

# MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE  
dla lekarzy-praktyków.

**TREŚĆ. Prace oryginalne.** Przyczynek do nauki o zboczeniach mowy (logopatologii). Przez D-ra Władysława Ottuszewskiego. — O wycięciu nerki. Zestawienie 15 operowanych przypadków. Podał prof. D-r Julian Kosiński. (Dalszy ciąg). — Nowe źródła wody mineralnej w Busku. — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 26-go Września i 3 Października r. b. — Streszczenia i wyciągi. 156. O warunkach sprzyjających przedłużeniu żywotności laseczników cholery. 157. O cyklicznym białkomoczu. — List otwarty do Redakcyi Medycyny. — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

## Przyczynek do nauki o zboczeniach mowy (logopatologii).

Odczyt wypowiedziany na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. dnia 26 Września 1893 r.

przez D-ra Władysława Ottuszewskiego.

Wprowadzając ten nowy dział do łamów „Medycyny“, pragnę zainteresować nim jak najszersze koło kolegów, gdyż obszerna ta gałąź wiedzy lekarskiej, mająca swą piękną tradycję, szczególnie odnośnie do jąkania, w starożytnej, a nawet średniowiecznej medycynie i do połowy bieżącego wieku, aż do ostatnich prawie czasów pozostająca w zupełnem zaniedbaniu, obecnie zajmuje zupełnie samodzielne stanowisko, a łącząc się ściśle z niektórymi działami tej wiedzy, przyczynia się niemało do wzbogacenia i rozszerzenia ogólnego jej zakresu. Powyższe mniemanie uzasadnia między innymi cały szereg zboczeń mowy, zależny od somatycznych zmian tkanki mózgo-rdzeniowej, jamy nosogardzielowej i ustnej, jak również wiele funkcjonalnych zboczeń mowy, pozostających w związku z całym układem nerwowym.

O ile prace dotyczące patologii mowy, rzucając nowe światło na różne jej zboczenia, lub szerząc zdrowe pojęcia higieniczne, mające na celu zapobieganie tym zboczeniom, mogą zainteresować świat lekarski, o tyle znów podstawowe nauki dla logopatologii, fizjologia i psychologia mowy, nieodzowne dla zrozumienia nieraz niezmiernie zawiłych jej spraw, winny przedstawiać nie mniejsze zainteresowanie dla lingwistów i psychologów, w szczególności u nas, gdzie pole to tak długo leżało odłogiem. To też przed rozpoczęciem badań w zakresie zboczeń mowy, zająłem się opracowaniem jej fizjologii, uwzględniając przytem dźwięki rodzime, pomijane zazwyczaj przez obcokrajowców <sup>1)</sup>, a w niedługim czasie, na podstawie własnego materiału, będę się mógł podzielić z czytelnikami pracą, dotyczącą rozwoju mowy u dziecka i stosunku tego rozwoju do jego władz duchowych, to jest dotyczącą psychologii mowy.

Materiału, który posłuży do wypowiedzenia kilku uwag w zakresie logopatologii, dostarczyli mi chorzy z praktyki prywatnej oraz polikliniki, którą otworzyłem przy swym zakładzie dla chorych niezamożnych. Materiał ten, niezmiernie cenny dla lekarza pracującego na polu zboczeń mowy, dopiero od

<sup>1)</sup> Szkic fizjologii mowy ze szczególnem uwzględnieniem głosek alfabetu polskiego. Warszawa 1893.

niedawna racjonalnie uprawianem przez lekarzy, a więc pozostawiającem wiele braków wymagających uzupełnienia, a tem samem dużej ilości spostrzeżeń, zwiększyli łaskawem przysyłaniem odpowiednich przypadków niektórzy z kolegów, którym przy tej okazji składaam serdeczne podziękowanie.

Przystępując obecnie do podzielenia się z kolegami dotychczasowym materiałem, pragnę choć w kilku słowach przypomnieć podział zбочeń mowy, tembardziej, że podany podział KUSSMAUL'a w pracy mojej: O zбочeniach mowy, jåkaniu i bełkotaniu, drukowanej w roku zeszłym w Medycynie, uważam obecnie za niewystarczający dla lekarza pracującego w tym zakresie. Otóż wszystkie zбочenia mowy podzieliłbym na trzy kategorie: *I Dysarthriae*, to jest zбочenia artykulacji; *II Aphasiae*, t. j. zбочenia funkcji mowy i *III Dyslogiae*, to jest zбочenia treści myśli.

*Dysarthriae* rozdzielamy na dwie grupy: ośrodkowe i obwodowe, a każdą z nich na organiczną i funkcjonalną. Do dyzartrii organicznych ośrodkowego pochodzenia zaliczam rzadkie przypadki jåkania (zaledwie kilka w całej literaturze) i bełkotanie przy *paralysis progressiva*, *sclerosis disseminata*, *paralysis agitans* etc. Do dyzartrii ośrodkowych funkcjonalnego pochodzenia należy zwykle jåkanie, trzepotanie i ogólne bełkotanie. Dyzartrie obwodowe (*dyslaliae*) bywają również organicznego pochodzenia, zależne od grubych zmian w narządach artykulacji, lub obwodowych obrażeń nerwu podjęzykowego lub twarzowego, stanowiąc tak zwane mechaniczne bełkotanie, i funkcjonalne, zależne od braku wprawy w układaniu prawidłowem języka, przy wymawianiu tej lub owej głoski — częściowe bełkotanie. O afazyach i dyslogiach powiemy niżej przy opisie tych zбочeń.

W ciągu rocznej mojej działalności miałem sposobność spostrzegać 91 przypadków zбочeń mowy. Liczba ta rozdzieliła się między podane wyżej kategorie jej zбочeń w następujący sposób.

Tablica I.

|                  |    |    |          |    |         |
|------------------|----|----|----------|----|---------|
| I. Jåkania       | 61 | 52 | mężczyzn | 9  | kobiet. |
| II. Trzepotania  | 2  | 1  | „        | 1  | „       |
| III. Bełkotania  | 12 | 7  | „        | 5  | „       |
| IV. Mowy nosowej | 3  | 1  | „        | 2  | „       |
| V. Niemoty       | 13 | 11 | „        | 2  | „       |
|                  | 91 | 72 | „        | 19 | „       |

## Dyzartrie.

**I. Jåkanie** (*balbuties*, *Stottern*, *bégaiment*). Podaną na tablicy I liczbę 61 jąkałów ułożyłem w załączonej niżej tablicy II, podług wieku chorych.

Tablica II.

| wiek      | 2 | 4 | 5 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 26 | 27 | 28 | 29 | 40 | 46 | 48 | suma |
|-----------|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|------|
| mężczyźni | 1 | 2 | 1 |   | 2 | 1 |    | 5  | 1  | 3  | 3  | 3  | 4  | 3  | 2  | 2  | 3  | 3  | 1  | 1  | 3  | 1  | 1  | 2  | 1  | 1  | 1  | 1  | 52   |
| kobiety   |   |   |   | 1 |   |   | 1  | 1  |    |    | 1  |    | 2  | 2  |    |    |    |    |    | 1  |    |    |    |    |    |    |    |    | 9    |

Podaję jeszcze dwie tablice, których znaczenie postaram się poniżej objaśnić, mianowicie tablicę III, dotyczącą przyczyn cierpienia, podawanych przez samych chorych lub otoczenie i tablicę IV, przedstawiającą wiek chorych, w którym powstało jąkanie.

Tablica III.

|           | Przyczyna niewiadoma | Dziedziczność | Prędkość mowa otoczenia | Przebyte choroby mózgowie | Naśladowanie | Uraz | Choroby zakaźne |
|-----------|----------------------|---------------|-------------------------|---------------------------|--------------|------|-----------------|
| mężczyźni | 21                   | 14            | 3                       | 2                         | 3            | 8    | 1               |
| kobiety   | 4                    | 1             | 1                       |                           | 1            | 1    | 1               |

Tablica IV.

| mężczyźni | W którym roku powstało jąkanie | Niewiadomo | Od dzieciństwa | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 43 |
|-----------|--------------------------------|------------|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|
|           | Liczba jękałów                 | 4          | 5              | 2 | 5 | 1 | 4 | 6 | 5 | 4 | 4 | 5  | 2  | 1  | 2  | 1  | 1  |

| kobiety | W którym roku powstało jąkanie | Niewiadomo | Od dzieciństwa |  | 3 | 4 |  | 6 |  | 8 | 9 |  |  |  |  |  |  |
|---------|--------------------------------|------------|----------------|--|---|---|--|---|--|---|---|--|--|--|--|--|--|
|         | Liczba jękałów                 | 2          | 1              |  | 1 | 1 |  | 1 |  | 2 | 1 |  |  |  |  |  |  |

Liczba spostrzeganych przypadków 61 jest zbyt mała, abyśmy mogli oprzeć na niej jakieś stanowcze wnioski, dotyczące omawianego cierpienia. Będziemy mogli dopiero to skutecznie w miarę gromadzącego się materyału. Nie przeszkadza to nam jednak, opierając się na tym materyale, wypowiedzieć już teraz niektóre uwagi dotyczące tej kwestyi.

Podany stosunek liczebny na tablicy I mężczyzn do kobiet, wykazujący przewagę mężczyzn, zaznaczają wszyscy prawie autorowie. Tak na przykład COLOMBAT i COEN wykazują 10% kobiet podlegających jękanu, GUTZMANN 11%, według zaś twierdzenia SIKORSKIEGO, wadę tę spotykamy u mężczyzn trzy razy częściej aniżeli u kobiet. Na tablicy II widzimy, że największa ilość jękałów, którzy się do mnie zgłosili, przypadła na rok 11 i 16. Jedynie zbyt mała ilość spostrzeganych przezeń małych dzieci nie pozwoliła uwzględnić w załączonej tablicy dowiedzionego faktu, że czas formowania się mowy (pomiędzy 2—5 rokiem) stanowi bardzo ważny moment usposabiający do jękania. Brak ten zresztą uzupełni nam tablica IV, o której powiemy poniżej. Tablicę III uważam za daleko ważniejszą, gdyż może ona nam wyświetlić poniekąd etyologię jękania, a tem samem wpłynąć na uformowanie się naszego zapatrywania na tę wadę. Zaraz na początku zamieszczona, a najmniej w tego rodzaju badaniach pożądana liczba 25 niewiedomego pochodzenia, dowodzi nie małych trudności, w jakich znajduje się lekarz, pragnący mieć ściśle dane w tym kierunku. Rozglądając się dalej w tej tablicy, widzimy, że najważniejszą pozycję zajmuje dziedziczność i uraz. Dzie-

dziczność możemy rozpatrywać tu dwojako, mianowicie: albo w obszernem pojęciu, to jest nie tylko jako dziedziczenie samej nerwicy wprost od rodziców, lub drogą uboczną od krewnych, lecz i skłonności do jakiegokolwiek choroby nerwowej, a nawet i temperamentu nerwowego, lub w ograniczonym pojęciu, to jest, dziedziczenie skłonności do jąkania wprost od rodziców. Przyjmując dziedziczność w obszernem znaczeniu, pomieściłem pod tą rubryką trzy kategorie przypadków: 1) gdzie w rodzinie ojciec lub matka, a nawet bliscy krewni jękają się, 2) gdzie innej przyczyny oprócz chorób nerwowych w rodzinie znaleźć nie mogłem, 3) gdzie pomimo wywołujących momentów, jak uraz i naśladownictwo, dziedziczność dawała się ściśle wykazać. W tych ostatnich przypadkach wywołującym momentom przypisuję rolę drugorzędną. Zgodnie z tem zapatrywaniem nie podzielam poglądu D-ra GUTZMANN'a, uważającego za dziedziczne tylko te przypadki jąkania, gdzie wada ta przechodzi na dzieci pomimo to, że one nie pozostawały w żadnej styczności z rodzicami jękającymi się, gdyż w przeciwnym razie przypisuje on główną rolę nie dziedziczności, lecz naśladownictwu. Z pomiędzy 14 naszych przypadków w pięciu (Nr. 2, 14, 34, 35 i 50) odnotowałem dziedziczenie od rodziców (4 razy od ojca, raz od matki), w dwóch przypadkach nie można było znaleźć innej przyczyny oprócz nerwowych chorób w rodzinie, jak melancholia i obłąd (Nr. 28 i 56), w dwóch przypadkach jękali się bliscy krewni, nakoniec w pięciu przypadkach oprócz dziedzicznych chorób mieliśmy uraz, jak: upadnięcie na nos, mocne uderzenie w czoło, spadnięcie ze schodów i t. d. (Nr. 3, 19, 20, 47 i 49). Z podanych spostrzeżeń na szczególną uwagę zasługuje następujące:

Wacław W. 2½ lat liczący (Nr. 47). W rodzinie brat jąka się, ale malec nigdy go nie widział. Przed tygodniem, zanim go do mnie przyprowadzono, uderzył się bardzo silnie w czoło i zaraz zaczął się jąkać. Ślady po uderzeniu na czole widział ze mną wspólnie kol. SZTEYNER.

