

GAZETA LEKARSKA

I. Z KLINIKI CHORÓB WEWNĘTRZNYCH UNIW. JAG. RADCY DWORU
PROF. DRA EDWARDA KORCZYŃSKIEGO.

O nowszych sposobach badania chorób nerkowych i sprawności wydzielniczej nerek.

Napisał

dr Józef Latkowski,

I asystent kliniki.

Badanie chorób nerkowych w ostatnich czasach zrobiło znaczny postęp od czasu prac KORANY'ego, odnoszących się do badania stężenia osmotycznego moczu i krwi. Przez oznaczenie punktu zamarzania krwi i moczu można obecnie oznaczyć przepuszczalność nerek dla rozpuszczonych drobiny rozmaitych ciał, wydzielanych przez nerki, jakoteż można spostrzegać zaburzenia w wydzielaniu wody. Sposoby te dają nam możliwość ocenienia stanu nerek podczas ich pracy, a przez to posuwają naprzód dotychczasowe metody rozpoznawcze. Wprawdzie o czynności wydzielniczej nerek można do pewnego stopnia wnosić z zachowania się ilości moczu i badania chemicznego, mikroskopowego i bakteriologicznego, to jednak w wielu bardzo przypadkach nie można z całą ścisłością ocenić stanu nerek i ich sprawności fizjologicznej, ponieważ nie wszystkie zmiany czynności nerek dadzą się w ten sposób uchwycić.

Z badania moczu nie możemy przedewszystkiem wiedzieć, czy praca nerek jest dla ustroju dostateczną, a tem więcej nie możemy wiedzieć, czy każda nerka z osobna spełnia swe funkcje należycie. Tak zwane fizyczne sposoby badania nie dają nam również w tym kierunku wyjaśnienia, bo ani oglądaniem, ani omacywaniem, ani opukiwaniem nie można się przekonać o sprawności nerek.

W niniejszej pracy starałem się zestawić wszystkie sposoby badania chorób nerkowych, obecnie w krakowskiej Klinice chorób wewnętrznych używane, i ocenić je na podstawie materiału, zebranego w ostatnich latach.

Zanim przejdziemy do nowszych sposobów badania nerek, zastanówmy się po kolei nad wszystkimi dotychczasowymi sposobami badania ich, aby je tem krytyczniej ocenić i uzyskać dokładny pogląd na metody rozpoznawcze chorób nerkowych. Z fizycznych sposobów badania należy obecnie wyłączyć opukiwanie nerek, gdyż metoda ta zazwyczaj nie daje żadnych rezultatów. Nerki bowiem leżą przykryte z jednej strony jelitami, z drugiej zaś tak grubą warstwą mięśni, że ich ani od przodu, ani od tyłu wypukać nie można. Tylko w przypadkach dużych guzów nerkowych można wykazać stłumienie odgłosu wypukowego w podżebrzu, lub w okolicy lędźwiowej na zewnątrz od mięśni lędźwiowych. W tych przypadkach jednak możemy zapomocą omacywania guz taki z łatwością wysledzić. Oglądaniem również bardzo rzadko spostrzedz można wypuklenie w okolicy lędźwiowej, wskazujące na powiększenie nerki; częściej może występuje skurcz mięśni brzusznych po jednej stronie, jako objaw bolesności nerki w rozmaitych chorobach nerkowych, jak np. w kamieniach nerkowych, w kolce nerkowej, w zapaleniu miedniczki nerkowej i t. p. Skurcz ten nie jest jednak objawem, występującym tylko przy bólach nerkowych, gdyż może się zjawić przy każdym ognisku zapalnym, znajdującem się po tej samej stronie w głębi jamy brzusznej.

Pewniejszą metodą badania jest omacywanie. Zapomocą tego sposobu możemy wykazać zmiany w kształcie nerki, w jej konsystencji, ruchomości, przemieszczeniu, możemy wykazać jej powiększenie, bolesność, lub wytworzenie się guzów. Badanie to trzeba wykonywać zawsze oburęcznie w położeniu grzbietowem chorych [u nas najczęściej używanem], rzadziej w położeniu bocznem, lub półbocznem. Również trzeba korzystać z chwili głębokiego wdechu, gdyż podczas niego nerka obsuwa się ku dołowi, a wtedy najłatwiej ją uchwycić. Do pokonania napięcia mięśni można z korzyścią użyć kąpieli ciepłej. Również należy wypróżnić jelita przed badaniem, aby wzdęcie, pochodzące od kiszek, nie utrudniało nam obmacywania nerek. Używanie uspienia chloroformowego celem pokonania napięcia mięśni i dokładniejszego obmacania nerek, należy obecnie ograniczyć, gdyż badaniem tem nie osiągniemy znacznych wyników. Można jeszcze użyć wstrząsania okolicy nerkowej [GOLDFLAM] przez uderzanie w okolicę nerki od tyłu, przyczem pojawia się ból w razie cierpienia nerki, podczas gdy nerki zdrowe nie oddziałują na to wstrząśnienie. Zapomocą omacywania możemy przekonać się czasami o jednostronnem cierpieniu nerek, jeżeli jednak obie nerki są chore, nie możemy podać stopnia ich zmian chorobowych. Sposób jednak tego badania jest najprostszy, dający często wskazówki do dokładniejszego zbadania i nie należy go nigdy pomijać. Zapomocą badania przez pochwę i odbytnicę nie możemy wiele przekonać się o stanie nerek; tylko w przypadkach znacznego przemieszczenia, można w ten sposób nerkę wysledzić. Metoda zaś SIMON'a badania przez odbytnicę przy wprowadzaniu całej ręki jest zanadto poważnym zabiegiem dyagnostycznym, aby ją zalecić. Celem przekonania się, czy ciało badane jest istotnie nerką,

używamy wyjęcia jelita grubego przez kışzkę stolcową. Jeśli ciało badane zniknie pod wpływem tego wyjęcia, przekonywa nas to, że mamy do czynienia z nerką; jeżeli nie znika, nie można twierdzić, iż nie jest nerką, gdyż w przypadkach chorobowych nerka może być zrośnięta z otoczeniem i nie przesuwają się.

Badanie promieniami ROENTGEN'a w chorobach nerkowych może posłużyć tylko do wykazania kamieni nerkowych. Badanie to jednak jest bardzo uciążliwe i wymaga wiele czasu i kilkakrotnych zdjęć. Naprzód należy wykonać zdjęcie ogólne z całej okolicy nerkowej. Przy takim zdjęciu może być położenie na brzuch korzystniejsze, szczególnie u ludzi otyłych, ponieważ w ten sposób jelita zostają uciśnięte i rozpraszanie się promieni w ciele chorego jest mniejsze. Jeżeli w ten sposób nie uzyskujemy dobrego obrazu, wtedy możemy zdjęcie powtórzyć lub do następnego zdjęcia użyć blend uciskowych według ALBERS'a-SCHOENBERG'a.

Używając blend uciskowych, należy wykonać kilka zdjęć z okolicy nerkowej. Tym sposobem możemy wykazać małe nawet kamienie nerkowe, ponieważ przy użyciu blend rozpraszanie światła jest mniejsze i nawet kamienie moczanowe można w ten sposób wyśledzić. Najłatwiej można wykazać kamienie, składające się ze szczawianu wapniowego, trudniej jest wykazać kamienie, składające się z fosforanu wapnia, węglanu i kamienie moczanowe. Obecnie już większa część autorów, jak RUMPEL, KIENBOECK, LLABERIA i inni, twierdzi, iż w każdym przypadku kamieni nerkowych można je na fotogramie otrzymać, ujemny wynik zaś przy kilkakrotnych zdjęciach świadczy o nieobecności kamieni w nerce.

Wraz z postępem aseptyki chirurdzy starali się przy operacjach nerkowych przekonać się o stanie nerek i w tym celu odsłaniali nerkę, jak np. SIMON, zapomocą cięcia dyagnostycznego lędźwiowego. Inni, jak KOCHER, starali się przez omacanie drugiej nerki po przecięciu otrzewnej przekonać się o jej stanie. Niezadługo jednak przypadki śmiertelne przekonały chirurgów, iż metoda ta również nie jest pewną, gdyż nie tylko omacywanie, ale nawet przecięcie nerki nie jest w stanie dać pewności, czy badana nerka jest zdrowa. Nawet katetyzowanie moczowodów i otrzymanie moczu prawidłowego z drugiej nerki nie daje tej rękojmi, jak tego dowodzi przypadek GERSUNY'ego. Przy przecięciu nerki możemy nie trafić na ognisko chorobowe, np. nowotworowe; otwieranie zaś jamy brzusznej jest zabiegiem zanadto poważnym, aby na nie chorych w celach rozpoznawczych narażać, tembardziej, że przez omacywanie niezawsze możemy się przekonać o stanie mięszu nerki. Zdarzało się bowiem, że ciało, uważane za nerkę zdrową, było nerką zmienioną, lub tylko kawałkiem tłuszczu, jak tego spostrzeżenia chirurgów dowodzą. Chirurdzy, zajmując się od dawna badaniem nerek w celu leczniczym, używali jeszcze przed wprowadzeniem cystoskopu rozmaitych metod, przy pomocy których badali wydzielinę każdej nerki z osobna. A mianowicie, odsłaniali moczowody drogą operacyjną, otwierali pęcherz i oglądali ujście moczowodów, zaciskali moczowód na ślepo lub sondowali moczowody pod kontrolą palca, a nawet pod kontrolą wzroku, mianowicie u kobiet przy równoczesnem rozszerzeniu cewki mo-

czowej. Sposoby jednak te były albo za trudne, albo niepewne, albo wreszcie ryzykowne.

Dlatego dopiero po wynalezieniu cystoskopu rozpowszechniło się badanie dokładniejsze nerek. Obecnie można śmiało powiedzieć, że w przeważnej liczbie chorób nerkowych nie można rozpoznania postawić bez użycia cystoskopu, oglądając bowiem ściany pęcherza, możemy na pewno stwierdzić, czy zmiany moczu odpowiadają chorobie pęcherza, czy nerek.

Oprócz zmian chorobowych pęcherza, możemy cystoskopem widzieć ujścia moczowodów w pęcherzu, a także przekonać się, czy z nich moczu wypływa. Zwykle też przy braku jednej nerki niema odpowiedniego moczowodu, a zatem już z badania samego pęcherza można w wyjątkowych przypadkach wnosić o zachowaniu się nerki. Jakkolwiek cystoskop jest przyrządem niezbędnym do badania w celu rozpoznawania chorób nerkowych chirurgicznych, to jednak czasami nie możemy go użyć, a mianowicie: przy zwężeniach cewki moczowej, przy przeroście znacznym gruczołu krokowego, przy daleko posuniętym niezycie pęcherza, na tle gruźlicy, przy pęcherzu beleczkowatym, w końcu przy silnych krwotokach. W przypadkach tych albo nie możemy wprowadzić cystoskopu, albo z powodu zmniejszenia się pojemności pęcherza możemy nie widzieć szczegółów, lub wskutek mętnej i krwawej zawartości również nie możemy dostrzedz ścian pęcherza, wreszcie wskutek bolesności nawet po znieczuleniu kokainą może być to badanie niemożliwe. W końcu cystoskop ma tę ujemną stronę, że do badania nim trzeba pewnej wprawy. W większości jednak przypadków oddaje nam cystoskop znaczne usługi, jak to mogliśmy się przekonać na materiale krakowskiej Kliniki chorób wewnętrznych w ostatnich latach. Szczególniej przy krwotokach dróg moczowych badanie cystoskopem jest konieczne, a zaniechanie tego badania może doprowadzić do mylnego rozpoznania, jak tego dowodzi przypadek, spostrzegany w naszej klinice.

