

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O zachowaniu się zawartości wody i metalli alkalicznych we krwi w zapaleniu nerek. Przyczynę do objaśnienia powstawania mocznicy, podał d-r Władysław Bruner. (Dokończenie). — Przyczynę do kazuistyk potworków ludzkich, podał A. Janeczek (Książ-Wielki). — **Streszczenia i wyciągi** 185. O własnościach chemicznych krwi. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 16 i 30 listopada r. b. — **Sprawozdanie z XII zjazdu międzynarodowego w Moskwie.** (Ciąg dalszy). — **O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym** za m. listopad r. b. — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
 destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) **D-r Wł. Bruner** — Sur la quantité de l'eau et des métaux alcaliques dans le sang des néphritiques. Contributions à l'étiologie de l'urémie. 2) **D-r A. Janeczek** — Contribution à la casuistique des monstruosités humaines.

Redaction: **Dr H. Dobrzycki.** Varsovie — Rue Oboźna 5

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
 Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) **D-r Wł. Bruner** — Ueber den Gehalt der Trockensubstanz und der Alkalien im Blute bei Nephritis. Ein Beitrag zur Aetiologie der Urämie. 2) **D-r A. Janeczek** — Ein Beitrag zur Kasuistik der menschlichen Missgeburten.

Redaction: **Dr H. Dobrzycki.** Warschau — Oboźna str. 5.

O zachowaniu się zawartości wody i metalli alkalicznych
 we krwi w zapaleniu nerek.

PRZYZYNEK DO OBJAŚNIENIA POWSTAWANIA MOCZNICY.

podał **D-r WŁADYSŁAW BRUNER.**

Ordynator szpitala praskiego.

(Dokończenie.—Zob. N. 51).

Wskutek pewnych warunków woda zatrzymana w ustroju nie może ze krwi przejść do tkanek, lub też z tkanek na zewnątrz ustroju; powstaje prawdziwy obrzęk krwi, według dawnej nomenklatury *polyaemia serosa*. Podając powyższe powstawanie rozwodnienia krwi w mocznicy, trzeba jednocześnie przyjąć, że ilość krwi w korycie naczyniowym zwiększa się znacznie. Obrzęk krwi jest przyczyną hydremii mocznicowej i, według mego zdania, powinien być uważany za cechę dla tego stanu znamioną, a chociaż nie jest przyczyną bezpośrednią mocznicy, musi jednak stać z nią w związku przyczynowym, gdyż w przebiegu zapalenia nerek uważać go należy za heterotopię.

Systematycznych badań ilościowych nad potasem i sodem we krwi w zapaleniu nerek dotychczas prawie nie robiono. Prawidłowa ilość sodu i potasu

określanych wagowo w postaci $KCl + NaCl$ wynosi w przypadkach prawidłowych 0,633—0,684. Potas pochodzi przedewszystkiem ze składnika czerwonego, sód natomiast należy do osocza, to też w przypadkach zapalenia nerek, gdzie było objętościowo mniej składnika czerwonego, znajdujemy i mniej potasu, na przykład w przypadku 8-ym, gdzie ilość składnika czerwonego wynosiła zamiast prawidłowych 50% tylko 33%.

Zaznaczyć jednak muszę, że ostatnie zjawisko nie jest zbyt częste. Przeważnie w zwykłych przypadkach zapalenia nerek znajdujemy liczby prawidłowe, co jest znowu w zgodzie ze wspomnianym już raz faktem, że w wielu przypadkach zapalenia nerek bez mocznicy objętość składnika czerwonego jest niezmienniona.

Sód przedstawia w stanach chorobowych zachowanie odwrotne, niż potas. Im krew będzie bardziej anemiczna *resp.* im będzie mniej zawierać składnika czerwonego, a więcej osocza, tem sodu we krwi całkowitej będzie więcej. Wogóle nawet do wzmożenia zawartości sodu we krwi całkowitej nie jest nieodzowne zwiększenie ilości osocza, wystarcza już samo rozwodnienie krwi z jakiegokolwiek bądź powodu, specjalnie rozwodnienie surowicy.

Wbrew temu ogólnemu zachowaniu się Na_2O w stanach chorobowych pośród moich rozbiórów wybitniejszego wzmożenia Na_2O nie widziałem ani razu, nawet tam, gdzie krew była rozwodniona wyraźnie, albo jak w mocznicy nawet wybitnie. Przeciwnie, spostrzegałem kilkakrotnie wyraźniejsze zubożenie krwi w sód (Przyp. 3, 12, 6, 7, 14, 15, tabl. 2), co pozwala mi twierdzić, że zapalenie nerek cechuje się zupełnie wyraźną skłonnością do zmniejszenia zawartości sodu we krwi całkowitej.

Rozumie się, że chodziło o zubożenie nie $NaCl$, lecz węglanu, węglanu kwaśnego, a przypuszczalnie i białkanu sodu. Fakt ten tłumaczy dostatecznie okoliczność, dla czego to wielu autorów przy ogólnych określaniach zasadowości krwi spotykało zmniejszenie jej w zapaleniu nerek.

Mocznica wykazywała zawsze wyraźny spadek zasadowości ogólnej. Z czterech przypadków klasycznej mocznicy, w których określałem zawartość mineralnych zasad, w dwóch przypadkach (10 i 13) ilość sodu była bezwzględnie zmniejszona 0,189—0,190; w jednym przypadku (8) otrzymałem 0,207 Na_2O , to jest liczbę prawidłową, lecz stanowiącą przy 16,56% części stałych względne zubożenie w sód. W przypadku 5-ym najprawdopodobniej ilość sodu była bezwzględnie obniżona, ogólna bowiem ilość $KCl + NaCl = 0,593\%$, wyraźnie mniej niż prawidłowo. Zmniejszenie ogólnej ilości metali alkalicznych idzie najczęściej zupełnie równolegle nie tylko ze zmniejszeniem bezwzględnem potasu, ale i z bezwzględnem zmniejszeniem we krwi zawartości sodu. Kwaśny węglan sodu jest pierwszą podstawą alkaliczności krwi, a LIEBIG i inni wykazali, że własność alkaliczna krwi jest jednym z pierwszych warunków spalania organicznego i że mnóstwo ciał organicznych dopiero wobec swobodnego alkali nabiera zdolności do łączenia się z tlenem. Jeżeli tedy sód ma takie pierwszorzędne znaczenie w sprawie spalań organicznych, czyli w sprawie podstawowej życia wegetacyjnego, to należy przyjąć, że zmniejszenie ilości tego ciała we krwi sprowadzić jest w stanie ważne zaburzenia w przebiegu utleniań organicznych.

Mocznica we względzie klinicznym, jak wiadomo, nie przedstawia pojęcia ściśle określonego; wobec tak różnorodnego obrazu klinicznego tego cierpienia nie zdołano, mimo usiłowań, wykryć jakiegoś jednego czynnika, któryby niewątpliwie i stale był związany bezpośrednio z mocznicą.

Zważywszy na niewątpliwą skłonność krwi chorych na nerki do tracenia sodu, należy konsekwentnie przypuścić skłonność do nieprawidłowego przebiegu spraw utleniania w ich ustroju. Jest to najprawdopodobniej najczęstsza szkodliwość w genezie mocznicy. Dalszem ogniwem jest widocznie nagle zatrzymanie wody w ustroju, obrzęk krwi, dzięki któremu zniszczona zostaje równowaga chemizmu, jaka mimo zubożenia w sód w wielu przypadkach niewątpliwie istnieje. To ostatnie, zdaje się, jest nawet bardziej nieodzowne do powstawania objawów mocznicowych niż zubożenie w sód, sądząc z nader często spotykanego takiego obrzęku krwi w stanie mocznicy.

Nie można odrzucić i takiego przypuszczenia, że jakieś inne szkodliwości poprzednie oprócz zubożenia w sód wyswabdzają, że tak powiem, energię owego obrzęku.

Należy zwrócić uwagę, że w zapaleniu nerek, oprócz zmian we krwi, jako najważniejszych w genezie mocznicy, istnieją jeszcze rozmaite, że tak powiem, zaburzenia miejscowe, które mogą także prowadzić do objawów ogólnych. Jest to fakt prosty, a mimo to mało o nim pamiętają. Wartoby też zawsze starać się o wyodrębnienie objawów rzekomo mocznicowych. Za punkt wyjścia, według mego zdania, służyć powinny badania krwi, względnie stwierdzenie wzmożonej hydremii, tam bowiem, gdzie miałem do czynienia z najcharakterystyczniejszą mocnicą, wzmożenie hydremii, powtarzam to raz jeszcze, znajdowałem jako правило.

Spostrzeżenia i wnioski z pracy powyższej mają też niejaki związek z czystą kliniką zapalenia nerek. Spostrzeganie wahań wody we krwi może się okazać niezmiernie pożytecznem dla rokowania w zapaleniu nerek. Spostrzegali bowiem, że wobec objawów rzeczywistej poprawy zarówno ogólnych jak i ze strony moczu krew całkowita i surowica stawały się bogatsze w białko, to jest traciły coraz więcej wody. Inaczej albo zupełnie odwrotnie zachowywała się krew w przypadkach pozornej poprawy. Otóż parokrotne porównawcze badania krwi i surowicy na zawartość wody w przypadkach z dążeniem ku poprawie mogłyby być rzetelną kontrolą i dowodem, czy poprawa jest prawdziwa. Badania te są łatwo dostępne, ponieważ zawartość wody we krwi dla celów praktycznych można określić w kilku kroplach krwi metodą STINTZING'a, albo jeszcze lepiej we krwi bańkowej i samoistnie z niej wydzielonej surowicy; odciągnięcie takiej ilości krwi choremu żadnej szkody przynieść nie może.

Na jedno jeszcze pragnę zwrócić uwagę, na zgodność naszego empirycznego leczenia mocznicy i wyników badania krwi przy niej. Empirycznie stosujemy środki czyszczące w celu wywołania obfitych, wodnistych wypróżnień i zdaje się, że od tego zabiegu nieraz skutek rzetelny widzimy. Z drugiej strony stwierdziłem obrzęk krwi w wielu przypadkach mocznicy, obrzęk, wedle rozumowania, stanowiący zjawisko bynajmniej nieobojętne i stojące w bliższym czy dalszym związku przyczynowym z mocnicą. Czyby więc owo odciąganie wody ze krwi drogą przewodu pokarmowego, czyli przeciwdziałanie obrzękowi krwi zapomocą środków czyszczących było naprawdę leczeniem racjonalnem?

W końcu zaznaczam, że może systematyczne dostarczanie ustrojowi w przebiegu przewlekłego zapalenia nerek soli sodowych mogłoby być pożyteczne, względnie mogłoby przeciwdziałać nieprawidłowemu przebiegowi spalań organicznych i rozwoju mocznicy, jeżeli za charakterystyczną cechę krwi w zapaleniu nerek uważać będziemy skłonność do zubożenia w sód i nadamy temu zjawisku ważną rolę w patologii tego cierpienia.