Przypadek ten uważam za bardzo ważny i pouczający, gdyż obok ważności dziedzicznego momentu dowodzi nam, że w etyologii jąkania uraz, nadużywany przez publikę, a przez lekarzy często z niedowierzaniem przyjmowany, może odgrywać istotnie ważną rolę.

Uraz jako przyczynę wywołującą zanotowałem 9 razy. We wszystkich tych przypadkach, mimo starannie zbieranych wywiadów, nie mogłem wykryć momentów dziedzicznych.

Naśladownictwo czyli zarazę psychiczną zanotowałem 4 razy. Zapatrywanie moje na naśladownictwo różni się od poglądu GUTZMANN'a, który mu przypisuje najważniejszą rolę. Nie zmniejszamy bynajmniej, jak to już powyżej zaznaczyliśmy, jego znaczenia, ale inaczej całą tę rzecz pojmujemy. Naśladownictwo stanowi bez kwestyi bardzo ważny moment wywołujący, najczęściej jednak przy istnieniu już dziedzicznego usposobieniu. Zgodnie z tem zapatrywaniem pomieściłem w tej rubryce tylko te przypadki, gdzie dziedziczne momenty mogłem wyłączyć, a zarażenie od jąkały, nie należącego do rodziny, nie ulegało żadnej wątpliwości. Tu należy spostrzeżenie (Nr. 8), gdzie chłopczyk zaraził się od siostry swojej guwernantki, Nr. 9 gdzie jeden chłopczyk zaraził drugiego, Nr. 30 (jedna siostra zaraziła drugą) i Nr. 40 (chłopczyk przestawał z jąkałą, ale oprócz tego spadł z wozu). Następną kategorię stanowi prędka mowa otoczenia. Tu mamy 4 przypadki (Nr. 11, 42, 54, 59). Dość rzadkim momentem wywołującym są choroby mózgowe. Związek tego momentu z jąkaniem objaśniamy sobie siedliskiem

jego w ośrodkach (o czym zresztą poniżej powiemy). Takich przypadków zanotowaliśmy dwa, mianowicie N-r. 38, gdzie u dziecka w 8 miesiącu wystąpiły drgawki, trwające dwa miesiące, a jąkanie zjawilo się wraz z rozpoczynającą się mową, i Nr. 61, gdzie chłopczyk w 3 roku chorował na zapalenie mózgu i zaraz po tej chorobie zaczął się jąkać. Choroby zakaźne zanotowano w 2 przypadkach, mianowicie po tyfusie (Nr. 16) i szkarlatynie (Nr. 26).

Ostatnia tablica IV przedstawia nam wiek, w którym powstało jąkanie. Zrobiliśmy tu oddzielną tablicę z tego względu, że wiek na równi z dziedzicznością odgrywa rolę najważniejszego usposabiającego momentu. Jak wiadomo, w okresie tworzenia się mowy powstaje największa ilość przypadków jąkania. Odgrywa tu między innymi ważną rolę zły przykład ze strony otoczenia, jak zbyt pośpieszna mowa, dozwalanie dzieciom naraz dużo i zbyt pośpiesznie mówić, cierpienia jamy nosogardzieliowej i t. d. Przypuściwszy na tej zasadzie, że właśnie tego rodzaju przypadki wypełniłyby nam dwie pierwsze rubryki tej tablicy, mianowicie: niewiadomego roku powstania i od dzieciństwa, i dodawszy do tego liczbę jąkałów, zamieszczoną w niej między 2—6 rokiem, tablica ta jasno by nam wykazała, że w wieku tworzenia się mowy powstaje prawie połowa wszystkich przypadków jąkania. Rozglądając się dalej w niej, widzimy, że drugie ząbkowanie i nie wspomniany dotąd, a także do pewnego stopnia ważny moment usposabiający, mianowicie czas wstępowania do szkół, odgrywałyby w tem cierpieniu także pewną rolę. Pozostaje nam na koniec do objaśnienia jeden przypadek, gdzie jąkanie rozwinęło się u chorego 43 lata liczącego. Przypadek ten jest następujący.

Sp. Nr. 18. P. M. z Pińska, handlarz 45 lat liczący. Przed 15 laty chorował na zapalenie płuc. Przed 5 laty przebywał jakieś bliżej nie dające się określić obustronne bóle w kończynach dolnych, trwające 6 tygodni, do czego przyłączyło się wkrótce jąkanie głosowe toniczne, jako lekkie wydławianie głosu. Ów toniczny skurcz strun głosowych przybierał znów innym razem formę kloniczną, pod postacią *spasmus laryngeus tremulo articulatus*. Chory wydobywał wówczas dźwięk podobny do beczenia kozy. W tej lub owej formie, kurcz występował jedynie przed mową i zwiększał się przy wszelkiego rodzaju wzruszeniach moralnych. Badanie przedmiotowe wykazało co następuje: chory błądy, źle odżywiony. W krtani, w okolicy wyrostków głosowych, dwa zagłębienia symetryczne, gładkie, owalnej formy. Struny blado różowe, wiotkie, schodzą się przy wydobywaniu głosu z przodu, pozostawiając z tyłu mały trójkąt.

Przypadek ten, zarówno jak inne niżej podane formy jąkania głosowego, zaliczany dotychczasowo do tak zwanej *aphonia spastica*, przedstawia, jak to w oddzielnej pracy postaram się uzasadnić, jedną z form głosowego jąkania. Opierając się na kilku analogicznych spostrzeżeniach, uważam tu jako przyczynę wywołującą nadużycie głosu.

W etyologii jąkania na jedno jeszcze pragnąłbym zwrócić uwagę czytelnika, mianowicie na cierpienia jamy nosogardzieliowej w ogólności, a w szczególności na wyrośla adenoidalne. Cierpienia te, oprócz oddziaływania na cały organizm, wywierają także wpływ na omawianą przez nas nerwicę, a to albo na drodze mechanicznej tamując oddech, albo drogą nerwową jako odruch. Autorowie, którzy zajmowali się tym przedmiotem, jak GUYE, BRESGEN, BLOCH, KAFEMAN, WINKLER, SCHELLENBERG i GUTZMANN, przypisują im ważny wpływ na jąkanie, a z tego względu radzą zmiany te przed rozpoczęciem leczenia usuwać. Ponieważ w całej tej sprawie, z powodu stosunkowo nielicznego materiału, mam mało jeszcze doświadczenia, z ostatecznym więc

sądem wolę się teraz zatrzymać. Omawiane zmiany spostrzegałem w pięciu przypadkach: wyrosła adenoidalne w spost. Nr. 13, znaczne powiększenie migdałów gardzielowych w spost. Nr. 34, obustronny przerost muszel dolnych w spost. Nr. 16, wyrosł kostną na przegrodzie z lewej strony nosa w spost. N. 3, kostne zwężenie lewej połowy nosa z przerostem muszel dolnych w spost. Nr. 57. Z podanych spostrzeżeń pewien wpływ wyrosli adenoidalnych skłonny byłbym przypuścić w następującym przypadku:

Stanisław H. lat 4 liczący (Nr. 13), jąkanie trwa od roku; od tegoż czasu chrapanie w nocy i oddechanie z otwartymi ustami. Przy badaniu znalazłem wyrosła adenoidalne, które operowałem. Wynik pooperacyjny jak dotychczas niewiadomy.

W pozostałych czterech przypadkach u dorosłych znajdowane zmiany w jamie noso-gardzielowej usuwałem przed rozpoczęciem właściwego leczenia (przypalanie muszel, tonsylotomia, etc.).

Na zasadzie zebranych dotychczas danych, dotyczących etyologii jąkania, skłonny jestem przypuszczać, że w większości przypadków najważniejszym usposabiającym do jąkania momentem jest dziedziczność i wiek. Zgadza się to w zupełności i potwierdza nasze zapatrywanie na jąkanie, jako na nerwicę funkcjonalną, analogiczną histeryi, neurastenii i t. d. Dopiero po tych dwóch momentach usposabiających idą wywołujące, jak uraz, naśladownictwo, prędką mowa w rodzinie, choroby mózgowe, infekcyjne i t. d. Jak skomplikowana jest wogóle w wielu przypadkach etyologia tego cierpienia, a z tego względu jak utrudnione nieraz wybranie tej lub owej przyczyny, dowodzi wiele z naszych spostrzeżeń, gdzie jednocześnie kilka wywołujących momentów złożyło się na wytworzenie tej wady. (D. c. n.).

## O WYCIĘCIU NERKI.

### ZESTAWIENIE 15 OPEROWANYCH PRZYPADKÓW.

Podał **prof. D-r Julian Kosiński.**

(Dalszy ciąg.—Zobacz Nr. 40).

**Przypadek 7<sup>2)</sup>.** Pani Ł., zamieszkała w Warszawie, lat 28, mężatka od kilku lat, rodziła 2 razy, szczupłej i delikatnej budowy, od paru lat zdradzała chorobę dróg moczowych, która uwydatniła się szczególnie przed ostatnią ciążą i po niej. Mianowicie: występowały bóle w lewej okolicy lędźwiowej, gorączka, zaburzenia przewodu pokarmowego, a w moczu zjawiały się śluz i ropa, przy bardzo przykrych subiektywnych przypadłościach podczas oddawania moczu. Przypadłości te, to w mniejszym, to w większym stopniu występując, w ostatnich kilku miesiącach przybrały charakter groźniejszy i przebieg nieprzerwany. Nadto zaczął uwydatniać się w lewym podżebrzu guz, zwolna się powiększający. Natenczas lekarze, mający chorą w swojej kuracji, widząc bezskuteczność dotąd prowadzonego leczenia i przypuszczając potrzebę chirurgicznej pomocy, wezwali do narady D-ra STANKIEWICZA, a potem mnie. Było to w końcu Grudnia 1888 r.; kiedym pierwszy raz pacjentkę widział, znalazłem ją przez długą chorobę bardzo wyniszczoną i tak

<sup>2)</sup> Przypadek ten był komunikowany na zjeździe chirurgów w Krakowie w r. 1891 i jest zanotowany w protokołach posiedzeń zjazdu.

osłabioną, że więcej pozostawała w łóżku niż na nogach, Skarżyła się na bardzo dokuczliwe bóle w brzuchu i okolicy nerkowej.