I. Chory I. S. (*papilloma vesicae*). Od 6-u lat krwotoki moczowe, co kilka miesięcy występujące. Na podstawie badania promieniami ROENTGEN'a podejrzano kamienie w miedniczce nerki prawej. 14.VIII. 1902 wykonano poza kliniką przecięcie nerki, kamieni jednak nie znaleziono. W 4 miesiące później krwotoki ponowiły się; chory zgłosił się do Kliniki chorób wewnętrznych 3.III. 1903, a badanie, wykonane cystoskopem, wykazało brodawczak wielkości fasoli, po lewej stronie pęcherza się znajdujący, który był przyczyną krwotoków.

II. Chory I. F. (*tuberculosis vesicae*) zgłosił się 7.III. 1903 z powodu silnego krwotoku moczowego, po którym doznawał silnego parcia na moczu. Przy badaniu daje się wykazać, iż okolica nerki prawej jest nieco tkliwa. W moczu znaleziono prątki gruźlicze, a badanie cystoskopem wykazało w pęcherzu 3 wrzody o brzegach wyniosłych i o dnie szaro zabarwionem, nierównem, kraterowatym. Błona śluzowa w okolicy wrzodów na szczytach fałdów zaczerwieniona i obrzmiała. Ujścia moczowodów prawidłowe.

III. Chora S. A. (*papilloma vesicae*) zgłasza się do kliniki 9.II. 1903 z powodu pojawiających się o k r e s o w o od 3-ich lat krwawień z dróg mo-

czowych, którym towarzyszą bóle w okolicy krzyża, parcie na mocz, niestale i rzadko występujące. Badanie cystoskopem wykazuje brodawczak na ścianie pęcherza silnie unaczyniony.

IV. Chory L. B. (*papilloma vesicae*) zgłasza się 9.II. 1903, podając, iż od 4-ch lat miewa krwotoki moczowe, szczególnie po silniejszej pracy, którym początkowo towarzyszyło parcie na mocz; obecnie parcia niema. Badanie cystoskopem wykazuje na ścianie lewej od góry i od przodu wyrosłe brodawkowate barwy żółto różowej, na których można dostrzedz przebiegające naczynia.

V. Chory K. O. (*carcinoma vesicae*), przyjęty 2.III. 1903; od 6-u miesięcy parcie na mocz, bóle przy oddawaniu moczu i po oddaniu. Od miesiąca chory nie może utrzymać moczu, mocz zaś odchodzi kroplami. Badanie przez odbytnicę wykazuje guz w okolicy pęcherza, a badanie cystoskopem wykazuje, iż ściana przednia pęcherza jest na znacznej przestrzeni owrzodziła. Owrzodzenia te mają dno nierówne, naciekle, obok zaś owrzodzeń znajdują się znaczne wybulałości.

VI. Chory T. C. (*neoplasma malign. vesicae*) przyjęty 30.I. 1904; od 2-ch miesięcy krwotoki moczowe połączone z parciem na mocz. Badanie cystoskopem wykazało naciek płaski na dnie pęcherza w okolicy trójkąta LIEBTAUD'a — barwy czerwono-szarej. W okolicy ujścia moczowodu prawego owrzodzenie o dnie i brzegach nierównych, pokrytych szarawą wydzieliną.

VII. Chory I. P. (*carcinoma vesicae*), przyjęty 16.II. 1904; od 4-ch miesięcy parcie na mocz, od kilku tygodni krew w moczu. Badanie cystoskopem wykazuje obecność nacieku rozlanego, wyniosłego o powierzchni nierównej. Badanie histologiczne wykazuje rtkanie rakowe.

VIII. Chora P. C. (*cystitis gonorrhoeica chronica, papillom. ves. multipl.*), przyjęta 4.V. 1903; od 5-u lat parcie na mocz, częste oddawanie moczu. U chorej poprzednio rozpoznawano gdzieindziej zapalenie pęcherza i miedniczek nerkowych. Chora skarży się na bóle w okolicy nerek. Badanie bakteriologiczne wykazuje gonokoki. Badanie cystoskopem wykazuje liczne wyrosłe długie na dnie pęcherza, błona śluzowa pęcherza silnie przekrwiona, fałdy błony śluzowej szerokie, żywo czerwono zabarwione, w niektórych miejscach wynaczynienia i plamy szaro zabarwione, ujścia moczowodów prawidłowe. Po operacyjnem usunięciu brodawczaków i wyskrobaniu błony śluzowej pęcherza w Klinice chirurgicznej, stan chorej w zupełności poprawił się. Badanie czynności nerek nie wykazywało zmian.

W wymienionych tu przypadkach rozpoznania bez użycia cystoskopu postawić nie można było. W przypadku I rozpoznanie było poprzednio gdzieindziej mylnie postawione, a z wywiadów i badania fizycznego nie można było twierdzić, iż miejscem choroby jest pęcherz. Sposób krwawienia nie zawsze był tu dla krwotoków pęcherza charakterystyczny. Ilość białka była w przypadkach I, II, VI, VII znacznie większą, niż to odpowiadało ilości krwi zawartej i mogła wskazywać na białkomocz nerkowy. W przypadku II-im znaleziono skrzepy duże, mogące kształtem odpowiadać odlewom miedniczki nerkowej.

W przypadku III-im znaleziono nieliczne wałeczki szkliste i ziarniste, co mogło przemawiać za zajęciem nerek. Badanie jednak cystoskopem wyjaśniło przyczynę krwotoków, a zupełne wyzdrowienie chorej po operacyjnem usunięciu brodawczaka potwierdziło rozpoznanie. W przypadku V-ym byłoby wprost niemożliwem wyjaśnić przyczynę niemożności zatrzymania moczu, gdyby nie wykazano, iż nowotwór zajmował szyjkę pęcherza i zniszczył zwieracz pęcherza.

Rodzaj krwotoków i sposób krwawienia był ogromnie różny; w przypadku I-ym, II-im, IV-ym krwotoki były bardzo obfite i wywołały znaczną niedokrwistość [I—40% hemoglobiny, IV—20% hemoglobiny]. W przypadku VIII-ym mocz krwi nie zawierał. W przypadku V-ym pomimo rozległego nacieku nowotworowego mocz był barwy winno - żółtej i zawierał nieliczne tylko krążki krwi czerwone. Tylko w przypadku VI-ym krwawienie miało charakter krwawienia pęcherzowego. Oddziaływanie moczu również nie dawało żadnych wskazówek rozpoznawczych. W przypadku VIII-ym pomimo znacznego nieżyty pęcherza było oddziaływanie moczu kwaśne, a tylko w przypadku V-ym obojętne lub zasadowe przy obecności nowotworu.

Wywiady w naszych przypadkach nie naprowadzały na rozpoznanie choroby pęcherza, nawet w kilku przypadkach poprzednie badanie lekarskie przechylało rozpoznanie na chorobę nerek.

Na podstawie tych spostrzeżeń klinicznych i wielu innych doszliśmy, zgodnie zresztą z zapatrywaniem autorów, zajmujących się badaniem chorób narządu moczowego, iż używanie cystoskopu jest niezbędnem w rozróżnianiu chorób pęcherza od chorób nerek. Przy małej pojemności pęcherza i znacznej jego bolesności stosujemy znieczulenie kokainą lub antypiryną. Celem usunięcia zawartości mętnej lub krwawej przepłukujemy pęcherz roztworem 3%-ym kwasu bornego; w razie znaczniejszego krwawienia staramy się okres krwotoku przeczekać, a gdy konieczność nas zmusza do szybszego badania, używamy 1%-ego roztworu adrenaliny do powstrzymania krwawienia, co nam w wielu przypadkach dobre oddaje usługi. Można też używać cystoskopu z odpowiedniem urządzeniem do przepłukiwania pęcherza podczas badania.

Jak dotąd widzieliśmy, cystoskopia daje nam już pewne wskazówki co do zachowania się nerek, a względnie moczowodów. Cystoskopem możemy bowiem widzieć wypływający mocz z moczowodów. W razie braku jednego moczowodu możemy podejrzewać nieobecność odpowiedniej nerki, są to jednak przypadki bardzo rzadkie. Wiemy też, że przy gruźlicy nerek często bywa gruźlica pęcherza [według KUEMMEL'a prawie zawsze], lecz na podstawie takich objawów jeszcze rozpoznawać choroby nerek nie można.

Chcąc więc rozpoznać chorobę nerek, a szczególnie chorobę nerek jednostronną lub przy obustronnych zmianach określić stopień zmiany patologicznej, musimy odprowadzić mocz z każdej nerki z osobna, a do tego używamy katetyzowania moczowodów i tak zwanych rozdzielaczy moczu. Katetyzowanie moczowodów jest sposobem dokładniejszym, lecz zarazem trudniejszym; obok tego przy zmianach chorobowych w pęcherzu, jak np. w gruźli-

cy pęcherza i w rzeźączce możemy z pęcherza przenieść sprawę chorobową na nerki. Dalej, kateterem możemy zranić moczowód, przezco przynosimy szkodę choremu, a domieszka krwi w moczu może naprowadzić nas na fałszywe wnioski. Również w wyjątkowych razach mogą być ujścia moczowodów tak w fałdach błony śluzowej ukryte, że ich nie można dostrzedz, tem mniej kateteryzować; dalej, fałdy, zgięcia i zwężenia moczowodów mogą uniemożliwić wprowadzenie kateteru. W obec tych ujemnych stron kateteryzowania moczowodów, przyrządy, zapomocą których możemy podzielić pęcherz na dwie części, zyskały sobie licznych zwolenników. Pierwsze takie przyrządy zbudowali NEUMAN i HARRIS. NEUMAN podał przyrząd na 8 ctm. długi, który wprowadzony do pęcherza kobiety i przyciskany od pochwy do spojenia łonowego, dzielić miał pęcherz na 2 zamknięte połowy. Przyrząd HARRIS'a ma tę zaletę, że można go stosować tak u kobiet, jak i u mężczyzn. Jest to cewnik, składający się z 2 ch połówek, które wprowadzone do pęcherza można rozłożyć na dwie połowy; równocześnie wprowadzona do odbytnicy lub do pochwy dźwignia łopatkowa unosi tylną ścianę pęcherza w formie listwy pomiędzy ujściami moczowodów. W ten sposób wytwarzają się w pęcherzu dwa jeziora, w których nurzają się końce przyrządu. W ostatnich czasach obmyśliłi nowe przyrządy LUYs i CATHELIN.

