

GAZETA LEKARSKA

I. O wynicowaniu i wypadnięciu cewki moczowej u kobiet.

(*Inversio cum prolapsu urethrae*).

Napisał

Józef Jaworski

Częściowe wynicowania śluzówki cewki moczowej u kobiet są zjawiskiem częstym. Zazwyczaj ulega wynicowaniu śluzówka dolnej części cewki, gdy następuje rozpulchnienie i części górnej; wówczas zdarza się, że wypada cała ściana cewki moczowej i wtedy mamy wynicowanie zupełne, t. zw. pierścieniowate, któremu KLEINWAECHTER¹⁾ nadał miano — *inversio cum prolapsu urethrae*.

Wypadnięta część śluzówki zmienia swój wygląd. Skutkiem zastoju żylnego brzęknie, bywa przekrwioną. Jeżeli wynicowanie zupełne, jako takie, trwa czas dłuższy, śluzówka pod wpływem bodźców zewnętrznych, ulega na powierzchni zmianom, które doprowadzić mogą nawet do zgorzeli. Zdarzyć się to może, gdy wypadnięta śluzówka ulega uwięzieniu. Częściej jednak długotrwałe wynicowanie prowadzi do zmian w śluzówce, analogicznych ze zmianami w śluzówce wynicowanej pochwy, t. j. śluzówka staje się suchą, twardą, wprost rogowieje, nabiera cech naskórka.

Wielkość wynicowanej zupełnie śluzówki bywa bardzo różną: od połowy fasoli do wielkości jaja kurzego. Wynicowaną śluzówkę w postaci tak wielkich guzowatości opisali: BASLER i LAWSON TAIT. W przypadku moim wynicowanie było wielkości średniej truskawki.

¹⁾ KLEINWAECHTER. Der Prolaps der weiblichen Urethra. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. T. XXII. 189 . p. 10.

Przypuszczeń, odnośnie przyczynowości cierpienia tego, istniało i po dzień dzisiejszy istnieje dużo. W obec tego, że 66% wszystkich wycicowań zupełnych słuzówki cewki spotyka się u dziewcząt młodszych ponad lat 14, starano się upatrywać [Cuzzi i ROSINELLI] w tem przyczynę cierpienia, że słuzówka cewki w wieku dziecięcym znacznie silniej od warstwy mięsnej błony słuzowej rozrośniętą bywa. Hipoteza ta nie została potwierdzoną przez inne badania. Następnie, opisane są przypadki, w których, zdaje się, i obarczenie dziedziczne odgrywać może pewną rolę w powstawaniu cierpienia. Do takich między innymi należy przypadek GIULINI'ego. Leczył on na wypadnięcie cewki 12-letnią dziewczynkę, której matka w tym samym wieku cierpieniu temu podlegała. Szukano też przyczyny wycicowania wraz z wypadnięciem w zapaleniach pęcherza moczowego i cewki, w kamieniach pęcherzowych, w *abusus in venere*, a także w masturbacji u dzieci i dorosłych kobiet. *Cystitis* jednak przy *prolapsus urethrae* bywa często sprawą wtórną. Odnośnie do nadużyć płciowych wypada nadmienić, że dotychczas nie notowano *prolapsus urethrae* u prostytutek, co się zaś tyczy samogwałtu, to znów spostrzegano cierpienie to w przypadkach, gdzie istnienie nałogu tego absolutnie zostało wykluczone.

Na etyologię cierpienia rzucają pewne światło liczby, zebrane przez KLEINWAECHTER'a ¹⁾.

Otóż okazuje się, że 66% wszystkich wycicowań cewki spotyka się u dziewcząt młodszych nad lat 14; 22% u kobiet starych, już w okresie zwrotu płciowego, po menopauzie, a tylko 12% wycicowań tych przypada na kobiety w okresie zupełnego rozwoju płciowego.

Acz zdarzają się przypadki wycicowania z wypadnięciem cewki u zdrowych, kwitnących dziewcząt, jak to opisali GRAEFE ²⁾, BENICKE ³⁾ i SIMON ⁴⁾, lecz wogóle cierpienie to spotyka się najczęściej u chorowitych, słabych, fizycznie upośledzonych, wyniszczonych dzieci, a także u starych kobiet. Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że u wyżej wzmiankowanej kategorii osób bardzo często wydarza się wycicowanie wraz z wypadnięciem cewki, mamy pewną zasadę przypuszczać, że najważniejszym źródłem jego bywa zanik tkapek, ich zwiótczenie, skutkiem ogólnego złego odżywiania lub chorób wyniszczających, a także starcza inwolucja narządów płciowych, co nierzadko wydarza się i po licznych porodach. Rzecz naturalna, że i inne różnorodne momenty przyczynowe, wprost wypadkowe, mogą wywołać takie wycicowanie wraz z wypadnięciem. Taką przyczyną okolicznościową bywają znaczne wysiłki tłoczni brzusznej,

¹⁾ l. c.

²⁾ GRAEFE. Ueber einen Fall von Prolaps der weiblichen Harnröhre. Centralblatt f. Gyn. XVI.

³⁾ BENICKE. Vorfalle der Harnröhrenschleimhaut bei jungen Mädchen. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. T. XIX p. 301.

⁴⁾ SIMON. Zur Kasuistik des Vorfalles der Harnröhrenschleimhaut. Münch. med. Woch. 1887. p. 518.

przy nawykowym zaparciu stolca, przy parciu na pęcherz moczowy; następnie, silny kaszel, np. koklusz, wreszcie, duże wysiłki fizyczne niejednokrotnie stały się powodem nawet ostrego wycisowania wraz z wypadnięciem cewki.

Wypadnięcie zupełne, pierścieniowate, najczęściej powstaje stopniowo, wolno. Ostre, gwałtowne wycisowanie należy do wyjątków. Tak było w przypadku FRITSCHER'a, gdzie u 11-letniej dziewczyny nastąpiło wypadnięcie cewki po podniesieniu ciężaru z ziemi.

W moim przypadku, u kobiety 50-letniej, to samo się wydarzyło *post coitum*. Osoba ta, zamężna, nigdy nie rodząca, uprzednio zupełnie zdrowa i dobrze odżywiona, zgłosiła się do mnie z powodu częstego parcia na pęcherz moczowy, bolesnego oddawania moczu, chwilami mimowolnego, a także ukazywania się na bieliznie krwawych plam. Objawy te wystąpiły od razu, w sposób gwałtowny, *post coitum*.

Przy badaniu narządów rodnych znalazłem okrągławy guz, wystający na zewnątrz sromu, poniżej łechtaczki, jak się okazało — z otworu cewki moczowej, wielkości średniej truskawki, z rowkiem, przebiegającym przez środek, a prowadzącym do pęcherza.

Miałem zatem tutaj wycisowanie zarówno przedniej, jak tylnej ściany cewki moczowej.

Wobec tego postawiłem rozpoznanie pierścieniowatego wycisowania cewki wraz z jej wypadnięciem — *inversio cum prolapsu urethrae*.

Chorą przedstawiłem na posiedzeniu Sekcji Ginekologicznej przy Warsz. Towarzystwie Lekarskiem w dn. 24.XI. 1904 r., a rysunek guzowatości do artykułu obecnie dołączam [p. rys. na str. 958].

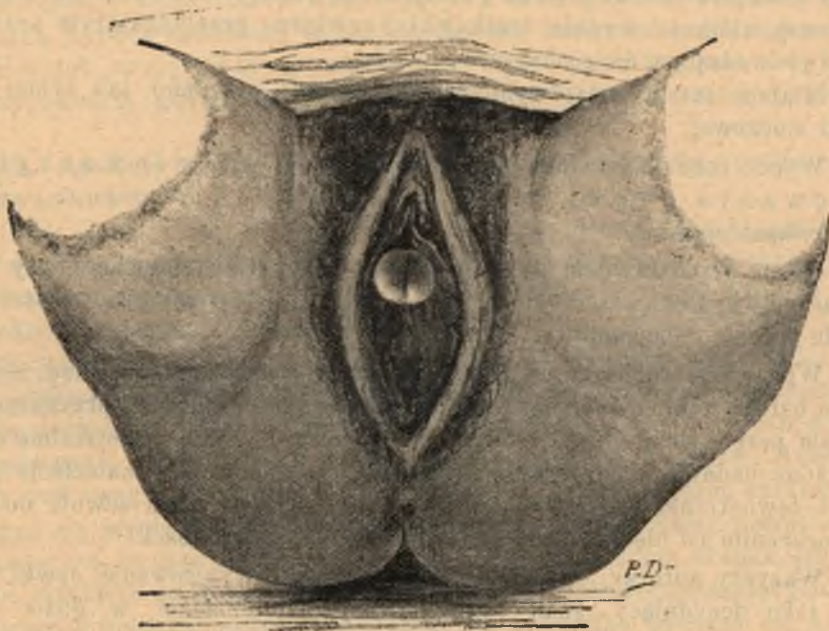
Wprawdzie rozpoznanie postawiłem w tym przypadku od razu, ale tylko dzięki bardzo dokładnemu badaniu. Na pierwsze wejście przypuszczałem, że mam przed sobą ukleję, który się z pochwy wysunął, ewentualnie urodził. Dokładne badanie umiejscowienia guza, a co ważniejsza, odnalezienie światła cewki, zewnętrznego jej otworu, przez który wprowadziłem cewnik do pęcherza, ochroniło od błędnego rozpoznania i usunęło wątpliwości.

Wszyscy autorzy, opisujący pierścieniowate wycisowanie cewki, podnoszą, jako decydujący znak rozpoznawczy, odnalezienie w guzie światła cewki i przeprowadzenie przezeń cewnika do pęcherza. Wtedy dopiero rozpoznanie w przypadkach takich staje się pewnem. Wydarza się jednak, że otwór ten trudno odnaleźć, nasamprzód — z powodu nadczułości osobnika badanego, powtórnie — z powodu tego, że najczęściej wycisowanie nie jest równomierne, co powoduje przesunięcie otworu w jedną lub drugą stronę.

Chora moja skarżyła się na dolegliwości, które zazwyczaj bywają udziałem osób, uległych cierpieniu temu. Nie mogła ona na razie swobodnie oddawać moczu, a samo oddawanie było połączone z uczuciem bólu. Objaw ten niekiedy zastępował inny, wprost odmienny — mimowolne oddawanie moczu. Utrudnienie w oddawaniu moczu tłómaczyć wypada silnym obrzękiem, wywiniętej śluzówki, mimowolne oddawanie — zbyt niemiernym przepełnieniem pęcherza.

Krwawienia—rzecz zrozumiała—pochodziły z przekrwionej śluzówki. Objaw to bardzo częsty u dzieci, u których delikatna śluzówka wskutek bodźców zewnętrznych, będąc pozbawiona warstwy nabłonkowej, krwawi nieraz bardzo żywo, a tworzące się na jej powierzchni nadżarcia, sprawiają ból dotkliwy, przeszkadzający dziewczętom siedzieć i chodzić.

Na razie chorą leczyłem w sposób zachowawczy w celu wypróbowania zalecanych metod. Z początku nie udało mi się odprowadzić wyciwanej śluzówki, następnie, po miejscowem zastosowaniu środków przeciwzapalnych, a później ściągających, częściowo ją odprowadziłem od przodu i z prawej strony. Pragnąc ją utrzymać w odpowiednim położeniu, zakładałem dosyć gruby dren gumowy na stałe. Zabieg ten wywoływał duże podrażnienie, a odnicowania nie ustalał. Ostatecznie zdecydowałem pomódz chorej na drodze operacyjnej, co też przy uprzejmej pomocy kol. A. Gabszewicza skuteczniłem.