Dodać wypada, że chora od 3 czy 4 miesięcy straciła peryody, co przypisywano znacznemu osłabieniu organizmu. Badanie brzucha wykazało guz gładki, napięty, jednak wyraźnie chęłbocący, wielkości głowy dorosłego człowieka, wypełniający lewe podżebrze i zstępujący prawie do spojenia łonowego. Brzeg guza od strony linii środkowej brzucha przechodził na prawą stronę na 2—3 palce poza smugę białą brzucha. Od tyłu w okolicy lędźwiowej guz nie wypuklał wprawdzie widocznie tej okolicy, jednak przy dwuręcznym badaniu doskonale wyczuwać się dawał. Guz miał kształt kulisty i zupełnie gładką powierzchnię. Powierzchnia zewnętrzno-przednia guza pokryta kiszka, dającą odgłos tympaniczny, gdy cały guz daje zupełnie tępy odgłos przy opukiwaniu. Badanie sprawiało chorej dotkliwy ból. Część brzucha nad spojeniem łonowcem i w pachwinach nie zawierała guza, który nieruchomą podstawę miał umiejscowioną w okolicy lewej nerki, gdy tymczasem dolna jego część dawała się nieco przesunąć w jedną i drugą stronę. Pacjentka była do tego stopnia drażliwa i zdenerwowana, że w żaden sposób nie zgadzała się na zbadanie przez pochwę, pomimo wszelkich czynionych jej uwag, że żadna racjonalna terapia nie jest możliwa do stosowania bez wszechstronnego zbadania. Godziła się raczej na operację chirurgiczną, aniżeli na eksplorację przez pochwę. Wobec tego musieliśmy wnioski nasze wyprowadzać z objawów subiektywnych i obiektywnych już zdobytych, pozostawiając badanie pochwowe do zachloroformowania chorej, które ewentualnie mogłoby posłużyć i do wykonania operacji. Z poprzedniego przebiegu choroby wszystko przemawiało za cierpieniem nerki. Była wprawdzie epoka w ciągu długiej choroby, zanim się guz wyraźnie nie uwydatnił, w której gorączka, ból i stwardnienie w podżebrzu były odnoszone do cierpienia śledziony, natury malarycznej i terapia odpowiednia stosowana, lecz niedługo pozostawano przy tem mniemaniu, gdyż zanadto jaskrawemi stawały się objawy, świadczące o umiejscowieniu się choroby w drogach moczowych. Konsultacja nasza, jakkolwiek badanie wyczerpującem nie było, doprowadziła nas do jednozgodnego mniemania, że mamy do czynienia z cystą nerki z prawdopodobieństwem, że zawartość cysty jest ropna.

Opieraliśmy tę dyagnozę na następujących objawach:

a) Guz z umiejscowieniem i stałym punktem w okolicy nerki, po przednio-zewnętrznej powierzchni guza przebiegała kiszka gruba (*colon descendens*). b) Mocz, zawierający od dawnego czasu śluz i ropę, niekiedy w wielkiej ilości, z przymieszką komórek nabłonkowych z miedniczek i nielicznych cylindrów moczowych. 3) Stan podgorączkowy ciągły. 4) *Gastro-enteritis chronica* z częstymi rozwolnieniami, a w ostatnich czasach wymiotami, wskazującymi przewlekłe zatrucie moczowe. 5) Wreszcie, wykluczenie (choć nie absolutne) innych organów w jamie brzusznej, z których guz mógł brać początek. Przyszliśmy zatem do wniosku, że operacja stała się nieuniknioną i że jest konieczną nawet i w tym razie, gdyby się pokazało po zachloroformowaniu chorej i dopełnieniu badania przez pochwę, pęcherz i kiszka prostą, iż guz nie z nerki pochodzi, gdyż wątpliwości nie ulegało, że treścią ciężkich objawów i cierpień, wyczerpujących siły chorej, był guz, bezwzględnie czy on jest cystą nerki, jajnika, krezki lub innego narządu w jamie brzusznej.

Po oświadczeniu chorej i jej mężowi naszej opinii i po zgodzeniu się ich na operację, 5 Stycznia 1889 przystąpiliśmy do niej. Po zachloroformowa-

niu pacjentki zbadaliśmy przedewszystkiem stosunek guza do organów miednicy przez pochwę, pęcherz moczowy i kışkę prostą. Badanie to utwierdziło nas ostatecznie w przekonaniu, że cysta wychodzi z nerki. Nadto, znaleźliśmy macicę powiększoną znacznie i po za nią dość wysoko położony guz okrągławy wielkości pomarańczy. Czy guz ten miał jaki związek z cystą nerkową, tego niemożna było oznaczyć, gdyż od góry przez ścianę brzuszną, z powodu znacznej objętości cysty nerkowej, guz będący w małej miednicy nie dawał się wcale wymacać. Niemogliśmy żadnych pewnych wniosków robić co do natury tego guza i powiększonej macicy, a uważając usunięcie cysty za rzecz niezbędną, przystąpiliśmy do operacji. Długiem cięciem lędźwiowem, typowem dla rezekcyi nerki, doszedłem do guza. Oddzielenie jego od błony otrzewnej dało się łatwo uskutecznić, co uczyniwszy w znacznej części, nakłułem guz trójkątciem i wypuściłem zawarty w nim płyn. Płyn z początku wyciekał zupełnie surowiczy, czysty jak woda, a następnie ropny z osadem kłaczkowatym. Po zmniejszeniu w ten sposób objętości guza, opróżniony błoniasty worek dał się dość łatwo całkowicie oddzielić od błony otrzewnej, przepony i powięzi poprzecznej. Tylko nieliczne naczynia krwionośne gdzieś-niegdzie wymagały założenia pincetek dla zapobieżenia krwawieniu. W ten sposób doszliśmy na tępo, wyseparowawszy worek i niezraniwszy nigdzie otrzewnej, aż do jego nasady czyli szypułki t. j. do naczyń nerkowych i moczowodu. Założywszy mocną podwiązkę oddzielnie na naczynia, oddzielnie na moczowód i przeciąwszy szypułę po za miejscem podwiązaniem, usunąłem worek cysty, a przekonawszy się raz jeszcze, że otrzewna pozostała nie zranioną nigdzie podczas oddzielania worka i że po podwiązaniu jeszcze kilku mniejszych naczyń w pozostałej dużej jamie, żadnego niema krwawienia, mogącego w dalszym przebiegu wywołać niepożądane powikłania, przystąpiłem najsamprzód do zbadania owego guza w miednicy i powiększonej macicy.

Pokazało się, że macica jest powiększona, ruchoma, dość miękka. Wielkość jej odpowiadała macicy, będącej w czwartym miesiącu ciąży. Niemogliśmy też inaczej tego stanu macicy uważać, jak tylko za macicę ciężarną. Co się tyczy guza małego, leżącego po za macicą, to ten był również ruchomy, twardy, dość gładki i z wątpliwą fluktuacją. Znajdował się w związku z macicą i nie ulegało wątpliwości, że jest to zwyrodniały jajnik lewy. Myśl usunięcia tego guza była poważnie i przezemnie i przez kolegów obecnych rozważona, wszelako postanowiliśmy nie operować go, a to dla następujących powodów:

Wyłuszczenie torbieli nerki odbyło się bez otworzenia otrzewnej, całkowicie ekstraperytonealnie, co bądź jak bądź, dawało już wiele szans pomyślnego zejścia operacyi; chcąc zaś usunąć guz jajnika, trzeba byłoby otworzyć jamę otrzewnową i owe szanse dobrego zejścia osłabić. Nadto, przypuszczalna ciąża i niezmiernie wycieńczony stan ogólny chorej zmuszał do ostrożnego postępowania i nieządania więcej, niż, jak się nam zdawało, można. Po nad tem wszystkim przeważał ten wzgląd, że guz ów nie przedstawiał żadnego niebezpieczeństwa dla chorej ani obecnie, ani w blizkiej przyszłości, gdy tymczasem podwójna operacya powiększała niebezpieczeństwo. Woleliśmy zatem godzić się z myślą potrzeby drugiej operacyi w przyszłości, niż narażać chorą na niebezpieczeństwo, bez koniecznej potrzeby.

Przystąpiliśmy więc do opatrunku. Nie mając zamiaru zamykania rany, nie zakładałem szwu wcale, natomiast wprowadziłem do rany szerokie paski gazy jodoformowej, którą i powierzchnię rany przykryłem, a następnie grubą

warstwą waty obłożywszy całą okolicę lędźwiową i brzusznią; opatrunek przytwierdziłem bandażem. Przebieg operacji był ze wszech miar szczęśliwy. Żadnych zaburzeń nie było. W pierwszych tylko dniach dość znaczna ilość krwi wydzielala się z moczem. Po 3 tygodniach chora już wstawała z łóżka i dalsza konwalescencya postępowała szybko.

Badanie wyciętej torbieli po przecięciu worka okazało, że w ścianie jego górnej znajduje się reszta nerki w postaci płaskiej blaszki mięsistej, z której poprzednio wyrastał worek. Ściana wewnętrzna worka dość gładka, miejscami pokryta kłaczkowatym śluzem i ropą. Worek ten był utworzony z miedniczki i właściwej błony nerki, której miąższ zanikł prawie doszczętnie; przecięty u samego worka moczowód przedstawiał otwór wielkości 5 milim. średnicy. Zawartość worka nie pokazywała śladów właściwego moczu. Zaniknięta nerka w najgrubszym miejscu miała zaledwie dwa ctm. grubości i budowa jej prawie wyłącznie z tkanki komórkowatej złożona, z pozostałemi śladami zaciśniętych kanalików moczowych.

Pierwszy opatrunek rany był zmieniony po tygodniu. Rana przy bardzo małym ropieniu zagoiła się w kilka tygodni doszczętnie. Do zupełnego zdrowia pani Ł. wróciła bardzo prędko. W sześć lub siedem tygodni zaczęła uczuwać ruchy płodu w brzuchu; ciąża stała się niewątpliwą i rozwijała się normalnie. W pięć miesięcy później pani Ł. urodziła zdrowe dziecko.

Rozważając powyższy przypadek i zastanawiając się nad powstaniem owej torbieli nerki, której początek w każdym razie niewiadomym pozostać musi i opartym jedynie na hipotezie, szybki w ostatnich miesiącach rozwój i objawy chronicznej uremii da się wytłomaczyć uciskiem moczowodu, spowodowanym przez wyrastający guz z jajnika, a wzmocnionym powiększającą się ciężarną macicą. Pierwotna przyczyna może również od ucisku zależną była, gdyż niepodobna było stosunków moczowodu do narządów miednicy, a szczególnie do owego guza po za macicą leżącego, zbadać. Bardzo być może, iż zrost jakiś dawny po przebytem zapaleniu spowodował zaciśnięcie moczowodu i zupełną niemożność spływania moczu do pęcherza.