Przyrząd LUYs'a składa się z 3-ch ze sobą połączonych części, dwóch metalowych cewników i części środkowej, w której znajduje się łańcuszek, napinający się zapomocą śruby, a przez napięcie to rozciąga się na nim rozpięta błonka. Katetery mają okienka na wewnętrznej stronie niedaleko dzioba. Przy użyciu tego przyrządu trzeba uważać, aby jego wypukłość przylegała do dna pęcherza, co można uzyskać przez ucisk lekki. Przyrząd LUYs'a ma zgięcie wedle BENIQUE'go i odpowiada 21-mu numerowi skali CHARRIÈR'a. W ostatnich czasach zmniejszono grubość przyrządu na № 15-y skali CHARRIÈR'a. CATHELIN podał inny separator, który może być zastosowany do różnej pojemności pęcherza. Ma on kształt kateteru o wielkim kalibrze, z kanałem po środku, służącym do przeprowadzenia błonki i mandrynu, na którym błonka jest przymocowana. Przy przesuwaniu mandrynu błonka ta rozciąga się lub zwija i chowa w kanał wewnątrz kateteru. Na końcu mandrynu znajduje się skala, według której można błonę wysunąć stosownie do pojemności pęcherza. Po bokach przyrządu znajdują się dwa metalowe cewniki, obracające się naokoło osi podłużnej, które po wprowadzeniu przyrządu do pęcherza zwracają się do dna pęcherza, błona zaś wysunięta tworzy przedział między nimi. Wreszcie KOCH podał w ostatnich czasach przyrząd, który jest zbudowany na podobnej zasadzie do przyrządu NEUMAN'a. W ostatnich latach używałem w Klinice chorób wewnętrznych przyrządu LUYs'a i CATHELIN'a, i na podstawie własnego doświadczenia mogę orzec, że przyrząd CATHELIN'a nie oddawał odpowiednich usług, co na Zjeździe chirurgów w r. 1903 już podniosłem. Mianowicie, kaliber tego przyrządu jest za gruby i nie do każdej cewki moczowej męskiej można go wprowadzić. Przy wprowadzeniu tego przyrządu chorzy skarżą się prawie zawsze na ból, również ból odczuwają przy obracaniu kateterów metalowych. W przypadkach nieżyty pęcherza i małej jego pojemności rozciąganie błony

dzielącej pęcherz i obracanie kateterów bywa tak bolesnem nawet po znieczuleniu kokainą, iż musiałem kateter po krótkim czasie wyjmować, a chorzy nie chcieli się zgodzić na powtórzenie tego zabiegu. Cewniki metalowe mają tak małe światło, iż przy obecności ropy lub krwi w moczu światło ich często się zatyka i mocz nie odpływa. W końcu błona, dzieląca pęcherz, nie bardzo szczelnie przylega, rozdzielenie więc moczu nie jest dokładne. Jeżeli bowiem wstrzykujemy roztwór błękitu metylenowego po jednej stronie przez kateter do pęcherza, to wkrótce po drugiej stronie odpływa ciecz błękitna.

Przyrząd Luys'a oddawał nam lepsze usługi. W szeregu przypadków mogliśmy nim przeprowadzić separację moczu. Przyrząd ten da się łatwo nawet u mężczyzny wprowadzić, a wprowadzenie go i pozostawienie w pęcherzu nie sprawia większych dolegliwości. Następujące przypadki przemawiają, iż separacja moczu przyrządem Luys'a jest możliwa.

Chora A. P. (*hydronephrosis renis dextri*). Mocz z nerki prawej zawiera białka 0,5‰, pod mikroskopem wałeczki szkliste i przyblonkowe, przyblonki nerkowe, kryształ kwasu moczowego, punkt zamarzania—0,76°; mocz nerki lewej zawiera w osadzie nieliczne ciała wypocinowe i przyblonki, punkt zamarzania—1,56°. Punkt zamarzania krwi—0,56°.

Chora A. P. (*nephrolithiasis*). Punkt zamarzania moczu nerki prawej—1,20°, nerki lewej—1,00°. Pod mikroskopem po stronie prawej, kryształ szczawianu wapnia, wałeczki, krążki krwi czerwone, przyblonki nerkowe, ciała wypocinowe. Po stronie lewej w osadzie nieliczne ciała białe. Ilość cukru po wstrzyknięciu pod skórę floryzyny w ilości 5 milig. po prawej stronie 1‰, po lewej 1,5‰.

Chora A. G. (*pyonephrosis dextra*). Po prawej stronie mocz zawiera ropę, punkt zamarzania—1,20°, pod mikroskopem liczne ciała ropne, białka 1‰, po stronie lewej mocz jasny, białka nie zawiera, punkt zamarzania—1,25°, cukru po obu stronach 1,17‰ po wstrzyknięciu floryzyny 5 milig.

Chora A. L. (*abscessus renis utriusque*). Mocz nerki prawej zawiera białka 1‰, wałeczki ziarniste i przyblonkowe, krążki krwi czerwone i przyblonki nerkowe, cukru wykazać niemożna, pomimo wstrzyknięcia 1 centigr. floryzyny. Mocz nerki lewej zawiera białka 1‰, ciała wypocinowe i czerwone, przyblonki płaskie, cukru 0,25‰.

Z tego widzimy, że separacja moczu jest przyrządem Luys'a możliwa; na podstawie tych kilku przypadków nie możemy jednak orzec, czy zawsze jest ona pewną i dokładną. Przyrząd Luys'a nie nadaje się w tych przypadkach, gdzie mamy guzy macicy lub przydatków i gdzie z tego powodu nie możemy kateteru prawidłowo założyć.

Nie można również uważać, że separator ten ma wyższość nad kateteryzowaniem moczowodów, wprowadzenie bowiem kateteru do moczowodów jest sposobem najściślejszym i nie możemy mieć żadnej wątpliwości, że mocz wypływający z kateteru jest oddzielnie zebrany. Jest to jednak sposób, wymagający znacznej wprawy i, jak to już podniosłem, niezawsze można go użyć.

[C. d. n.].

II. Intubacya i tracheotomia

na podstawie spostrzeżeń, zebranych w szpitalu dla dzieci
pod nazwą św. Zofii we Lwowie w latach 1894 — 1903.

Podał

dr Stanisław Czarnik,

ordynator szpitala.

Z początkiem roku 1896 zastosowałem w szpitalu dziecięcym św. Zofii we Lwowie intubację, genialny wynalazek amerykańskiego lekarza O'Dwyer'a przy leczeniu dławca błoniczego krtani, zwłaszcza, że wyniki po tracheotomii wcale nie były zachęcające, mimo stosowania surowicy przeciwbłoniczej. I już w krótkim czasie przekonałem się, że intubacja w wielu przypadkach może w zupełności zastąpić tracheotomię i obie te operacje dopełniając się nawzajem, mogą przynieść przy odpowiednim postawieniu wskazania wynik nadspodziewany. Wprawdzie SIEGERT, opierając się na statystyce, obejmującej 22,615 przypadków dławca, operowanych i leczonych surowicą, doszedł do wniosku, że obecnie, tak jeden, jak i drugi zabieg operacyjny daje mniej więcej tę samą odsetkę śmiertelności [34, 25%], że w szpitalach, w których w miejsce tracheotomii wykonywa się intubację, nie zmniejszyła się przeto śmiertelność i że tylko w $\frac{2}{3}$ wszystkich przypadków operowanych mimo intubacji obchodzimy się bez tracheotomii, to jednak jestem zdania, że intubacji należy oddać pierwszeństwo przed tracheotomią.

W szpitalu św. Zofii na 450 operowanych, u 157, a więc prawie u $\frac{1}{3}$, zrobiono tracheotomię, u 293 zaś chorych tylko intubację. Mimo to sądzę, że w każdym przypadku zwężenia błoniczego krtani należy próbować najpierw intubacji. Zasadniczo więc jestem za intubacją pierwotną, a to głównie z tego powodu, że nigdy z góry stanowczo osądzić się nie da, kiedy jest wskazana tracheotomia, a kiedy intubacja. Pominąwszy i tą okoliczność, z którą jednak liczyć się należy, że otoczenie chorego prędzej zgodzi się na zabieg bezkrwawy i że nie pozostawiamy dziecku blizny szpecącej je na całe życie, intubacja ma i inne dobre strony, a mianowicie: prędzej prowadzi do celu, bo najczęściej po 3—6-u dniach; jest zabiegiem łagodniejszym dla dziecka, trwa kilka minut i otwiera naturalne drogi oddechowe; nie stwarza nowej rany, do której zakażenie, zwłaszcza błonica, przylączyć się może; szczególnie w szpitalach należy się obawiać płonicy, które to powikłanie jest zawsze śmiertelne; nie wymaga asysty takiej jak tracheotomia, zabieg niekiedy bardzo trudny, zwłaszcza u małych dzieci.

To, co wyżej powiedziałem opieram na przeszło 500 w szpitalu i praktyce prywatnej przeze mnie samego wykonanych intubacjach i około 200 tracheotomiach.

Wskazania do intubacji były dla mnie te same, co i do tracheotomii. Robiłem ją w drugim okresie duszności przy znacznym stopniu zwężenia krtani, przy wybitnej sinicy, zwłaszcza wargi górnej, zapadaniu dolka szyjnego i podsercowego, rozszerzaniu się skrzydeł nosowych, tętnie przyspieszonym. Sine i chłodne kończyny, przedłużone wdechy, rozdrażnienie i niepokój chorego, rzucanie się po łóżku, są objawami już bardzo znacznej duszności i w tedy z intubacją już zwlekać nie należy.

Przyrządów do intubacji używałem tylko dwu rodzajów, mianowicie oryginalnych O'DWYER'a i francuskich BAYEUX - COLLIN'a. Te ostatnie są krótsze i grubsze, to też trudniej je wprowadzić.

Opiszę przedewszystkiem operację tak, jak ją w szpitalu wykonywałem i jak innych kolegów jej uczyłem.

Dziecko, owinięte po szyję w koc lub prześcieradło wraz z rączkami, siedzi na łonie służącej, która nóżki dziecka trzyma między swojemi kolanami. Asystent z tyłu za dzieckiem ustawiony, ręką lewą trzyma rozwieracz, umieszczony między szczękami dziecka po lewej stronie, prawą zaś ręką przytrzymuje główkę od strony prawej, tak żeby ta była lekko nachylona ku dołowi. Operator, stając naprzeciw chorego, wprowadza palec wskazujący ręki lewej do ust dziecka, przytrzymuje nagłośnię i przyciska ją lekko do podstawy języka, trzymając się przytem więcej strony prawej dziecka tak, że opuszka palca powinna spoczywać na prawem więzadle nalewkowo - nagłośniowem. W prawej ręce trzyma intubator zaopatrzony w tubus wraz z nitką, i prowadzi go wzdłuż prawej strony wskaziciela, a doszedłszy do otworu krtaniowego, unosi rączkę intubatora nieco do góry tak, że koniec tubusa wchodzi między więzadła nalewkowo - nagłośniowe. Teraz palcem lekko na główkę tubusa uciskając, strąca go zupełnie, a intubator z mandrynem cofa.

