

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Ziarniak krtani usunięty za pomocą ostrej łyżeczki. Opisał Wł. Wróblewski. Sprawozdanie z ruchu chorych w latach 1884 i 1885 na oddziale chirurgicznym prof. d-ra Obalińskiego w Krakowie. Zestawili d-rowie Mężyk i Dobruchowski. (Dokończenie).—Streszczenia i wyciągi. 33. Ból lędźwiowy, za pomocą rękoczynu leczony.—Sprawozdanie z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 17 Maja r. b.—Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.

Z oddziału D-ra HERYNGA w szpitalu Ś-go Rocha.

Ziarniniak krtani usunięty za pomocą ostrej łyżeczki.

Opisał Władysław Wróblewski

b. asystent oddziału.

Ostra łyżeczka—narzędzie, które tak szerokie zastosowanie w chirurgii znalazło, w ostatnich czasach dopiero zaczęło oddawać usługi i laryngologii. Znałe już były łyżeczki ostre KRAUSE'GO, RÉCAMIER'A, GOTTSTEIN'A, MEYERSONNA ta jednak, o której wzmiankować zamierzam zmodyfikowana jest przez HERYNGA i przez niego też najpierwej w praktyce laryngologicznej zastosowana. Dotąd używał jej H. w bardzo wielu przypadkach gruźlicy krtani z dobrym skutkiem t. j. że po wyskrobaniu złogów gruźliczych następowało szybkie zabliznienie owrzodzeń. Nie będę tutaj opisywał tego narzędzia, gdyż szczegółowe jego rysunki i opis będą wkrótce podane w pracy HERYNGA: O chirurgicznem leczeniu suchot krtaniowych, znanej zresztą z wykładu wygłoszonego w Warszawskiem Towarzystwie Lekarsk. dnia 15 Marca 1887 r. ¹⁾ Jakkolwiek nieocenione są usługi, jakie instrument ten oddał i odda laryngochirurgii, stosowanie go w praktyce wymaga jednak pewnej wprawy, która daje się zdobyć po wielu dopiero odpowiednich ćwiczeniach.

O ile mi wiadomo, nikt jeszcze dotąd nie opisał zastosowania tego narzędzia do operacji nowotworów krtani, z tego też powodu, jak nie mniej ze względu na niezwykłą postać cierpienia, opisany poniżej przypadek zasługuje, mojem zdaniem na uwagę.

J. Andrzej szewc z miasteczka Mogielnicy 29 lat wieku liczący zapisał się do szpitala w pierwszych dniach Marca b. r. Chory wysokiego wzrostu, bardzo szczupły, o skórze blado-żółtawej, mocno wyniszczony. Głos jego fistulowy z trudnością wydawany, urywa się co chwila. Oddech stenotyczny ze szczególnie wydłużonym i świszczącym wdechem.

Chory przebywał w dzieciństwie durzycę, poczem jednak do zupełnego

¹⁾ Sprawozdanie z tego wykładu było podane w Nr. 12 i 13 Medycyny 1887 r. i w Nr. 14 Gazety Lekarskiej t. r.

powrócił zdrowia. Dwa lata temu zapadł na zimnicę, która z bardzo małemi przerwami wciąż mu dokucza. Stosunków z kobietami nie miał nigdy; w ciągu lat 8 oddawał się samogwałtowi, przed 2 laty nałogu tego zaniechał. Pochodzi z rodziny zupełnie zdrowej. Obecna choroba trwa od lat 6. W samym początku chory zauważył, że przez nos trudniej mu nieco oddychać. Utrudnienie to stopniowo coraz się wzmagalo. Do tego przyłączyła się wkrótce pewna przeszkoda przy oddychaniu przez krtani. Kilkakrotnie, zwłaszcza w ostatnich czasach, ta trudność oddechu przybierała większe rozmiary dochodząc do napadów duszności. Z tego powodu chory przybył na leczenie do naszego oddziału. Obecnie znajdujemy: Skóra nosa zupełnie prawidłowa. Nos w dolnej części znacznie rozdęty. Grzbiet nosa skrzywiony nieco na lewo. Jama nosowa prawa zupełnie wypełniona masą nowotworową, co bez pomocy wzornika widzieć można. Do wypełnienia tej jamy przyczynia się wypuklenie chrząstkowej części przegrody, przylegające aż do wewnętrznej powierzchni skrzydła nosa i u góry do silnie przerosłej muszli średniej. Granica przylegania tych części widoczna jest w postaci szpary, w którą zgłębnik daje się wprowadzić zaledwie na 1 ctm. Prawą stroną nosa wciągnąć powietrza nie może, wydmuchnąć—bardzo niewiele. Lewa strona jest nieco swobodniejszą, powietrze przechodzi przez nią łatwiej. Nowotwór z tej strony robi wrażenie polipów wyrastających z muszli średniej i górnej. Na przegrodzie nosowej w górnej części spotykamy nierówności, dochodzące wielkością do połowy ziarna grochu. Nowotwór ten jest dosyć zbitego utkania tak że z trudnością udało mi się wyjąć za pomocą zimnej pętli kilka kawałeczków dla zbadania, przez co pojemność jamy nosowej lewej nieco się powiększyła. Badanie nosa zwierciadłem od tyłu wykazuje: Nozdrza tylne zarośnięte, na ich miejscu widać tylko 3 otworki wielkości ziarenka pszenicy i kilka małych rozrzuconych wielkości łebka od szpilki—cała ta część robi wrażenie ciała gąbczastego. Otwory trąbek Eustachiusza widoczne. Na podstawie czaszki kilka, nie zbyt wielkich, wyniosłości adenoidalnych.

Gardziel żadnych złożeń nie przedstawia. Krtani: Na szyi długiej wychudzonej zarysy krtani nader wydatne, a zwłaszcza rzuca się w oczy niezwykła jej szerokość. Krtani cała jest łatwo przesuwalna. Kość gnykowa prawidłowa. Grubość krtani największa w okolicy chrząstki tarczowej. Rogi większe tej chrząstki są nadmiernie wysunięte na zewnątrz. W miejscu wydatności ostrej kąta przedniego znajdujemy płaszczyznę. Dotykając i gniecenie tych miejsc żadnego bólu choremu nie sprawia. Przy badaniu wnętrza krtani zwierciadłem widzimy nowotwór wyrastający z dolnej $\frac{1}{3}$ części tylnej powierzchni nagłośni, który przykrywa w postaci klapki całą głośnię, przedstawiając z tyłu otworek wielkości łebka od szpilki, widzialny przy głębokim wdechu. Nowotwór ten jest zupełnie niebolesny, tak że go można było dokładnie zbadać zgłębnikiem. Wprowadziłem cieniutki srebrny zgłębnik w ów tylny otworek próbując unieść nieco klapkę tę ku górze i przekonałem się, że jest zupełnie nieruchomą. Takim samym sposobem przekonałem się że jest ona przrośniętą do obu więzów nagłośnio-nalewkowych. Górna powierzchnia klapki koloru różowego, nie gładka, robi wrażenie ziarniny. W kilku miejscach porzucane są na niej białe kępki ropawo-

Górne $\frac{2}{3}$ części nagłośni zupełnie prawidłowe. Obie zatoki gruszkowe niezwykle wielkie i głębokie.

Gruczoły chłonne na szyi nieco powiększone, zwłaszcza po stronie prawej tuż po za kątem dolnej szczęki. Z innych gruczołów tylko pachwinowe są nieco powiększone.

W płucach przy osłuchiowaniu nic się wykryć nie daje z powodu stenotycznego oddechu. Opukiwanie wykazuje wysoki stopień rozedmy płuc. Tępość serca bardzo mała, tony czyste, słabe. Górnej granicy śledziony wypukać nie można. Tępość wątroby w linii sutkowej zaczyna się na 7 żebrze. Brzuch nieco zapadnięty. Język suchy, lekko obłożony. Łaknienie małe. Trawienie prawidłowe. W chwili przybycia chorego do szpitala ciepłota była 39° , spadła jednak już nazajutrz do 37° . Od czasu do czasu podnosiła się znowu na czas krótki, poprzedzana zwykle dreszczami. Z tego też powodu chory otrzymywał chininę i arszenik, przyczem stan jego ogólny znacznie się poprawił.

