgowego. Z objawów dominowały głównie: bóle głowy, zawroty, pod koniec pewien rodzaj otępienia umysłowego i objawy zastoinowego przekrwienia dna oka. Bóle zwykle zajmowały całą głowę. Otępienie umysłu zmieniło się stopniowo w pewien stan półprzytomności, a pod koniec senności. Jednocześnie wystąpiło znaczne zwolnienie tętna. Wyraźnych ogniskowych objawów nie było. Chorego dobiło wtórne włóknikowe obustronne ostre zapalenie tylnych części płuc.

Na oględzinach pośmiertnych pod tylną częścią *corporis callosi* i nad *corpora quadrigemina* na miejscu, gdzie leży *plexus chorioideus*, znaleziono guz wielkości kurzego jaja i formy okrągławo-owalnej. Guz uciskał i rozsuwał sąsiednie części. Najwięcej zostały zgniecione *thalami optici* i *corpora quadrigemina*, a z drugiej strony tylna część spoidła wielkiego. Nowotwór po zbadaniu okazał się *dermoidem* mózgu.

b) *Margaritoma — Perlgeschwulst* — nowotwór na podstawie mózgu, pochodzący od 50-letniego mężczyzny. Guz ten składał się z wielu guzików okrągławych, podobnych z wyglądu i blasku do pereł średniej wielkości, ułożonych obok siebie w oponie miękiej z prawej strony mostu WAROL'a i rdzenia przedłużonego. Guziki pod drobnowidzem okazywały budowę zwykłą w takich nowotworach, a mianowicie składały się z cienkiego woreczka łącznotkankowego, który na wewnątrz był wysłany wielowarstwowym płaskim i prędko rogowiejącym nabłonkiem. Całą zawartość guzików stanowiła masa biała, błyszcząca, krucha, złożona ze zrogowaciałych komórek nabłonkowych, pomieszanych ze znaczną liczbą kryształów cholesteryny.

c) Trzeci okaz przedstawiał *degenerationem hyalinam peritonei*. Zmiany te znaleziono u 62-letniej kobiety, która chorowała długo na rozedmę płuc, i u której w dolnej części brzucha wymacywano oddawna dwa okrągławe guzy wielkości prawie głowy dorosłego człowieka. Na oględzinach pośmiertnych guzy w dolnej części jamy brzusznej okazały się nowotworami jajnika, i każdy z nich był *cysto-adenoma proliferum papillare* w postaci jednej dużej torbieli z wielką liczbą małych w jej ścianie i mnóstwem brodawek, wrastających do ich wnętrza (*epithelioma papillare*). Otrzewna w wielu miejscach, — na otrzewnie ściennej, na dolnej powierzchni przepony, na śledzionie, na wątrobie, na kresce cienkiej i na guzach jajników — wyglądała zupełnie, jak szklista chrząstka, pokrywająca powierzchnie stawów. Była to masa zgrubień w postaci wysp, dochodzących do wielkości dłoni i zlewających się ze sobą we wszystkich kierunkach za pomocą mniej lub więcej szerokich pasemek. Swobodna powierzchnia zgrubień była gładka, błyszcząca. Na przekroju zgrubienia wyglądały, jak chrząstka stawowa. Grubość pojedynczych zgrubień dochodziła do 5 i 6 milimetrów.

Badanie wykazało, że zgrubienia te przedstawiały zwyrodnienie szklistawe.

d) Czwarty okaz: *exostosis cartilaginea multiplex*, czyli *osteomata chondralia multiplicia*. Zmiany te znaleziono u 36-letniego mężczyzny, który zmarł na suchoty płucne. Guzy kostne, zwłaszcza na miednicy, chory zauważył u siebie już około 12 roku życia. Guzy rosły stopniowo, lecz od lat dziesięciu nie powiększały się wyraźnie. Na oględzinach pośmiertnych znaleziono na szkielecie około 200 mniejszych lub większych guzików. Największy guz był na miejscu spojenia kości łonowej prawej z kością biodrową. Miał on formę dużej gruszki, osadzonej wierzchołkiem swym na kości. Gruby koniec guza sterczał ku przodowi i był otoczony przez wyraźny worek maziowy (*exostosis bursata*). Inne guzy dochodziły do

wielkości orzecha włoskiego, orzecha laskowego, ziarnka konopi i mniejszej. Forma guzów była rozmaita.