№	Rozpoznanie	Płeć	Wiek	Ilość moczu	Ilość białka	Obrzęki	Krażli czerwo- ne	Ciężkość biała	Objętość osadu w 100 cm. sz. krwi	Krew całko- wita	Suro- wica	Oso- cze	Osad czer- wony	UWAGI.
1	M. F. <i>Nephritis chronica</i> 31 I. 7 II. " <i>Uraemia</i> . 26 II.	m.	49	1150	5 ⁰ / ₁₀₀	dość duże	4210600	—	46%	18.61	8.49	8.91	—	Choroba rozpoczęła się od 5 miesięcy. Napaść mocznicy z krótkimi zwiastowaniami cechował się dusznością i drgawkami. W dwa dni po napaści chorey zmarł. Przybadaniu zwłok <i>nephritis mixta praecipue perenchymatosa</i> . Obrzęku mózgu nie było. Pierwsze badanie: krew bańkowa. Następne <i>venesectio</i> .
2	M. P. <i>Nephritis chronica</i> 11 III. " 5 IV.	m.	50	2880 3600	5 ⁰ / ₁₀₀ ślady	duże na koń- czynach dol.	4800520	9850	70%	18.03	6.23	6.91	30.12	Do badania wzięta była krew bańkowa. Od wypisania ze szpitala [25 IV 95] do stycznia 96 miał się zupełnie dobrze. Odtąd go nie widziałem.
3	<i>Nephritis chronica</i> . <i>Uraemia</i> .	ż.	41	—	1.2 ⁰ / ₁₀₀	niema	3012000	—	22.6%	14.61	7.99	8.01	28.01	Choroba przybyła nieprzytomna. Ilość moczu niewiadoma. <i>Venesectio</i> . Na trzeci dzień po przybyciu zmarła. Badanie zwłok: <i>Nephritis chronica mixta</i> . Obrzęk mózgu.
4	Z. E. <i>Nephritis acuta</i> post <i>scarlatinam</i> .	m.	18	400	8.2 ⁰ / ₁₀₀	duże	4920000	—	51%	18.21	8.25	8.93	—	Chory od 3 tygodni. Krew otrzymano przez <i>venesectio</i> . Umarł wśród objawów osłabienia serca. Badanie zwłok: <i>Nephritis acuta</i> , <i>Hydrothorax</i> , <i>Hydropericardium</i> .
5	<i>Nephritis chronica</i> 15 II. " 28 II.	m.	48	1600 2800	4 ⁰ / ₁₀₀ 1 ⁰ / ₁₀₀	duże niema	—	—	5.1.3%	17.92 16.94	8.38 6.88	7.31 7.30	27.42	Chory od 3 miesięcy. Wypisał się z krwimoczem i dużą ilością walczków w moczu.
6	<i>Nephritis chronica</i> .	m.	70	2600	0.25 ⁰ / ₁₀₀	niema	4980200	3750	49.8%	18.11	7.39	8.02	29.61	Chory podobno od lat 22. Duża miazdżyca tętnic.
7	<i>Nephritis chronica</i> 5 IV. " 21 V.	m.	39	1800 1400	0.5 ⁰ / ₁₀₀ niema	duże niema	4752300	6390	—	18.92 19.27	8.03 9.06	8.22 9.14	30.01 30.21	Choroba rozpoczęła się przed 8 miesiącami. Chory przybył ze znacznymi obrzękami. Wypisał się w stanie bardzo dobrym.
8	<i>Nephritis chronica</i> 11 IV. <i>Uraemia</i> 30 IV.	m.	35	1500 1700	6 ⁰ / ₁₀₀ 6 ⁰ / ₁₀₀	duże małe	3780200 3210640	12300	41.2% 30.2%	17.22 14.80	8.25 7.97	8.36 8.20	26.31	Pierwszy raz spuchł przed 2 laty. Obecnie przed 3 tygodniami. Objawy

¹⁾ Począwszy od № 5 krew do badania stale otrzymywana była przez wenesekcję.

9	<i>Nephritis chronica.</i>	m. 48	1900	0.5%	małe	—	61.1%	19.05	7.41	7.60	30.19	mocznikowe wystąpiły w postaci wymiotów, bólów głowy; podobno raz jeden w nocy miał drgawki. Po wenesceji poprawił się trochę. Wkrótce wymioty wróciły i chorey na własne żądanie został wypisany. Choroba trwa od pół roku. Wypisał się z polepszeniem bez obrzęków. Objawy ze strony moczu bez zmiany.
10	<i>Nephritis acuta.</i>	m. 30	1800	9%	duże	4901620	—	19.61	8.52	8.93	29.98	10 dnia od czasu spuchnięcia chorey przybył do szpitala. Po miesięcznym pobycie wypisał się zdrów
11	<i>Nephritis chronica</i> [<i>interstitialis</i>].	m. 50	1100	1.5%	małe	5721600	8370	50.4%	17.21	8.24	26.08	Duszność od lat 4. Obrzęki od 4 miesięcy. Po dwumiesięcznym pobycie w szpitalu umarł wśród objawów niedomogi serca, <i>Autopsia</i> : małe czerwone nerkę, duża miażdżycza aorty.
12	<i>Nephritis chronica.</i> <i>Uraemia.</i>	ż. 28	890	4%	małe	4920600	12100	67%	22.13	8.49	30.16	Objawy mocznikowe polegały na uporczywych wymiotach i bólu głowy. Drgawek i utraty przytomności nie było. Chora po paru tygodniach wypisała się ze znaczną poprawą stanu ogólnego, lecz z białkomoczem.
13	<i>Nephritis acuta.</i>	m. 24	600	7%	duże	5621300	4500	49.3%	20.09	9.42	29.96	Do czasu badania krwi chorował 2 tygodnie. Wypisał się bez obrzęków, z białkomoczem [39/100]. W osadzie wałeczki szkliste i komórki nerkowe.
14	<i>Nephritis chronica.</i>	ż. 44	1300	6%	niema	4200610	—	48.9%	17.14	7.42	29.93	Choroba trwa od 2 lat. Wypisała się bez polepszenia.
15	<i>Nephritis chronica.</i>	m. 61	2100	0.25%	małe	5006200	9400	51.6%	20.71	8.42	30.62	Chory od pół roku. Wypisał się z polepszeniem, bez obrzęków. Białka ślady.
16	<i>Nephritis chronica.</i>	m. 49	800	1.2%	duże	—	—	50%	19.02	8.10	29.05	Chory od 8 miesięcy. Wypisał się z obrzękami bez widocznej poprawy.
17	<i>Nephritis chronica</i> [<i>condensatio in apice dextro</i>]. <i>Uraemia.</i>	m. 32	—	2.5%	małe	2417500	13200	23.2%	13.47	8.83	26.21	Mocznica wystąpiła w postaci drgawek z utratą przytomności. Z objawami tymi przybył i tegoż dnia umarł. <i>Autopsia</i> : <i>nephritis chronica mixta, tuberculosis pulmonum.</i>
18	<i>Nephritis chronica.</i>	m. 56	450	0.5%	duże [<i>ascites</i>]	4745830	6950	49.5%	19.21	7.91	29.84	Choroba trwa od 8 miesięcy. Wypisał się z polepszeniem.
19	<i>Nephritis chronica.</i>	m. 43	1400	6%	małe	4216000	10100	51.3%	18.62	7.34	29.91	Chory od 6 miesięcy. Przed 1 1/2 rokiem był spuchnięty. Wypisał się z polepszeniem.
20	<i>Nephritis chronica.</i>	m. 53	700	4%	duże [<i>hydrothorax</i>]	4721300	4990	50.2%	18.91	7.49	29.89	

№	Rozpoznanie	Płeć	Wiek	Ilość mocz u	Ilość białka	Obrzęki	Krażki czerwone	Ciężkość biała	Objętość mocz u w 100 cm. sz. krwi	Części stałe w 100 krwi				Osad czer- wony	UWAGI.
										Krew całkowita	Suro- wica	Oso- cze	Osad czer- wony		
21	<i>Ren. cyanotic.</i> <i>Emphysema.</i>	m.	63	1400	0.75%	duże	6875000	—	72%	22.81	7.72	7.63	58.38	Chory od roku. Wypisał się z po- prawą.	
22	<i>Nephritis chronica.</i>	m.	44	900	5%	duże	—	—	48.9%	18.17	6.50	7.17	29.67	Chory od 1 1/2 roku. Wypisał się z po- lepszeniem.	
23	<i>Nephritis chronica.</i>	m.	70	3100	0.5%	małe	—	—	46.4%	18.26	7.28	8.01	30.21	Chory od 9 miesięcy.	
24	<i>Nephritis chronica</i> <i>Emphysema.</i>	m.	35	1100	1.7%	duże	7760250	7850	82%	23.39	7.58	7.96	30.14	Duszność od 2 lat. Obrzęki od 7 mie- sięcy.	
25	<i>Nephritis subacuta</i> <i>Uraemia.</i>	ż.	30	1000	6%	małe	2876410	10290	26%	16.50	8.01	8.30	24.41	Chora od 2 miesięcy [po porogu]. Objawy mocznicowe polegały na nieprzyto- mności, drgawkach. W dwa dni po wy- stąpieniu moczniczy chora zmarła. Przy badaniu zwłok: <i>Nephritis parenchymatosa</i> <i>subacuta. Parametritis parulenta.</i>	
26	<i>Nephritis chronica.</i>	m.	39	1500	1.5%	duże	4912500	3290	51.2%	17.62	5.21	6.66	33.69	Chory od 3 miesięcy. Wypisał się z nieznacznie poprawą.	
27	<i>Nephritis chronica</i>	m.	43	1600	1%	małe	4581250	9630	55.2%	20.26	9.02	9.21	30.12	Chory od 2 miesięcy. Wypisał się bez obrzęków, białka ślady.	
28	<i>Nephritis chronica</i> <i>Uraemia.</i>	m.	74	3000	0.5%	małe	4568750	7320	42%	16.65	9.68	—	28.17	Podczas moczniczy nieprzytomny, drgawek nie było. Zejście śmiertelne. <i>Autopsia: nephritis mixta, hydrothorax.</i>	
29	<i>Nephritis chronica.</i>	m.	55	1800	2%	duże [ascites]	4225000	8940	4%	18.01	7.04	7.91	29.69	Chory od 2 miesięcy. Obrzęki usta- piły.	
30	<i>Nephritis chronica.</i>	m.	40	890	10%	małe	5256250	11200	52%	19.25	6.24	6.44	29.65	Chory od roku.	
31	<i>Nephritis chronica</i> <i>Uraemia.</i>	m.	62	2900	4%	umiar- kowane	3168750	—	33%	16.56	8.53	8.57	31.11	Objawy mocznicowe polegały na du- szności, wymiotach, bólu głowy. Objawy te ustąpiły i chory względnie dobrze się czuje.	
32	<i>Nephritis chronica.</i> <i>Insuff. et stenosis valv.</i> <i>sem. aortae.</i>	m.	53	630	3%	duże	4962500	—	39%	18.31	9.13	9.28	29.06	Chory od 3 lat. Duszność się coraz zwiększała. Umart. <i>Autopsia: nephri- tis mixta; insuff. et stenosis aortae.</i>	
33	<i>Nephritis chronica</i> <i>Uraemia.</i>	m.	78	2000	ślady	niema	4328780	9875	—	19.02	—	—	—	Objawy mocznicowe polegały na za- burzeniach psychicznych, które wkrótce ustąpiły.	
34	<i>Nephritis chronica.</i>	ż.	48	840	20%	małe	4031250	7640	50%	20.04	9.01	—	30.01	Chora od lat kilku. Obrzęki raz mniej- sze, raz większe. Wypisała się z poło- pszeniem.	

Uwaga. Liczby dla ilości mocz u i białka są przeciętne z liczb otrzymywanych w ciągu tygodnia, w środku którego wykonywana była wencesekeja.

TABLICA II.