Bardzo podobny do tylko co opisanego, nie pod względem klinicznym, lecz pod względem anatomo-patologicznym, jest notowany w tablicy przypadek 14-ty. Panna M., licząca 45 lat wieku, dobrej budowy i względnie nie źle odżywiona, przed 4-ma laty przebyła operację chirurgiczną, przeze mnie wykonaną, z powodu gruczolaka w piersi, wielkości jaja gęsiego. Po tej operacji recydywy miejscowej nie było żadnej. Czy wówczas miała już początek torbieli w nerce, nie wiadomo, gdyż żadnemi objawami, ani subiektywnemi, ani obiektywnemi, nie zmanifestowała się ona. Dopiero w bieżącym (1893) roku kol. NIESZKOWSKI zaprosił mnie na konsultację z powodu wykrytego przezeń guza w brzuchu panny M. Znalazłem brzuch duży, ale nie nadmiernie, a w nim, przez grube bardzo ściany z powodu mocnej warstwy tłuszczu, dawał się z łatwością wymacać guz spory, wielkości głowy dorosłego człowieka. Guz ten o gładkiej powierzchni, niezbyt twardy, ze znaczną odpornością a wyraznem chęłbotaniem, mało ruchomy, zajmował nie środek brzucha, lecz bardziej prawą jego stronę. U obwodu przykryty kiszkaami, w środku wolny. Symetria brzucha bardzo mało zmieniona; oglądając tylko bardzo uważnie, można było dostrzedz zaledwie nieznaczne wypuklenie po prawej stronie. Na razie, badanie przez pochwę okazało się niemożliwem z powodu całości i znacznej grubości błony dziewiczej. Przez kishkę prostą nic się wymacać nie dało. Z powyższych oznak odniosłem wrażenie, że mamy do

czynienia z torbielą jajnika ze zrostami trzewiowymi. Tembardziej ku tej dyagnozie się skłaniałem, że z opowiadania tak D-ra N., jak samej pacjentki dowiedziałem się, że przed kilku miesiącami przebywała zapalenie otrzewnej, po którym pozostały bóle często powracające i bardzo niepokojące pacjentkę. Wobec tego proponowaliśmy pannie M., aby się umieszcila w szpitalu Ś-go Ducha, gdzie po zachloroformowaniu i ścisłem zbadaniu, jeżeli okaże się koniecznem, zrobimy operację. Po kilku miesiącach chora, czując się coraz bardziej znużoną dotkliwymi cierpieniami, idąc za naszą radą, przybyła do szpitala. Tu postąpiliśmy podług nakreślonego planu, dyagnoza jednak w niczem nie postąpiła naprzód. Przez pochwę guz nie wyczuwał się, a przez brzuch, z powodu grubości ścian i dziewiczego stanu ich, nic więcej nie mogliśmy wykryć nad to, o czem już wiedzieliśmy z poprzedniego badania. Analiza moczu i badanie pęcherza moczowego w niczem się nie przyczyniły do wyświetlenia rozpoznania. 3 Maja r. b. przystąpiłem do operacji. Cięciem po smudze białej, jak zwykle dla owaryotomii, otworzyłem jamę otrzewnową i znalazłem guz, jak to przewidywałem, przykryty kiskami, przyrośnięty do niego za pomocą starych błon rzekomych. Po oddzieleniu zrostów pokazało się, że guz znajduje się po za otrzewną, że związku ani z macicą, ani z jajnikami on nie ma, nie jest zatem torbielą jajnika. Z powodu położenia swojego, zbyt niskiego dla nerki, sądziłem, że guz ten wychodzi z gruczołów chłonnych pozaotrzewnowych. Po zrobieniu otworu w listku otrzewnej pokrywającym guz i rozszerzeniu tego otworu, o ile się dało na tępo, oddzielanie tego listka od właściwej błony torbieli szło nie łatwo, gdyż związek dwóch tych błon był nader ścisły i mocny. Dla ułatwienia oddzielenia przekłułem torbiel i wypuściłem z niej około 2000 c. sz. płynu surowiczego, zupełnie przezroczystego i bez najmniejszego zapachu moczu. Worek zapadł się, a oddzielenie stało się łatwiejszem. U podstawy torbieli okazała się szypuła, znajdująca się w pobliżu kręgosłupa, a przy bliższem rozpatrzeniu odnaleźliśmy naczynia nerkowe i moczowód. Szypułę podwiązałem i worek wyciąłem. Nerki z prawej strony nie było. Stało się dopiero jasnem, że cała torbiel była przeistoczoną nerką, w której ani śladu normalnej budowy nie zostało. Operacja z powodu obszernych i mocnych zrostów była niełatwa. Dużo naczyń krwionośnych musieliśmy podwiązać. Z tego powodu nie odważyłem się zaszywać ścian brzusznych całkowicie, lecz tylko, połączwszy je od góry i od dołu, zostawiłem w środku otwór dla wprowadzenia drenu. Wypada nadmienić, że chora bardzo się źle chloroformowała; zaraz przy rozpoczęciu chloroformowania jeszcze przed przystąpieniem do operacji, wpadła w stan omdlenia, puls znikł na chwilę i skóra twarzy pokryła się sinością. Podczas operacji powtarzało się to jeszcze i wymagało przerw i bardzo ostrożnego podawania chloroformu. Po opatrzeniu rany i ocuceniu pacjentki, odniesiono ją do łóżka i stosowną zalecono opiekę.

Zbadany worek torbieli miał ściany cienkie, lecz mocne, wysłany od wewnątrz ciekłą bardzo warstwą nabłonka. Moczowód był zupełnie zarosnięty, tak, że wlana do worka przez sztuczny otwór woda nie wypływała wcale przez moczowód. Zachodziło więc pytanie, czy owa torbiel powstała skutkiem zarosnięcia moczowodu i zupełnego zaniku miąższu nerki, czy skutkiem nowotworu, np. gruczolaka, który się zamienił w pojedynczą wielką torbiel. To ostatnie przypuszczenie mogłoby znaleźć pewne prawdopodobieństwo ze względu na nowotwór tej samej natury, w piersi pacjentki przed 4 laty operowany, który mógł być późniejszego pochodzenia, niż torbiel nerki.

Przebieg pooperacyjny był powikłany ciężkimi i częstymi wymiotami, trwającymi przez 5 dni. Już w trzecim dniu wystąpiło wzdęcie brzucha, budzą-

ce obawę rozpoczynającego się zapalenia otrzewnej, które w istocie przy nader nieznacznej gorączce, dochodzącej zaledwie do  $38^{\circ}$ , lecz znacznem wzdęciu brzucha (*tympanitis*) i nieustających wymiotach zakończyło się śmiercią chorej, pomimo przepłukiwania żołądka, wlewań HEGAROWSKICH, klizm odżywczych, zastrzykiwań kofeiny i podawania przez usta wszelkich środków odpowiednich. Przy autopsji znaleźliśmy *peritonitis septica*, a w jamie, po wycięciu torbieli pozostałej, kilka uncji krwi płynnej, zmienionej.

**Przypadek 13.** Miss R. Marya, panna lat 50, budowy szczupłej i wiotkiej, wzrostu średniego, przed 8-iu laty przebyła ciężką operację wycięcia macicy wraz z jajnikami, na skutek dużego fibromyomatu macicy. Operacja była przezemnie robiona w mieszkaniu pacjentki. W przebiegu pooperacyjnym chora miała ograniczone zapalenie otrzewnej w lewej stronie miednicy (*peritonitis pelvica*), po czym pozostawało przez dość długi czas w tem miejscu stwardnienie. Przez 6 lub 7 lat R. była zdrowa, peryodów już od operacji nie miała. Rok temu lub nieco więcej, zaczęła się skarżyć na ból w lewym boku i kilkakrotnie udawała się do mnie po radę. Zbadawszy szczegółowo chorą, rozpoznałem guz lewej nerki, znacznie opuszczonej ku dołowi, prawie nieruchomy i niechętny, oraz chroniczne ropne zapalenie miedniczki i pęcherza. (Osad ropny w moczu zajmował piątą część oddanej ilości tegoż). Badając przez pochwę, znalazłem, iż guz nerki znajdował się w połączeniu z pozostałą częścią pochwową macicy, a łączność tę stanowił gruby twardy wałek w kierunku lewego moczowodu. Okoliczność ta pozwalała upatrywać przyczynowy związek operacji pierwszej, przed 8-iu laty przebytej z powodu guza w macicy, z obecnym stanem nerki.

Nasuwało się wprawdzie pytanie, czy natura guza macicy, usuniętego dawniej, i guza obecnego nerki nie jest ta sama i czy tamten nie należał do złośliwych nowotworów (np. *sarcoma*), chociaż za taki w swoim czasie rozpoznany nie był; czy zatem guz nerki nie jest nowotworem złośliwym. Był on twardy, nie gładki na powierzchni, z grubą odnogą, sięgającą w miednicę małą aż do miejsca wyciętej macicy. Te okoliczności przemawiały w znacznym stopniu za złośliwością guza. Zważywszy jednak, że nie miałem żadnej wątpliwości przy pierwszej operacji, o naturze guza macicy, który tak klinicznie jak i anatomicznie był rozpoznany jako włókniak; że obecnie kliniczny obraz mniej mówił za nowotworem, a więcej za pyonefrozą z mocnem nacieczeniem i zgrubieniem oraz rozrostem nerki, — chociaż całkowitej pewności nie miałem, skłaniałem się jednak więcej ku uznaniu guza za pyonefrozę. Z mniejszem prawdopodobieństwem przypuszczałem obecność w nerce kamienia, jakkolwiek ku tej dyagnozie prowadził mnie poniekąd przykład zapisany w tablicy pod Nr. 1-ym.

Objasniłem sobie pochodzenie guza nerki na drodze mechanicznego ucisku moczowodu, ucisku, rozwijającego się skutkiem powolnego zwięzania się tego ostatniego wśród nacieczenia i stwardnienia w lewej stronie jamy miednicy, po pierwszej operacji przebytego. Gdy z biegiem czasu przypadłości stawały się coraz dokuczliwzszymi, guz powiększał się, a siły chorej nikły skutkiem bezsenności, jak niemniej skutkiem często wracającego stanu podgorączkowego, radziłem pannie R. poddać się operacji. Nie mając innego wyjścia, pacjentka zgodziła się na operację i w tym celu umieściła się w szpitalu Ś-go Ducha, gdzie 2-go marca 1893 roku w klinice chirurgicznej operacja została wykonana.

W tym przypadku jako najodpowiedniejszą metodę, uważałem cięcie ukośne, lędźwiowo-brzuszne jako dające najwygodniejszy przystęp

do guza. Cięcie to sięgało od wolnego końca 12-go żebra aż do pachwiny, tym sposobem mogłem z łatwością wyciąć guz nerki i idące od niego do jamy miednicy stwardnienie walcowate aż do pęcherza. Guz wraz z tem stwardnieniem miał długości około 25 centymetrów. Była to przeistoczona nerka w nowotwór tłuszczowo-włóknisty, zupełnie podobna do nerki opisanej przeze mnie w „Medycynie“ w roku 1884, Nr. 39, z załączonym tam rysunkiem; miedniczka nie była znacznie powiększona, zawierała ona ciecz ropną w niewielkiej ilości i kamień niewielkiej objętości, z uratów i fosforanów złożony. Czy kamień powstał skutkiem zapalenia miedniczki i nerki, czy też *vice versa*, stanowczo orzec trudno; sądzą jednak ze względu na znaczną zmianę moczowodu, sięgającą wzdłuż tego organu aż do pęcherza, że pierwsze przypuszczenie jest prawdziwsze.

