

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1875 do 1 stycznia 1876) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1876 r. rsr. 168 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauk Lekarskich. Rocznie rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

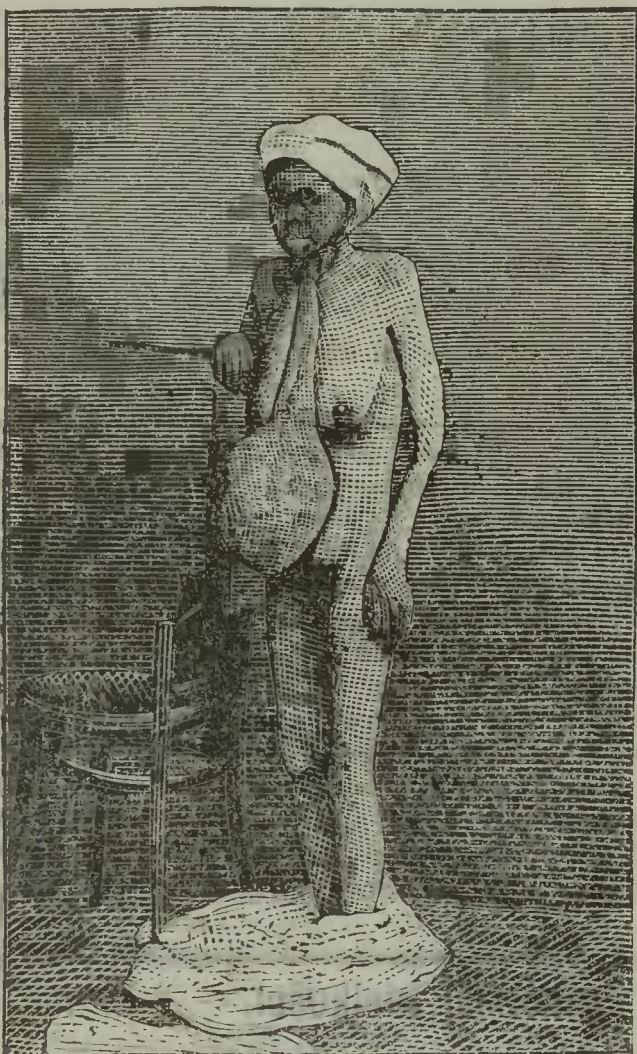
TREŚĆ: Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Tłuszczak (*lipoma*) znacznej wielkości. Postrzeżenie Dra J. Niewodniczańskiego (z Głuchowa).—Niepłodność mężczyzny wskutek uwieżgnięcia jąder (*cryptorchidismus*). Przez Dra Niewodniczańskiego (z Głuchowa). Dwa wypadki tak zwanego *Malum perforans pedis*. Przez Dra Sonnenburg'a, Assystenta kliniki chirurgicznej w Strassburgu (Dokończenie).—Kronika zagraniczna. Przyczynek do rozpoznania rozszerzenia (*dilatatio*) żołądka. Przez Prof. Leube. Podał Dr St. Jerzykowski z Poznania. Przyczynek do nauki o słoniowaciznie (*elephantiasis arabum*) pod względem terepeutycznym i patologicznym. Przez Dra Wernher'a w Giessen.—Wiadomości bieżące. Mięśniak otaczający wewnętrzną powierzchnię kiszki ślepej. Przyczynek do kazuistyki kończystych szyszkowin. Przeczulica ściany piersiowej w stosunku do gruźlicy jagłowej. Sporysz przeciwko cukrzycy. Wilk sromu. Wymiotnica jako środek inhalacyjny. Trzecie ząbkowanie w dziewięćdziesiątym roku życia. Przyczynek do nauki o operowaniu przetok pęcherzowych. O podwiązywaniu tętnic przy rakach. Wypadek oddechania powietrzem w macicy. Sprostowanie. Dodatek. Medycyny Sądowej T. II, ark. 43. Choroby zaraźliwe ostre T. II, ark. 22.—Wody Mineralne—dodatek VIII.

Tłuszczak (*lipoma*) znacznej wielkości.

Postrzeżenie Dra J. Niewodniczańskiego (z Głuchowa).

13 lipca 1874 roku do miastowego szpitala w m. Głuchowie przybyła, z tegoż powiatu, miasteczka Dubowicz, włościanka Morta Sorokina, by się pozbyć narośli, która nietylko czyniła ją niezdolną do pracy, lecz i samo życie czyniła nieznośnym. Chora, lat 26, wzrostu średniego, ciała składu wątłego, 6 lat zamężna, dwa razy rodziła; starsze dziecko ma lat 5, młodsze 5 miesięczne przed dwoma dniami zmarło wskutek sztucznego karmienia, gdyż matka mleka w sutkach zupełnie nie miała z powodu nadmiernego wyniszczenia. Chora opowiedziała, iż od dzieciństwa nie odznaczała się mocną ciałą budową, lecz ciężkich chorób nie przebywała. Od dzieciństwa, jak zapamięta, na prawej stronie piersi, nad obojczykiem (*clavicula*) miała fałdę ze skóry dosyć znaczną i skóra na fałdzie była barwy odmienniej, — ciemniej. Później owa fałda przekształciła się w worek, w którym zauważyła coś twardego. Była to narośl, która powiększając się pomału, nie przeszkadzała chorą w pracy.

Gdy wstąpiła do szpitala chora była bardzo wyniszczoną, słabą, skóra na całym ciele cienka, śniada, sucha, bez tłuszczu podskórnego; układ mięśniowy słabo rozwinięty. Stać długo nie mogła, gdyż ją narosł swym ciężarem naprzód i ku ziemi pociągała. Prawa strona piersi i prawie cały brzuch były zakryte naroślą, która, biorąc początek z okolicy nadobojczykowej prawej, sięgała do części rodnych. Osada narośli w szerz od ramiennego końca prawego obojczyka sięgała do szyi, i tej część zajmowała (jak to z rysunku widzieć można); rozmiar jej w tym kierunku równał się 11 ctm.; grubością tej osady dochodziła do 4-go żebra;



osady dochodziła do 4-go żebra; długość narośli z przodu, — od osady do końca — 55 ctm., na wewnętrznej stronie 32 cm.; wymiar poprzeczny w najszerszym miejscu 62 ctm. Skóra narośli na górnej jej części, gdzie nie była rozciągnięta — barwy mocno śniadziej (pigmentowana); narośli skóra różowa, mocno napięta. Na najgrubszej części narośli, w poprzek, jakby pęknięta skóra utworzyło brózdę (*sulcus*) ciemną pręgą na rysunku oznaczoną. Trudnem do uwierzenia zdawało się upewnienie choréj i jej męża, iż narośl ta od wielkości dużej pięści, do rozmiarów wyż opisanych doszła w ciągu 5-iu tygodni. Prócz opisanéj narośli na powierzchni ciała widzieć się jeszcze dały: nad prawém zgięciem kolanowém (*fossa poplitea*) na szerokiej osadzie fałda, raczej narośl ze

składek skóry takiej objętości, iż ją ledwo garścią objąć można; w wielu miejscach tułowia i kończyn małe pod skórą tłuszczaki, wielkości od ziarnka grochu do jaja gołębiego. Chora ciągle była w łóżku i obok siebie podwiązana narośl trzymała; przewracając się na drugą stronę pierwéj sama, lub z pomocą innych ową narośl przenosiła. Ciepłota ciała normalna, tętno słabe, łaknienie mierne.

Widoczne i szybkie niszczenie choréj zmuszało pospieszyć z operacją, która też została wykonaną 15 lipca. W czasie operacyi podwiązano sześć tętnic grubości prawie gęsiego pióra. Tém właśnie dał się wytłomaczyć szybki rost narośli i niszczenie choréj, wskutek czego narośl owa po wycięciu ważyła 12 funtów wagi cywilnéj. Odczyn (*reactio*) po operacyi był bardzo umiarkowany.

Pozbawiona wyniszczającego ją ciężaru, umieszczona w czystym powietrzu, przy posilnej dyecie, chora szybko się poprawiła i rana nie zważając na wielką jej objętość bystro się goiła bez żadnych powikłań, 3 sierpnia opuściła szpital względnie w dobrym stanie, z raną nie zupełnie zagojoną; chora do dziecka i gospodarstwa tęskniła.

Po upływie 7 miesięcy po operacji widziałem moją pacjentkę i znalazłem ją zmienioną do niepoznania ku lepszemu,—dobrze odżywioną i zupełnie zdrową, jak mię sama upewniła. Wyżej wspomniane małe tłuszczaki w wielu miejscach i fałda ze skóry na prawej nodze wcale się nie powiększyły, według mego i pacjentki postrzeżenia; ręczyć jednakże nie można, czy który z tych małych narostów nie zacznie się zwiększać na podobieństwo wyciętego.