№	Rozpoznanie	Część stała w 100 grm. krwi całko- witej	KCl + NaCl	K ₂ O	Na ₂ O	UWAGI.
			W 100 grm. krwi			
1	<i>Nephritis chronica.</i> <i>Emphysema.</i>	23.39	0.655	0,234	0.151	Przypadek ten od- powiada przypad- kowi 24 tablicy I.
2	<i>Apoplexia cerebri.</i>	22.55	0.653	0.175	0.198	
3	<i>Nephritis chronica</i> ¹⁾ .	17.62	0.643	0.235	0.143	
4	<i>Nephritis chronica.</i>	20.26	0.646	0.166	0.214	
5	<i>Nephritis chronica.</i> <i>Uraemia.</i>	16.65	0.593	—	—	
6	<i>Nephritis chronica.</i>	18.01	0.579	0.110	0.213	
7	<i>Nephritis chronica.</i>	19.25	0.686	0.185	0.206	
8	<i>Nephritis chronica.</i> <i>Uraemia.</i>	16.56	0.643	0.135	0.207	
9	<i>Nephritis chronica.</i> <i>Vitium cordis.</i>	1 31	0.651	0.159	0.218	
10	<i>Nephritis chronica</i> <i>Uraemia.</i>	19.02	0 589	0.152	0.189	
11	<i>Nephritis chronica.</i>	20.04	0.634	0.168	0.200	
12	<i>Nephritis chronica.</i>	18.01	0.631	0.159	0.189	
13	<i>Nephritis chronica</i> <i>Uraemia.</i>	15.94	0.598	0.163	0.190	
14	<i>Nephritis chronica.</i>	18.93	0.652	0.176	0.205	
15	<i>Nephritis chronica.</i>	19.01	0.662	0.181	0.211	

¹⁾ Przypadki od 3 do 11 odpowiadają przypadkom 26—34 Tablicy I.

Przyczynek do kazuistyki potworków ludzkich,

podał **A. JANEK** (Książ-Wielki).

Dla ogółu lekarzy sprawa potworków ludzkich jest więcej ciekawa, aniżeli ważna. Nietyle jednak niezwykła rzadkość przypadku, ile trudności, jakie sprawiły potworki przy porodzie wskutek silnego swego rozwoju i wzajemnego ustosunkowania, ośmielają mię do zajęcia nim uwagi kolegów.

Dnia 14. VII. 97 r. wezwany byłem w nocy do kobiety ciężarnej, u której nagle wystąpiły drgawki.

F. W., izraelitka, lat 24, mężatka, wieloródka, silnie zbudowana i dobrze odżywiona pochodzi z rodziny moralnie i fizycznie zwyrodniałej. Mąż jej głuchoniemy, kaleka, sama zaś chora jest histeryczką. Pierwsza miesiączka w 16 roku i jak przed, tak i po zamążpójściu zjawiała się co 6—8 tygodni, trwała 7—8 dni i zawsze była bolesna i obfita. W 20 roku wyszła zamąż. We dwa lata powiła córkę, połów przeszedł bez powikłań, dziecko żyje i jest zdrowe. Następna ciąża przerwana była poronieniem 10-tygodniowego płodu zwyrodniałego. Obecnie chora jest w początku dziewiątego miesiąca ciąży. Wskutek obrzmienia nóg i częstych, a bolesnych ruchów płodu zmuszona była ostatni miesiąc przeleżeć w łóżku. Od 4 dni zupełnie nie czuje ruchów płodu.

Chorą zastałem podczas napadu drgawek: przytomność utracona, twarz krwią nabiegła, z ust wydziela się piana krwawa, żrenice rozszerzone, oddech rzeżący, tętno pełne, twarde, toniczne i kloniczne drgawki całego ciała. Napad drgawek trwał 3 minuty.

Po przejściu napadu badanie wykazało brzuch szeroki, silnie powiększony, nogi obrzmiałe, w moczu dość dużo białka (połowa ścina się); wskutek silnego skurczu macicy badanie zewnętrzne nie daje żadnego wyniku; ujście wewnętrzne macicy przepuszcza dwa palce, trafiające na pęcherz płodowy, przez który wyczuwa się nóżki płodu.

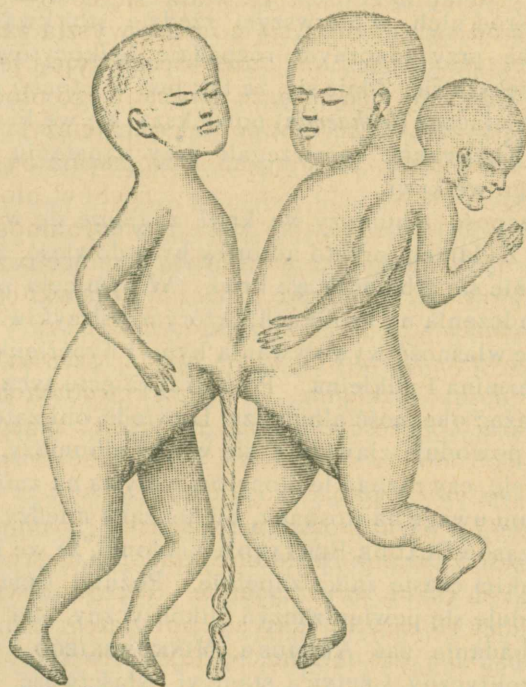
Zaleciłem ławatywy z wodanu chlorału i morfiny. Pomimo 8-krotnego ich stosowania (od 12 w nocy do 1 po południu) napady drgawek powtórzyły się 10 razy. Nie mogąc doczekać się przyjazdu któregośkolwiek z okolicznych kolegów, a obawiając się silnego upadku sił, powziąłem zamiar przyspieszyć poród, tem więcej, że ujście wewnętrzne o tyle się rozszerzyło, że można było wprowadzić całą rękę do macicy.

Po zachloroformowaniu przebiłem pęcherz i dość łatwo sprowadziłem nóżki płodu do pośladków; dalej obniżyć płodu pomimo dość silnych pociągów nie mogłem. Po włożeniu ręki do macicy, przekonałem się, że mam do czynienia z płodami zrosniętymi brzuskami. Sprowadziłem więc nóżki drugiego płodu, przerwałem hakiem łącznik między brzuskami, wyjąłem zawartość jamy brzusznej, lecz i tymi zabiegami niżej ściągnąć płodów nie mogłem. Wyczerpany z sił postanowiłem czekać na przyjazd jednego z kolegów.

Po przyjeździe kol. **JEDLIŃSKIEGO** (lekarz powiatu Miechowskiego) po raz drugi zachloroformowaliśmy chorą.

Przy badaniu bardzo utrudnionem wskutek silnego skurczu macicy kol. **JEDLIŃSKI** odniósł wrażenie, jakoby zrosnięcie było wyżej umieszczone. Próby

obniżenia płodów spęzły na niczem, pomimo że przy pociąganiach u najpierw sprowadzonego płodu oberwały się nóżki. Nareszcie po wielkich wysiłkach, korzystając z chwilowego zwolnienia macicy, udało się dojść palcem do miejsca zrośnięcia i po wprowadzeniu haka pod kontrolą palca oddzielić zrośnięcie z jednej strony. Po oddzieleniu zrośnięć z drugiej strony przy pociąganiach wytoczył się płód z 4 rączkami, z których 2 nadilościowe przyczepione były do lewego barku i zwrócone do grzbietowej powierzchni ciała; oprócz tego na lewym barku między grzebieniem łopatkowym a obojczykiem rzuciła się w oczy rana poszarpana (*vulnus lacerum*), owalna, wielkości dłoni. Ze względu na przedłużającą się narkozę chorej (1¹/₂ godziny), dokładniejsze obejrzenie odłożyliśmy na później, a przystąpiliśmy do wyjęcia resztek pierwszego płodu i łożyska, co nie przedstawiało już żadnych trudności. Przy wyjmowaniu łożyska natrafiło się jeszcze na ciało kuliste, odciętą główkę, którą hakiem trzeba było wydostawać. Po skończonej toalecie położniczej uświadomiliśmy sobie dopiero, z jak rzadkimi powikłaniami mieliśmy do czynienia.



Oba płody płci żeńskiej były dobrze rozwinięte i śmierć ich prawdopodobnie nastąpiła niedawno, podczas drgawek, gdyż objawów rozkładu na nich nie było; następnie zrośnięte były one brzuskami w okolicy pępka (*omphalopagi*) na niewielkiej przestrzeni; nareszcie na lewym barku u jednego z płodów widoczna była wyżej wspomniana rana, miejsce przyczepu dodatkowej główki z 2 rączkami (*acormus*); jak dodatkowa główka, tak i rączki zwrócone były w stronę grzbietowej powierzchni płodu i niewiele mniej były rozwinięte od prawidłowych.

Łożysko jedno, duże, z jednym sznurem. Po rozejrzeniu się na trupach przekonaaliśmy się, że hakiem odcięliśmy dodatkową główkę i że ona utrudnia-

ła nasze zabiegi. Ze względów rytualnych bliższe zbadanie trupów było zaniechane.

Co się tyczy położnicy, to pomimo tylu i tak ciężkich rękoczynów w tak rozpaczliwem pod względem aseptyki otoczeniu nie stwierdziliśmy po porodzie żadnych obrażeń, przebieg też pogoju oprócz jeszcze jednego napadu drgawek, który następnego dnia się zjawił, był prawidłowy. Chora w 2 tygodnie po porodzie wstała do swych zwykłych zajęć.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

185. A. LOEVY i F. RICHTER. **O własnościach chemicznych krwi.** Zmiany we krwi pod względem ilościowym zawartych w niej ciałek białek wpływają na zmianę alkaliczności krwi. Powyższe orzeczenie zostało poparte przez prace CANTANI'ego, DASTRE'a, LOEWIT'a i FODOR'a w ten sposób, że powiększenie ilości ciałek odbija się wyraźnie w odczynie krwi. Czy i hypoleukocytoza ma taki wpływ, trudno orzec. Trzebaby szukać wytworów powstałych wskutek wzmożonego rozpadu leukocytów. Wśród nich w pierwszym rzędzie stoi kwas moczowy. Należałoby tedy wykazać, że przy znacznym rozpadzie leukocytów ilość kwasu moczowego we krwi powiększa się. Zdaje się, że tak jest w istocie; przynajmniej KOSSEL wykazał, że przy białaczce (*leukaemia*) powiększa się we krwi ilość ciał ksantynowych, a JAKSCH i KLEMPERER spostrzegali przy zapaleniu płuc zmniejszenie ilości kwasu moczowego we krwi.

Wiadomo, że obecność albumozy we krwi znajduje się w pewnym związku z ilością leukocytów. Zadaniem przeto autorów było dowieść, że rozpad leukocytów wpływa na zjawianie się albumozy we krwi. W tym celu podjęli oni nanowo swe dawniejsze doświadczenia na królikach, którym wstrzykiwali pewne związki chemiczne, posiadające własność wywoływania hypo i hyperleukocytozy. Do tych należą pilokarpina, spermina i nukleina. Po wstrzyknięciu tych ciał we krwi zawsze można było wykazać obecność albumozy. Dowiedli oni zatem, że powiększenie ilości leukocytów powoduje zjawianie się w niej albumozy.

Dla przekonania się, czy rozpad leukocytów wpływa na zmianę składu chemicznego krwi, zwrócili oni uwagę na stosunek, zachodzący między ilością leukocytów i cukru we krwi. Od czasów CLAUDE-BERNARD'a wiadomo, że we krwi wypuszczonej z żyły cukier po jakimś czasie znika zupełnie. Później LÉPINE starał się dowieść, że we krwi znajduje się pewien zaczyn glikolityczny, pod wpływem którego cukier rozpada się, badania zaś ARTHUS'a, MINKOWSKIEGO i in. dowiodły, że mniemany zaczyn glikolityczny LÉPINE'a stanowi właściwość czerwonych i białych ciałek krwi. Wobec tego trzeba było przekonać się, czy zmienne ilości leukocytów we krwi mogą wpływać na jej własności glikolityczne.

Zapomocą zastrzykiwania wspomnianych wyżej ciał autorowie wywoływali leukocytozę. Następnie do upuszczonej krwi dodawali o znaczne ilości cukru. Naczynko ze krwią po dodaniu środków antyseptycznych umieszczano w termostacie na 24 godziny i oznaczano ilość pozostałą cukru. Okazało się, że taka krew posiada znacznie mniejsze własności glikolityczne, aniżeli prawidłowa bez względu na to, czy była ona brana w okresie hypo, czy hyperleukocytozy.