Cięciem kolistym, przeprowadzonem na miejscu zagięcia, na granicy części wyciwanej z niewyciwowaną, odjąłem część śluzówki wypadłej, a następnie, ranę obszyłem i nałożyłem opatrunek przeciwnilny. Dnia piątego nastąpił rychłozrost. Chorą widziałem w parę miesięcy po operacji: nie znalazłem śladu wyciowania, ani też zwężenia otworu cewki; przy oddawaniu moczu osoba ta nie doznaje żadnych dolegliwości.

W przypadku moim, jako niezadawnionym, gdzie wyciowanie wystąpiło ostro, od razu, nie istniało zbytne rozwarcie otworu cewki, a nawet pod wpływem środków ściągających, szczególnie a drenaliny PARKE-DAVIS'a,

nastąpiło częściowe, nieznaczne odnicowanie, głównie części ściany przedniej.

W razie przewłocznego przypadku nie omieszkalbym zastosować się do rady KLEINWAECHTER'a, aby wykonać operację plastyczną, analogiczną z operacją przy wycinowaniu pochwy. W ostatnich latach SINGER w dwu przypadkach, a MOSSOP w jednym operowali wypadnięcie śluzówki cewki z bardzo dobrym wynikiem, zastosowawszy tutaj sposób HEGAR'a, używany przy perineoplastyce.

Wielką zaletą sposobu tego jest to, że zostaje zwężone, w wysokim stopniu nieraz rozwarłe, *orificium externum urethrae*, a tem samem zapobiega się nawrotom cierpienia.

Przypadek, który spostrzegałem, zasługuje na uwagę ze względu na etyologię—wystąpienie w sposób ostry pierścieniowatego wycinowania śluzówki cewki wraz z jej wypadnięciem pod wpływem stosunku płciowego. Zresztą sama forma pierścieniowatego wycinowania należy do rzadkich, w literaturze odnośnej nie znajduje się więcej ponad 100 kilkanaście opisów przypadków takich.

Odnosnie terminologii tych wycinowań—*inversio cum prolapsu urethrae*, zaproponowanej przez KLEINWAECHTER'a, a przestrzeganej nawet w najnowszych pracach, poświęconych przedmiotowi temu, jak np. w artykułach prof. GLAEVECKE'go ¹⁾, BENTE'go ²⁾ i innych, to nazwa ta „wypadnięcie cewki moczowej” nie jest ścisłą. W wycinowaniu, a tem samem w wypadnięciu, udziału nie biorą warstwy głębsze, a tylko sama śluzówka. Ja w przypadku moim, na preparatach mikroskopowych z wyciętego guza, przygotowanych w Pracowni Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, a przedstawionych na posiedzeniu w d. 30.III r. b. w Sekcyi Ginekologicznej, nie stwierdziłem włókien mięsnych. Paru innych autorów, zajmujących się tą kwestyą, taki sam wynik badania podają.

Nazwa—*inversio cum prolapsu urethrae*, jako nieodpowiadająca istocie sprawy chorobowej, chyba tylko z powodu swej zwięzłości w nauce przyjętą została.

¹⁾ Prof. GLAEVECKE. Ueber den Prolaps der Urethra beim weiblichen Geschlecht. Münch. med. Woch. 1901.

²⁾ BENTE. Ueber einen Fall von Prolaps der Urethra bei einem fünfjährigen Mädchen. Münch. med. Woch. 1901.

II. 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.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 38].

Zwiększenie stężenia osmotycznego krwi w przebiegu mocznicy jest tylko objawem niestałym, często jej towarzyszącym i nie jest przyczyną mocznicy. NAGELSCHMIDT i COUVÉE mogli doświadczać zwiększać stężenie osmotyczne krwi u zwierząt z chorem nerkami, nie wywołując mocznicy. SRAUSS przytacza przypadki chorych, gdzie w przebiegu zapalenia nerek lub dny znajdował punkt zamarzania krwi— $0,72^{\circ}$ i — $0,75^{\circ}$, a żadnych objawów mocznicowych nie było. STRAUSS też sądzi na podstawie swych badań, że zwiększenie stężenia osmotycznego krwi nie jest częstym zjawiskiem w przebiegu zapaleń nerek i częściej się zdarza w postaciach zapalenia śródmięszowego niż mięszowego. Badania te wykonał autor na przeszło 200-tu przypadkach.

Obok oznaczenia punktu zamarzania krwi badano w celu dokładniejszego wejścia w sprawę wydzielniczą nerek także punkt zamarzania moczu. Wedle KORANYI'ego punkt zamarzania moczu (Δ) waha się w ilościach zebranych z 24-ch godzin między — $1,30^{\circ}$ a — $2,20^{\circ}$, wedle LINDEMAN'a między — $1,30^{\circ}$ a — $2,39^{\circ}$, rzadziej między — $0,90^{\circ}$ a — $2,73^{\circ}$, wedle KUMMEL'a między — $0,99^{\circ}$ a — 2° , wedle LANDAUA między — $0,64^{\circ}$ a — $1,73^{\circ}$, są to więc wahania, zależne przede wszystkim od tego co do ustroju wprowadzamy, t. j. od diety, gdyż stosownie do ciał wprowadzonych, będzie się zmieniać liczba i jakość wyprowadzonych drobin. Dalej KORANYI znalazł na podstawie badań swoich, iż tylko wtedy zachodzi zmiana w moczu co do zachowania się punktu zamarzania jego, jeżeli znajdujemy większe zmiany w nerkach. Jeżeli zaś część nerki potrafi czynność swoją spełniać, to punkt zamarzania krwi i moczu jest prawidłowy. Większe zaś zmiany chorobowe nerek sprowadzają małe zagęszczenie moczu, które uwidocznia się w małym obniżeniu punktu zamarzania. Ta zmiana prawidłowego obniżenia punktu zamarzania wskutek zmian w nerce może być tak znaczna, iż punkt zamarzania moczu może być równym punktowi zamarzania krwi, a nawet punkt zamarzania moczu może leżeć wyżej od punktu zamarzania krwi. Zapomocą

punktu zamarzania oznaczamy całą liczbę drobin i jonów wydzielonych przez nerki, metoda więc ta ma pewne nowe znaczenie. Nie da się ona porównać z oznaczeniem ciężaru gatunkowego, gdyż na ciężar gatunkowy ma wpływ obecność białka, która na punkt zamarzania zupełnie prawie wpływu nie wywiera. BURGASZKY starał z ciężaru g. obliczyć punkt zamarzania moczu, jednak doświadczenia jego są za szczupłe, aby się na nich opierać, a inni autorowie, jak STEYRER i LANDAU i inni, otrzymali wyniki przy kontrolnych obliczeniach. Z samego oznaczenia punktu zamarzania moczu nie można wniosków wysnuwać, gdyż punkt ten waha się w bardzo rozległych granicach, które niewątpliwie są zależne od diety. Jeśli jednak w przyszłości będziemy wedle HAMBURGER'a oznaczać Δ przy stałej i ściśle określonej dyecie i będziemy oznaczać stężenie osmotyczne w moczu, zebrany z 24-ch godzin, a oznaczenia te powtarzać będziemy przez kilka dni z rzędu, to możemy przyjść do ściślejszych wyników, a liczby, wyrażone we współczynniku soli, będą wahać w mniejszych granicach niż 30 — 50. Dotychczasowe wyniki różnych autorów, opierające się na oznaczeniu tylko Δ moczu, nie mogą w nas zbudzić zaufania [OTT]. KORANYI starał się wysnuć pewne prawidła w celach rozpoznawczych dla chorób serca i nerek z zachowania się ilorazu $\frac{\Delta}{\text{NaCl}}$, który wedle tego autora waha

się między 1,23, a 1,69 w warunkach prawidłowych i ma być niezależnym od diety, a tylko ma ulegać pewnym wahaniom w ciągu dnia, stosownie do pory dnia i nocy; LINDEMAN jednak znalazł znacznie większe wahania już u ludzi zdrowych w zachowaniu się $\frac{\Delta}{\text{NaCl}}$, t. j. między 3,29, a 9,74. Wahania te znów

są bez wątpienia zależne od diety według DRESEK'a i LANDAU. Zresztą przypuszczenie KORANYI'ego, iż kłębki wydzielają tylko wodę, sól kuchenną, chlorek wapniowy i magnowy, a nie wydzielają innych soli, jak fosforanu sodowego i siarkanu sodowego, wydaje się mało uzasadnione. Wahania zaś w ilo-

razie $\frac{\Delta}{\text{NaCl}}$ są bardzo duże, bo wynoszą 37%, a na podstawie takich cyfr trudno

o prawdziwe wnioski. Zresztą twierdzenia KORANYI'ego są, jak to SOBIEŃSKI wykazał, oparte na błędnie zbudowanej hipotezie wymiany cząsteczkowej i nie mogą tłumaczyć czynności nerek. To samo da się powiedzieć o wynikach CLOUDE i BALTHAZARD'a, którzy oznaczają stosunek między wszystkimi drobinami, zawartymi w moczu, a znajdującymi się między nimi *molécules élaborées* i chcą oznaczyć stopień wymiany. Tłumaczenia jednak tych autorów zawierają jeszcze więcej błędnych przypuszczeń, niż teoria KARANYI'ego i opierają się, według HAMBURGER'a, na źle obliczonych tablicach; tak więc dotąd nie udało się uzyskać pewnych wskazówek rozpoznawczych dla przewlekłych chorób nerkowych z oznaczenia punktu zamarzania krwi i moczu. Nie możemy jednak przewidzieć, czy przy użyciu tych metod nie uda się nam w przyszłości wnikać dokładniej w sprawę wydzielania nerkowego.

ILLYES i KÖVESI podjął jeszcze inną metodę do oznaczenia sprawności nerek, a mianowicie znaleźli, że im zdrowszą jest nerka, tem łatwiej wyrównywa
GAZ. LEK. № 39.

zmianę ciśnienia osmotycznego, spowodowanego wprowadzeniem większej ilości wody do ustroju. W przypadkach chorobowych zdolność ta jest upośledzona. Wedle ich doświadczeń przy zapaleniu nerek mięszzowem zdolność nerki tworzenia moczu rozcieńczonego jest upośledzona, przy zapaleniu śródmięszowem— prawidłowa. W przebiegu chirurgicznych chorób nerkowych oznaką niedomogi nerkowej było opóźnienie pojawienia się moczu rozcieńczonego i utrzymywanie się stale stężenia osmotycznego moczu na jednym stopniu, pomimo wypicia znaczniejszej ilości wody [1, 8 L.].

KOEPPE zaleca również rozcieńczenie moczu zapomocą wprowadzenia większej ilości wody do ustroju i twierdzi, że jeżeli obniżenie punktu zamarzania moczu nie było nigdy mniejszem od punktu zamarzania krwi, nawet po r o z c i ę c z e n i u, to wtedy mamy niedomogę nerki. Jeżeli zaś punkt zamarzania moczu nie jest nigdy większy, niż krwi, to wtedy nie działa narząd nerkowy zagęszczający mocz, t. j. przybłonki nerkowe. KAPSAMMER krytykuje tę metodę, zarzucając jej, że nie znamy właściwie granicy, do której rozcieńczenie dojść może, jak również, że do mierzenia rozcieńczenia wystarcza oznaczenie tylko ciężaru gatunkowego.