Niepłodność męzczyzny wskutek uwięźnięcia jąder (*cryptorchidismus*).

Przez Dra Niewodniczańskiego (z Głuchowa).

Przed pół rokiem udała się do mnie starozakonna Chaja T. zasięgając rady od bólu głowy, który trwa u niej od lat kilku, nie jest umiejscowiony, lecz boli cała głowa; czasami ból słabnie, to znowu się wzmacnia; przytém bywa czasami drażliwą, bez wyraźnego powodu. Udawała się do wielu lekarzy, używała lekarstw, w końcu sama uciekała się do pijawek, wezykatoryi, gorczyczników i t. p., lecz to przynosiło małą i czasową ulgę. Miesiączką miewa prawidłowo, bez bólów; prócz tego dodała, iż przeszło od 6 lat jest zamężną, dzieci niema. Opatrzenie okazało: Chaja T., 24 lat, średniego wzrostu, ciemna szatynka, mocnej budowy ciała*), na świeżych policzkach zdrowy rumieniec, trawienie prawidłowe. Organa płciowe w stanie prawidłowym. W osobniku młodym, można rzec wzorowego zdrowia, ból głowy zdawał się być prędzej z przypływu krwi do głowy (*congestio ad caput*), niż pochodzenia nerwowego. Lecz, gdy leczenie, kierowane naprzemian przeciwku obydwóm przyczynom, nie przyniosło stałego polepszenia, potrzeba było szukać przyczyny stale podtrzymującej cierpienie. Chora sama niejako naprowadzała na źródło swjej choroby, powtarzając, że chciałaby mieć dzieci, przez co możeby się i tego cierpienia pozbyła. Normalny stan zdrowia Ch. T. i jej płciowych organów kazał zwrócić uwagę na męża chorój i małżeńskie z nim stosunki. Jakoż Ch. T. nie zenując się powiedziała, iż mąż jej w tym względzie jest słaby; w pierwszych chwilach życia małżeńskiego miał z nią stosunki płciowe częściej, obecnie zaś zaledwie raz na miesiąc do niej się zbliża, a to zbliżenie—mówiła—jak dawniej tak i teraz jest zbyt słabe. Radziłem jej przysłać mi dla opatrzenia męża swego; ten okazał się w stanie następującym: męzczyzna lat 27, wzro-

*) W naszych okolicach, jak zapewne i wszędzie, w pokoleniu izraelskiem płęć żeńska stosunkowo lepiej fizycznie jest rozwinięta niż męzka z powodu znacznie większych zajęć fizycznych.

stu średniego, budowy ciała szczupłej, wątłej, piersi wązkiej. Ciężkim chorobom, jak może zapamiętać, nie podlegał, i obecnie na nie się nie uskarżał. Opatrzanie części płciowych okazało: srom (*pubes*) pokryty włosami, prącie wielkości średniej, moszna mała, skórczone, jąder w sobie nie zawierały, te były w kanale pachwinowym (*canalis inguinalis*), przez powłoki brzuszne dawały się wymacać, wielkości około jaja gołębiego, dosyć ruchome, lecz do moszen sprowadzić się nie dające. Icek T. sam się przyznał, iż stosunki z żoną ma rzadko, nie długo i zapewne ją nie zadawałnia.

Dla ostatecznego zadecydowania w tym przedmiocie zapotrzebowałem od Icka T. jego spermy, którą mi po upływie dni 10 przyniósł. Wielokrotne badanie mikroskopowe nie okazało w spermie ani śladu niteczek nasiennych (*spermatozoa*). Wtedy radziłem Chai T., by się domagała rozwodu, jeśli chce być zdrową i z drugim mężem mieć dzieci, gdyż niepłodność nie z jej, lecz ze strony męża pochodzi, a ból głowy jest skutkiem drażnienia i nie zadowolenia płciowego. Ucieszyła się tą radą, lecz odrzekła, że to może być trudnym, gdyż rozwód daje mąż, a on na to się nie zgadza. Radziłem by użyła wpływu rabina, krewnych i starych; przytém zaś, by kładła nacisk na to, iż z przyczyny męża jest niepłodną i chorą. Usłuchała méj rady, otrzymała rozwód, wyszła powtórnie za mąż i od dwóch miesięcy jest w ciąży. Icek T. ożenił się z inną i na pewno dzieci mieć nie będzie. Ten wypadek dowodzi, iż zatrzymane na drodze—uwięznięte w kanale jądra, chociaż na pozór nie są uciśnione nie dosięgają prawidłowego rozwoju, oraz—nie zupełnie wykształcone jądra chociaż wydzielają nasienie (*sperma*), lecz ono jest nieprawidłowe, gdyż nie zawiera w sobie żyjątek (*spermatozoa*).

Dwa wypadki t. zwanego *Malum perforans pedis*.

Przez Dra Sonnenburg'a, Assystenta kliniki chirurgicznej w Strassburgu.

(Dokończenie).

I w y p a d e k. Nanetta L. w 42 roku życia, rodem z Appenweier. Z lat młodzieńczych choréj należy wspomnieć, iż mając lat 14 podczas koszenia na łące otrzymała ciętą ranę kosą w średniej części prawej голени na dolnym brzegu *m. gastrocnemii*, ranę przez którą sama kość obnażoną została. Rana była wówczas zeszytą i zagoiła się stosunkowo prędko, lecz poniżej blizny, szczególniej na podszwie pozostała się zupełna nieczułość, która z biegiem czasu ani znikala, ani się też zmniejszała. W sferze zaś ruchu były tylko nieznaczne zaburzenia, tak iż chora podczas używania nogi doznawała tylko niewielkiej przeszkody. Bólów żadnych nie było ani w stopie ani w голени a siła w choréj nodze także nie była mniejszą niż w zdrowéj. W zimie z roku 1872 na 1873 choréj, wskutek uciążliwego zajęcia przy pielęgnowaniu swego męża opuchły nogi i zaczęła w nich doznawać gwałtownych bólów. Prawa stopa bez widocznój przyczyny zaczęła się czerwienić, obrzmienie stało się

ograniczoném i skoncentrowało się przeważnie w okolicy stopy, gdy tymczasem lewa stopa powróciła do stanu normalnego. Bez skutku były przystawiane do chorój stopy pijawki i po pewnym czasie wrzód pękł samodzielnie, przyczém wydzieliła się niewielka ilość ropy pomieszana z umiarkowaną ilością krwi. Sam otwór miał formę okrągłą. Od tego czasu, pomimo rozmaitych przyżegań, wytworzyło się owrzodzenie, które się grajcarekowato coraz bardziej zagłębiało, miało spadziste i pokryte zgrubiałym naskórkiem brzegi, czerwone, strzępiaste dno i wydzielało niewielką ilość rzadkiej ropy. Gdy przez ciąg lata i jesieni cierpienie opierało się wszelkiemu postępowaniu, chora przybyła do chirurgicznej kliniki w Strassburgu.

Status praesens: Chora, wzrostu średniego, budowy normalnej. Na prawej goleni nie spostrzegamy ani kaszakowatego przeistoczenia naczyń, ani też zaniku mięśni. Na skórze nie ma żadnej wysypki. Prawa noga jest lekko obrzmiała, szczególnie w okolicy stawu goleniostopowego. Na dolnym brzegu mięśnia ikrowego przebiega skośnie względem podłużnej osi goleni, głęboka mająca 7 ctm. długości blizna i to od wewnętrznego brzegu kości piszczelowej prawie do kości strzałkowej. Na podeszwie znajduje się w pośrodku pięty, okrągły głęboki wrzód, mający średnicy 22 mm. z podniesionymi i po części popękkanymi brzegami pokrytymi zgrubiałym naskórkiem, który to wrzód prawie że cylindrycznie aż do kości się rozciąga. Kość jednak, jak to pokazuje zupełnie niebolesne badanie przy pomocy zgłębnika, nigdzie nie jest obnażoną. Dno i brzegi są po części ciemnymi strupami (pozostałość po przyżeganiach kamieniem piekielnym) po części zaś grubym, szarawo-białym z trudnością tylko oddalającym się nalotem pokryte; z głębi wydobywa się niewielka ilość złowonną, po części ropną wydzieliną. Na całej podeszwie znajdują się znaczne masy naskórka, paznokcie normalne, falangi zaś cokolwiek wypukłone. Ciepłota prawej stopy cokolwiek niższa aniżeli lewej. Na całej podeszwie zupełne porażenie uczucia dotyku i prawie że zupełna bezbolesność, która szczególnie w okolicy owrzodzenia dochodzi do tego stopnia, iż ukłucie igłą prawie do samej kości nie bywa odczuwaném, gdy tymczasem także same ukłucie w okolicy przedniej podeszwy, chociaż niedokładnie, jednak zawsze cokolwiek się odczuwa. Uczucie dotyku i zwykła czułość skóry stają się normalnymi przy przejściu z części podeszwowej na grzbietową stopy, tak iż uczucie dotyku jest nawet na powierzchni grzbietowej wzmocnioném, jak się to szczególnie pokazało przy mierzeniu zdolności umiejscowiania wrażeń w porównaniu z lewą stopą. Rozginacze stopy i zginacze palców są w stanie niezupełnego porażenia. Na powierzchni grzbietowej stopy żyły podskórne umiarkowanie rozszerzone.