Leczenie pooperacyjne trwało dość długo z powodu obszerności rany, której oczywiście nie usiłowałem nawet leczyć *per primam intentionem*. Rana wprawdzie goiła się dość prawidłowo i z początku szybko nawet; pod koniec jednak, gdy w dolnym końcu rany ropa się zatrzymywała, wypadło w tem miejscu rozszerzyć ranę, tak, że ostateczne, całkowite zagojenie się rany nastąpiło dopiero w lipcu r. b. Już w pierwszych dniach po operacji stan pacyentki znakomicie zaczął się poprawiać i to bardzo prędko, tak dalece, że już po 3 tygodniach mogła się ona podnosić z łóżka i przechadzać się po sali. Dziś stan panny R. nie pozostawia nic do życzenia. Mocz, który długo jeszcze znaczną miał przymieszkę ropy, jest obecnie zupełnie od niej wolny. (D. c. n)

## NOWE ŹRÓDŁA WODY MINERALNEJ W BUSKU.

Ze sprawozdań lekarskich, rok rocznie przez lekarza zakładowego o Busku ogłaszanych, okazuje się, że liczba chorych i wydawanych kąpiei w tem zdrojowisku, w ciągu ostatnich lat 16 najzupełniej się podwoiła, gdy bowiem w roku 1877 liczba leczących się wynosiła 919 osób, a wydanych kąpiei było 27,262, to w roku 1892 leczono 1818 chorych, a liczba wydanych kąpiei doszła do 52,109. Jeżeli obok powyższych cyfr uwzględniona zostanie i ta okoliczność, że obecny zakład wód mineralnych w Busku, stanowiący własność rządową, wybudowany został przed 57 laty przez spółkę dzierżawną i przez lat 49 pozostawał w ręku dzierżawców, niezobowiązanych do kapitalnych nakładów i odpowiedniego rozprzestrzenienia zakładu, to łatwo dadzą się zrozumieć coraz częściej słyszeć się dające narzekania na brak kąpiei i niedostateczność urządzeń leczniczych w Busku. Rzecz jasna, że to, co było wystarczające dla 900 chorych, nie może zadowolnić 1800.

Pomijając niedostateczną ilość gabinetów kąpielowych i inne braki, które zresztą z łatwością dałyby się usunąć, zwracam się do jądra kwestyi t. j. do niedostatecznej wydajności tutejszych źródeł mineralnych.

Wszystkie nasze źródła wody mineralnej powstają dość głęboko, od 100 do 350 stóp, w marglu kredowym, pospolicie na miejscu opoką zwanym; poszukiwania zatem nowych źródeł są trudne i kosztowne, a co gorsza, łatwo mogą zawieść. Nie więc dziwnego, że dotychczasowi dzierżawcy, nie będąc zresztą do tego kontraktem dzierżawnym zobowiązani, wcale nie przedsięwzięli poszukiwań nowych źródeł. Dopiero w roku bieżącym, w skutek przedstawień i starań obojnego dzierżawcy D-ra DOBRZAŃSKIEGO, został wydelegowany do Buska przez ministerjum dóbr państwa, zaszczytnie znany ze swych licznych prac geologicznych i górniczych inżynier górniczy i członek

komitetu geologicznego w Petersburgu, P. ALEKSANDER MICHALSKI, któremu poruczono jeszcze raz zbadać tutejsze warunki geologiczne i dokonać odwiertów świdrowych, celem wydobywania na powierzchnię nowych źródeł mineralnych.

Inżynier MICHALSKI pracował w Busku od dnia 1 lipca r. b. aż do końca września i przez ten czas wykonał kilka odwiertów świdrowych, z których, dla celów leczniczych następujące 3 mają niepoślednie znaczenie: <sup>1)</sup>

1) W odległości przeszło 70 sażeni (= 150 metr.) od źródła zwanego „Rotundą“, w stronie południowo-wschodniej, wykonano odwiert świdrowy, na 20 sażeni i 4 stopy (= 144 stopy) głęboki, z którego otrzymano bardzo obfity źródło wody mineralnej. Źródło ten, po założeniu pionowej rury żelaznej, 2 cale w średnicy mającej, tryskał do wysokości kilku łokci w górę. Źródło ten, podług obliczeń inżyniera MICHALSKIEGO, wydaje 1 litr wody na sekundę, czyli 3600 litrów = 900 garncy na godzinę, a na 24 godziny otrzymamy 21,600 garncy, co stanowi ilość wystarczającą na 500 kąpiel, licząc po 30 garncy na jedną kąpiel. Ponieważ dotychczasowe źródła dają również mniej więcej 500 kąpiel dziennie, przeto zdrojowisko nasze wystarczyłoby w przyszłości na 1000 kąpiel dziennie, czyli na 100,000 kąpiel w ciągu stu dni sezonowych, zatem liczba chorych w porównaniu z teraźniejszą ich liczbą mogłaby się podwoić t. j. osiągnąć 3,600 osób w ciągu całego letniego sezonu.

Dokładnej analizy chemicznej nowego źródła, które na miejscu, i to bardzo właściwie, miano „źródła MICHALSKIEGO“ pozyskało, dotąd jeszcze nie posiadamy. Ciężar właściwy, oznaczony przez MICHALSKIEGO, wynosi 1,0104, przy +18° C. W porównaniu z ciężarem właściwym dawnych źródeł („Rotunda“ = 1,01072, „Parasol“ = 1,01020 przy +15° C.) znajdujemy bardzo nieznaczną różnicę i to dopiero w cyfrach dziesięciotysięcznych. Ponieważ smak, zapach, ciepota, ciężar właściwy, a także i działanie fizyologiczne wody, ze źródła MICHALSKIEGO wewnątrznie użytej, o ile dotąd mogłem na sobie i kilkunastu chorych szpitalnych wypróbować, w niczem się nie różni od wody z Rotundy, przeto jesteśmy w prawie uważać wodę ze źródła MICHALSKIEGO za identyczną, a co najmniej bardzo zbliżoną do wody z dawnych źródeł.

Nadmienie wypada, że zanim otrzymano w zdroju MICHALSKIEGO wodę siarczano-słoną, natrafiono przy robocie świdrowej, w głębokości 94 stóp na solankę żelazistą ze znaczną zawartością wolnego kwasu węglanego. Źródło to dawało 2 litry wody na minutę; jego ciężar właściwy = 1,009, przez +20° C. Woda z tego źródła przypominała w smaku wodę Kissingen, z bardziej cierpkim smakiem, co prawdopodobnie od soli wapiennych okaże się zależnem. Solanka żelazista, przy dalszem pogłębianiu odwiertu świdrowego, została odosobniona t. j. jej przyływ i mieszanie się z głębiej położonem źródłem wody siarczano-słonej został zatamowany; lecz w przyszłości łatwo będzie znowu wydobyć na powierzchnię solankę żelazistą, przez założenie nowych rur, w bliskości źródła MICHALSKIEGO. Solanka żelazista dałaby się spożytkować do picia i do kąpiel.

2) Tuż po za drogą, prowadzącą do Wislicy i stanowiącą granicę parku zakładowego, otrzymano w głębokości 20 stóp solankę, a w głębokości 16½ sażeni (= 115½ stóp) wodę siarczano-słoną, mniej więcej identyczną ze źródłem MICHALSKIEGO, lecz z mniej obfitym przyływem.

3-ci odwiert wykonany został na południe i zachód od źródła MICHALSKIEGO, w odległości ¼ wiorsty od tego ostatniego, w polu, u podnóża t. z. góry Zbludowskiej. Tu wywiercono 32 sażenie (= 224 stopy) i otrzymano najprzód solankę żelazistą, a potem wodę siarczano-słoną, z małym przyływem. Dla braku rur inżynier Mi-

<sup>1)</sup> Poniżej wyszczególnione dane zawdzięczam w znacznej części uprzejmości p. inżyniera MICHALSKIEGO, za co składam mu niniejszem moje serdeczne podziękowanie.

CHALSKI musiał zaniechać dalszych robót świdrowych, lecz nie wątpi, że przy większem zagłębieniu otrzyma i tu obfite źródło wody mineralnej siarczano-słonej. W ogóle inżynier MICHALSKI, na podstawie swoich dawniejszych i obecnych badań geologicznych okolicy Buska <sup>2)</sup> przychodzi do wniosku, że w Busku wody mineralnej zabraknąć nie może.

Prócz tego p. MICHALSKI robi bardzo ważną propozycję, aby w przyszłości, przy eksploataowaniu nowych źródeł, zupełnie oddzielono solankę żelazistą od wody słono-siarczanej, aby wody to wcale się z sobą nie mieszały, gdyż przez to uniknie się powstawania ciemnego mętu, pochodzącego z wytworzenia się siarku żelaza.

Jakkolwiek źródło MICHALSKIEGO zostało pod koniec sezonu połączone z Rotundą drewnianymi podziemnymi rurami, to jednak lepiejby było, dla zadośćuczynienia zasadom balneologicznym, nie mieszać z sobą wody z tych 2 źródeł, a raczej spożytkować wysoki i silny wytrysk wody ze źródła MICHALSKIEGO i sprowadzić ją do rezerwuarów ogrzewalnych i wanion naturalnym spadkiem, bez użycia kosztownych pomp i maszyn.

Widzimy, że roboty inż. MICHALSKIEGO, tak świetnie i szczęśliwie rozpoczęto, w tym roku dokończone nie zostały. Tuszymy sobie, że na rok przyszły na nowo podjęte, jeszcze świetniejszym rezultatem uwieńczone zostaną.

J. Majkowski, lekarz zakładowy.

## Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 26-go Września i 3 Października r. b.

Kol. OŁTUSZEWSKI miał obszerny wykład, którego początek podajemy w N-rze obecnym Medycyny. Dyskusję podamy po wydrukowaniu pracy.

Prof. KOŚŃSKI przedstawił młodzieńca 16-letniego, któremu z powodu wrodzonego braku dolnej ściany cewki moczowej (*hypospadiasis*), kończącej się przed samą moszną, wykonał operację plastyczną. Osobnik ten był poprzednio operowany 7 razy w innym szpitalu bezskutecznie. Operacja była rozłożona na dwa posiedzenia, na pierwszym utworzono część prąciową cewki, przez wykrajanie dwóch płatów podłużnych skóry; jeden z płatów zawinięty ku wewnątrz zastępował brakującą ścianę tylną cewki, drugi pokrywał go z wierzchu; przez pozostawiony otwór cewki w pobliżu moszny założono cewnik na stałe. Gdy się ta część cewki zagoiła, na drugim posiedzeniu, po okrwawieniu poprzecznem brzegów otworu cewki w pobliżu moszny założono szew. Po tej drugiej operacji część szwów się rozeszła, wskutek czego raz jeszcze tę operację powtórzono, poczem nastąpiło zagojenie zupełne. Prof. K. podnosi zalety podanej metody operowania, oraz tę okoliczność, że założenie cewnika na stałe, tylko przez część tylną cewki, sprzyja zagojeniu części cewki przedniej t. j. plastycznie utworzonej.

