

MEDYCyna.

CZASOPISMO 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 Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O leczeniu radykalnem wilka rozsianego zwyczajnego (*lupus vulgaris disseminatus*) za pomocą pendzłowań czystym gwajakolem. Podał J. Funk. — Rzadsze przypadki z praktyki szpitalnej i ambulatoryjnej. Podał Sz. Kossobudzki. — 14 przypadków dławca błonniczego leczonych za pomocą intubacji. Podał F. Sachs (Ciąg dalszy). — O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego. Opisał K. Sacewicz. (Ciąg dalszy). — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 27 czerwca r. b. — IX Zjazd chirurgów polskich w Krakowie. Napisał S. Groszlik. (Ciąg dalszy). — O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym, za miesiąc lipiec r. b. — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCyna“

GAZETTE MEDICALE HÉBDOMADAIRE

destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r J. Funk — Sur le traitement radicale du lupus vulgaire disseminé. 2) D-r Sz. Kossobudzki — Quelques rares observations chirurgicales. 3) D-r F. Sachs — 14 cas de croup diphteritique, traités par l'intubation. 4) D-r K. Sacewicz — Sur de certains troubles des fonctions sexuelles.

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

„MEDYCyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r J. Funk — Ueber die radicale Behandlung des Lupus vulgaris disseminatus mittelst Guaiacolininselungen. 2) D-r Sz. Kossobudzki — Seltene Fälle aus der Praxis. 3) D-r F. Sachs — 14 Fälle von Diphterie - croup, behandelt mittelst Intubation. 4) D-r K. Sacewicz — Ueber gewisse Störungen der sexuellen Thätigkeit.

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

O LECZENIU RADYKALNEM WILKA ZWYCZAJNEGO ROZSIANEGO

(*lupus vulgaris disseminatus*)

za pomocą pendzłowań czystym gwajakolem.

Podał

J. FUNK.

Odmiana rozsiana wilka zwyczajnego (*lupus vulgaris disseminatus*) przedstawia wiele odrębnych rysów. Powstaje ona w sposób ostry, w postaci licznych prosówkowatych, rozrzuconych po powierzchni skóry guziczków, przeważnie u dzieci między 3 a 5 rokiem życia, bezpośrednio po odrze, rzadziej po płonicy lub ospie wietrznej. Guziczki te szybko rosną, dochodzą najwyżej do wielkości dziesiątki srebrnej, poczem przestają rosnąć i pozostają bez zmian w ciągu lat. Nowe ogniska później już nie powstają. Ilość ognisk bywa różna: od kilkunastu do stu i więcej. W przypadku LELOIR'a było około 150 wykwitów; to samo w przypadku PHILIPPSON'a (2) u dziewczynki 11-letniej (cierpienie wybuchło po płonicy, trwa od 4 lat). Ogniska wilka bywają rozrzucone po całej skórze, zazwyczaj dość symetrycznie, najczęściej na skórze kończyn, najmniej na twarzy.

Guziczki oddzielne są koliste, ściśle ograniczone, starsze guziki dość znacznie, do ćwierci centymetra nad poziom skóry wzniesione. Są one barwy żółto-brunatnej (koloru galarety z jabłek) lub brunatno-czerwonej, niekiedy półprzezroczyste, o powierzchni gładkiej lub pokrytej drobną łuską. Pojedynczy wykwit składa się niekiedy z kilku drobnych pierwotnych guziczków. Wykwity „*lupi vulg. disseminati*“ prawie nigdy nie ulegają owrzodzeniu, rzadko też ulegają przemianom wstecznym. Tak np. w jednym z przypadków Du CASTEL'a (3) po kilku latach trwania sprawy wykwity zbliżyły się w pośrodku, rosnąc jednocześnie u obwodu; to samo w przypadku TÖRÖK'a.

Nadmienię jeszcze, że w dwóch przypadkach HAUSHALTER'a (5) wystąpił *lupus vulgaris disseminatus* jednocześnie z innymi objawami gruźlicy (zmiany w gruczołach limfatycznych, *gummata scrophul.*, *otitis media*), w jednym zaś z przypadków Du CASTEL'a (4) wilka rozsianego powstały ropnie zimne na skórze i zmiany w gruczołach oskrzelowych.

I u dorosłych nie należą przypadki wilka rozsianego (*lupus vulgaris disseminatus*, *lupus miliaris acutus*) do bardzo rzadkich. W jednym z przypadków BESNIER'a (1) u młodej dziewczyny, chora zmarła wkrótce potem na zapalenie gruźlicze opon mózgowych.

W przypadku własnym, jeszcze nie ogłoszonym, wystąpił „*lupus miliaris corymbosus*“ u pani 20-letniej, bladej, delikatnie zbudowanej, której w latach dzieciennych wycinano zmienione gruczoły podszczękowe. Gruczoły limfatyczne szyjowe i obecnie są stwardniałe i nieco powiększone.

Badanie drobnowidzowe wilka rozsianego (JACQUET) (2) wykazuje ograniczone ogniska drobnokomórkowe, bez komórek olbrzymich. Nie znaleziono też laseczników KOCH'a, szczepienie jednakże świnkom morskim (w przypadku BESNIER'a i HAUSHALTER'a) dało gruźlicę. W przypadkach *lupus tuberculosis generalisatus* DANLOS i SABATIE (6) znalazł LEREDDE budowę drobnowidzową pośrednią między wilkiem zwyczajnym a różycowym.

Z moich dwóch przypadków *lupus vulgaris disseminatus* u dzieci widziałem pierwszy w moim ambulatoryum w szpitalu dla dzieci (ul. Śliska) w roku 1897. Był to chłopiec 3-letni, czerstwy, dobrze odżywiany, którego cierpienie powstało bezpośrednio po odrze i trwa od roku. Na skórze kończyn i tułowia około 30 guzików brunatno-czerwonych, wielkości prawie dziesiątki srebrnej, wzniesionych na ćwierć centymetra nad poziom skóry; dwa guziki owrzodzone na przegrodzie nosowej skórnej. Zaleciłem pendzlowanie wykwitów czystym gwajakolem 2 razy dziennie. Po upływie dwóch miesięcy wykwity wszystkie bez wyjątku znikły, pozostawiając niewielkie płytkie blizny na wszystkich poprzednio zajętych miejscach. Chłopca tego jeszcze parę razy później widziałem w dobrym zdrowiu.

Drugi przypadek (J. Helena) widziałem w moim ambulatoryum szpitalnem w początku roku bieżącego u bladej, delikatnej, 3-letniej dziewczynki. Wysypka powstała przed półrokiem również po odrze. Kilkanaście typowych wykwitów *lupi vulgaris disseminati*, wielkości prawie dziesiątki srebrnej, koloru żółto brunatnego (koloru galarety z jabłek), półprzezroczystych, gładkich, mocno wystających, rozrzuconych po skórze tułowia i kończyn. Na policzku wykwit wielkości złotówki srebrnej, zbliżony w części środkowej, usiany typowymi guziczkami wilka (*lupus vulg.*) u obwodu. Po nad kolanem wykwit wielkości dziesiątki srebrnej typu „*lupus verrucosus*“. Zaleciłem pendzlowanie wykwitów czystym gwajakolem dwa razy dziennie. Po upływie 3 miesięcy, w czerwcu widziałem dziewczynkę powtórnie: wszystkie wykwity zni-

kły, zostawiwszy drobne płytkie, białe blizny, z wyjątkiem tylko dwóch opisanych wyżej wykwitów, które pozostały bez zmiany.

Z tego spostrzeżenia można wnioskować, że gwajakol leczy wykwity „*lupi vulgaris disseminati*“, o ile nie uległy przeistoczeniu w zwykłą postać wilka (*lupus vulgaris*). W istocie próby leczenia zwyczajnego wilka czystym gwajakolem, kilkakrotnie przeze mnie podejmowane, nie dały dobrych wyników. Polem przeto odpowiedniem dla stosowania gwajakolu są przypadki „*lupi vulgaris disseminati, lupi miliaris*“).

Pendzlowania gwajakolem są całkowicie bezbolesne.

LITERATURA.