Leczenie początkowo polegało na tém, iż wrzód oczyszczano i dezynfekowano, następnie zaś, gdy pomimo spokoju i odpowiednich opatrunków wrzód nie okazywał skłonności do gojenia się, postanowiono chorobliwie zmienione części oddalić przy pomocy noża i rozpalonego żelaza. Chora miała być w tym celu zachloroformowaną, lecz w następstwie zaniechano tego, gdyż się okazało, iż nawet głębsze obrażenia nie wywoływały bólu. Były więc zrobione boczne

nacięcia, zacząwszy od brzegów wrzodu przez całą grubość tkanek aż do kości, a części tkanek zmienione były oddalone po części przy pomocy noża, po części zaś przy pomocy ostrych szpadli. Okazało się przytém, iż kość piętowa była niezajęta. Cała jama wreszcie została przypaloną rozżarzoném żelazem. W ciągu 10-ciu następnych tygodni jama wrzodu wypełniła się prawie do połowy granulacyami bardzo wiotkimi, które się często na nowo rozpadały. Pomimo jak najrozmaitszych środków nie dało się otrzymać dobrej ziarniny, a tém samym doprowadzić jamę do zablźnienia. Pozostał się otwór około 15 mm. szerokości i tyleż głębokości mający, który absolutnie żadnej dążności do zablźnienia się nie okazywał i którego białe pokryte naskórkiem brzegi co tydzień trzeba było przy pomocy nożyczek oddalać. Nawet jod zalecany tak przez Pithe i Estlendera zawiódł nas; jodek potasu zaś chora tak źle przenosiła, iż wkrótce musieliśmy go zupełnie zaniechać. Konsekwentnie przez miesiąc przeprowadzone użycie prądu stałego, także żadnego rezultatu nie wydało. Nakoniec po leżeniu u nas od miesiąca Listopada do Maja, chora straciła cierpliwość i ponieważ tymczasowo nie można jój było proponować odjęcia kończyny, gdyż z powodu zupełnej nieczułości owrzodzenie nie sprawiało jój żadnej dolegliwości, była więc wypuszczoną do domu z zastrzeżeniem, że gdyby owrzodzenie przyjęło znowu znaczne rozmiary, chora znowu do nas przybędzie.

Ponieważ chora jest kobietą bardzo rozsądną, więc należy się spodziewać, iż będziemy mieli możność dalszy przebieg cierpienia obserwować i podług wszelkiego prawdopodobieństwa ostatnim środkiem będzie odjęcie goleni powyżej blizny.

2 w y p a d e k. Simon E., w 35 roku życia, robotnik. Chory, znajdujący się zawsze do ostatniego czasu w dobrym stanie zdrowia, mniej więcej przed połową roku spostrzegł bez żadnej, jak mówi, przyczyny (czy kończyna wtedy była wystawioną na szczególne szkodliwości, jak np. na silne zimno z opowiadania chorego wywnioskować nie można) na lewej pięcie guz mało przy ucisku bolesny, pokryty grubym naskórkiem, który po dwóch mniej więcej tygodniach samodzielnie się otworzył, sprawiając przez ten cały czas tylko nie wielkie dolegliwości przy chodzeniu.

Powstały wskutek tego wrzód, który wydzielał umiarkowaną ilość posokowatej cieczy, z ropą pomieszanej, zwiększał się powolnie, szczególnie w kierunku głębokości. Pomimo to cierpienie nie przeszkadzało, by chory oddawał się swemu zatrudnieniu, nakoniec jednak, gdy się ciągle szerzyło, udał się do szpitala. Należy jeszcze zauważyć, iż chory był nałogowym pijakiem.

Przy badaniu okazało się na podeszwie i to prawie w pośrodku pięty owrzodzenie, mające 2 ctm. średnicy, okrągły otwór $2\frac{1}{2}$ ctm. głębokości. Brzegi są spadziste, wywrócone, dno strzępiaste jest równej szerokości z otworem, tak iż wrzód zagłębia się cylindrycznie. Zgłębnik nie wykrywa obnażonej kości. Na całej podeszwie znajdują się grube massy naskórka. Czułość w okolicy owrzodzenia jest widocznie zmniejszona, w stosunku do zdrowej stopy, gdzie zresztą także nie jest bardzo znaczną. Na pozostałej przestrzeni pode-

szwy różnica ta jest mniej widoczną. Stopa zresztą nie jest obrzmiąta, pojedyncze jej części są normalne, ruchy zupełnie swobodne.

Gdy przy odpowiedniem postępowaniu owrzodzenie znacznie się oczyściło, a pomimo to nie okazywało skłonności do zagojenia, przystąpiliśmy do użycia ostrego szpadla (Löffel) i rozżarzonego żelaza. Podczas całej operacji dokonanej bez chloroformu, chory okazywał tylko małe znaki bólu. Po 4 do 6 tygodniach jama była prawie zupełnie wypełniona granulacyami, które jednak były prawie zupełnie wiotkie i dla tego musiały być traktowane silnie drażniąciami środkami. Nakoniec po 12 tygodniach chory był wypisany jako zdrow zupełnie.

Co się tyczy wypadku pierwszego, to ten zdaje mi się zupełnie podchodzić pod kategorię wypadków Duplay'a.

Mamy tu bez wątpienia do czynienia z pierwotnem, wskutek mechanicznego uszkodzenia powstałem zwyrodnieniem nerwów, w okolicy których nastąpiło opisane owrzodzenie, którego specjalnej przyczyny być może szukać należy w przewlekłym drażnieniu danej części niezauważanem przez chorą z powodu miejscowej nieczułości. Sądząc z głębokości i położenia rany cięższej, oprócz nerwu piszczolowego i jego gałęzi końcowych, muszą być także zajęte z nerwów skórnych: *nn. saphenus* i *cutaneus plant. propr.* z powodu iż w okolicy ich znajdujemy mniej lub więcej wyrażoną nieczułość. Mamy więc przeważnie do czynienia w danym wypadku z nieczułością skóry, połączoną ze zmianami w odżywianiu, ale tylko z niewielkimi zaburzeniami w sferze ruchu. Jeżeli przyjmujemy pierwotne zwyrodnienie nerwów, to powstanie neuroparalitycznych zapalnych processów w okolicy tych nerwów dziwić nas nie powinno.

Przypominam tu o wypadku opisanym przez Veist'a jako *maculae anaestheticae*, gdzie wysypka była w ścisłym związku z ograniczonymi anaestezjami; następnie o wielkiej liczbie wypadków, przy których z mechanicznem uszkodzeniem gałęzi nerwowych było spostrzeganem występowanie na zajętych częściach odmrożeń, zapalenia tkanki łącznej podskórnej, jako też powolne wsiąkanie wynaczynień. Dalej wiadomo, iż Landois, Eulenburg i inni widzieli ciężkie zaburzenia w odżywianiu po przecięciu nerwu kulszowego. W naszym wypadku zaburzenia dotyczą głównie odżywiania utworów nabłonkowych w powłokach skórnych.

Podług poszukiwań Mantegazza po przecięciu nerwów mięśnie, kości, okostna i tkanka łączna w każdym pojedynczym wypadku w b. różny sposób się zmieniają, gdyż to jedne, to drugie z nich bardziej są dotknięte, a nawet mogą ulegać nietylko zanikowi, ale także przerostowi i rozrostowi jak w naszym wypadku.

W drugim naszym spostrzeżeniu chociaż mamy do czynienia z temiż samemi wysoce charakterystycznymi objawami, lecz za to przebieg cierpienia jest mniej uporeczywy. (Czy w tym czasie nie nastąpił powrót choroby, tego powiedzieć nie możemy, gdyż chory nie zamieszkuje tutejszej okolicy i znajdował się w niej tylko przemijająco na robocie). Ale za to też porażenie czucia

było mniejsze niż w pierwszym przypadku, chociaż niewątpliwie istniało i ono to w związku ze zmianami troficznymi w okolicy zajętych nerwów, jako też z poniżoną życiowością spowodowało uporeczywość wrzodu, dążność jego do zagłębiania się i jego formę. Trudno powiedzieć skąd wzięło początek w danym wypadku porażenie czucia. Może być, iż znajduje się ono w pewnym związku z tą okolicznością, iż chory był pijakiem, a wiadomo, iż anestezye powstają pod wpływem chronicznego alkoholizmu. Dalecy jednak jesteśmy od tego, by zmiany te uważać jako niższy stopień trądu nerwowego, jak to czyni Estlander, chociaż z drugiej strony wierzymy, iż pod wpływem trądu nerwowego, któremu, jak wiadomo, towarzyszą znaczne zmiany w nerwach a nawet w rdzeniu kręgowym, tego rodzaju wrzód dziurawiący powstać może; w takich wypadkach mamy do czynienia, jak wyżej, ze zwyrodnieniem nerwów połączonem ze zmianami w odżywianiu. Z wypadku Estlandera okazuje się, iż tego rodzaju owrzodzenia mogą także i na górnych kończynach powstawać i to nas wcale dziwić nie może z powodu pojęć, jakie szczególnie w względzie patogenicznym o tém cierpieniu posiadamy. Okoliczność, iż cierpienie przeważnie na stopie występuje, daje się objaśnić tém, że stopa a w szczególności podszwa i brzusce palców są szczególnie wystawione na przewlekłe działające szkodliwości.