Sposoby oznaczenia sprawności wydzielniczej nerek zostały zużytkowane szczególnie przez chirurgów. Nigdzie bowiem nie jest tak ważnem rozpoznanie niedomogi nerkowej, jak w przypadkach, w których chcemy w celu leczniczym usunąć jedną z nerek, chorobowo zmienioną. Tu bowiem musimy przed operacją jak najdokładniej się przekonać, czy jedna nerka potrafi pełnić zastępczo czynność za drugą nerkę. W razie omyłki dyagnostycznej następuje śmierć chorego. Nie więc dziwnego, że chirurdzy zajęli się sprawą oznaczenia niedomogi nerkowej. Szczegółne zasługi położyli w tym kierunku KURMEL, RUMPEL, CASPER i RICHTER i inni. Autorowie ci posługiwali się przede wszystkim kateteryzowaniem moczowodów i zastosowali metodę oznaczenia punktu zamarzania moczu i krwi, metodę floryzynową, jako też badali mocz chemicznie każdej nerki z osobna. Przy tych badaniach jest ważnem bardzo rozstrzygnięcie kwestyi, czy nerki wydzielają równocześnie równą ilość moczu o tym samym składzie chemicznym. Przedewszystkiem CASPER i RICHTER zajęli się tą sprawą i badając cały szereg chorych, przyszli do przekonania, iż nerki wydzielają równocześnie prawie równą ilość moczu, którego ilość chloru i azotu jest prawie równa, a także jest równem stężenie osmotyczne moczu każdej nerki z osobna.

TUFFIER i MAUTE znaleźli w przypadku przetoki nerkowej, gdzie nerka po stronie przetoki była zapalnie zmienioną, iż wydzielanie nerki chorej i zdrowej pozostawało ze sobą w pewnym związku. Lecz nie wszyscy autorowie potwierdzają zapatrywanie CASPER'a i RICHTER'a, a mianowicie przede wszystkim ISRAEL i PACE twierdzą, że nerki nie wydzielają równocześnie jednakowego moczu. PACE znajdował znaczne wahania stężenia osmotycznego w moczu, zbieranym z każdej z nerek z osobna, pomimo że obydwie nerki były zdrowe. ALBARRAN twierdzi również na podstawie swoich doświadczeń, wykonanych na zwierzętach i na człowieku, że nerki równocześnie wydzielają różne ilości moczu o różnym składzie chemicznym. Do tego samego wniosku przy-

szedł KAPSAMMER na podstawie doświadczeń, wykonanych na 6-u mężczyznach i 4-ch kobietach oraz 22-ch psach, t. j., że nerki nie wydzielają równocześnie jednakowego moczu, lecz że raz jedna nerka, drugi raz druga wydziela mocz różny pod względem jakościowym i ilościowym. ROVSING twierdzi, iż przy chorobie jednej nerki może druga nerka odruchowo gorzej pracować, a pomimo to być zdolną do czynności zastępczej.

Przy katetyzowaniu moczowodów może, według KÖVESI, wystąpić poliu-rya po stronie drugiej, co również i KAPSAMMER spostrzegał, a co może obniżać wartość katetyzowania moczowodów. KAPSAMMER też jest zdania, że obok kateteru mocz może się sączyć do pęcherza, że więc niecałą ilość moczu zbieramy z każdej nerki.

Na te zarzuty odpowiada CASPER w ostatniej pracy, iż na podstawie jego oznaczeń mocznika, cukru i stężenia osmotycznego może stanowczo utrzymywać, że w warunkach prawidłowych praca jednej nerki jest w przybliżeniu równa pracy drugiej i że różnice *z n a c z n e* świadczą zawsze o chorobie jednej z nerek.

W każdym razie zapatrywanie KAPSAMMER'a, iż kryoskopia i katetyzowanie moczowodów nie mają żadnego znaczenia dla rozpoznawania jednostronnych chorób nerkowych, wydaje się jeszcze za mało uzasadnione wobec dobrych wyników, otrzymanych tą metodą przez KUEMMEL'a, CASPER'a, RUMPEL'a i innych. Można tylko dodać, iż katetyzowanie moczowodów i zbieranie moczu każdej nerki z osobna musi być wykonywane przez dłuższy przeciąg czasu i przynajmniej przez kilka godzin, ażeby z różnic w zachowaniu się moczu obu nerek można wnosić o nieprawidłowej ich czynności. Dotąd jednak opierano się przeważnie na badaniu niewielkich ilości moczu. Na podstawie badań, wykonanych przez ALBARRAN'a, KUMMEL'a ILLYES'a, CASPER'a i RICHTER'a, możemy twierdzić, że nerka chora okazuje znaczną różnicę w obniżeniu punktu zamarzania moczu w porównaniu do nerki zdrowej. Mianowicie, punkt zamarzania moczu nerki chorej leży powyżej — 1° , podczas gdy nerki zdrowej znajduje się między — 0° a — 2° . Jeżeli obok tego punkt zamarzania krwi wynosi — $0,56^{\circ}$, wtedy możemy wykonać na nerce chorej zabieg operacyjny. Jeżeli zaś punkt zamarzania moczu obu nerek leży powyżej — 1° , a punkt zamarzania krwi wynosi więcej niż — $0,56^{\circ}$, wtedy mówimy o niedomodze nerkowej. Przy określaniu niedomogi nerkowej należy jeszcze zastosować próbę floryzynową. Nerki prawidłowe wydzielają według CASPER'a i RICHTER'a równocześnie *p r a w i e r ó w n ą* ilość cukru, jeżeli zaś po jednej stronie ilość cukru jest znacznie mniejsza, lub cukier nie wydziela się wcale, to okoliczność ta przemawia za niedostateczną czynnością wydzielniczą nerki.

RUMPEL przedstawia 9 przypadków, operowanych po zbadaniu według wymienionych metod. W żadnym z tych przypadków nie wystąpiła po operacji niedomaga nerki pozostałej. Również w 26-u przypadkach, operowanych przez KUEMMEL'a, okazały się te metody zupełnie dobrymi. KUEMMEL oznaczył zresztą w 265-u przypadkach punkt zamarzania krwi i moczu. Przy obustronnych cierpieniach nerkowych bardzo rzadko znajdował punkt zamarzania krwi prawidłowy. Przy jednostronnych zaś cierpieniach nerek, jeżeli punkt

zamarzania krwi był prawidłowy, nigdy się nie przekonał, że cierpienie jest obustronne. Czasem tylko przy prawidłowym punkcie zamarzania krwi choroba nerek była obustronna, lecz po jednej stronie zmiany w nerce były bardzo małe, tak że czynność jej była wystarczającą do objęcia pracy zastępczej. Nadto w dalszych 40-u przypadkach nefrektomii, w których punkt zamarzania krwi był prawidłowy, wszyscy chorzy przyszedli do zdrowia. Również mógł stwierdzić autor, iż znaczne obniżenie punktu zamarzania krwi odpowiadało zawsze rozległym zmianom w obu nerkach, co znów można było potwierdzić późniejszym badaniem pośmiertnem. Przed zastosowaniem kryoskopii miał KUEMMEŁ przy nefrektomiach 20% śmiertelności, obecnie zaś tylko 6%.

Według statystyki, zebranej przez CASPER'a, na 408 wycięć nerki było 9,5% śmierci, a 0,5% śmierci w ostatnich latach u autorów, stosujących katetyzowanie moczowodów, kryoskopię, próbę floryzynową i t. d. Te dane statystyczne mówią bardzo korzystnie o metodach właśnie omawianych.

W klinice chorób wewnętrznych stosowałem sposób oznaczania punktu zamarzania moczu i krwi w szeregu przypadków chorób nerkowych, chcąc się praktycznie przekonać o jego wartości. Do oznaczenia punktu zamarzania używałem przyrządu BECKMANN'a. Przyrząd ten składa się z cylindra szklanego, przykrytego metalową przykrywą. Przez otwór w pokrywie włożona jest rura szklana u dołu zatopiona, zatkana korkiem, przez który wchodzi do niej właściwe naczynie, zawierające ciecz badaną. Przestrzeń między temi dwoma naczyniami zostawia się wolną lub napełnia wyskokiem. Naczynie, w którem ma ciecz zamarzać, jest zatkanie korkiem, przez który przechodzi termometr i mieszadło platynowe. Termometr jest podzielony na setne części stopnia. Jeżeli chcemy oznaczyć punkt marznięcia krwi, lub moczu, postępujemy w ten sposób: do naczynia, o którym mowa, wprowadzamy pewną ilość wody destylowanej [pozbawionej CO_2] i wkładamy termometr tak, aby przynajmniej jego kulka całkowicie była zanurzona. Cylinder zewnętrzny napełniamy mieszaniną oziębiającą o stałej ciepłocie. Naczynie, służące do zamarzania, wkładamy najpierw bezpośrednio do mieszaniny oziębiającej, a gdy ciepłota wody w tem naczyniu jest bliską ciepłoty zamarzania, wkładamy go dopiero do wyżej wspomnianej rury. Ciepłota wody obniża się z początku nawet poniżej punktu zamarzania, co nazywamy „przeziębieniem“ cieczy. Wtedy puszczaemy w ruch mieszadło platynowe, poruszane elektromagnesem. Zwykle woda zamarza od razu, jeżeli zaś nie zamarznie, to przyspieszamy to, wrzucając bardzo mały kryształ lodu. Podczas tego termometr podnosi się szybko w górę, ponieważ przy zamarzaniu uwalnia się ciepło topnienia. *Maximum*, jakie wykaże termometr, jest szukanym punktem zamarzania i ciepłota ta utrzymuje się stale przez kilka minut, poczem spada stopniowo aż do ciepłoty mieszaniny oziębiającej. Bardzo ważnem jest uregulowanie ciepłoty mieszaniny oziębiającej. A mianowicie, do niedawna wykonywano oznaczenia przy znacznem przeziębieniu cieczy. Badania NERNST'a i ABEGG'a wykazały, iż takie przeziębienie jest źródłem licznych błędów i że należy wykonywać oznaczenie w stałej ciepłocie, którą uzyskujemy zapomocą k r y o s k o p i i.

[Jeżeli oziębiamy rozcieńczony roztwór jakiejś soli, to przy odpowiednim do stężenia punkcie zamarzania wydziela się najpierw czysty lód. Przez to oczywiście stężenie reszty roztworu wzrasta, a tem samem i punkt zamarzania obniża się stopniowo i może dojść do ciepłoty, w której roztwór staje się nasycony. Przy dalszym odbiorze ciepła, ciepłota przez dłuższy czas nie obniża się, a z roztworu wydziela się już sól równocześnie z lodem w stosunku ilościowym ściśle określonym; innemi słowy — krzepnie określony związek soli z wodą, zwany k r y o h y d r a t e m. Stałość punktu topliwości takiego kryohydratu umożliwia zatem utrzymywanie stałej niskiej ciepłoty, np. ciepłoty $-21,5^{\circ}\text{C}$, jako punktu topliwości kryohydratu: $\text{NaCl} + 10\text{H}_2\text{O}$; -5°C kryohydratu siarkanu cynkowego; -3°C kryohydratu azotanu potasowego].

Oznaczywszy raz punkt zamarzania, musimy w celu uzyskania pewnych wyników powtórzyć oznaczenie 2 lub 3 razy, a z uzyskanych liczb otrzymujemy przeciętną, która jest ciepłotą zamarzania. Punkt zamarzania wody czyściej, w ten sposób oznaczony, będzie punktem 0 dla naszych doświadczeń. Punkt taki musimy zawsze oznaczyć na początku i na końcu doświadczeń.