1) BESNIER. Lupus tuberculeux aigu, nodulaire, disséminé. Annales de Derm. 1889, str. 32. 2) PHILIPPSON. 2 Fälle v. Lupus vulgaris disseminatus im Anschluss an acute Exantheme. Berliner Kl. Woch. 1892, str. 358. 3) DU CASTEL. Tuberculose de la peau disséminée consecutive à la rougeole. Annales de Derm. 1895, str. 295. 4) DU CASTEL. Tuberculoses de la peau consecutives à la rougeole. Annales de Derm. 1898, str. 729. 5) HAUSHALTER. Deux cas de lichen scrophulosorum chez l'enfant; nature tuberculeuse de l'affection. Annales de Derm. 1898, str. 455. 6) DANLOS et SABATIÉ. Lupus tuberculeux généralisé. Annales de Derm. 1899, Nr. 4. 7) C. FAX. Tuberculose miliaire exanthematique. Annales de Derm. 1898, str. 1157. Derm. Soc. London. 8) ADAMSON. Case of multiple cutaneous lupus following measles. Brit. J. of Derm. 1899, I. 9) TÖRÖK. Verein Ungar. Dermatologen. 1896. October. Demonstracya dziecka 2½ letn. z lupus multiplex po odrze.

Z KRAJOWEGO (ZIEMSKIEGO) SZPIT. W LIPÓWCE, W POW. BOŁCHOWSKIM GUB. ORŁÓW.

Rzadsze przypadki z praktyki szpitalnej i ambulatoryjnej.

Podał

SZYMON KOSSOBUDZKI

lekarz krajowy.

a) Przypadek wycięcia dolnej części kości piszczelowej z powodu martwicy po ostrem zapaleniu szpiku kostnego.

19 kwietnia 1897 roku do szpitala przywieziono 16-letniego chłopca wiejskiego. W marcu nagle dostał dreszczów, gorączki, bólu głowy z ogólnym osłabieniem. Do tego dołączyło się bredzenie i ból w prawej goleni. Po pewnym czasie goleń obrzękła, skóra na niej poczerwieniała, w jednym miejscu wystąpiło chelbotanie. W tem miejscu skóra pękła, i z otworu zaczęła wypływać ropa w niewielkiej ilości. Chory błydy, wychudzony, policzki i oczy zapadłe.

Narządy oddechowe, trawienia, krwiobiegu i moczopłciowe w porządku; ciepłota 38,5°; tętno przyspieszone; ogólne osłabienie; zawroty głowy przy siedzeniu.

W dolnej części prawej goleni trochę nazewnątrz od grzebienia kości piszczelowej znajduje się okrągły, niewielki otwór w skórze, z którego płynie krwawy surowiczo-ropny płyn. Przez otwór ten zgłębnikiem można wymacać kość obnażoną o nierównej powierzchni. Nad tem miejscem kość piszczelowa wrażliwa na ucisk. Stopa obrzękła; skóra przy kostce wewnętrznej sino-czerwona.

21 kwietnia w uśpieniu chloroformowem zrobiłem cięcie od otworu na dół do stawu goleniowo-stopowego i w górę do połowy goleni. Na dnie ukazała się obnażona i powygryzana kość piszczelowa. Okostna odstaje, w wielu miejscach brak jej zupełnie, tak że kość można dokoła obejść palcem.

Kość tę, oddzieloną zupełnie od chrząstki stawowej, w całości wypiłowałem za pomocą piły łańcuskowej.

Pozostałą chrząstkę i powierzchnię stawu dokładnie wyskrobałem łyżeczką, jako też szpik kostny w pozostałej piszczeli.

Resztę martwych tkanek usunąłem bądź łyżeczką, bądź nożyczkami. Jamę całą wypełniłem muslinem wyjałowionym, napojonym gliceryną terebentową, i nałożyłem opatrunek.

Na drugi i trzeci dzień rano ciepłota prawidłowa, wieczorem wyżej 38°.

Po operacyi chory nieco gorączkuje, lecz wogóle ma się dobrze.

Po 3 dniach na przedniej powierzchni goleni powyżej rany utworzył się ropień, który przeciąłem. Na dnie rany wyczuwa się kość obnażoną.

Opatrunek zmieniałem co trzy dni. Ciepłota niekiedy wieczorami przechodziła 38°, od 11 maja była stale prawidłowa. Chory zaczął się poprawiać.

Rana goiła się prawidłowo, tak, iż 10 lipca pozostały tylko dwie przetoki, prowadzące do kości. Górna część chorej goleni grubsza od tegoż miejsca goleni zdrowej. Kończyna na całej długości twarda, krótsza od lewej, wskutek czego chory, stojąc, opiera się na palcach. Stopa węższa i szczuplejsza od zdrowej.

1 sierpnia. Chory chodzi o kuli.

15 sierpnia przy wypisaniu się chorego stwierdzono: Noga krótsza na dwa palce. Chory chodzi, nie czując bólu, trochę kuleje, ponieważ opiera się na palcach i piętą nie dostaje ziemi. W niewielkim stopniu zgina i rozgina stopę. W górnej połowie goleni pozostały dwie przetoki, prowadzące do kości obnażonej.

W pół roku potem widziałem chorego. Chodził bardzo dobrze bez laski, kulejąc bardzo mało; przez kilka pierwszych miesięcy nie doznawał żadnych dolegliwości, tak że mógł się oddawać wszelkim pracom wiejskim. W ostatnim czasie z pozostałych przetok wydostawało się nieco więcej ropy, goleń jeszcze więcej zgrubiała i trochę bolesna. Obecnie, w półtora roku po operacyi, dowiedziałem się, że ów chłopak doskonale chodzi. Pozostała tylko jeszcze jedna przetoka, z której od czasu do czasu wychodzą małe martwaki.

Przypadek ten dowodzi, że w ciężkich nawet przypadkach zapalenia szpiku kostnego, zwłaszcza, jeżeli mamy do czynienia z osobnikiem młodym, nie koniecznie potrzeba uciekać się do odjęcia kończyny. Noga taka, jaka pozostała u naszego chorego, zawsze i stokrotnie lepszą się okaże od sztucznej, która zresztą dla większości jest niedostępna ze względu na wysoką cenę.

**b) Dwa przypadki wrodzonego zarośnięcia odbytu
z niedorozwojem odbytnicy.**

1) Dnia 31 października 1896 r. przyniesiono do mnie dziecko nowonarodzone, które od chwili urodzenia, t. j. przez całą dobę, nie miało wypróżnienia. Dowiedziałem się, że matka urodziła je piąte z kolei, i że, chociaż poprzednie dzieci nie żyją, jednakże wszystkie były zupełnie prawidłowo zbudowane.

Dziecko średniej długości i wagi, budowy dobrej. Włosy na główce gęste i długie, paznokcie rozwinięte należycie. Dziecko głośno krzyczy i rzuca nóżkami. Brzuch wzdęty i naprężony.

W miejscu, gdzie winien być odbyt, znajduje się płytkie, gładkie zagłębienie, pokryte bładą, dość grubą skórą. Pod niem w głębi na przestrzeni między końcem kości ogonowej i guzami kulszowymi nic nie daje się wymacać: nie czuć ani żadnego wypuklenia, ani żadnego stwardnienia, wszędzie palec spotyka jednakową sprężystą tkankę. Narządy płciowe nie są prawidłowo rozwinięte. Od wzgórka łonowego w dół ciągną się dwa mięsiste wálki, łączące się z sobą i odpowiadające wargom sromnym wielkim. Na przestrzeni, ograniczonej przez wargi wielkie, znajdują się: w kącie górnym łechtaczka, pod nią otwór zewnętrzny cewki moczowej, niżej zaś mięsisty twór, robiący wrażenie warg małych trochę zgrubiałych, pochylonych ku środkowi i zrośniętych najzupełniej.

Cewnik, wprowadzony do pęcherza, idzie ku górze i wewnątrz, przyczem wypływa mocz barwy jasno-żółtej, przezroczysty. W kierunku w bok lub w dół cewnik posuwać się nie daje. Dziecię do tego czasu oddawało 2—3 razy jasny i przezroczysty mocz. Wobec tego można było sądzić, że pęcherz nie komunikuje z pochwą, a względnie z odbytnicą.

Objasniwszy babkę, o co idzie, i uzyskawszy jej zezwolenie, przystąpiłem do operacji, która była przeprowadzona w uśpieniu chloroformowem z zachowaniem warunków ścisłej aseptyki.

Cięcie poprowadziłem warstwowo przez skórę, powięzie i mięśnie, od miejsca, gdzie się łączyły wargi wielkie, do miejsca gdzie było można wymacać koniec kości ogonowej.

Cięcie szło wysoko w głąb' miednicy. Pomimo to ani wzrokiem, ani palcem nie można było zobaczyć i wyczuć nic takiego, coby dawało wskazówki, w jakim kierunku iść należy, by odnaleźć odbytnicę.