Upewniwszy się raz jeszcze wskazicielem lewym, że tubus dobrze leży, t. j. że jego główka znajduje się w otworze krtaniowym, opierając się na więzadłach fałszywych, — wyjmuję palec i operacja jest ukończona. Charakterystyczny kaszel utwierdza nas również w przekonaniu, że tubus jest w krtani. Nitki od tubusa nie usuwam, ale ją przylepcem umocowuję tuż przed uchem lewem.

W razie, gdy mam tylko jedną osobę do pomocy, intubuję dziecko w pozycji leżącej, w ten sposób, jak podaje CARSTENS: dozorczyni stoi przy łóżku w głowach dziecka i trzyma jego rączki ułożone do góry wzdłuż główki, umocowując w ten sposób główkę, a nawet i rozwieracz. Lekarz klęka prawem kolaniem na krawędzi łóżka i wykonywa operację. U bardzo niespokojnych dzieci trzecia osoba trzyma nóżki.

Z bardzo małymi wyjątkami usiłują wszystkie dzieci jak najprędzej pozbyć się tubusa, dlatego stawy w łokciach ustalamy zapomocą odpowiednich szyn z tektury w kształcie manszetów.

Żywienie chorych intubowanych nie przedstawiało mi poważniejszych trudności, a rzadko bardzo uciekałem się do karmienia sondą. Jeżeli tylko tubus dobrze leży i odpowiednio wiekowi dziecka był dobrany, żywienie pokarmami papkowatymi bardzo dobrze się udaje, gdyż dzieci, jak powiada prof. JAKUBOWSKI, wyrabiają sobie pewną metodę żręcznego przełykania pokarmów.

Również i wiek dziecka nie sprawiał mi większych trudności w intubacji. Najmłodsze intubowane miało 5 miesięcy, najmłodsze, które opuściło szpital zdrowe, liczyło 7 miesięcy.

Natychmiastowy skutek intubacji nie jest wprawdzie tak w oczy bijący, jak po tracheotomii, sinica bowiem znika zwolna, nużący kaszel trwa nieraz dość długo, w pomyślnych jednak przypadkach widzimy małych pacjentów po kilku godzinach swobodnie bawiących się w łóżku.

Na jeden szczegół muszę zwrócić uwagę, mianowicie na gorączkę. Mam w pamięci dwa przypadki, z przebiegu których wynika, że intubacja może dać powód do wysokiej nieraz gorączki. Jest to rzecz bardzo ważna, gdyż wrazie wysokiej gorączki u intubowanego, myślimy w pierwszym rzędzie o zapaleniu płuc. Pierwszy przypadek dotyczył dziecka jednorocznego; przebieg gorączki był następujący:

intubacja	1.V	zrana	—	wiecz.	ciepłota	38,6°
	2.V	"	39,2	"	"	39,5°
	3.V	"	39,2	w południe	"	39,5°

ekstubacja;
po ekstubacji o 4-ej po poł. 37,8; g. 8 — 37,8 i 4.V zrana 37°.

W 3 godziny po ekstubacji ciepłota opadła do 37,8°.

W drugim przypadku, u 4-letniej dziewczynki, po trzykroć intubowanej, za każdym razem ciepłota ciała podnosiła się do 40,0°, po każdej zaś ekstubacji po kilku godzinach spadała do normy.

Ponieważ z góry nie możemy osądzić, czy chory, nadaje się do intubacji, czy nie, a nawet tam, gdzie według naszego doświadczenia raczej byłaby wskazana tracheotomia, tylko intubacja prowadzi nas do celu, więc postanowiłem u każdego chorego, przyjętego ze zwężeniem błoniczym krtani znacznego stopnia, próbować najpierw intubacji.

Jako przeciwwskazania do intubacji uważam następujące:

- 1) Niemożność wprowadzenia tubusa.
- 2) Jeżeli tuż po wprowadzeniu tubusa stan chorego się nie poprawił lub się pogorszył.
- 3) Niesforność dziecka w takim stopniu, że bez obawy autoekstubacji nie można go pozostawić.

W tych więc razach należy wykonać tracheotomię, którą uważać należy jako tracheotomię pierwotną.

1) Niemożność wprowadzenia tubusa zdarza się najczęściej przy skurczu głośni i u dzieci umierających. Opór wskutek skurczu głośni staramy się przezwyciężyć w ten sposób, że czekamy na najbliższy głęboki wdech i wtedy zwyczajnie udaje nam się zaintubować. Jednak u 3-ch chorych, mianowicie u jednego 8 - miesięcznego, jednego 3½ roku, a jednego 7 lat liczącego, nie mogłem wprowadzić tubusa. U tego ostatniego wszedłem na fałszywe drogi,

a raniąc błonę śluzową krtani, spowodowałem odmę podskórną na szyi tułowiu i kończynach górnych. U wszystkich trzech chorych wykonałem zaraz tracheotomię.

Również bardzo trudno jest intubować dzieci w ostatnim okresie duszności [nieprzytomne, umierające], krtąń bowiem wskutek zwiózczenia mięśni chowa się niejako w ten sposób pod podstawę języka, że trudno ją odnaleźć. Z tego właśnie powodu nie mogłem wykonać intubacji u jednej pięcioletniej dziewczynki, więc przystąpiłem natychmiast do tracheotomii. Nie można jednak z tego tworzyć zasady, gdyż i w takich przypadkach udaje nam się przy pewnej wprawie niekiedy intubacja, jak nas pouczają następujące przykłady:

R. R., 5 lat, przyjęta 15.V 1900. Rozpoznanie: *croup laryngis*. Przyniesiona do szpitala w stadium zupełnej asfiksj. Po założeniu tubusa chora przestaje oddychać. Zastosowano sztuczne oddychanie i chora przychodzi powoli do siebie. 17.V *extubatio*, przyczem chora wykrztusza odlew krtani; duszność więcej nie wraca.

Zupełnie podobnie rzecz się miała u drugiej 4-letniej dziewczynki, którą przywieziono umierającą do szpitala. Chora nieprzytomna, z kończynami sine-mi i chłodnemi, sinicą ogólną, tętnem zaledwo wymacalnem, oddechem charczącym. Po założeniu tubusa, wstrzyknięciu eteru i zastosowaniu sztucznego oddychania, udało mi się ją przyprowadzić do przytomności. U chorej tej wykonałem po 4-ch dniach tracheotomię następową. Opuściła szpital z kaniulą tracheotomijną, którą po 3-ch miesiącach usunąłem.

2) Jeżeli tuż po intubacji oddychanie chorego nie poprawia się, a nawet, jak czasami, znacznie się pogarsza, mogą być tego rozmaite przyczyny. Pomijając tę okoliczność, że czasami błona dyfterytyczna, oderwana od języczka lub migdałka, zatkać może górny otwór tubusa, najczęściej oddychanie nie staje się łatwiejszem przy rozległym obrzęku części miękkich w gardle, a więc i przy obrzęku głosni. Tracheotomię z tego powodu wykonałem dwukrotnie: w pierwszym przypadku przy błonicy szkarlatynowej, powikłanej dławcem krtani, w drugim przy rozległej błonicy nosa gardła i krtani i przy przeroście równoczesnym migdałków. W obu tych razach duszność nie ustępowała mimo założenia tubusa, wskutek obrzęku więzadeł nalewkowo-nagłośniowych, które według BĄCZKIEWICZA układają się ponad główką rurki i zakrywają górny jej otwór, dalej — wskutek tego, że nie mogą oddychać nosem, chorzy otwierają usta, a dzieci nieprzytomne lub we śnie nie umieją oddychać ustami, zresztą obrzęk części miękkich w gardle jest tak silny, że tylko niedostateczna ilość powietrza dostaje się do dróg oddechowych.

Trzeci przypadek, w którym intubacja również nie dała spodziewanego wyniku, dotyczył dziecka 2½ roku liczącego, z ropniem pozagardzielowym, przyczem lewy migdałek pokryty był wypociną szarą. Ponieważ ropień znajdował się więcej od góry, tak, że go widzieć nie było można, przypuszczałem, że duszność pochodzi od dławca ze względu na wypocinę na lewym migdałku. Przy intubacji, która nie przyniosła ulgi choremu, zauważyłem ropień. Tubus cofnąłem natychmiast, ropień otworzyłem, poczem duszność ustąpiła.

Zdarza się wreszcie, że tuż po intubacji oddychanie chorego bardzo znacznie się pogarsza lub zupełnie ustaje. Wtedy należy tubus cofnąć i jeżeli chory błon nie odrzuci, co czasem się zdarza, należy natychmiast przystąpić do tracheotomii. Wówczas bowiem albo błony w tchawicy zatykają dolny otwór tubusa, albo przy intubacji zepchnęliśmy błony tak, że opadły na rozgałęzienie tchawicy, zatykają światło głównych oskrzeli i wstrzymują zupełnie oddychanie. Takie zepchnięcie błon widziałem trzykrotnie, co na 387 intubowanych w szpitalu czyni 0,7%, a więc nie zdarza się tak często.

Z. W., 21 mies., przyjęty 7.XII. 1900. Rozpoznanie: *diphtheritis, croup descend.* Po intubacji chory sinieje jeszcze więcej, usiłuje oddychać, jednak powietrze widocznie nie dostaje się do płuc, zauważyć przytem można zmianę w oczach, w których maluje się strach, a źrenice rozszerzają się. Tracheotomia natychmiast po intubacji, przyczem z tchawicy wydobywają się błony. Chory zmarł po 2-ch dniach.

M. F., 1½ r., przyjęta 15.XII. 1900. Rozpoznanie: *diphtheritis pharyngis et nasi, croup laryngis.* Po intubacji wystąpił podobny obraz, jak powyżej opisałem. Natychmiast więc wykonałem tracheotomię. Wyzdrowiała.

F. B., 1½ r., przyjęta 26.III. 1901. Rozpoznanie: *diphtheritis, croup descend.* Po intubacji przestała zupełnie oddychać. Po natychmiastowej tracheotomii i po wykrztuszeniu licznych błon oddychanie powraca. Chora zmarła jednak na drugi dzień wskutek zapalenia dławcowego oskrzeli.

Jak z powyższego widzimy, mimo tak groźnego stanu, miałem zawsze czas do wykonania tracheotomii i żaden z chorych nie zmarł mi podczas operacji. Wynika dalej z tego przestroga, że zabierając się do intubacji, powinniśmy mieć wszystko przygotowane do tracheotomii.

Zwracam raz jeszcze na to uwagę, że u wszystkich 3-ch moich chorych, gdy zauważyłem, że stan po intubacji się pogorszył, wyjąłem zaraz tubus; widząc jednak, że chory nie może już, jakto niekiedy się po ekstubacji zdarza, błon wykrztusić i oddech ustaje, przystąpiłem do tracheotomii.

BÓKAI przytacza z literatury 498 spostrzeżeń, między którymi było 18 przypadków, t. j. 3½% strącenia błon, w których zachodziła potrzeba natychmiastowej tracheotomii. Dwóch z tych chorych nie udało się przez tracheotomię do życia przyprowadzić. ADELA WEISSENBERGER z kliniki w Bazylei podaje na 124-ch chorych 6 razy, t. j. 4,8%, strącenia błon. Z tego w jednym przypadku chory po ekstubacji odrzucił błony, w 3-ch razach uratowano życie przez tracheotomię, u dwóch chorych nastąpił *exitus* mimo tracheotomii.