Punkt 0° musimy zawsze ustawić w górnej części skali naszego termometru. Ustawienie to uskuteczniamy przez strząsanie rtęci w zagięciu w kształcie litery U, znajdującem się u góry termometru. Czasem leży punkt 0° przy drugim oznaczeniu znacznie wyżej, niż przy pierwszym, a przy trzecim oznaczeniu jeszcze wyżej, co zależy od zanieczyszczenia wody $[\text{CO}_2]$. Tego unikamy przez dokładne przegotowanie wody, lub przez częściowe jej zamarzanie; wodę oddzielamy od lodu, a lód napowrót topimy; woda w ten sposób uzyskana nie zawiera zanieczyszczeń i kwasu węglowego i ma stały punkt zamarzania. Po oznaczeniu punktu zamarzania wody, przystępujemy do oznaczenia punktu zamarzania badanego roztworu, a więc w naszych doświadczeniach moczu lub krwi. W tym celu wyjmujemy naczynie do zamarzania wraz z termometrem, termometr osuszamy, naczynie do zamarzania opłukujemy badanym roztworem i nalewamy do niego około 18 ctm. sz. roztworu oziębionego w wodzie lodowej. Oznaczenie punktu zamarzania wykazujemy w ten sam sposób, jak przy wodzie, aby zaś w przypadku trudnego krzepnięcia uniknąć znacznego przeziębienia, wrzucamy do naczynia, w którym roztwór zamarza, kryształek lodu. To dodawanie lodu nie wpływa wcale na rozcieńczenie roztworu, ponieważ przy obniżonej ciepłocie zamarzania wody lód nie może się stopić, a wrzucamy go właśnie wtedy, kiedy roztwór uzyska ową niższą ciepłotę. Przy powtórzeniu oznaczenia może poprzednie wrzucenie lodu mieć wpływ na rozcieńczenie roztworu, lecz wtedy należy uważać, aby przy topieniu zamrożonego roztworu nie cały roztwór stopniał. Często przy oznaczeniu punktu zamarzania moczu powstaje duży strąć moczanów, przez co podnosi się punkt zamarzania moczu. W celu uniknięcia omyłki, która zresztą nie jest znaczną, gdyż wynosi zaledwie 1%, ilości moczanów, możemy używać metody rozcieńczenia według BOUCHARD'a, lub po oziębieniu osad centryfugować i oznaczyć osobno punkt zamarzania roztworu tego osadu w takiej samej objętości wody [HAMBURGER].

Wedle oznaczeń, wykonanych przeze mnie w klinice chorób wewnętrznych, punkt zamarzania krwi wahał się u ludzi zdrowych i u chorych, nie okazujących zmian w narządzie krążenia i w nerkach, między — 0,55°, a — 0,58°C poniżej punktu zamarzania wody. Przytem punkt zamarzania krwi nieodwłóknionej, odwłóknionej i surowicy krwi był ten sam.

Krew wypuszczałem zawsze na czczo z żyły łokciowej. Chorzy pozostawali na dyecie jednostajnej przez kilka dni; w dyecie uwzględnione były węglowodany, ilość pokarmów płynnych ściśle oznaczona na 1500 ctm³.

1. J. O. *Chlorosis*. $\delta = - 0,56^\circ$.
2. T. M. *Hyperaciditas in neurasthenico*. $\delta = - 0,565^\circ$.
3. L. M. *Chlorosis*. $\delta = - 0,56^\circ$.
4. J. R. *Hysteria*. $\delta = - 0,57^\circ$.
5. A. Z. *Osteomalacia*. $\delta = - 0,56^\circ$.
6. J. C. *Neurosis ventric. secret.* $\delta = - 0,565^\circ$.
7. W. S. *Hysteroepilepsia*. $\delta = - 0,57^\circ$.
8. N. Z. *Osteomalacia*. $\delta = - 0,575^\circ$.
9. I. B. *Ischias sinistra*. $\delta = - 0,58^\circ$.
10. J. D. *Appendicitis*. $\delta = - 0,57^\circ$.
11. M. F. *Ulcus ventriculi*. $\delta = - 0,575^\circ$.
12. J. B. *Papilloma vesicae* $\delta = - 0,54^\circ$.

Również w przebiegu zapaleń nerek, tak mięsзовych, jak i śródmięsowych, nie znajdowałem znaczniejszych różnic w zachowaniu się punktu zamarzania krwi.

1. R. G. *Nephritis parenchymat. subacuta post scarlatin. in indiv. anaemico*. $\delta = - 0,565^\circ$.
2. L. N. *Nephritis interstitialis*. $\delta = - 0,585^\circ$.
3. S. G. *Nephritis chronica mixta*. $\delta = - 0,57^\circ$.
4. M. R. *Nephritis parenchymatosa chronica*. $\delta = - 0,58^\circ$.
5. F. Ż. *Nephritis chronica interstitialis*. $\delta = - 0,59^\circ$.
6. J. B. *Nephritis interstit. chron.* $\delta = - 0,57^\circ$.
7. J. K. *Nephritis parenchymatosa*. $\delta = - 0,58^\circ$.

W przebiegu mocznicy, kończącej się śmiercią, oznaczyłem w 5-u przypadkach punkt zamarzania krwi.

1. J. P. *Pyelonephritis purulenta, uraemia*. $\delta = - 0,58^\circ$.
2. A. G. *Nephritis interstitialis in ind. c. hypoplasia renum; subs. uraemia* $\delta = - 0,575^\circ$.
3. A. B. *Nephritis chronica interstit.; subs. uraemia*. $\delta = - 0,66^\circ$.
4. J. J. *Nephritis chronica interstitialis, uraemia*. $\delta = - 0,72^\circ$.
5. E. W. *Nephritis interstitialis; subs. hypertr. et dilatatione cordis, uraemia*. $\delta = - 0,67^\circ$.

Oznaczenia te są w zupełności zgodnie z doświadczeniami innych autorów; z polskich prac podobne wyniki znajdujemy w pracy LANDAUA.

Cisnienie osmotyczne krwi jest więc stałe i waha się w małych granicach od — 0,56 do — 0,58, nie zmienia się ono w przebiegu chorób nerkowych przewlekłych, a nawet w przebiegu mocznicy stężenie osmotyczne może być

prawidłowe. Niedomoga więc nerkowa nie zawsze zmienia stężenie osmotyczne krwi.

Obok krwi oznaczałem punkt zamarzania wysięków, przesięków, i płynu mózgowodzeniowego.

J. M. *Nephritis parenchymat. chron.; ascites.* $\delta = -0,59^{\circ}$.

C. W. *Cirrhosis hepatis, ascites.* $\delta = -0,57^{\circ}$.

A. M. *Exsud. pleur. sin. in ind. tbc.* $\delta = -0,56^{\circ}$.

S. A. *Typhus abdominal.* Płyn mózgowo - rdzeniowy. $\delta = -0,59^{\circ}$.

S. D. *Tubes.* Płyn mózgowo - rdzeniowy. $\delta = -0,58^{\circ}$.

A. S. *Lues med. spin.* Krew. $\delta = -0,56^{\circ}$, płyn mózgowo - rdzeniowy. $\delta = -0,56^{\circ}$.

W. P. *Peritonitis neoplasm.* $\delta = -0,57^{\circ}$.

Z tych oznaczeń wynika, że punkt zamarzania różnych cieczy w ustroju waha się w tych samych granicach, co punkt zamarzania krwi, a zatem, że w ustroju istnieje izotonia wszystkich cieczy.

Punkt zamarzania moczu waha w szerokich granicach, i tak w moich oznaczeniach znajdowałem wartości dla moczu, zebranego z 24-ch godzin, od $-0,67^{\circ}$ do $-2,02^{\circ}$. Z samego jednak oznaczenia punktu zamarzania moczu nie można nic wnosić o pracy nerki.

Przychodzimy w końcu do badania osadu moczowego. Co do badania bakteriologicznego, obchodzi nas tu przedewszystkiem badanie na prątki gruźlicze. Otóż na podstawie naszego doświadczenia możemy stwierdzić, iż wykazanie prątków gruźliczych udaje się częściej niż dotąd sądzono. W celu wykazania, należy badać osad moczowy często, prawie codzień przez szereg dni. Dalej, należy centryfugować większe ilości moczu, a z osadu robić cały szereg preparatów. W celu odróżnienia od prątków mastkowych (*Smegmabacillen*), należy zawsze odbarwiać preparaty w alkoholu. W przypadkach, w których nie można wykazać prątków gruźliczych, szczepimy mocz śwince morskiej, lub wstrzykujemy choremu tuberkulinę. Wstrzykiwanie dyagnostyczne tuberkuliny jest zabiegiem, dla chorego w większej części wypadków zupełnie obojętnem, a w ostatnich czasach poleca go także KORANYI. Przy wstrzykiwaniu tuberkuliny, należy zaczynać od małych dawek: od $\frac{1}{4}$ mg. W razie braku odczynu, wstrzykujemy coraz to większe dawki, dochodząc do dwóch, trzech lub czterech miligramów.

W przypadkach krwawego moczu, możemy, tylko po zbadaniu pęcherza cystoskopem i wykluczeniu choroby pęcherza, odnieść mocz krwawy do choroby nerkowej. Tylko w przypadkach, gdzie znajdujemy pod mikroskopem obok krążków krwi czerwonych wałeczki krwawe, przybłonkowe, szkliste i przybłonki kanalików nerkowych, możemy twierdzić, iż krew jest pochodzenia nerkowego. Pojawienie się wałeczków w moczu świadczy zawsze, iż zmiana chorobowa dotyczy nerek, nie wyklucza jednak równoczesnego zajęcia pęcherza. Wałeczki są zjawiskiem zazwyczaj częstem w przebiegu zapaleń nerkowych, bywają jednak czasem wyjątkowe przypadki zapaleń nerkowych, w których przebiegu wałeczków nie znajdujemy [przypadki 3-i i 4-y zapalenia nerek z mocznicą, zakończone śmiercią] tak, jak również w przebiegu zapaleń nerek

śródmiażdżowych może białka nie być w moczu, a zato znajdujemy wałeczki. Od czasu, gdy do badania osadu moczowego posługujemy się centryfugą, znajdujemy wałeczki nerkowe przy rozmaitych stanach podrażnienia nerek, jak np. po podaniu różnych leków drażniących nerki, np. przetworów salicylowych. My w naszych doświadczeniach z kwasem salicylowym nie mogliśmy stwierdzić tak częstego pojawienia się wałeczków w moczu i białkomoczu, jak to inni autorowie opisują. Wpływem salicylu na nerki i jego wydzielaniem się zajmę się na innem miejscu.

Kończąc tę pracę, składam najserdeczniejsze podziękowanie memu szefowi czigodnemu Radcy Dworu Edwardowi SAS KORCZYŃSKIEMU za łaskawe odstąpienie mi materyału i życzliwe poparcie, jakiego w ciągu tej pracy doznałem.

L I T E R A T U R A .

