

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, 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 Administracya „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Żłota Nr. 14.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Szósty przyczynek do nauki o zboczeniach mowy, przez d-ra Władysława Ołtuszewskiego. — Opis ważniejszych przypadków operowanych w oddziale ginekologicznym szpitala Starozakonnych w Warszawie w 1896—1897 r. oraz ogólny zarys działalności tegoż oddziału. Podał D-r Jakób Rosenthal. (Ciąg dalszy). — **Streszczenia i wyciągi.** 190. O przyczynach powstawania i o leczeniu chirurgicznem żyłaków kończyn dolnych. — **Streszczenia zbiorowe.** Kamica żółciowa w świetle nowych teoryi Riedel'a, opracował S. Mintz. (Dokończenie). — **Krytyka i bibliografia.** Syfyllis rdzenia. — S. p. d-r med. Witold Narkiewicz Jodko. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r Wł. Ołtuszewski—Nouvelle contribution à l'étude des anomalies de la parole. 2) D-r J. Rosenthal —Compte-rendu des opérations pratiquées dans le service gynécologique de l'hôpital juif à Varsovie pendant 1896—1897. Aperçu général des travaux du service.

Redaction: Dr M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak.-Przedm. 7.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r Wł. Ołtuszewski—Der sechste Beitrag zur Lehre über Sprachanomalien. 2) D-r J. Rosenthal — Beschreibung der wichtigeren in der gynaekologischen Abtheilung des jüdischen Krankenhauses zu Warschau in den Jahren 1896—1897 operirten Fälle. Allgemeines über die Thätigkeit dieser Abtheilung.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — str. Krak.-Przedm. 7.

Z WARSZAWSKIEGO ZAKŁADU DLA ZBOCZEŃ MOWY ORAZ CIERPIEŃ
JAMY NOSO-GARDZIELOWEJ.

Szósty przyczynek do nauki o zboczeniach mowy.

Przez

Dra WŁADYSŁAWA OŁTUSZEWSKIEGO.

Jak to szczegółowo wykazemy w specjalnej pracy, poświęconej historii zboczeń mowy, do czasu pojawienia się znanej powszechnie książki Kussmaul'a (1877), pomimo dość okazałej literatury, dotyczącej w szczególności jękania, nie było ani jednej pracy, obejmującej całą patologię mowy, pisanej w duchu nowszych badań. To też praca ta, mimo dotkliwie dających odczuwać się braków, oraz rażących błędów z dzisiejszego punktu widzenia, nie przestanie nigdy zajmować zaszczytnego stanowiska w historii logopatologii. Kussmaul główną uwagę zwrócił na psychologię mowy (poniekąd filozofię) i opierającą się na niej naukę o niemocie, przeczuwając, że pozostałe działy zboczeń mowy, jak bełkotanie, mowa nosowa i t. d., którym poświęcił sto-

sunkowo najmniej miejsca, winny jedynie na tej drodze znaleźć źródło swego racjonalnego wytłumaczenia. W dobie po Kussmaul'owskiej, pomimo znacznego wzrostu niektórych gałęzi ogólnej wiedzy, wiążących się ściśle z nauką o zboczeniach mowy, jak psychologii, antropologii, oraz szybkiego rozwoju podstawowych dla niej nauk, jak fonetyki SIEVERS'a, fizjologii głosu i mowy GRÜTZNER'a, licznych poszukiwań, dotyczących lokalizacji mózgu przy mowie i niemoty, poczynając od GRASHEY'a, a kończąc na ostatnich pracach FLECHSIG'a, spostrzeżeń psychobiologicznych PREYER'a i ROMANES'a, oraz pięknych badań z dziedziny psychopatologii (idyotyzm, zwyrodnienie), poważnych prac, dotyczących porażeń mózgowych wieku dziecięcego i udziału ucha w niemocie słuchowej (niemota pozakorowa we właściwym znaczeniu), żaden z logopatologów nie rozszerzył widnokręgu, z jakiego KUSSMAUL obejmował naukę o zboczeniach mowy. To też nie dziwimy się, że lubo obecnie zjawiają się pojedyncze wartościowe prace, poświęcone jękananiu, patogeneza jednak niemoty (w szczególności u dzieci), bełkotania i mowy nosowej pozostały nietknięte, oraz że istnieje brak syntetycznego poglądu na całość patologii mowy, nieodzownego do jej związania z wiedzą lekarską i wyznaczenia miejsca, jakie winna tu zająć. Jedynie racjonalną drogę, prowadzącą do tego celu, obok uwzględnienia zdobyczy wiedzy już osiągniętej, widzę w uzupełnianiu braków, dotyczących podstawowych nauk dla logopatologii, oraz w naukowym opracowywaniu wszystkich jej działów. Zgodnie z tem pracę moją na tem polu rozpocząłem przed siedmiu laty przedewszystkiem od fizjologii mowy (głównie dźwięków naszego języka), dalej rozwoju mowy u dziecka, w szczególności nieuwzględnianej podstawy psychofizjologicznej jej formowania się, oraz psychologii i filozofii mowy¹⁾, w przyczynkach zaś, do tychczas drukowanych, nie pomijając bynajmniej jękania, główną uwagę zwróciłem na racjonalne wyjaśnienie niemoty, w szczególności u dzieci, bełkotania, oraz mowy nosowej pochodzenia korowego. Obecnie, uwzględniając zarówno wyniki teoretycznych badań, jako też własny materiał, wynoszący do lipca 1898 r. 1058 przypadków i rzucając okiem na przebyty dotychczas drogę, ośmielam się wypowiedzieć pewien ogólny pogląd w zajmującym nas przedmiocie, odnośnie do wyznaczenia miejsca, jakie logopatologia winna zajmować w szeregu nauk lekarskich, wykazania jej związku z różnymi działami w tym szeregu, oraz podania własnej klasyfikacji zboczeń mowy, nieodzownej przy oryentowaniu się w niezmiernie zawikłanych jej obrazach patologicznych.

Rozpatrując szczegółowo cały materiał kliniczny z ostatnich 6 lat, doszedłem do przekonania, że daleko większa część wszystkich przypadków zboczeń mowy przytrafia się u ludzi, należących do kategorii *zwyrodniałych* w obszernem słowa tego znaczeniu, poczynając od idyotów, a kończąc na nie-zrównoważonych. Nawet takie niewątpliwie dowiedzione przyczyny wywołujące, jak przebyte choroby mózgowe, jako przyczyna niemoty lub bełkotania u dzieci, jękanie z powodu urazu i t. d., mogą upoważnić nas do pominięcia tego najważniejszego momentu przyczynowego jedynie po jaknajstaranniejszem zbadaniu wywiadów, dotyczących chorego i jego rodziny, oraz wyłączeniu wszelkich oznak degeneracyjnych, zarówno anatomicznych, jak psychicznych i społecznych. Tego rodzaju, nie dające się zresztą zaprzeczyć fakty, że pomiędzy jękającymi się lub z innemi zboczeniami mowy znajduje się na-

1) Psychologia oraz filozofia mowy wkrótce wyjdzie z druku.

wet stosunkowo znaczny procent ludzi zdolnych i rozwiniętych umysłowo-
w niczem nie przeczą naszemu zapatrywaniu, jeśli zechcemy pamiętać, że cho-
rzy, stojący na najwyższych szczeblach drabiny degeneracyjnej, mogą się od-
znaczać sferą intelektualną najzupełniej prawidłowo rozwiniętą. Daleko już
mniejszy procent zбочeń mowy warunkują zmiany patologiczne
w tkance mózgowej, którym nie towarzyszy żadna nieprawidłowość
psychiczna, jak niemoty u dorosłych, bełkotanie przy zmianach w rdzeniu
przedłużonym i t. d., stanowiące drugi najważniejszy moment przyczynowy
zбочeń mowy. Dopiero po za tymi właściwymi momentami przyczynowymi
odgrywają pewną rolę momenty przypadkowe, jak upośledzenie słu-
chu przy zmianach w uchu średnim lub wewnętrznym, zmiany w jamie no-
so-gardzielowej, w szczególności wyrosłe adenoidalne, zły wzór mowy i t. d.
Uwzględniając właśnie owe najważniejsze momenty przyczynowe zбочeń
mowy, poniekąd same narzucające się uważnemu badaczowi, możemy powią-
zać luźnie dotychczas stojące działy zбочeń mowy w jedną całość, a samą
naukę o nich zaliczyć do działu psychopatologii i neuropatologii,
gdzie też w niedługim zapewne czasie znajdzie swoje miejsce. Z poglądem
tym, mającym niezmiernej wagi doniosłość tak pod względem naukowym,
jako też zapobiegawczym i leczniczym, nie spotkaliśmy się dotąd w literatu-
rze z wyjątkiem powszechnie wiadomego faktu, że zбочenia mowy bardzo
często łączą się z niedorozwojem psychicznym (idyota, głuptak, zacofany)²⁾.
Zgodnie z tem logopatologia pozostaje w bezpośrednim związku z psy-
chopatologią i neuropatologią przy wszelkiego rodzaju zmianach
tkanki mózgowo-rdzeniowej organicznego lub czynnościowego pochodzenia
(przy niemotach, bełkotaniu, ewentualnie wadliwym wymawianiu zarówno
korowego, jako też podkorowego pochodzenia, przy mowie nosowej pocho-
dzenia korowego, oraz przy jąkanii i trzepotaniu), pośrednio zaś z rynola-
ryngologią przy wielu zmianach w jamie nosowo-gardzielowej, jak wyro-
słe adenoidalne, braki podniebienia twardego i t. d. (mowa nosowa pocho-
dzenia dyzartrycznego, bełkotanie, ewentualnie wadliwe wymawianie przy
wyrosłach adenoidalnych we wczesnych okresach dzieciństwa), z otaryą
przy częściowych zmianach zarówno w uchu średnim, jako też i błędniku
(bełkotanie, ewentualnie wadliwe wymawianie oraz mowa nosowa pocho-
dzenia dyzartrycznego, niemota pozakorowa), wreszcie ze zmianami w organach
jamy ustnej (wadliwe wymawianie pochodzenia dyzartrycznego).

Pomijam klasyfikacje autorów XVIII wieku (SAUVAGE, FRANK, KLENCKE
i t. d.) zbyt powierzchowne i niedokładne. Podany podział zбочeń mowy
przez KUSSMAUL'a, oparty na badaniach mowy filozofa, lingwisty STEIN-
THAL'a, na zбочenia w słowach zewnętrznych (artykulacji): dysarthriae (ją-
kanie, bełkotanie), zaburzenia mowy wewnętrznej: dysphasiae i zбочena tre-
ści myśł. dyslogiae, jakkolwiek słuszny pod względem psychologicznym, nie
daje się zastosować do patologii mowy z następujących powodów. Przy beł-
kotaniu, zaliczonem do dyzartryi, ulega zmianie mowa wewnętrzna, przy wielu

²⁾ W ostatnim zeszycie Archiv für Laryngologie (T. 8. Z. 2), który ukazał się przed miesiącem, za-
mieszczona jest praca d-ra HOLGER MYGIND'a: „O przyczynach jąkania“, w której autor, rozbierając szcze-
gółowo 200 spostrzeganych przypadków jąkania, doszedł w dziale tym zбочeń mowy odnośnie do etiologii
prawie dosłownie do wyników analogicznych. Zapatrywanie moje w tej kwestyi, powyżej zamieszczone, wy-
powiedziałem już w krótkości w roku zeszłym w Gaz. Lek. (Ogólne uwagi o zбочenach mowy), a szczegó-
łowo rozwinałem je w Monatsschrift für die gesammte Sprachheilkunde w maju r. b. Ponieważ nie znalazłem
o niem w pracy MYGIND'a żadnej wzmianki, sądzę więc, że ostatnia praca moja pozostała autorowi nieznana.

znów zboczeniach, objętych nazwą dysfazyi, jak niemota ruchowa zmysłowa (ruchowa podkorowa), aleksya izolowana (percepcyjna ślepotą wyrazową), oraz przy wielu niemotach pochodzenia czynnościowego mowa wewnętrzna pozostaje niezmienną. Oprócz tego podział KUSMAUL'a nie odpowiada temu, co dziś powszechnie mianujemy dyzartryą, a mianowicie zboczenie mowy, mające swe siedlisko w mózgu poniżej kory lub w obwodowym narządzie artykulacji, gdyż, odpowiednio do tego zapatrywania, jąkania oraz przeważnej ilości przypadków belkotania, których siedlisko upatrujemy w korze mózgowej, w żaden sposób nie możnaby odnieść do zboczeń dyzartrycznych. Daleko odpowiedniejszym wydaje mi się być podział mowy, oparty na zasadzie anatomicznej. Zgodnie z tą zasadą dzielę zboczenia mowy na dwie klasy: 1) zboczenia zależne od zmian anatomicznych lub czynnościowych kory mózgowej przyniedorozwoju psychicznym u dzieci, lub też przy mniej lub więcej zachowanej inteligencji u dorosłych i dzieci — *aphasiae* i *dysphasiae* (niemota korowego pochodzenia, przeważna część przypadków belkotania, ewentualnie wadliwego wymawiania u dzieci, u starszych zaś plątanie sylab przy paraliżu postępującym, niektóre przypadki mowy nosowej, jąkanie i trzepotanie); 2) zboczenia wskutek zmian w białej substancji podkorowej: w ośrodkach opuszkowych, w mięśniach i nerwach obwodowych oraz w narządzie artykulacji — *anarthriae* i *dysarthriae* (niemota pochodzenia podkorowego, belkotanie u dorosłych przy porażeniu opuszkowym, wylewach krwawych do rdzenia przedłużonego lub jego ucisku, u dzieci zaś przy wyroślach adenoidalnych we wczesnych okresach dzieciństwa oraz przy częściowym zajęciu ucha średniego lub błędnika, mowa nosowa zależna od rozszczepu podniebienia twardego i miękkiego, wadliwe wymawianie, uwarunkowane zmianami anatomicznymi w samym narządzie artykulacji, jak guzy języka, nieprawidłowa budowa szczęk i t. d.)³⁾.