W końcu wykonałem w jednym przypadku tracheotomię zaraz po założeniu tubusa z powodu, że dziecko było bardzo niespokojne, rzucało się, uciekało z łóżka, niezadługo po założeniu tubusa wyjęło go sobie, więc bez obawy powtórnej autoekstubacji nie można go było pozostawić. Był to chłopak 8-letni, upośledzony na umyśle z powodu przebytego prawdopodobnie w dzieciństwie zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.

Jedną tracheotomię wykonałem w godzinę po intubacji z powodu, że ulgi w oddychaniu nie zauważyłem, sprawa bowiem chorobowa przeszła już na niższe drogi oddechowe. Tracheotomię tę liczę do pierwotnych.

T r a c h e o t o m i a n a s t ę p o w a . Pod tracheotomią następową rozumiemy trachetomię, wykonaną w kilka godzin lub w kilka dni po intubacji. Wskazania do tracheotomii następowej są następujące:

- 1) jeżeli u intubowanego sprawa chorobowa szerzy się na niższe drogi oddechowe t. j. oskrzela i płuca;
- 2) jeżeli tubus zostanie zatkany i pomimo usunięcia go i powtórne go założenia, duszność nie ustępuje;
- 3) jeżeli po kilkakrotnej ekstubacji, a najdłużej po 6-dniowej intubacji nie usuniemy zwężenia krtani, lub gdy po ekstubacji tak szybko duszność występuje, że zachodzi obawa, że nie zdążymy ponownie tubusa założyć.

Jeżeli u intubowanego dziecka sprawa chorobowa przejdzie na niższe drogi oddechowe, intubacja zwyczajnie nie wystarcza. Oddech, który tuż po intubacji poprawił się, najczęściej z końcem pierwszej doby staje się znowu przyspieszonym [około 50 na minutę]. Występuje sinica, tętno przyspieszone, niepokój, kończyny chłodne, wysoka gorączka, zapadanie skrzydeł nosowych. Zapadania dolka szyjnego i podsercowego wtedy zazwyczaj nie widzimy. Osluchując płuca, znajdziemy albo nieżyt oskrzelowy, albo osłabiony oddech po jednej stronie klatki piersiowej, lub wreszcie zapalenie płuc. Starsze dzieci skarżą się prócz tego na ból brzucha. Skoro więc wystąpią powyżej opisane objawy, przystępuję do tracheotomii, upewniwszy się przedtem, że po ekstubacji stan chorego się nie poprawił. Wprawdzie u dzieci do lat 2-ch niechętnie robię tracheotomię; ale że i dzieci w tym wieku niezawsze są stracone, pouczający przypadek:

M. B., 1½ roku liczący, przyjęty 15.V z błonicą gardła i krtani i zapaleniem zrazikowem płuc po odrze. Intubowany w dniu przyjęcia o godzinie 8-ej wieczorem. Dnia 16.V po południu stan się tak pogorszył, że na dziecku zupełnie sinem i nieprzytomnem wykonałem tracheotomię. Po 4-ech tygodniach opuściło szpital z kaniulą tracheotomijną, którą w pół roku później wyjąłem na stałe. Dodam, że u tego chorego po raz pierwszy zastosowałem tlen do wdychania z powodu bardzo rozległego zapalenia płuc zrazikowego i zdaje mi się z dobrym skutkiem.

Tracheotomia, wykonana z powodu zajęcia niższych dróg oddechowych, daje tem gorsze rokowanie, im później się ją wykonywa, dlatego należy ją robić wcześniej. Po szybkiej decyzji na tracheotomię udawało mi się niejednokrotnie i w tym ostatnim razie uratować dzieci nawet roczne. Natomiast czworo ich intubowanych z dławcem zstępującym umarło mi podczas operacji i to, rzecz dziwna, umarły mi wszystkie trz po nacięciu tchawicy. Tracheotomię zrobiłem za późno.

Jeżeli po zaintubowaniu chory jakiś czas dobrze oddycha, później nagle zaczyna się dusić, wtedy mamy do czynienia z zatkaniem tubusa albo śluzem, albo błonami, albo pokarmami, albo wreszcie, jak mi się to dwukrotnie przydarzyło, nitką tubusa, którą dziecko przegryzło. W każdym przypadku takiego nagłego duszenia się, należy tubus wyjąć i dlatego to właśnie nitki od tubusa nie wyjmuję, ale zostawiam umocowaną na policzku, aby dozorczyńni, nim

lekarz przyjdzie, mogła tubus usunąć. Jeżeli po wyjęciu tubusa okaże się, że jest on zatkany śluzem lub pokarmami, należy go oczyścić lub inny tej samej wielkości założyć, naturalnie, jeżeli wymaga tego stan choroby. Może się bowiem zdarzyć, że ponowna intubacja stanie się zbyt ciężką, jak np.:

I. F., 2½ l., rozpoznanie: *croup laryngis*. 26.II intubowana po południu; 27.II zrana nagle występuje duszność; po ekstubacji okazuje się, że tubus był zatkany śluzem. Ponieważ chora zupełnie dobrze oddycha, nie intubowano jej więcej.

Jeżeli błony dławcowe zatykają nam dolny otwór tubusa, wtedy rzecz przedstawia się znacznie poważniej. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że całe odlewy krtani i tchawicy mogą być wykrztuszone przez tubus, ale jest to rzecz względnie rzadka. W szpitalu posiadamy cały zbiór błon w ten sposób odrztuszonych, a nawet jeden odlew krtani i tchawicy dziecka 10 - miesięcznego. Ale są to rzeczy rzadkie. Często przy silnym kaszlu wylatuje wraz z błoną tubus. Najczęściej jednak dopiero po usunięciu tubusa chory odrztusza błony, a wówczas niejednokrotnie reintubacja staje się niepotrzebną.

J. B., 4 l. 11.I intubowano o 6-ej wieczorem. 12.I o 3-ej w nocy tubus wyjęto z powodu nagłej duszności. Po odrztuszeniu błon oddycha zupełnie dobrze.

H. S., 8 lat, intubowana 5.II. W pół godziny występuje nagle duszność. Po wyjęciu tubusa i odrztuszeniu odlewu krtani i tchawicy intubowałem dziecko ponownie. 7.II ekstubacja, chora oddycha swobodnie.

Intubowanemu grozi naturalnie śmierć z uduszenia, jeżeli mu natychmiast po zatkaniu tubusa przez błony nie przyjdziemy z pomocą i tubusa nie usuniemy. Takich fatalnych następstw zatkania tubusa miałem w ciągu lat 10-u dwa. Oba wydarzyły się w nocy, gdy dozorczyńni usnęła, zmęczona czuwaniem.

Jeżeli błona sterczy w dolnym otworze tubusa, można i wcześniej rozpoznać po charakterystycznym dźwięku przy wydechu lub po kaszlu. Dźwięk ten jest bardzo podobny do tego, który wywołują dzieci, grając na grzebieniach. Gdy taki kaszel usłyszymy, lub gdy nam błona już zatkała tubus, natychmiast ekstubujemy i jeżeli chory nie ma siły odrztusić błon, zakładamy szerszy a krótszy tubus francuski *Bayeux-Collijn'a*. Jeżeli i teraz jeszcze duszność nie ustępuje, przystępujemy do tracheotomii. Tracheotomię z powyższej przyczyny robiłem bardzo rzadko.

Wreszcie wspomnieć należy, że dwukrotnie przegryziona nitka od tubusa była powodem nagłej duszności. Po ekstubacji okazało się, że nitka zwinięta w kłębek zatykała górny otwór tubusa i była powodem wcale groźnych objawów. W jednym znowu przypadku okazało się, że tubus był zatkany bułką.

Tracheotomii następowej z powodu złego odżywiania się chorego intubowanego nie robiłem nigdy. Tak samo nie robiłem tracheotomii następowej z powodu wykrztuszania częstego rurki. Kilkakrotne wykrztuszenie rurki u jednego i tego samego dziecka zdarzało się u nas rzadko.

Tubus pozostawiam przez 3 dni, przekonałem się bowiem, że w większości przypadków 2 dni nie wystarczają do zupełnego usunięcia zwężenia dławcowego krtani. W wyjątkowych tylko przypadkach wystarcza jedna doba.

Przed niedawnym czasem intubowałem o godzinie 11-ej zrana dziecko 5-letnie z bardzo silną dusznością z powodu błonicy krtani. O godzinie 5-ej wieczorem usunąłem na żądanie rodziców tubus i dziecko oddałem do domu. Już po tej 6 - godzinnej intubacji stan znacznie się poprawił. Przez 3 dni jeszcze chłopak dość ciężko oddychał, ostatecznie wyzdrowiał zupełnie.

Próbowałem i tej metody, ażeby tubus wyjmować co 24 godziny, jednak musiałem ją zupełnie zarzucić, gdyż zauważyłem, że przez częste drażnienie krtani utrudnia się tylko ostateczne wyleczenie. Również wyjmowanie tubusa co 48 godzin stosowałem przez dłuższy przeciąg czasu, jednak ze skutkiem nie bardzo pomyślnym. Obecnie więc zostawiam tubus przez 3 doby, u dzieci małych, do roku, nawet przez 4 doby, a gdy po usunięciu tubusa duszność wraca czyto zaraz, czy też w parę godzin, zakładam go ponownie na przeciąg 2-u lub 3-ch dni. Gdy i w tym ostatnim razie powraca duszność po ekstubacji, wykonywam tracheotomię następową.

Sam akt ekstubacji odbywa się w ten sposób, że ucisnąwszy palcem język, pociągamy lekko w górę sznurek, umocowany do główki tubusa i zwykle usuwamy go łatwo.

Jeżeli dziecko sznurek przegryzie, posługujemy się tak zwanym ekstubatorem.

A robi się to w sposób następujący. Dziecko układa się podobnie, jak przy intubacji. Po rozwarciu jamy ust rozwieraczem, wchodzimy wskazicielem ręki lewej, szukamy otworu górnego tubusa i wprowadzamy weń karbowany koniec przyrządu. Skoro następnie pociśniemy guziczek, ramiona ekstubatora rozchodzą się i zaczepiają o ściany rurki, wtedy cofamy przyrząd wraz z tubusem.

Ekstubacja przyrządem jest zabiegiem, technicznie bardzo trudnym i dlatego właśnie, jak również i dlatego, o czym już wspominałem, że dozorczyjni może każdej chwili usunąć tubus przy nagłym zatkaniu jego światła, pozostawiam nitkę przez cały czas intubacji.

Tak zwanej ekspresyi próbowałem tylko na intubowanych zmarłych. Jest to zabieg, przy którym staramy się ksiukiem ręki prawej dolny koniec tubusa podnieść od zewnątrz do góry i przez zadrażnienie do kaszlu zmusić chorego do wyrzucenia tubusa na zewnątrz, lub też następnie wyciągnąć go przez usta.