### Tętniaki aorty.

A. SOKOŁOWSKI. Zaznaczywszy, że tętniaki aorty o objawach typowych w praktyce zdarzają się rzadko i że daleko częściej spotykamy się z tętniakami przebiegającymi skrycie, lub dającymi obraz nietypowy, dozwalający rozpoznać inne cierpienia, S. podaje kilka spostrzeganych przez siebie przypadków, uważając je za ważne dla lekarza praktyka. Przypadek 1-szy (demonstrowany na posiedzeniu),— tętniak aorty brzusznej. Chory 64-letni, strażnik na komorze; przed 5 laty uległ urazowi i od tego czasu doznaje bólów, które w początku wobec braku wszelkich innych objawów uważano za neuralgiczne. Bóle z czasem były to mocniejsze to słabsze, wzmagaly się przy chodzeniu i często zmuszały chorego do pozostawania w łóżku. Od roku bóle są tak

<sup>2)</sup> Dawniejsze badania znajdzie ciekawy czytelnik w artykule P. MICHALSKIEGO p. t. „Nafta w Wójczy i zdrojowiska mineralne w Busku“. Pamiętnik fizyograficzny 1887 r. str. 73 i nast. Ostatnie zaś badania zamierza inż. MICHALSKI ogłosić w swoim czasie w czasopiśmie, wychodzącym w Petersburgu p. t. „Gornyj Żurnal“ i w Pamiętniku fizyograficznym.

silno, że zmusiły go do ciągłego leżenia. S. widział chorego przed 2 tygodniami. Chory dobrze zbudowany, skarży się na ból, nie dając mu siedzieć dłużej niż 5 minut. W płucach nieco rozemdy. Serce powiększone. W aorcie szmer skurczowy. Badanie brzucha utrudnione, z powodu bólów, wzmagających się przy ucisku; wyczuć jednak można było pod *epigastrium* guzowatość na przestrzeni około 10 ctm., nieruchomą, elastyczną, tętniącą. Przy wysłuchiowaniu na miejscu guza, szmer ściśle zlokalizowany. Tętno małe; od czasu do czasu zauważyć można opóźnienie tętna w tętnicy udowej. Charakterystycznie bóle, których główną cechą była ich stałość i wzmaganie się przy chodzeniu i siedzeniu, guz i szmer—dozwalały S. rozpoznać tętniaka aorty brzusznej. S. zaznacza, że STOKES w klasycznej swojej pracy zwraca uwagę na takie przypadki tętniaków aorty brzusznej, gdzie ból byłby jedynym objawem i, według tegoż autora, już samo przez się upoważniając one do rozpoznania tętniaka. Niektórzy autorowie wpominają jeszcze, że chorzy tacy przyjmują położenie na brzuchu, gdyż wówczas bóle mają się zmniejszać. S. tego nie spostrzegał. Guz jest zdaniem S. ważnym objawem, jeżeli występuje w związku z innemi; sam przez się nie ma wielkiego znaczenia. Szmer, który w przypadku S. wystąpił po roku istnienia bólu, daje bardzo ważne wskazówki, opóźnianie zaś tętna nie ma wielkiej wagi, gdyż najczęściej brak tego objawu. Co do etyologii, to w danym przypadku uraz widoczną odegrał rolę. Tętniaki aorty brzusznej są cierpieniem rzadkiem, S. spostrzegał je raz jeden. W naszej literaturze PAWIŃSKI opisał taki przypadek.

Tętniaki aorty piersiowej zdarzają się też rzadko i nieraz przebiegają skrycie, czasem zaś dają objawy uciskowe. S. spostrzegał 30-letniego mężczyznę, który skarżył się na silno bóle międzybrowe to z prawej, to z lewej strony. Badanie żadnych zmian nie wykryło. Sekcya wykazała tętniaka aorty piersiowej.

Tętniaki aorty wstępującej dają zazwyczaj objawy typowe, natomiast tętniaki łuku przebiegają najczęściej skrycie, zwłaszcza jeżeli mieszczą się na części tylnej łuku. S. 15 września widział chorego z objawami astmy, trwającej od 3 dni. Przed 3 miesiącami chory ów miał 1-szy napad astmy, trwający około 12 dni, po 3-ch tygodniach 2-gi napad przez 10 dni, ostatni napad przed 3 tygodniami trwał kilka dni. Chory wiódł życie umiarkowane, przymiotu nie przechodził. Przy badaniu znaleziono typowe objawy astmy oskrzelowej. W sercu zmian żadnych. Białka w moczu nie było. Uderzała długość trwania napadów i bezskuteczność stosowanych środków, które zazwyczaj w astmie oskrzelowej ulgę przynoszą. Przy szczegółowem zbadaniu S. był w stanie wysłuchać w przestrzeni międzypłatkowej szmer stenotyczny, co naprowadziło go na myśl, że istniał ucisk tchawicy przez tętniak aorty. Sekcya rozpoznała to potwierdziła. Z powodu przypadku tego S. zwraca uwagę, że napady astmy, trwając tak długo, zawsze są podejrzane, gdyż napady czystej astmy trwają krótko. W przypadku tym napady astmy zależały od występującego od czasu do czasu przy powiększeniu się worka tętniakowego ucisku na nerw błędny, który do worka przylegał. Z chwilą wystąpienia ucisku tchawicy i głośni napady astmy ustępują miejsca stałej duszności. Rozpoznanie przy objawach uciskowych jest łatwiejsze, lecz też trudne i istnieje możność mieszanina z guzem, jeśli nie przyłączy się drugi jakiś objaw, ułatwiający rozpoznanie. Tętniaki dolnej powierzchni łuku również bardzo często przebiegają skrycie. Często występuje tu podrażnienie lewego nerwu zwrotnego (*recurrens*), zdrażające się bolesnym połykaniem, skurczem gardzieli, duszącym kaszlem, zaduszaniem lub kurczem głośni. Innych zmian może nie być; rozpoznanie wówczas jest trudne i cierpienie przyjmowane jest zazwyczaj za nerwowe. S. spostrzegał taki przypadek (demonstrowany na posiedzeniu). Chory 52-letni, skarży się na duszność, bóle i bolesne połykanie. Przed 17 laty jakoby miał szankra. Pił dużo. Przed rokiem był uderzony i od tego czasu stan się pogorszył. Badanie zmian żadnych nie wykrywa. Zdaje się tylko, że tętno w tętnicach promieniowych nie równe. Przypadek ten jest bardzo trudny do rozpoznania i S. przypuszcza istnienie tętniaka łuku.

Do objawów podrażnienia nerwu zwrotnego z czasem przyłączają się objawy ucisku—porażenie nerwu zwrotnego, co daje typowy obraz laryngoskopowy. Wówczas można z dużem prawdopodobieństwem podejrzewać tętniaka, i każdy nowy objaw, choćby nieznaczny, ma wielkie znaczenie dla rozpoznania.

Przy porażeniu obu nerwów zwrotnych dyagnoza jest bardzo trudna. S. spostrzegał przypadek z kliniki prof. KOŚCIŃSKIEGO, któremu na prowinęci z powodu duszności wykonano tracheotomię. Pomimo to duszność trwała i chorego męczyły kaszel. Badanie wziernikiem krtaniowym wykazało porażenie obu nerwów zwrotnych, bliższe jed-

nak rozpoznanie było niemożliwe. Po 2 tygodniach śmierć z krwotoku. Sekcya wykryła tętniaka na części tylnej łuku aorty.

Prof. BRODOWSKI demonstruje preparat tętniaka łuku i aorty wstępującej, poczem przedstawia sposoby pojmowania genezy tętniaków. Początkowo ROKITAŃSKI obwiniał o to proces miażdżycowy, lecz pogląd ten licznych znalazł przeciwników ze względu, że miażdżycza zdarza się często, tętniaki zaś rzadko; tętniaki powstają najczęściej między 30 i 45 rokiem życia, miażdżycza zaś w starości; miażdżycza pojawia się również często u mężczyzn i u kobiet, tętniaki zaś przeważnie u mężczyzn (na 10 przypadków—9 razy u mężczyzn). Skutkiem tego dalsze poszukiwania dążyły do wykazania innych przyczyn, tem bardziej, że obserwacya wykazała, że niekiedy spotykamy się z tętniakami bez zmian miażdżycowych. Zwrócono więc uwagę (KOESTER) na obecność cierpienia, znanego pod nazwą *mesoarteritis fibrosa*, przy którym zanikają włókna mięsne i sprężyste, a rozwija się silniej tkanka łączna, która ciśnieniu krwi takiego oporu stawiać nie może. EPINGER, badając ograniczone rozszerzenia, doszedł do wniosku, że przy powstawaniu tętniaków grają ważną rolę przyczynową pęknięcia sprężystych włókien błony średniej w aorcie. Prof. BRODOWSKI widział takie pęknięcia i pomimo najściślejzego badania, żadnych zmian wykryć nie mógł, muszą więc istnieć jakieś zmiany molekularne.

Podobne pęknięcia spostrzegał MANCHOT i w rozlanych rozszerzeniach. THOMA znów przychodzi do przekonania, że sprawa miażdżycowa przy powstawaniu tętniaków gra ważną rolę, lecz on inaczej pojmuje sprawę miażdżycową. Według T. jest ona następstwem zaburzeń w ogólnym odżywianiu, które powoduje zwątlenie wogóle błony średniej. Pod wpływem tego zwątlenia powstaje rozszerzenie światła, czego następstwem jest kompensacyjny rozrost błony wewnętrznej dla zniesienia tego rozszerzenia. Na tem sprawa może się zatrzymać i wówczas mamy *aneurysma skenoïdes*, lub też proces idzie dalej, błona średnia i wewnętrzna pękają i tworzy się *aneurysma sacciforme*.

Prof. BRODOWSKI, zastanawiając się w końcu nad wszystkimi temi sposobami pojmowania genezy tętniaków, przychodzi do przekonania, że może niektóre z nich mają pewną rację bytu, jednak żadna z nich nie tłumaczy zupełnie dokładnie samego powstawania. B. jest zdania, że przy powstawaniu tętniaków ważną rolę odgrywa wrodzona lub nabyta wadliwość ścian naczyń, nawet przy zupełnym dobrem ogólnym odżywianiu, jak to np. z innej strony obserwuje się przy zylakach.

W dyskusyi kol. PAWIŃSKI zaznacza, że pod względem klinicznym to właśnie tętniaki aorty brzusznej zasługują na uwagę, które rzeczywiście przebiegają skrycie, t. j. gdzie nie ma ani guza, ani szmeru. Dotyczy to wysoko pod przeponą położonych tętniaków. P. spostrzegał taki przypadek, o którym wspominał S. Bóle były straszne, prócz bólów wymioty żółciowe. Dyagnoza była trudna i podejrzenie tętniaka wzbudzało opóźnienie tętna w kończynach dolnych. Na tej zasadzie P. przypuszczał obecność tętniaka i sekcya rozpoznanie potwierdziła. Błona wewnętrzna aorty była niezmienną, tylko lekko pomarszczoną, coby przemawiało za poglądem THOMA'y. P. spostrzegał jeszcze kilka przypadków, w których podejrzewał istnienie tętniaka aorty brzusznej, wogóle jednak zdarzają się one rzadko.