Wobec tego ranę po dokładnem osuszeniu zaszyto. Przystąpiłem następnie do utworzenia sztucznego odbytu według sposobu LITTRE'go. I ta operacja nie doprowadziła do wyniku pożądanego. Dziecko 4 dnia po operacji zmarło.

2) W lipcu r. b. przyniesiono dziecię jednodniowe płci męskiej. Dziecię dobrze zbudowane, tłuste, dojrzałe, narządy płciowe zupełnie prawidłowo rozwinięte. Mocz oddaje czysty. Brak odbytu zupełny, tak że na właściwem miejscu niema żadnego znaku, nawet zagłębienia. Od moszny idzie szew kroczka, przechodzący w rowek nie głęboki międzypośladkowy. Zrobiłem cięcie na miejscu odbytu, lecz odbytnicy pomimo wysokiego posuwania się w głąb' miednicy nie znalazłem. Ranę zaszyto. Sztucznego odbytu na żądanie matki nie robiłem.

c) **Wypadnięcie odbytnicy wskutek nagłego powiększenia ciśnienia wewnątrzbrzusznego.**

W roku 1896 zwróciła się do mnie włościanka, skarżąc się, że od dwóch dni wystaje jej z odbytu bolesny krwawiący guz. Guz ten powstał przy okolicznościach następujących. Pijany sąsiad w bójce powalił ją na ziemię i nie spodzianie z całej siły przygniótł brzuch kolanem. Poczula ostry ból w dolnej części brzucha, wyszły z niej gazy i kał, a w kilka chwil potem spostrzegła na miejscu odbytu guz, z którego następnie sączyć się zaczęła krew.

Kobieta średniego wieku, wzrostu niskiego, tuszy dobrej, budowy dobrej. Narządy oddechowe, krwionośne i trawienia zupełnie prawidłowe. Powłoki brzuszne o dość grubej warstwie tłuszczu. Z odbytu wystaje ciemnoczerwony, krwawiący, sprężysty, trochę bolesny guz ścięto stożkowatej formy, pokryty śluzem, z otworem na wierzchołku. Otwór prowadzi do odbytnicy.

Skóra, otaczająca odbyt, przechodzi w błonę śluzową guza na dolnym tegoż obwodzie.

Nie ulegało wątpliwości, że była to wywinięta część odbytnicy; dała się ona z łatwością odprowadzić. Przy pierwszym stolcu kiszka znowu wypadła, chociaż nie w tak znacznym stopniu; chora sama ją sobie odprowadziła.

Po dwóch dniach spokojnego zachowania się, przy stosowaniu gorących garbnikowych wlewań, nastąpiło wyzdrowienie. Kiszka przy najsilniejszym wydymaniu się nie wypadała, i wogóle odbyt przedstawiał się najzupełniej prawidłowo.

Chora poprzednio była zupełnie zdrową, nigdy nie cierpiała na biegunkę krwawą, ani też nie miała guzów krwawnicowych. Nie miała nadto zaparcia stolca. Krocze, pomimo kilku porodów, prawie w zupełności zachowane.

Spostrzeżenie to podaję jedynie ze względu na to, że wielu lekarzy bardzo sceptycznie zapatruje się wogóle na możliwość wypadnięcia zdrowej odbytnicy.

Z WARSZAWSKIEGO SZPITALA DLA DZIECI WYZNANIA MOJŻESZOWEGO.

14 PRZYPADKÓW DŁAWCA BŁONICZEGO leczonych za pomocą intubacyi.

Podał

FELIKS SACHS

lekarz miejscowy.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 36).

Spostrzeżenie 4. *Angina et laryngitis diphtheritica.*

Marjem Z., 1½ roku, przybyła do szpitala 25 lutego o godzinie 8 wieczorem z rozległymi nalotami w gardzieli, chrypką, dusznością i kaszlem krupowym. Chora od 2 dni. W domu nie była leczona. Natychmiast po przybyciu otrzymała 1000 jednostek surowicy.

26. II. Ciepłota $39,5^{\circ}$. Tętno 144. Duszność zwiększyła się. Chorej powtórnie zastrzyknięto 1000 jednostek. O godz. $11\frac{3}{4}$ przed południem duszność tak się wzmogła, że należało wykonać intubację, użyto rurki najmniejszego kalibru (dla dzieci rocznych). O godz. 3 po południu rurka została wykrztuszona. Ponieważ oddech znowu stał się stenotycznym, nie czekając więc pogorszenia, wykonałem natychmiast reintubację oraz zastrzyknąłem po raz trzeci 1000 jednostek surowicy.

27. II. Ciepłota $37,8^{\circ}$. Niedowład miękkiego podniebienia. Połykając płyny, chora za każdym razem krztusi się i zwraca je nosem. Oddycha przez rurkę dobrze, wieczorem ciepłota $38,6^{\circ}$.

28. II. Ciepłota $38,6^{\circ}$. O godz. 8 zrana wykrztusiła rurkę. Oddech znowu stenotyczny. Kaszel suchy krupowy. Naloty błonnicze w gardzieli znikły. O godz. $9\frac{1}{2}$ zrana reintubacja. Pod prawą łopatką znaczna ilość rzężeń wilgotnych. Wieczorem ciepłota $38,8^{\circ}$.

1. III. Ciepłota $37,8^{\circ}$. Tętno 172. W nocy ponownie wykrztusiła rurkę, poczem duszność powróciła. Gdy zrana oddech stawał się coraz gorszym, wykonano reintubację o godz. 11 przed południem. Niedowład podniebienia miękkiego ustąpił. Połykanie odbywa się swobodnie. Pomimo że chora oddychała przez rurkę, oddech pozostawał przyspieszonym, a na twarzy zaczęła pojawiać się sinica. Nasunęło to podejrzenie, czy rurka nie została zatkana błoną. Celem sprawdzenia stanu rzeczy o godz. $1\frac{1}{2}$ po południu wykonano ekstubację. Światło rurki, jak się okazało, było jednak zupełnie wolne. Po upływie pół godziny reintubacja. Wieczorem ciepłota $39,2^{\circ}$.

1. III. Ciepłota $39,2^{\circ}$. Tętno 168. R. 80. O godz. 2 po północy posługaczka, widząc wzrastającą duszność i niepokój, wyciągnęła rurkę za nitkę. W rurce znajdowała się nieznaczna ilość śluzu. Duszność wszakże przez to nie zmniejszyła się. Ilość ruchów oddechowych w ciągu minuty doszła do 96. Pod prawą łopatką oddech oskrzelowy. Kaszel wilgotny bez odcienia krtaniowego. Stenoza bardzo nieznaczna. Jakkolwiek duszność obecnie była już tylko pochodzenia płucnego, objawy zaś ze strony krtani zupełnie prawie ustąpiły, to przecież, aby przynieść dziecku częściową choćby ulgę, wykonałem o godz. 11 zrana intubację rurką większego kalibru. Oczywiście przyspieszenie oddechu trwało w dalszym ciągu, wieczorem ciepłota $37,8^{\circ}$.

3. III. Ciepłota $38,2^{\circ}$. Tętno 172. R. 72. Oddech oskrzelowy słychać dziś pod obiema łopatkami. Liczne trzeszczenia. O godz. 9 zrana ekstubacja. Oddech pozostaje bez zmiany. O godz. 6 wieczorem śmierć.

I w tym przypadku, jak się zdaje, w związku z niedowładem podniebienia miękkiego rozwinęło się zapalenie płuc. Rurka pozostawała w krtani godzin $96\frac{3}{4}$ ($3\frac{1}{4} + 41 + 16\frac{1}{2} + 2\frac{1}{2} + 12 + 22$). Ostatnia intubacja w gruncie rzeczy była już zbędna, gdyż po 5 intubacjach stenoza całkowicie ustąpiła, i objawy dławca ustąpiły miejsca objawom zapalenia płuc. Rurka była wykrztuszana 3 razy.

Spostrzeżenie 5. *Laryngitis et rhinitis diphtheritica.*

Idesa O., lat 2, przybyła do szpitala 2 marca w południe. Odżywiana miernie. Na migdałach, w gardzieli, na nagłośni nalotów nie widać. Kaszel krupowy, chrypka, znaczna stenoza. Charakterystyczny nieżyt nosa. Objawy te trwają od 3 dni. Niezwłocznie po przybyciu chora otrzymuje 2000 jednostek surowicy. O godz. 2 po południu duszność jest tak alarmująca, że konieczną się staje intubacja, po której chora natychmiast się uspokaja. O godz. 11 wieczorem rurka zostaje wykrztuszona. Stan bezgorączkowy.