Pomimo dość usilnej dotychczasowej pracy, bynajmniej nie przeczę, że na polu które opracowywam, pozostaje jeszcze bardzo dużo do zrobienia. Tak między innymi porażenia mózgowe u dzieci pochodzenia mózgowego i niedorozwój psychiczny oraz ich stosunek do zboczeń mowy wymagają szczegółowego rozbioru. W roku bieżącym opracowałem stosunek porażen mózgowych do różnych kategorii zboczeń mowy. O cierpieniu tem niejednokrotnie wspominałem w drukowanych dotychczas „Przyczynkach“, jako o ważnym momencie etyologicznym niemoty, belkotania, mowy nosowej oraz jąkania, przytaczając odnośnie w tym względzie spostrzeżenia. Z tego to powodu, jak również, nie chcąc zbyt rozszerzać ram niniejszego przyczynku, pracę tę w roku bieżącym pomieściłem w „Gazecie Lekarskiej“. Tutaj zaś pozwolę sobie jedynie w kilku słowach nadmienić, co należy pojmować pod nazwą porażenia mózgowe wieku dziecięcego, jakie są ich objawy, przyczyny, od jakich zmian anatomo-patologicznych zależą, z jakimi łączą się zboczeniami mowy, jaki liczebny stosunek zajmują w etiologii tych ostatnich, w jaki sposób wyjaśniają nam istotę niektórych zboczeń mowy, wreszcie wykazać, że uleczalność zboczeń mowy, towarzyszących zazwyczaj porażeniom mózgowym, winna wpłynąć dodatnio na rokowanie tego cierpienia.

³⁾ Z odnośnych zboczeń układu nerwowego, powodujących zakłócenia mowy, zda się, jedna tylko *sclerosis disseminata* należy do obu klas, a więc do dysfazyjno-dyzytrycznych zboczeń mowy, ponieważ zmiany, jakie przy niej spotykamy, mogą się umiejscawiać zarówno w korze, jak i substancji podkorowej. Tak zwane przez KUSMAUL'a dyslogiae u obłąkanych nie wchodzą w zakres logopatologii, jako nie przedstawiające żadnego praktycznego interesu.

Przedewszystkiem należy zaznaczyć, że termin dziś prawie ogólnie przyjęty — porażenia mózgowe wieku dziecięcego, jest również nieodpowiednią nazwą, jak niemota, gdyż pod to miano podciągamy zbiór najróżnorodniejszych objawów klinicznych, nie związanych ani wspólną przyczyną, ani tożsamością zmian anatomicznych, poczynając od jedno lub obustronnych porażań, sztywności ogólnej lub paraplegicznej, atetozy przewłocznej, jedno lub obustronnej płasawicy, a kończąc na padaczce i zupełnym braku wszelkiego rodzaju zaburzeń ruchowych.

Porażenia mózgowe wieku dziecięcego, pojawiają się najczęściej między pierwszymi miesiącami a trzecim rokiem życia (wedle niektórych autorów mogą występować nawet do dziesiątego roku). Do objawów hemiplegicznej postaci porażań mózgowych zaliczamy porażenie, ewentualnie niedowład lub kontrakturę kończyn, głównie górnej. Zaburzenia ruchowe po porażeniach połowicznych występują pod postacią ruchów choreatycznych lub atetoidnych (*hemichorea* *v* *hemiathetosis*). Odruchy ścięgniaste bywają zazwyczaj wzmożone. Padaczka oraz mniej lub więcej upośledzona inteligencja są częstymi towarzyszami tego zboczenia. Zaburzenia troficzne dotyczą kości i mięśni czaszki oraz mięśni, kości i stawów kończyn dolnych (zgrubienia czaszki, zagłębienia, zmiany objętości i formy czaszki, zaniki mięśni obok braku odczynu zwyrodnienia, zatrzymanie w rozwoju pod postacią skrócenia kończyny). Kliniczny obraz diplegicznych porażań mózgowych przedstawia pięć typów: 1) ogólną sztywność (choroba LITTLE'a), 2) sztywność paraplegiczną, 3) paraplegiczne porażenie, 4) obustronne połowiczne porażenie (bilateralna hemiplegia), 5) ogólną płasawicę lub obustronną atetozę. Typy te mogą się z sobą wikać w najróżnorodniejszy sposób. Dla diplegicznych i paraplegicznych postaci, oprócz możliwych kontraktur zginaczy i nawrotnych kończyny górnej oraz zginaczy nogi i stopy, które częściej się przytrafiają przy postaciach hemiplegicznych, charakterystyczne są kontraktury mięśni kso-bnych uda. Zasługuje tu również na uwagę spaczona mimika, właściwy nieruchomy wyraz twarzy oraz różne ruchy przymusowe. Zez, nystagmus, zanik nerwu wzrokowego, niedowład nerwu okoruchowego oraz upośledzenie inteligencji częściej się trafiają przy formach diplegicznych, aniżeli hemiplegicznych. Płasawica jest rzadsza, aniżeli przy uprzedniej formie. Zaburzenia troficzne są podobne, jak przy hemiplegiach.

W etiologii porażań mózgowych, wogóle wziętych, na zasadzie dotychczasowego doświadczenia, opierającego się między innemi na znajdowaniu prawie zawsze u tego rodzaju dzieci pewnych oznak zwyrodnienia bądź anatomicznych, bądź psychicznych, mniemam, że zarówno jak w etiologii niedorozwoju psychicznego moment dziedziczny (endogeniczny) należy uważać za najważniejszy, przyczynom zaś wypadkowym, jak utrudniony poród, przebyta choroba zakaźna, uraz i t. d., przyznawać należy jedynie rolę drugorzędną.

Zmiany anatomiczno-patologiczne mogą być jednakowe zarówno przy hemiplegicznych, jako też diplegicznych postaciach porażań mózgowych. Warunkują je następujące końcowe sprawy: 1) stwardnienie mózgu zanikowe rozlane i ogniskowe; 2) przerostowe stwardnienie mózgu; 3) defekty w mózgu (porencefalie); 4) powstrzymanie w rozwoju mózgu. Początkowe procesy pomienionych zmian mogą być pochodzenia urazowego (wyna-czynienie krwi do opon przy utrudnionych lub przyspieszonych porodach),

naczyniowego (zatory przy chorobach zakaźnych, zakrzepy przy zmianach w naczyniach przymiotowego pochodzenia) lub zapalnego (rozerwanie naczyń w mózgu pochodzenia nie urazowego). Opisane zmiany wyjaśniają nam w sposób zrozumiały objawy porażień mózgowych. Przy porażeniach hemiplegicznych odpowiadają one prawie takimże objawom u dorosłych, istniejącą zaś różnicę objaśniamy sobie trwającym jeszcze wzrostem mózgu. Różne postaci diplegiczne zależą od różnego stopnia zajęcia ruchowego neuronu. Gdzie czynność jego zupełnie jest zniesiona, tam mamy porażenie lub niedowład, przy upośledzeniu zaś jego funkcji — sztywność. Zrozumiałem jest również, dlaczego porażenia i sztywność mogą się wzajemnie wikać. Płasawicę i atetozę stara się wyjaśnić ANTON zwichnięciem równowagi funkcji różnych okolic mózgu, działających antagonistycznie.

Przy rozpoznawaniu, najważniejsze jest dokładne zdawanie sobie sprawy ze stosunku niedorozwoju psychicznego do porażień mózgowych. Na pewną analogię obu tych zbroceń wskazywałaby jedność znajdujących zmian anatomo-patologicznych (z wyjątkiem idiotyzmu, zależnego od przerostu mózgu, guzów mózgu, kretynizmu i t. d.), wspólna poniekąd etiologia oraz w wielu razach te same znaki zwyrodnienia. Granica między temi zbroczeniami znika szczególnie tam, gdzie porażenia mózgowe występują bez widocznych porażień, co prawie zawsze ma miejsce przy znaczniejszem zajęciu sfery psychicznej, aniżeli ruchowej. Zgodnie z tem między niedorozwojem psychicznym a porażeniami mózgowymi upatruję niewątpliwy związek i oba te zbroczenia odnoszę do jednego działu.

Porażenia mózgowe, jak się to łatwo można przekonać z opisu odnośnych spostrzeżeń w drukowanych dotychczas „Przyczynkach“, mogą się łączyć z różnemi zbroczeniami mowy, a więc niemotą, bełkotaniem, ewentualnie wadliwym wymawianiem, mową nosową, oraz jąkaniem. Niemota należy do kategorii ruchowej i może występować zarówno przy porażeniach prawostronnych, jak i lewostronnych. Bełkotanie, ewentualnie wadliwe wymawianie przejawia się pod zwykłą postacią i zależy od ustępującej siłami przyrody niemoty. Mowę nosową, którą nazywam wrodzoną, warunkuje upośledzenie czynności ośrodków ruchowych kory lub skrócenie podniebienia twardego, jako jedna z anatomicznych oznak zwyrodnienia. Nakoniec jąkanie, oprócz zwykłych typów, dość często występuje pod postacią tak zwanej uprzednio afonii spastycznej, którą zaliczam do kategorii jąkania głosowego (patrz Przyczynek V).

Na 1058 przypadków zbroceń mowy, spostrzeganych od lipca 92 do lipca 98 r., porażenia mózgowe, jako przyczyna zbroceń mowy, dała się dokładnie wykazać w 42 przypadkach. Z powodu jednak, że zbieranie wywiadów u tego rodzaju dzieci jest często niezmiernie trudne, że porażenia mózgowe, pomimo istnienia zbroceń mowy, nie pozostawiają dość często po sobie żadnych śladów zaburzeń w sferze ruchowej, a łącząc się niejednokrotnie z upośledzeniem inteligencji, zaliczane bywają do kategorii niedorozwoju psychicznego, sądzę, że powyższą liczbę należy przyjmować jedynie w przybliżeniu, a faktyczną liczbę porażień mózgowych jako przyczynę zbroceń mowy znacznie zwiększyć.

Dokładne zdawanie sobie sprawy z patologii porażień mózgowych rzuca nam odpowiednie światło na istotę wielu zbroceń mowy, jak niemotę ruchową u dzieci przy mniej lub więcej prawidłowej inteligencji, noszącą w Niemczech nazwę Hörstummheit lub niemoty wrodzonej bez uwzględniania

patogenezy tego zboczenia, bełkotanie, biorące tu również swe źródło, mowę nosową pochodzenia korowego oraz niektóre postaci jąkania.

Na 42 spostrzegane przypadki porażen mózgowych przeprowadziłem systematyczne leczenie towarzyszących im zboczeń mowy w 7 przypadkach z zupełnie dobrym wynikiem (2 dotyczyły niemoty, 2 bełkotania, 2 mowy nosowej i 1 jąkania). Uleczalność zboczeń mowy nabiera tem większego znaczenia praktycznego, że zaburzenia ruchowe często w zupełności znikają, a pozostaje jedynie zboczenie mowy, utrudniające w wysokim stopniu rozwój umysłowy tego rodzaju dzieci. Że na pomoc sił naturalnych w tym względzie nie wiele możemy liczyć, za najlepszy dowód służy większa część spostrzeżeń naszych, gdzie brak mowy lub inne zboczenie przeciągało się do okresu przedszkolnego, a nawet i znacznie później.