W dniu 26 Marca z rana chory zaczął oddychać nieco ciężiej niż dotąd. Zwierciadelko krtaniowe wykazało, że i tak już mały otvorek oddechowy zmniejszył się do połowy. Za powód tego uważałem kaszel, który całą noc chorego męczył i prawie zupełną niemożność wykrztuszania, pomimo gwałtownych jego w tym kierunku usiłowań. Chorego widział wtedy wraz ze mną kol. PRZEDBORSKI z Łodzi. Po wspólnej naradzie przyszliśmy do wniosku, że bez przecięcia tchawicy nie podobna operować nowotworu w krtani, gdyż słusznie można było przypuszczać, że nowotwór ten nie ogranicza się tylko do górnej jej części lecz i wewnątrz jej zajmuje.

O godzinie 12 tegoż dnia wykonałem przecięcie krtani przy łaskawej pomocy i wskazówkach kol. KRUSZEWSKIEGO, GĄBSZEWICZA i WASILIEWA i w obecności kol. PRZEDBORSKIEGO i SOBIERAŃSKIEGO. Operacja robiona bez chloroformu nie przedstawiała żadnych trudności wobec nader wydatnych zarysów krtani i szczupłej szyi. Stosownie do rady kol. KRUSZEWSKIEGO otwór tracheotomiczny zrobiłem w *ligamentum conicum* nie przecinając chrząstki obrączkowej, poczem wprowadziłem rurkę kauczukową 9 mm. szeroką. Bezpośrednio po wprowadzeniu rurki chory, podczas silnego napadu kaszlu wypłuł przez nią znaczną ilość śluzoropnej płwociny z nieznaczną przymieszką krwi, poczem zaczął zupełnie swobodnie oddychać. Po założeniu opatrunku przeciwnilnego o własnych siłach przeszedł na łóżko.

Zaleciłem wdychania z wody karbolowej 1% co godzinę, obok środków wykrztuśnych i podniecających. Ciepłota w dniu operacji wieczorem wynosiła 38° , nazajutrz rano $38,3^{\circ}$, później już nigdy nie przekroczyła $37,6^{\circ}$. W dzień operacji do samego wieczora w płwocinie zauważyć było można przymieszkę znacznej ilości krwi. W ciągu trzech następnych dni odpluwał chory przez rurkę ogromne ilości ropy (po 2 do 3 dużych kufli dziennie). Gorączki żadnej nie było, stan ogólny dobry, oddechanie swobodne; trudno więc z początku było zdać sobie sprawę z jaką taką znaczną ilość ropy pochodziła? Opatrunek, bez wyjmowania zewnętrznej rurki, zmieniałem 2 do 3 razy na dobę; rurka wewnętrzna musiała być co kilka godzin przemylana. Rurkę zewnętrzną wyjęliśmy po raz pierwszy dnia 31/III t. j. na piąty dzień po operacji. Wtedy rzu-

ciło się od razu w oczy, że zarysy zewnętrzne krtani zmniejszyły się znacznie i kąt przedni chrząstki tarczowej stał się wyraźnym. Tak więc zniekształcenie zarysów krtani zależało od zebrania się wielkiej ilości ropy na około chrząstki tarczowej. Jak i kiedy to powstało chorey oznaczyć nie może, nigdy jednak żadnego bólu w miejscu tem nie doznawał. Mieliśmy tu prawdopodobnie do czynienia z przewlekłym zapaleniem ochrzęstnej, rezultatem którego było owo zebranie się ropy. Laryngotomia miała w tym przypadku wpływ zbawienny, gdyż ropa nagromadzona w tak znacznej ilości prędzej lub później dostała by się do krtani a ztamtąd, nie znalazłszy ujścia na zewnątrz z powodu prawie zupełnego zamknięcia głośni, opuszczając się w drogi oddechowe wywołałaby nagłą śmierć w skutek uduszenia. Rurka najwidoczniej mechanicznem drażnieniem otworzyła ściankę ropnia, który był tuż po nad nią w ochrzęstnej chrząstki tarczowej.

Dalszy przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy. Inhalacye z wody karbolowej robił chorey wciąż po 3 do 6 razy na dobę, zwłaszcza, gdy rurka wewnętrzna zatykała się śluzem. W dniu 1 Kwietnia założyłem mu rurkę srebrną 9 mm. której używał do końca leczenia. W dniu 2/IV przystąpiłem do usunięcia nowotworu krtani na drodze endolaryngealnej. Klapka nowotworowa tak szczelnie przykrywała teraz całą głośnię, że żadnego do niej dostępu nie było. Wprowadziłem więc tam obosieczny nożyk przy pomocy zwierciadełka i przeciąłem całą grubość klapki na $\frac{1}{2}$ ctm. idąc od tyłu ku przodowi. Tym sposobem uzyskałem dostęp dla innych narzędzi. Usiłowałem następnie napróżno wyrywać cząstki nowotworu ostremi kleszczykami, szczypczykami krtaniowymi i t. p. Gdy jednak wszystkie te narzędzia zawiodły moje oczekiwania przyszła mi na myśl ostra łyżeczka używana dotąd przez HERINGA do wyskrobywania ognisk gruźliczych w krtani.

Opór nowotworu przy wyżłabianiu go łyżeczką był dosyć znaczny; zadowolając jednak mocnej, niesprężystej rączce mogłem za każdym wprowadzeniem narzędzia wyjąć kawałek tkanki takiej prawie wielkości, jak okienko założonej łyżeczki.

Zacząłem usuwanie nowotworu od tyłu ku przodowi, tak że ostrze łyżeczki skierowane było zawsze ku krtaniowej powierzchni nagłośni. Najpierwej wyskrobałem tę część nowotworu która przykrywała otwór głośni. Następnie oczyściłem z niego więzy nagłośnio-nalewkowe, w końcu dopiero tę część, która wyrastała z nagłośni. Całą operacyę skuteczniłem w ciągu 6 posiedzeń, z których ostatnie trzy poświęciłem nagłośni, tam bowiem tkanki nowotworowej było najwięcej, zajmowała ona całą szerokość nagłośni, a zaczynając się na $\frac{1}{2}$ ctm. po nad górnym brzegiem wyniosłości nagłośniowej, szła ku dołowi aż pomiędzy struny fałszywe. W tym więc punkcie grubość klapki nowotworowej wynosiła około 2 ctm. Przy ostatniem posiedzeniu operacyjnem asystował mi kol. WASILIEW; wtedy właśnie wyciągnąłem z najgłębszej części 8 ostatnich kawałków nowotworu, niektóre dochodziły wielkości połowy ziarnka grochu. Operowałem co drugi dzień, tak że usuwanie nowotworu z krtani trwało od 6 do 18 Kwietnia. Krwawienia przy tem bywały bardzo niewielkie. Po każdym z ostatnich 3 posiedzeń wcierałem w pozostałe części czysty kwas mleczny, co

żadnego bólu choremu nie sprawiało, choć kokainą poprzednio go nie znieczulałem. W ogóle przy całej tej operacyi używałem kokainy tylko dwa razy przy 2 początkowych posiedzeniach. Kwas mleczny wskutek niszczącego działania na tkanki patologiczne, bez wpływu na normalne, oddał mi w tym razie znakomitą usługę; tworząc bowiem rozległe i dosyć głębokie strupy usuwał powierzchowne warstwy resztek nowotworu, a niszcząc strzępki i kawałki naderwane, wygładzał szybko powierzchnię operowaną.

Od dnia 16 Kwietnia uważałem otwór głośni za dostatecznie duży, aby wprowadzić rurkę tracheotomiczną znacznie mniejszą od poprzedniej. Ziarnina obficie wyrastająca naokoło rany zewnętrznej musiała być kilkakrotnie przyżegana azotanem srebra. W dniu 20 Kwietnia usunąłem rurkę zupełnie; chory oddychał swobodnie przez krtani. Rana zewnętrzna zasklepiała się nazajutrz zupełnie; a w dniu wypisania chorego ze szpitala t. j. 28/IV pozostał po niej zaledwie ślad wielkości 5 groszy srebrnych. Chory ze swego stanu zupełnie zadowolony, nie chciał dłużej pozostać w szpitalu, obiecując powrócić jesienią w celu poddania się operacyi usunięcia nowotworu z nosa, który mn zresztą, jak utrzymuje, nie nie przeszkadza.