Nie było ich wcale na kościach sklepienia czaszki. Na kręgosłupie, żebrach i mostku było ich bardzo mało. Najwięcej kostniaków znaleziono na pasach kostnych, łączących kończyny z tułowiem. Na chrząstkach znaleziono około 80 chrzęstniaków wielkości od ziarnka konopi do ziarnka grochu. Kostniaki te stanowiły sprawę patologiczną wrodzoną, związaną z wadliwym rozwojem szkieletu.

*Aug. Logucki.*

---

### LIST OTWARTY DO REDAKCYI „MEDYCYNY“

---

*Szanowny Kolego Redaktorze!*

W czasopiśmie „Żurnal akuszerstwa i żeńskich boleznij“ za miesiąc marzec r. b. znajduje się sprawozdanie kol. ROSENTHALA z prac polskich ginekologicznych i akuszeryjnych z drugiego półrocza 1899 r. Otóż kol. ROSENTHAL, wzmiankując o moim referacie zbiorowym, pomieszczonym w dziale wykładów klinicznych „Medycyny“ pod tytułem „Leczenie raka szyi i części pochwowej macicy w ciąży i porodzie“, powiada, że w pracy tej niema podanego ani jednego nowego sposobu, któryby nie był znany specjalistom, dla niespecialistów zaś praktycznego zastosowania mieć nie może, ponieważ ci ostatni operować nie będą a odeszłą do specjalisty. Oczywiście ztąd wynika, że podjęty przezemnie trud był, niestety, bezowocny.

Otóż przeciw tego rodzaju poglądom muszę wystąpić z całą stanowczością. Przedewszystkiem jest conajmniej rzeczą dziwną i wprost niezrozumiałą żądać, żeby w streszczeniach zbiorowych były podawane jakieś nowe sposoby operacyjne, nowe metody leczenia (naturalnie nigdzie jeszcze drukiem nie ogłoszone, ponieważ wtedy byłyby już znane specjalistom); przynajmniej dotychczas jeszcze nikt czegoś podobnego nie żądał od referatów zbiorowych.

Następnie zapatrywanie się kol. ROSENTHALA na cel streszczeń zbiorowych jest, mojem zdaniem, wręcz fałszywe. Jeśli podaje się w „Medycynie“, jako czasopiśmie dla lekarzy praktyków, tego rodzaju referat zbiorowy, jak mój, to nie dla tego, żeby niespecialista brał się co żywo za nóż, lecz żeby był świadomy i jasno zdał sobie sprawę, jak postąpić należy z chora, która, dotknięta rakiem szyi, miała nieszczęście zajść w ciążę, dalej, jak ma postąpić, gdy ciąża jest wczesna, gdy jest już daleko posunięta, lub gdy poród się już rozpoczął. Właśnie w leczeniu raka szyi i części pochwowej w ciąży i porodzie zaszły w ostatnich latach tak znaczne zmiany, tak poglądy się zmieniły, że, mojem zdaniem, uważałem za rzecz bardzo pożyteczną zaznajomić z tymi poglądami szersze koło czytelników. Zgodzi się zapewne ze mną kol. ROSENTHAL, że i specjalista często taki referat z korzyścią odczytywać będzie.

Proszę przyjąć zapewnienie mego szacunku i poważania

14 maja 1900 r.

*Stepkowski.*

## Wiadomości bieżące.

— IX. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

Porządek dzienny posiedzenia zbiorowego w sprawie gruźlicy.

Celem posiedzenia w sprawie gruźlicy jest: 1) Przedstawić treściwie obecny stan nauki o gruźlicy wogóle, w szczególności o gruźlicy płuc i zestawić to, co zrobiły inne społeczeństwa w celach zapobiegawczych i w celu zwalczania tej choroby. 2) Przedstawić na podstawie liczb, jak się przedstawia sprawa gruźlicy u nas. 3) Powziąć konkretne uchwały, zdążające do zorganizowania skutecznej walki z gruźlicą u nas i zastosowania całego systemu środków zapobiegawczych w najszerszym tego słowa znaczeniu.