(D. n.).

Opis ważniejszych przypadków

operowanych w oddziale ginekologicznym szpitala Starozakonných w Warszawie w 1896—1897 r.

oraz

ogólny zarys działalności tegoż oddziału.

Podał

D-r JAKÓB ROSENTHAL

Ordynator oddziału.

(Ciąg dalszy —Zob. Nr. 48).

5) Białobroda Ruchla (N. K. G. 476) z m. Chęcin, gub. Kieleckiej, lat 22, zamężna półtora roku, nie rodziła. Miesiączka zawsze prawidłowa. Cztery miesiące temu zjawily się bóle w lewym boku, które od tygodnia stały się nadzwyczaj dolegliwymi. Wstąpiła do oddziału 9. I. 97. Przy badaniu znajdujemy guz sprężysty, chleboczący, wielkości głowy dorosłego człowieka, wypełniający małą i wielką miednicę i sięgający na 2 palce nad pępek; macica tak jest uciśnięta przezeń ku tyłowi, iż, tylko badając przez odbytnicę, można ją wyczuć. Sklepienia, szczególnie przednie, wypełnione odcinkiem guza. Rozpoznanie: *Cystis ovarii cum torsione pediculi*. D. 11. I. 97. *Coeliotomia*. Po przecięciu ścian brzusznych znaleziono torbiel jajnika lewego, o szypule dwukrotnie skręconej, wypełnioną płynem krwawym (krwotoki do torbieli, skutkiem skręcenia szypuły). Jajnik prawy wielkości jaja kurzego, torbielowato w zupełności zwyrodniony. Dokonano: *Ovariotomy bilateralem*. Przychodzenie do zdrowia szybkie; wypisana z oddziału dnia 5. II. 97.

6) Dresser Serla (N. K. G. 2571) z m. Zamościa, gub. Lubelskiej, lat 50 licząca, zamężna, rodziła 7 razy, ostatni przed 15 laty. Miesiączka zawsze prawidłowa, od 6 lat *climax*. Przed rokiem zauważyła powiększanie się brzucha, który obecnie doszedł do kolosalnych rozmiarów, przyczem nastąpiło ogromne wychudnienie. Wstąpiła do oddziału 1. VI. 97. Brzuch nadzwyczajnej wielkości, obwód jego przez pępek wynosi 112 ctm.; wysokość od wyrostka mieczykowatego do spojenia łonowego 55 ctm., a od spojenia łonowego do pępka 33 ctm. Cała jama brzuszna wypełniona guzem sprężystym, chleb-

boczącym, zarysy którego od góry i z boków niewyraźnie dają się oznaczyć. Przy badaniu dwuręcznem znajdujemy guz wypełniający głównie sklepienie lewe; część pochwowa mała, odsunięta na prawo; w prawem sklepieniu znajdujemy też pewną odporność, jakby niewielką macicę. Rozpoznanie: *Cystis ovarii sinistri*. D. 4. VI. 97. *Coelioovariotomia sinistra*. Po przecięciu ścian brzusznych i wypuszczeniu trójgrańcem zawartości guza, w części kleistej, wydobyto worek torbieli na zewnątrz, i po usunięciu zrostów z siecią i kiszki podwiązano szypułę i odcięto torbiel. Waga worka wynosiła $10\frac{1}{2}$ funt., wypuszczonej zawartości $29\frac{1}{4}$ funt. (oprócz ilości zawartości, która wylała się na podłogę), tak że waga całej torbieli była wyższa nad 40 funt. Okres zdrowienia nadzwyczaj gładki; chora pojechała do domu 18 dnia po operacyi t. j. dnia 22. VI. 97.

7) Milz Chaja (N. K. G. 3167) z m. Zamościa, gub. Lubelskiej, lat 46, zamężna, odbyła 11 porodów i ostatnio poronienie przed 11 laty. Miesiączka co $3\frac{1}{2}$ tygodnia, trwająca przez 3 dni. Przed sześciu miesiącami miesiączka zatrzymała się przez 3 miesiące, poczem pokazały się plamy krwawe, a po 3-ch tygodniach silne krwawienie, trwające trzy tygodnie. Od tego czasu chora nie może się oczyścić, a obecnie od czterech tygodni ma miejsce obfite krwawienie. Wstąpiła do oddziału dnia 9. VII. 97. Osobnik dobrze odżywiany, o ścianach brzusznych ze znacznym pokładem tkanki tłuszczowej; w jamie brzusznej wyczuwa się guz ruchomy, sięgający na 2 palce powyżej pępka. Macica w przodopochyleniu, usta maciczne zamknięte; przez sklepienie lewe wyczuwa się guz sprężysty, na szerokiej szypule odchodzący od macicy. Rozpoznanie: *Cystis ovarii sinistri*. D. 12. VII. 97. *Coelioovariotomia sinistra*. W okresie zdrowienia wysięk naokoło szypuły (*Stumpfexsudat*); okres zdrowienia, skutkiem ropienia w ranie brzusznej przeciągnął się do d. 24. VIII. 97 w którym chora zdrowa opuściła oddział.

8) Jałowiec Bajla (N. K. G. 3337) z Sokółki, gub. Grodzieńskiej, lat 30 licząca, zamężna od 8-iu lat, raz rodziła w rok po zamążpójściu. Po porodzie miesiączka zjawiała się co 2—3 tygodnie; skarży się na bóle w dole brzucha. Wstąpiła do oddziału dnia 21. VII. 97. Badanie wykazało macicę w przodopochyleniu; od niej na lewo wyczuwa się guz wielkości jaja indyczego, twardy, ściśle z nią połączony, obok zaś niego drugi guz mniejszy, sprężysty połączony z nim za pomocą dość szerokiej szypuły. Ruchy macicy udzielają się guzowi lewemu i naodwrot. Część pochwowa prawidłowa, usta maciczne przepuszczają mały palec, zgłębnik wchodzi do jamy macicy na $7\frac{1}{2}$ ctm. Rozpoznanie w danym przypadku być nie mogło pewne. Na karcie zapisano: *Tumores apud uterum*. W d. 26. VII. 97. *Coeliotomia*. Po otwarciu jamy brzusznej okazało się, że mamy do czynienia z macicą dwurożną jednospłyzną (*uterus bicornis unicollis*); guz wyczuwany na lewo jest zgrubiałym rogiem lewym macicy, a guz wyczuwany obok niego na szypule jest torbielą jajnika, wielkości jaja kurzego. Tę ostatnią wycięto (*ovariotomia sinistra*). Jajnik prawy zdrowy pozostawiono. Chora w dniu 24. VIII. 97. wypisana została z oddziału.

9) Wołochwiańska Dwojra (N. K. G. 3614) z Łachowicz, gub. Mińskiej, lat 50 licząca, zamężna, miesiączkuje od 16 roku życia co 4 tygodnie, po 6—7 dni. Porodów odbyła kilka, ostatni przed 16 laty. Od dwóch miesięcy spostrzegła w dolnej części brzucha guz, który stopniowo się powiększa. Wstąpiła do oddziału dnia 8. VIII. 97. Badanie pokazuje guz, sięgający do pępka, ruchomy, w niektórych miejscach sprężysty, w niektórych twardawy. Macica

odsunięta na lewo, w zupełności oddzielona od guza, zajmującego prawą okolicę przymaciczną, i którego znaczny odcinek wyczuwa się w sklepieniu prawem. Rozpoznanie z powodu wieku chorej, konsystencji guza i szybkiego jego rośnięcia brzmiało: *neoplasma malignum ovarii dextri*. D. 11. VIII. 97. *Coeliocvariotoromia*. Znalezione torbiel wielokomorową gruczolakowato zwyrodnioną jajnika prawego (*Cystoadenoma ovarii dextri*) którą wycięto (*Ovariotoromia dextra*). Na jajniku lewym kilka drobnych torbieli przekłuto i wypalono żegadłem PACQUELIN'a. Chora w stanie zadawalającym w d. 17. IX. 97. oddział opuściła. (Stan ten jednak nie trwał długo, gdyż w 5 miesięcy później t. j. 20 stycznia 1898 r. (N. K. G. 1107) powtórnie wstąpiła do szpitala, uskarżając się na silne bóle w brzuchu. Badanie wykazało guz jajnika lewego, sięgający z małej miednicy do wysokości pępka. Przy *coeliotomii* dokonanej w dniu 24. II. 98. znalazłem nadzwyczaj silne zrosty guza tego z kiszki i ścianą brzuszną, tak, że mowy nie było o wyswobodzeniu go z nich; poprzestałem więc po zrobieniu otworu w guzie na wydobyciu z wnętrza zawartości jego, która okazała się natury gruczolakowatej (*Cystoadenoma*), i następnie wszyciu worka torbieli do dolnego kąta rany brzusznej. Próżnię worka wytamponowałem gazą jodoformową. W dwa dni później t. j. dnia 26. II. chora skutkiem wyczerpania zmarła. Przypadek ten pokazuje, iż przy zajęciu jednego jajnika nowotworem złośliwym należy usunąć i jajnik drugi, choćby makroskopowo nawet wydawał się być zdrowym.

10) Baranowska Żysła (N. K. G. 3760) z Ożarowa, gub. Radomskiej, lat 34 licząca, zamężna, miesiączkuje od 16 roku życia, co sześć tygodni, po 7 dni. Porodów odbyła sześć, ostatni przed 14 miesiącami; po ostatnim porodzie dotychczas miesiączka nie zjawiała się (karmiła przez 12 miesięcy); od czasu do czasu uczuwa silny ból w krzyżu i brzuchu i zauważyła stopniowe powiększanie się tego ostatniego w objętości. Wstąpiła do oddziału dnia 20. VIII. 97. Badanie pokazuje guz sięgający na 4 palce powyżej pępka, sprężysty, chęlboczący, nieruchomy. Macica ruchoma, odsunięta na lewo; w sklepieniu lewym wyczuwa się odcinek guza twardy, w sklepieniu prawem powiększony jajnik. Rozpoznanie: *Cystis ovarii sinistri; oophoritis dextra* (?). D. 23. VIII. 97. *Coelioovariotoromia bilateralis*. Otrzewna ścienna na całej przestrzeni zrośnięta z torbielą, tak iż z przecięciem pierwszej otworzono ścianę drugiej. W ten sposób krwawa zawartość torbieli w ilości 12 funtów wylała się na zewnątrz, i wtedy wszedłszy ręką do worka torbieli i ująwszy za dno tejże, wycisowałem ją powoli na zewnątrz, przyczem sklejenia z otrzewną lekko się oddzieliły. Torbiel była jednokomorowa, o szypule 3 razy skręconej, którą podwiązano i przecięto. Jajnik prawy drobnotorbielowato zwyrodniony, powiększony, również wycięto. Przyjajnik lewy, wycięty wraz z torbielą, stwardniały skutkiem wylewu krwawego do tkanek jego, wyczuwał się w sklepieniu lewym, jako twardy odcinek guza. Chora 19 dnia po operacji, t. j. w dniu 10. IX. 97. zdrowa wypisała się z oddziału

11) Reczycka Rajzla (N. K. G. 4297) z Radoka, gub. Grodzieńskiej, lat 25 licząca, zamężna, miesiączkuje od 15 roku życia, co 4 tygodnie przez 7 dni. Rodziła dwa razy, ostatni raz przed dwoma laty. Po ostatnim porodzie zaczęła doznawać bólu w brzuchu, który przychodził napadami; przestanki jednakże między napadami stawały się coraz krótszymi, tak że w końcu ból to większy, to mniejszy był ciągły. Wstąpiła do oddziału dnia 26. IX. 97. Przy badaniu znajdujemy macicę w tyłopochyleniu, usuniętą w to położenie przez guz okrągły, twardy, ruchomy, znajdujący się w przednim sklepieniu,

przed macicą; związku jego z macicą nie można wysledzić. W sklepieniu lewym wyczuć można jajnik twardej, powiększony. Jajnika prawego odnaleźć w sklepieniu prawym nie można. Rozpoznanie: *Cystis dermoidalis ovarii dextri cum torsione pediculi*. *Oophoritis sinistra* (?). D. 6. X. 97. *Coelioovariotomia bilateralis*. Po otworzeniu jamy otrzewnej znaleziono torbiel skórzastą jajnika prawego, na cienkiej, długiej, kilkakrotnie skręconej szypule, tak iż jeden jeszcze skręt byłby dostateczny dla zupełnego oddzielenia się torbieli. Jajnik lewy zasiany drobnymi torbielami. Oba jajniki po podwiązaniu wycięto. Okres zdrowienia nadzwyczaj gładki, i chora wypisała się z oddziału 16 dnia po operacji, t. j. 22. X. 97.