Przy ostatniem badaniu znaleźliśmy zewnętrzne zarysy krtani zupełnie prawidłowe. Górne $\frac{2}{3}$ części nagłośni gładkie, blado-różowe, dolna zaś $\frac{1}{3}$, wyniosłość jej, petiolus t. j. te części, gdzie był nowotwór nieco czerwone, lśniące, choć niezupełnie gładkie, struny fałszywe zgrubiałe, gładkie, bladoczerwone, pokrywają zupełnie prawdziwe, z których tylko rąbek prawej jest widoczny. Przy wydawaniu głosu przylegają do siebie struny fałszywe, pozostawiając jednak w przedniej części małą szparę. Więzy nagłośnio-nalewkowe nieco zgrubiałe (prawy więcej) dosyć gładkie, lśniące, różowe. Tylne ściany krtani prawidłowe. Zatoki gruszkowate znacznie płytsze niż poprzednio.

Wszystkie inne narządy *in statu quo*. W płucach zmian auskultacyjnych żadnych. Oddycha prawidłowo bez żadnego szmeru. Łaseczników w płwocinie nie ma. Chorego przed i po operacyi widzieli kol. OŁTUSZEWSKI i GURANOWSKI.

Części nowotworu wyjęte z nosa i nowotwór krtani, zbadał łaskawie pod drobnowidzem pros. Przewoński. W wyjętych kawałkach powierzchnia swobodna wszędzie była pokryta płaskim wielowarstwowym zgrubiałym nabłonkiem. Cała tkanka pod nabłonkiem wszędzie była zupełnie jednakowej budowy i wyglądała jak zwykła tkanka granulacyjna, z mierną ilością drobnych naczyń krwionośnych. W niektórych tylko miejscach komórki tej tkanki były okrągławe, nieco większe od zwykłych ziarninowych albo też przybierały formę krótką owalno-wrzecionowatą. Odpowiednie badanie nigdzie nie wykazało obecności łaseczników Kocho. Widzimy ztąd, że podobny obraz mikroskopowy nie odpowiada jakiejś jednej, dającej się drobnowidzem ściśle oznaczyć postaci chorobowej. Podobny obraz dało by nam bardzo wiele chorób np. *sarcoma*, zapalenia specyficzne (gruźlica, przymiot etc.), nakoniec rozrosty (*hyperplasia*) zapalne. Rozpoznanie więc w tym przypadku musimy oprzeć głównie na klinicznem badaniu. Zwrócić tu musimy przedewszystkiem uwagę na to, że cierpienie trwające od lat przeszło sześciu, nie uogólniło się, lecz pozostało czysto miej-

scowem. Dalej—nie posiada ono charakteru złośliwego, gdyż żadnych zniszczeń i zwyrodnień w tkankach otaczających nie spowodowało. Klapka zasłaniająca głośnię groziła wprawdzie uduszeniem było to jednak tylko uboczne, mechaniczne działanie. Po usunięciu jej znaleźliśmy tkanki otaczające prawie zupełnie prawidłowymi. Laseczników Koch'a ani w płwocinie ani w tkankach nie znaleziono. Przypiotem chory nigdy nie był dotknięty, co potwierdza szczegółowe pod tym względem badanie i wywiady.

Co się tyczy cierpienia nosa, natury jego i stosunku do choroby krtani, wszystkie te kwestye pozostawiam tymczasem na boku mając nadzieję powrócić do tego przedmiotu dopiero po dokonaniu zamierzonej operacji t. j. gdy będę miał możność bardziej szczegółowego ich zbadania.

Klapkę nowoutworzoną w krtani nazwałem na zasadzie postaci zewnętrznej ziarniniakiem. Badanie drobnowidzowe w zupełności zgadza się z tem rozpoznaniem, gdyż obraz mikroskopowy robił głównie wrażenie zwykłej tkanki granulacyjnej. Zachodzi tylko pytanie jaka przyczyna powstanie jej wywołać mogła.

Jedna okoliczność ma w tym względzie rozstrzygające znaczenie. Przypomnijmy sobie że nowowytworzona klapka miała za punkt wyjścia dolną część tylnej powierzchni nagłośni a niezależnie od tego była przyrośnięta dość silnie do obu więzów nagłośnio-nalewkowych. Więzy te po usunięciu z nich opisanych narosli wygoiły się szybko i żadnych głębszych zmian nie przedstawiały. Nie miało by to miejsca gdybyśmy mieli do czynienia z nowotworem w ścisłym tego słowa znaczeniu. Opisane więc ziarninowe narosłe były mojem zdaniem, wynikiem przewlekłych zapalnych rozrostów. Z wywiadów żadnych pod tym względem danych otrzymać nie mogłem. Sądzę jednak że całe to cierpienie można sobie wytłumaczyć, przyjąwszy samodzielne zapalenie ochrzęstnej jako początkową przyczynę. *Perichondritis* najczęściej bywa spowodowana przez gruźlicę, przymiot lub durzycę; dlatego w tym przypadku nazywam zapalenie ochrzęstnej, samodzielnem, gdyż wszystkie te przyczyny dają się wykluczyć. Durzycę chory wprawdzie przebywał, było to jednak na lat blisko 20 przed chorobą niniejszą, nie można więc upatrywać między nimi jakiegokolwiek związku.

Zapalenie to rozwinęło się naprzód w górnych częściach krtani, wytworzyło ognisko ropne, poczem ropa ta znalazła ujście na zewnątrz. Chrzastka jednak uległa nekrotyzowaniu, kawałeczki zmartwiałej chrzastki oddzieliły się i zostały wyrzucone, wtedy rozpoczął się proces gojenia, przyczem wytworzyła się ziarnina, która rozrosłszy się nadmiernie utworzyła powyżej opisaną ziarninową klapkę.

Zapalenie ochrzęstnej na chrzastce tarczowej rozpoczęło się prawdopodobnie na krótko przed zapisaniem się chorego do szpitala i wytworzyło obfity zbiornik ropy naokoło chrzastki tarczowej. *Perichondritis laryngea idiopatica* należy do cierpień nadzwyczaj rzadkich. Częściej jeszcze napotyka się ono na chrzastce obrączkowej i nalewkowych, bardzo zaś rzadko na tarczowej. W literaturze, którą rozporządzałem nie znalazłem wzmianki o cierpieniu tem

z identycznym zejściem. STOERK ¹⁾ tylko opisuje przypadki bardzo do naszego podobne.

Przypadek ten ze względu na samodzielne powstanie zapalenia ochrzęstnej, na miejsce krtani, w którym się rozwinęło a nadewszystko ze względu na zejście tego zapalenia należy do nadzwyczaj rzadkich.

SPRAWOZDANIE Z RUCHU CHORYCH W LATACH 1884 i 1885 na oddziale chirurgicznym Prof. D-ra Obalińskiego w Krakowie.

Zestawili D-rowie **Mężyk** i **Dobruchowski** sekundaryusze tegoż oddziału.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 21).

III. Nowotwory (*Neoplasmata*).

1. **Włókniak** (*Fibroma*). Leczone 7 razy; u 2 męż. i 5 kob. Wyleczono 2 m. i 3 kob. Nie wyleczono 2 kob. gdyż te nie chciały poddać się operacyi (*fibromyomata uteri*). Siedzibą włókniaka były: twarz, warga dolna, klatka piersiowa, udo, macica. W przypadku włókniaków macicy wyluszczoneo takowe wraz z macicą przez laparohysterotomię sposobem Hegar-Clay'a.

2. **Mięsak** (*Sarcoma*). Leczone 22 razy; u 7 męż. i 15 kob. Wyleczono 7 kob. Nie wyleczono 1 męż. Z polepszeniem 1 męż. Przeniesiono 1 m. Umarł 1 męż. po dokonanej amputacyi uda i miejscowo wyleczonej sprawie *osteosarcoma genu*, u którego wystąpiło zapalenie płuc prawdopodobnie przerzutowe. Nie wyleczono 1 m. i 4 kob. gdyż troje z nich odmówiło operacyi, dwoje zaś nie nadawało się do niej z przyczyny zbyt późnego wieku i wynędznienia. Umarło 2 m. i 4 kob. Umiejscowieniem nowotworu były: trzy razy szczeka dolna, 2 górna, 1 oczodół, 4 pacha (*lymphosarcoma*), 4 sutek, 3 kończyny górne, 3 dolne, 1 pachwina, 1 szyja.