Autorowie sądzą, że praca ich posiada pewne znaczenie praktyczne. Może na tej drodze dałaby się objaśnić t. zw. *glycosuria alimentaria*. POLL zwrócił uwagę, że w przebiegu chorób gorączkowych, jak płonica, zapalenie płuc, róża, rozkład wę-

glowodanów odbywa się wolniej. Zjawisko to v. NOORDEN stara objaśnić pewnem upośledzeniem czynności wątroby, autorzy zaś robią następujące przypuszczenie. Wiemy, że przy hyperleukocytozie krew traci do pewnego stopnia swą własność glikolityczną, a zatem przy upośledzeniu czynności wątroby gromadzi się we krwi większa ilość cukru, następuje zatem hyperglykaemia, która daje początek cukromoczowi.

(Berl. klin. Wochschr. Nr. 47).

K. Zaleski.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 16 listopada r. b.

TREŚĆ. 1) NEUGEBAUER — Przedstawienie chorej z ciążą zewnątrzmaciczną. 2) Br. SAWICKI — Przedstawienie chorej po wycięciu mięśnia mostko-sutko-obojczykowego z powodu skrzywienia głowy. 3) OŁTUSZEWSKI — Piąty przyczynek do nauki o zбочeniach mowy ze szczególnem uwzględnieniem afonii spastycznej.

1) Kol. NEUGEBAUER przedstawił chorą 30-letnią; przed 6-ciu laty rodziła pomyślnie, przed $3\frac{1}{2}$ laty zaś nastąpiło poronienie wskutek kopnięcia w brzuch przez męża, który nie chciał mieć więcej dzieci. Od owego czasu chora ciągle niedomagala, miesiączki miała obfite i bolesne co dwa tygodnie, a obecnie jest od stycznia w ciąży, według kol. N. zewnątrzmaciczej. W lutym wystąpiła zapaść przy objawach krwotoku wewnętrznego, chora jednak poprawiła się i od września uczuwała ruchy płodu: odtąd ustaly one prawdopodobnie wskutek obumarcia tegoż, a pojawiły się wypływy krwawe z pochwy, bóle krzyża i uczucie ciężaru w brzuchu. Przy badaniu wykrywa się w brzuchu guz odpowiadający 9-mu miesiącowi ciąży, lecz położony ukośnie i naprawo od niego jakby dno próżnej macicy. Jeszcze w czerwcu kol. N., zalecając operację, przekonał się, że jama macicy 9 cm. długości była próżna. Obecnie płodu wyczuć nie można; natomiast jest *colostrum* w sutkach, sinica pochwy i rozpulchnienie błony śluzowej. Rozpoznanie brzmi: zatrzymanie obumarłego płodu od połowy września, rozstrzygnąć jednak nie można, czy jest to ciąża w rogu macicy dwurożnej, czy jajowodowa, czy też międzywiązadłowa.

2) Kol. Br. SAWICKI przedstawił dziewczynkę 11-letnią, u której dokonał wycięcia mięśnia mostko-sutko-obojczykowego według MIKULICZA z powodu znacznego wrodzonego skrzywienia głowy, która była mocno przyciągnięta do lewego ramienia, gdy ramię było wysoko uniesione. Twarz była wyraźnie asymetryczna. Wycięto mięsień wraz z pochwą, zostawiając tylko górny jego odcinek. Część mięśnia dolna była zwyrodniała bliznowata i zrosnięta z takąż powięzią; w połowie górnej między pęczkami mięśniowymi były i łącznotkankowe. Po wycięciu mięśnia przegięto głowę mocno na prawo (według rady LORENZA) tak, że prawe ucho dotknęło ramienia, poczem nałożono kołnierz gipsowy, który już po kilku dniach zdjęto. Wynik leczenia jest dobry pomimo znacznego skrzywienia bocznego kręgosłupa i pomimo, że nie stosowano żadnych zabiegów w celu jego usuunięcia.

3) Kol. OŁTUSZEWSKI wygłosił rzecz p. t. „Piąty przyczynek do nauki o zбочenieniach mowy ze szczególnem uwzględnieniem afonii spastycznej“, drukowaną w Nr. 47, 48 i 49 naszego pisma.

Prof. BRODOWSKI pyta, jakiego rodzaju są zniekształcenia czaszki spostrzegane przez kol. O., znaczna bowiem ich większość zależy od przedwczesnego skostnienia szwów i na czynność mózgu wpływu nie wywiera, a także pyta, co mówca uważa za wyleczenie jakania, gdy wiadomo, że cierpienie to często powraca.

Kol. OŁTUSZEWSKI odpowiada, że nie wdawał się w związek pomiędzy zniekształceniem czaszki a niedorozwojem psychicznym i niemotą, a tylko twierdzi, że prawie u wszystkich chorych psychicznie niedorozwiniętych te zniekształcenia (*plagiocephalia*) spostrzegał, gdy w przypadkach niemot pozakorowych nigdy ich nie bywa. Zniekształcenia czaszki nie zawsze są wynikiem wczesnego skostnienia zwów, powszechnie bowiem uznawany jest fakt, że mózg nieprawidłowy odciska czaszkę, a nie odwrotnie. Co do sprawy wyleczenia jąkania, to tylko nieliczne przypadki nie nadają się do wyleczenia, w większości zaś wada stanowczo ustępuje. Gdy trwa ono lat kilka, trzeba je uznać za trwałe. Powrotem są winni sami chorzy, nie chcący stosować się do wskazówek lekarza, wykonywający je niedbale, lub przerywający leczenie.

Prof. BRODOWSKI zaprzecza, by *plagiocephalia* powstawała podczas wzrostu mózgu w zależności od jego nieprawidłowej postaci; spotyka się o na tylko przy sprawach obszernych, jak przerost całej półkuli, lub dużej części mózgu, jak wodogłowie; zmiany zachodzące tu już się wyrównać nie dadzą.

Kol. OŁTUSZEWSKI odpowiada, że przypuszczenie jego znajduje potwierdzenie w wielu pracach innych autorów.

Posiedzenie z dnia 30 listopada.

TREŚĆ. 1) NEUGEBAUER — Przedstawienie preparatu ciąży zewnątrzmacicznej. 2) MIKŁASZEWSKI — Przedstawienie chorej z przepukliną lędźwiową. 3) KRAJEWSKI — Przedstawienie nowych przyrządów chirurgicznych. 4) KOZERSKI — Przedstawienie chorego z *xeroderma pigmentosum*. 5) HEIMAN — Przedstawienie dziecka po trepanacji wyrostka sutkowego. 6) Br. SAWICKI — Przedstawienie preparatów włókniaków macicy. 7) NEUGEBAUER — O ciałach obcych w macicy.

1) Kol. NEUGEBAUER przedstawił płód wydobyty przez laparotomię u chorej przedstawionej na posiedzeniu poprzednim. Rozpoznanie sprawdziło się, znaleziono bowiem ciążę międzywziądlową lewostronną z płodem 8 $\frac{1}{2}$ -miesięcznym, zatrzymanym przez 2 $\frac{1}{2}$ miesiąca po obumarciu. Po wyjęciu płodu i łożyska worek płodowy i jego powłoki częściowo wycięto i wszyto do rany brzusznej po przedrenowaniu gazą ku pochwie. Chora ma się dobrze.

2) Kol. MIKŁASZEWSKI przedstawił chorą przybyłą do szpitala Dz. Jezus z objawami rozedmy płuc. Przy badaniu zauważono na przedłużeniu lewej linii łopatkowej pod 12-em żebrem guz wielkości jaja indyczego, pokryty skórą prawidłową, powiększający się podczas wydechu, a zmniejszający przy wdechu. Twór ten przy wymacywaniu jest puszysty i czyni wrażenie trzeszczenia takie, jak przy ucisku płuca dotkniętego rozedmą; można go wtłoczyć wgłąb, poczem wyczuwa się brzegi mięśni, z poza których pojawia się on przy głębszym wydechu, kaszlu, i t. p. Przy opukiwaniu słychać wysoki odgłos bębnowy. Po wyłączeniu ropnia opadowego rozpoznano przepuklinę lędźwiową. Przypadek to rzadki, według bowiem GRASER'a spostrzegano dotąd zaledwie 40 podobnych przepuklin. Powstają one tu wskutek urazu, ropni, owrzodzeń, operacji i t. p. W okolicy tej istnieją dwie przestrzenie, gdzie dzięki układowi mięśni przepukliny mogą łatwo powstawać, mianowicie trójkąt, którego podstawą 12-te żebro, bokami — *m. sacrolumbalis* i *m. obl. abdom. int.*, pokryty przez *m. latiss. dorsi* i trójkąt PETIT'a, którego podstawą grzebień kości biodrowej, a bokami *m. obl. abdom. ext.* i *m. latiss. dorsi*. Chora przedstawiona ma przepuklinę w trójkącie podżebrowym, czego dotąd według SCHMIDT'a nie spostrzegano.

3) Kol. KRAJEWSKI okazał przyrząd RÉCLUS'a, służący przy opatrunkach złamań goleni i umożliwiający użycie kończyny niemal zaraz po złamaniu. Jestto pręt metalowy zgięty jak szpilka do włosów; na obu końcach umieszczono prostokątne mocne blaszki dziurkowane, dzięki czemu całość przypomina szczypce do węgla. Po złamaniu goleni nakłada się poniżej kolana rodzaj obręczy gipsowej, do której

przystosowuje się blaszki tak, aby przyrząd przebiegał równolegle do osi kończyny i wystawał na kilka centymetrów poniżej podeszwy. Po nałożeniu opatrunku unieruchamiającego chory może chodzić, ponieważ ciężar kończyny opiera się na blaszkach przymocowanych do obręczy gipsowej, ziemi zaś dotyka pręt, obejmujący stopę w postaci strzemienia. Nadto kol. K. okazał rękawiczki gumowe do używania przy operacjach nieczystych i także woreczki w postaci małych kondomów w celu nakładania na palce przy badaniu.

4) Kol. KOZERSKI przedstawił przypadek *xeroderma pigmentosa*. Cierpienie to opisane przez KAPOSI'ego przebiega, jak następuje. Przeważnie w pierwszym roku życia, w porze, gdy dziecko najbardziej wystawione bywa na działanie promieni słonecznych, występują na obnażonych częściach ciała, a więc na głowie, szyi, dolnych częściach kończyn czerwone, często wypukłe plamy. Podobno już od samego początku powierzchnia skóry jest tu szorstka i sucha. Pomiędzy 3-im i 4-ym rokiem życia przyłączają się objawy nowe. Na tychże miejscach występują w ilości stale wzrastającej brunatne złogi barwnika w rodzaju piegów, drobne, zanikowe, białe wysepki błyszczące, podobne do starych blizn, wręcz jaskrawo-czerwone drobne plamy i wypukłości; powierzchnia skóry łuszczy się, łącznice ulegają przekrwieniu i zjawia się światłowstręt. W szóstym roku życia, a czasami znacznie później, rozpoczyna się okres ostatni: tworzy się coraz więcej brodawek, zrazu gładkich, później bruzdowatych, owrzodzonych, krwawiących, z których szybko powstają nowotwory złośliwe, według jednych tylko raki, według innych i mięsaki. Przyczyną choroby ma być wrodzony brak odporności na działanie promieni słonecznych w powierzchownych warstwach skóry. Jestto według jednych przyczyną przekrwienia zapalnego w ciele brodawkowym skóry, co pociąga za sobą bujanie tkanki łącznej brodawek i śródbłonna naczyń z następczem zwyrodnieniem rakowatym gruczołów skóry i jej naskórka. Według innych wada tkwi pierwotnie w naskórku, a dopiero wtórnie występują zmiany w naczyniach i tkance łącznej. Choroba występuje często u kilku członków jednej rodziny. Chory przedstawiony, siedmioletni syn robotnika fabrycznego, przyjęty został przed dwoma tygodniami do oddziału kol. KRAJEWSKIEGO. Czworo starszego rodzeństwa jest zdrowe, z trojga młodszego średnie cierpi, o ile się zdaje, na tę samą chorobę lecz we wcześniejszym okresie. Sam chory urodził się ze skórą na oko zdrową. W pierwszym roku życia powrócił do domu po dłuższym pobycie na skwarne słońcu z opuchłą twarzą, rękami i nogami. Z biegiem czasu coraz liczniej występowały piegi, a od 3 lat zauważono na twarzy guzy. Stan obecny jest następujący. Twarz, szyja, kończyny górne do łokci i dolne do kolan pokryte są drobnymi, nieprawidłowemi, brunatnymi plamkami i drobnymi, zanikowemi białemi, błyszczącemi wysepkami, które na twarzy dochodzą do największych rozmiarów; na twarzy widać plamy i brodawki czerwone i dużo guzów w postaci mniejszych lub większych brodawek gładkich, zrazowatych i owrzodzonych. Z lewej strony szyi chlebocą powiększone gruczoły chłonne.