3. III. Ciepłota $37,4^{\circ}$. Kaszel suchy krupowy. W ciągu nocy duszność zaczęła się wzmacniać. O godz. 11½ zrana występuje sinica. Reintubacja. Po wprowadzeniu rurki do krtani chora wykrztusza błony dyfterytyczne, trudno jednak orzec, czy pochodzą one z krtani, czy też z jamy noso-gardzielowej. O godz. 5 po południu rurka znowu zostaje wykrztuszona. Ciepłota wieczorem $37,2^{\circ}$.

4. III. Ciepłota $36,8^{\circ}$. W nocy oddychała dobrze. Wydzielina z nosa bardzo obfita. Od południa duszność zaczyna powracać i ku wieczorowi staje się tak znaczna, że o godz. 6 wiecz. należy wykonać intubację. W nocy rurka została wykrztuszona, duszność jednak więcej już nie powracała, i po 4 dniach dziecko wypisuje się, jako zdrowe.

Do intubacji użyto w tym przypadku rurki, przeznaczonej dla dzieci rocznych. Rurka ta pozostawała w krtani godzin $22\frac{1}{2}$ ($9 + 5\frac{1}{2} + 8?$). Okres krytyczny wynosił godzin 60. Po każdej intubacji prędzej czy później następowało wykrztuszenie rurki.

Spostrzeżenie 6. *Laryngitis diphtheritica*.

Matys Z., lat 3, zachorował 10 marca. Z początku nastąpiła chrypka i kaszel krupowy, następnie zaś duszność, ustawicznie wzrastająca. Drugiego dnia choroby chory otrzymał 2000 jednostek surowicy, gdy duszność jednak nie tylko nie zmniejszała się, lecz przeciwnie coraz bardziej się wzmacniała, chory nazajutrz zrana otrzymał drugie 2000 jednostek, gdy zaś występować zaczęły objawy asfiksji, chory z wielkim pośpiechem przywieziony został do szpitala o godz. 5 po południu. W chwili przybycia chory robił wrażenie konającego: twarz biała z sinawym odcieniem, wargi sine, oddech powierzchowny, nieprzytomność. Wobec takiego stanu dyżurny felczer niezwłocznie wykonał intubację, po której chory szybko przyszedł do siebie. Wtedy dopiero można było chorego zbadać. Na migdałkach i w gardzieli nie było widać żadnych nalotów. W płucach nieliczne suche rżenia. Tętno niemiarowe. Po trzech godzinach rurka zostaje wykrztuszona. Stenoza powraca. Reintubacja. O godz. 1 po północy powtórne wykrztuszenie rurki (była ona przeznaczona dla dzieci dwuletnich, a więc zbyt mała dla naszego chorego). O godz. 4 po północy reintubacja.

13. II. O godz. 10 zrana rurka znowu została wykrztuszona. Oddech cokolwiek stenotyczny. Chrypka. Kaszel krupowy. Stan bezgorączkowy.

W ciągu 2 następnych dni objawy krupu stopniowo słabną. Oddech staje się swobodnym. Kaszel krupowy trwa jeszcze kilka dni. 24 marca zostaje wypisany, jako zdrowy.

Duszność w postaci napadów kurczu głośni powstała w tym przypadku wtedy dopiero, kiedy surowica zaczynała już działać. Temu tylko przypisać można krótki przebieg choroby. Okres krytyczny wynosił godzin 17, innemi słowy w ciągu 17 godzin choremu groziła śmierć wskutek uduszenia. Rurka pozostawała w tym czasie w krtani przez godzin 14 ($3 + 5 + 6$). Za każdym razem następowało jej wykrztuszenie.

Spostrzeżenie 7. *Laryngitis diphtheritica*.

Cywja C., lat 4, przybyła do szpitala o godz. 10 zrana dnia 19 marca. Chora od dwóch dni. Dziecko dobrze odżywiane. Gardziel i migdały zaczerwienione, oddech stenotyczny z wciąganiem nad- i podmostkowym. Kaszel suchy krupowy, chrypka. Chora otrzymuje 2000 jednostek surowicy. O godzinie 11 zrana duszność wzmacnia się, na twarzy występuje sinica. Intubacja. Bezpośrednio po wprowadzeniu rurki do krtani następuje silny kaszel, i chora wykrztusza znacznych rozmiarów błonę dyfterytyczną, poczem oddech staje się spokojnym. Połyka dobrze. Wieczorem ciepłota $38,2^{\circ}$.

20. III. Ciepłota $37,2^{\circ}$. Tętno 140. Noc przeszła spokojnie. O godzinie 9 zrana enukleacja rurki. Oddycha zrazu dobrze. Kaszel nieco wilgotny, lecz z odzieniem krtaniowym. Ku wieczorowi stenoza zaczyna wzrastać i o godz. $6\frac{1}{2}$ wiecz. konieczną się staje reintubacja. Wieczorem ciepłota $37,6^{\circ}$.

21. III. O północy rurka została wykrztuszona. O godz. $1\frac{1}{4}$ po północy znowu należało intubować. Zrana stan bezgorączkowy. Zastrzyknięto 1000 jednostek surowicy. O godz. 7 wiecz. ostateczna autoekstubacja.

22. III. Bez gorączki. Oddech swobodny. Kaszel wilgotny.

28. III. Wychodzi zdrowa.

W przypadku tym użyto rurki dla dzieci dwuletnich. Chora intubowana była 3 razy; dwa razy wykrztusiła rurkę. Ta ostatnia pozostawała w krtani godzin $45\frac{1}{4}$ ($22 + 5\frac{1}{2} + 17\frac{3}{4}$). Czas trwania największej duszności (okres krytyczny) wynosił godzin 56.

Spostrzeżenie 8. *Rhinitis, laryngitis, tracheitis, bronchitis diphtheritica.*

Dawid P., lat 5, zachorował 30 marca. Przybył do szpitala 1 kwietnia o godzinie $2\frac{1}{2}$ po południu, prawie w agonii. Chory nieprzytomny. Oddech stenotyczny bardzo powierzchowny. Sinica i znieczulenie ogólne. Odruchu łącznicowego brak. Tętno ledwie wyczuwalne. Intubacja. Oddech sztuczny. Eter pod skórę. Powoli chory zaczyna otwierać oczy i powracać do przytomności. Ruchy oddechowe stają się równiejsze, głębsze, wargi zaróżwiają się. Chory otrzymuje 3000 jednostek surowicy. Połykanie odbywa się z łatwością. Wtedy dopiero można przystąpić do badania. W gardzieli i na migdałach nalotów nie widać. Z nosa wypływa krwawa wydzielina. W płucach znaczna ilość rzężeń wilgotnych. Tętno słabe. O północy rurka zostaje wykrztuszona (nadmieniam, że użyto tu rurki dla dzieci od lat 5 do 7). W krótkim czasie rozwija się znaczna stenoza z sinicą i utratą przytomności. Reintubacja. Kaszlu prawie nie ma. Oddech przez rurkę nie zupełnie swobodny, później zaczyna się pogarszać. O godzinie 7 zrana śmierć.

Badanie pośmiertne. Wysiłek błonicy w jamie nosowej i krtani. W tchawicy tuż pod dolnym końcem rurki wysiłek dość znacznej grubości w postaci odlewu, rozgałęziającego się i w oskrzelach.

Jak wykazało badanie pośmiertne, śmierć nastąpiła tu wskutek przejścia sprawy błonicy na drobne oskrzela. Można wątpić, czy wobec tego tracheotomia okazałaby się skuteczniejszą od intubacji, bądź co bądź jednak, w danym przypadku wskazana była tracheotomia. Ze względu na łatwość wykrztuszania intubowany znajduje się w tych samych warunkach, co człowiek zdrowy, tracheotomowany zaś jest w położeniu o wiele korzystniejszym zarówno z powodu mniejszej długości kanału, prowadzącego z oskrzeli nazewnątrz, jak i z powodu znaczniejszej szerokości tegoż. Ztąd też przejście błonicy na oskrzela w połączeniu ze znacznym osłabieniem serca wielu autorów uważa za przeciwwskazanie do intubacji.

Spostrzeżenie 9. *Rhinitis, angina et laryngitis diphtheritica.*

Raca G., lat 2, zachorowała 8 kwietnia. Zrazu wystąpiła chrypka, kaszel krupowy i duszność. Wobec wzmagania się tych objawów chora nazajutrz przewieziona została do Warszawy (ze Skierniewic) i umieszczona w szpitalu 9 kwietnia o godz. 10 zrana. W chwili przybycia duszność była umiarkowana, tak iż zdawać się mogło, że przypadek ten nie będzie wymagał interwencji. Gardziel i migdały zaczerwienione i pokryte wysiękiem błonicy. Błonica nosa znaczna. Odżywianie mierne. Zaraz po przybyciu chora otrzymała 2000 jednostek surowicy. Począwszy od południa, duszność zaczęła się stopniowo wzmacniać i ku wie-

czorowi stała się dość silną. Postanowiono jednak wyczekać i zastrzyknięto powtórnie 2000 jednostek surowicy. Wieczorem ciepłota 37,6°.