3. **Rak** (*Carcinoma*). Leczone 131 razy; u 79 m. i 52 kob. Wyleczono 47 m. i 29 k. Z polepszeniem 12 m. i 6 k. Nie wyleczonych 16 m. i 13 kob. Przeniesiona 1 k. Umarło 4 m. i 3 k. Najczęściej zajęta była warga dolna u mężczyzn, u kobiet zaś sutek. W równej mierze więcej cyfrze trzymały się nowotwory rakowe połyku, odbytu macicy i członka męskiego. Do liczby niewyleczonych załączono te wszystkie przypadki, które się nie kwalifikowały do operowania a nadto i owe, gdzie ziarnina rany pooperacyjnej wydawała się podejrzana a chorzy żądali wypisania z oddziału.

4. **Chłoniak** (*Lymphoma*). Leczone w 19 przypadkach: u 11 mężcz. i 8 kob. Wyleczono 7 m. i 2 kob. Nie wyleczono 3 m. i 5 kob. Z polepszeniem 1 m. i 1 kob. Siedzibą chłoniaków była przeważnie szyja, po której dopiero pacha, pachwina, a w paru przypadkach okolica ślinianki przyusznej.

5. **Torbiel jajnika** (*Kystoma ovarii*). Operowano 4 razy na 5 przypadków. Wyleczono 3 kob. Umarła 1 k. Nie wyleczona 1 kob. która nie chciała poddać się operacyi. W jednym przypadku podlegała chorobie 18-letnia dziewczyna.

¹⁾ STOERK. Klinik d. Krank. d. Kehlkopfes etc. pag. 258.

6. **Kasza k** (*Atheroma*). Operowano 4 razy; u 2 męż. i 2 kob. Wszyscy wyleczeni.

7. **Wodniak przedrzepkowy** (*Hygroma praepatellare*). Operowano 7 razy; u 2 męż. i 5 kob. Wszyscy wyleczeni.

8. **Wodniak moszen** (*Hydrocele*). Leczone 3 razy. Raz dokonano po obu stronach operacji jednoczasowej radykalnej. W dwóch przypadkach zastrzykano roztwór Lugol'a. Wszyscy uleczeni.

9. **Wól** (*Struma*). Leczone 9 razy; u 4 męż. i 5 kob. Sześć razy z dobrym skutkiem dokonano wyjęcia wola. Dwoje nie poddało się operacji. Jednę leczono metodą Gussenbauera i ta wyszła z polepszeniem.

10. **Kłykciny** (*Condylomata acuminata*). Operowano u 3-eh m. Wyleczenie.

11. **Ukleje** (*Polypi*). Operowano tylko u 5-ciu kob. Raz w nosie; dwa w cewce, dwa razy w macicy. Wszystkie wyleczono.

12. **Twardziel nosa** (*Rhinoscleroma*). Operowano u 2 kobiet, u których po przypaleniu nastąpiło znaczne polepszenie.

13. **Skórzak** (*Cysta dermoidalis*). Wyleczono przez operację u 1 męż. i 3 kobiet.

14. **Brodawczak** (*Papilloma*). Operowano dwukrotnie u kobiet na kończynach dolnych. Jeden zaś obserwowano na tylnej ścianie krtani, lecz chora odmówiła operacji.

15. **Wilk** (*Lupus*). Obserwowano raz na palcu ręki u mężczyzny, któremu odjęto palec.

16. **Torbielo-chrzęstniak** (*Cystochondroma*). U kobiety na powiece górnej. Dokonano operacji plastycznej i wyleczono.

16. **Tłuszcza k** (*Lipoma*). Operowano pięciokrotnie z dobrym skutkiem u 1 mężczyzny na udzie, u 2-eh kobiet na barku: u 2-eh około odbytnicy. Raz u mężczyzny rozpoznano z prawdopodobieństwem nowotwór rakowy z sieci wychodzący (*omentum*), lecz chory żądał wypuszczenia go do domu.

IV. Zniekształcenia.

Były przedmiotem leczenia w następujących przypadkach.

1. **Nieruchomość, sztywność prawdziwa stawu łokciowego po stłuczeniu** (*Anchylosis vera articulationis cubiti post contusionem*). Chory ten wyszedł nie wyleczony, gdyż nie chciał się zgodzić na rezekeję stawu.

2. **Sztywność fałszywa stawu łokciowego po zapaleniu stawu** (*Anchylosis spuria articul. cubiti p. arthritidem*). W przypadku tym ułożono odpowiednio kończynę i założono gips.

3. **Przykurczenie w stawie kolanowym po reumatyzmie mięśniowym** (*Contractura genus p. rheumatis. muscul.*). Był przyniesiony z kliniki chirurgicznej celem doleczenia.

4. **Przykurczenie w stawie łokciowym po zapaleniu tegoż stawu.** (*Contractura cubiti p. arthritidem*). Nie chciał pozostać.

5. **Dwa przypadki palca nadliczbowego.** Operowane i wyleczone.

6. **Zniekształcenie palca po nieznannej bliżej chorobie stopy.** Wyleczenie.

7. Blizna ramienia przykurczająca, po oparzeniu. Nie chciał pozostać.

8. Trzy przypadki wargi zajęczej prostej i jeden połączony ze szczeliną podniebienia. Wszystkie operowane i wyleczone.

9. Stopa końska (*Pes equinus*). Dokonano przecięcia ścięgna. Chory wyszedł z polepszeniem, na własne żądanie.

10. Stopa koślawa jako wada wrodzona (*Pes varus*). Była operowana u 5-letniego dziecka z b. dobrym skutkiem.

11. Kolana szpotawe (*Genua valga*). Z kliniki chirurgicznej celem odleżenia przepisano okresu czasu. Przypadek ten zwrócono klinice z zupełnem osłabieniem odnóg dolnych.

DODATEK.

Przypadek mylnie zakwalifikowanego tyfusu wysypkowego zwrócono zaraz na oddział chorób wewnętrznych.

Troje ludzi konających dostawiono na oddział. Z tych jeden z raną postrzałową uda; drugi po spadnięciu z dachu; trzeci skutkiem wyniszczenia z licznymi ropniami i ranami zatokowymi ciała, oraz odłęczynami rozpadającymi się.

Wykaz operacji dokonanych w latach 1884 i 1885.

<i>Amputatio clitoridis</i>	1	<i>Exstirpatio bulbi oculi.</i>	4
„ <i>cruris</i>	24	„ <i>glandularum lymphatic. et salival</i> .	5
„ <i>femoris</i>	37	„ <i>et V romanum (epithel. labii)</i> .	11
„ <i>brachii.</i>	5	„ <i>(carcinoma cranii, auris etc.)</i> .	12
„ <i>antibrachii</i>	4	„ <i>(struma parenchym.)</i>	6
„ <i>manus</i>	1	„ <i>(atheroma)</i>	4
„ <i>digiti</i>	3	„ <i>(cysta dermoidalis)</i>	4
„ <i>pedis m. Pirogow.</i>	4	„ <i>partis gland. thyreoid. et resectio</i>	
„ „ <i>Syme-Lücke</i>	4	„ <i>oesophagi</i>	1
„ <i>digitorum m. Chopart.</i>	3	„ <i>et balano-postho-plastica (condy-</i>	
„ <i>mammae</i>	7	„ <i>lomata)</i>	1
„ <i>penis</i>	6	„ <i>(polypi)</i>	2
„ <i>linguae</i>	1	„ <i>(sarcoma capitis et cystosarcoma</i>	
<i>Arthrectomia genu.</i>	3	„ <i>femoris)</i>	2
<i>Arthrotomia</i> „	6	„ <i>(fibrosarcoma mammae)</i>	1
<i>Blepharoplastica</i>	1	„ <i>(cysta salivalis)</i>	1
<i>Cheiloplastica</i>	2	„ <i>(fibroma labii, buccae)</i>	2
<i>Circumcisio et cauterisatio (phymosis).</i>	2	„ <i>olecranon. subperiost.</i>	1
<i>Cricotracheotomia</i>	3	„ <i>ossis coccygis</i>	1
<i>Cystorrhaphia</i>	1	<i>Enucleatio (digitorum)</i>	14
<i>Colporrhaphia anterior</i>	1	„ <i>(coxae)</i>	5
<i>Castratio testis.</i>	1	„ <i>(hallucis c. oss. metatarsi)</i>	2
<i>Dilatatio et divisio ani.</i>	4	„ <i>(humeri)</i>	2
„ <i>urethrae m. Stearns</i>	1	<i>Excochleatio</i>	30
„ <i>colli vesicae urin.</i>	1	<i>Extractio corporis alieni</i>	3
<i>Discisio et drainage</i>	7	„ <i>sequestris maxill. infer</i>	1
<i>Exstirpatio (angiona).</i>	1	„ <i>(polypi).</i>	2
„ <i>unguis</i>	5	<i>Evidement</i>	4
„ <i>(hygroma praepatellare)</i>	5	<i>Excisio nervi</i>	3
„ <i>(fibroma molluscum, papilloma)</i> .	3	„ <i>(exostosis tibiae)</i>	1
„ <i>(lymphoma)</i>	6	„ <i>(carcinoma canthi oculi).</i>	1
„ <i>(lipoma)</i>	3	<i>Enterectomia</i>	3