5) Kol. HEIMAN przedstawił dziewczynkę 5-letnią, która od 2-go roku chorowała na ropny wyciek z ucha prawego; w ostatnich czasach wzmógł się on znacznie, zjawily się bóle głowy prawostronne, wreszcie gorączka typu ropniczego z dreszczami. Otworzono wyrostek sutkowy, poczem wypłynęła łyżeczka gęstej, cuchnącej ropy; badanie zgłębnikiem wykazało obnażenie opony twardej, rozszerzono przeto ranę kostną ku tyłowi, górze i dołowi; opona na twarda była czarniawa i zgrubiała, część więc tę wycięto, przyczem wylało się z istoty mózgowej, mianowicie z tylnej części zrazu potylicowego około łyżeczki ropy takiej, jak poprzednia. Otwarto następnie zatokę poprzeczną w dwóch miejscach, lecz otrzymano krwawie-

nie obfite. Po nakłóciu istoty mózgowej igłą PRAVAZ'a w trzech miejscach ropy również nie otrzymano. Usunięto wreszcie części kostne, prowadzące z wyrostka sutkowego do *antrum mastoideum* i wypełniono ranę gazą jodoformową. Gorączka po operacji ustąpiła tylko na 2 dni, poczem powróciła w stopniu poprzednim. Gdy jednak chora czuła się dobrze, rana goiła się należycie, a w wywiadach okazało się, że chora pochodzi z okolicy błotnistej i siostry jej przechodziły taką samą gorączkę, mając uszy zdrowe, kol. H. przyszedł do wniosku, że były tu dwie sprawy niezależne — zimnica i ropień wewnątrz- oponowy. Chorą wysłano do Lublina, poczem przyszła zupełnie do zdrowia. Przypadek ten dowodzi, jak ostrożnie trzeba rozpoznawać ropnicę, a jednak, choć jej nie było, operacja niewątpliwie uratowała życie chorej.

6) Kol. Br. SAWICKI przedstawił znacznej wielkości włókniaki usunięte u chorej 56-letniej, która przed 4 laty zauważyła powiększenie brzucha, a od 2 lat doznawała trudności w oddawaniu moczu. Badanie wykrywało guz wypełniający całą jamę brzuszną, z powierzchnią gładką i niejednakową spistością. Część pochwowa macicy mała, ukryta poza spojeniem lonowem; macicy nie można było oddzielić od guza; pomiędzy odbytnicą a pochwą wyczuwało się guz twardawy, gładki, spłaszczony. Przy operacji okazało się, że były tu trzy duże nowotwory wypełniające prawie całą jamę brzuszną; dla kiszek pozostała niewielka przestrzeń od góry, od tyłu i część lewego dołu biodrowego. Największy włókniak sięgał aż do wątroby, zwężał się ku dołowi i łączył z dwoma innymi; z nich średni, zrazowaty zajmował prawy dół biodrowy i część jamy DOUGLAS'a, trzeci zaś, najmniejszy, zajmował część lewego dołu biodrowego i prawie całą jamę DOUGLAS'a, opuszczając się z niej na dół pomiędzy odbytnicą i pochwą. Guzy łączyły się z sobą przy tylnej i bocznych ścianach zanikłej macicy, którą usunięto wraz z jajnikami i trąbkami. Stan chorej jest pomyślny. Kol. S. przypuszcza, że włókniaki wytworzyły się z bocznych powierzchni macicy, lecz w następstwie oddzieliły się od niej, rozrastając się w tkance przymacicznej.

7) Kol. NEUGEBAUER wygłosił rzecz p. t.: „Przyczynek do nauki o ciałach obcych w macicy“, obejmujący kazuistykę 70 spostrzeżeń. Rzecz ta do streszczenia się nie nadaje.

Sprawozdanie z XII zjazdu międzynarodowego w Moskwie.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 51).

PINARD i VARNIER mówili o fotografowaniu i mierzeniu miednicy zapomocą promieni X.

Już w kwietniu 1896 r. mówcy wykazali, że przy pomocy promieni X można otrzymać dokładny obraz miednicy i kręgosłupa na trupach i że w ten sposób możliwe jest określenie miarowości lub niemiarowości miednicy. Wobec jednak tej okoliczności, iż dla dokonania odpowiedniego zdjęcia potrzeba 3 godzin czasu, zaniechano prób w tym kierunku na kobietach żyjących. W miarę postępu techniki, kiedy ilość czasu potrzebna do wykonania zdjęcia wynosi dwie minuty, doświadczenia na żywych stały się możliwe.

V. przedstawił zbiór z 15 zdjęć złożony, który dowodzi, że we wszystkich przypadkach otrzymać można dokładny obraz miednicy i jej połączeń z kręgosłu-

pem i udami. A zatem w przypadkach klinicznie wątpliwych zapomocą radiografii można określić, czy miednica jest miarowa lub nie, dalej można określić przyczynę i miejsce niemiarowości, istnienie lub brak zaniku zeszywnienia stawu krzyżo-biodrowego, rozpoznać istnienie kręgozmyku, a w końcu przekonać się o rozwinięciu się spojenia łonowego po cięciu łonowym.

Przy pomocy radiografii można określić ze ścisłością od 2—3 mm. wymiary następujące: 1) *dist. spin. post. sup.*; 2) szerokość kości krzyżowej; 3) odległość od *crista spinosa lumbo-sacralis* do *spina iliaca post. sup.*; 4) odległość pomiędzy środkiem wzgórka krzyżowego i spojenia krzyżo-biodrowego. Wszystkie te wymiary tak trudne do zbadania są ważne dla określenia niemiarowo skośnie ścieśnionej miednicy. Także można określić poprzeczny wymiar miednicy i nadto oznaczyć kształt łuku łonowego i określić wymiary poprzeczne wychodu miednicy.

W. FARR z Charkowa przedstawiał perforator drążący przez niego obmyślony.

ANTONIO S. CARBAJAL z Meksyku mówił o konieczności usuwania tylnego wstawienia ciemieniowego główki przy pomocy zabiegu ręcznego.

Zestawienie porównawcze metod operacyjnych w leczeniu raka macicy, a w szczególności pod względem zmniejszenia powrotów cierpienia.

GOUBAREFF przemawia w te słowa. Aczkolwiek na zasadzie statystyki wnioskować można, iż w przypadkach raka macicy odcięcie szyi macicy stanowi zabieg równoznaczny z całkowitem wycięciem macicy, jednakowoż przy ocenie jakiegokolwiek doszczętnego zabiegu chirurgicznego należy mieć na uwadze szczególnie układ naczyń chłonnych, które w razie szerzenia się nowotworu ulegają zwyrodnieniu. Na tej zasadzie trzeba przypisać wyłuszczeniu gruczołów chłonnych i usunięciu tkanki u podstawy więzadeł szerokich w przypadkach raka macicy to samo znaczenie, jakie ma usunięcie gruczołów pachowych przy raku sutki. Wyłuszczenie macicy przez pochwę żądaniu temu zadość nie czyni, nawet przy zastosowaniu cięcia pochwowo-kroczonego SCHUCHARDT'a.

Wyłuszczenie macicy przez cięcie brzuszne wykazałoby w wielu przypadkach nieskuteczność zabiegu, a mianowicie przy zajęciu gruczołów i naczyń chłonnych, których dotykem określić nie można było. Jedynie przy raku trzonu macicy można zaliczyć pochwowo wycięcie macicy do operacji doszczętnych, albowiem w tych przypadkach naczynia chłonne górnych części więzadła szerokiego dopiero późno ulegają zwyrodnieniu nowotworowemu. G. twierdzi, iż istnieje możliwość usunięcia większej części tkanki łącznej u podstawy więzadła szerokiego przy wycinaniu macicy przez cięcie brzuszne, jak tego dowodzą trzy przypadki, które G. operował. Aczkolwiek G. nie stawia obecnie żądania, by wszystkie przypadki raka macicy drogą cięcia brzuszego były operowane, twierdzi jednak, iż wycięcie całkowite macicy przez pochwę, jako operacja doszczętna, nie spełnia swego zadania. Operacją przyszłości pozostanie cięcie brzuszne, które, być może, zapewni przy raku macicy usunięcie doszczętne nowotworu tak, jak to ma miejsce przy raku sutki i innych narządów.

W rozprawach nad tym przedmiotem przyjęli udział: KUESTNER, OTT, OLSHAUSEN i FALK.

KUESTNER zaznacza tę ważną ze względu na zajęcie naczyń chłonnych okoliczność, że w wielu przypadkach raka macicy nowotwór rozwija się nie na części pochwowej macicy, lecz na wywiniętej błonie śluzowej szyi macicznej, są to więc raki szyjowe.

W początkowym okresie rozwoju raka macicy należy operować od pochwy, a w celu uniknięcia powrotu cierpienia przez zaszczepienie należy część macicy uległą zwyrodnieniu usunąć doszczętnie żegadłem. Wyłuszczenie macicy zapomo-

cą zęgałta nie może mieć przewagi nad dotychczasowymi metodami operowania. K. nie wątpi, że operując od strony brzucha metodą FREUND'a nie można przenieść do tkanki okołomaciczej. Operacja ta jednak jest o wiele niebezpieczniejsza niż wycięcie macicy od pochwy i dla tego tej ostatniej zastąpić nie będzie mogła.

OTT na zasadzie swej statystyki zaznacza pomyślne wyniki trwałego wyleczenia po pochwowym wycięciu macicy. O. twierdzi, że rak macicy stanowi cierpienie, które w wielu przypadkach przez całkowite wycięcie od strony pochwy usunąć się daje.

OLSHAUSEN zwraca uwagę, iż gruczołów chłonnych w więzadłach szerokich wyczuć niepodobna, aczkolwiek w górnej części więzadeł znajdować się mogą duże guziki rakowe.

Jaka z metod operacyjnych jest lepsza, zależy od tego, czy się operuje przy zajęciu gruczołów chłonnych, czy też nie. O. jest zwolennikiem operacji pochwowej i w ogólności nie operuje, gdy rak rozszerzył się poza granice macicy. W przypadkach daleko posuniętego raka macicy cięcie brzuszne zapewnia większe korzyści.

FALK zwraca uwagę na to, że trwałość wyników zabiegu operacyjnego przy raku macicy będzie o tyle pewniejsza, o ile się będzie operować we wcześniejszym okresie cierpienia. W tym celu dążyć należy do jaknajszerszego zastosowania drobnowidzu i badać nie tylko wyskrobiny z jamy macicy i kawałki z części pochwowej, lecz nawet ukleje szyi, które nierzadko ulegają zwyrodnieniu rakowatemu.