[C. d. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

121. R. Trommsdorff. Bakteryologia chromidrozy.

Według FOURÉ'go odróżniać należy dwa rodzaje chromidrozy: czerwoną pochodzenia drobnoustrojowego, zależną od *bac. prodigiosus*, i niebieską pochodzenia chemicznego, zależną od wydzielającego się z gruczołów skórnych indykanu.

Podział ten nie wytrzymuje krytyki, gdyż było spostrzegane żółte i zielone zabarwienie potu, dalej czerwone zabarwienie niezawsze zależało od *b. prodigiosus*, a w przypadkach niebieskiego zabarwienia potu w miejsce indykanu znajdowano inne związki chemiczne: połączenie żelaza z fosforem [przypadek COLLMANN'a - SCHERER'a], pyocyjaninę [przypadek FORDOS'a].

W przypadkach niebieskiego zabarwienia potu do tej pory żadnych drobnoustrojów nie znaleziono; zależy ono prawdopodobnie od nienormalnej wydzieliny gruczołów potowych, w przypadkach zaś czerwonego lub żółtego zabarwienia potu zawsze znajdowano bakterye chromogenne rozmaitego rodzaju.

Żółte zabarwienie potu było spostrzegane przez TIRON'a, BARIÉ'go i EBERTH'a, który znajdował mało owalne bakterye, włos otaczające. CORNIL i BABES uważają *micrococcum luteum* za przyczynę żółtego zabarwienia potu. Różowo - czerwony pot spostrzegał LE ROY de MÉRICOURT, BABES, który we włosach znajdował *micrococcum haematodes*, zbliżony do *bac. prodigiosus*, HARTRELL, HOFFMANN i PICK, którzy znajdowali *bac. prodigiosum*, HARR — *bacter. auratum*.

W przypadku czerwonego zabarwienia potu, spostrzeganym przez prof. KLEIN'a, autor badał mikroskopowo włosy z pod pachy, które były zgrubiałe i otoczone żółtą masą, składającą się z koków. W hodowlach, które autor otrzymywał, można było odróżnić dwa gatunki koków: czerwone, zbliżone do *bac. rubricus*, dla których proponuje nazwę „*micrococcus chromidrogenus ruber*” i żółte, podobne do *micrococcus flavus* lub *luteus*, które autor nazywa „*micrococcus chromidrogenus citreus*”.

(Münch. medic. Wochenshr. 1904. N. 29).

J. Rosenberg.

122. J. Jadassohn. Cierpienia skóry w chorobach przemiany materji.

Pracę swą autor dzieli na 3 części: w 1-ej omawia dane, na zasadzie których możemy sądzić o przyczynowym związku pomiędzy cierpieniami skóry a chorobami przemiany materji, drogi, jakimi te ostatnie wywołują cierpienia skóry, i prawa, rządzące stosunkiem jednego do drugich; w 2-ej części rozpatruje cierpienia skóry, występujące w zboczeniach przemiany materji, i w 3-ej omawia stosunek cierpień skóry do hipotetycznych zboczeń przemiany materji, co daje się określić słowami „nauka o dyatezach”. Kryteria i metody, używane do wyjaśnienia związku pomiędzy cierpieniami skóry a zboczeniami przemiany materji, są następujące: 1) metoda kazuistyczna: w jednym lub kilku przypadkach jakiejś choroby skóry znajdujemy pewne zboczenie przemiany materji, stąd wnioskujemy o przyczynowym między-niemi związku; należy jednak pamiętać o możliwości przypadkowej koincydencji chorób, dalej o tem, iż cierpienie skóry wywołać może zboczenie przemiany materji, wreszcie, iż oba te cierpienia mogą zależeć od jednej ogólnej przyczyny. Ważniejszą jest metoda 2) — statystyczna, przy której stosowaniu również należy pamiętać o wyklu-

czeniu przypadkowej koincydencji chorób; 3) bardzo poważnem kryterium są takie zmiany w skórze, które wprost dowodzą związku z pewnem zboczeniem przemiany materii [np. złogi moczowe w skórze przy podagrze]; 4) kliniczny przebieg; 5) metoda „*ex juvantibus*“, która pozwala tylko z pewnem prawdopodobieństwem sądzić o związku przyczynowym pomiędzy cierpieniem skóry a zboczeniem przemiany materii; 6) metoda doświadczalna, która zresztą do tej pory mało przyczyniła się do wyjaśnienia cierpień skóry, zależnych od zboczeń przemiany materii; 7) metoda analogii: jeśli brak innej etyologii, i objawy skórne przemawiają za pochodzeniem toksycznym choroby, przypuścić wtedy możemy działanie autotoksyczne i istnienie choroby, przy której powstają autotoksyny. Im zgodniejsze są wyniki rozmaitych metod, tem pewniejszy jest przyczynowy związek między cierpieniem skóry a chorobą przemiany materii.

Cierpienia skóry, zależne od zboczeń przemiany materii, dzielą się na t. zw. 1) specyficzne, t. j. takie, które bez tych zboczeń nie występują, np. guziczki podagrowe, *icterus*, *xanthoma diabeticorum*, w pewnym stopniu *myxoedema*, 2) cierpienia, znajdujące się w przyczynowym związku ze zboczeniami przemiany materii, występujące jednak i u ludzi zupełnie zdrowych, jak np. *eczema*, *psoriasis*.

Przy zboczeniach przemiany materii prawdopodobnie tworzą się w organizmie jady, wywołujące zmiany w skórze, mamy więc do czynienia z t. zw. autointoksykacją. Jady te działają na skórę rozmaitemi drogami: 1) Działają bezpośrednio na skórę: a) przenikają elementy skóry lub też odkładają się pomiędzy nimi, np. *icterus*; b) drażnią zakończenia nerwów, nie wywołując widocznych zmian (*pruritus*); c) wywołują wykwity, zależne od zmian naczynioruchowych (*erythema*, *urticaria*); d) wywołują zmiany sekrecyi, przerost lub zanik gruczołów potowych i łojowych, zboczenia pigmentacji, e) mogą wreszcie tak wpłynąć na skórę, iż reaguje ona nienormalnie na niektóre zewnętrzne czynniki. 2) Autotoksyny mogą działać na skórę pośrednio, dotykając organów, których cierpienie wywołuje zmiany w skórze, np. u diabetyków *zoster* z powodu *neuritis*, albo gangrena z powodu miażdżycy. 3) Jady, krążące we krwi mogą być wydalone przez skórę i rozwinąć swą działalność chorobotwórczą przy przechodzeniu przez gruczoły, znajdujące się w skórze lub też mogą działać na skórę z zewnątrz przy wydzielaniu się z potem lub moczem. Rozumie się, iż zdarzają się często kombinacje rozmaitych sposobów działania na skórę. Prócz tego choroba wewnętrzna nieraz usposabia tylko do zmian skórnych, np. źle odżywiana skóra jest przy anemii mniej odporną przeciwko rozmaitym zewnętrznym bodźcom.

Jak wyżej powiedzieliśmy, wpływ zboczeń przemiany materii sprowadza się do autointoksykacji; działanie to jednak zależy w znacznym stopniu od niewiadomego X, które nazywamy indywidualną wrażliwością, *resp.* idiosynkrazją, w rozmaitym stopniu właściwą nie tylko rozmaitym osobnikom, lecz rozmaitym narządom tego samego osobnika, a nawet rozmaitym miejscom powierzchni skóry.

Cierpienia skóry, znajdujące się w przyczynowym związku z nieprawidłową przemianą materii, dzieli autor na 5 grup: A) Dermatozy przy chorobach przemiany materii w ścisłem znaczeniu słowa. B) Dermatozy przy chorobach narządów regulujących przemianę materii [nadnercze, gruczoł tarczowy, *hypophysis*, *genitalia*]. C) Dermatozy przy chorobach narządów, przeznaczonych do przyjmowania, przeróbki, podziału i wydalania materiału odżywczego [żółć, kiszka, wątroba, trzustka, nerki, krew]. D) Dermatozy zależne od choroby bliznowatej przemiany materii, mającej swój punkt wyjścia w chorobliwie dotkniętej tkance [dermatozy przy złośliwych nowotworach]. E) Dermatozy, z większą lub mniejszą pewnością zależne od zboczenia przemiany materii, których nie można jednak zaliczyć do żadnej z powyższych grup.

A. Z chorób przemiany materii w ścisłym znaczeniu tego słowa

1) o t y ł o ś ć znajduje się w najmniej ścisłym związku z cierpieniami skóry. Przy otyłości spotykamy często *striae*, zależne od rozdarcia tkanki elastycznej, dalej, *pruritus* i sprawy pryszczycowe, zależne nie tylko od przyczyn czysto fizycznych [tarcie i maceracja], lecz i od hyperidrozy, często spostrzeganej u ludzi otyłych. Hyperidroza według jednych jest zależną od wysiłków uwarunkowanych wagą ciała, inni znów tłómaczą ją zastojem krwi żyłnej, wywołanym tkanką tłuszczową. Przy otyłości dość często występują sprawy seboroiczne, wobec jednak tego że cierpienia te są bardzo powszednie, wątpliwym jest ich związek z otyłością. Natomiast, zdaniem autora, prócz tarcia i hyperidrozy ogólna lub też skórna anemia, występująca przy otyłości, wzmagając usposobienie do spraw pryszczycowych. Bez wątplenia u otyłych często występują pyodermy, głównie *furunculi* i *carbunculi*. Czy mamy tutaj do czynienia ze zmniejszoną odpornością organizmu, czy z trudniej dającą się przeprowadzić czystością skóry, czy też ma to związek z cukrzycą, nie łatwo jest rozstrzygnąć w każdym poszczególnym przypadku. U otyłych dość często spostrzegamy tłuszczaki, które, co prawda, niezbyt rzadko występują i u ludzi szczupłych. W ścisłym związku z otyłością jest t. zw. „*adiposis dolorosa*“, która zdaje się być identyczną z *oedème blanc et bleu* CHARCOT'a.