Prof. BARANOWSKI zwraca uwagę, że S. przy rozpoznawaniu tętniaków aorty brzusznej, za najważniejszy objaw uważa bóle i to zupełnie słusznie, na drugim miejscu stawia szmer, a opóźnienie tętna ma według Niego mniejsze znaczenie. Zdaniem prof. BARANOWSKIEGO szmer w tych razach nie jest zbyt ważnym objawem, gdyż wysłuchując stetoskopem, łatwo spowodować naciśnięcie tętnicy i sztuczne wywołanie szmeru, i po drugie, często wysłuchujemy szmer, nie mający żadnego związku z tętniakom, jeżeli aorta jest uciśnięta przez guz, wysięk lub t. p. Wobec tego B. nie może uważać szmeru za tak ważny objaw, a z Jego obserwacyi wynika, że jednym z najważniejszych objawów dla rozpoznania tętniaków jest obecność rozległych zmian w układzie naczyniowym wogóle, gdyż nie spostrzegał tętniaków bez zmian miażdżycowych. Być może, że sama miażdżycza nie wystarcza do powstawania tętniaka i grają tu rolę i inne czynniki (uraz, ruchy wzmoczone i t. p.), lecz usposobienie leży w samej ścianie naczyniowej. Zmiany w tętnie co do objętości i czasu pojawiania jego są według B. też bardzo ważnym objawem.

Prof. KOSIŃSKI, z powodu przypadku ze swojej kliniki z porażeniem obu nerwów zwrotnych, w którym podejrzewano nowotwór krtani, zwraca uwagę, że tracheotomia przy tętniakach wykonywa się jako *indicatio vitalis*, gdzie niema czasu na zbadanie, i że przy wysokiem położeniu tętniaka ulgę się nawet choremu tem przy-

nosi. Taki przypadek K. spostrzegł. Chorą z gwałtowną dusznością przywieziono do kliniki. Wykonano tracheotomię, i chora zaczęła lepiej oddychać. Ponieważ okazało się, że rurka nie wystarcza, wprowadzono kateter i długą rurkę KOENIG'a; chora dość dobrze oddychała. Po 3 miesiącach z powodu krwotoku powtórnie chorą przyniesli. Chora zaraz zmarła, i sekcyja wykryła istnienie tętniaka. W końcu K. zaznacza, że duszność przy tętniakach zależy tylko od ucisku tchawicy.

Kol. SOKOŁOWSKI odpowiada, że szmer w jego przypadku jest ważnym objawem. Słychać go nie przy ucisku i różni się od uciskowego tem, że jest ściśle umiejscowiony. Co do etyologii dodaje, że, prócz urazu, momentami uspasabiającymi są alkoholizm i przymiot, co tłumaczyć może częstość tętniaków w Anglii. Przypadki S. wykazują też, że zmiany w układzie naczyniowym nie są tak ważne. Co do tracheotomii przy tętniakach, to S. zaznacza, że robi się ona najczęściej na żądanie chorego i niekiedy rzeczywiście przedłuża życie. S. nie może się zgodzić z prof. KOŚCIŃSKIM, ażeby duszność zależała wyłącznie od ucisku. Najlepszym dowodem tego są te przypadki, gdzie duszność występowała przejściowo z powodu podrażnienia nerwu zwrotnego.

Kol. BRONOWSKI w sprawie etyologii tętniaków aorty, podniesionej przez prof. BRODOWSKIEGO, zwraca uwagę na doświadczenia D-r LEWASZEWA, który na 5 przypadków krótkotrwałego przewiązania aorty brzusznej u psów, w dwóch powyżej podwiązki spostrzegł po niej jakimś czasie powstanie tętniaka. Doświadczenia powyższe przemawiają więc też za tem, że nawet przy zupełnie normalnych ścianach aorty (bo te nawet przy drobnowidzowym badaniu okazały się niezmienionymi), zależnie li tylko od czasowo podniesionego ciśnienia w aorcie, mogą powstać mniej lub więcej znaczne tętniaki.

## STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

156. Prof. I. UFFELMANN (Rostock). **O warunkach sprzyjających przedłużeniu żywotności laseczników cholery.** Sprawa powtórnego pojawiania się cholery w miejscowościach, w których już była wygasła, bez nowego zawleczenia jej z innych miejscowości, stanowiła ciemny punkt w etyologii tej epidemii. Wiadomem było, że niska temperatura ( $+4^{\circ}$  —  $+7^{\circ}$  C) jest w stanie dłużej utrzymać przy życiu laseczники cholery, jeśli one znajdują się w wodzie lub wilgotnej ziemi. Za tem przemawia ciekawe spostrzeżenie DEHIO opisanie w *St. Petersburg. med. Wochenschrift* N. 43, 1892 roku.

W jesieni 1871 roku panowała cholera azyatycka w Rewlu i wygasła tamże 21 listopada. W grudniu rozpoczęte zostało oczyszczanie ustępów i wywózka nieczystości na łąki okoliczne, ciągnące się wzdłuż kanału starego wodociągu, które wówczas pokryte były śniegiem. Z nastaniem odwilży znów zjawiać się poczęły przypadki cholery, głównie w domach, w których mieszkańcy brali wodę z owego wodociągu. Fakt ten jest niezmiernie wagi pod względem epidemiologicznym, a mianowicie dowodzi, że przy niskiej temperaturze laseczники cholery mogą długo zachować żywotność i zarazem wykazuje, jak wielką rolę odgrywa używanie wody, pochodzącej z okolic zarażonych, w rozpowszechnianiu się cholery. Fakt opisany przez DEHIO zachęcił autora do przeprowadzenia całego szeregu doświadczeń bakteriologicznych w celu przekonania się, jak długo laseczники cholery, dodane do wody rzecznej, wody kłoczej, do kału, do kału zmieszanego z moczem, wreszcie do ziemi ogrodowej, pozostają żywotne.

Z doświadczeń tych autor doszedł do następujących wyników:

- 1) Tworzenie się na powierzchni płynu osłony jest w stanie przedłużyć żywotność laseczników cholery, zawartych w masie kałowej, o 6 dni.
- 2) Przy ciepłocie około  $6^{\circ}$  C. laseczники cholery pozostają przy życiu: w wodzie wziętej z Ober Warnow najmniej 20 dni, w wodzie z Rostock najmniej 23 dni, w wodzie kłoczej najmniej 7 dni, w kale do 38 dni, w mieszaninie kału i moczu 7—10 dni, w ziemi ogrodowej najmniej 12 dni.
- 3) W ciepłocie między  $0^{\circ}$  a  $1^{\circ}$  C. laseczники cholery pozostają przy życiu w kale i moczu do 12 dni, w wodzie do 12 dni, w ziemi ogrodowej do 16 dni.

Z tego więc wynika, że tworzenie się osłonki na powierzchni płynu, jako też niska temperatura sprzyjają dłuższej żywotności lasecznika cholery.

(*Berliner klin. Woch. N. 38. 1893*).

L. L.

157. Dr. TEWES. **O cyklicznym białkomoczu.** W moczu niektórych osobników, po wstaniu ich z łóżka, daje się wykryć białko zwykle w niewielkiej ilości, później w przeciągu kilku godzin ilość ta się powiększa, pod wieczór zaś znowu się zmniejsza, aż do zupełnego zniknięcia białka przy spokojniejszym leżeniu w łóżku. Jeżeli przytem mogą być wyłączone zmiany patologiczne w tkance nerkowej, to możemy rozpoznawać „cykliczny białkomocz”, pierwszy raz przez VOGL’a w r. 1856 opisany. Najczęściej spotykane bywa to zjawisko w wieku dziecięcym u osobników niedokrwistych, rzadziej u dorosłych. Podług statystyki przypadków zebranych przez HEUBNER’a, 39,3% przypada na wiek od 0 do 16 roku, 37,6% od 16 do 20, 17,8% od 20 do 30 r., 3,5% od 30 do 40, a 1,8% na wiek po nad 40 lat.

Etyologia cierpienia jest do dziś jeszcze ciemna. Ostre choroby zakaźne, błonica, szkarlatyna z następem zapaleniem nerek, usposabiają poniekąd organizm do tego cierpienia. NOORDEN czyni je zależnem od zmian w przemianie materii, TEISSIER od zboczeń w funkcji wątroby w połączeniu z ohfitym rozpadem czerwonych ciałek krwi, FREUND od zmian chorobowych w tej części układu nerwowego, która pozostaje w ścisłym związku z funkcją nerek.

Choroba ciągnie się długo, czasem lata całe, przy ciągłym wahanu się ilości białka i znika sama z wiekiem niezależnie od leczenia, które powinno się ograniczyć na wzmacniającą dyecie, unikaniu męczących ćwiczeń, podawaniu preparatów żelaza. Środków, wprost działających na zmniejszenie się ilości białka w moczu, nie znamy. Rokowanie przy cyklicznym białkomoczu jest zawsze dobre.

W spostrzeganym przez siebie przypadku, autor rano nigdy nie wykrywał białka w moczu, które zjawiało się dopiero w 4 godziny po wstaniu chorego z łóżka i zniknęło po upływie 4 godzin od chwili położenia się. Przy dokonywaniu ruchów w łóżku, lub po za niem, zawsze się powiększała ilość białka. Bywały dni wolne od białkomoczu, lecz gdy tenże powracał, zawsze zachowywał cykliczny przebieg. Gdy pacjent leżał spokojnie w łóżku, białka ani w moczu z nocy, ani z dnia nie było. Przyjmowanie większych ilości białka nie wywoływało powiększenia się jego ilości w moczu. Kąpiele nie okazywały wyraźnego działania. Mocz, barwy słomkowej, rzadziej żółtej, czysty, odczynu kwaśnego, ciężaru gatunkowego od 1010 do 1025, przy badaniu drobnowidzowem nigdy nie zawierał cylindrów, nabłonka, ani ciałek krwi. Badania, co do postaci białka, wykazały obecność tylko białka surowiczego. Stan ogólny pacjenta był zawsze dobry, a podczas obserwacji przybyło mu na wadze 1,6 kg. Leczony był żelazem w przeciągu 38 dni. W 3 tygodnie po wypisaniu się chorego badania moczu nie wykryły białka.

Gdy w wydzielaniu się białka w moczu następuje dłuższa przerwa, czasem po kilka miesięcy trwająca, a następnie powstaje znowu białkomocz w opisanej wyżej cyklicznej postaci, to mamy prawo do rozpoznania „*albuminuriae cyclicae intermittens*”.

(*Jahrbuch für Kinderheilk. B. XXXVI r. 1893 str. 96*).

Ignacy Mucha.

## List otwarty do Redakcy Medycyny.

Szanowny Redaktorze!

W piśmiennictwie naszym lekarskiem w ostatnich latach spostrzegamy bardzo często ten fakt, że autorowie, publikując nieraz ciekawe skąd inąd spostrzeżenia kazuistyczne, przypięją do nich rozległe bardzo cytaty, zaczerpnięte z literatury, które swoim rozmiarem nieraz wiele więcej zajmują miejsca, niż odnośne kazuistyczne spostrzeżenia, a często nawet z obserwacją stoją w dość naciągniętym związku. Ten sposób pisania ma niby nadawać pracom kazuistycznym ton naukowy, przemawiający za wielkiem czytaniem i erudycją autora.