12) Bermańska Ruchla (N. K. G. 4296) z Radomia, lat 30, zamężna, przed pół rokiem rodziła po raz piąty i sama karmi; miesiączki od czasu porodu nie miała. Miesiączkowanie odbywało się zawsze prawidłowo. Przed dwoma tygodniami uczuła silne bóle w dole brzucha, które dość często wracają, ból przy oddawaniu moczu, brak łaknienia. Zapisła się do oddziału dnia 26. IX. 97. Przy wymacywaniu brzucha znajdujemy guz w dolnej części, dochodzący na 3 palce powyżej pępka. Guz znajduje się głównie po stronie prawej, przechodząc nieco na lewo, po za linię białą, konsystencji twardej, gubi się w małej miednicy. Część pochwowa leży w górze i od przodu, ciało macicy w tyłopochyleniu; w przednim sklepieniu wyczuwa się znaczny odcinek guza, który jest ruchomy ku dołowi i w górę, na boki zaś ruchomość jego jest ograniczona; ruchy te nie udzielają się macicy. Guz ten okrągłoodrzewny, konsystencji twardej, lecz w dolnej części nieco elastyczny, wielkości główki dziecka rocznego, leży z przodu przed macicą, związku z którą wymacać nie można; zdaje się, że pochodzi z przydatków prawych. Ścisłe rozpoznanie w tych warunkach było niemożliwe, i dlatego na karcie szpitalnej odnotowaliśmy: „*Tumor abdominis*“ w nadziei, że przy dokonać się mającym cięciu brzusznej, dowiemy się z czem mamy do czynienia. D. 8. X. 97. *Coeliotomia*. Cięcie w smudze białej skóry, powięzi, mięśni; w dnie rany znajdujemy otrzewną silnie przyrośniętą do twardego guza; oddzielenie jej na tępo i nożem okazuje się niemożliwe. Guz nie daje się odgraniczyć od dołu, w górze zaś sięga na dwa palce nad pępkiem. Ponieważ otwarcie jamy otrzewnej nie daje się uskutecznić w linii środkowej, zrobiłem cięcie poprzeczne przez ścianę brzuszną na 3 palce poniżej pępka, na prawo od cięcia pośrodkowego długości 5 cm. Po przecięciu w tym miejscu otrzewny, wniknąć mogłem dopiero do jamy jej i znalazłem guz twardej, gubiący się ku dołowi w sklepieniu przednim i na prawo sięgający do ściany miednicy, posiadający liczne zrosty z kiszka i siecią. Z przyczyny tych ostatnich, dostęp do macicy jest utrudniony. Przy oddzielaniu na tępo zrostów tych, z głębi wylewa się ropa, pochodząca z ropnia znajdującego się w sklepieniu przednim i prawym; ropę tę usunięto suchymi sterylizowanymi tamponami z gazy. Oddzieliwszy jeszcze zrosty boczne, udało się wyprowadzić macicę, wraz z guzem jajnika prawego na zewnątrz. Guz wraz z przyrośniętym doń prawym jajowodem, po podwiązaniu krótkiej szypuły, został wycięty; przy oddzielaniu następnym zrostów guza z kiszka, guz nadpękt i wylało się nieco ropy. Po zrobieniu toalety, odcięciu płatów zgrubiałej otrzewnej, założono w sklepienie przednie i tylne (*fossa Douglasii et excavatio vesico-uterina*) worki MIKULICZA i ściany brzuszne zaszyto szwem jednopiętrowym. Wycięty guz był zropiałą torbielą jajnika, która spowodowała zapalenie otrzewnej; następstwem tego ostatniego były wysięki twarde zapalne, które utworzyły ów guz twardej, sięga-

jący do sklepienia przedniego i ścian miednicy i zrosty kiszek z torbielą i między sobą. Rozpoznanie więc pooperacyjne było: *Cystis ovarii dextrae purulenta*, *Peritonitis fibrinosa*; operacja zaś: *Coelioovariotomia*. Operacja niniejsza należy do najtrudniejszych, jakie dotychczas dokonałem. Okres zdrowienia z powodu znacznego i długotrwałego ropienia, jakoteż z powodu następczego zaszycia powłok brzusznych, przedłużył się, tak że chora dopiero w d. 25. I. 98, do domu, w zupełnem zdrowiu, wypisana z oddziału być mogła.

13) Achren Frakla (N. K. G. 4659) z Gniewoszowa, gub. Radomskiej, lat 35, zamężna, miesiączkuje od 14 roku życia, co 4 tygodnie, po 6—7 dni. Wyszła za mąż w 15 roku życia, rodziła 11 razy, ostatni poród przed 5 tygodniami. Przez pierwsze 2 tygodnie po porodzie czuła się zupełnie zdrową, dopiero w 3 tygodniu zaczęła uczuwać bóle w dole brzucha, po stronie lewej. Wstąpiła do szpitala dnia 23. X. 97. Przy obmacywaniu brzucha, znajdujemy guz twardy, nierówny w lewej połowie brzucha, sięgający na 2 palce powyżej pępka, przechodzący nieco na prawo po za smugę białą, wypełniający miednicę wielką, i wnikaący do miednicy małej. Guz ten jest mało ruchomy. Macica powiększona, miękka, w przodopochyleniu; w lewym sklepieniu wyczuwamy guz, przylegający do macicy, lecz oddzielony od niej głęboką brózdą; guz ten jest ruchomy jednocześnie z macicą. Sklepienie prawe swobodne; długość jamy macicy wynosi 7 ctm. Rozpoznanie; *Cystis dermoidalis ovarii sinistri*. D. 31, X. 97. *Coelioovariotomia bilateralis* Po otwarciu jamy otrzewny, znajdujemy po lewej stronie guz pokryty kiszka i zrosnięty z siecią; przy oddzielaniu zrostów guz rwie się i wtedy makroskopowo już rozpoznać można zwyrodnienie gruczolakowe złośliwe, zajmujące lewy jajowód rozszerzony workowato; pod nim znajduje się torbiel skórzasta jajnika. Wycięcie jajowodu i torbieli, przyczem rozszerzony jajowód pękł, i wylało się zeń nieco ropy, którą wymaczano tamponami. Jajnik prawy, drobnotorbielowato zwyrodniony wycięto. Ponieważ otrzewna ścienna i miednicza z lewej strony przedstawia się nie gładko, pokryta strzępami o charakterze gruczolakowym, przeto założono z tej strony worek MIKULICZA. Ściany brzuszne zeszyto szwem ósemkowym KEHRER'owskim, przyczem otrzewnę osobno zaszyto. Wycięty preparat składa się z dwóch części: torbieli skórzastej jajnika lewego, wielkości dużej pięści, o zawartości serowatej z kłakami blond włosów, i powyżej niego leżącej części, która zrosnięta była z kiszka i siecią, a stanowiącej guz postaci nieforemnej, podłużnej, nierówny, łatwo się rwący, otaczający workowato rozszerzony jajowód lewy, zawierający płyn ropiasty. Jajnik prawy zasiany jest drobnymi torbielami. Okres pooperacyjny z początku bezgorączkowy, odznaczał się znaczną wydzieliną ropiastą, pochodzącą z miejsca, w które założono worek MIKULICZA; następnie wytworzyły się ropnie w ścianie brzusznej, które należało otwierać; stan gorączkowy, w końcu objawy silnego kataru żołądka i kiszek z wymiotami i rozwolnieniem, i chora skutkiem ogólnego wyniszczenia zmarła w 7 tygodni po operacji, t. j. dnia 20. XII. 97 r. Badania pośmiertne nie można było dokonać.

14) Gunczańska Chaja Bajla (N. K. G. 5215) z Białegostoku, lat 44 licząca, zamężna, miesiączkuje od 15 roku życia co 4 tygodnie, po 4—5 dni. Wyszła za mąż w 17 roku życia, rodziła 8 razy, ostatnio przed 3 laty. Skarży się na bóle w dole brzucha. Wstąpiła do oddziału dnia 27. XI. 97. Przy zewnętrznym badaniu znajdujemy guz po stronie prawej, owalny, twardawy, nieruchomy, sięgający na dwa palce poniżej pępka. Przy wewnętrznym badaniu: macica niepowiększona, ruchoma, odsunięta na lewo. Z prawej strony

macicy guz wyżej opisany, który przechodzi w zagłębieniu DOUGLAS'a, jakby w drugi guz mniejszy, dość twardy. Ruchy guza w miednicy wielkiej, udzielają się guzowi w jamie DOUGLAS'a, nie udzielają się zaś macicy. Lewe przydatki zdają się być niezajętymi. Rozpoznanie: *Cystis ovarii et paraovarii dextri aut ligamenti lati*. D. 5. XII. 97. *Coelioovariotomia bilateralis*. Po przecięciu ścian brzusznych, z jamy otrzewny wypływa znaczna ilość płynu surowiczego-krwawego, pochodzącego z pękniętej torbieli jajnika i przyjajnika prawego, wdrażającego w więz szeroki. Po podwiązaniu na całej długości dolnego brzezu więzu szerokiego i przecięciu go, utworzono szypułę, po podwiązaniu której cały guz odcięto i szypułę przypalono żegadłem PACQUELIN'a. Podwiązany dolny brzeg więzu szerokiego pokryto szwem surowiczego-surowiczym. Z lewej strony torbiel jajnika, wielkości małej pięści, na długiej szypule, wycięto. Szew brzuszny ósemkowy KEHRER'a; otrzewna osobno zeszyta. Torbiel z prawej strony była wielokomorowa, z lewej zaś jednokomorowa. Okres zdrowienia gładki. Chora wypisała się z oddziału zdrową 18 dnia po operacji t. j. dnia 23. XII. 97 r.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

190. KRAEMER. **O przyczynach powstawania i o leczeniu chirurgicznym żyłaków kończyn dolnych.** Jako przyczynę powstawania żyłaków kończyn dolnych podawano ogólnie utrudniony odpływ krwi żywej, czemu sprzyjać miała szczególnie ciąża. Mniemaniu powyższemu przeczy jednak spostrzegany brak żyłaków u kobiet, które rodziły 10 razy i więcej, a natomiast obecność ich u ciężarnych po raz pierwszy. Trudno również przypisywać w tej mierze wpływ mechaniczny częstszemu chodzeniu lub staniu, połączonemu z pewnymi zajęciami fachowemi, ponieważ wiele osób—zarówno kobiet jak mężczyzn, trudniących się tym samym fachem, nie dostaje wcale żyłaków. NEUMAN dowiódł, że tworzenie się żyłaków kończyn dolnych nie znajduje się bynajmniej w zależności od szczególnego jakiegoś zajęcia. Przypuszczeniom powyższym przeczą również spostrzeżenia następujące: 1) żyłaki powstają często już w wieku niemowlęcym, 2) spostrzegać się dają zwykle, a przynajmniej w większości przypadków, na jednej tylko kończynie, 3) wstrzykiwania papki gipsowej do żył wywołują obrzęki bez żyłaków i 4) powstawanie żyłaków w okolicach ciała, nie podlegających znaczniejszym wpływom mechanicznym, jako to: żyłaków ścian brzusznych, dalej przełyku, żołądka, kiszek i t. d. Przyczyn powstawania żyłaków kończyn dolnych poszukiwać należy w zmianach patologicznych, którym podlegać mogą ściany żył. Pomijając dziedziczność, odgrywającą pewną rolę w tej mierze, jak to wskazują statystyczne dane (w 60 przypadkach na 152), zaznaczyć należy warunki zewnętrzne osobnika, sprzyjające powstawaniu żyłaków.

Tak np. osobniki wzrostu wysokiego z kończynami dolnemi długimi, z X kończynami (X Beine) i ze stopami płaskimi, szczególnie często podlegają żyłakom. Innemi słowami, żyłaki zawdzięczają swe powstawanie pewnym wrodzonym własnościom ścian żylnych.