<i>Ecrasement.</i>	3	<i>Resectio coxae.</i>	7
<i>Evacuatio fragmentorum cranii</i>	1	„ <i>partialis maxill. inf.</i>	3
<i>Fistulorrhaphia.</i>	6	„ <i>calcanei</i>	2
<i>Gastrostomia</i>	1	„ <i>oesophagi.</i>	1
<i>Herniotomia</i>	12	„ <i>cubiti</i>	6
<i>Herniolaparotomia</i>	3	„ <i>pedis</i>	2
<i>Incisio</i>	64	„ <i>carpi</i>	1
<i>Ignipunctura</i>	1	„ <i>omenti</i>	1
<i>Kolpokleisis</i>	4	„ <i>humeri</i>	1
<i>Laparotomia</i>	18	„ <i>femoris</i>	1
<i>Laparohysterotomia</i>	1	„ <i>tibiae.</i>	1
<i>Lithotomia lateralis</i>	2	„ <i>intestini</i>	1
„ <i>hypogastrica</i>	1	<i>Repositio brachii</i>	4
„ <i>mediana</i>	2	„ <i>cubiti</i>	1
<i>Necrotomia.</i>	37	„ <i>et brisement forcé</i>	1
<i>Oncotomia</i>	19	„ <i>pollicis</i>	1
<i>Oesophagotomia</i>	1	<i>Reamputatio cruris</i>	2
<i>Ovariectomia</i>	2	<i>Thermocauterisatio</i>	14
<i>Plastica labii inf.</i>	15	<i>Thoracocentesis</i>	9
„ „ <i>super.</i>	2	„ <i>c. resectione costae</i>	1
„ <i>palpebrae inf.</i>	12	<i>Tenotomia</i>	2
„ <i>in reg. mentali</i>	1	<i>Tarsotomia.</i>	1
„ <i>faciei</i>	2	<i>Taxis (sub chlorof.)</i>	1
„ <i>(labium leporinum)</i>	5	<i>Trepanatio process. mastoid</i>	6
„ <i>(phymosis)</i>	3	„ <i>cranii</i>	1
„ <i>(naevus maternus)</i>	1	„ <i>condyli femoris</i>	1
„ <i>nasi</i>	3	<i>Tonsillotomia</i>	1
<i>Functio aspiratoria</i>	1	<i>Tracheotomia</i>	2
„ <i>(hydrocele) et injectio Lugoli</i>	2	<i>Urethrotomia interna</i>	9
<i>Rhinoplastica</i>	1	„ <i>externa</i>	3
<i>Resectio genu</i>	22	<i>Urethroplastica</i>	1

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

33. Dr. J. SCHREIBER. **Ból lędźwiowy** (*Lumbago*) **za pomocą rękoczynu leczony** (*Die mechanische Behandlung der Lumbago*). Niezależnie od licznych i rozmaitych, ogólnie zresztą znanych środków, przeciw gośćcowi mięśniowemu stosowanych, w wielu przynajmniej przypadkach, leczenie nie przynosiło żadnej lub też nieznacznej ulgi, dopiero wprowadzenie mięsienia dało lekarzowi potężną broń w walce z tem dokładnie niezbadanem, a tak często i uciążliwym cierpieniem. S. w niniejszej pracy rozpatruje stosowanie mięsienia i odpowiedniego ćwiczenia mięśni przy jednej wyłącznie postaci gościa mięśniowego, mianowicie przy bólu lędźwiowym (*Lumbago, Hexenschuss*). Pod którą to nazwą rozumiemy sprawę gośćców w mięśniach lędźwiowych i w powięzi lędźwiogrzbietowej (*fascia lumbo-dorsalis*). Dla naszych celów rozpoznanie takie niewystarczy, trzeba koniecznie dokładnie określić siedlisko cierpienia, bądź w mięśniach, zginaczach kregostupa (*m. quadratus lumborum, psoas*), bądź mięśniach wyprostnych (*m. sacro lumbalis, longissimus dorsi*), bądź wreszcie w mięśniach oddechowych (*m. serratus inferior posticus*). W każdym z powyższych przytoczonych przypadków ruchy czynne, zalecone choremu, winny być odmiennie.

Do wyleczenia świeżego bólu lędźwiowego wystarczy jedno posiedzenie 20—30 minut trwające.

Wykonanie mięsienia. Chorego układa się na brzuchu na twardo wysłanym materacu na ziemi rozpostartym. Zupełne obnażenie chorego jest zbytecz-

ne, może on pozostać w koszuli lub w wełnianym kaftaniku. Lekarz klęcząc obok chorego wykonywa gnienie (*Knetungen*) części miękkich, cierpieniem zajętych, bolesnych. Po gnieniu następuje uderzenie (*Hackungen*) po mięśniach. Siła obydwu rękoczynów musi być stopniowo wzmagana. Gnienie z początku wykonywa się tylko brzuścem palca, następnie knykciem, wreszcie pięścią. Gnienie się miejsca bolesne, wogóle na przestrzeni ograniczonej XII żebrami, grzebieniem kości biodrowej i kręgosłupem. Uderzenie winno być wykonywane łokciowym brzegiem ręki pionowo do cierpiących tkanek, poruszając ręką w stawie łokciowym, a nie ramieniowym. Rozumie się przy rękoczynach unikać należy kości i ich wyrostków, w przeciwnym razie oprócz bezpożytecznego bólu można i szkodę wyrządzić np. złamanie żebra, pęknięcie miednicy. Siła rękoczynu w każdym pojedyńczym przypadku zależeć będzie od rodzaju cierpienia, od rozwoju mięśni i ilości tłuszczu podskórnego, co musi być przedstawione doświadczeniu samego lekarza. Od czasu do czasu robi się przerwy w mięsieniu, podczas których probujemy o ile chory może wykonywać ruchy przedtem niemożliwe lub bardzo bolesne, mianowicie każemy choremu siadać i wstawać z krzesła coraz niższego bez pomocy rąk, przykucnąć, podnieść obiedwiema rękami przedmiot z coraz niższego krzesła bez zginania kolan, wchodzić i zeskakiwać z krzesła różnej wysokości, zginać kręgosłup w różnych kierunkach itp. Wszystkie te ruchy z początku bardzo bolesne wkrótce bez żadnego wysiłku chory wykonywa i po największej części po jednym posiedzeniu zostaje zupełnie wyleczonym z dolegliwego cierpienia. Na zakończenie ostrzega autor przed możliwymi błędami w rozpoznaniu ostrego bólu lędźwiowego od cierpienia kręgosłupa, mlecza i jego opon, macicy i nerek. Błąd podobny rzecz prosta, mógłby choremu wielką wyrządzić krzywdę.