Dla tego też dwa nasze wypadki *malum perforans pedis* uważamy jako owrzodzenie, którego najbliższa przyczyna jest natury traumatycznej i które szczególny swój charakter i przebieg zawdzięcza zmianom troficznym i czuciowym, rozmaity zaś stopień tych ostatnich warunkuje różne natężenie samego processu.

K R O N I K A Z A G R A N I C Z N A .

Przyczynek do rozpoznania rozszerzenia (*dilatatio*) żołądka.

Przez Prof. W. Leube'go (*Deutsches Arch. f. klin. Med.* t. 15, p. 394).

Podał Dr St. Jerzykowski z Poznania.

Rozpoznawanie pojedynczych cierpień żołądka jest nader trudnem, skoro, co się pospolicie dzieje, występują tylko ogólne objawy zaburzonego trawienia, jako to: brak apetytu, odbijanie się, zgaga nudności i wymioty, lekki ból i wzdęcie nadpępcza, ogólne zaburzenia w systemie nerwowym i t. p. U bardzo wielu chorych wyliczone objawy trudnego trawienia (*dyspepsia*) stanowią często przez długi czas wyłączne znamię cierpienia, aż nagle z wymiotów krwawych, z obrzmienia w okolicy żołądka, z przedziurawienia tegoż rozpoznajemy dopiero wrzód lub raka w żołądku. Bez wątpienia nie masz cierpień, w którychbyśmy byli zmuszeni tak często do rozpoznawań prawdopodobnych, albo raczej przypuszczalnych, jak właśnie w tej klasie chorób żołądkowych.

Przyczyną tej niedostateczności w nauce o rozpoznawaniu wymienionych cierpień bywa głównie brak środków pomocniczych, którychbyśmy mogli użyć do stwierdzenia pojedynczych chorób żołądka. Uwagami zaś swemi zamierza autor choć w części usunąć ten niedostatek i uczynić pewniejszém rozpoznawanie rozszerzenia żołądka. Cierpienie to w praktyce przedstawia znaczne trudności rozpoznawcze i w małym stopniu zachodzi daleko częściej, aniżeli się ogólnie przyjmuje, tak iż często dostrzegamy go dopiero przy oględzinach^o pośmiertnych. Przyczyną tego po największej części bywa ta

okoliczność, iż żadnej pewności nie dają środki, któremi się dotychczas posługiwano do stwierdzenia rozszerzenia żołądka.

Zastanawiając się po krótko nad temi środkami autor pomija zupełnie o b j a w y t r u d n e g o t r a w i e n i a, towarzyszące rozszerzeniu żołądka, ponieważ one w ogóle zachodzą także przy innych przewlekłych cierpieniach żołądka. Nawet z ilości istot zwróconych nie można przesądzać, a tém mniej wnioskować o rozszerzeniu żołądka.

Gdy żołądek jest znacznie rozszerzony i leży głęboko, tak przez o b m a c y w a n i e jak przez w e j r z e n i e m a s i ę d a ć w y r a ź n i e w y ś l e d z i ć m a ł e i w i e l k i e z a g i ę c i e (*curvatura*) ż o ł ą d k a. W każdym jednakże razie do rzadkości należą przykłady, w których objaw ten jest nie wątpliwym, a okoliczności, że przy oględzinach pośmiertnych jelito grube znaleziono nieraz w postaci balonu rozszerzone aż do wielkości żołądka, powinno dla nas być wskazówką, jak ostrożnie należy tłumaczyć sobie powietrzem napełniony guz w okolicy żołądka. To samo da się powiedzieć o r o b a c z k o w y c h r u c h a c h ż o ł ą d k a, widzialnych przez powłoki brzuszne; ruchy bowiem te mogą także pochodzić od pętlic jelita cienkiego, które się z boku dostały pomiędzy powłoki brzuszne a zewnętrzną ścianę żołądka.

W y s ł u c h i w a n i e daje pozornie pewniejsze i cenniejsze dla rozpoznania rezultaty, aniżeli obmacywanie i przyglądanie. Głośny szelest, który się słyszy, gdy przez szybkie naciśnięcie ręką na nadpępeze, płyn, znajdujący się w powietrzem wypełnionym żołądku, doznaje ruchu, w pojedynczych wypadkach rozstrzeni żołądka jest podpadającym patognostycznym objawem; jednakże przy większém doświadczeniu praktycznym przekonujemy się, że szelest ten zachodzi także u zdrowych, skoro szybko wypili kilka szklanek płynu. Również niepewno przemawia za rozszerzeniem żołądka ów nieraz z daleka słyszany szmer powstający, gdy się chory szybko z jednego boku obraca na drugi, albo tułowiem potrąca. Szmer wreszcie, które się słyszy za przyłożeniem ucha do powłok brzusznych chorego, nie dają się także użytkować do upewnienia się o rozstrzeni żołądka.

Rezultaty o p u k i w a n i a są daleko pewniejsze i wśród pomysłnych okoliczności mogą być tak widoczne, iż za ich pomocą rozpoznanie rozszerzenia bywa niekiedy nie wątpliwé. Zdaniem autora próżną jest rzeczą c z e z y ż o ł ą d e k przez właściwość jego tonu wypukowego chcieć odgraniczyć dokładnie od otoczenia i oznaczyć jego wielkość. Z tego powodu poniżej wyliczone stosunki wypukowe zawsze odnosić się będą do żołądka częściowo wypełnionego.

Stosownie do stopnia cierpienia i ilości zawartości żołądka w pojedynczym wypadku, w postawie stojącej chorego znajdujemy bliżej lub dalej od łuku łonowego stłumienie przebiegające poziomo, które się ku dołowi rozciąga różnie daleko, a ku górze przechodzi w brzęczy odgłos żołądka. Jeśli się chory położy, to stłumienie ustępuje odgłosowi bębenkowemu. Zjawisko to dowodzi tylko, że w jakimś większym wydrążonym organie brzucha procz powietrza znajduje się pewna ilość płynu, która z położeniem chorego zmienia swe położenie według praw ciężkości; czy zaś organem tym jest żołądek, czy okrężnica, nie można wnioskować z powyższego zjawiska, chociaż rozległe stłumienie obok wielkiej ilości powietrza przemawia zatém, że powyższe fenomeny pochodzą od zawartości ż o ł ą d k a. Przypuszczenie to nabywa niejakiéj pewności, kiedy granica stłumienia podnosi się, skoro się większą ilość pije wody. Ale i w takim razie można podlegać złudzeniu; z doświadczeń bowiem robionych nad łóżkiem chorych, zdaje się być rzeczą prawdopodobną, że ruchy jelit mogą być pobudzone przez żołądek i że pobudką tą może być wzmożone ciśnienie wypitego płynu na ścianę żołądka. Mogłoby się więc wydarzyć, żeby się po dostaniu większej ilości płynu do żołądka, masy płynne w jelicie przesunęły ku przodowi i tym sposobem dały powód do fałszywego tłumaczenia powyższego wyniku opukiwania. Tego fałszywego tłumaczenia unika się tém więcej, im się częściej przez opukiwanie osiąga tę samą zmianę w położeniu płynu przed piciem i po piciu. Przekonywajacém zaś pod tym względem bywa wprowadzenie ślednika żołądkowego, za pomocą którego dowolne ilości płynu można doprowadzić do żołądka i znowu z niego wydalić, i tym więc sposobem dowolnie zmieniać wysokość poziomu płynu w żołądku. Jeśli poziom ten, nawet po wlanu jednego litra wody, leży mało co wyżej jak pępek, to z pewnością można przyjąć, że żołądek jest rozszerzony, p o n i e w a ż, g d y p r a w i d ł o w ą j e s t w i e l k o ś ć ż o ł ą d k o w ę j ą m y, n i e t y l k o g ó r n a, a l e t a k ż e d o l n a g r a n i c a s t ł u

mienia, odpowiadająca stałopłynnej części zawartości żołądka, po wlaniu powyższej ilości płynu uwydatnia się jeszcze ponad pępkiem.