Sposób taki publikowania kazuistyki wydaje mi się niewłaściwym z podwójnego punktu widzenia: 1) Prace kazuistyczne, jako takie, a podające sumiennie spostrzegany fakt kliniczny, same przez się są cennym nabytkiem piśmiennictwa lekarskiego i zawsze w przyszłości stanowić będą ważny materiał do przyszłych opracowań monograficznych danej kwestyi; tem bardziej ważne, że monografie te oparte będą na materiale miejscowym, co, jak wiadomo, ma wielką doniosłość ze względu na pewne odrębności lokalne wielu spraw patologicznych; dopiski więc wielkie, literackie są zupełnie zbędne, zajmując niepotrzebnie nieraz całe szpalty gazet, a które świadomym bliżej, w jaki sposób cytaty owe z podręczników lub też z centralblatów się przepi-

sują, bynajmniej nie mogą imponować i przemawiać na korzyść erudycji autora. 2) Cytaty takie obszerne, dochodzące nieraz do prawdziwej cytatomanii u danego autora, oddziałują niekorzystnie na wielu, szczególnie prowincjonalnych lekarzy, którzy, będąc nieraz w posiadaniu ciekawych i ważnych skąd inąd spostrzeżeń kazuistycznych, nie publikują ich (jak to mi osobiście wiadomo), nie mogąc dla braku odpowiednich bibliotek upiększyć swej pracy szeregiem różnorodnych cytat z autorów; nie przypuszczają bowiem, że te obszerne balasty najczęściej jeden od drugiego w najlepsze przepisuje, bynajmniej nie troszcząc się o sprawdzenie źródeł.

Tym sposobem kazuistyka, zdaniem mojem, winna się obchodzić bez nadmiernych cytat; jeśli zaś autor chce je koniecznie przytaczać, to winien się trzymać dwóch kardynalnych zasad: 1) cytować podstawowe w danej kwestyi prace; 2) uwzględniać zawsze prace krajowe. My bowiem, pracując, jak to powszechnie wiadomo, wśród ciężkich lokalnych warunków, winniśmy skrzętnie zbierać cały nasz dorobek literacki, winniśmy nie zapominać zawsze i stale, przy każdej okazji, na pierwszy plan go wysuwać i pod tym względem naśladować Niemców i Francuzów, mających zawsze i wszędzie przedewszystkiem swoje własne prace na względzie. Nie lekceważąc chociażby najdrobniejszych prac własnych, dojdziemy być może w przyszłości do tego, że i obcy prac naszych lekceważyć nie będą. I pod tym względem niechaj nam świecą przykładem autorowie tej miary, jak RYDYGIER, JAWORSKI i BIEGAŃSKI, którzy w swych cennych pracach przedewszystkiem naszych autorów mieli na względzie. Z prac ich niejednen, szczególnie z młodszych kolegów, dowiedział się ze zdziwieniem, do wyjaśnienia ilu kwestyi naukowych przysłużyli się nauce. A wszakże nie pominąć pracy swojskiej jest rzeczą, przy dobrej woli i zamięłowaniu rzeczy krajowych, tak łatwą. Roczniki prac polskich, wydawane przez ROGOWICZA, a następnie dalej prowadzone przez nasze Towarzystwo Lekarskie, pozwalają bardzo szybko poinformować się zupełnie w każdej oddzielnej gałęzi wiedzy medycznej.

Racz, szanowny Redaktorze, przyjąć wyrazy i t. d.

Warszawa dnia 10 października 1893 r.

Dr. A. Sokołowski.

## Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— F. L. NEUGEBAUER. O wskrzeszeniu cięcia łonowego czyli symfiziotomii przez szkołę położniczą neapolitańską. Część pierwsza. Lipsk, 1893 str. 313.

Praca ta, zawierająca dokładne i pracowite zestawienie krytyczne całkowitej bogatej literatury cięcia łonowego, została napisana na życzenie prof. Zweifla z Lipska.

Ponieważ wnioski autora znane są czytelnikom Medycyny, gdyż praca ta stanowi obszerne i wyczerpujące opracowanie kwestyi, poruszonej przez autora w tem piśmie w roku zeszłym, nie podajemy przeto jej streszczenia, a tylko krótkie uzupełnienie, iż z 214 przypadków cięcia łonowego, operowanych od roku 1887, dokonało tego rękoczynu we Francyi 26 operatorów w 54 przypadkach, we Włoszech 17 operatorów w 49 przypadkach, w Austrii 13 operatorów w 30 przypadkach, w Niemczech 14 operatorów w 35 przypadkach, w Ameryce 23 operatorów w 28 przypadkach, wreszcie w Rosyi dokonano tego rękoczynu w 8, w Anglii w 2, w Szwajcaryi w 3 i w Holandyi w 2 przypadkach.

Z zestawienia tych przypadków okazało się, iż z 214 operowanych wyzdrowiało 183, zmarło 27, zaś w 3 przypadkach zejścia nie podano, śmiertelność zatem matek wynosi 12,85%. Pod względem śmiertelności płodów, to pomijając 8 przypadków, w których zejścia płodów nie zanotowano, z pozostałych 205 przypadków przyszło

na świat płodów żywych 189, z których jednak 31 w krótkce zmarło (16,4%); oprócz tego 7 płodów zmarło przed operacją, a 9 podczas porodu, co stanowi razem 20,2% niepomysłnych zejść dla płodów.

Co do przypadków dawniej ogłoszonych od roku 1777 do 1886, dodać wypada, że oprócz 148 operacji, podanych przez innych autorów, koledze N. udało się zebrać jeszcze 75 operacji dawnej daty, czyli razem zestawil kol. N. 155 operacji od roku 1777 do 1860, 68 od r. 1860 do 1886 i 214 od r. 1887 do 1893 czyli razem 437 przypadków cięcia łonowego.

A. Winaver.

— Przy leczeniu przymiotu Dr. BLASCHKO radzi postępować w następujący sposób: Gdzie to jest możebne, wyciąć stwardnienie pierwotne; leczenie ogólne stosować dopiero z chwilą wystąpienia objawów wtórnych. B. oddaje tu pierwszeństwo zastrzykiwaniom nierozpuszczalnych zasadowych salicylatów rtęci: Hydrargyri salicylici basici 2. Paraffini liquidi 20. M. tere exactissime. Mieszaninę tę zastrzykuje w mięśnie pośladkowe dwa razy na tydzień, za pierwszym razem  $\frac{1}{2}$  strzykawki, za drugim całą. Wstrzykiwać należy powoli; przeciętna ilość wstrzykiwań wynosi 12. Jeżeli wstrzykiwania nie są znoszone, wówczas zaleca B. wcierania lub wewnątrznie hydrargyrum oxydulatum tannicum. Przy *stomatitis mercurialis* najlepsze usługi

oddaje 10% roztwór kwasu chromnego, unikać tylko należy połykania. (Ther. Mon. 8. 9. 93).

== GERSUNY już dawniej przeciwko mimowolnemu oddawaniu moczu u kobiet odpreparowywał cewkę, skręcał ją na około osi i w tem położeniu utrzymywał. Pomyślne wyniki tej metody skłoniły go do zastosowania jej w tych przypadkach mimowolnego oddawania stolca, w których zwieracz został zniszczony (po wyłuszczeniu raka). Ściągniętą ku dołowi część kiszki skręca G. na około osi i za pomocą szwu utrzymuje w miejscu. GERSUNY zaleca to postępowanie po amputacji *recti*, przy *anus praeternaturalis* i po wykonaniu kolotomii. (D. med. Woch 38, 1893). Z. S.

== W celu zmniejszenia uległego przerostowi gruczołu krokowego stosował BIER (z Kiel) podwiązanie tętnic biodrowych wewnątrznych. W trzech przypadkach wynik podwiązania był pomyślny, oddawanie moczu stało się wkrótce po operacji o wiele łatwiejsze i jednocześnie zauważono zmniejszenie się obrzęku gruczołu krokowego. Podwiązanie tętnicy biodrowej wykonywał B. sposobem zewnątrzotrzewnowym. (Centralbl. für Chirurgie 37—93). T. S.

== Zwykle stosowane leczenie wrzodu żołądka, wymagające dłuższego bezwzględного spokoju, zarówno jak i stosowanie dużych dawek bismutu sposobem FLEINER'a napotyka dość często w praktyce prywatnej duże przeszkody. Wobec tego dr. STEFF z Norymbergi zaleca stosowanie jednej lub kilku szklanek dziennie wody chloroformowej (Chloroformii 1,0. Bismuthi 3,0. Aq. destill. 150,0) przy odpowiedniej diecie. Leżenie nie jest potrzebne. S. przytacza cały szereg przypadków, niektóre bardzo ciężkie, w których leczenie to doskonale dawało wyniki. Woda chloroformowa zapobiega szkodliwemu działaniu na powierzchnię wrzodu i wywołuje nieznaczne podrażnienie. Ujemnego działania lub narkotyzującego S. nigdy nie spostrzegali. (Münch. med. Wochenschr. 39. 93).

== HEIDENHAIN w Greifswaldzie stosuje w leczeniu wilka transplantację metodą THIERSCHE'a po uprzednim wycięciu chorej skóry. W ten sposób leżeni byli chorzy z wilkiem całej twarzy, a dotychczasowe wyniki pozwalają przypuszczać, że droga ta doprowadzić może do celu. (Münch. med. Woch. 26—93).

## Wiadomości bieżące.

— Od kilku dni w najbliższym sąsiedztwie naszego miasta pojawiło się dość złośliwe ognisko epidemiczne cholery azyatyckiej. Mowa tu o Czystem, gdzie dnia 3 b. m. w domu pod Nr. 73 zachorowały jednocześnie: Kuśmierkiewiczowa Julia, lat 68 i Zagalska Katarzyna, lat 41, — w oddzielnych izbach mieszkające. Sprowadzone w dniu następnym do szpitala zapasowego *in stadio algido*, obie zmarły: pierwsza po kilkunastu godzinach, druga po 2 dniach. Jednocześnie podobno część mieszkańców wspomnianego domu przeprowadzono na stację izolacyjną, urządzoną w Ochocie, skąd w dniu 5 b. m. sprowadzono do szpitala zapasowego 10 letnią Emilię Ruszkowską, chorą na cholere i znajdującą się obecnie na drodze do wyzdrowienia.

Dnia 8 b. m. z tegoż samego domu na Czystem przywieziono do szpitala zapasowego Prokopińską Julię, lat 35 liczącą, — a w dniu 9 b. m. Odolańskiego Jana, lat 68. Pierwsza zmarła po kilkunastu godzinach. O drugim możemy to powiedzieć, że wyszedłszy rano z domu, jako zdrowy, do zwykłych zajęć, zasłabł na ulicy Nowo-Krochmalnej i po przywiezieniu do szpitala zmarł po kilku godzinach.

W ciągu więc kilku dni, z jednego domu mieliśmy aż 5 chorych na cholere, z których 4 zmarło. Piorunujący prawie przebieg, szczególnie w ostatnich przypadkach, epidemiczne ich wystąpienie, jako też przebieg kliniczny, zmiany anatomiczne i wyniki badań bakteriologicznych nie pozostawiają żadnej wątpliwości co do istoty choroby. Nie wysłedzonym dotąd zostało powstanie ogniska epidemicznego we wspomnianym domu.

— W ostatniej chwili dowiadujemy się o przybyciu do szpitala zapasowego jeszcze jednego chorego z objawami cholery, przywiezionego ze Szmulowizny, który dnia poprzedniego przybył z Pułtusza, gdzie, jak wiadomo, dotąd trwa epidemia. J. Sz.

— W Paryżu urządzony ma być nowy instytut sądowo-lekarski. Będzie on połączony galerią podziemną z morgą. Przy instytucie znajdować się będzie pracownia toksykologiczna, czytelnia, biblioteka, muzeum, sala sekcyjna i gabinet, w którym podejrzone osoby konfrontowane być mają ze swymi ofiarami. (Med. Rec.).

**Sprostowanie.** W № 40 na str. 818 w wierszu 11 od góry zamiast: „zgodnie z poglądami“ powinno być: „wbrew poglądom“.