I. Etiologia i sposoby szerzenia się gruźlicy.

1) Prof. Bądryński (Lwów). Pogląd ogólny na obecny stan nauki o etiologii gruźlicy.

2) D-r O. Hewelke (Warszawa). O czynnikach, usposabiających do gruźlicy.

3) D-r A. Sokołowski (Warszawa). Statystyczne dane w sprawie dziedziczności i zapalenia opłucny, jako momentów, usposabiających do gruźlicy płuc.

II. Statystyka gruźlicy u nas w porównaniu ze statystyką innych krajów.

4) Radca d-r Merunowicz (Lwów). Statystyka gruźlicy w Galicyi.

5) D-r A. Karwowski (Poznań). Statystyka gruźlicy w W. Ks. Poznańskim.

6) D-r Polak (Warszawa) wspólnie z d-r'em Tchórznickim (Warszawa) i dr. Sterlingiem (Łódź). Statystyka gruźlicy miasta Warszawy i szpitali warszawskich oraz szpitali prowincjonalnych w Królestwie.

7) D-r Dmochowski (Warszawa). Dane statystyczne, dotyczące gruźlicy, zaczerpnięte z warszawskiego instytutu anatomo-patologicznego.

8) D-r Dobrski (Warszawa). Uwagi w sprawie gruźlicy w Towarzystwach ubezpieczeń na życie.

Wnioski i rezolucye, dotyczące ulepszenia badań statystycznych.

II. Zapobieganie gruźlicy.

9) Prof. d-r O. Bujwid (Kraków). Pogląd ogólny na obecny stan nauki o zapobieganiu gruźlicy.

10) D-r Janiszewski (Zakopane). Zapobieganie gruźlicy w zdrojowiskach i uzdrowiskach galicyjskich.

11) D-r Dobrzycki (Warszawa). Profilaktyka gruźlicy w sanatoryach i zdrojowiskach w Królestwie.

12) D-r Babiński (Warszawa). Gruźlica i jej profilaktyka w jednej z fabryk warszawskich.

Wnioski i rezolucye w sprawie zapobiegania gruźlicy. Wniosek utworzenia stałego komitetu dla badania sprawy gruźlicy i dla walki z gruźlicą. (Wnioskodawca d-r Janiszewski).

IV. Klimatoterapia gruźlicy. Sanatoria: Organizacja walki z gruźlicą.

13) D-r Dunin (Warszawa) ze współudziałem d-ra Sterlinga (Łódź) i d-ra Wrońskiego (Otwock). Sanatoria dla suchotników.

14) D-r Janiszewski (Zakopane). Organizacja walki z gruźlicą w Galicyi.

15) D-r Dłuski (Zakopane). Sanatoria dla zamożnych i średnio zamożnych.

16) D-r A. Jaruntowski (Poznań) (za pośrednictwem d-ra A. Karwowskiego). Organizacja walki z gruźlicą i sanatoria w W. ks. Poznańskim:

Dyskusya. Wnioski i rezolucye.

Treść wszystkich poszczególnych elaboratów, stanowiących podstawę referatów głównych, ogłoszona będzie wraz z nazwiskami autorów w skróceniu w „Dzienniku Zjazdu“, a nadto dołoży się wszelkich starań, aby elaboraty te mogły po Zjeździe w całości być ogłoszone drukiem, ile możliwości, w postaci oddzielnego wydawnictwa. Gdyby zaś wydanie takiego odrębnego pamiętnika okazało się niemożliwe, wówczas zdążać się będzie do ogłoszenia wszystkich elaboratów bądź w prasie lekarskiej, bądź też, o ile nadawałyby się do spularyzowania, w oddzielnych broszurach.

*D-r M. Kirkor* Sekretarz.

*Prof. D-r N. Cybulski* Gospodarz posiedzenia.

W dalszym ciągu zgłoszono:

W sekcji XIII. 13) d-r F. Skusiewicz (Łódź): Praktyczne ułatwienia przy badaniach moczu. (Badania doświadczalne z pracowni d-ra Serkowskiego). (223)

W sekcji XIV. A. 49) D-r L. Szuman (Toruń): Przyczynki do chirurgicznego leczenia kamieni żółciowych. (224)

W sekcji XVI. 9) D-r E. Borzęcki (Kraków) „*Syphilis d'emblee*“.