G. CLARKE (Cambridge). **O operacyjnem leczeniu mięśniaków macicy.**

C. zaleca wycięcie narządów przydatkowych tylko wówczas, gdy występują gwałtowne, groźne dla życia chorych krwotoki maciczne, lub też gdy mięśniaki podotrzewnowe macicy szybko rosną. W tych jednak przypadkach, w których śródścienny guz jest niewielki i znacznie ukrwiony, wystarcza przewiązanie tętnic macicznych. Gdy guz śródścienny rośnie ku zewnątrz, C. zaleca wyskrobanie błony śluzowej macicy, a szczególnie zaraz po miesiączce. Mięśniaki podśluzowce dają się zupełnie bezpiecznie wyłuszczyć od strony jamy macicy, mięśniaki zaś podsurowicze łatwiej wyłuszczyć po wykonaniu cięcia brzuszego. Gdy guz rozwija się w dolnym odcinku macicy, to można go wyłuszczyć od strony pochwy. Gdy mamy do czynienia z mięśniakiem śródściennym rozlanym, najlepiej jest wykonać amputację nadpochwową albo całkowite wycięcie narządu sposobem pochwowo-brzusznym.

W rozprawach nad tym przedmiotem OTT przemawiał za doszczętnem wyłuszczeniem macicy, SNEGNIREW za operacją DOYEN'a, OLSHAUSEN i LA TORRE za ograniczeniem zabiegów operacyjnych w leczeniu mięśniaków macicy, DUEHRSEN zaś przeciwnie za rozszerzeniem wskazań do operacji doszczętniej mięśniaków.

SNEGUIREFF mówił o stosowaniu pary w celach leczniczych.

Mówca już od wielu lat stosował parę w celu leczenia krwotoków macicy. Po jednogodzinowym zastosowaniu pary na wewnętrzną powierzchnię macicy błona śluzowa staje się biała i wilgotna, krwotoki wstrzymują się doraźnie, odpływ się zmniejsza i traci swój przykry zapach. Silniejszego bólu przytem nie spostrzegano. Przy cierpieniach narządów przydatkowych macicy pary stosować nie należy. Po 4-ch dniach można powtórzyć zabieg ten, który nie wywołuje złych następstw ani pod względem miesiączkowania, ani późniejszego zajścia w ciążę. Przy dłuższem użyciu pary nad 1 minutę można spowodować zniszczenie błony śluzowej macicy. Tylko w przypadkach długotrwałych krwotoków w okresie lat przekwitowych S. stosuje parę dłużej, gdy wielokrotne skrobania błony śluzowej pozostały bez skutku.

Doświadczenia wykazują, że przy pomocy pary można doraźnie wstrzymać krwotok nawet z przeciętej tętnicy biodrowej, krwotok z zatok mózgowych i t. p. Przez działanie pary na otrzewną powstają zrosty i dla tego możnaby było posilkować się parą w celu ustalenia narządów. Na zasadzie swych doświadczeń i klinicznych spostrzeżeń S. uważa parę za dzielny środek krew tamujący.

GOUBAREFF demonstrował sposób stosowania pary. Po rozszerzeniu szyi macicy w uśpieniu chloroformowem wprowadza się do jamy macicy cewnik, zaopatrzony otworem na końcu i łączy z kociołkiem parowym zapomocą rury metalowej. Ciepłota pary wynosi około 100°. Działanie pary trwa 1 do 1½ minuty.

NOLTSCHIN. Przyczynek do wtórnego cięcia brzuszego.

Po cięciu brzuszem dokonaniem w celu usunięcia guzów jajnikowych, wyluszczenia przydatków macicy, całkowitego wycięcia macicy przy mięśniakach tego narządu i po operacji ciąży zewnątrzmacicznej może się rozwinąć: 1) zamknięcie światła jelita, 2) krwotok wewnętrzny, 3) zagięcie lub ujęcie w przewiązkę moczowodów, 4) zapalenie rozlane otrzewny.

We wszystkich tych przypadkach wtórne cięcie brzuszne jest jedynym środkiem dla usunięcia grożącego niebezpieczeństwa. Od czasu istnienia cięcia brzuszego powikłania te spostrzegane były, a pomimo to brak jest dotąd określonych wskazań dla tego zabiegu chirurgicznego. W moskiewskiej klinice ginekologicznej w ciągu lat 6 z 654 przypadków cięcia brzuszego wykonano w 15 przypadkach wtórne cięcie brzuszne, a z tych w 10 wskazanie do tego zabiegu stanowiło zamknięcie światła jelit.

Z powodu trudności w różniczkowym rozpoznaniu pomiędzy porażeniem jelit, zamknięciem światła i zapaleniem otrzewny jest niezmiernie trudno wskazać objawy, które operację czynią konieczną. Niektórzy autorzy kładą nacisk na wymioty kałowe. Objaw ten jednak występuje zbyt późno, by operacja mogła dać jeszcze wynik pomyślny. Inni wskazują bębnicę, przy której okolica dołka sercowego jest wzdęta, a dolna okolica brzucha nad spojeniem łonowem wciągnięta. HIRSCH uważa za objaw ważny obecność indykanu. Zabieg w klinice moskiewskiej dokonywa się w ten sposób, że po ukończeniu operacji i wypłókanu jamy brzusznej rozczynek soli kuchennej wprowadza się pasek gazy jodoformowej.

Z wprowadzeniem aseptyki liczba przypadków zamknięcia światła kiszek nie zmniejszyła się.

Wynik operacji jest zależny wyłącznie od stanu sił chorej. Dlatego też osłabienie, zapaść i niedowład kiszek winny stanowić przeciwwskazanie dla operacji. We wszystkich innych przypadkach wtórne cięcie brzuszne jest wskazane. Śmiertelność w tych przypadkach wynosi 38,5%. Wskazanie do wtórnego cięcia brzuszego stanowią także: oznaki krwotoku wewnętrznego i przewiązanie moczowodów; w przypadkach rozlanego zapalenia otrzewny ścisłych wskazań do zabiegu chirurgicznego postawić nie można.

W celach zapobiegawczych należy mieć na uwadze, by: 1) przed operacją stosownie do zalecenia FRITSCH'a unikać zbyt częstego podawania środków czyszczących, albowiem przez to osłabia się układ mięśniowy jelit, 2) podczas operacji unikać jakiegokolwiek bądź chemicznego lub mechanicznego podrażnienia otrzewny.

DOYEN. O cięciu pochwowem i całkowitem wycięciu macicy.

DOYEN gani tych operatorów, którzy zalecają stale cięcie pochwo-
we przy torbielach jajnikowych. Usunięcie torbieli przez pochwę daje się wykonać bez trudności, gdy torbiele jednokomorowe zawierają dużą ilość płynu i są wolne od zrostów; przy obszernych zrostach metoda ta nie jest wykonalna.

Jeszcze niebezpieczniej jest wykonywać stale w tych przypadkach cięcie pochwo-
we przez sklepienie pochwy przednie. D. przekłada cięcie pochwo-
we tylne, które umożliwia sączkowanie i pozwala jednocześnie omacać tylną powierzchnię macicy
i przydatki. Przy dostatecznie szerokiej pochwie można, operując w ten sposób,
lepiej ułatwić sobie w wielu przypadkach dostęp do chorobowo zmienionych
narządów przydatkowych, aniżeli przy cięciu brzusz-
nym szczególnie u osób oty-
łych. Dlatego przy wycinaniu narządów przydatkowych macicy po jednej stronie
D. zaleca z wyboru cięcie pochwo-
we tylne, a nie cięcie brzuszne.

Ropnie i guzy więzadła szerokiego, których wielkość nie przekracza głowy
dziecka, mogą być także operowane przez sklepienie tylne. Przedewszystkiem je-
dnak cięcie to stosować należy przy mniejszych guzach narządów przydatkowych,
usadowionych w jamie DOUGLAS'a. Dla powstrzymania krwawienia posiłkuje się
D. szwem lub kleszczykami. Te ostatnie wogóle należy ograniczyć do tych przypad-
ków, w których nałożenie szwu jest trudne; w każdym bądź razie dobrze nałożo-
ne kleszczyki działają lepiej, aniżeli źle nałożone przewiązki.

Przystępując do operacji całkowitego wycięcia macicy od pochwy, należy
chorą ułożyć w ten sposób, by kończyny dolne były wyciągnięte i zgięte tylko
w stawach biodrowych pod kątem 45° w kierunku odsiebnym, albowiem wówczas
pochwa przyjmuje kierunek poziomy. Po otwarciu jamy DOUGLAS'a D. wprowadza
wskaziciel do jamy brzusznej i bada stan przydatków macicy. Następnie po otwar-
ciu przedniego sklepienia pochwy i możliwie wysokiem odluszczeniu pęcherza
moczowego od szyi macicznej D. przecina przednią ścianę macicy w linii środko-
wej, otwiera fałdę pęcherzowo-maciczną, wytacza macicę do przodu, ochraniając
przy pomocy rozszerzacza pęcherz moczowy. Na więzadła szerokie z obu stron
nakłada mocne i duże kleszczyki, a nadto w celu ochrony drugie — wąskie. Krwa-
wienie w czasie operacji zwykle bywa niewielkie. Nałożenie przewiązek lub kle-
szczyków D. czyni zależnem od stanu więzadła szerokiego. Gdy więzadła szerokie
są łatwo ściągalne, D. posiłkuje się przewiązkami. Gdy macica jest duża i ustalona,
D. ułatwia sobie jej wyłuszczenie przez cięcie przedniej ściany macicy w kształcie
liter Y lub V. W sprawie wyłuszczenia mięśniaków przez pochwę D. jest zdania,
że mięśniak, który się mieści w jamie miednicy zawsze może być usunięty drogą
pochwową, a zwłaszcza przez rozkawalenie guza.

Przy wypadnięciu macicy D. dla uniknięcia obrażenia pęcherza rozpoczyna
operację od przecięcia tylnej ściany macicy i kończy odluszczeniem pęcherza
moczowego.

Całkowite wycięcie macicy przez cięcie brzucha D. wykonywa obecnie pra-
wie tak samo, jak dawniej; zmiany dotyczą tylko szczegółów operacji. Główną za-
sadę przy tej operacji stanowi, iż D. wyrzeka się wszelkiego ochronnego powstrzy-
mania krwawienia z jednej strony, z drugiej zaś, iż wycina szeroki płat otrzewno-
wy, by umożliwić zamknięcie jamy brzusznej i zewnątrzotrzewnowe traktowanie
kikutów. D. stosuje tę operację przy wszelkich mięśniakach macicy, przy wielkich
mięsakach lub rakach macicy, jak również przy cierpieniach przydatków, przy
których operacja od strony pochwy jest niemożliwa, a wyłuszczenie macicy jest ko-
niecznie potrzebne.

Gdy więzadła szerokie nie są zbyt krótkie i nie przeszkadzają wydoby-
ciu macicy nazewnątrz, D. nie przecina górnych części więzadeł szerokiech, ani też nie za-
kłada kleszczyków lub przewiązek dla uniknięcia krwawienia. D. wydobywa maci-
cę z jamy brzusznej i układa ją nad spojeniem łonowem, przez co przerywa przy-
ływ krwi tętniczej wskutek wyciągnięcia tętnic macicznych i w ten sposób wyłu-
szcza cały guz w sposób prawie niekrwawy.

Śmiertelność po pochwowem wyluszczeniu macicy wynosi przy raku macicy 7—8%, przy mięsakach 4—6%, po obustronnem wycięciu przydatków macicy 2—3%, po wycięciu macicy przez cięcie brzuszne mniej niż 5%.

MARTIN stosował cięcie pochwowe tylne już w roku 1879, obecnie stosuje je rzadko. W leczeniu mięśniaków M. jest zwolennikiem wczesnego operowania ze względu na wyniki operacyjne. Od pochwy operuje tylko wtedy, gdy guz nie jest zbyt wielki, nie jest twardy i jest wolny od zrostów. Możliwość operowania bez ochronnego przewiązania naczyń zależy w zupełności od rozwoju mięśniaka. Operowanie szematyczne może dać fatalne wyniki. M. sam operował w ten sposób, lecz uznaje, iż przypadki, w których można ochronną hemostazę pominąć, zdarzają się rzadko. Przy zrostach na szerokiej przestrzeni obejść się bez przewiązek niepodobna.