Co do istoty samej, na której polega owa wrodzona skłonność osobników do żyłaków kończyn dolnych, to sprawą tą zajmowano się dotąd bardzo mało. Jak wiadomo, dla pokonania siły ciężkości słupa krwi w żyłę biodrowej (v. saphena)

służą następujące 3 czynniki: prawidłowa działalność serca, własności układu mięśniowego żyły i zastawki żyłne. Co się tyczy serca, to osłabienie czynności jego nie spowodza żylaków, lecz obrzęki, a zatem pozostaje do rozpatrzenia wpływ dwóch drugich czynników. Ze spostrzeżeń HOUTE de l'AULNOIT, KLOTZ'a i innych wiadomo, że prawidłowa żyła biodrowa posiada znaczną ilość zastawek (do 18, z których około 7 przypada na część udową żyły), tymczasem autor w 7-iu przypadkach żylaków kończyn dolnych znalazł w przebiegu części udowej żyły biodrowej w 3 przypadkach po jednej zastawce, a w 4 spostrzegł brak zupełny zastawek. To samo spostrzegali TRENDELENBURG, HEINTZE i inni. BARDELEBEN odkrył nawet prawo (Klappendistanzgesetz), na zasadzie którego ilość zastawek żylnych znajduje się w stosunku odwrotnym do długości kończyny. Na zasadzie też prawa powyższego zrozumiałem się staję, dlaczego żylaki spostrzegać się dają częściej u osobników wzrostu wysokiego, a więc częściej u mężczyzn, niż u kobiet. Wpływ nieprawidłowo zmniejszonej ilości zastawek żylnych na tworzenie się żylaków jest następujący: jak wiadomo, ściany żył zawierają w obrębie zastawek, w błonie naczyń wewnętrznej (*intima*) włókna mięśniowe podłużne. Działalność tych włókien polega na tem, że 1) kurcząc się, powodują ściślejsze zamykanie się zastawek, a po 2) stanowią ważną przeszkodę do nadmiernego wyciągania się żył w kierunku podłużnym. W miarę tego, im mniej żyła posiada zastawek, tem mniej posiada też w swych ścianach owych włókien mięśniowych. Następstwem tych braków bywa z jednej strony zygzakowaty kształt żyły wskutek nadmiernego podłużnego wyciągania się ścian, a z drugiej — tworzenie się żylaków w miejscach żyły, pozbawionych zastawek i włókien mięśniowych, na zasadzie „*locus minoris resistentiae*“. W ten sposób łatwo objaśnić powstawanie trzech zasadniczych postaci żylaków, a mianowicie cylindrycznej, węzowatej i guzowatej (*cylindrische, serpiginoëse u. varicöse Form*).

Leczenie. Ze wszystkich zabiegów leczniczych autor uwzględnia tylko leczenie chirurgiczne *resp.* operacyjne podług TRENDELENBURG'a i MADELUNG'a. Sposób TRENDELENBURG'a polega na podwiązaniu żyły biodrowej na szerokości dłoni, powyżej kłykcia wewnętrznego uda. Takie wyłączenie jednak żyły biodrowej nie daje wyników dodatnich, prócz nieznacznego stosunkowo zmniejszenia objętości żylaków. Natomiast często występują nawroty, wskutek ubocznego napływu krwi do żyły biodrowej, a nawet przy sprzyjających warunkach (zwolnienie prądu krwi) powstawać mogą zakrzepy z następczymi zatorami. O ile sposób TRENDELENBURG'a, nadający się do przypadków lżejszych, polega jedynie na leczeniu objawowem, o tyle sposób MADELUNG'a, polegający na całkowitem usunięciu żyły biodrowej, jest sposobem radykalnym. Wielu chirurgów wybiera, prócz tego, drogę pośrednią, a mianowicie, np. podwiązanie żyły z wyłuszczeniem oddzielnych żylaków, albo częściową rezekcyę żyły. Zwrócić należy uwagę, że w daleko posuniętych przypadkach żylaków kończyn dolnych, kiedy i naczynia najmniejszego rozmiaru uległy zwyrodnieniu, i odżywianie kończyn jest upośledzone, tam nawet operacja MADELUNG'a częstokroć nie przynosi żadnego pożytku. Zabieg operacyjny MADELUNG'a wykonywa się w sposób następujący: cięcie główne prowadzić należy od miejsca, znajdującego się poniżej więzu POUPART'a, na szerokości dłoni do okolicy kłykciowej uda; na goleni pod kolanem wykonać należy cięcie dodatkowe, skierowane pod kątem ostrym od poprzedniego ku przodowi i ku dołowi, ponieważ w tej okolicy znajduje się dość ważna odnoga żyły. Żylaki oddzielne, mniej lub bardziej oddalone od cięć powyższych, należy wyłuszczać oddzielnie. Owrzodzenia mniejsze należy wyskrobywać, mniejsze — wycinać, ewentualnie z następczem przeszczepianiem skóry. Po operacyi kończyna pozostaje

w opatrunku unieruchamiającym (*resp.* w szynie drucianej) na 8 dni; chory zaś pozostawać musi w łóżku do trzech tygodni.

Co się tyczy statystycznych danych, to okazuje się z literatury odnośnej, że sposób **TRENDELENBURG'a** był dotąd stosowany najczęściej; pomimo, że pozornie otrzymywano przytem więcej wyzdrowień długotrwałych, niż nawrotów, to jednak wszyscy prawie autorowie, nie wyłączając i **TRENDELENBURG'a**, przytaczają niejednokrotnie tworzenie się zakrzepów w następstwie.

O częściowych rezekcyach żył, jako też o operacji **MADLUNG'a** literatura zawiera zbyt mało spostrzeżeń, ażeby można z nich wyciągnąć wnioski pewniejsze. W klinice **MADLUNG'a** z 32 przypadków ciężkich operowanych znane są losy, tylko 14 osób: wszystkie wyzdrowiały.

Autor osobiście dochodzi do następujących wniosków: w lżejszych przypadkach, kiedy żyła biodrowa nie jest zbyt rozszerzona, a żyłaki na goleni nie są zbyt rozwinięte, nadaje się operacja **TRENDELENBURG'a**, szczególnie u osób starszych, w przeciwnym razie operacja **MADLUNG'a**.

Z liczby 10 operowanych przez **KRAEMER'a** sposobem **MADLUNG'a** — u 8 nastąpiło wyzdrowienie, u 2 — owrzodzenia bolesne odnowiły się.

(*München. Medic. Wochenschr. Nr. 38 i 39. 1898*).

L. Zembrzski.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

KAMICA ŻÓŁCIOWA W ŚWIELE NOWYCH TEORYI RIEDEL'A,

opracował **S. MINTZ.**

(Dokończenie.—Zob. Nr. 48).

Klinicznie „bezskuteczny“ napad kolki wątrobowej cechuje się silnym bólem w okolicy pęcherzyka, wzdęciem brzucha, nudnościami lub wymiotami, rzadko, w 10% wszystkich przypadków, żółtaczką pochodzenia zapalnego. Żółtaczka ta powstaje wskutek rozszerzenia się sprawy zapalnej, odbywającej się w pęcherzyku żółciowym, za pośrednictwem przewodu pęcherzykowego na przewód żółciowy *resp.* na kanaliki wewnątrzwątrobowe. Nawet przy zarośniętym przewodzie pęcherzykowym może wystąpić żółtaczka z powodu rozprzestrzenienia się zapalenia za pośrednictwem tkanki bliznowej przewodu pęcherzykowego na wątrobę. Tego rodzaju żółtaczkę **RIEDEL** nazywa „zapalną“ („*entzündlicher icterus*“) w przeciwstawieniu do żółtaczki zależnej od zatkania przewodu żółciowego (*d. choledochi*) przez kamień („*reel-lithogener icterus*“), jakkolwiek ten rodzaj żółtaczki, jak to niżej zobaczymy, zależy również od sprawy zapalnej, co prawda, w samym przewodzie żółciowym. Żółtaczka pochodzenia zapalnego zazwyczaj tem się odróżnia od żółtaczki wskutek zatkania, że bywa słabego natężenia i przejściowa, niemniej jednak może ona również stać się silną i długotrwałą, mianowicie wówczas, gdy napady tak często się powtarzają, że brak już prawie wolnych odstępów. W takich razach żółtaczka daje powód do błędnego rozpoznawania „napadu zupełnie skutecznego“. Tylko staranne poszukiwanie kamieni w wypróżnieniach może nam rzecz wyjaśnić.

Jeśli zapalenie pęcherzyka żółciowego jest surowicze, to po kilku godzinach lub dniach znika ono tak samo, jak napad dny. *Perialienitis* może nie powtarzać się nieraz przez cały szereg lat. Jeśli zaś wskutek owrzodzeń błony śluzowej pęcherzyka lub zrostów z kiszka zawartość jego staje się ropną, wtedy napady zwykle często się powtarzają przy towarzyszeniu dreszczy i gorączki. Nie jest to jednak prawidłem, niedopuszczającym wyjątków, owszem, nieraz nawet przy przeziurawieniu gorączki zupełnie brak, zaś z drugiej strony dreszcze i gorączka towarzyszyć mogą *perialienitidi serosae*.

Dotąd była mowa o zapaleniu „bezskutecznym“ pęcherzyka żółciowego „Skutecznym“ napadem kolki wątrobowej RIEDEL nazywa napad *perialienitidis*, przy którym kamienie przechodzą przez przewody i brodawkę do kiszek. Tylko bardzo drobne kamyki po jednym napadzie zostają szybko nawet bez wywołania żółtaczki wtłoczone do dwunastnicy, natomiast większe po drodze zatrzymują się w przewodach. Przedewszystkiem kamienie zatrzymują się w przewodzie pęcherzykowym, skąd dopiero ponowny atak *perialienitidis* w pęcherzyku żółciowym może je przecisnąć do przewodu żółciowego, przyczem przewód pęcherzykowy wskutek uszkodzenia jego ścian często po przejściu kamienia zarasta. Z drugiej strony kamień przez dłuższy czas może pozostać w przewodzie pęcherzykowym, zachowując się tak samo spokojnie, jak w szyi pęcherzyka. Kamień siedzi w fałdach HEISTER'a i coraz rośnie, zaś przewód pęcherzykowy rozszerza się tak, że o stałym uwięzieniu kamienia nie może być mowy. W wyjątkowych razach znajdujemy w przewodzie pęcherzykowym względnie duże kamienie, które przy gwałtownych bólach zostały doń wcisnięte, albo też powstały z drobnych kamyków, które przebywały w nim przez czas dłuższy. Przewód pęcherzykowy może tak samo, jak szyja pęcherzyka i przewód żółciowy zrosnąć się z otaczającymi narządami, zdarza się to jednak względnie rzadko.

Z chwilą przejścia kamienia do przewodu żółciowego cierpienie dotąd czysto miejscowe staje się ogólnem, wskutek zatamowanego odpływu żółci do kiszek. Kamień zatrzymuje się przedewszystkiem w części przewodu, leżącej na zewnątrz dwunastnicy (*pars extraduodenalis*), a w następstwie powstaje żółtaczka oraz obrzmienie wątroby. Wszystko to jednak może trwać niedługo, nawet w tym wypadku, gdy kamień nie przekracza brodawki, albowiem światło przewodu rozszerza się, tak, że żółć może przepływać obok kamienia. Rozszerzenie przewodu rozwija się nieraz bardzo prędko, tak, że po kilku tygodniach osiąga on objętości grubego palca, zaś po kilku latach dochodzi do wielkości pięści. Rozciąga się również przewód wątrobowy (*d. hepaticus*) oraz drobne kanaliki wewnątrzwątrobowe. Jeżeli co raz więcej przybywa kamieni z pęcherzyka, to wypełniają one również przewód wątrobowy, wreszcie tworzą się złogi w drobnych kanalikach. Kamienie mogą tkwić lata całe w przewodzie żółciowym bez najmniejszych objawów chorobowych. Takie jednak spokojne zachowanie się kamieni żółciowych przez czas dłuższy w przewodzie żółciowym jest zjawiskiem dość rzadkiem. Owszem, często występuje *perialienitis in ductu choledcho*. Na błonie śluzowej powstają owrzodzenia, które po zagojeniu prowadzą do blizn. W przeciwstawieniu do przewodu pęcherzykowego żółciowy bardzo rzadko zarasta. COURVOISIER znalazł tylko 23 przypadki zarośnięcia przewodu żółciowego. Jeszcze rzadziej zarasta przewód wątrobowy. W sprawie zapalnej przyjmują zawsze udział gruczoły chłonne *ligamenti hepatoduodenalis*, a wskutek skurczu tego więzu dwunastnica przybliża się do *porta hepatica*, przyczem prawa ściana dwunastnicy zrasta się powoli z przednią ścianą przewodu żółciowego. Z biegiem czasu zrosty stają się trwalsze i rozleglejsze, zaś wskutek przecięcia dwunastnicy *resp.* odźwiernika wytwarza się następne rozszerze-

nie żółtadka. Należy jeszcze dodać, że w sprawie zapalnej przyjmuje nieraz udział trzustka, prawdopodobnie wskutek zwężenia jej ujścia przyczem wyczuwa się twar-
da, jak kamień, główka.