Rozważając bliżej te stosunki, widocznem się okazuje, że tylko w wypadkach nadzwyczajnego rozszerzenia górna granica stłumienia przypada poniżej pępka. Z tego powodu dla rozpoznania rozstrzeni pospolicie ważnem jest oznaczenie tylko dolnej granicy stłumienia, która odpowiada zagięciu większemu (*curvatura major*) żołądka. Oznaczenie to jednakże uda się tylko wtenczas dobrze, kiedy okrężnica jest próżna i jeśli się części jelit nie wsuwają pomiędzy rozszerzony żołądek i ścianę brzuszną.

Pożądanym tedy jest środek, którego by rozpoznawcza wartość była niezależną od powyższych wpływów, i którymbyśmy byli w stanie stwierdzić na pewno rozległość żołądka ku dołowi. Środkiem takim bywa ślednik wprowadzony do żołądka i dający się wyraźnie wymacać przez powłoki brzuszne; stanowisko dolnego końca ślednika daje nam bezpośrednią miarę o mniejszem lub większem opuszczeniu się zagięcia większego.

Ten rozpoznawczy środek autor odkrył poraz pierwszy u chorej z najwyraźniejszymi objawami rozstrzeni żołądka: wprowadziwszy około 70 cm. długi ślednik żołądkowy bez wszelkiego oporu aż do górnego końca, autor przy obmacywaniu brzucha dolny koniec ślednika przez powłoki brzuszne wyczuł jak najwyraźniej na lewo od spojenia łonowego, przyczem koniec ślednika dał się bardzo łatwo przesunąć ku pępkiowi.

Temi pomysłnemi rezultatami spowodowany autor później jeszcze u sześciu, co do żołądka pozornie zdrowych, osób wprowadzał ślednik żołądkowy i przekonał się, że u dwóch koniec ślednika dał się wymacać wyraźnie dość głęboko pod pępkiem, a u czterech jak najwyraźniej w okolicy żołądka. Dotyczące osoby nie doznawały przytém żadnego niemiłego uczucia i oświadczały tylko, że czują jak ślednik dołem uderza.

Z doświadczeń tych wynika, że granica, aż do której ślednik w prawidłowym żołądku da się wysunąć ku dołowi, co najmniej leży na wysokości pępka. Czy u tych dwóch chorych, u których się ślednika koniec dał wyczuć 3—2 ctm. poniżej pępka, dolna ściana żołądka rozciągnąć się dawała wyjątkowo daleko ku dołowi, czy też żołądek był rzeczywiście rozszerzonym, starał się autor dowieść próbami na trupach. Z doświadczeń w tym celu podjętych wykazało się, że naturalnej granicy zagięcia większego niepodobna uważać za granicę, aż do której się da ślednik posunąć ku dołowi, lecz że miejsce dolnej ściany żołądka, leżące naprzeciwko wejścia do żołądka (*cardia*), napierającym ślednikiem da się wypchnąć daleko ku dołowi, i to na trupie aż do linii poziomej, poprowadzonej przez oba przednie kolce górne kości biodrowych.

Używających takie rozszerzenia żołądka za pomocą ślednika wśród prawidłowych stosunków jest niepodobieństwem, ponieważ w takim razie nawet u trupów zachodzą nieraz skaleczenia błony śluzowej i wśród okoliczności także przedziurawienia ściany żołądkowej, chociaż zresztą nie była jeszcze trupio rozmiękła. Należy raczej przyjąć, że się pospolicie dolna ściana żołądka tylko aż do pępka da rozszerzyć ślednikiem, i że dalsze jeszcze rozszerzenia ku dołowi mogłoby zachodzić co najwyżej przy bardzo nieczułej błonie śluzowej żołądka. Im bliżej kości biodrowych da się wymacać wierzchołek ślednika, tém pewniejszym bywa rozpoznanie rozstrzeni żołądka, które z adnej nie podlega wątpliwości, skoro się wierzchołek ślednika da wysledzić poniżej linii łączącej kolce górne kości biodrowych.

Zajmującego dowodu, jak słuszna jest ta rozpoznawcza reguła, dostarczył autorowi chory, u którego dawniej wierzchołek ślednika sięgał poniżej pępka i u którego podejrzowano utajoną rozstrzeń żołądka. Chory ten cierpiał na *diabetes insipidus* i nie było żadnych znamion cierpienia żołądkowego. Wypuszczony z zakładu powrócił po ósmiu dniach skarżąc się, że mu trudno przychodzi trawić i że kilka razy wymiotował; przy badaniu ślednikiem wykazało się, że wierzchołek tegoż obecnie sięgał daleko głą-

bięj, jak dawniej, bo aż poniżej kolców kości biodrowych (8 ctm. poniżej pępka zamiast 3—4 ctm. zob. wyżej). Rozstrzeń nie podlegała teraz żadnej wątpliwości, zwłaszcza, że przy opukiwaniu płynu w żołądku wykazało się tegoż stanowisko na 3 ctm. poniżej pępka. Po wypompowaniu zawartości żołądka, stłumienie to poniżej pępka znikło natychmiast całkowicie.

Jest rzeczą pożądaną, ażeby wartość tego rozpoznawczego środka pomocniczego była dalej doświadczaną, mianowicie także u osób zmarłych w następstwie rozstrzeni żołądka. U osób bardzo otyłych wymacanie to ślednika przez powłoki brzuszne jest bardzo trudnym, a nawet może być niemożliwym, wszakże wypadki tego rodzaju muszą być bardzo rzadkie. W każdym razie przez macanie ślednikiem rozpoznanie rozstrzeni żołądka zyskuje wiele na obiektywności i złudzenia co do wyleczenia rozstrzeni żołądkowych coraz więcej bywają wyłączone.

W końcu wspomina autor, że z powodu dokładnego przylegania błony śluzowej żołądka do dolnego końca ślednika, przy wyciąganiu tłoku pompy błona ta może się dostać w otwór ślednika i tym sposobem wstrzymać wypływ zawartości żołądkowej, chociaż otwór ślednika nie został zatknięty przez żadne twarde masy. Nadto wspomina autor raz jeszcze, ażeby przy popychaniu ślednika ku dołowi jak najwięcej wystrzegać się gwałtu i instrument posuwać tylko tak daleko, dopóki chory na żadne nie skarży się bóleści.

Przyczynek do nauki o słońiowaciznie (*elephantiasis arabum*) pod względem terapeutycznym i patologicznym.

Przez Dra Wernher'a w Giessen.

(Dalszy ciąg).

Kobieta, 43 lat wieku, wdowa, matka 7 dzieci, całe swe życie przepędziła w troskach i potrzebie, w pożyciu małżeńskim była nieszczęśliwą i przebywała wiele ciężkich chorób. Jest słabowitą, z wyglądem charłaczym i wychudzoną. Po upływie dwóch tygodni połogu, który przebyła mając 24 lat, zauważyła, że lewa jej kończyna, począwszy od kostek, zaczęła nabrzmiwać. Nabrzmiwienie to w pewnych nieokreślonych odstępach czasu dość gwałtownie zwiększało się i za każdym razem poprzedzały je silne, rwące bóle, rozprzestrzeniające się od palców, do góry, powyżej kolana. Zaczerwienienia skóry, pręg lub plam zupełnie brakuje. Pacjentka dodaje przytém, że jeszcze dawniej doświadczała takich przypadłości, jednakże charakteru cierpienia, wskutek ograniczonych władz umysłowych, nie mogła określić w sposób zadawalniający. Podczas gdy całe ciało, wskutek niedostatecznego odżywiania i licznych chorób wychudło znacznie, nabrzmiwienie jednak lewej kończyny utrzymało się, i powiększało się w następstwie już nie pojedynczemi napadami, lecz równomiernie; nabrzmiwienie to tym bardziej było rażącym im bardziej organizm był wychudzony.

Rezultat badania chorej w d. 12 grudnia 1873 r. był następujący: goleń idąc od kolana ku dołowi jest znacznie obrzmiałą; powyżej kolana obrzmienie powoli znika. Obwód na wysokości kostek wynosi 29 ctm., zdrowej zaś tylko 24; na około łydki 40 ctm., zdrowej 27 ctm.