- 1) KORANYI. Physiolog. u. klin. Untersuch. ueber den osmotischen Druck thierischer Flüssigkeiten, Zeitsch. f. klin. Med. T. 33 i 34.
- 2) HERMAN. O przedoperacyjnem badaniu nerek. Przegl. Lek. 1902.
- 3) STRAUSS. Die chronischen Nierenentzündungen. Berlin. 1902.
- 4) SENATOR. Die Diagnostik der Krankheiten u. der Leistungsfähigkeit der Nieren. Berl. klin. Woch. 1903.
- 5) CASPER i RICHTER. Functionelle Nierendiagnostik. Berlin. 1901.
- 6) ELSNER. Ueber Ausscheidung des Methylenblau. Deut. Archiv. f. klin. Med. T. 69.
- 7) LANDAU. Ciśnienie osmotyczne krwi i moczu u ludzi zdrowych i chorych. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1902. Z. III i IV.
- 8) OTTO Cz. Kryoskopja i jej zastosowanie w chorobach serca i nerek. Kronika Lek. 1902.
- 9) MARISCHLER. O wpływie chlorku sodu na wydzielanie chorych nerek. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1902.
- 10) ILLYÉS i KÖVESI. Der Verdünnungsversuch im Dienst der functionell. Nierendiagnostik. Berl. klin. Woch. 1902.
- 11) ISRAEL. Ueber Leistungsfähigkeit der Kryoscopie des Blutes, des Harns, der Phloridzinmethode. Deutsch. med. Woch. 1902.
- 12) LANDAU. Untersuchungen ueber die Leistungsfähigkeit der Nieren mit Hilfe des Methylenblau. Zeitschr. f. klin. Med. T. 46.
- 13) ALBERT-SCHÖNBERG. Ueber eine Compressionsblende zum Nachweis von Nierensteinen, XXXI Congress. d. deutsch. Ges. f. Chir.
- 14) LOEWI. Untersuch. zur Physiologie u. Pathologie der Nierenfunction. Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmacol. T. 48.
- 15) CATHELIN. Le cloisonnement vésical et la division des urines. Paris. 1903.
- 16) GOLDFLAM. Ueber Erschüsterung der Nieren. Berl. klin. Woch. 1901.
- 17) KAPSAMMER. Ueber Ureterenkatheterismus u. funct. Nierendiagnostik. Wien. klin. Woch. 1903.
- 18) KÜMMEL. Die Gefrierpunktsbestimmung des Blutes u. des Urins zur Feststellung der Funktionsfähigkeit der Nieren. Münch. med. Woch. 1900.
- 19) RUMPELL. Erfahrungen über die Anwendung der Gefrierpunktbest. von Blut. u. Harn bei Nierenkrankungen. Münch. med. Woch. 1903.
- 20) STRAUS. Zur function. Nierendiagnostik. Berl. klin. Woch. 1902.

- 21) VOELCKER I JOSEPH. Function. Nierendiagnostik ohne Ureterenkatheter. Münch. med. Woch. 1903.
- 22) LINDEMAN. Deut. Arch. f. klin. Med. T. 65.
- 23) HAMBURGER. Osmotischer Druck u. Jonenlehre. Wiesbaden. 1904.
- 24) OSTWALD-LUTHER. Hand - u. Hilfsbuch zur Ausführung physiko-chemischer Messungen. Leipzig. 1902.
- 25) COHEN. Vorträge f. Aerzte ueber physikalische Chemie. Leipzig. 1901.
- 26) KAPSAMMER. Münch. med. Woch. 1905.
- 27) CASPER. Rückblick auf Nierenchirurgie. Berl klin. Woch. 1905.
- 28) SOBIEŃSKI. Gaz. Lek. 1902.
- 29) MORACZEWSKI. Przegl. Lek. 1900.
- 30) F. MAJEWSKI. O zachowaniu się błękitu metylenowego w ustroju. Gazeta Lek. 1901.

III. Z KLINIKI CHORÓB WEWNĘTRZNYCH WE LWOWIE.

[DYREKTOR PROF. DR A. GLUZIŃSKI].

O WĘGORZKU JELITOWYM

(Anguillula intestinalis).

Napisał

dr Witold Ziembicki,

asystent kliniki.

[Ciąg dalszy.—Patrz Nr. 38].

Osobniki pasożytujące są według LEUCKART'a obojnakami. Poprzedzającym je stopniem w rozwoju są owe larwy, które widzieliśmy przed chwilą, jako ostatni człon hodowli w kale, a które poruszały się w nim niespokojnie, szukając instynktownie innego środowiska, jakim jest dwunastnica żywiciela — człowieka. Twory zaś spotykane w kale, świeżo oddanym, więc te, które przedewszystkiem powinien znać lekarz, są bezpośrednim potomstwem tych pasożytujących, obojacznych matek rodu.

Prawidłowa tedy kolej pokoleń jest następująca:

- 1) Matka - obojnak [pasożytująca w jelicie ludzkim]; z jej jaj:
- 2) Embryony [w świeżym kale];
- 3) Generacja rozwinięta płciowo [żyjąca wolno]; z niej rodzą się znowu:
- 4) Embryony; z tych przez zlenienie się powstają:

5) L a r w y, które dostawszy się do przewodu pokarmowego człowieka, rozwijają się w pasożyta właściwego ¹⁾).

To następstwo pokoleń węgorka zostało ostatecznie stwierdzone przez LEUCKART'a [w r. 1882], jakkolwiek już przed nim [1878] GRASSI, znakomity helminolog włoski, wypowiedział przypuszczenie, że *anguillula intestinalis* i *stercoralis* są z sobą w związku genetycznym. Zjawisku temu, nieodosobnionemu zresztą w przyrodzie, nadał LEUCKART nazwę: *heterogonia*, ERCOLANI: *dimorphobiosis*. Zupełnie analogicznemu rozwojowi podlega t. zw. *ascaris nigrovenosa*, czyli *rhabdonema nigrovenosum* żaby, gatunek pozostający w najbliższym spokrewnieniu z węgorkiem człowieka, a zbadany bliżej również przez LEUCKART'a [w r. 1865].

Ta heterogonia to jeden z objawów wielkiego prawa o p r z e r ó d z t w i e (*metagenesis*), odkrytego przez duńczyka STEENSTRUP'a [w r. 1842], prawa, które doprowadziło do poznania gatunkowej przynależności wielu zwierząt, od siebie wielce różnych, a dawniej za odrębne gatunki uważanych.

Od chwili udowodnienia, że nie z dwoma, ale z jednym tylko ma się do czynienia pasożytem, okazało się potrzebnem stworzenie nowej nazwy na określenie gatunku. Trudność była w tem, że z obu dorosłych generacyi każda posiadała cechy odmienne, przedstawiające właściwie pojęcia dwu różnych gatunków. Bo gdy, jak widzieliśmy, wolno żyjąca generacja rozdzielnopłciowa posiada cechy, właściwe węgorkom, nie ma ich natomiast pasożytująca matka całego rodu, zbliżająca się budową do rodziny: *strongylidae*. Którą więc z tych obu dorosłych generacyi uważać za przedstawicielkę gatunku. Pogodził to LEUCKART w ten sposób, że zaproponował nazwę skombinowaną: *rhabdonema strongyloides*. Wyraz *rhabdonema* ma służyć do oznaczenia rodzaju, obejmującego te węgorki, które podlegają przeródtwu, w przeciwstawieniu do wszystkich innych, objętych nazwą *rhabditis*. Jak pokazało się dotąd, g a t u n k i n l e g a j ą c e p r z e r ó d z t w u s ą z a w s z e p a s o ż y t a m i, tamte zaś żyją wolno.

Na tem jednak, co poznaliśmy dotychczas, nie kończy się ciekawa historia rozwoju naszego pasożyta. Pokazało się mianowicie, że rozwój pokolenia wolnożyjącego, rozdzielnopłciowego, w pewnych warunkach wcale do skutku nie przychodzi. Cóż dzieje się wtedy? Wtedy po prostu embryonalne formy, znane nam z kału, przeistaczają się b e z p o ś r e d n i o w stadium końcowe, w owe larwy budowy nitkowcowatej. Generacja płciowa zostaje wypuszczona, ominięta, jak dowiedli GRASSI, LEICHTENSTERN i inni.

LEICHTENSTERN starał się wykazać, że rozwój zupełny, z zachowaniem generacyi płciowej, właściwy jest strefie gorącej, tamten zaś, szybszy i prostszy, strefie umiarkowanej. Doświadczenia tego przedwcześnie zmarłego uczonego z Kolonii, aczkolwiek ze wszech miar interesujące, zbyt wiele zawierają szczegółów, aby właściwem było choćby pobieżnie je tu streścić. Badania

¹⁾ To stwierdzone zostało doświadczalnie przez WILMS'a, który larwy te wprowadził do żołądka pewnego chorego.

swe przeprowadzał przez cały szereg lat na 14-u przypadkach *anguilluliasis*, zmarł zaś przed ukończeniem monografii o węgorku, którą do druku przygotowywał.

Ostatecznie przyczyna znikania generacji płciowo rozdzielonej zrozumianą nie jest. Czyżby należało wnosić, że do utrzymania gatunku ta właśnie płciowa generacja niekoniecznie jest potrzebną, przynajmniej niezawsze i nie wszędzie jest potrzebną? Zagadnienie to czyni biologię węgorka tem ciekawszą.

„Dotychczas byliśmy przyzwyczajeni—powiada LEUCKART—rozwój płciowy nie tylko uważać za ostateczny cel życia zwierząt, ale też posługiwać się nim, jako kryterium do pojęcia indywidualności gatunku.

Jedno i drugie nie jest już obecnie dopuszczalnym.

Nieda się na razie przewidzieć, jaką to może mieć doniosłość,—jedno nie ulega wątpliwości, że jesteśmy bliżej poznania takiego prawa przyrody, jakiego nie byliśmy zdolni przeczuwać.

Przyroda kroczy swą koleją, a to, co miało pozór wyjątku, staje się prawidłem“.

Poznawszy w ten sposób w krótkości budowę i rozwój pasożyta, przyjrzymy mu się ze stanowiska lekarskiego.

Powiedzmy z góry, że sposób wtargnięcia jego do organizmu ludzkiego jest nam dotychczas nieznanym.

Jakie jest znaczenie jego dla tego organizmu? Zobaczymy, czy odpowiedź na to pytanie jest już dziś gotowa.

Odkrywszy pasożyta, NORMAND i BAVAY, jak już wiemy, widzieli w nim przyczynę biegunki kochinchińskiej. Zapatrywanie to dzielili i inni uczeni, między nimi DAVAIN, LAVERAN.

Kiedy w parę lat później stwierdzono tego pasożyta w Lombardyi i u robotników tunelu św. Gotarda,—obok tęgoryjca (*anchylostoma*)—utarło się przekonanie, że jest on, niemniej jak ten ostatni, szkodliwym i współwinnym w rozwoju znanej choroby, szerzącej się wśród górników (*l'anémie des mineurs*). Tak sądził np. uczony włoski PERRONCITO.

Wbrew temu uważają ROUX, GRASSI, PARONA pasożyta tego raczej za nieszkodliwego. GOLGI i MONTI, także LEICHTENSTERN wyrażają się ostrożniej, przypuszczając, że w p e w n y c h w a r u n k a c h przecież może on mieć na organizm ludzki wpływ szkodliwy.

Jakkolwiek nie mamy do obecnej chwili dowodów, przemawiających stanowczo za jednym z tych zapatrywań, to bądź co bądź znamy z literatury kilka faktów, zwracających na węgorka baczną uwagę patologa.

Wiemy zatem, że w biegunce kochinchińskiej był on zjawiskiem niemal stałym. Dowiadujemy się od NORMAND'a, że wraz z ustępowaniem objawów chorobowych zmniejszała się też liczba pasożytów w stolcach. Autor ten znajdował okazy pasożyta nie tylko w stolcach i jelitach, ale i w płynach pocho-

dzących z żołądka, a nawet—w czasie sekcji—w przewodach trzustki i wątroby, co w obec jego mnogości mogło nie być faktem obojętnym.

GOLGI i MONTI znajdowali pojedyncze okazy w świetle gruczołów LIEBERKÜHN'a.

Wiemy, że u górników istotnie występował i występuje ten pasożyt, jako często nieodstępny towarzysz tęgoryjca (*anchylostoma s. dochmius duoden.*). Skutki jednak, o które podejrzrywano w tych przypadkach po części i węgorzka, przypisujemy dzisiaj jedynie tęgoryjcowi. Szkodliwość jego, jak wiadomo, polega głównie na działaniu pewnych substancji, jakie wytwarza, nie na utracie krwi, którą żywicielowi zabiera. Nie wiemy jednak, czy i węgorzek — być może w stopniu daleko mniejszym,—nie produkuje przecież pewnych substancji trujących. Wobec najnowszych badań w dziedzinie pasożytnictwa, byłoby to prawdopodobne.