SONNTAG (Freiburg). O spoistości i sprężystości macicy podczas ciąży, porodu i pogoju.

Rozpulchnienie ścian macicy podczas ciąży dotyczy przedewszystkiem trzonu macicy, a nie szyi; gdy się ugniata ściany macicy lub przyciska macicę do spojenia łonowego, ma się wówczas takie uczucie, jak gdyby się miało do czynienia z tkaną uległą obrzękowi. Znaczna sprężystość jaja płodowego ma także przy badaniu pewne znaczenie. Dla tego też przy obmacywaniu dwuręcznem macicy palce ponad wewnętrznem ujściem macicy prawie sprowadzić do siebie można (objaw HEGAR'a), gdy szyja przeciwnie przedstawia się jako twardy walec. W pierwszym okresie ciąży objaw ten jest zupełnie pewny, lecz nie tylko dolny odcinek trzonu macicy, ale i cały trzon wykazuje swoistą ściślıwość ścian do tego stopnia, że przednia ściana macicy daje się ująć w fałdę. Także ściślıwość tkanek macicy w okolicy ujścia jajowodów jest niezmiernie charakterystyczna (LANDAU). W późniejszych okresach ciąży uwydatnia się także rozpulchnienie szyi, które występuje z początku w górnej części szyi, później w dolnej. To powoli występujące rozpulchnienie szyi jest oznaką zbliżającego się rozwiązania. Na zasadzie też wiotkości ścian łatwo jest określić, czy jajo płodowe znajduje się jeszcze w jamie macicy czy też już w szyi, czy wody odeszły i t. p. W okresie połogowym także wydatna jest ściślıwość dolnego odcinka macicy, a szyja macicy utrzymuje tę cechę do 2—3 tygodni po porodzie.

SCHMELZ (Nizza). O sączkowaniu macicy zapomocą katgutów.

SCHMELZ opisuje swój sposób sączkowania jamy macicy. Sposób ten polega na wprowadzeniu do macicy knota, który się składa z nici katgutowych wyjałowionych, okręconych koło nitek silkwormu, również wyjałowionego. S. zaleca sączkowanie macicy przy zapaleniu połogowem błony śluzowej, przy przewlekłem nieżytości i ropnem zapaleniu jajowodów, przy przodo- i tyłopochyleniu macicy, przy braku miesiączkowania, przy bolesnem miesiączkowaniu i zwężeniu szyi macicy. Sączkowanie jest przeciwwskazane we wszelkich ostrych sprawach zapalnych w jamie miednicy.

SCHMELZ (Nizza). O przyczynach i pochodzeniu raka.

S. znajdował w rakach prostaty, jądra, języka, warg, a szczególnie sutki pasorzyty, które, jak się zdaje, są identyczne z opisanymi przez FOA i SUDAKIEWICZA. Pasorzyty te mają kształt pęcherzy o konturach prawidłowych i barwią się silnie hematoksyliną. W dalszym swym rozwoju przyjmują one postać kokardy i dzielą się na dwie części, które w dalszym ciągu ulegają dzieleniu. W przeciwstawieniu do komórek tkankowych pasorzyty te nie posiadają chromatyny, a dla tego SCHMELZ zalicza je do rzędu pierwotniaków. Pasorzyty te S. uważa jako swoiste dla raka i tworzy następującą hipotezę. Pasorzyty rakowe rozwijają się w ko-

mórkach i tworzą w nich zarodniki. Zarodniki te w dalszym swym rozwoju zakażają sąsiednie komórki, te zaś ulegają zwyrodnieniu i obumierają. Naczynia krwionośne i chłonne przenoszą wszędzie te pasorzyty i w ten sposób powstają przerzuty rakowe.

MURDOCH CAMERON (Glasgow). **O stosunkach jakie zachodzą pomiędzy położeniem płodu a ścianami macicy i usadowieniem łożyska.**

Na zasadzie swych spostrzeżeń przy cięciu cesarskiem C. przekonał się, że położenie płodu zależne jest od umiejscowienia łożyska; gdy np. łożysko usadowione jest na tylnej ścianie macicy z prawej strony, wtedy grzbiet płodu znajduje się z lewej strony i od przodu. Podczas skurczów macicy grzbiet płodu zostaje odsunięty do jej ściany bez żadnych zaburzeń w krążeniu krwi łożyskowym. Położenie poprzeczne wytwarza się w ten sposób, iż wskutek usadowienia łożyska zmienia się kształt macicy, płód układa się w najdłuższym wymiarze macicy, który wtedy jest poprzecznym.

G. APOSTOLI. **O stosowaniu prądu zwrotnego (*courant ondulatoire*) w leczeniu chorób kobiecych.**

APOSTOLI stosował prąd ten przy pomocy przyrządu ARSONVAL'a u 108 chorych, dotkniętych cierpieniami kobiecymi. Siła prądu wynosiła zwykle 15—25 MA rzadko bardzo 50 MA. Posiedzenie odbywało się codziennie lub co drugi dzień i trwało 5 minut, przyczem elektrod owinięty wata wprowadzano do pochwy, szyi, lub też jamy macicy.

Wyniki stosowania tego prądu są następujące. 1) Prąd ten sprzyja wessaniu wysięków okołomaciczych i oddzielaniu się zrostów. 2) Na zanik mięśniaków nie wpływa. 3) Usuwa bóle w przerwach między miesiączkami i wpływa na usunięcie miesiączkowania bolesnego. 4) Przy krwotokach z macicy nie działa, przy stosowaniu wewnątrzmacicznym wywołuje nawet krwawienie. 5) Przy upławach białych stosowanie wewnątrzszyjowe prądu działa często dodatnio. 6) Przy braku miesiączkowania użycie bieguna ujemnego zwykle działa słabiej, aniżeli zastosowanie tegoż bieguna prądu stałego. 7) Przy zaparciu stolca stosowanie wewnątrzszyjowe prądu działa dodatnio.

JONNESCO (Bukareszt) mówił o doszczętnem trzebieniu brzuszmem (*coelio-hysterosalpingo-oophorektomia*) przy cierpieniach posocznicowych macicy i jej przydatków.

J. zastosował ten zabieg od strony brzucha z bardzo dobrym wynikiem w 14 przypadkach, z tych w 12 z powodu obustronnego ropnego zapalenia i w 2 z powodu gruźliczego zapalenia narządów przydatkowych macicy. Dodatnie strony tego zabiegu są następujące: 1) błędy rozpoznawcze co do obustronności cierpienia przy tym zabiegu są niemożliwe; 2) sam zabieg jest łatwo wykonalny; 3) daje możliwość zupełnego usunięcia chorych narządów i zapewnia trwałość wyleczenia; 4) w porównaniu z wycięciem macicy przez pochwę zabieg ten chroni od powikłań, jako to: krwotoki następne, obrażenia pęcherza, moczowodów i jelit; 5) dzięki aseptyce zabieg ten jest również bezpieczny, jak operacja pochwową.

Co się tyczy samego rękoczynu, wykonywa się go w sposób następujący: chorą układa się w położeniu TRENDLENBURG'a, ażeby po usunięciu zrostów można było oddzielnie przewiązać tętnicę nasienną i więzadło obłe; następnie przecina się fałdę pęcherzowo-maciczną po uniesieniu do góry macicy zapomocą kleszczyków haczykowatych, odłuszcza pęcherz moczowy od macicy, otwiera przednie sklepienie pochwy, wytacza przez nie szyję maciczną do przodu, przewiązuje oddzielnie tętnicę maciczną, a w końcu po przecięciu sklepień bocznych i otworzeniu tylnego wyłuszcza zupełnie szyję maciczną. Powyżej nałożonych przewiązek nakłada się szew surowiczo-surowiczy na błonę otrzewną i zamyka pochwę od góry, o ile założenie

sączka jest zbyt cenna; w przeciwnym razie łączy się szwem błonę śluzową pochwy z otrzewną i sączykuje gazą jodoformową.

G. DURANTE. Przyczynę do nauki o zaśniadzie groniastym.

W klinice PORAK'a mówca badał dwa rodzaje zaśniadu groniastego, które różniły się swoją budową histologiczną. W przypadkach tych badanie drobnowidzowe jest ważne z tego względu, iż pozwala wyróżnić postacie zaśniadu łagodnego, w którym zlepek (*syncythium*) ulega przemianom wstecznej, od postaci złośliwych, w których na kosmkach spostrzega się nietypowe bujanie zlepu.

D. przyjmuje zlepek za nabłonek płodowy, a zaśniad za przerost tegoż nabłonka płodowego, czyli za gruczolak łżyska. W przypadkach zaśniadu złośliwego warstwa zlepu, otaczającego kosmki, była zgrubiała, przedstawiała nietypowe wybujalności i tworzyła szypułkowate wypustki, z których niektóre były tak duże, iż dały się gołym okiem rozróżnić. Wypustki te składają się z masy bezkształtnej, w której nie można wykryć ani granic komórek, ani ich otoczki i w pierwszym okresie swego rozwoju przedstawiają nacieczenie śluzowe.

W zaśniadach łagodnych posiadają kosmki bardzo cienką warstwę zlepną, która rzadko tworzy małe wypustki. Pomiedzy tymi głównymi typami zaśniadu spotyka się postacie przejściowe. Tak więc charakterystyczne jest dla łagodnych postaci zaśniadu, że zlepek ulega zanikowi, gdy przy zaśniadzie złośliwym tworzy wybujalności.

EVERKE. O drążących pęknięciach pochwy podczas porodu.

EVERKE spostrzegał 4 przypadki tego rodzaju, z których 3 już dawniej opisał ostatni przypadek dotyczy II-ródki ze ścieśnioną miednicą. Płód obumarł i znajdował się w jamie brzusznej. Po wydobyciu płodu położnica wkrótce zmarła. Przy oględzinach pośmiertnych okazało się, iż macica nie była uszkodzona, pochwa zaś rozerwana na wielkiej przestrzeni.

Jako przyczynę tych pęknięć E. uważa ucisk główką płodu ściany pochwy przy miednicy ścieśnionej. Leczenie powinno polegać na rozwiązaniu natychmiastowym. Gdy płód znajduje się w jamie brzusznej, najstosowniejsze jest cięcie zuszne, aczkolwiek często udaje się rozwiązać rodzącą drogą naturalną. Pęknięcia pochwy łatwiej jest zamknąć szwem, operując od pochwy, niż przez cięcie brzuszne. W razie wypadnięcia jelit należy je odprowadzić do jamy brzusznej aż powyżej wzgórka krzyżowego, a jednocześnie macicę zepchnąć ku dołowi.

NEDORODOFF (Moskwa). O leczeniu elektrycznością ciąży zewnątrzmacicznej i jej następstw.

Ciąża zewnątrzmaciczna leczy się w sposób dwojaki: zapomocą cięcia brzuszego i elektryzacji. N. przemawia gorąco za leczeniem elektrycznością i dowodzi, iż aczkolwiek wymaga ono wiele czasu i trudu ze strony lekarza, daje jednak zupełne wyleczenie. Leczenie operacyjne winno być bardzo ograniczone. N. leczył elektrycznością 8 przypadków i we wszystkich nastąpiło wyzdrowienie.

N. wypowiada wnioski następujące. 1) Cięża zewnątrzmaciczna w pierwszych miesiącach winna być leczona elektrycznością; jako kres dla leczenia tego N. uważa połowę 4-go miesiąca. 2) Przy krwisteku pozamacicznym przy ciąży 3-miesięcznej właściwe jest jedynie leczenie elektrycznością, które winno być stosowane nawet w zadawnionych przypadkach krwisteków pozamacicznych. 3) Pozostałe przypadki winny być leczone na drodze chirurgicznej.