Cała goleń przedstawia się nieregularnie obrzmiałą, guzowatą; skóra ponad kostkami ułożona w liczne stwardniałe fałdy, które dają spostrzegać na stopie, tylko, że nie opasują takową w zupełności. Najbardziej wzniesiona część tych fałd usiana jest licznymi małemi guziczkami i brodawkami (*papillae*) i pokryta twardemi brunatno-szarymi bryłkami naskórka i strupami. Od czasu do czasu z zaledwie dostrzegalnych otworków umieszczonych na wierzchołkach tych brodawek wypływa w większej lub mniejszej ilości płyn surowiczy, lipki, brunatnego koloru, krzepnący na powietrzu w wyż wzmiankowane strupy. W wielu miejscach owe delikatne otworki przeszły w nieczyste owrzodzenia, wydzielające we względnie znacznej ilości przejrzystą lipką ropę. Ponad zewnętrzną kostką (*malleolus*) utworzyło się bardzo nieregularne owrzodzenie znacznij-szych rozmiarów.

Pacjentka kilkakrotnie już podlegała leczeniu; stosowane było poziome położenie, bandażowanie, kąpiele ługowe. Ubóstwo jej jednakże i nieszczęśliwe stosunki małżeńskie nie dozwoliły jej nigdy przeprowadzić kuracyę przez dostateczny przeciąg czasu, aby można było osiągnąć trwały skutek. Po śmierci jej męża, gdy stosunki jej pod tym względem przynajmniej trochę się poprawiły, rozpoczęła na nowo powyższe leczenie, lecz te przyniosło jej bardzo małe polepszenie. Udało się jej wprawdzie oddalić strupy, nadać skórze zdrowszy wygląd, zagoić w części owrzodzenia i zmniejszyć bóle, skutek jednakże nie był trwałym i objętość nogi bardzo mało się zmniejszyła. W tym stanie upłynął rok cały, aż w lecie 1873 r. chora wskutek wynędznienia spowodowaną była poddać się naszej kuracyi. Zarządziliśmy przedewszystkiem kilkakrotne ługowe kąpiele nożne, oczyszczające opatrunki, obwijania flanelowym bandażem, obfitą strawę, wino, żelazo i poziome położenie. Następstwem tego było oddzielenie się strupów, skóra cokolwiek się oczyściła, objętość członka w bardzo nieznacznym stopniu zmniejszyła się, wydzielina zaś owrzodzeń pozostała w tym samym stopniu obfitą i także same posiadała cechy co i poprzednio.

Po upływie siedmiu dni leczenia przystąpiliśmy do użycia łukowatego turnikietu, w obec jednoczesnego w dalszym ciągu stosowania powyższych środków. Nacisk peloty był źle znoszony przez chorą; mało rozwinięta pod względem umysłowym uskarżała się na ból, skoro tylko śruba o jeden skręt była naciągnięta; ztąd bardzo często miejsce zastosowania jej musiało być zmienianem. Mimo to skutek był widoczny i prędko. Objętość kończyny po upływie trzech dni zmniejszyła się do 27 i 38 ctm., niektóre małe owrzodzenia zagoiły się, duo i wydzielina większych owrzodzeń przyjęły rzeczywiście lepszy wygląd. Widoczny ten skutek uczynił chorą o wiele rześwjszą; turnikiet znoszony był teraz prawie bez przerwy i tylko od czasu do czasu na pół godziny miejsce zmieniane. Nabrzmienie opadało z początku prędko później cokolwiek wolniej. Po upływie 5 tygodni wymiary kończyny wynosiły:

na około kostek 27 przeciw 24 ctm.

„ łydki 31 „ 28 „

Małe owrzodzenia w zupełności były zagojone, większe zaś prawie i pokryte zdrową ziarniną. Ogólny stan zdrowia również się poprawił, skóra przyjęła kolor prawidłowy, ciało przybrało na wadze. Po upływie 6 tygodni leczenie zostało przerwane, a nawinięty tylko mokry bandaż. Pomyślny stan utrzymał się jeszcze przez ciąg następnych 10 tygodni; później straciłem chorą z obserwacyi.

H. K., 45 lat wieku, owczarz, przybył do szpitala akademickiego z powodu widocznego nabrzmienia prawej dolnej kończyny, które się rozciągało od kostek aż do uda.

Do r. 1871 utrzymywał pacjent iż był zupełnie zdrowym. W lecie tegoż roku zauważył chory pewną niezręczność i ociężałość, co powoli stawało mu się uciążliwym z powodu jego koczującego zatrudnienia. Chory jednakże jest w możności tylko dokładnie oznaczyć porę, w której nabrzmienie stało się trwałem i tak znacznem, że utrudniało mu poruszenia; pierwsze zaś początki cierpienia odnosi do nierównie dawniejszego czasu, którego z pewnością oznaczyć nie może. Prócz tego pacjent opowiada, że noga cierpiąca ulegała kilkakrotnie napadom róży z objawami gorączkowemi, występującej przedewszystkiem na wiosnę i w jesieni.

Na początku października ubiegłego roku kończyna wzmiaukowana uległa znowu róży, której towarzyszyła znaczna gorączka, tak że chory 3 tygodnie zmuszony był przepędzić w łóżku. Podczas tego napadu obrzmienie znacznie powiększyło swą objętość i przeszło aż na udo, podczas gdy poprzednio rozprzestrzenione było przeważnie w okolicy stawu golenio-stopowego i łydki, gdzie można było wyczuć pewną liczbę twardych guzików.

Leczenie zasadzało się na użyciu szarej maści (*ungt. ciner. fort.*) jodu, bandażowań i kilku innych środków ogólnych, o których dokładnie nie mogliśmy się dowiedzieć. Wszystko to jednak nie miało żadnego skutku. Podczas tego leczenia wystąpił znowu nowy napad róży z gorączką, trwający dni 14, rezultatem którego było znaczniejsze powiększenie się nabrzmienia.

Stat. praesens. Cała kończyna do górnej trzeciej części uda jest nabrzmiąłą w bardzo znacznym stopniu. Gruczoly pachwinowe nie są ani stwardniałe, ani powiększone. Uderzenia tętnicy udowej do pewnego stopnia z trudnością dają się wyczuć z powodu stwardnienia skóry, tętnica jednakże nie zdaje się być rozszerzoną. Przyrzą-

dy płciowe nie są obrzmiałe. Różnica obowdu wynosi na wysokości łydki 42 $\frac{1}{2}$ ctm. przeciw 38, na około kostek 38 ctm. przeciw 37 ponad kolaniem 38 ctm. przeciw 34. Ruchy w stawie kolanowym i goleniostopowym są bardzo utrudnione z powodu stwardnienia i nieruchomości skóry i skarży się chory na ciężkość i zmęczenie swój nogi. Przednia część stopy również aż do przedniego końca jest znacznie obrzmiała. Skóra zgrubiała, twarda nieprzesuwalna a wskutek poprzedniego użycia jodu łuskowata i brunatno zabarwiona. Ból nie istnieje. Stan ogólny chorego jest zadawalniającym.

Należy dodać jeszcze, że miejsce zamieszkania pacjenta położone jest na wilgotnej wyniosłej łącznej nizinie Nidy, w której wypadki pachydermii nie rzadko dają się spostrzegać.

Gdy po upływie paru dni chory poddany był badaniu i przekonano się, że nabrzmienie członka zmniejsza się tylko w takim stopniu, jak to zwykle dzieje się po każdym nocnym spoczynku, zastosowany został na tętnicę udową umiarkowany nacisk za pomocą turnikietu. Pacjent znosił nacisk bardzo dobrze i wkrótce sam się nauczył stosownie do potrzeby powiększać lub zmniejszać takowy. Pomyślny skutek dał się zauważyć wkrótce i w znacznym stopniu. Skóra już po upływie 24 godzin stała się znacznie miększą i przesuwalną. W 8 dni od rozpoczęcia leczenia kończyna na nowo była zmierzona. Ubytek objętości we wszystkich miejscach był bardzo widoczny i wynosił na goleni więcej jak 2 $\frac{1}{2}$ ctm., na udzie zaś 2 ctm. Oprócz nacisku tętnicy zarządzone było jeszcze obwijanie członka bandażem kauczukowym i wcierania jodowe. Te ostatnie w porównaniu do dotychczasowego skutku nie zdawały się wywierać istotnego wpływu na przyspieszenie zmniejszenia nabrzmienia; mimo to wsteczny proces robił stałe aczkolwiek bardzo powolne postępy. Po upływie 6 tygodni od początku leczenia oba uda o tyle co do objętości równały się sobie, że różnica między nimi za pomocą miary zaledwie mogła być wykazaną. Nawet łydki były jednakowej grubości. Na około kostek skóra prawej kończyny była jeszcze twardszą i sztywniejszą jak lewej a ruchy do pewnego stopnia jeszcze utrudnione. Grzbiet prawej stopy był równie cokolwiek twardszy jak lewej. Pacjent objawił, że z rezultatu leczenia jest zadowolony i opatrzony bandażem opuścił szpital. Późniejszych wiadomości brakuje.