W r. 1879 wielkie uczyniła wrażenie w Europie tajemnicza epidemia, jaka wybuchła na brzegach Tamizy wśród uczniów marynarki wojennej, należących do okrętu zwanego „Cornwall”. Zapadło ich równocześnie 43-ch, z tych jeden zmarł po 18-dniowym cierpieniu. Ponieważ nie zdawało się wykluczonym, że przyczyną była *trichinosis*, zarządzono ekshumację zwłok, ale dopiero po dwóch miesiącach. W zwłokach znaleziono nieznane bliżej robaki, które profesorowie BASTIAN i COBBOLD oznaczyli, jako należące do rodziny węgorzków i nazwali *Rhabditis Cornwalli*.

OERLEY, uczony węgierski, który wiele lat poświęcił badaniu węgorzków, twierdzi jednak, że jakkolwiek były to prawdopodobnie węgorzki, to jednak nie pasożyty, ale gatunki żyjące wolno. One to zjawiają się wszędzie, gdzie tylko znajdują się substancje gnijące. One więc pojawiają się natychmiast w zwłokach zwierzęcych i ludzkich, gdy te zaczynają ulegać rozkładowi. Wkraczają w olbrzymich ilościach, by pracować nad ich usunięciem. Ich kolosalna mnożność ułatwia to zadanie. Z jednej samicy po tygodniu mamy już setki tysięcy potomków, które w paru dniach spory kawałek mięsa uprzątają bez śladu.

W r. 1875 TEISSIER ogłasza przypadek, gdzie wraz z prof. POTAIN'em stwierdził liczne larwy jakiegoś robaka w e k r w i chorego, obserwowanego z powodu podejrzenia na zimnicę. W stolcach tego chorego znaleziono takie same larwy. Otrzymanie w kulturach okazów płciowo dojrzałych przekonało, że ma się do czynienia z węgorzkiem jelitowym. Jedyne ten w swym rodzaju przypadek znalezienia węgorzka we krwi, na pozór nieprawdopodobny, może mieć swe wyjaśnienie w pracy ASKANAZY'ego z r. 1900. Autor ten, badający od szeregu lat znaczenie rozmaitych pasożytów dla organizmu ludzkiego i wykazujący w całej seryi prac, że pasożyty, uważane poprzednio za obojętne, przecież okazują się szkodliwymi, zajął się sporządzeniem preparatów histologicznych z różnych części jelit zmarłego, posiadającego w swym przewodzie pokarmowym węgorzka. Ku zdziwieniu swemu, znalazł w ś c i a n a c h j e l i t o w y c h, a to szczególnie w górnych odcinkach, bardzo liczne pasożyty. Były to tak młode jak i dojrzałe okazy [owe matki obojnaki]. Największa liczba znajdowała się w obrębie gruczołów LIEBERKÜHN'a. Czasem kilka sąsia-

dujących z sobą gruczołów było niejako zaczopowanych częściami ciała pasożytów. Poza warstwę mięsną zdawały się nie przechodzić. Jeden wszakże okaz (*embryo*), usadowiony w warstwie podśluzowej, sięgał do naczynia krwionośnego. To naprowadza na myśl możliwość faktu, spostrzeganego przez TEISSIER'a i POTAIN'a.

W preparatach, traktowanych Flemingiem, działanie kwasu osmowego zdradziło nadto cel wkroczenia pasożytów w obręb błony śluzowej. Oto działanie tego kwasu wystąpiło nieoczekiwanie w samych pasożytach, barwiąc je zupełnie czarno i tem samem wskazując, że pożywieniem ich musiał być mlecz ludzki (*chylus*). Gdy nadto obok pasożytów znalazły się wewnątrz błony śluzowej także wolno leżące jajka, wyprowadza ASKANAZY wniosek, że węgorzek wdziera się w tkankę jelitową tak dla szukania tam żywności, jak i dla złożenia jaj, podobnie, jak to czyni trichina. Tylko że, gdy młode pokolenie trychiny zostaje następnie uniesione prądem limfy w miejsca odległe, młode węgorzki wydostają się do światła jelit, dążąc do opuszczenia człowieka, aby na wolności stworzyć swą płciową generację. Wyjątek, w którym te młode obrały częściowo drogę przeciwną i spłynęły z krwią — jak w przypadku TEISSIER'a — wydawałby się możliwym.

Fakt znalezienia węgorzka w ścianie jelitowej nie jest w literaturze odosobnionym. W tymże roku [1900] prof. KURŁOW z Tomsku ogłasza przypadek ostrej dyzenterii, zakończonej śmiercią, gdzie znalazł węgorzka nie tylko w stolcach, ale dzięki badaniom histologicznym, także w ścianie jelitowej, miejscami wprost spustoszonej przez kanały, sztucznie przez węgorzka poczynione, z przedarciem mniejszych naczyń, z owrzodzeniami, z krwawymi wylewami.

W rezultacie tedy, pytanie, czy węgorzek może być zaliczany do rzeczywistych pasożytów, należy — jak powiada ASKANAZY — potwierdzić, skoro żywi się niezbędnymi naszemu organizmowi sokami, a swe potomstwo składa w żyjącą tkankę.

Wystarczy przypomnieć — dodaje KURŁOW — że do najnowszych czasów tak niebezpieczny pasożyt, jak *balantidium coli*, uważany był za zupełnie niewinnego. Dzięki badaniom dopiero jego [KURŁOWA] wiemy, że ten pasożyt zagnieżdża się w samej ścianie jelitowej, gdzie spowoduje owrzodzenie olbrzymie.

Mówiąc o znaczeniu węgorzka dla medycyny, wspomnieć muszę o przypadkach, gdzie, znajdowano go w moczu, w śluzie pochwy, w płwocinie. Jak twierdzi OERLEY, mógł to być jednak tylko wolno żyjący węgorzek, który jedynie chwilowo, przemijająco w owych cieczach się znajdował, dając obraz pasożytnictwa przypadkowego.

[D. n.].

IV. 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.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 38].

Śmiertelność po tracheotomii, tak jak po intubacyi, jest największa w pierwszym i drugim dniu choroby:

w 1 dzień po tracheotomii umarło	17
" 2 dni " " "	11
" 3 " " " "	3
" 5 " " " "	1
" 11 " " " "	1
" 16 " " " "	1
" 28 " " " "	1
	35

Kaniulę tracheotomijną najwcześniej udało mi się usunąć po 3 ch dniach, najczęściej bo u 22 ch chorych między 9-ym a 17-ym dniem po operacyi. U innych chorych, tak po tracheotomii pierwotnej, jak i następowej, napotykałismy niekiedy bardzo poważne trudności w usunięciu kaniuli tak, że u niektórych udało się wyjąć rurkę dopiero po kilku miesiącach, u jednego w 8 miesięcy, a u innego w 1½ roku po tracheotomii.

Poniżej przytaczam przyczyny utrudnionego usunięcia rurki według FOLGER'a. Są one mechaniczne lub funkcyonalne.

Do mechanicznych należą:

1) Ziarnina, która najczęściej tworzy się w górnym kącie rany tracheotomijnej, rzadziej w dolnym, niekiedy w okolicy dolnego otworu kaniuli, jeżeli ta ostatnia jest za długa lub posiada złą krzywiznę. Ziarninę poznajemy po częstych krwawieniach z kaniuli przy kaszlu, zmianie opatrunku i t. d. Usuwałem ją zapomocą odpowiednio zgiętej łyżeczki. Pamiętać należy, że duszność wskutek ziarniny może czasem wystąpić dopiero po kilku dniach po usunięciu rurki. Pamiętam mianowicie jeden przypadek, w którym po 4-ch dniach musiałem na nowo rozszerzyć ranę tracheotomijną i usunąć ziarninę.

2) Blizny, powstałe po dyfteryi, powodujące częściowe lub całkowite zamknięcie światła tchawicy.

3) Przesunięcie się chrząstek po tracheotomii tak, że części jednej i tej samej przeciętej chrząstki nie schodzą się ze sobą. Jest to następstwo obumarcia chrząstek, wypuklenia się tylnej ściany tchawicy lub nieprzecięcia tchawicy w linii środkowej.

4) Wygięcie tchawicy w tył, a zwłaszcza jej górnego odcinka wskutek ucisku kaniuli.

5) Obrzęk błony śluzowej krtani i tchawicy.

6) Zmiany w oskrzelach i płucach, szczególnie nieżyt i zapalenie płuc, na które dzieci po tracheotomii, a zwłaszcza rachitycy często zapadają.

7) Po tracheotomii następowej przyczyną trudnego usunięcia rurki mogą być blizny po wrzodach odleżynowych.

Do przyczyn funkcjonalnych utrudnionego usunięcia rurki należą:

a) porażenie mięśni krtaniowych,

b) strach dziecka po usunięciu kaniuli.

Przy utrudnionem *decanulement* rzadko posługiwałem się intubacją następową. Radziłem sobie w ten sposób, że usuwałem kaniulę, a w jej miejsce wkładałem tak zwaną u nas kaniulę ślepą (*Entwöhnungs-Canüle*). Jest to kaniula bez otworu, krótsza od kaniuli oddechowej; służy tylko do tego, żeby rana tracheotomijna nie zamknęła się. Końcem swoim wewnętrznym nie wchodzi w światło, tylko w ranę tchawicy. Taką kaniulę zostawiałem od kilku godzin do 3-ch, 4-ch dni, przyzwyczajając chorego do oddychania drogą naturalną i w każdym przypadku, w którym nie było zwężenia bliznowatego, dochodziłem do pomyślnego wyniku.

Przy zwężeniach bliznowatych pozostaje nam jako środek zaradczy laryngofissura, wycięcie blizny i intubacja następowa lub wycięcie zupełne miejsca blizną zajętego (*resectio*) i zeszcycie obu odcinków tchawicy. Z lat 10-u mamy do zanotowania jeden taki przypadek.

I. S., 1½ r. liczący, 7.IX. 1899 intubowany z powodu dławca krtani. Po dwukrotnej usiłowanej ekstubacji, 11.IX tracheotomia. Uczyniłem to dlatego, że za każdą ekstubacją po kilku minutach występuje bardzo znaczna duszność. Chory, oddany rodzicom, przez rok nosił kaniulę. W r. 1900, 12-go października, zgłasza się do szpitala i tu badanie wykazuje na wysokości chrząstki pierścieniowej zwężenie bliznowate w kształcie przepony tak, że zaledwie mógłby przejść koniec ołówka. Prof. SCHRAMM wykonał laryngofissurę. Wyciął bliznę tuż pod więzadłami, a poniżej drugie zwężenie, utworzone przez fałdy błony śluzowej i założył kaniulę kominową (*Trachealcaniüle mit Dilatationsapparat nach Stoerk*). Po trzymiesięcznym pobycie chorego w szpitalu udało się usunąć kaniulę zupełnie.

[D. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

125. H. Walther [Giessen]. O guzie krwawym sromu i pochwy. (*laematomia vulvae et vaginae*).

Jako powikłanie porodu guz krwawy sromu i pochwy zdarza się dość rzadko: według WINCKEL'a przypada 1 na 1600, a według SURUGIN'a 1 na 3285 porodów. Jeszcze rzadziej aniżeli podczas porodu zjawia się podczas porodu, a już podczas ciąży stanowi rzadkość nadzwyczajną. Guz ten może wystąpić w dwójakiej postaci, albo jako wylew krwi, nagrowadający się poniżej powięzi miednicy (*fascia pelvis*) w tkance luźnej warg sromnych większych i stąd się rozszerzający na krocze i do tkanki luźnej okołoodbytniczej; albo jako wylew krwi nad powięzią miednicy, rozszerzający się prawie bez granic w tkance łącznej miednicy, a nawet i wyżej poza otrzewną. Zdarza się jeszcze i postać mieszana, przy której wylew krwawy, mieszczący się ponad powięzią, przebija ją i wylewa się w okolicę wargi sromnej większej. Postać wewnętrzna, nad powięzią się rozwijająca, jest najrzadsza.