10. IV. O godz. 1½ po północy wystąpiła sinica. Chora była wyczerpana całodzienną dusznością. Wobec groźnego stanu wykonałem intubację, nitki nie wyciągnąłem, jak to zwykle czynię, lecz za pomocą plastra lepkiego przytwierdziłem do skóry policzka. Natychmiast po wprowadzeniu rurki nastąpił silny kaszel i chora wykrztusiła błonę dyfterytyczną. Oddech stał się równym, i chora spokojnie zasnęła. Stan bezgorączkowy. Cały dzień przeszedł dobrze. O godz. 5½ wieczorem chora sama wyciągnęła sobie rurkę. Stenoza powróciła i po upływie 3 godzin doszła do tego stopnia, że znowu należało wykonać intubację. Tym razem użyto rurki dla dzieci rocznych. Wieczorem ciepłota 38,4°.

11. IV. Ciepłota 37,6°. O godzinie 5½ zrana rurka została wykrztuszona. Oddech znowu staje się stenotycznym, tak iż w południe musiałem wykonać intubację. Wieczorem ciepłota 39,2°.

12. IV. Ciepłota 36,8°. O godzinie 6½ zrana oddech się pogorszył. Posługaczka, sądząc, że rurka została zatkana błonami, wyciągnęła ją za nitkę, w rurce nie było jednak nic prócz nieznacznej ilości śluzu. Ponownie występuje stenoza, oddech staje się przyspieszonym. O godz. 11½ zrana reintubacja. Wieczorem ciepłota 37,6°.

13. IV. O godzinie 8½ zrana rurka zostaje wykrztuszona. Stenoza powraca. Po trzech kwadransach reintubacja. Połykanie przez cały czas łatwe. Wieczorem ciepłota 39,2°.

14. IV. Ciepłota 37,2°. Stan ogólny dobry. Wieczorem ciepłota 37,8°.

15. IV. Ciepłota 37,4°. O godz. 9¾ enukleacja rurki. Oddech swobodny, stan ogólny jednak uległ zmianie: chora straciła łaknienie. Wieczorem stenoza zaczyna powracać, i o godzinie 7½ wieczorem wykonaną zostaje intubacja. Ciepłota 38,8°.

16. IV. O godz. 9½ zrana enukleacja rurki, w południe stenoza powraca. Reintubacja. Wieczorem ciepłota 39,6°.

17. IV. Ciepłota 39,0°. Tętno 168. O godz. 9½ zrana ostateczna ekstubacja. Stan ogólny gorszy, niż dnia poprzedniego. Zupełny brak łaknienia, biegunka, znaczne pragnienie. W płucach liczne rżenia. Wieczorem ciepłota 39,4°.

18. IV. Ciepłota 36,8°. Oddycha dobrze. Biegunka ustała. Kaszel dość częsty, bezdźwięczny.

19. IV. Ciepłota 38,2°. Pojawił się niedowład podniebienia miękkiego, chora zwraca płyny nosem; połykając krztusi się za każdym razem. Pod lewą łopatką stłumienie i oddech oskrzelowy. Wieczorem ciepłota 37,8°.

20. IV. Stan ten sam. Ciepłota 37,2°. Połykanie prawie zupełnie niemożliwe, wszystko powraca nosem.

21. IV. Ciepłota 37,2°. Połykanie łatwiejsze. Stłumienie i oddech oskrzelowy słychać na większej przestrzeni, liczne trzeszczenia (zapalenie zachłystowe?). Łaknienie lepsze. Wypróżnienia prawidłowe. Wieczorem ciepłota 38,8°.

22. IV. Bez gorączki. Chora nie zwraca już pokarmów nosem, połykanie wywołuje jednak jeszcze kaszel.

23. IV. Stan bezgorączkowy. Znowu brak łaknienia i biegunka. Połykanie zupełnie swobodne.

24. IV. Bez gorączki. Biegunka ustąpiła.

25. IV. Stłumienie i oddech oskrzelowy stopniowo zaczynają znikać. Chora poprawia się i 27 kwietnia zostaje wypisana, jako zdrowa.

Przebieg choroby w przypadku tym był dość ciężki; położenie pogarszała jeszcze gorączka o typie nieprawidłowym, zależna prawdopodobnie od przebiegającego równocześnie zapalenia oskrzeli. Czy pomiędzy niedowładem podniebienia a zapaleniem płuc zachodził jakiś związek, trudno orzec stanowczo wobec tego, że oba te powikłania wystąpiły prawie jednocześnie. O wiele prawdopodobniejszym wydaje się przypuszczenie, że punktem wyjścia zapalenia płuc było zapalenie oskrzeli. Rurka pozostawała w krtani godzin $148\frac{1}{2}$ ($16 + 9 + 18\frac{1}{2} + 21 + 48\frac{1}{2} + 14 + 21\frac{1}{2}$), wykrztuszana była dwukrotnie. Okres krytyczny wynosił godzin 176.

Spostrzeżenie 10. *Laryngitis diphtheritica.*

Chana P. lat 3, zachorowała 7 kwietnia i przez 6 dni leczona była w domu (otrzymała 2000 jednostek surowicy). Gdy jednak duszność coraz więcej zaczęła się wzmacniać, została przywieziona do szpitala 12 kwietnia w południe. Chora bardzo osłabiona; tętno ledwie wyczuwalne, niemiarowe. O godz. 4 po południu duszność staje się groźną. Intubacja. Wprowadzenie rurki do krtani sprowadza energiczny odczyn. Chora zaczyna kaszlać i wykrztuszać rozpadłe błony, a po 2 minutach i samą rurkę. Oddech staje się spokojniejszy. O godz. $7\frac{1}{2}$ wieczorem duszność jednak powraca. Reintubacja. Ponownie wykrztusza mnóstwo błon rozpadłych. Kaszel bardzo silny nie ustaje, aż wreszcie po 5 minutach zostaje wyzuconą rurka. Oddech swobodny. Chora otrzymuje 1000 jednostek surowicy.

13. IV. Stan bezgorączkowy. O godzinie $10\frac{1}{2}$ zrana duszność zaczyna powracać. Reintubacja. Powtórne zastrzyknięcie 1000 jednostek surowicy.

14. IV. O godzinie $4\frac{1}{2}$ zrana rurka została wykrztuszona. Duszność nie powraca już więcej.

20. IV. Wychodzi zdrowa.

Przypadek ten przedstawia jeszcze jeden przykład występowania stenozy ku schyłkowi choroby, t. j. w chwili, kiedy pod wpływem surowicy błony zaczynają się oddzielać. To oddzielanie się błon spowodowało duszność, trwającą $36\frac{1}{2}$ godziny, jeżeli liczyć do ostatniej autoekstubacji. Trzykrotnie wykonana intubacja ogółem na 18 godzin (2 m. + 5 m. + 18 g.) pozwoliła dziecku przeżyć szczęśliwie ten okres krytyczny. Za każdym razem rurka była wykrztuszana.

(D. n.).

O CZYNNOSCI PŁCIOWEJ I ZABURZENIACH JEJ OKRESU WSTĘPNEGO.

Opisał

K. SACEWICZ

lekarz zakładu w Nałęczowie.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 36).

Osobliwości miednicy należą właściwie do pierwszorzędnych cech płciowych. Jest ona więcej obszerna, zwłaszcza w wymiarze poprzecznym, mniej wysoka i odznacza się przestronniejszym otworem oraz więcej rozwartym przednim łukiem kostnym. Różnice te do pewnego stopnia zaznaczają się już u nowonarodzonych (JUERGENS, ROMITI). Dzięki kształtom miednicy i nieco większemu

wygięciu lędźwiowej części kręgosłupa, postać kobiety w naturalnem położeniu pionowem jest lekko pochylona naprzód, co nadaje jej właściwy powab (ELLIS). Ale większa szerokość miednicy pociąga za sobą większą odległość panewek biodrowych, a że przytem szyja kości udowej jest dłuższa i więcej pionowa, tem dalej przypadają duże krętarze nazewnątrz. Pochodzi ztąd przewaga poprzecznej średnicy bioder i ukośne położenie ud, schodzących się w kolanach, od których znów golenie ku stopom się rozchodzą. Jeżeli zwrócimy uwagę, że u mężczyzn, obok mniejszego rozsunienia stawów biodrowych, jeszcze objętość ud u końca miednicowego jest mniejsza, to uwydatni się wypływająca ztąd różnica w uzdolnieniu obu płci do posługiwania się kończynami dolnemi. Chód kobiet jest więcej chwiejny, a w biegu znacznie ustępują mężczyznom. Z powodu powyższych różnic anatomicznych i ubranie męskie jest niekorzystne dla kobiecych kształtów.