Przy leczeniu przewlekłego bólu lędźwiowego mięsienie ustępuje na drugi plan przed czynnymi ruchami, przed ćwiczeniem mięśni. Leczenie trwa kilka tygodni nieraz do ośmiu, przyczem mięsienie wykonywa się jednakowo w sposób opisany przy ostrym bólu lędźwiowym codziennie z jednodniowymi przerwami po 7 lub 8 posiedzeniach. Czynne zaś ruchy muszą być bardzo urozmaicone, skierowane przeciw coraz innym mięśniom cierpieniem dotkniętym. Trzeba jednym słowem mięśnie od pracy odwykłe na nowo wykrztałcić, do czynności zaprawić. Autor podaje jeden z najbardziej interesujących swoich przypadków, gdzie choroba z przebiegiem wynikła trwała 1½ roku i pomimo rozmaitych sposobów leczenia chory nietylko nie czuł ulgi, lecz stan jego coraz się pogarszał. Drobiazgowo opisuje każde posiedzenie, wszystkie ruchy czynne, jakie chory przy nim wykonywał aż do zupełnego wyleczenia. Szczegółowy opis tych ćwiczeń przekracza rozmiary niniejszego streszczenia, zaznaczę tylko ważniejsze momenty. Każde ćwiczenie odbywa się bezpośrednio po mięsieniu. Ćwiczenia: Przejsz przez salę dużymi krokami coraz prędzej, ściągając na dół i podnosić nieznaczne ciężarki na odpowiednim przyrządzie, przejść pomiędzy polanami drzewa w równych odstępach ułożonemi na podłodze, przejść po tych polanach, przykucnąć z początku z pomocą, później bez pomocy rąk, usiąść i wstać z krzesła bez pomocy rąk, tacać się po materacu na ziemi rozpostartym, stać i chodzić na palcach, skakać ze zbliżonemi nogami, zeskakiwać z krzesła różnej wysokości i t. p. Ćwiczenia te rozumie się zmieniają się do nieskończoności, zależnie od przypadku, mianowicie od tego jakie mięśnie są dotknięte. Dla tego też dokładne rozpoznanie ma ogromne znaczenie, można jednak za prawidłó uważać, że należy, aby chory te właśnie ruchy wykonywał które mu ból sprawiają. Chory o którym wspomniałem po 21 dniach był zupełnie wyleczony. Zdarzają się czasami powroty choroby, te jednak po kilku posiedzeniach zwykle ustępują.

Następnie rozpatruje autor zarzuty czynione wogóle leczeniu za pomocą mięsienia, jakoto ból sprawiany choremu, niewygodą dla lekarza ze względu

na ilość czasu wymaganego na każde posiedzenie, a wreszcie lekarz traci na powadze zajmując się pracą fizyczną około chorego. Uważam za zbyt częste przytaczanie dowodzenia, jakimi autor zbija te zarzuty.

Na pytanie czy mięsienie powinno stanowić oddzielną specjalność, odpowiada autor przecząco. Każdy lekarz winien być dokładnie obznajmiony z mięsieniem, aby przynajmniej w przypadkach mniej zawiłych, mógł samemu rękoczyn wykonywać lub dawać wskazówki nielekarzom, zajmującym się mięsieniem. Pozostawienie mięsienia w ręku posługaczy, łaźnienników naraża niejednokrotnie chorych na szkodę, już chociażby ze względu na możliwe błędy w rozpoznaniu cierpienia.

Skuteczność mięsienia przy gościu mięśniowym może przyczynić się po niekąd do rozjaśnienia istoty cierpienia. VIRCHOW i FRORIER sądząc ze zmian napotykaných w mięśniach, uważają gościę za zapalenie. Zmiany te jednak zdarzają się względnie dosyć rzadko. Przytem zimno przy gościu nie tylko nie pomaga, lecz nawet szkodzi, co także przemawia przeciw zapalnej sprawie. Więcej prawdopodobnem jest przypuszczenie, że gościę powstaje na skutek podrażnienia zakończeń nerwowych w mięśniu. Mięsienie działa skutecznie przy gościu mięśniowym, również jak i przy nerwobólach.

Przypuszczenie jakoby gościę mięśniowy powstawał skutkiem przekrwienia wobec skuteczności mięsienia upada.

Nakoniec wypowiedziano przypuszczenie, że gościę powstaje na skutek ścinania się białka mięśniowego (*myosiny*). Widzimy tu pewną analogią z pośmiertnem stężeniem mięśni. BRÜCKE wykazał że przyczyną pośmiertnego stężenia mięśni jest ścinanie się białka; a WUND przez podwiązanie tętnicy mięśniowej u żywego wywoływał zmniejszenie kurczliwości mięśnia i ostatecznie zupełne stężenie. BROWN-SÉQUARD wykazał, że stężały mięsień można poniekać ożywić przez wstrzyknięcie krwi tętniczej. Porównajmy z gościem. Gościę mięśniowy powstaje zwykle po szybkim ochłodnięciu rozgrzanego ciała czyli po szybkim zwężeniu rozszerzonych poprzednio naczyń, co można porównać z podwiązaniem tętnicy. Mięsień zaś i ruchy czynne wywołują rozszerzenie naczyń, zwiększony dopływ krwi, a więc usuwają przyczynę cierpienia. Jeżeli ostatecznie przypuszczenie okaże się prawdziwem, to może nam wytłomaczyć i ból jaki bywa przy gościu mięśniowym. Podług ENGELMANN'a zakończenia nerwowe w mięśniach znajdują się wewnątrz otoczki mięśniowej (*sarcolemma*). Cylinder osiowy nerwu wewnątrz pęczka pierwotnych włókien mięśniowych rozpada się na cienkie włókienka. Przy ścinaniu się białka mięśniowego muszą drobne te zakończenia nerwowe podlegać pewnemu uciskowi co się bólem objawia.

P r z y p i s e k S p r a w o z d a w c y. Najdokładniej obrobionym i zdaniem mojem, najważniejszym w pracy SCHREIBERA jest rozdział poświęcony ćwiczeniom przy przewlekłym bólu lędźwiowym. Znajdujemy tam bardzo szczegółowy opis ćwiczeń wraz z objaśnieniem które mianowicie mięśnie przyjmują udział w każdym ćwiczeniu. Liczne rysunki w tekście nie mało do zrozumienia się przyczyniają. Z natury rzeczy wynika, że ta część pracy najbardziej musiała ucierpieć na streszczeniu.

(Wiener Klinik. März 1887 r.). Feilchenfeld.

Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 17 Maja r. b.

Kol. WASILIEW przedstawił chorego, któremu dwukrotnie w szpitalu więziennym wykonał laparotomię. Pierwszy rękoczyn podjęty został wskutek wgłobienia jelita cienkiego w kioskę ślepą; po wydobyciu wgłobionego jelita, które okazało się obumarłem, wycięto je i utworzono sztuczny odbył. W kilka ty-

godni później celem usunięcia go kol. W. powtórnie otworzył jamę brzuszną i zeszył oba końce wyciętego jelita. W kilka dni po tej operacji, powstała niewielka przetoka, przez którą od czasu do czasu odchodzi jeczczu nieznaczna ilość kału. Ogólny stan chorego jest zupełnie dobry.

Kol. NEUGEBAUER Fr. przedstawił nowy ciekawy okaz miednicy spondylolistycznej, przesłanej mu dla bliższego zbadania przez D-ra FIRNIGA z Kolonii. Miednica ta pochodzi od 25-letniej pierwiastki zmarłej z zatoru płucnego 11-go dnia po dokonaniem na niej cięciu cesarskiem. Okaz ten będzie przedmiotem obszerniejszego wykładu na przyszłym posiedzeniu Towarzystwa.

Kol. MATLAKOWSKI przedstawił chorą, młodą dziewczynę, która po skaleczeniu, przed 6 tygodniami odłamem szkła w lewą dłoń poniżej napięstka, przedstawiała objawy piekącego bólu, zmniejszenia uczucia w obrębie pierwszych trzech palców. Obecnie, bez żadnej innej przyczyny powróciła z objawami suchej zgorzeli (*mummificatio*) dwóch ostatnich członków wskaziciela. Kol. M. uważa tę zgorzel za zależną od *neuritis traumatica* gałązki nerwu pośrodkowego (*medianus*). Kol. STANKIEWICZ jest zdania, że *neuritis*, nawet przecięcie nerwu nie może samo przez się przy nieprzerwanym krążeniu spowodować zgorzeli. Tę ostatnią wtedy tylko zrozumieć jesteśmy w stanie, jeżeli do zaburzeń odżywczych spowodowanych uszkodzeniem nerwu, przylączą się inne czynniki, niepomysłnie wpływające na odżywianie tkanek, np. zapalenie i t. d. W danym więc przypadku przypuścić należy, że w okresie 6 tygodniowym, podczas którego chora obserwowana nie była, istniały objawy zapalne lub inne, których współdziałanie jest konieczne do wytworzenia zgorzeli.