J. K., 46 lat wieku, urodzony w zdrowej okolicy, wzrostu słusznego, silny i zdrow mężczyzna przybył do akademickiego szpitala w czerwcu 1872 r. ze znacznie rozwiniętą słoniowacizną prawej goleni. Nabrzmienie rozszerzało się cokolwiek ponad kolano. Powstało ono już od lat 4 bez gorączkowych i zapalnych objawów i powoli zwiększało się. Skóra była gładką bez zmarszczek, wałów i guzów, słabo zaczerwieniona, twarda i szorstka, nie dająca się ująć w zmarszczki i nie przesuwalna. Ruchy w stawie goleniostopowym mogły być wykonywane. Ponad wewnętrzną kostką istniało znaczne owrzodzenie, obfitą i złowonną wydzielinę dające. Gruczoły pachwinowe nie były obrzmiałe. Ogólny stan chorego był zadawalniającym, skóra z dobrym wyglądem, apetyt i trawienie wyborne. Bóle istniały tylko podczas nocy i po wszelkiego rodzaju wysiłkach i stanowiły główną przyczynę szukania pomocy.

Przedewszystkiem zrobiono próbę, na ile mogą być pomocnymi, poziome ułożenie, bandażowanie i zimne okłady. Niezauważyliśmy jednak prawie żadnego skutku. Z tego powodu zastosowaliśmy w d. 13 czerwca nacisk tętnicy udowej za pomocą turnikietu. Nacisk był bez przerwy stosowany, pelota tylko czasami cokolwiek słabiej była przysrubowywana;—w ogóle nacisk był bardzo dobrze znoszony.

W obec tej ostatniej metody leczenia, skutek był widocznym i w pierwszych chwilach bardzo znaczny. Skóra niebawem stała się miększą, więcej przesuwalną, mniej zaczerwienioną. Bóle powoli opuszczały chorego, owrzodzenie zaś poczęło się oczyszczać. Wkrótce jednak postępy zdrowienia coraz powolniejszym posuwały się krokiem; już po upływie 8 dni od początku użycia nacisku zmniejszanie się nabrzmienia tak szło powoli, że zaledwie w przeciągu trzech dni tylko można było wykazać z pewnością niejaką różnicę w wymiarach. Oprócz więc nacisku tętnicy użyliśmy bandażowanie, kąpieli potażowych i wcierania maści jodowej, co nie pozostało bez wpływu, gdyż zmniejszanie się nabrzmienia jakkolwiek powoli jednakże widocznie postępowało. Owrzodzenie całkowicie się oczyściło, wydzieliną jednak była zbyt obfitą. Dla przyspieszenia zabliznienia przedsięwzięto przemieszczenia naskórka

(*transplantatio*), lecz takowe po większej części nie udało się z powodu obfitej wydzieliny, wskutek czego kawałki skóry wnet po przyłożeniu splókiwały się. W początku sierpnia noga zredukowaną była do tak umiarkowanej objętości, bóle znikły, a owrzodzenie tak dalece się zmniejszyło, że postanowił pacjent powrócić do swego domu i dla tego też zaopatrzony w wilgotny bandaż, szpital opuścił.

Zaledwie upłynęło 3 tygodni — koniec sierpnia, powrócił znowu pacjent do szpitala; uciążliwy dla niego bandaż został natychmiast zdjęty, wskutek czego w kilku dniach wrócił się dawniejszy stan kończyny, mianowicie zbyt nateżone bóle i wydzielina owrzodzenia bardzo obfita i złowonna. Pacjent rozpacział, że musi odbywać podobną do poprzedniej kurację i dla tego też zażądał odjęcia dla niego uciążliwego członka. Żądaniu temu uczyniłem zadość i za pomocą cięcia kolistego odjąłem goleń tuż pod kolaniem. Odjęcie wypadło na stwardniałej skórze, jednakże niedogodności ztąd wypływające uważałem za nierównie mniejsze, niż jeźlibym cięcie wykonał powyżej kolana. Przebieg pooperacyjny i następne leczenie nie zawierają w sobie nic godnego dla wzmianki. Rana w większej części zagoiła się przez pierwotne sklejenie się (*prima intentio*). Należy tylko dodać, że podczas zabliźniania się stwardniała skóra przyjęła i utrzymała zupełnie prawidłowe własności.

Nieomieszkamy później podać kilka analogicznych spostrzeżeń, mianowicie wypadki odjęcia uległego słoniowaciznie worka jądrowego, w których także gdy pozostawione były części stwardniałe skóry, nie powracała choroba.

Bardzo zbliżone do powyższych jest spostrzeżenie Le R o u x a przytoczone przez M a z a ë A z e m a. Noga została odjęta na wysokości łydki w pośród zwyrodnionej skóry. Przez pewien czas wyciekała w wielkiej ilości limfa krwią zabarwiona; nabrzmiałość pieńka jednakże coraz bardziej się zmniejszała, nastąpiło wyleczenie. Po ośmiu latach jeszcze nie wystąpiła recydywa.

Poprzedzające postrzeżenia wskazują, że przy rozwinięciu się słoniowacizny na dolnych kończynach, nacisk t. udowej bądź za pomocą narzędzi, bądź palców daje takie same rezultaty co i podwiązanie naczynia, nawet gdybyśmy takowy w pewnych odstępach czasu stosowali. O tyle zaś nacisk ma przewagę nad podwiązaniem, że pierwszy wolnym jest od tych niebezpieczeństw, jakie mogą towarzyszyć ostatniemu. Widzimy bowiem przy zastosowaniu nacisku także nagle i bezpośrednio zmniejszanie się nabrzmiałości, jak i po podwiązaniu tętnicy i w obu razach możemy osiągnąć pewne i trwałe następstwa. Powroty choroby możliwe są tak przy jednej jak i drugiej metodzie leczenia; w obec jednak bezkrwawego zamknięcia naczynia, mniejszego są znaczenia, gdyż nacisk stosownie do upodobania może być przedłużany i powtarzany.

Zamknięcie tętnicy samo przez się, lub w połączeniu z wyniosłem położeniem i metodycznym obandażowaniem do dziś dnia są jedynymi środkami za pomocą których osiągamy zmniejszania się rozmiarów członka uległego słoniowaciznie. Zostało to przyjętém jako fakt, nie troszcząc się wiele o mechanizm, według którego to następuje; lecz ponieważ kwestya powstawania słoniowacizny dotąd jeszcze mieści w sobie wiele sprzeczności, uważam więc za stosowne starać się wyjaśnić jak wzmiankowane środki działają i jaką drogę dla racjonalnego leczenia obrać należy.

Z bardzo małemi wyjątkami zgadzano się na to w ogóle, że punkt wyjścia słoniowacizny spoczywa w cierpieniu układu limfatycznego. Nie wielu tylko, jak: W i s e (Transactions of the med. and. physic. soc. of Calcutta), F a v r e (Revue med. 1850) i B o u i l l a u d (Arch. de méd. 1823) przyjmują zamknięcie żył jak przy *phlegmasia alba* jako przyczynę zasadniczą. Ale nie potrzeba było żadnego dowodu, że pogląd ten jest błędny i że albo polega na zupełnie bezzasadném przypuszczeniu albo też na tém, że mieszano razem przerost tkanki łącznej istniejący często przy żyłakowatości dolnych kończyn z prawdziwą słoniowacizną, gdzie żyły albo wcale lub tylko następczo (moszna) cierpią.

(Dalszy ciąg nastąpi).

Wiadomości bieżące.

Mięśniak otaczający wewnętrzną powierzchnię kiszki ślepej. Prof. P e l l i z z a r i opisuje guz 500 grammowej ciężkości, który wypchnięty został przez odbytu pewnej dziewczyny. Guz ten podługowaty, osadzony w dole biodrowym prawym, rozciągał się ku pępkowi. Był on badany w r. 1872 przez prof. T h o m a s s i. Dotąd guz ten nie sprawiał żadnego zaburzenia w czynnościach kiszki ani macicy; p. T h o m a s s i sądził, że ma do czynienia z mięśniakiem jajnika. Od téj pory aż do Sierpnia 1874 r. młoda dziewczyna nie podlegała żadnym przypadłościom. Od ostatniej daty doznawała silnych kolek z zatrzymaniem się stolca i wymiotami. Te przypadłości powtarzały się kilkakrotnie z taką siłą, że zagrażały życiu chorej, aż w końcu 18 Października po strasznych boleściach i niesłychanym wysiłku, przez odbytu wyszła duża mięsista kula, poczem nastąpiły obfite wypróżnienia, a w kilka dni potem, wszystko powróciło do zwykłego stanu. Pod mikroskopem rozpoznano mięśniak o włóknach gładkich. Wykazawszy położenie tego guza przy pierwszym badaniu, jego przebieg, kolki jakich był przyczyną i nakoniec sposób w jaki się wydostał, widocznym jest, że w tym wypadku było do czynienia z mięśniakiem, powstałym z błony mięśniowej, podśluzowej, kiszki ślepej. Dr. E. F.