Wyżej już wzmiankowaliśmy, iż żółtaczką, powstającą przy zatkaniu *d. choledochi*, szybko ustępuje wskutek rozciągania się ścian przewodu. Ponowne wystąpienie żółtaczki zależeć może od 2 przyczyn: 1) kamień, tkwiący w przewodzie, wciąż rośnie, aż nareszcie mechanicznie zamyka przewód 2) żółtaczką zależy od sprawy zapalnej *perialienitis in d. choledochi*, która się rozszerza na cały układ wątrobowy. *Perialienitis in d. choledochi* nie zawsze zachowuje charakter surowiczy. Tak samo jak puchlina wodna pęcherzyka wskutek owrzodzeń i zrostów z kiszka-
mi powoli przechodzi w *empyema vesicae felleae*, tak owrzodzenia błony śluzowej przewodu żółciowego, dzięki udziałowi drobnoustrojów, wywołują ropne zapalenie przewodu (*cholangitis suppurativa*), które może się rozszerzać na najdrobniejsze kanaliki żółciowe. W następstwie powstają większe lub mniejsze ogniska ropne w samym mięszu wątroby, albo też rozwija się *lymphangitis i adenitis suppurativa* w *ligam. hepatoduodenale*. W obu razach sprawa zapalna rozprzestrzenia się na żyłę wrotną (*v. portae*), powstaje zapalenie żył zakrzepowe (*thrombophlebitis*) z następ-
czym ropieniem oraz rozpadem zakrzepu. Ogniska przerzutowe zadają, że tak po-
wiemy, ostatni cios choremu.

Z powyższego już wynika, że kamień w przewodzie żółciowym sprowadza o wiele gorsze następstwa, niż kamień w pęcherzyku lub przewodzie pęcherzyko-
wym. Dodać jeszcze wypada, że przedziurawienie może nastąpić nie tylko do dwu-
nastnicy, lecz nadto do ropnia pomiędzy dwunastnicą a przewodem żółciowym,
albo też do wolnej jamy otrzewny. Oprócz tego przy długotrwałej żółtaczce,
wskutek zubożenia krwi w czerwone ciała (wodnistości krwi), u chorego po-
wstaje skłonność krwotoczna (*diathesis haemorrhagica*), tak, że nie udaje się zatamow-
ać krwawienia nawet z najdrobniejszych naczyń, w moczu zjawia się białko oraz
cylindry; chory umiera wskutek charłactwa, nim jeszcze dochodzi do ropienia.

Największe jednak niebezpieczeństwo, jakie grozi choremu ze strony kamie-
nia, tkwiącego w przewodzie żółciowym, polega na tem, że *perialienitis serosa* z bie-
giem czasu może przejść w *perialienitis infectiosa*, albo też zapalenie odrazu przyj-
muje charakter zakaźny. Powstawanie tej ostatniej postaci zapalenia dotąd po-
zostaje niewyjaśnione. Jeżeli *perialienitis infectiosa* z samego początku powstaje
jako taka, to zależeć to może od tego, że kamień przywędrował z pęcherzyka już
w stanie septycznym, jakkolwiek w samej rzeczy rzadko się to zdarza. Natomiast
wcale nie mamy objaśnienia dla przemiany zapalenia surowiczego w zakaźne.
Przypuszczenie, że zależy ona od wtargnięcia laseczników z kiszki przez bro-
dawkę, RIEDEL uważa za nietrafne, gdyż nie tłumaczy ono nam, dlaczego tylko
w wyjątkowych przypadkach następuje zakażenie żółci, choć brodawka zawsze
jest otwarta. *Perialienitis infectiosa* nie zawsze jest ropna; żółć początkowo bywa
tylko mętną, wskutek domieszki gronkowców, łańcuszkowców oraz pojedynczych
ciałek ropnych. Prawdopodobnie wielu chorych umiera, zanim jeszcze dochodzi
do prawdziwego ropienia.

Rozpoznanie kamicy żółciowej bywa nieraz bardzo łatwe, zwłaszcza gdy
u chorego występują charakterystyczne napady kolki wątrobowej oraz żółtaczką,
albo też w wypróżnieniach znajdujemy kamienie żółciowe, nie raz znowu rozpo-
znanie przedstawia nieprzewyciężone trudności. Pamiętać należy, że 90% chorych
na kamień żółciowy wcale nie ma na początku choroby żółtaczki, a z tych zale-
dwie w połowie przypadków występują typowe napady kolki w początkowych
okresach. Dla lepszego oryentowania się będziemy oddzielnie rozpatrywali kami-
cę bez żółtaczki, a oddzielnie kamień z żółtaczką.

A. Kamica żółciowa bez żółtaczk. Rozróżniamy dwie postacie:

a) Kamień w prawidłowym pęcherzyku żółciowym z drożnym przewodem pęcherzykowym od czasu do czasu sprawia lekki ciągnący ból *in epigastrio* oraz brak łaknienia. Pęcherzyka nie można wyczuć, gdyż jest on miękki i niepowiększony. Jeżeli się wytworzyły zrosty pęcherzyka z otaczającymi narządami, to występują bóle napadowe, nieraz wzdęcie nadbrzusza i wymioty, bez względu na to, czy zrośnięty pęcherzyk zawiera jeszcze kamienie lub nie. Cierpienie to nieraz błędnie rozpoznajemy jako przewlekły nieżyt żołądka, zabliźniony wrzód okrągły, przepuklinę smugi białej pozaotrzewnową, zrosty wskutek chorób pierwotnych żołądka i kiszek, *crises gastriques* w wadzie rdzeniowym i t. d.

b) Kamień, znajdujący się w dotkniętym puchliną wodną pęcherzyku, od czasu do czasu wywołuje zapalenie (*perialienitis*) w tym ostatnim. Pęcherzyk żółciowy obrzmiewa, tuż pod wątrobą wyczuwa się guz gruszkowatego kształtu. Okolice nadbrzusza wzdyma się i staje się bardzo wrażliwą na dotyk, występują gwałtowne bóle, nudności lub wymioty. Po kilku godzinach lub dniach objawy podrażnienia otrzewny znikają, pęcherzyk się zmniejsza, w niektórych punktach okolicy pęcherzyka słychać szmer tarcia listków otrzewny; żółtaczka nie powstaje; kamienia w wypróżnieniach wyszukać po skończonym napadzie nie można. W pierwszej linii taki „bezskuteczny“ napad kolki żółciowej często uchodzi za „skuteczny“, zmniejszenie się pęcherzyka po napadzie uważa się jako następstwo odejścia kamienia, nie jako następstwo zakończenia sprawy zapalnej. Oprócz tego cierpienie to często błędnie rozpoznajemy jako zamknięcie światła kiszek, zapalenie wyrostka robaczkowego, zropiałe bąblowce wątroby i t. d. Bardzo trudnem przedstawia się nieraz rozpoznanie różniczkowe, jeżeli bez poprzedniego, wyraźnego napadu kolki występują w jamie brzusznej ciężkie sprawy zapalne (z gorączką), których punkt wyjścia trudno bliżej określić. Rozpoznanie waha się w takim razie między kamicią żółciową a zapaleniem wyrostka robaczkowego. Ponieważ nieprawidłowe przemieszczenie wyrostka ku górze i do wewnątrz zdarza się względnie często, zwłaszcza w młodym wieku, przeto u ludzi młodych przede wszystkim należy myśleć o zapaleniu wyrostka robaczkowego, natomiast u starszych, przeważnie zaś u kobiet, o zapaleniu pęcherzyka żółciowego.

B. Kamica żółciowa z żółtaczką. Żółtaczka może być:

a) następstwem silnego zapalenia pęcherzyka wskutek przejścia sprawy zapalnej na przewody żółciowe. Ta t. zw. żółtaczka zapalna zazwyczaj bywa słabo wyrażona i trwa krótko, znika ona po ustaniu sprawy zapalnej w pęcherzyku, wyjątkowo zaś może trwać długo, jeżeli zapalenie pęcherzyka bywa uporczywe;

b) powtórne może ona być następstwem zatkania przewodu żółciowego przez kamień, *resp.* zapalenia przewodu żółciowego wskutek tkwiącego w nim kamienia. Jak odróżniać obie postacie, o tem już wyżej była mowa.

Po wystąpieniu żółtaczk w celu rozpoznania różniczkowego należy wyłączyć cierpienia następujące:

1) Wszelkie sprawy ropne w wątrobie, przebiegające z żółtaczką, jako to: zropiałe bąblowce i gummata, ropnie wątroby u osób, przybyłych ze stron podzwrotnikowych, sprawy piemiczne, mające za punkt wyjścia wyrostek robaczkowy, guzy hemoroidalne i t. d.

2) Tętniak *art. hepaticae* może wywołać napady (bóle wraz z żółtaczką) podobne do napadów kolki wątrobowej.

3) Sprawy zapalne i nowotworowe w dwunastnicy i trzustce oraz kamienie w tej ostatniej.

4) Pierwotne i wtórne nowotwory wątroby.

5) Wreszcie wiele innych cierpień wątroby, albo też choroby ogólne ustroju z udziałem wątroby.

Pamiętać należy, że wiele z powyżej przytoczonych chorób mogą istnieć jednocześnie z kamicią żółciową. O stosunku raka do kamieni żółciowych niżej jeszcze obszernie pomówimy.

Nowe trudności w rozpoznawaniu nasuwają się, gdy przychodzą fatalne następstwa dłuższego przebywania kamienia w przewodzie żółciowym: *angiocholitis* ropień wątroby, *thrombohepatitis* żyły wrotnej i t. d. Niestety, bardzo często rozpoznanie tych ciężkich następstw jest wprost niemożliwe. Często zwłaszcza niepodobna przeprowadzić różniczkowego rozpoznania między rakiem pęcherzyka żółciowego a t. zw. *perilicnitiide infectiosa* w przewodzie żółciowym. W jednym i drugim przypadku chory, dotknięty żółtaczką, nabiera cech charłactwa, traci łaknienie i ciągle cierpi.

Rokowanie w kamicy żółciowej zawsze uważać należy za wątpliwe. O ile niewinnym przedstawia się kamień w pęcherzyku w stanie spokoju przy otwartym przewodzie pęcherzykowym, o tyle ważne spustoszenia spowodzić on może, jeżeli przewód pęcherzykowy jest niedrożny, zaś w pęcherzyku zamiast surowicy nagromadza się ropa. Sprawy jednak ropne w pęcherzyku usunąć można przez podaną w porę pomoc chirurgiczną, gdyż mają one charakter miejscowy i odbywają się w nieważnym dla życia narządzie, zresztą nawet bez zabiegu chirurgicznego często następuje wyleczenie przez przedziurawienie do otaczających narządów. Pomiedzy możliwemi przedziurawieniami wytworzenie przetoki między pęcherzykiem żółciowym a dwunastnicą jest najpomysłniejsze, mniej pożądane jest przedziurawienie do poprzecznicy, gdyż kał może przedostać się do pęcherzyka i wywołać zakażenie.