Z dopiero co rozpatrywanych różnic wynika, że ustrój męski przewyższa kobiecy pod względem mechanicznego urządzenia i jest szczególnie uzdolniony do wyładowań energii, do szybkich i obszernych ruchów, tak, że już przy jednakowym stopniu ćwiczenia musi nabywać większej w tem względzie sprawności.

Potrzeba pożywienia u kobiet jest mniejsza, łatwiej znoszą głód i pragnienie, co odpowiada powolniejszej przemianie materji. Wartość tej ostatniej, odniesiona do jednostki powierzchni, zależy przedewszystkiem od wieku: jest największa w pierwszym roku życia i z latami stale się zmniejsza. Między płciami najwybitniej występuje różnica w okresie młodzieńczego przyspieszenia wzrostu, kiedy u chłopców wydajność bezwodnika węglowego znacznie się podnosi, tak że ilość jego przewyższa inne lata życia, a u dziewcząt ulega tylko zwykłej z wiekiem zmianie. W ten sposób, kiedy u chłopców między 9-ym a 13-ym rokiem potrzeba pożywienia dochodzi stopy dorosłego mężczyzny, a między 14-ym i 19-ym ją przewyższa, u dziewcząt już od 11-ego ustala się norma potrzeb dorosłej kobiety. Przy obliczeniu wydajności CO_2 na jednostkę powierzchni lub wagi ciała otrzymujemy wartość dla płci męskiej znacznie większą, dochodzącą w wieku młodzieńczym stosunku 141 : 100 (TIGERSTEDT). W późniejszym wieku przewaga ta się zmniejsza, ale trwa aż do wieku schyłkowego, póki u kobiet po nastąpieniu przekwitania nie podniesie się wydajność CO_2 i nie dorówna płci męskiej (ANDRAL i GAVARROT).

Względna ilość krwi jest jednakowa, ale skład przedstawia wyraźne różnice. Ciężar właściwy u kobiet jest niższy (1,053—1,061 i 1,057—1,066 TIGERSTEDT), zawartość wody większa (80, 11% i 78, 15%—VIERORDT), ciałek czerwonych w jednym milimetrze sześciennym 4, 886, 549, ciałek bezbarwnych 6500, co daje stosunek 1 : 750. U mężczyzn krew zawiera 5, 221, 759 czerwonych, 6000 bezbarwnych, co czyni 1 : 830. Ciężar właściwy surowicy 1027,9 i 1028,5 (VIERORDT), waga ciałek czerwonych w stu częściach krwi odwłóknionej 35 i 48; ogólna zawartość w całej krwi hemoglobiny 12,6% i 13,8% (TIGERSTEDT). Jak wiadomo, ciałka czerwone są nosicielami tlenu, a wchodząca w skład ich hemoglobina jest substancją, wiążącą ów tlen w niestały związek chemiczny. Z różnic tych wypływa, że w ustroju męskim krew dostarcza większej ilości tlenu, a na jednostkę podścieliska, utworzonego z większej odsetki tkanek czynnych, w warunkach zwykłych, odbywa się znacznie większe zużycie materji. Dalej, ponieważ w rozwoju krwi najpierw pojawia się osocze, potem ciałka bezbarwne, a nareszcie czerwone, i zgodnie z tem w wieku dzieciennym spotykamy więcej ciałek bezbarwnych a mniej czerwonych i mniejszą zawartość hemoglobiny, to mamy tu nową cechę, świadczącą o większem zbliżeniu kobiety do typu dziecka.

Za to odnowa krwi, zdaje się, zachodzi łatwiej u kobiet: znoszą one lepiej jej większe utraty i prędzej w tych razach przychodzą do siebie. W powyższych różnicach mieszczą się też przyczyny mniej rozległej potrzeby powietrza. Istotnie płuco kobiece, przy jednakowej wielkości ciała, ma pojemność o $\frac{1}{4}$ litra mniejszą. Serce i naczynia mają także mniejsze wymiary i cieńsze ściany. Co się tyczy tętna, M' KONDRICK w Europie północnej otrzymał 72 dla mężczyzn, 80 dla kobiet; WEISSBACH z licznych obliczeń — 84 i 94. Różnica w tętnie daje się spostrzegać już przy urodzeniu, u chłopców bowiem znajdujemy 124—147, u dziewcząt 135—154 (FRANKENHAUSEN), i powtarza się u innych ssących. Gruzioł tarczowy u kobiet jest większy, kanał kiszkowy dłuższy, śledziona nieco cięższa. Pęcherz moczowy szerszy, zwłaszcza w górnej części, ale więcej od przodu ku tyłowi zwężony i posiada bezwzględnie mniejszą, niż u mężczyzn, pojemność (E. HOFFMANN).

W ten sposób ciało mężczyzn, obok większego wykształcenia szkieletu i mięśni, odznacza się przewagą rozwoju górnej części tułowia i objętych nią organów, serca i płuc, gdy ciało kobiet — przewagą rozwoju dolnej części tułowia i narządów jamy brzusznej. Dalej, obok większej odsetki tkanek czynnych, w ustroju męskim spotykamy żywszą przemianę materii i wybitną skłonność do wyładowań energii w postaci siły żywej (katabolia), gdy w żeńskim przeważa przyswajanie i gromadzenie zapasu utajonej energii w związkach tłuszczowych i proteinowych, przeznaczonego do spraw wytwórczych czynności rozrodczej (anabolia). Pierwszy cechuje się dążnością do zachowania się czynnego, drugi odznacza się więcej skłonnością do spoczynku.

Mniejsza pojemność czaszki wskazuje mniejsze wymiary i mniejszą wagę mózgu u kobiety. Według obliczeń BISCHOFF'a, MANOUVRIER'a, TOPINARD'a i innych, w Europie środkowej przeciętna waga u mężczyzn wynosi 1372 gramy, u kobiet 1231, co daje różnicę 141 gramów. Różnica ta występuje już przy urodzeniu, wynosząc 10 gramów (MIES). Według RUEDINGER'a, u chłopców już pod koniec zarodkowego rozwoju daje się dostrzegać wcześniejsze powstawanie zawojów i szczelin, ostateczny jednak jego rozwój odbywa się u kobiet prędzej i wcześniej dobiega do końca, niż u mężczyzn (BOYD, BISCHOFF, BROCA). Na masę jego wpływają dwa czynniki: rasa i ciężar ciała. Co do ostatniego, to w miarę jego wzrostu razem z długością, przyrost mózgu maleje. Po za tymi czynnikami jest nader prawdopodobnem, że jego masa pozostaje w prostym stosunku do inteligencji, jakkolwiek nie daje się wyłączyć znaczenia jakości samej tkanki.

Przykłady największej wagi mózgu spotykamy wyłącznie u płci męskiej i to zazwyczaj u osobistości wyjątkowo wybitnych na polu działalności umysłowej. Przewaga masy ze strony tkanki mózgowej pozostaje u mężczyzn w związku z większą masą ciała, mamy tu bowiem większą powierzchnię czuciową i potężniejszy mechanizm wyładowujący.

Jeżeli jednak obliczyć mózg w stosunku do wagi ciała, to otrzymamy stosunek jednakowy, a nawet nieco większy u kobiet. Jeżeli nadto weźmiemy pod uwagę odsetkę tkanek czynnych, które tu wynoszą 70% w porównaniu z płcią męską, to, przy stosunku mózgu 90 : 100, wypadnie znaczna przewaga jego masy względem tkanek czynnych. Cechę tę spotykamy także u mężczyzn niskiego wzrostu i dzieci (ELLIS).

Porównanie rozmaitych części mózgowia wykazuje u mężczyzn większy rozwój polkul i okolicy ośrodków ruchowych kory, u kobiet — większy rozwój mózdzku i pozostałych niższych ośrodków (GALL, CUVIER, BROCA, REY).