Przyczynę do kazuistyki kończystych szyszkowin (*condylomata acuminata*).—J. G r ü n f e l d Wien. med. Presse Nr. 18. 1875). Piekarz pewien na części głowy włosami pokrytej, miał 50—60 gromad bujających kończystych szyszkowin, które, niekiedy tworząc znaczny wzniesienie, ogarniały prawie całą skórę głowy, mianowicie szczyt, i posiadały charakterystyczne znamiona brodawek wiewiórowych. Osobna gromada znajdowała się także na prawym ramieniu. Obok tego wypadku zewnątrzściowych szyszkowin pokazywał autor obrazy kończystych brodawek na prawym brzegu języka, na spojówce dolnej powieki i białkowie, dalej na błonie śluzowej cewki moczowej, w odległości 4 ctm. od ujścia (za pomocą endoskopu). Wszyscy trzej tu dotąd należący chorzy cierpieli poprzednio lub później na podobne formy choroby w częściach ściowych.

Przeczulica ściany piersiowej w stosunku do gruźlicy jagłowatej (B o u c h u t, Allg. Wien. med. Ztg. Nr. 25. 1875). Rozpoznanie ostrzej gruźlicy jagłowatej, galopujących suchot, w pierwszych chwilach jej istnienia jest nadzwyczaj trudnym i często bierze się ją za gorączkę durowatą. Autor jest tego zdania, że trwająca przeczulica ściany piersiowej i gruzelki w naczyniówce czynią rozpoznanie zupełnie pewnym. Ta przeczulica, którą autor nazywa przeczulicą klatki piersiowej (*hyperaesthesia thoracica*), jest właściwą ostrzej gruźlicy, i znalazł on ją we wszystkich wypadkach tego cierpienia, a nigdy w wypadkach durzycy. Dotknięcie się palcami klatki piersiowej sprawia chorem znaczne boleści, a opukiwania znieść nie mogą. W durzycy, mówi autor, przeczulica przy ciężkich wypadkach dotyczy całej powierzchni skóry, tak kończyn, jak piersi, nie ogranicza się jedynie na klatkę piersiową, i nie miała też dla niej żadnego szczególnego znaczenia. Tak samo ma się rzecz z gruźliczem zapaleniem błon mózgowych, przy którym przeczulica bywa ogólną, a nie częściową. Jeśli tedy przy cierpieniu z charakterem durowatym napotykamy przeczulicę klatki piersiowej, która się nie łączy z przeczulicą pozostałego ciała, to słusznie można wnioskować o suchem zapaleniu opłucnej (*pleuritis sicca*) i o ostrzej gruźlicy płuc.

Sporysz przeciwko cukrzycy. Dr H a s s e (Corresp. Blätter des allgem. ärztl. Vereins von Thüringen Nr. 6. 1875) przeciwko cukrzycy zaleca bardzo sporysz, przy czem nadmieniam, że małe i rzadkie dawki sporyszu nie dawały nigdy tak pomyślnego rezultatu, jak dawki większe. Zazwyczaj podawał on: Rp. *extr. sec. cornuti*, *extr. hyoscyami ana 1,0*, *liq. kal. acet. 25,0*, *aquae foeniculi 50,0*. D. S. Co trzy godziny łyżkę stołową. Chorzy zapewniali, że przy środku tym mają się lepiej, aniżeli przy poprzedzających kuracjach wodą Karlsbadzką, gliceryną i kwasem karbolowym.

Wilki sromu (B e r n u t z, Arch. d. Tokologie I. 1874). W ogóle rzadkie wypadki wilka w sromie autor spostrzegł pięć razy. Opisuje on najprzód rozmaite formy wilka i w końcu opowiada przebieg chorobowy wypadku, który nie dawno temu spostrzegł, a w którym chodziło o powikłanie *lupus hypertrophicus* z *lupus exulcerans* w wejściu pochwy. Po wycięciu jednej i energicznym przyżegnaniu drugiej części, cierpienie polepszyło się znacznie.

Wymiotnica jako środek inhalacyjny (M u r r e l, France méd. 43. 1875—Berl. Klin. Woch. Nr. 23. 1875). Autor zaleca wzięcia wymiotnicy przeciwko zapaleniu oskrzeli z dusznością. Dziwna rzecz, że do pomyslnych rezultatów dochodził tylko przy kaszlu zimą. Używa zaś *vinum ipecacuanhae* i pospolicie przetwór ten mięsza z 1—2 częściami wody, na dzień jednakże nie podaje więcej nad 2—7 gramów wymiotnicy.

Trzecie ząbkowanie w dziewięćdziesiątym roku życia. Ten nadzwyczaj rzadki wypadek spostrzeżono w jednym z paryzkich szpitalów u zakonnicy, która w 90-tym roku życia swego dostała na nowo wszystkie zęby; już w roku 47 i 63 życia swego ukazały się u niej już raz nowe zęby. Przewodniczący tego zakładu (szpitala dla nieuleczalnych) miał sposobność spostrzegać sam to rzadkie ząbkowanie i z okazji swego referatu do akademii umiejętności przytacza, że podobne wypadki, choć w nie tak późnym wieku, widzieli także H u n t e r, J o b e r t d e L a m b a l l e i P e t r e q u i n.

Przyczynek do nauki o operowaniu przetok pęcherzowych (W a l t e r, Dorpater med. Ztschr. V. 334—343—Centralbl. f. d. med. Wissenschaft. 29. 1875). W dotyczącym wypadku chodzi o bardzo rzadką, bezpośrednio z pęcherza moczowego do jamy macicznej prowadzącą przetokę, która się u 35 letniej rodzącej poraz trzeci wytworzyła po opóźnionym porodzie i leżała 5 mm. ponad zewnętrznym ujściem macicznym w rozległości 1 ctm. Chociaż według prawdopodobieństwa byłoby się dało bezpośrednio zamknąć przetokę, to jednakże autor z obawy, ażeby nie zranić otrzewny, wolał zaszyć ujście maciczne (druga to tego rodzaju operacja znana w literaturze; pierwszą dokonał S i m o n), co uskutecznił rozdzieliwszy część pochwową i odświeżywszy brzegi ust macicznych, poczem założył 9 szwów jedwabnych. Zupełne uleczenie. Pacjentka w 14 miesięcy potem zmarła na suchoty. Przy oględzinach pośmiertnych wykazało się, że zanikła część pochwowa była silnie blizną zamknięta, że tuż do otrzewnej sięgająca przetoka zamieniła się w dziurkę wielkości grochu polnego, że wreszcie błona śluzowa macicy była zupełnie zdrowa.

O podwiązaniu tętnic przy rakach (L'Union méd. 1825. Nr. 4). G i l e t t e u trzech osób cierpiących na raka języka widział bardzo pomyslnie rezultaty po podwiązaniu tętnic. Wazniejszym od tych wypadków, których końca ostatecznego autor nie spostrzegał, jest przez L a u n e l o n g u e'a wykonane podwiązanie tętnicy nasiennej (*art. spermatica*) przy nader wielkiej narośli w jądrze, którą uważano za raka włóknistego (*scirrhus*). Po operacji najprzód zmniejszył się guz, który w rok później posiadał jeszcze zaledwie $\frac{1}{5}$ swój pierwotnej wielkości, a potem stan zdrowia u chorego polepszył się znacznie.

Wypadek oddechania powietrzem w macicy (H o f f m a n n. Eulenburgs Vierteljahrschr. f. gerichtl. Med. 1875. XXII. 59—71.—Centralbl. f. d. med. Wiss. 1875. Nr. 29). Do małej liczby tego rodzaju wypadków autor dodaje nowy, w którym u nieżywo urodzonego dziecka przez próbę płucną dało się rozpoznać, że podczas porodu w macicy oddechało powietrzem. Według nowszych badań co do łatwego wytwarzania się ujemnego ciśnienia w organach brzusznych nie trudnym wytłumaczyć sobie wnikanie powietrza, ponieważ do tego potrzeba tylko ażeby rodząca częścią zmieniała swe położenie, zwłaszcza jeśli równocześnie ściany macicy i powłok brzusznych są mniej odporne i usta maciczne niedostatecznie zamknięte. Autor wykazuje, że warunki te, chociaż rzadko, jednakże także przy tajemnych porodach zachodzić mogą, tak iż pod względem prawnym w pojedynczych wypadkach na możebność oddechania powietrzem w macicy zważać należy.

Sprostowanie. W Nrze 3 G. L. na stron. 39, w tabelce, zamiast wyrazu „*Schefmingen*“ czytać należy „*Scheveningen*“.

Redaktor i wydawca Prof. Dr G i r s z t o w t.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364 (nowy 1), mieszkania Nr 6.

W Druk. Gaz. Lek. Ul. Śto Krzyzka Nr 9. Дозволено Цензурою, Варшава 10 (22) Іюля 1875.