Niebezpieczeństwo powiększa się, gdy kamień przez czas dłuższy pozostaje w przewodzie żółciowym (*d. choled.*). Sprawa, dotąd czysto miejscowa, zamienia się w sprawę ogólną, mogącą spowodzić nieobliczone dla ustroju następstwa, szczególnież możność powstania zakaźnego zapalenia, rozszerzającego się na cały układ żółciowy. Najgroźniejsze powikłanie stanowi rak pęcherzyka żółciowego. Według statystyki RIEDEL'a, 10% wszystkich chorych, zgłaszających się do jego kliniki z powodu kamieni żółciowych, cierpi na rak pęcherzyka żółciowego. Że nowotwór bywa następstwem kamieni, a nie odwrotnie, za tem przemawiają najnowsze prace statystyczne. DELANO AMES oblicza, że w 95,4% wszystkich przypadków kamica poprzedza powstawanie raka pęcherzyka. Autor ten wogóle tylko w jednym przypadku stwierdził tworzenie się kamienia żółciowego wskutek nowotworu, przyczem kamień składał się wyłącznie z fosforanu i węglanu wapnia bez najmniejszego śladu cholesteryny. Rak pęcherzyka początkowo nie daje żadnych objawów, w dalszym rozwoju powoduje bóle napadowe, których nie można odróżnić od zwykłej kolki wątrobowej. Bóle wkrótce stają się stałymi, przy przejściu nowotworu na wątrobę rozwija się powoli żółtaczką. Po jakimś czasie występuje puchlina brzuszna— objaw, mający doniosłe znaczenie dla rozpoznawania nowotworu, ze stolcem nieraz obficie wydziela się krew, wreszcie chory umiera przy objawach silnego charłactwa.

Nawet w tych przypadkach, w których kamienie odchodzą *per vias naturales*, chory nie zawsze pozostaje wolny od napadów kolki i zaburzeń w trawieniu, które zależeć mogą od pozostałych zrostów. Po większej części: w tych razach mamy większe lub mniejsze okresy wolne od dolegliwości, tylko bardzo rozległym zrostom towarzyszy stały ból. Dla czego jednak ból nagle powstaje, czemu znika, od

czego zależy długi okres spokoju — na wszystkie te pytania autor odpowiedzieć nie umie.

Leczenie. Oryginalny pogląd autora na leczenie kamicy żółciowej, zwłaszcza na działanie wody karlsbadzkiej, logicznie wypływa z jego teorii, które wyżej obszernie omawialiśmy. Woda karlsbadzka, zdaniem RIEDEL'a, w kamicy działa tylko w charakterze środka czyszczącego. Nic tak nie usuwa bólu w ostrym zapaleniu pęcherzyka żółciowego, jak energiczne *eccoprocticum*. Środek czyszczący wywołuje podrażnienie *resp.* przekrwienie błony śluzowej kiszek; krew odpływa od dotkniętego sprawą zapalną pęcherzyka do naczyń kiszek, co łagodzi ból. Nawet gdy kamień utkwił w przewodzie żółciowym i tam wywołuje wskutek stanu zapalnego bóle i żółtaczkę, nieraz jednej butelki wody gorzkiej wystarcza do usunięcia powyższych objawów. Działanie środka czyszczącego polega na odciąganiu krwi z pęcherzyka, nie zaś na wypędzaniu kamieni z pęcherzyka lub przewodów. Tylko po t. zw. napadzie skutecznym, gdy kamień już przekroczył brodawkę, środek czyszczący, może przyczynić się do szybszego wydalenia kamienia z przewodu pokarmowego. Najważniejszą rolę w przesuwaniu kamieni żółciowych, jak nam już wiadomo, odgrywa t. zw. *perialienitis*, t. j. sprawa zapalna w okolicy kamienia w pęcherzyku żółciowym *resp.* w przewodzie żółciowym. Otóż woda karlsbadzka, łagodząc bóle z jednej strony przez odciąganie krwi z pęcherzyka, z drugiej strony tem samem osłabia sprawę zapalną, innemi słowy paraliżuje siłę pędzącą kamienie. Przez wody karlsbadzkie osiągamy skutek wprost przeciwny temu, do jakiego zmierzamy. Jeżeli zaś w Karlsbadzie u chorych odchodzą nieraz kamienie, to dzieje się to nie dzięki słynnemu źródłu, lecz pomimo tego źródła. To, co się mówiło o wodzie karlsbadzkiej, stosuje się również do wszystkich innych środków, które niby to mają kamienie przesuwać (oliwa, gliceryna i t. d.). Wszystkie one zmniejszają bóle podczas napadów, natomiast na wędrówkę kamieni żółciowych nie mają najmniejszego wpływu. Jeżeli już mamy wierzyć w działanie środków żółciopędnych (cholagoga) w kamicy (salicylan sodu i t. d.), to przynajmniej należałoby je racjonalnie stosować. Gdy kamień utkwił w przewodzie pęcherzykowym, żółć przecież wcale do pęcherzyka nie przechodzi, zalecanie więc choremu w tych warunkach środków żółciopędnych nie ma racji bytu. Również chybione będzie ich działanie tam, gdzie kamienie znajdują się w pęcherzyku żółciowym przy otwartym przewodzie pęcherzykowym, albowiem produkowana w większej ilości żółć będzie się wydzielala do przewodu pokarmowego, nie zaś do pęcherzyka, aby ztamtąd kamień usunąć. Środki żółciopędne wskazane są tylko przy kamieniach, które bezpośrednio po pierwszym napadzie przeszły do przewodu żółciowego, a więc *in dubio* są małe. Ale nawet w tych przypadkach wpływ żółci jest bardzo problematyczny, gdyż, jak nam już wiadomo, przetrzącanie kamieni z przewodu pęcherzykowego przez brodawkę zależy przeważnie, jeżeli nie wyłącznie, od sprawy zapalnej w samym przewodzie. Środków, pędzących kamienie, nie znamy wcale. Skoro kamienie sprawiają dolegliwości, muszą one być usunięte na drodze operacyjnej albo też przeciśnięte do kiszek. Natura sama je przesuwa, nie lekarz, jeżeli, rozumie się, kamienie są małe, a przewody odpowiednio szerokie. To też takie przypadki należy pozostawiać siłom natury.

Jakie są wskazania operacyjne w kamicy?

Jeżeli po t. zw. napadzie skutecznym odchodzą ze stolcem kamienie niewielkich rozmiarów, to należy wyczekiwać nawet wtedy, gdy przy następnych, często powtarzających się napadach, kamienie więcej się nie pokazują w wyróżnieniach, co pozwala przypuszczać, że obok małych tkwią większe kamienie, najprawdopo-

dobniej w pęcherzyku lub przewodzie pęcherzykowym, jeżeli przy powtarzających się napadach żółtaczka była przejściowa, albo też w przewodzie żółciowym, jeżeli żółtaczka była silnego natężenia. Operacja jest wskazana chyba tylko tam, gdzie chory bardzo dotkliwie cierpi z powodu częstych oraz silnych napadów kolki, również gdzie po odejściu małych kamieni znowu tworzy się puchlina wodna pęcherzyka, która przemawia za obecnością w pęcherzyku większego kamienia.

Natomiast bezskuteczne zapalenie dotkniętego puchliną wodną pęcherzyka zawsze daje wskazanie do zabiegu chirurgicznego bez względu na to, czy kamienie są duże, czy też małe. Właściwie po pierwszym napadzie bezskutecznym należałoby już operować. Operacja w początkowym okresie choroby nie przedstawia najmniejszego niebezpieczeństwa. Mało jednak znajdzie się osób, które zaraz po pierwszym ataku zgodziłyby się na operację. Napady się powtarzają. Wskazanie do operacji pozostaje. Po kilku napadach bez żółtaczki występuje nareszcie żółtaczka pochodzenia zapalnego, a więc słaba i przejściowa, albo też przyłącza się gorączka, początkowo tylko podczas napadów, później już stała, t. j. na miejsce surowicy zbiera się w pęcherzyku ropa. Potrzeba zabiegu chirurgicznego staje się nagłą, gdy życiu chorego zagraża niebezpieczeństwo. W dalszym ciągu nagle wybucha gwałtowny napad, szalony ból wraz z ciężką żółtaczką (*icterus gravis*) — większy kamień, który może już od dłuższego czasu tkwił w przewodzie pęcherzykowym, przesunięty został do przewodu żółciowego. Jeżeli kamień w ciągu 24 godzin nie przeszedł przez brodawkę do kiszek, to mało pozostaje szans na jego odejście *per vias naturales*, gdyż jest on prawdopodobnie zbyt duży. Należy go wówczas usunąć na drodze operacyjnej przez choledochotomię.

Wskazany jest również zabieg chirurgiczny w *angiocholitis*, z wyjątkiem tych przypadków, w których istnieją liczne przerzuty w oddalonych narządach; natomiast pojedyncze ognisko, np. w płucach, nie stanowi przeciwwskazania do operacji, jeżeli tylko można kamień usunąć. Należy zawsze pamiętać o tem, że ropa, pochodząca z samych dróg żółciowych, bywa natury względnie nie złośliwej.

Dużych kamieni ustrój nie może się inaczej pozbyć, jak przez przedziurawienie do sąsiednich narządów. Są to sprawy dla ustroju nie zawsze obojętne. Przez przetokę np. między pęcherzykiem a poprzecznicą przetwory gnilne przedostają się z jelit do pęcherzyka. Aby temu zapobiedz, należy większe kamienie we właściwej porze usuwać na drodze operacyjnej.

L I T E R A T U R A.

- 1) RIEDEL. „Erfahrungen ueber die Gallensteinkrankheit“. Berlin. 1892. 2) RIEDEL. „Die chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit“. Handbuch der speciellen Therapie von Penzoldt und Stintzing. 1896. Bd. IV. 3) RIEDEL. „Zur Pathogenese und Diagnose des Gallensteinkolikafalles“. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie. Bd. III. H. 2. 1898.

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

D-r. med. S. ORŁOWSKI.

SYFILIS RDZENIA.

(Wyd. z zap. Kas. Mianowskiego. Warszawa 1898 r. str. 340. Rub. 1.).

Obecny nadmiar literatury peryodycznej lekarskiej, w której labiryncie przeciętny czytelnik zorientować się wcale nie może, jedynie w ukazywaniu się wyczerpujących a zwięzłych, krytycznie napisanych monografii szczęśliwą przeciwwagę znaleźć jest w stanie. Co prawda, trudno o tego rodzaju dzieła: wymagają one bowiem oprócz zdolności piszącego do obejmowania okiem szerszego widnokręgu, oprócz obfitego własnego materiału, gdyż książkowe poznanie przedmiotu nigdy osobistego doświadczenia nie zastąpi — jeszcze i ogromnego nakładu pracy w poznaniu i należytem ocenieniu literatury odnośnego działu.

Takim jednak wartościowym dla naszego piśmiennictwa lekarskiego nabytkiem jest monografia D-ra ORŁOWSKIEGO. Obszerną swą pracę poświęcił autor sprawie niezmiernie doniosłej zarówno pod względem naukowo-teoretycznym, jak i czysto praktycznym. Syfilis rdzenia, jakkolwiek jest cierpieniem dość częstym, przez licznych autorów bardzo skrętnie badanem, przedstawia dotąd dziedzinę, w której wciąż jeszcze wiele stron pozostaje ciemnych, sprzecznych zarówno dla anatomo-patologa, jak i klinicysty. Autor miał szczęśliwą myśl, ale też i niezmiernie trudne zadanie usystematyzować to, co w rzeczonej dziedzinie poznane już zostało, oraz, dzięki własnemu nader bogatemu materiałowi i doświadczeniu, wiele spraw we właściwym świetle przedstawić.

Praca oparta jest na 26 przypadkach własnych autora. Z tych 5 z badaniem pośmiertnem, oraz 34, wydobytych z archiwum klinicznego moskiewskiego uniwersytetu. Już sam fakt szperania pośród tysięcy kart szpitalnych świadczy o stopniu pracowitości i zamięłowania autora do swego przedmiotu. Na 28 stronicach rysu historycznego czyni autor przegląd krytyczny ważniejszych prac, dotyczących syfilisu rdzenia, z którego czytelnik poznaje, jakie fazy przechodziła nauka o rzeczonym cierpieniu; w dziale tym między innemi autor dłużej zatrzymuje się na pracach DOMAŃSKIEGO, GAJKIEWICZA i GOLDFLAMA. Następuje opis czterech przypadków własnych autora z badaniem pośmiertnem. Jakkolwiek przypadki te są zarówno jak i wszystkie inne wyczerpująco ze strony klinicznej opracowane, główną jednak ich wartość stanowi badanie anatomiczne. To ostatnie, dokonane niezmiernie szczegółowo, zaznajamia czytelnika poglądowo z anatomią patologiczną syfilisu rdzenia. Szczęśliwym trafem zmiany anatomiczne tych przypadków są nadzwyczaj charakterystyczne, tak iż czytelnik przygotowany zostaje do uogólnień, jakie znajduje w następnym rozdziale, poświęconym opisowi anatomii patologicznej przymiotu rdzenia. Zdaje się, że jest to dziedzina badań, którą autor ze szczególnem upodobaniem uprawia: tyle w niej okazuje on znajomości przedmiotu, tak szczegółowo ją opracowuje. Pomimo zawiłości tematu, dział ten jest bardzo jasno wyłożony. Autor swemi badaniami uwydatnił przeważający udział żył w pośród zmian naczyńiowych w rdzeniu. W końcu rozdziału podany jest szkic klasyfikacji anatomicznej syfilisu rdzeniowego.