Już powyższe różnice cielesne wskazują istnienie cech wtórnych i w obrębie zjawisk duchowych. Dowolna działalność ruchowa nie tylko przypuszcza impulsy ośrodkowe, czyli wywiązywanie energii czynnej z ośrodkowej tkanki nerwowej, ale, jako przystosowanie do warunków zewnętrznych, poznawanych przez zmysły, wymaga także równoległego rozwoju spraw poznania. Wobec jej większego wykształcenia, należy oczekiwać nie tylko większej siły odnośnych impulsów ośrodkowych, ale i większego rozwoju przejawów duchowych, określających zastosowanie, wybór i dokładność ruchów; musimy tu spotkać większy rozwój woli, uwagi i myślenia. To ostatnie jest działalnością zarówno wyobraźni, jak logicznego myślenia, które łączy wyobrażenia, przekształcone w pojęcia, i wprowadza je w różnorodne między sobą stosunki. Sprawy te są dalszym oddziaływaniem świadomości na wrażenia, odbywającym się pod naciskiem walki o byt, w przeciwstawieniu do wzruszeń, stanowiących oddziaływanie pierwotne, bezpośrednie.

U kobiet znów, wobec znacznego nakładu w czynności rozrodczej, przejawiającego się już w anabolizmie ich ustroju, warunkującym pewien stopień bezwładności, musimy spotkać słabsze uzdolnienia do dowolnej działalności ruchowej i słabszy rozwój pozostających z nią w związku czynności ośrodkowych, a natomiast rozwój pierwotniejszych przejawów psychicznych, uzdalniających do zadań matki. Należą do nich: wzruszeniowość i zredukowanie działalności umysłowej do intuicji. Wzruszeniowością nazywamy spotęgowaną skłonność do oddziaływania wzruszeniami. Wzruszeniem, jak wiadomo, nazywamy zaburzenie w przebiegu wyobrażeń naszej świadomości, wywoływane przez każde żywsze uczucie, związane z rozległymi zmianami w stanie ciała, które działają jednocześnie zwrotnie, potęgując pierwotne uczucie. Zmiany te stanu ciała zależą od współczesnego działania na napięcie mięśni i wzbudzania t. zw. ruchów wyrazowych, obok oddziaływania na ośrodki, zawiadujące stanem serca, naczyń, czynności oddechowej i narządów wydzielniczych. Wzruszenia dzielimy na dwie kategorie: uniesienia i popędy. Przy pierwszych zaburzenie ogranicza się tylko do wewnętrznego przebiegu wyobrażeń, przy drugich prowadzi do ruchów zewnętrznych, wynikających z wyobrażeń i towarzyszących im uczuć. Jak wiadomo, wszystkie objawy wzruszeń można wywołać u zwierząt, pozbawionych półkul mózgowych. Język potoczny określa tę właściwość psychiczną kobiet jako „czułość serca“. Istotnie, częstość pulsu przy przejściu ze snu do stanu czuwania wyżej u nich, niż u mężczyzn, się podnosi; łatwo się rumienia, skłonne są do ruchów wyrazowych, do odruchów śmiechu i płaczu. Z wzruszeń szczególnie są podatne do wstydu, strachu, obawy, litości i współczucia. Te dwa ostatnie stanowią podstawę ich uzdolnień do pełnienia zadań matki. Intuicją nazywamy skróconą, wychodzącą bezpośrednio z uczucia działalność umysłową, która polega na szybkim ujmowaniu stosunków między pewnymi wyobrażeniami, bez poprzedzającego rozumowania. Przewaga tych stron psychicznych odpowiada wcześniejszemu zamknięciu indywidualnego rozwoju i anatomicznej przewadze niższych ośrodków mózgowia. Potwierdzają to liczne fakty. Na oddziałach kobiecych w szpitalach dla umysłowych napady bezcelowego niszczenia, wrzaski, wymyślania, niechlujstwo i wyuzdanie słowne i czynne zdarzają się o wiele częściej i w silniejszym stopniu, niż na męskich. Kobiety łatwiej ulegają działaniu środków odurzających i znieczulających, okazują większą skłonność do halucynacji (SIDGWICK), częściej śnią i miewają żywsze marzenia sennie, które u mężczyzn w okresie dojrzałości ustroju błędną i ukazują się rzadko. Dalej są o wiele więcej podatne do poddawania myślowego i łatwiej, podobnie jak dzieci, za-

padają w stany hypnotyczne i okazują więcej wydatne odnośne objawy. Podobnież ekstaza, zachwycenie i katalipsa zdarzają się o wiele częściej u kobiet i występują tu w swojej najcharakterystyczniejszej postaci. Podobnież histerya, cechująca się upadkiem wpływu wyższych ośrodków mózgowych, zdarza się tu częściej i częściej występuje w swych cięższych formach.

Powyższe różnice zasadnicze określają dalsze następstwa. Płeć męska, dzięki wymienionym właściwościom, odznacza się wybitnym indywidualizmem i cechuje się rzutnością umysłową i fizyczną. Mamy tu żywą potrzebę ruchu, większą siłę fizyczną i umysłową, większą rozmaitość, rozległość i dokładność ruchów. Kobiety, obok mniejszego umysłowego rozwoju, wykazują mniejsze uzdolnienie do silniejszych wysiłków mięśniowych i mniejszą potrzebę ruchu, nad którą, jak zwłaszcza pouczają zamożniejsze warstwy społeczeństw cywilizowanych, góruje nawet dążność do zaoszczędzania się. Mężczyźni są więcej skłonni do nadużyć i łatwiej ulegają pobudkom przestępnym i przeciwspołecznym. Chłopcy w szkołach częściej są karani, niż dziewczęta, 31% : 26%; za kłótnie i bójki w Belgii było ukaranych chłopców 54%, dziewcząt 17% (ROUSSEL).

(C. d. n.).

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 27 czerwca r. b.

TREŚĆ: 1) Wł. KRAJEWSKI — Przedstawienie chorego po laparotomii, dokonanej z powodu przewlekłego wgłobienia kiszek, oraz wyciętego preparatu. 2) K. MIKIEWICZ — Przedstawienie preparatu torbieli skórzkowej jajnika, wyciętej u 10-letniej dziewczynki. 3) L. RREGMAN — Przedstawienie chorego z postępującym zanikiem mięśni. 4) W. MIKŁASZEWSKI — Przedstawienie chorej z niezwykle obrazem porażenia opuszkowego.

1) Kol. KRAJEWSKI przedstawił chorego po laparotomii, dokonanej z powodu przewlekłego wgłobienia kiszek. 10-letni chłopiec przybył do szpitala z powodu bólów w brzuchu, które przychodzą napadami, zazwyczaj w jakiś czas po jedzeniu. Chory z obawy bólów wzdraga się przyjmować pokarmy. Chłopiec ten przed 3 laty cierpiał na silne bóle w brzuchu i uporczywe zaparcie stolca. Stan taki trwał przez kilka tygodni. Dopiero po zastosowaniu silnych środków przeczyszczających chory podobno się poprawił; bóle ustąpiły, lecz wypróżnienia były zawsze utrudnione. Przed kilku tygodniami chory znowu dostał bólów w brzuchu i zaparcia stolca. Po kilku dniach wypróżnienia zjawily się, lecz bóle nie ustępowały, co zmusiło chorego do wstąpienia do szpitala.

Przy badaniu znaleziono: Chłopiec bardzo wychudzony, co chwila, chwytając się za brzuch rękami, stęka z bólu, przyczem slychać zdaleka głośnie przelewanie. Płuca i serce zdrowe. Brzuch dość wzdęty. Nad pępkiem wymacać można guz podługowaty, cylindryczny, na dotyk bolesny, położeniem odpowiadający poprzecznicy (*colon transversum*). Guz ten można przesuwac nieco ku górze i ku dołowi. Odgłos opukowy na miejscu guza nieco przytępiony. Długość guza wynosiła około 10 ctm. Chłopiec nie gorączkował. Rozpoznano przewlekłe wgłobienie кишки cienkiej do grubej.

W dniu 14 czerwca po otworzeniu jamy brzusznej przekonano się, że istotnie istnieje wgłobienie (*invaginatio*) кишки czczej i ślepej do poprzecznicy. Po ciąganiam za kiskę cieką udało się łatwo dokonać wygłobienia. Pomimo jednak zupełnego wygłobienia кишки czczej, kol. KRAJEWSKI wyczuł, że w kieszce ślepej znajduje się jeszcze guz stożkowatej formy, w którego podstawie tkwi sterczący nazewnątrz wolny koniec wyrostka robaczkowego. Po dokonaniu en-

teroanastomozy pomiędzy kiszka czczą a okrężnicą wstępującą, otworzono za pomocą podłużnego cięcia kishkę ślepą i wtedy przekonano się, że guz, który w jej jamie wymacał się, był to wgłobiony wyrostek robaczkowy; na brzegu otworu, prowadzącego do światła wyrostka, znajdował się polip wielkości wiśni, który prawdopodobnie spowodował wgłobienie. Całą wgłobioną część wraz z wyrostkiem wycięto. Chory czuje się zupełnie dobrze.