P r z y c z y n y. Zdaje się, że przy powstawaniu guzów krwawych sromu i pochwy grać musi pewną rolę skłonność naczyń do pęknięcia wskutek nieokreślonych jeszcze bliżej zmian w samej ścianie naczynia. W takich warunkach wystarczy nieznaczny nawet wpływ mechaniczny w pochwie [np. przy działaniu kleszczy], aby nastąpiło uszkodzenie tkanek, leżących pod błoną słuzową i naczyń w nich przebiegających. LOEHLEIN w dwu przypadkach guzów krwawych stwierdził jednocześnie istnienie zapalenia nerek. Tenże sam autor zwrócił też uwagę na znaczne nachylenie miednicy, jako na czynnik usposabiający do występowania guzów krwawych pochwy i sromu podczas porodu.

O b j a w y. Postać zewnętrzna — podpowięziowa przedstawia się jako obrzmienie wargi sromnej większej o sinem zabarwieniu. Chora doznaje uczucia gwałtownego parcia i niepokoju. Występują również objawy bezkrwistości. Przy postaci wewnętrznej — nadpowięziowej brak obrzmienia zewnętrznego, zato gwałtownie występują: parcie ku dołowi, szczególnie w kierunku kiszki stolcowej, i silne objawy bezkrwistości; światło pochwy zostaje zasłonięte przez guz wewnętrzny, wypuklający ścianę pochwy do kanału.

Postać zewnętrzną trudno przeoczyć z powodu coraz bardziej powiększającego się obrzęku wargi sromnej. Do rozpoznania postaci wewnętrznej potrzeba koniecznie chorą zbadać wewnątrznie. Badanie palcem w pochwie ujawni silne wypuklenie ściany i zamknięcie światła pochwy.

R a k o w a n i e zależy od wielkości wylewu, od grubości ściany pochwowego guza i od następstw wylewu. Śmierć może wystąpić bezpośrednio po wylewie z pęknięciem lub bez pęknięcia ściany guza. Zejście śmiertelne może też być następstwem sposoczenia guza po zgorzeli ściany jego. Następstwem pęknięcia guza bywają przetoki, które trudno się goją. Na rokowanie nie miały też wpływ wywiera sposób leczenia guzów krwawych.

Na małe guzy stosujemy zimne okłady i zimne obmywania, poza tem dbać należy, aby ściana guza nie uległa uszkodzeniu. Zato guzy duże lub też powiększające się należy, nie zwlekając, przeciąć natychmiast celem uniknięcia zgorzeli ściany guza i sposoczenia jego, jako też następstw wzmagającej się bezkrwistości. Od przecięcia guza nawet i podczas porodu nie należy się uchylać, skoro tylko zjawia się silna bolesność i napięcie w guzie, a przedewszystkiem skoro występują groźne objawy ostrej bezkrwistości. To samo postę-

powanie dotyczy również chorych z guzami wewnętrznymi, zasłaniającymi zupełnie światło pochwy, wskutek czego odpływ odchodów połogowych zostaje powstrzymany. Tylko przecięcie guza może przywrócić ów odpływ, a chore ochronić od zakażenia ogólnego.

Przecięcie guza krwawego w pochwie należy wykonać na miejscu najbardziej wypukłom i napiętem i najniżej leżacem; cięcie powinno być obszerne i o ile można jak najdalej od światła pochwy oddalone. Skrzący usuwa się palcem i jamę przemywa się roztworem soli kuchennej, a następnie tamponuje się ją gazą jodoformową. Tampon usuwa się po 15 u godzinach i już się więcej jamy gazą nie wypełnia. Aby nie było zatrzymywania się odchodów połogowych w pochwie, wskutek czego rana mogłaby ulec zakażeniu, należy przez cały czas pochwę przemywać 3 razy dziennie roztworem perhydrolu.

(*Zentrblatt f. Gynäk.* 1905. N. 29).

Zweygbaum.

126. Winter [Królówiec]. Włókniaki macicy, a menopauza.

Od dawien dawna ustaliło się w nauce o chorobach kobiet prawidło o zależności włókniaków macicy od czynności tego narządu: z chwilą ustania miesiączki, a więc z chwilą rozpoczęcia się wstecznej przemiany macicy, włókniak tracić ma swe znaczenie, gdyż wzrost jego ustaje, krwotoki i dolegliwości znikają, a sam guz nawet zmniejsza się znacznie. Obserwacja codzienna potwierdziła w samej rzeczy to prawidło przynajmniej dla przeważnej liczby włókniaków: biorą one udział w starczem zwijaniu się macicy i przestają nie tylko wzrastać, lecz kurczą się i ulegają zwyrodnieniu wstęcznemu. Wyjątki od tego prawidła są jednak znane: niezawsze menopauza zabezpiecza od wzrostu włókniaków i od dolegliwości przez nie spowodowanych [obserwacye MÜLLER'a, KOTTMANN'a, HOFMEIER'a i innych]. WINTER spostrzegał podczas menopauzy 29 takich chorych, które pomimo, że regularności już nie miały, nie były wolne od dolegliwości, związanych z obecnością włókniaków macicy, a mianowicie: 9 razy włókniak rozwijał się w dalszym ciągu i ze śródmięsowego stawał się podśluzowym, wywołując cały szereg objawów burzliwych, 4 razy nastąpiło zwyrodnienie mięsakowe, 2 razy skręcenie włókniaka, 6 razy na pierwszy plan wystąpiły krwotoki maciczne, 8 razy guz rozrastał się dalej i to dwa razy dość nawet prędko.

Tęm mniej prawidło to da się zastosować do chorych z okresu przedklimakterycznego, dotkniętych włókniakiem macicy. Na prawidło tem od dawna opieramy niesłusznie zresztą jedno ze wskazań leczniczych, a mianowicie: tam, gdzie przewiduje się w niedalekiej przyszłości ustanie miesiączkowania, tam za wskazane uważamy zachowawcze traktowanie włókniaków. I rzeczywiście, chore, blisko menopauzy stojące, nie chętnie namawiamy do poddania się operacyi włókniaka, a to dlatego, że mamy nadzieję, iż z ustaniem miesiączki i dolegliwości, zależne od wzrostu włókniaka, znikną bezpowrotnie. A jednak uważna obserwacya kliniczna przeczy najczęściej tej zasadzie, przekonać się bowiem łatwo, że te właśnie włókniaki podtrzymują dłużej niż zwykle czynność macicy, że więc one to właśnie opóźniają chwilę ustania miesiączki. I autora materiału kliniczny potwierdza to najzupełniej. Z 281 chorych na włókniaki, mających więc niż 45 lat, stwierdzono menopauzę tylko u 19%, a z 111-u, mających więcej niż 50 lat, tylko u 33%. Z tego wypadaloby, że zaniechanie operacyi włókniaków przed 50-ym rokiem życia chorej nie ma żadnego uzasadnienia. Z materiału swego przekonał się też autor, że, przeciwnie mniemaniu dotychczasowemu, okres przed zjawieniem się menopauzy bywa dla chorych z włókniakami najburzliwszym, często bowiem wtedy dopiero rozpoczyna się albo rozwój albo gwałtowny wzrost nowotworu, wtedy też następuje nierzadko zwyrodnienie jego lub też przyłącza się cierpienie błony śluzowej. I tak, ze statystyki autora wypływa, że 40% chorych na włókniaki dopiero po 45-ym roku życia

zwróciło się o pomoc do lekarza, a 15% dopiero po 50-ym, a więc dopiero wtedy, gdy u zdrowych kobiet ustaje zupełnie miesiączkowanie. A pomoc to nie była mało znacząca, albowiem po większej części operacyjna: u chorych między 46-ym a 60-ym rokiem życia W. dokonał 123 operacji. To samo spostrzeżenie zrobili CARLÉ, HOFMEIER, LANDAU.

Tak więc prawidło, że włókniaki macicy po zjawieniu się menopauzy nie mają już znaczenia klinicznego, traci obecnie coraz bardziej na swej dawnej wartości.

(Berlin. klin. Woch. 1905. N. 27).

Zweygarbaum.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

35. Styptol — jest bardzo zalecany przeciwko krwotokom macicznym. ABEL utrzymuje nawet, że lepszego środka w tym celu w obecnej chwili nie posiadamy. Jest to właściwie *Cotarninum phthalicum*, alkaloid, jak się okazało, bardzo mało trujący i mający najprawdopodobniej w obu swych częściach składowych wybitną własność hemostatyczną, t. j. że nie tylko kotornina, lecz i kwas ftalowy¹⁾ posiada działanie hemostatyczne: doświadczenia ABEL'a i ROHRBACH'a na kotach przekonały, że ftalan ammonu, stosowany miejscowo, działa hemostatycznie. Szczęśliwe więc połączenie w styptolu dwu czynników hemostatycznych daje mu przewagę nad znaną już od lat 10-u styptyczną (*Cotarninum muriaticum*), również bardzo cennym środkiem tamującym krwawienie maciczne.

Styptol okazał się skutecznym na krwotoki maciczne najrozmaitszego pochodzenia, jak oto: na krwotoki miesiączkowe, połogowe i klimakteryczne. Jedną zaś z najważniejszych zalet styptolu jest to, że tamując krwawienie, nie wywołuje jednocześnie skurczów macicy, a przeciwnie, doświadczenie przekonało, że właśnie styptol powstrzymuje kurczenie się macicy. Jest to wynik działania styptolu na nerwy sympatyczne macicy [nerwy splotu podbrzusznego], których pobudliwość zmniejsza lub usuwa zupełnie. Z tego też powodu styptol można stosować bez szkody i u ciężarnych przeciwko krwotokom macicznym [CHIAPPE i RAVANO, ABEL i inni].

W jaki więc sposób działa styptol hemostatycznie, skoro nie pobudza do kurczenia się włókien mięsnych macicy, tak jak to czyni np. ergotyna? ABEL utrzymuje, że styptol ma wpływ na rozszerzone naczynia włosowate macicy przez pośrednictwo nerwów je rozszerzających (*vasodilatores*), znosząc podrażnienie tych nerwów, tem samem pozwala zwęźać się naczyniom. To działanie na naczynia ujawnia się doskonale przy stosowaniu bezpośredniem styptolu na miejsce krwawiące: zięjące i krwawiące naczynia włosowate ulegają zwężeniu, a krew skrzepnięciu. ABEL sądzi, że w działaniu miejscowem styptolu

¹⁾ Kotornina jest to *hydrastinina*, w której atom H zastąpiony został przez grupę OCH_3 . Kwas ftalowy jest to benzol, w którym dwa atomy H zastąpione są przez grupę CO_2H , a więc C_6H_4 . $\{\text{CO}_2\text{H}$ Otrzymuje się przy długim nagrzewaniu benzolu z kwasem chromowym $\{\text{CO}_2\text{H}$. mawym [utlenienie].

ważny bardzo udział przypisać należy kwasowi fталowemu. Działanie to jest tak wybitne i niezawodne, że ABEL nie waha się polecać styptol na krwawienia tych raków części pochwowej i szyi macicznej, które już do operacji się nie nadają. Przekonał się niejednokrotnie, że posypywanie takich krwawiących powierzchni proszkiem styptolu wstrzymywało prędko nawet obfite ich krwawienie.