Przechodząc do części klinicznej, autor dzieli przypadki syfilisu rdzenia na ostre i przewlekłe, sam słusznie przyznając, że podział taki nie jest bez zarzutu;

opisuje przypadki pierwszej kategorii, po czym kreśli ogólny obraz kliniczny przypadków o przebiegu ostrym. Tak samo czyni i z drugą kategorią.

Następuje szereg przypadków syfilisu mózgodzeniowego i kliniczny obraz tego cierpienia. Przypadki — niektóre bardzo interesujące — opisane są zwięźle, wybitne objawy uwydatnione, kliniczna ich strona odpowiednio oświetlona, obraz ogólny skreślone wszechstronnie, barwnie.

Następny rozdział omawia typy kliniczne syfilisu rdzenia, w zależności od umiejscowienia sprawy chorobowej, okresu cierpienia i t. p. Opisane są tu obrazy kliniczne przymiotu kręgosłupa, opon rdzeniowych, obraz chorobowy przy zajęciu części szyjowej rdzenia, grzbietowej i t. d. przy czym autor występuje jako przeciwnik odrębności nozologicznej *paralysis spinalis syphilit.* ERB'a. Całemu temu rozdziałowi zarzuciłbym to jedno, że nie jest on umieszczony we właściwym miejscu. Zdaje mi się, że jasność wykładu zyskałaby na tem, gdyby rozdział ten następował bezpośrednio po ogólnym obrazie klinicznym syfilisu rdzenia, jako zbiór poszczególnych jego postaci; poprzedzający zaś go rozdział o syfilisie mózgodzeniowym powinienby po nim następować, a raczej być doń włączony jako traktujący o jednym z typów klinicznych syfilisu rdzenia.

Obszerny rozdział poświęcony został opisowi jeszcze dwóch kategorii cierpień przymiotowych rdzenia: w pierwszej mieszczą się cierpienia rzekomo układowe, t. j. takie, w których dzięki szczególnemu umiejscowieniu sprawy chorobowej wytwarza się jeden z obrazów układowego, zazwyczaj niesyfilitycznego cierpienia rdzenia, jak *tabes*, *poliomyelitis anterior*, *sclerosis dissem.*, *sclerosis lateral.*; do drugiej należą kombinacje cierpienia niesyfilitycznego (np. *tabes*, *sclerosis dissem.*) z cierpieniem rdzenia czysto syfilitycznem. I ten dział, niezmiernie trudny pod względem rozpoznawczym, jest obficie i przekonywająco ilustrowany przypadkami autora, z których jeden został sprawdzony sekcyjnie (kombinicya zwykłej *sclerosis dissem.* z *meningomyelitis syphil.*).

Następne rozdziały omawiają etiologię, rozpoznanie, rokowanie i leczenie. Część statystyczna tych działów znana jest czytelnikom „Medycyny“ z pracy tegoż autora, drukowanej w r. 1895.

Dział bibliograficzny obejmuje kolosalną cyfrą 382 prac. Książkę zdobią 4 tablice bardzo dokładnych i pięknych rysunków.

Autorowi za zasługę poczytać należy unikanie obcej terminologii.

W powyższym szkicu zaledwie pobieżnie udało mi się zapoznać czytelnika z ogólnym planem dzieła; tem goręcej zachęcić go mogę do zaznajomienia się bezpośredniego z książką, w której i lekarz praktyk znajdzie nie jedno wyjaśnienie i wskazówkę w postępowaniu.

S. Bernstein.

Ś. p. d-r med. Witold Narkiewicz Jodko.

W dniu 12 listopada r. b. zakończył życie ś. p. Witold NARKIEWICZ JODKO, doktor medycyny.

W ostatnich czasach tylu wybitnych lekarzy pogrzebaliśmy, iż się już dziwić przestaliśmy, że się jeszcze jedna mogiła otwiera. Zgon ś. p. d-ra JODKO odbił się smutnem echem w sercach starszych lekarzy naszych, bo nie jedno z młodszych pokoleń lekarskich mało o nim wiedziało, gdyż nieboszczyk od dawna praktykę porzucił; stan zdrowia nie pozwalał Mu na nią. Jeden z najwybitniejszych lekarzy warszawskich przed niedawnym jeszcze czasem dokonał pracowitego żywota na wsi, w majątku Bobowni, w gub. Mińskiej, w wieku niespełna lat 64.

Ś. p. Witold NARKIEWICZ JODKO urodził się dnia 23 grudnia 1834 r. w rodzinnym majątku Pukowie, położonym w gubernii Mińskiej, w powiecie Ihumeńskim. Skończywszy nauki przygotowawcze w b. instytucie Szlacheckim w Mińsku, wstąpił na wydział lekarski uniwersytetu Dorpackiego (Jurjew) w r. 1854, a już w marcu 1859 zdał egzamin na stopień doktora medycyny. Po dłuższej podróży naukowej, obronił rozprawę doktorską przed b. Radą Lekarską w Warszawie w dniu 20 października 1860 r. Rozprawa ta p. t. „O sympatycznem cierpieniu oka“, drukowana była następnie w „Pamiętniku Tow. Lek. Warsz.“. W tymże roku został mianowany ordynatorem oddziału ocznego w szpitalu Starożakonnych. W r. 1862 przedstawił konferencji b. Akademii Medycznej Warszawskiej pracę napisaną w celu uzyskania *Veniam legendi*, p. t. „O przestrzeni akomodacyjnej i sposobach jej wymierzania tudzież o akomodacji prawidłowej“. Po publicznej obronie tej rozprawy w styczniu r. 1863 rozpoczął wykłady z dziedziny okulistyki w b. Szkole Głównej, jako docent oftalmologii. Przez pierwsze trzy lata wykładał o badaniu oka za pomocą wziernika, przez następne trzy — o operacjach ocznych. W r. 1870 został ordynatorem Instytutu Oftalmicznego im. ks. E. Lubomirskiego.

Pełen zapału dla nauki, który przejął od swego nauczyciela Albr. GRAEFE'go, ciągle szedł za jej postępem, a zdobyciami własnymi dzielił się z ogółem lekarskim w licznych pracach, które pomieszczał w „Tygodniku Lekarskim“, a później w „Pamiętniku Tow. Lek. Warsz.“ i w „Gazecie Lekarskiej“, której był czynnym bardzo członkiem redakcji. Jako członek Tow. Lek. Warsz. przedstawiał na posiedzeniach bardzo często ciekawe przypadki chorób oczu, objaśniając je jasno i z wielką swadą. „Słownik Lekarzy Polskich“ daje spis przeszło 70 prac ś. p. JODKI. Oprócz licznych przypadków kazuistycznych, pomieszczał sprawozdania z postępów okulistyki na Zachodzie i wydawał rozrzucone sprawozdania z działalności oddziału ocznego w szpitalu Starożakonnych, a od roku 1870 — z Instytutu Oftalmicznego.

Oprócz tego brał udział w „Wydawnictwie Biblioteki Umiejętności Lekarskich“, wydawanej przy „Gazecie Lekarskiej“, dla której opracował oftalmologię podług WEEBER'a, z licznymi oryginalnymi dodatkami.

Dotknięty ciężką chorobą piersiową, zmuszony był w r. 1831 wyjechać na południe, a gdy pomimo pewnej poprawy nie mógł podjąć pracy, z jaką połączona jest rozległa praktyka lekarska, w r. 1883 opuścił Warszawę i zamieszkał w majątku swym Bobowni, niedaleko od Nieświeża. Tutaj w lepszych warunkach zdrowotnych stan Jego poprawił się, co pozwoliło Mu na rozwinięcie nader rozległej działalności lekarskiej. Bobownia stała się rodzajem sanatorium dla chorych na oczy. Z bliskich i dalekich stron zjeżdżali się do Niego chorzy, ambulatoryum co-

dziennie po kilkudziesięciu chorych liczyło, a w miasteczku nie było domu, w którymby nie leżał jakiś przyjezdny, ciężiej chory lub operowany. Niestety, zachorował na moczówkę cukrową, a coraz bardziej słabnące siły fizyczne zniewoliły Go do zupełnego przerwania praktyki.

Ale niesłabnąca Jego energia ducha znalazła inne ujście: wkrótce po przyjeździe w swoje strony rodzinne zasłynął jako dzielny i wykształcony rolnik. Bobownia stała się jednym z najlepiej w okolicy gospodarowanych majątków, a sąsiedzi zewsząd do Niego po radę zjeżdżali. Jako czynny członek Tow. Rolniczego, pełen praktycznego poglądu na sprawy i potrzeby okolicznego ziemianstwa, wybrany został na członka zarządu, a w ostatnich czasach został członkiem syndykatu rolnego.

W ten sposób ś. p. JODKO przeszedł przez życie, a gdy w dniu 12 b. m. zamknął na zawsze powieki, do grobu poszedł za Nim żal szczery, żal po dzielnym obywatelu.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= A. LINDSTREM opisuje przypadek *mollusci contagiosi* ciekawy z tego względu, iż guzikami usiana była cała powierzchnia ciała. Na zasadzie literatury danego przedmiotu autor wnioskuje, że na korzyść pasorzytniczego pochodzenia miękczaka przemawia nie tylko drobnowidzowy obraz swoistych zmian komórek, ale także i liczne spostrzeżenia różnych znanych klinicystów, niezbieżne świadczące o zaraźliwości tej choroby, liczne przykłady endemicznego rozszczenia się jej w ochronkach dla dzieci i szkołach, a głównie zaś — dodatnie wyniki szczepień na ludziach zawartości miękczakowych guzików. (Medicin. Obozr. Luty. 1897).

= P. SCHARFF w ostrem zapaleniu dróg moczopłciowych dla złagodzenia bólu i zmniejszenia parcia na mocz stosuje w miejsce zwykle używanych czopków ławatywy z morfiną i belladoną, działanie których ma być o wiele szybsze i skuteczniejsze. Używa w tym celu mieszaniny: *Morphii muriat.* 0,3, *Atropini sulf.* 0,01, *Aq. destill.* 100,0; albo *Extr. thebaic.* 1,5, *Extr. Bellad.* 0,5, *Aq. dest.* 100,0. 5 gramów wystarcza do zniesienia bólu już po upływie 5—10 minut. Jeżeli chory gorączkuje, to radzi wlewać do kiszek prostej 3 razy dziennie po 5,0 następującej mieszaniny: *Cocaini mur.* 1,0, *Antyp. Natri salic. aa* 10,0, *Aq. destill.* 200,0. (Sem. med. Nr. 6. 1897).

J. Wid.

= COMBY spostrzegał u 5-letniego dziecka, dotkniętego zapaleniem ropnem ucha średniego, krwimocz po częstem stosowaniu przestrzykiwań ucha 1,5% kwasem karbolowym i wkrapianiu gliceryny karbolowej. (Soc. méd. des hôp. de Paris. 1898. 8. VII).

= ULRICH podaje wyniki leczenia 7 suchotników surowicą przeciwgruźliczą MARAGLIANO'a. Z miejscowych powikłań na skórze raz tylko wystąpiła pokrzywka, niepomyślnego wpływu na stan ogólny również nie zauważono. Ciepłota ciała u wszystkich chorych gorączkujących, po krótszym lub dłuższym przeciągu czasu, spadła do granic prawidłowych. Należy zatem przypuszczać, że przetwór MARAGLIANO'a ma działanie antytoksyczne swoiste. Na poprawę stanu płuc, powiększenie się wagi ciała, oraz na zawartość laseczników w płwocinie surowica wpływu nie wywarła. (Therapeut. Monatsch. Nr. 10. 1898).

= WOLFE podaje rzadkie spostrzeżenie opóźnionego miesiączkowania i pierwszej ciąży. Chora była od 19 roku życia bezskutecznie leczona z powodu braku miesiączki i później po wyjściu za mąż nigdy jej nie miała, aż nagle w 43 roku życia po przestachu miesiączka zjawiła się po raz pierwszy. Wkrótce potem osoba ta zaszła w ciążę i urodziła donoszone dziecko. (Lancet. 6. VIII. 1898).

S.