(225)

W sekcji XVIII. 6) d-r A. Bednarski. (Lwów). (Tytuł podany będzie później)

(227)

7) D-r K. W. Majewski (Kraków): O czynnikach, wpływających na stopień niezborności rogówkowej po operacji zaćmy.

(226)

Nadto temat obrad V: „Ciała obce w oku i technika ich wydobycia“. — Sprawozdawca d-r Bednarski (Lwów).

W sekcji XX: d-r Gantkowski (Witkowo w Poznańskim): „Ogólny pogląd na partactwo w lecznictwie czasów obecnych oraz na środki i sposoby, prowadzące do zwalczania tegoż“. (Na posiedzeniu wspólnem z sekcją XXI. Na to wspólne posiedzenie przeznaczony także wykład [103] d-ra Fronczaka).

W sekcji XXI 17—18. D-r fil. B. Orzechowski (Łódź). a) „Praktyczne sposoby określania soli i wody w maśle (badania doświadczalne z pracowni d-ra Serkowskiego)“, b) „Łatwy sposób oddzielania i oznaczania cukru mlecznego w mleku (z tejże pracowni“.

(229—230)

19—20) D-r St. Serkowski (Łódź) a) „Przenoszenie i rozprzestrzenianie się bakterii z ubrania i przez podawanie rąk. (badania doświadczalne)“, b) „Mleko w Łodzi (badanie doświadczalne)“.

(231—232).

VII. Wiadomości zawodowe i ogólnolekarskie.

Medycyna publiczna, epidemiologia, statystyka.

W sekcji II (chemicznej): Temat obrad II: „O konieczności utworzenia wydawnictwa chemicznego polskiego peryodycznego“. Sprawozd. d-r J. Zawidzki (Łipsk).

Wykłady: D-r L. Marchlewski (Kraków): 6) Nowe dowody pokrewieństwa chemicznego filoporfiryny i hematoporfiryny. 7) Studium nad barwnikami żółtymi grupy luteinów. 8) Studium nad izatyną. 9) Synteza nowego układu pier-

ścieniowego. 10) W sprawie budowy chemicznej glukozydów i związków potasowców glukozy. 11) Studium nad cukrem trzcinowym i buraczanym. 12) O niektórych związkach azowych pochodnych dwufenilaminu i zastósowaniu ich techniczem. 13) Synteza kwasu purpuroksantynowego. 14) Chlorki kwasów sulfonowych aromatycznych, jako odczynniki na alkaloidy i ptomainy. 15) Oxym metyloantrachinonu i pochodne. 16) Natura chemiczna t. zw. kwasu lanuginowego. 17) Gazomiernicze oznaczenie kwasu solnego w soku żołądkowym. 18) Ulepszenie metody gazomierniczej do oznaczenia węgla w żelazie i stali.

(233—245)

Prof. Br. Znatowicz (Warszawa): 19) Nitrowanie ciał aromatycznych za pomocą azotynu srebrowego (doświadczenie lekcyjne). 20) Parę notatek z praktyki chemicznej: przyrządy i okazy.

(246—247)

W sekcji XVII (neurologicznej) d-r M. Biro (Warszawa): 4) O chorobie Friedreicha. 5) Kilka słów o leczeniu padaczki. 6) W sprawie odruchu ścięgni Achillesa przy rwie kulszowej.

(246—250).

7) D-r K. Stróżewski (Warszawa): O leczeniu bezwładu tabetycznego (251)

W sekcji XIX. D-r J. Jaworski (Warszawa): 22) O ciąży, porodzie i połogu, wiktanych wadami serca. 23) O nowem wskazaniu do użycia kleszczy porodowych ze względu na stan płodu.

(252—253).

Ciechanowski sekr. kom. gosp.  
(Wielopole 4).

— Przypominamy Kolegom, którzy zgłosili swe odczyty na IX Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, w Krakowie odbyć się mający, aby łaskawie zechcieli nadesłać krótkie streszczenia swych prac przed dniem 1-y m czerwca r. b.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów cennik wód mineralnych Apteki d-ra T. Heinricha w Warszawie.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Доволено Цензурою, Варшава, 10 Мая 1900 г.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.