Prócz tego styptol bywa stosowany ze skutkiem przeciw krwotokom miesięczkowym [bez podkładu anatomo-patologicznego] u dziewic, w *endometritis haemorrhagica*, także po wyskrobanu macicy, jeśli powierzchwnia pomimo to krwawi jeszcze, wreszcie przeciw krwotokom, towarzyszącym włóknikom macicy. Jako wybitny środek kojący (*sedativum*), styptol okazał się bardzo skutecznym w miesięczkowaniu bolesnem (*dysmenorrhoea*).

Najwłaściwiej styptol przepisywać w tabletkach po 0,05 na dawkę. CHIAPE i RAVANO, a także ABEL przekonali się, że większe nawet dawki dzienne styptolu, dochodzące do 0,5 *pro die* [9—10 tabletek], nie są trujące i szkodliwe, a zato są skuteczniejsze na krwotoki maciczne i miesięczkowanie bolesne. Radzą więc dawać do 0,3 — 0,4 *pro die*, czyli 6 — 8 tabletek na dzień. W krwotokach miesięczkowych radzi ABEL podawać podczas krwotoku 3 razy dziennie po 2 tabletki, a następnie w czasie międzymiesiączkowym 3 razy dziennie po 1 tabletkę.

Dodać jeszcze należy, że styptol jest znacznie tańszy niż stypticyna.

(*Zentrblatt f. Gyn.* 1904. N. 33.—*Der Frauen-Arzt.* 1905. Z. 3. — Berlin. *klin. Woch.* 1905. N. 34).
Zweigbaum.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Sekcja skórno-weneryczna. Posiedzenie dnia 2-go marca 1905 r.

WATRASZEWSKI przedstawił chorego 40-kilkoletniego z *lichen ruber planus*, u którego nadto były guziczki na błonie śluzowej policzków, wargi dolnej, łuków podniebienia i na języku. Drobne, płaskie grudki, szarawe, z niezbyt równą powierzchnią i brzegami zlewały się na znacznych przestrzeniach w szarawe nacieczenia, miejscami nadżarte. Przypadek ten jest ciekawy z tego względu, że *lichen ruber planus* na błonach śluzowych spotyka się rzadko, tembardziej, że u danego chorego sprawa rozpoczęła się na błonach śluzowych.

MALINOWSKI F. przedstawił: a) chorego z owrzodzeniem na prawem ręku wielkości 25 kop. sr. Trwało ono rok przeszło. Dno owrzodzenia pokryte twarawą i bladą ziarniną. Naokoło niego nieznaczny odczyn zapalny. Owrzodzenie było wypalane kilkakrotnie bez dodatnich wyników. M. przyjmuje tę sprawę za *lupus verrucosus*, przypuszczając, że badanie mikroskopowe potwierdzi rozpoznanie; b) mężczyznę ze starym tryprem, u którego z prawem jądrem połączone jest ciało wielkości dużego orzecha włoskiego, mięsiste, niebolesne przy dotyku. M. przypuszcza, że *vasculum aberrans Halleri*, uległe infekcyi tryprowej, osiągnęło takich rozmiarów i imituje *epididymitis* trzeciego jądra.

SOBIERAŃSKI ze względu na umiejscowienie skłonny jest przyjąć tę sprawę za torbiel w naczyniach odprowadzających (*vasa efferentia*).

KURELLA widzi w tem przypadkowe umiejscowione zapalenie w błonie surowiczej moszny.

PERKOWSKI przypuszcza tu *atheroma*, przypadkowe zatkanie gruczołu łojowego w mosznie. Sprawa ta mogła powstać skutkiem sztucznego podrażnienia moszny.

KURELLA przedstawił: a) 21-letnią pannę z *induratio syphilitica primitiva labii inferioris, lymphadenitis universa praecipue colli, exanthema maculosum trunci*. Prawdopodobnie chora zaraziła się od brata syfilityka, z którym mieszka; b) 43-letnią mężatkę, która na lewym policzku, blisko skrzydła nosa posiada wykwit nacieczony, twardy, wielkości 5 kop. miedzianych, czerwono-brązowego koloru, przykryty częściowo małymi łuseczkami. Blizn na wykwicie nie widzimy, a tylko rozszerzone naczynia krwionośne. K. rozpoznaje *lupus erythematodes*.

KOZERSKI uważa ten przypadek za *epithelioma cutis*, a ŻERA obstaje przy rozpoznaniu *lupus erythematodes*.

ELIASBERG przedstawił: a) przypadek parcha z typowymi tarczками na uwłosionej części głowy i tułowia obok wykwitów w postaci pęcherzyków; b) 30 letnią kobietę, zamężną od lat 9-u, która 5 razy była w ciąży: raz poroniła trojaczki, jedno dziecko urodziła nieżywe, jedno umarło, dwoje żyje. Na środkowej części lewej strony języka u chorej widzimy niebolesne, okrągłe, głębokie owrzodzenie, wielkości grosza miedzianego, brzeg owrzodzenia twarde, podminowany, dno głębokie, pokryte sadłowatym, zielono-żółtego koloru nalotem. W okół owrzodzenia tkanka nacieczona, twarda, na przestrzeni 1½ ctm. Gruczoły podszczękowe nie są powiększone. E. przyjmuje tę sprawę za *ulcus gummosum linguae*.

PERKOWSKI jest zdania, że podobne sprawy mogą być wywołane nie tylko przez syfilis i podaje przypadek podobnego owrzodzenia, powstałego skutkiem podrażnienia kawałkiem kości, pozostającej w tkance w przeciągu 4-eh lat.

ŻERA wyklucza w danym razie raka, któryby się w ciągu 2-eh tygodni nie rozwinął i przedstawiałby się inaczej, następnie Ż. wyklucza owrzodzenie gruźlicze, które bywa mniej głębokie, lecz więcej bolesne.

E. przedstawił jeszcze c) 17-letniego chłopca, u którego skóra na szyi, na rękach, w okolicy łokcia i na nodze pokryta jest bliznami. Skóra grzbietu prawej górnej kończyny przedstawia czerwono-fioletową powierzchnię, po części bliznowatą, po części zaś pozbawioną naskórka. Na powierzchni grzbietowej stawów trzech palców tej kończyny znajdujemy narośle, łatwo krwawiące przy dotknięciu, o spistości miękkiej, z kształtu i wyglądu podobne do kalafiorów. Narośle te mają nierówną, wysypkową powierzchnię, okrągłą podstawę, wydzielają cuchnący, mętny płyn. Takie same zmiany znajdujemy i na lewej górnej kończynie. Sprawa chorobowa rozpoczęła się przed 15-u laty i jest przez E. rozpoznana jako *tuberculosis verrucosa cutis*.

F. Małynowski.

Creosotal

gr. w 4 częściach) jest środkiem pewnym i szybko działającym we wszystkich ostrych chorobach dróg oddechowych, poczynając od zwykłych katarów, kończąc na zapaleniu płuc z możliwymi powikłaniami. CREOSOTAL „HEYDEN” posiada działanie lecznicze kreozotu, nie wywiera jednak wpływu drażniącego i nie posiada nieprzyjemnego zapachu i smaku kreozotu.

Collargol

dożylnych i przez odbytnicę, jako nieźle do leczenia ran. Pastyłki po 0,05 i 0,25 grm.

Salocereol

Doskonały środek w chorobach septycznych, szczególnie w posocznicy i w sprawach porodowych, również jako środek zabezpieczający przeciw gorączce porodowej. Jako rozczyń do wlewań „Unguentum Credé” do wtierania. Zaleca się również 1 t. d.

Ester salicylowo-kreozotowy, stosuje się na zewnątrz przy obrzmieniu gruczołów ciałonnych w przebiegu żółtów, po odrze, płonicy, błonicy, grypie i t. d.

Prób i literatury dostarcza:

Fabryka chemiczna von Heyderna, Radebeul—Drezno lub przedstawiciel na Królestwo Polskie, Ludwik Freider, Warszawa, Leszno 60.



PARKE, DAVIS & CO



DETROIT (Ameryka), LONDYN (Anglia),
PETERSBURG, Galernaja, 20.

NAJWIĘKSZE W ŚWIECIE LABORATORYUM DO PRZYGOTOWYWANIA ŚRODÓW
KÓW LEKARSKICH NA PODSTAWACH NAUKOWYCH.

ADRENALIN-TAKAMINE — ŚRODEK KREW TAMUJĄCY I PODNOSZĄCY CIŚNIENIE KRWI. **CHLORETON** — ŚRODEK NASENNY, ZNIECZULAJĄCY, ODKAŻAJĄCY. **ACETOZON** — ŚRODEK ODKAŻAJĄCY, NIETRUKAJĄCY. **TAKA-DIASTASE** PRZECIW DYSPEPSYI ZALEŻNEJ OD TRUDNEGO TRAWIENIA POKARMÓW KROCHMALNYCH. **KASKARA SAGRADA** W PASTYLKACH POKRYTYCH CZEKOLADĄ — ŚRODEK WZMACNIAJĄCY KISZKI. **KAS-**
KOMPLETNA LITERATURA I CENNIK

KARA-EWAKUANT, PŁYN O PRZYJEMNYM SMAKU — WZMACNIAJĄCY KISZKI. **THYROIDS** W PASTYLKACH, PRZECIW MYXOEDEMATOWI I SPORADYCZNEMU KRETYNIZMOWI. **ERGOT ASEPTIC**, **ERGOT EXTR. FLUID**. **KAPSULKI SANTALOWE** — ZAWIERAJĄ NAJCZYSTSZĄ OLIWĘ SANTALOWĄ. **KWAS BORNY** W PASTYLKACH. **BISMUTHUM SUBNITRICUM** W PASTYLKACH. **BORAKS** W PASTYLKACH I WIELE RÓŻNYCH PREPARATÓW. WYSYŁA SIĘ NA KAŻDE ŻĄDANIE.

NAJNOWSZE APARATY PAROWE

Dla sterylizacji opatrunków, wody, mleka i t. p.

ORAZ

Dezynfekcyjne aparaty różnych systemów

POLECA FABRYKA

ADOLFA WITT

ul. Leopoldyny Nr. 11, tel. 778.

www.dlibra.wum.edu.pl





Vereinigte Chininfabriken
ZIMMER & CO
FRANKFURT A. M.



E U C H I N I N

Pozbawiona gorzkiego smaku chinina. Działa tak samo, jak chinina przy Febrze, Influenzy, Malaryi, Koklusz, i Newralgi.

V A L I D O L

Środek energiczny, przytem nie rozdrażniający Analeptyczny, Anti-Histeryczny Anti-Neurasteniczny i Żołądkowy; prócz tego-dobry środek przeciw chorobie morskiej.

KAMFORA VALIDOŁOWA

(Validol camphoratum).

Środek wybitny Pobudzający w ciężkich przypadkach wycieńczenia; prócz tego niezbędny w praktyce leczenia zębów.

Próby i literaturę wysyła P. p. lekarzom bezpłatnie na żądanie.



FOSFATYNA FALIERA,

przyjemny pokarm. najodpowiedniejszy dla dzieci od 6 miesięcy do 10 lat, zwłaszcza w czasie odłączania od piersi i w okresie rośnięcia. Ułatwia ząbkowanie i zapewnia prawidłowy rozwój kości.

Sprzedaż w składach aptecznych i aptekach.

Ostrzegamy przed naśladownictwami

K R O W I A N K A ^{OSPA} ^{OCHRONNA}

w Warszawie DANIŁOWICZOWSKA 8. Telef. 528.

Instytut D-ra Tchórznickiego.

Wakuje miejsce dla Lekarza

w os. Tuszyn gub. Piotrkowskiej.

W STRYKOWIE liczącem przeszło 4000 mieszkańców wakuje posada dla lekarza z pensją roczną pięciuset rubli. Okolica dostarczyć może sporej praktyki.

Wiadomość w apetcie. Strzyków, stacya kolei Kaliskiej