Kol. MALINOWSKI odczytał pracę swoją „przyczynę do etiologii i kazuistyki moczówki cukrowej u dzieci“. Rzecz swą rozpoczął kol. MALINOWSKI od opisu przypadku moczówki u dziecka, które wraz z kol. LIPIŃSKIM widział kilkakrotnie w Grójcu. U dziecka dwuletniego, po przebyciu błonicy gardzieli, trwającej kilka dni z objawami gorączkowymi stan nagle się pogorszył, wystąpił upadek sił, tętno i oddech uległy znacznemu zwolnieniu. Przy oddychaniu czuć się dawał zapach chloroformu. Chemik cukrowni wykrył za pomocą polarymetru w moczu chorego dziecka cukier w ilości wahającej się od 0,18 do 0,02% w ciągu kilku tygodni. Rozpoznano moczówkę cukrową. Rozbierając bliżej objawy chorobne, kol. M. nie mógł tej postaci zaliczyć do jednej ze zwykle napotykaných postaci moczówki: mózgowej, wątrobowej lub nerkowej i przypuszcza, że, oprócz przyczyn tej choroby zwykle przyjmowanych, istnieją jeszcze inne momenty etyologiczne, mogące ją wywołać; mianowicie pod wpływem ogólnego osłabienia, zwolnionego oddechania i krążenia następuje niedostateczne utlenienie glikogenu w wątrobie, następstwem czego jest nadmierne zebranie się cukru we krwi i wydzielanie się jego w mocz. Odpowiednio do swego poglądu, kol. MALINOWSKI zastosował właściwe leczenie, oprócz ogólnej przeciwmoczówkowej diety dał choremu środki wzmacniające, mianowicie żelazo. Już po kilku tygodniach dziecko wyzdrowiało zupełnie. Kol. MALINOWSKI poglądy swoje popierał obszernymi wywodami, zdaje się wszakże, że z powodu spóźnionej pory drugą część swego odczytu zmuszony był znacznie skrócić. Szkoda, że przewodniczący na posiedzeniu nie uwzględnił życzenia wielu członków, aby odczyt z powodu późnej godziny odłożyć na następne posiedzenie.

Kol. Julian KRAMSZTYK, nie wchodząc w bliższy rozbiór samej etiologii moczówki przez kol. MALINOWSKIEGO przyjmowanej, nie sądzi, aby dany przypadek można było z pewnością za moczówkę cukrową uważać. Wobec niezwyklej rzadkości tej choroby u małych dzieci dla postawienia pewnego rozpoznania winno być dokładnie bardzo wykonane badanie moczu. Kol. M. nie podaje ilości dobowej moczu, nie podaje ani razu ciężaru właściwego moczu, a wspomina tylko o wykryciu za pomocą polarymetru 0,02%—0,18% cukru. Jest to

tak mała ilość cukru w obec zwykle znajdowanej, że przy braku innych pewnych objawów cukromoczu, przypadek ten bynajmniej pewnym nie jest. Zdaniem kol. KRAMSZTYKA objawy moczoówki cukrowej u dzieci nie różnią się wogóle od objawów u dorosłych, oprócz tego, że przebieg jest zwykle gwałtowniejszy, a objawy: *polyuria*, *polyphagia* i ogólne wyniszczenie w wyższym stopniu u dzieci niż u dorosłych występują. Choroba prawie zawsze kończy się śmiertelnie. CANTANI, jako częste bardzo powikłanie choroby u dzieci spostrzegał *incontinentiam urinae*. Kol. KRAMSZTYK w praktyce swojej spostrzegł dwa przypadki moczoówki u dzieci: jeden u 5-letniej dziewczynki, drugi u 9-cio letniego chłopca. U pierwszej zawartość cukru z moczu dochodziła od 3—5%, u drugiego 7,5%. U obojga zwykle objawy moczoówki występowały w bardzo wysokim stopniu, dziewczynie nie można było nastarczyć pokarmów i napojów, w nocy potajemnie wydobywała chleb ze szafy, zjadała resztki z garnków i talerzy. U chłopca pierwszym objawem, który zwrócił uwagę rodziców chorego, była niemożność zatrzymywania moczu, której nigdy poprzednio nie zauważono. Rodzice chorego przypuszczali, że chłopiec cierpi na polucye, bo na prześcieradle i sienniku pozostawały obszerne plamy twarde, jak krochmalone. Z powierzchni prześcieradła można było zebrać scyzorykiem drobnutki proszek biały, będący, jak się okazało, cukrem.

Kol. MALINOWSKI w odpowiedzi utrzymuje, że w przypadku spostrzeganym przez niego były wszystkie objawy cukromoczu: charakterystyczne zwolnienie oddechu i tętna, *polyuria*, *polyphagia*, *glycosuria* i wychudnienie.

Kol. KRAMSZTYK w ogóle nie sądzi, aby można było rozpoznać moczoówkę cukrową w przypadku, w którym tak nieznaczna tylko ilość cukru znalezioną była. Kol. MAYZEL utrzymuje, że tak małej ilości cukru wcale polarymetrem wykryć nie podobna.

Kol. MAYZEL przedstawił rozmaite preparaty mikroskopowe otrzymane przy badaniu płwociny i moczu u chorych gruźliczych i innych, i szczegółowiej uwzględnił morfologię laseczników tuberkulicznych. Są one dotychczas mało zbadane odnośnie najważniejszej części składowej t. j. zarodników (*spora*), za które, na wzór KOCH'A przyjmują powszechnie prawie jasne miejsca pośród zabarwionego laseczniaka. Zarodniki te pojmowane są jako endospory. W wielu dziełach znajdujemy wzmianki o rozmaitem ziarnkowatym wejrzeniu laseczników tuberkulicznych, lecz wygląd ten przypisywanym bywa, za przykładem KOCH'A, sztucznym zmianom pod wpływem odczynników i sposobów badania. Otóż kol. MAYZEL zwrócił uwagę na tę okoliczność przy badaniu płwocin gruźliczych zapomocą jednych i tych samych metod, z zachowaniem jednych i tych samych warunków—i przypuszcza, że ziarnkowate wejrzenie laseczników tuberkulicznych nie może być zależne tylko od sposobów badania i preparowania (silne ogrzanie, działanie kwasu odbarwiającego), lecz że stanowi w danym razie właściwość tych laseczników, dotychczas niedostatecznie uwzględnianą, a być może nader ważną. Chodzi bowiem o wykazanie zarodników czy też form t. zw. „trwałych“, których obecność w płwocinie należy przyjąć z uwagi na znaną odporność zarazka na wysychanie, gnicie, dosyć wysoką temperaturę i t. d. W płwocinie pewnego suchotnika (diabetyka zarazem) znalazł kol. M. grudek wielkości ziarna prosa, złożoną z samych prawie laseczników gruźliczych, których znaczna część po zabarwieniu płynem NEELSEN'A przedstawiała się „paciorkowatą“, złożoną z kulistych, regularnych, równych ziarn czterokrotnych w rozmaitej liczbie, najczęściej 2—3 obok siebie i zazwyczaj na jednym końcu laseczniaka. Kuliste te ziarna odróżniają się regularnością formy od segmentów widocznych na lasecznikach gruźliczych przy zabarwieniu sposobem GRAM'A. Ziarna w regularnej kulistej postaci napotykają się widocznie nadzwyczaj rzadko w lasecznikach gruźliczych w płwocinie. W obec wypowiedzianego przez niektórych autorów domysłu że ziarna w ba-

cyllach tuberkulicznych są być może zarodnikami (BABES, ORTH, NEELSEN, HUBER i BECKER, NORARD i ROUX), a nawet dosyć stanowczych twierdzeń w tym względzie (NEGRI, GRIGORJEW), sądzi kol. M. że okoliczność ta zasługuje na bliższe zbadanie. Być może iż chodzi tu o formy trwałe, rodzaj artrosporów, na podobieństwo tych które HUEPPE przypuszcza dla spirylli cholerycznych.