CHOŁMOGOROFF (Moskwa). O wtórnej plastyce krocza.

C. streszcza swe przemówienie w postaci wniosków następujących. 1) Gdy pęknięte krocze nie zostało zaszyte w pierwszych godzinach po porodzie, nie należy czekać z nałożeniem szwów aż do końca okresu połogowego. 2) Gdy po nałożeniu szwów krocze się nie zrasta, nałożyć należy szwy powtórnie, nie zwlekając aż

do zabliznienia rany. 3) W takim razie należy ziarninę zeszkrobać ostrą łyżeczką; zabieg ten nie przedstawia żadnych niebezpieczeństw. 4) Krocza zeszyte po pęknięciu w ciągu pierwszych 2—20 dni zrastają się doskonale.

JAKUB (Moskwa). **O wpływie ostrych chorób zakaźnych na przebieg ciąży, porodu i pójogu.**

Ciąża nie zabezpiecza od cierpień zakaźnych. Przebieg ich jest taki sam, jak w stanie prawidłowym, a rokowanie niezależne od ciąży. Przeciwnie, niebezpieczeństwo dla dziecka jest nieznaczne i zależy z jednej strony od wysokości ciepłoty ciała matki, z drugiej zaś od możliwości przejścia istot zakażających do ustroju płodu. Szczególniej wielkie niebezpieczeństwo grozi życiu płodu przy gorącej powrotnej. W leczeniu przedewszystkiem starać się należy o zmniejszenie ciepłoty ciała. Przy tyfusie brzuszny następuje zwykle w drugim tygodniu poronienie, czemu zaradzić niema sposobu.

O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za m. listopad r. b.

Pozostało z ubiegłego miesiąca chorych 89 (m. 41, k. 48); przybyło w listopadzie 110 (m. 65, k. 45); wypisało się 98 (m. 53, k. 45); zmarło 16 (m. 9, k. 7); pozostało na następny miesiąc chorych 85 (m. 44, k. 41).

Ogólna liczba chorych była nieco mniejsza niż w ubiegłym miesiącu z powodu mniejszej nieco liczby chorych na ospę, różę i tyfus brzuszny. Częściej natomiast występowały płonica i odra w postaci dosyć ciężkiej. Ostatnia bardzo często powikłana była zapaleniem ucha średniego.

Bardzo ciężkim przebiegiem odznaczała się ospa, której mieliśmy przypadków 22 (m. 13, k. 9), przeważnie u dorosłych, nieszczepionych. Śmiercią zakończyło się 7 przypadków (m. 4, k. 3) u chorych nieszczepionych, z których 2 miały charakter ospy krwotocznej. Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów Dziekania 4, Brzozowa 45 i 2, Franciszkańska (2 przypadki), Czerniakowska 16, Stare Miasto 10, Miodowa 12, Rybaki 8, Wolska 40, Nowo-Senatorska 6, Niska 61, Brzeska 2, Krochmalna 6, Dobra 9, Grzybowska 68, Kościelna 12, Solec 51 oraz wsie: Targówek, Brudno, Marki i Pasoki.

Najliczniejszą rubrykę w ubiegłym miesiącu stanowiła odra, której było przypadków 26 (m. 15, k. 11), przeważnie u starszych dzieci, z których połowa prawie pochodziła z domu wychowawczego przy szpitalu Dz. Jezus. Przebieg był niezbyt ciężki, choć często bardzo powikłany sprawami usznymi. Chorzy pochodzili z ulic i domów: Szpital Dz. Jezus (10 przypadków), Dzika 13, Czerniakowska, Krochmalna 50 i 75, Wolska 24, Hoża 20, Nowy Świat 67, Chłodna 11 i 7, Górczewska 87, Pawia 22 i 52, Marszałkowska 21, Chmielna 106, Leszno 26 i Włodzimierska 14.

Mniej niż w październiku mieliśmy różę, której zanotowaliśmy przypadków 16 (m. 10, k. 6) w wielu razach powikłanych zapaleniem tkanki łącznej podskórnej. Chorzy pochodzili z ulic: Widok 16, Wolska 40, Nowolipie 53, Karmelicka 24, Żelazna 59, Bednarska, Marszałkowska 124 i 122, Czerniakowska 21, Piękna 8, Krochmalna 43, Litewska 7, i 2 chorych z Brześcia i Otwocka.

Tyfus brzuszny w dalszym ciągu występuje dosyć licznie, choć rzadziej nieco niż w miesiącu ubiegłym. Przybyło przypadków 12 (m. 8, k. 4) z różnych punktów miasta. Śmiercią zakończył się jeden przypadek. Chorzy przybyli z ulic: Orla 4, Grzybowska 49, Gęsia 46, Wolska 9, 12 i 47, Olszowa 8, Chłodna 55, Solec 93, Prosta 38, Żytnia 25.

Pocieszające jest, iż tyfus wysypkowy wcale się nie pokazywał. Dwa zanotowane przypadki (Twarda 36 i Żelazna Brama 2) zawleczone zostały do Warszawy z prowincyi.

Dwa razy za to więcej niż w październiku mieliśmy płońcy, bo przypadków 11 (m. 7, k. 4) przeważnie u większych dzieci z przebiegiem dosyć ciężkim. Dwa przypadki zakończyły się śmiercią u chorych dorosłych. Chorzy przybyli z ulic: Miodowa 3, Nowo-Senatorska 10, Szpital Dz. Jezus (2 przypadki), Nowy Świat 6, Piękna 31, Wolska 4, Zielna 29, Grzybowska 57, Krzywe Kolo 12, Ciepła 6.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: 7 przypadków zapalenia gardła, 2 biegunki krwawej i po jednym gruźlicy płuc i karbunkułu (Wola).

Z niewłaściwie do nas skierowanych chorych mieliśmy po jednym przypadku: rozedmy płuc, zapalenia nerek, padaczki, pokrzywki, wstrząśnienia mózgu i uwiązdu starczego.

Biletów odmownych chorym nie kwalifikującym się do szpitala Zapasowego wydano 15 (m. 7, k. 8).

Rewakcynacyi w miesiącu ubiegłym dokonano 59 (m. 31, k. 28).

J. Szwaјcer.

Wiadomości bieżące.

— Koledzy: Maksymilian BERNSTEIN, Michał JANUSZKIEWICZ, oraz Karol ZALESKI powiększyli grono współwłaścicieli naszego pisma.

— Od dnia 13 stycznia r. p. we wszystkich szpitalach warszawskich obowiązkowo ordynatorzy muszą przy przepisywaniu lekarstw oznaczać dawki według systemu dziesiętnego.

— Czasopismo „Zdrowie“ ma być od stycznia r. p. znacznie powiększone co do swej objętości bez zmiany ceny prenumeracyjnej. Wydawcą zostaje kol. SZUMLAŃSKI.

— A. KAYSERLING, zaznaczając wielką doniosłość postanowienia wydziału fizyko-matematycznego w Heidelbergu w sprawie ubezpieczania obowiązkowego wszystkich studentów pracujących wchemicznych i fizycznych pracowniach od mogących przy tych zajęciach wyniknąć wypadkach, zupełnie słusznie twierdzi, że i studentom medykom należy się podobne ubezpieczenie.

— Według danych przedstawionych przez prof. NEUMANN'a Tow. lekarskiemu wiedeńskiemu przypada w Bośni i Hercegowinie jeden trędowaty na 11614 mieszkańców, co jest 5 razy mniej niż w Norwegii a 30 razy mniej, niż na Islandyi. Pod względem wyznania przypada najwięcej trędowatych na mahome-

tan, mniej na prawosławnych, a jeszcze mniej na katolików. Między 7000 żydów w Bośni niema ani jednego trędowatego, co tem bardziej zasługuje na uwagę, iż żydzi bośniaccy pochodzą prawie wyłącznie z Hiszpanii i że w Konstantynopolu trąd występuje najczęściej właśnie u żydów, którzy tam przybyli również z Hiszpanii. Co do czasu, w którym pojawił się trąd po raz pierwszy na półwyspie Bałkańskim, sądzi NEUMANN, że stało się to jeszcze za czasów cesarstwa rzymskiego, za panowania Augusta i Tyberjusza i to za pośrednictwem legionów przybyłych z Egiptu, Hiszpanii i Azji Mniejszej. Tym sposobem Bośnia i Hercegowina stanowiłyby jedno z najdawniejszych ognisk trądu w Europie. Co do wieku trędowatych, nie widziano chorych poniżej sześciu i powyżej siedmiu lat; najwięcej występuje trąd między 16 a 30 rokiem życia. Co do stanowiska społecznego, najczęściej pojawia się trąd wśród ludności ubogiej, żyjącej w niepomyślnych stosunkach higienicznych, a zatem przeważnie u wieśniaków, służby, robotników i pastuchów. Trąd pojawia się najwięcej na granicy serbskiej i czarnogórskiej, niema go zaś prawie całkiem na granicy Kroackiej i Dalmackiej.

Od Administracyi.

Uprasza się Sz. abonentów o wczesne nadsyłanie prenumeraty na rok 1898 i o wniesienie zaległej.



Rok XXXIII-ci.

M E D Y C Y N A

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW,

będące dalszym ciągiem „Kliniki“, w r. 1866-ym założonej, a pod nazwą „Medycyny“ od r. 1873-go wychodzące, wydawane i redagowane przez gremium lekarzy w Warszawie, na prowincyi i za granicą mieszkających, wychodzić będzie w r. 1898 w tym samym zakresie i kierunku.

„Medycyna“, nie zaniedbując tego wszystkiego, co naukowego lekarza obchodzić może, ma przede wszystkim na celu potrzeby lekarzy-praktyków; zatem, za najważniejsze zadanie dla siebie poczytuje uprawianie medycyny klinicznej w obszernem znaczeniu tego słowa; dalej, podawanie wszelkich nowych zdobyczy, dotyczących ulepszenia metod leczniczych, z wszelkich bez wyjątku dziedzin, obszar nauk lekarskich stanowiących, przy uwzględnieniu wszelkich działów, dotąd w „Medycynie“ opracowywanych, które, o ile to będzie możliwe, rozszerzeniu ulegną. Wobec sformułowania w sposób powyższy zasadniczych kierunków pisma program szczegółowy jest zbyteczny.

Numer „Medycyny“, która w miarę potrzeby podaje rysunki, drzeworyty lub litografie, obejmować będzie tekstu najmniej **stron 24** dotychczasowego formatu.

Cena „Medycyny“ w Warszawie rs. 6, półrocznie rs. 3.

Na prowincyi rocznie rs. 7 — lub półrocznie rs. 3 kop. 50.

Każdy artykuł pomieszczony w „Medycynie“ jest płatny.

Z wszelkimi interesami treści naukowej, jakoto: nadsyłaniem artykułów, żądaniem wyjaśnień lub pomocy naukowej i t. d. i t. d. zwracać się należy pod adresem: **Redakcja „Medycyny“ w Warszawie — ulica Oboźna N-r 5**; z wszelkimi zaś interesami, dotyczącymi administracyi pisma, jakoto: wnoszeniem prenumeraty, odbiorem wszelkich należności, reklamacyami, nabywaniem numerów i wydawnictw „Medycyny“, zamawianiem odbitek, kupnem zamówionych książek i t. d. zwracać się należy **nie do Redakcyi**, lecz do Wydawcy pisma pod adresem: **D-r L. Guranowski w Warszawie, Nowo-Zielna 47.**

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Доволено Цензурою. Варшава, 11 Декабря 1897 г. Друк К. Ковалевскаго, Warszawa, Mazowiecka 8



Biblioteka Główna WUM

B.085



400000009794