2) Daleko ważniejszym, a przytem trudniejszym jest omówienie sprawy stosunku dermatoz do p o d a g r y. Charakterystyczne złogi kwasu moczowego mogą występować przy objawach zapalnych lub bez nich; małe złogi w skórze występują nawet bez podrażnienia [MINKOWSKI]. Przy cierpieniach skóry u artretyków znajdowano w pęcherzach i strupach kwas moczowy [BIRD, GIGOT - SUARD, CORLETT, BULKLEY], co jednak nie dowodzi jeszcze podagrowej natury cierpienia [DYCE DUCKWORTH, MINKOWSKI, HALLOPEAU], przeciwnie, według EBSTEIN'a cierpienie skóry pomimo braku kwasu moczowego może być pochodzenia artretycznego. Specyficzną dermatozę artretyczną opisuje POSPELOW w sposób następujący: głównie na gołeniach występują brunatne plamy, przy ucisku nie zmieniające barwy, ponownie się pojawiające przy każdym napadzie; w plamach tych znajdujemy amorfny Na—urat i kryształowy kwasu moczowego. Według HUTCHINSON'a, ciemne lub niebieskawe stwardnienie skóry na kończynach, specyjalnie na dłoniach i stopach, występujące głównie u dzieci, z odziedziczonym usposobieniem artretycznym, są prawdopodobnie natury podagrowej. Liczne są cierpienia skóry, które znajdują się jakoby w przyczynowym związku z podagrą. Z rzadszych chorób wymienić można: *dermatitis herpetiformis*, *lichen*, *xeroderma*, *dermatitis exfol.*, *pityriasis rubra*, *lupus erythematodes*. Wobec rzadko występującej kombinacji jakiegokolwiek z tych chorób z podagrą, trudno jest dowieść ich przyczynowego związku. Podagra, według niektórych autorów, usposabia do *herpes zoster*; GABROD spostrzegał występującą podczas ataku podagry *acne*, a EBSTEIN uważa *acne rosacea* podagryków za *dermatitis*, resp. *lymphangitis chronica uratica*. Już niejednokrotnie zaznaczono usposobienie artretyków do czyraków i karbunkulów; WILSON wszystkie duże karbunkuly karku uważa za artretyczne. Bez wątplenia na tle podagrowem często rozwija się *pruritus localis* lub też *generalis* [BULKLEY, MORTON]. Również *urticaria* bywa nieraz pochodzenia artretycznego; DYCE DUCKWORTH po błędach dyetetycznych spostrzegał u podagryków jużto napady podagry, już też pokrzywkę. Z innych cierpień, mogących rozwinąć się na tle artretycznem, należy wspomnieć o gangrenie [MINKOWSKI], o *alopecia seborrhoica* [EBSTEIN] i o cierpieniach paznokci [łamliwość, wypadnie, *onychogryphosis*]. Bardzo ważną jest kwestya stosunku podagry do pryszczycy i łuszczycy. Dawniej przypisywano podagrze zbyt wielkie znaczenie w powstawaniu pryszczycy, obecnie jednak wiemy, iż w krajach, gdzie podagra jest bardzo częsta, pryszczycza nie jest częstszą, niż w innych krajach. MC CALL ANDERSON nie wspomina o podagrze, jako

o przyczynie pryszczycy, WILSON przypisywał podagrze w etyologii pryszczycy niezbyt wielkie znaczenie, tak samo CROCKER i LESLIE ROBERTS. Choć nie jest dowiedzione, by pryszczycą występowała, jako artetyczne cierpienie w ścisłym znaczeniu słowa [GARROD, LESLIE ROBERTS], to jednak nie podobna odmówić podagrze pewnego na nią wpływu: podagra, jako choroba ogólna, jest w stanie zmienić stosunek pomiędzy odpornością skóry a zewnętrznymi bodźcami ekzematycznymi: EBSTEIN i EHLMANN zaznaczają, iż skóra artretyków bardzo silnie reaguje na zewnętrzne bodźce, jak również na wewnętrzne użycie jodu.

Co się tyczy stosunku podagry do łuszczycy, to rozmaici autorzy rozmaicie na sprawę tę się zapatrują. RASCH na 29-u przypadków łuszczycy u 14-u stwierdził usposobienie artretyczne, WILSON znów na 100 przypadków łuszczycy stwierdził tylko 2 razy usposobienie do podagry, BATEMAN, GARROD, BULKLEY, LESSER, SENATOR i inni uważają kombinację obu tych cierpień za bardzo częstą. DYCE DUCKWORTH przyznaje, iż istnieje pewien związek między obu cierpieniami, lecz niezbyt ścisły. Inna jest kwestya, czy podagra wpływa na łuszczycę w sposób modyfikujący. LIVENING odróżnia 2 formy łuszczycy: jedną, spozrzaną u młodszych osobników, nie mających nic wspólnego z podagrą i drugą u starszych—więcej swędzącą i reagującą na alkalia. PEARCE wprost odróżnia artretyczną formę łuszczycy, która występuje w średnim wieku, umiejscawia się tak na zginaczach, jak i rozginaczach, komplikuje się często pryszczycą i artretycznymi napadami i daje się leczyć środkami przeciwpodagrycznymi. JADASSOHN znów spozrzał bardzo dużo przypadków łuszczycy, występujących w późniejszym wieku, bez śladów podagry, EHLMANN wreszcie podaje, że ograniczone wykwyty łuszczycowe pod wpływem ostrego napadu podagry rozszerzyły się na całe ciało.

3) Wiadomości nasze o dermatozach, występujących przy c u k r z y c y i przez nią wywoływanych, są obszerniejsze i pewniejsze. Cierpienia te i drogi, jakimi one występują, są najrozmaitsze. Ze specyficznych cierpień skóry należy wymienić *diabète bronzé* i *xanthoma diabeticorum*. *Diabète bronzé* jest to objaw hemochromatozy, której stosunek do cukrzycy nie jest zupełnie wyjaśniony. *Xanthoma diabeticorum* przedstawia się w postaci maleńkich guziczków już to czerwonych, już też żółtych, występujących głównie na rozginaczach. Należy wyjaśnić następujące kwestye:

- 1) Czy *xanthoma diabeticorum* jest indytryczne z innymi ksantomatami.
- 2) Czy jest ono w ścisłe przyczynowym związku z cukrzycą.
- 3) Co wiemy o jego patogenecie?

Jedni na zasadzie żółtej barwy, przypadkowej koincydencji i głównie histologicznej budowy utożsamiają *xanthoma diabeticorum* z innymi ksantomatami, inni znów na zasadzie właściwego obrazu klinicznego, znacznej skłonności do inwolucyi, również na zasadzie histologicznej budowy odróżniają *xanthoma diabeticorum* od innych ksantomatów. Niektórzy autorowie cierpieniu temu dają zupełnie inną nazwę: SANGSTER i CROCKER nazywa je *lichen diabeticus* lub *glycosuricus*, TÖRÖK—*eruption papuleuse à dégénération graisseuse des glycosuriques*, JOHNSTON — *dermatitis xanthelasmoides diabetica*. Kwestya identityczności, zdaniem JADASSOHN'a, nie jest jeszcze zupełnie rozstrzygniętą, choć skłania się on do zdania tych, którzy *xanthoma diabeticorum* uważają za cierpienie odmienne od innych ksantomatów. Przypuszcza on, iż specyficzną jest natura tego cierpienia na tej zasadzie, że nie było ono spozrzegane bez cukrzycy i na zasadzie dodatniego wpływu leczenia przeciwcukrzycowego. Co się tyczy patogenety *xanthoma diabeticorum*, to, zdaniem autora, prawdopodobnie pod wpływem cukrzycy, t. j. pod wpływem toksycznego bodźca [być może cukru] powstaje zapalenie w skórze, poczem następuje nacieczenie komórek tłuszczem, tworzącym się z węglowodanów.

Przy cukrzycy występuje nieraz *xerodermia*, także *pityriasis tabescentium*, co zależy od zaburzeń funkcji gruczołów potowych i łojowych; nieraz spostrzega się *hyperidrosis universalis* lub *localis*, również cierpienie włosów i paznokci. Niekiedy bardzo wczesnym objawem cukrzycy bywa *pruritus* ogólny lub też miejscowy, co tłumaczy już to działaniem toksycznym substancji [cukier?], już też suchością skóry [NOORDEN], lub wreszcie ośrodkowym podrażnieniem. Z innych dermatoz komplikujących cukrzycę należy zaznaczyć *urticaria*, *erythema*, *purpura* i *eczema*. *Urticaria* występuje bez żadnej widocznej przyczyny lub też pod wpływem zaburzeń kiszkowych, ma ona przebieg ostry lub przewlekły.

Pryszczycza jest najczęstszą dermatozą, występującą przy cukrzycy, co wytłumaczyć łatwo tem, że diabetyk wskutek otyłości, suchości skóry, niekiedy hyperidrozy, a głównie wskutek zmniejszonej odporności całego organizmu łatwiej reaguje na bodźce zewnętrzne, wywołujące pryszczycę. Niekiedy autorowie wymieniają specjalne cechy, charakteryzujące pryszczycę diabetyków: według EHRMANN'a częstą bywa pryszczycza rąk i nóg [głównie *palmae*, *plantae*, końce palców], według NAUNYN'a — symetryczna pryszczycza przedramion. Większość autorów uważa pryszczycę diabetyków za uporczywą i ustępującą dopiero pod wpływem leczenia przeciwcukrzycowego.

J. Rosenberg.

[D. n.].

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie Sekcji Ginekologicznej d. 30-go czerwca 1905 r.

1) SZYBOWSKI BR., jako gość, przedstawił potworka, pochodzącego od 34-letniej mężatki, która przedtem urodziła czworo żywych i prawidłowo zbudowanych dzieci. Potworek ów, według obliczeń matki, urodził się na 2 tygodnie wcześniej przed normalnym terminem; po urodzeniu żył 15 minut. Górna połowa potworka jest zupełnie normalna z cechami prawie zupełnej dojrzałości; dolna zaś przedstawia tylko jedną zrosniętą z dwóch kończynę, zakończoną zamiast stopy czemś w rodzaju palca. Otworów stolcowego, cewkowego, jak również organów płciowych zewnętrznych wcale nie ma. Według nomenklatury FORSTER'a należy zaliczyć potworka tego do kategorii *sympus apus*“. Przedstawiony jednocześnie rentgenogram, wykazuje prawidłową budowę kośćca w górnej połowie. W dolnej zaś istnieją dwie kości biodrowe i jedna goleniowa.

2) Z. ENDELMAN przedstawia 40-letnią pacjentkę, u której dookoła każdej brodawki piersiowej spostrzega się na obwodzie kilka wyniosłości, przedstawiających znacznie powiększone gruczoły MONTGOMERY'ego. Z gruczołów tych przy ucisku wydziela się pokarm. Na lewym gruczole piersiowym liczba ich dochodzi do 7-u, na prawym do 4-ch. Pacjentka, która odbyła już 9 porodów, nie może karmić dziecka z tego powodu, że przy ssaniu pokarm wycieka z dodatkowych brodawek. Przypadek powyższy przedstawia potwierdzenie badań PINARD'a, REIN'a i DUVAL'a, którzy wykazali, że gruczoły MONTGOMERY'ego są zaczątkowymi gruczołami mlecznymi (*glandulae lactiferae aberrantes*).

Wskutek wady rozwojowej są one w naszym przypadku przedziurawione przewodami wyprowadzającymi.