Następnie kol. MAYZEL przedstawił preparaty z mocz u pewnego chorego. Mocz od kilku miesięcy w chwili oddania, przy odczynie kwaśnym, okazuje się mętnym i zawiera obok nader nieznacznej ilości ciałek śluzo-ropnych bardzo wielką ilość mikrokoków ułożonych w rozmaitej długości niteczki nieruchome, które po dłuższym czasie opadają na dno naczynia w postaci białawego osadu. Hodowle na płytkach na żelatynie oraz w próbkach przez nakłóćce przekonały, że mikroby te powoli rozpuszczają żelatynę i stanowią zapewne formę nazwaną przez FLÜGGE'go: *Micrococcus ureae liquefaciens*. Na agarze rosną powoli w postaci białawego nalotu. Chory odnośny przebywał tryprowe zapalenie cewki, podrażnienie pęcherza i był kateteryzowany, a także sam sobie cewnik wprowadzał. Zresztą obecność mikroorganizmów w drogach moczowych, bezwątpienia wprowadzonych z zewnątrz, nie spowodowała znacznych zaburzeń, jakkolwiek przyjąć trzeba że podrażnienie było przez nie podtrzymywanem. Przypadek należy więc do t. zw. „bakteriuryi“ resp. „bacylluryi“, opisaną pod tą nazwą po raz pierwszy przez ROBERTS'A w r. 1881 na kongresie londyńskim, a której literatura dotychczas wzrosła już dosyć znacznie (dawniej TEUFEL, FISCHER w r. 1864, CRÄMER w 1883, SCHOTTELIUS i REINHOLD w 1886, JAKSCH w 1887), pomijając już opisy bakterii w moczu napotykanych przy rozmaitych chorobach zakaźnych. W przypadku kol. M. na uwagę zasługuje obecność znacznej ilości mikroorganizmów w moczu świeżym, kwaśnym, nierozłożonym bynajmniej.

W dalszym ciągu kol. MAYZEL przedstawił preparaty laseczników gruźliczych z moczu dziewczynki 11-letniej, cierpiącej od roku na „katar pęcherza“, z wydzielaniem mętnego moczu, zawierającego liczne ciała ropne, u której z klinicznych objawów nie podejrzewano gruźliczej natury cierpienia. Laseczniczki znajdowały się przeważnie zebrane w kępkach esowatych, podobnych do tych jakie spotykamy w hodowlach. Kol. M. wspomniał że przy badaniu moczu należy pamiętać o możliwej obecności laseczników smegmowych w płatkach nabłonkowych (przy fimozie napletka zwłaszcza), które to laseczniczki odporne są na odbarwianie kwasem, podobnie jak tuberkuliczne, lecz odbarwiają się alkoholem bezwodnym (l. gruźlicze zaś nie).

Wreszcie kol. MAYZEL opisał komórki kurczliwe znalezione raz w płwocinie, która posiadała odczyn słabo kwaśny (zapewne z powodu domieszki mleka). Komórki z mniej lub więcej licznymi, długimi, często penzelkowatymi wyrostkami, przypominającymi komórki amebowe, posiadały znaczną wielkość, duże jądra (1—8) i zawartość gruboziarnistą, przez co charakteryzowały się jako t. zw. nabłonki alweolarne, które zwykle przedstawiają się okrągłymi i wyrostków nie posiadają. Wywołanie objawów kurczliwości tych komórek w innych razach rozmaitymi sposobami nie udawało się. W przypadku postrzeganym ruchy same, nader powolne, nie były również wyraźnie dostrzegalne. Jądra komórek wyrostkami opatrzonych posiadały często postać wydłużoną, przewężoną, wskazującą możliwość rozpadania się na części (fragmentacja jąder).

Prócz tego kol. MAYZEL wspomniał, że zdarzają się niekiedy w nabłonkach alweolarnych (z płwociny) ziarnka zapewne tłuszczowe (resp. myelinowe), które po zabarwieniu płynem NEELSEN'A nie odbarwiają się w kwasach, a tylko alkoholem bezwodnym. Komórki takie przypominają t. zw. komórki tuczne (*Mastzellen*).

Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.

Krajowe. W Sobotę d. 21 Maja otwartą została w Wazszawie Wystawa higieniczna.

— Posiedzenie kliniczne Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbędzie się we Wtorek d. 31 Maja 1887 r. o god. 6¹/₂ wieczorem.

I. Wład. STANKIEWICZ. O ujemnych stronach zewnętrznego traktowania szypyły po wyluszczeniu nowotworów macicznych (z demonstracją chorej).

II. MATLAKOWSKI. Zestawienie laparotomii dokonanych przy chorobach organów płciowych kobiet.

III. HEIMAN. Przypadek ostrego zapalenia ucha średniego.

IV. F. NEUGEBAUER (syn). 1. *Rarissima quedam synechieae uterosacralis in partu acquisitae observatio. Acanthopelvis* (z demonstr. preparatu). 2. Kazuistyka, symptomatologia i rozpoznawanie t. z. miednicy spondylolistycznej (z demonstracją fotogramów, rysunków i nowego anatomicznego preparatu, przysłanego z Instytutu położniczego w Kolonii).

Zagraniczne. Znamienity histolog prof. KÖLLIKER otrzymał honorowy dyplom doktora praw od Uniwersytetu Edynburskiego.

— W miejsce zmarłego prof. SCHROEDERA zaproszono do Berlina prof. OLSHAUSENA z Halli.

— Zjazd chirurgów niemieckich wybrał na członków honorowych prof. BILLROTHA i SPENCERA WELLSA.

— Dr. ORTH znany lekarz zdrojowy w Ems obchodził 50-letni jubileusz doktorski.

— 60 ty Zjazd przyrodników i lekarzy Niemieckich odbędzie się w Wiesbaden w dniach 18 do 24 Września r. b. Dr. R. FRESSENIUS i Arnold PAGENSTECHER wybrani są na przewodniczących.

Wykaz prac oryginalnych w czasopismach lekarskich polskich zamieszczonych.

W Przeglądzie lekarskim. W N-rze 20. PRUS. Kilka przypadków histeryi u mężczyzn. CIĘGLEWICZ. Przyczynek do zachowawczego leczenia przewlekłych zapaleń stawowych. W N-rze 21. CYBULSKI. O hypnotyzmie ze stanowiska fizjologicznego. TRZEBICKY. O obecnym stanie chirurgii żołądka. W Odcinku. JABŁONOWSKI. Szkice sanitarne w Persyi.

W Gazecie lekarskiej. W N-rze 20: H. RUPPERT. O rokowaniu przy krwotokach kiszczowych w tyfusie brzuszny i przyczynach tychże krwotoków (dok.). WŁ. BIEGAŃSKI. Moczopędne działanie przetworów rtęci (d. c.). W N-rze 21. BIEGAŃSKI. Moczopędne działanie przetworów rtęci (dok.). ZAWISZA. Przypadek długotrwałej gorączki o typie przepuszczającym.

W Wiadomościach lekarskich. W N-rze 10. STACHIEWICZ. Leczenie suchót płucnych sposobem D-ra H. Brehmera. FEIGEL. O nagłej śmierci wskutek gwałtownych wzruszeń umysłowych.

Przewodnik gimnastyczny. W N-rze 4. Wspomnienie Jana Dobrzańskiego (dok.). Kobiety starego świata, średniowieczne i wychowanie kobiet XIX wieku (dok.). Przechadzki i wycieczki (c. d.). Sprawy towarzystw gimnastycznych polskich. W N-rze 5. Korpusy wakacyjne. O gimnastyce ze stanowiska estetyki. Przechadzki i wycieczki (c. d.). Sprawy towarzystw gimnastycznych polskich.

REDAKTOR i WYDAWCA, DR. G. FRITSCHKE. Adres Redakcyi: Aleja Jerozolimska N. 80.

Дозволено Цензурою. Варшава, 14 Мая 1887 г.—Членками Михаила Зiemkiewiczа
Krak.-Przedm. Nr. 17. Cena numeru pojedynczego kop. 15 (złp. 1).