3) SAWICKI BR. przedstawia: a) Preparat dużego włókniaka, który wychodził z tylnej wargi macicy i wypełniał całą pochwę. Guz miał długości 17 ctm., a w obwodzie 35 ctm. Pochodzi on od chorej 50-letniej, która od 3-ich lat nie miesiączkowała, a od kilku tygodni dostała mocnych krwawień, które ją przyprawiły o znaczną niedokrwistość. Przy badaniu znaleziono w jamie brzusznej guz chelboczący, zajmujący dolną i środkową część brzucha, uznany za torbiel jajnika. Pochwa zaś cała dość szczelnie była wypełniona drugim guzem, obok którego można było palcem dojść aż za spojenie łonowe, do sklepienia jednak nie można było w żaden sposób się dostać. Po odsunięciu przez powłoki brzuszne torbieli ku górze, można było wyczuć guz twardy, wystający ponad spojenie łonowe na 2 palce; guz ten tworzył jedną całość z guzem, wypełniającym pochwę. Po dokonanej laparotomii usunięto torbiel, nieco zrosniętą z siecią i przednią ścianą brzucha. Okazało się wtedy, że cała mała miednica jest wypełniona innym guzem, wystającym do dużej miednicy; górną część tego guza stanowiła macica, pokrywająca go na podobieństwo czapki. Podwiązawszy więzy szerokie po obu stronach, S. przeciął je i pomiędzy listkami otrzewnej odsukał moczowody i oddzielił je aż do pęcherza, podwiązując tętnice maciczne na miejscu ich skrzyżowania się z moczowodami; następnie oddzielił pęcherz i prostnicę. Guz od strony pochwy chwycono kleszczami i pociągnięto ku dołowi; wtedy otrzewną na dnie jamy brzusznej zaszyto struną. Ścianę brzuszną zeszyto szwem trzypiętrowym. Teraz dano chorej położenie ginekologiczne, poczem S. rozkawaliwszy część guza i naciągnąwszy w kierunku podłużnym, wyciągnął go wraz z macicą na zewnątrz. Obciawszy pochwę, guz wraz z macicą usunięto. Otwór w pochwie częściowo zwężono. Chora wyzdrowiała bez powikłań.

b) Preparat macicy ciężarnej, rakowato zwyrodniałej i pękniętej przy porodzie.

W końcu października 1903 r. zapisała się na oddział S. chora 34-letnia, przysłana z prowincji z rozpoznaniem ciąży zamacicznej. Przed 9-u laty rodziła po raz pierwszy na czasie; po porodzie przeleżała w łóżku przez 4 tygodnie z powodu „zapalenia macicy“. Poza tem była zupełnie zdrowa, miesiączkowała prawidłowo. Ostatni peryod był w pierwszej połowie lipca. W połowie sierpnia zaczęły się krwawienia, które trwały 6 tygodni; w tymże czasie wystąpiły bóle w dolnej części brzucha. Od paru tygodni krwawienia ustały, lecz bóle trwały dalej. Od paru też tygodni chora czuje ruchy płodu. Przy badaniu znaleziono: brzuch umiarkowanie powiększony; w dolnej części brzucha guz miękki, sięgający do pępka; podczas badania guz twardnieje; w guzie po stronie lewej wyczuwamy części twarde, nieruchome, czyniące wrażenie drobnych części płodu. Na szyi macicznej stare zabliźnione rozdarcie, dochodzące do sklepienia. Część pochwowa szyi twarda, jakby bliznowata; powyżej tejże szyi macicy miękka. Guz, zajmujący dolną połowę brzucha, wyczuwa się dokładnie, jako miękki, balotujący; lecz w związku z nim wyczuwamy jeszcze guz inny, twardy, zaokrąglony, na 4 palce wystający ponad spojenie łonowe. Ten ostatni guz można odsunąć do góry, przyczem, zdaje się, iż szyja macicy także nieco się odsuwa ku górze. Stosunku tego guza twardego do guza głównego, miękkiego nie można było ściśle określić, pomimo, że chorą badało kilkakrotnie wielu kolegów chirurgów i akuszerów. Jedni byli zdania, że guz twardy jest główką płodu, że zatem guz miękki jest ciężarną macicą; natomiast inni uważali guz twardy za właściwy trzon macicy, guz zaś miękki za wytwór ciąży zewnątrzmacicznej; wreszcie przypuszczano nawet, że guz twardy jest włókniakiem, wychodzącym z przedniej ściany macicy ciężarnej.

W parę dni po zapisaniu się chorej do szpitala wystąpiło ponownie krwawienie; z ujścia zewnętrznego szyi usunięto sterczący kawałek tkanki, podobnej do oddzielonej błony doczesnej. Badanie drobnowidzowe wykazało, że tkanka składała się z komórek płaskich z obfitą ilością leukocytów bez śladu komórek decidualnych. W tydzień po zapisaniu się chorej wystąpiły dreszcze i podwyższenie ciepłoty przy jednoczesnych bezustannych bólach i krwawieniu, które co parę dni się powtarzało. S. był zdania, że ma do czynienia z ciążą maciczną, że guz twardy jest główką płodu, niemniej przeto nie umiał sobie wytłómaczyć gorączki, bólów i krwawienia. Wobec tego, po radzie z kolegami postanowił dłużej nie zwlekać i przystąpić do próbnej laparotomii. W jamie brzusznej znaleziono prawidłową macicę ciężarną. Przy możliwie dokładnem badaniu zwrócono uwagę tylko na ten szczegół, że prawe przymacze było jakby grubsze i twardsze, niż lewe. Jamę brzuszłą wobec tego zaszyto i postanowiono wywołać przedwczesny poród *per vias naturales*. W tym celu uchwycono twardą część pochwową kleszczykami i próbowano wprowadzić do szyi rozszerzadło metalowe. Przytem okazało się, że szyja krucha rwie się, a światło szyi zapchane czemś, co przeszkadza wprowadzeniu rozszerzadła. Gdy wreszcie udało się wprowadzić do szyi najcieńszy numer rozszerzadła, połała się z głębi gęsta ropa w ilości paru łyżek. Teraz było widocznem, że mamy do czynienia z rakiem górnej połowy szyi, a może w części i trzonu macicy. Wieczorem ciepłota obniżyła się do 36,6°. Następnego dnia zrana 38,8°, bóle w brzuchu, ból głowy. Z szyi macicznej obficie wydzieliła się ropa; szyję przemyto. W nocy przedwczesny poród płodu 6-mies., prawidłowo rozwiniętego; krwawienie niewielkie. Zrana położnica bardzo osłabiona, ma mocne bóle w brzuchu; tętno 100, nierówne, słabe; ciepłota 37,4°, odbijanie; w nocy chora zmarła. Autopsya wykazała: pęknięcie tylnej ściany szyi macicy, dolnej części macicy i górnej części pochwy. Długość rozdarcia wynosi około 8 ctm. Szyja macicy na miejscu rozdarcia znacznie ścieńczona wskutek owrzodzenia, zajmującego szyję ponad częścią pochwową i przechodzącego na dolną część tylnej ściany macicy. Grubość tkanek w tem miejscu wynosi zaledwie 3 — 4 młm. Błona słuzowa macicy i otrzewna na miejscu rozdarcia oraz w jamie DOUGLASA pokryta nalotem dyfterytycznym. Ostre zapalenie otrzewnej. Badanie drobnowidzowe wykazało w ścianach owrzodzenia budowę raka.

4) ANTECKI ST., jako gość, przedstawił preparat pękniętej macicy ciężarnej w 8-ym miesiącu ciąży. Chora 37-letnia, rodziła 2 razy żywe dzieci. Ostatni peryod miała w połowie maja, ruchy poczuła w pierwszych dniach października roku zeszłego. 12-go stycznia r. b. po południu poczuła w brzuchu gwałtowne bóle i zemdląła. Wkrótce zjawiły się wymioty. Wezwana akuszerka bóle te przyjęła za porodowe. Ponieważ jednak stan chorej stale się pogarszał, przewieziono ją do przytułku na Pradze. Badanie wykazało: chora bardzo niedokrwista, tętno 130, drobne; brzuch nadmiernie wzdęty, bolesny; granic macicy JWYCZUĆ nie można; szyja niezgładzona, ujście wewnętrzne zamknięte; przodującej części płodu nie wyczuwa się. Z rozpoznaniem pękniętej macicy przewieziono chorą do szpitala na oddział dra RAUMA, gdzie tenże natychmiast wykonał cięcie brzuszne. Z jamy brzusznej, przepełnionej płynną krwią, zmieszaną z wodami płodowymi, wyjęto płód, poczem macicę usunięto (*amputatio supravaginalis retroperitonealis*). Chora przeżyła okres pooperacyjny zupełnie pomyślnie i po 18-u dniach opuściła oddział zupełnie zdrowa. Preparat przedstawia macicę skurczoną z pęknięciem poprzecznem w dniu od jajowodu do jajowodu, o nierównych brzegach; z brzegów pęknięcia wygląda nieodklejone jeszcze całkowicie łożysko.

Drugi preparat przedstawia dużej wielkości [8½ funta] podsurowiczny włókniak macicy pojedynczy, na szerokiej szypule, wyłuszczony z dna macicy z zachowaniem jej ostatniej.

5) NATANSON A. przedstawia torbiel jajnika wielkości 1½ pięści, usuniętą w 5-ym miesiącu ciąży z powodu silnych bólów, które wywoływała. Macica uniesioną była *in toto* ku górze, tak, że część pochwowa znajdowała się na wysokości wejścia do miednicy. Guz ruchomy, przy poruszaniu nader bolesny. Przy przesuwaniu ku stronie lewej napinała się mocno szeroka szypuła; przesuwanie na prawo swobodne. Rozpoznano torbiel prawostronną. Przy operacji okazało się, że torbiel była lewostronna przy szypule długości około 20 cm; natomiast prawe przydatki zrosnięte były z torbielą tak, że po wydobyciu guza na zewnątrz ukazały się oba jajowody, przebiegające do guza. Przebieg pooperacyjny bez reakcyi. Cięża nie uległa przerwaniu. Bóle znikły bezpośrednio po operacyi.

6) KARCZEWSKI A. opisał dwa spostrzeżenia z praktyki. Pierwsze spostrzeżenie dotyczy kobiety 26-letniej, która przed dwoma laty urodziła na czasie żywe dziecko. Miesiączkowała zawsze prawidłowo. Ostatni peryod miała w marcu r. b. W d. 22-go maja jakoby spadła z kilku stopni schodów. Następnego dnia dostała mocnych bólów w dole brzucha, wymiotów i umiarkowanego krwawienia z narządów płciowych; wkrótce zjawili się częste i bolesne urynowanie. Brzuch bolesny, szczególnie w prawym dole biodrowym i prawej okolicy lędźwiowej. Prawą kończynę dolną chora utrzymuje stale zgiętą w stawie kolanowym i biodrowym. Rozginanie wywołuje ból w okolicy prawego dołu biodrowego. *Per vaginam* wyczuwa się macicę miękką, powiększoną; w prawym sklepieniu wzmocniona odporność przy ucisku. Uryna barwy ciemno-żółto-czerwonej.

Mając na względzie uraz, podawany przez chorą za przyczynę jej cierpienia, i zaburzenia w oddawaniu moczu, tudzież umiejscowienie bólu, K. sądził, że ma do czynienia z uszkodzeniem prawej nerki. 26-go maja białka oczu oraz skóra przybrały wybitne zabarwienie żółtaczkowe; brzuch wzdęty; pomimo to z prawej strony wyczuwa się w dole biodrowym wyraźne nacieczenie w postaci wału, ułożonego ukośnie, sięgającego ku górze do okolicy lędźwiowej, a z dołu wyraźnie dającego się wyczuć przez prawe i przednie sklepienie pochwy. 28-go maja ciepłota w południe 38°, tętno 120; z pochwy wydzielą się ciecz krwawa, cuchnąca. Wypływ cieczy nasunął podejrzenie co do sztucznego przerwania ciąży; chora jednak, pytana w tym kierunku, przeczy i stale utrzymuje, że spadła ze schodów.

M. Ryłko.

[C. d. u.].