Kol. KRAJEWSKI przedstawił wycięte części.

2) Kol. MINKIEWICZ przedstawił okaz torbieli skórzakowej (*cysta dermoidalis*) lewego jajnika 10-letniej dziewczynki. U dziewczynki tej w dniu 7 czerwca r. b. wystąpiły wymioty, biegunka oraz gorączka. Przy badaniu zauważono w jamie brzusznej guz, wielkości główki dziecka, ruchomy. Po ustąpieniu objawów żołądkowo-kiszkowych dziewczynka ta została przyjętą do szpitala św. Rocha na oddział kol. CIECHOMSKIEGO.

Po otworzeniu jamy brzusznej przekonano się, że guz stanowiła torbiel skórzakowa, wychodząca z lewego jajnika. Stan chorej po operacji jest bardzo dobry.

3) Kol. BREGMAN przedstawił przypadek postępującego zaniku mięśni (*Dystrophia musculorum progressiva*). 9-letni chłopiec chodzi na końcach palców; stać może również tylko na końcach palców, przytem jednak łatwo traci równowagę. Przyczyną tych objawów jest obustronny skurcz mięśni brzusko-tydkowych (*mm. gastrocnemii*). Z obu stron wyraźna stopa końska, zwrócona nieco ku wewnątrz. Ruchy stopy, zwłaszcza wyprostowanie i odprowadzenie są ograniczone; chory palcami poruszać może. Wyprostacze i zginacze kolana zachowały dość znaczną siłę, jak również i mięśnie, poruszające stawy biodrowe. Widocznego zaniku w dolnych kończynach niema. Odruchu kolanowego na lewej stronie brak, na prawej zaś oddziaływa cieniutki pęczek. Górne kończyny przedstawiają wysoki stopień zaniku, najbardziej w ramionach; przedramiona są nieco grubsze. Wyprostowanie prawego napięstka oraz palców prawej ręki utrudnione, inne zaś ruchy możliwe. Siła ruchowa mięśni, zwłaszcza ramion, bardzo mała, uścisk ręki jednakże dość silny. Wyraźny zanik mięśni pasa barkowego. Prawa łopatka leży wyżej, niż lewa, i jest bardziej od kręgosłupa oddalona. W części grzbietowej kręgosłupa skrzywienie, zwrócone wypukłością na lewo. Chory podnosi się z ziemi, wspinając się na swych własnych udach. Zanik mięśni twarzy (*facies myopathique*). Zaburzenia czynnościowe są najbardziej widoczne na stronie prawej: prawa brew nie podnosi się wcale, na czole nie tworzą się fałdki, prawe oko zamyka się mniej dobrze, niż lewe, kąt ust porusza się również słabiej.

Według słów matki chory był zawsze wątlý, rozwijał się jednak prawidłowo. W 6-ym roku życia zaczął uczęszczać do szkoły, uczył się dobrze. Przed 1½ rokiem zapadł na koklusz, następnie przebył zapalenie płuc i po chorobie tej był bardzo słaby, nie mógł już chodzić, jak przedtem. Przed ½ rokiem zachorował na odrę. Po przebyciu jej pozostawał przez 2 miesiące w łóżku, gdyż nie mógł się utrzymać na nogach; od tego też czasu chód chłopca był taki, jak obecnie.

W rodzinie podobnego cierpienia nie było.

4) Kol. MIKŁASZEWSKI przedstawił niezwykle przypadek porażenia opuszkowego. 45-letnia panna, wyrobnica, przybyła na oddział kol. CIECHOMSKIEGO z powodu ogólnego osłabienia, zawrotów głowy, bólów w klatce piersiowej i bokach. Chorą czuje się od 1½ miesiąca.

W dzieciństwie przechodziła ospę. Przed 6 laty zauważyła upośledzenie słuchu. Wkrótce później zaczęła doznawać utrudnienia w mówieniu, nie mogła wymawiać szeregu dźwięków. Po jakimś czasie chora zauważyła, że usta jej

wykrzywiają się w lewą stronę. Wkrótce zauważyła, że jej górna lewa powieka zaczyna opadać; toż samo było z prawą powieką, lecz w mniejszym stopniu. W tym okresie choroby wystąpiły częste bóle i zawroty głowy oraz pewna trudność chodzenia.

Wyraźnych porażień kończyn chora nigdy nie miała.

Matka chorej zmarła w 50 roku życia w miesiąc po prawostronnem porażeniu, ojciec chorej zmarł nagle, kilkoro rodzeństwa umarło w dzieciństwie.

Badanie chorej wykazało: budowę prawidłową, odżywianie liche. W płucach objawy gruźlicy; w jamie lewej opłucny obecność surowiczego wysięku. Kilkakrotne badanie moczu wyraźniejszych zmian nie wykryło, raz jeden znaleziono ślady białka.

Chód chorej jest niepewny, chwiejny, lecz bez wyraźnego typu. Twarz przedstawia wyraźną asymetrię; mięśnie twarzy są bardzo wiotkie, lewy kąt ust jest położony nieco wyżej od prawego i dalej od linii środkowej. Chora nie może wykrzywić ust na prawo, nadać ich, ułożyć do gwizdania i t. d. Bródka nosowargowa z lewej strony jest głębsza, niż z prawej. W mięśniach twarzy można zauważyć ciągle drżenie włókienkowe. Czoło całkiem wygładzone, bez zmarszczek; z lewej tylko strony uwydatniają się nieznaczne bródki. Lewa powieka górna opada do połowy, przy ruchach gałki ocznej do góry nie podnosi się. Oczy chora zamyka niezupełnie szczelnie. Język przy wysuwaniu zbacza końcem w stronę lewą i silnie drży przy każdym ruchu. Ruchy języka są zachowane, lecz niedość pewne. Objętość języka zmniejszona znacznie. Podniebienie miękkie zwiesza się bezwładnie. Języczek zbacza na lewo. Badanie krtani, dokonane przez kol. SĘDZIAKA, wykazało, że ruchy strun głosowych przy wdechu są upośledzone: prawa struna jest zupełnie nieruchoma, lewa porusza się nieznacznie; prawa ma położenie trupie, lewa -- położenie fonacyjne. Obie struny są wygięte lukowato.

Wszelkie rodzaje czucia skórniego i mięśniowego są zupełnie dobrze zachowane. Smak, węch i wzrok nie zdradzają wyraźnych zaburzeń. Dno oka przedstawia obraz zupełnie prawidłowy.

Słuch jest bardzo upośledzony. Badanie uszu, dokonane przez kol. KUCZYŃSKIEGO, wykazało, że chora nie słyszy całkiem szeptu, a mowę prawidłową prawem uchem na odległości 25 ctm., lewem zaś na odległości 75 ctm.; słuchomierz POLITZERA — prawem uchem na odległości 5 ctm., lewem — na odległości 50 ctm., kamertonów niskich chora zupełnie nie słyszy przez powietrze, — przez kości słabo i krótko; toń wyższe dłużej przez powietrze. Błona bębenkowa prawa bardzo nieznacznie wciągnięta, lewa prawidłowa.

Wszystkie odruchy ścięgnowe są bardzo żywe; kolanowe wzmożone wybitnie. Odruchy skórne i błon śluzowych są słabe. Żrenice są umiarkowanie rozszerzone; oddziałują prawidłowo na światło i przystosowanie.

Badanie za pomocą elektryczności, dokonane przez kol. MIKŁASZEWSKIEGO wspólnie z kol. FLATAU'em, wykazało, że pobudliwość nerwów faradyczna i galwaniczna na twarzy jest znacznie mniejsza po stronie prawej, niż po lewej, w okolicy gałki górnej nerwu twarzowego jest zupełnie zniesiona. Odczynu zwyrodnienia w porażonych mięśniach twarzy i języka nie można było wykazać.

Mowa jest znacznie utrudniona; głos bezdźwięczny, suchy, piskzący; chora nie wymawia szeregu dźwięków.

Pamięć, zdolność kojarzenia, odtwarzania i t. d. są upośledzone, choć niema wskazówek, aby były przed chorobą w stanie lepszym. W ciągu 1½ miesięcznego pobytu w szpitalu stan chorej nie ulegał zmianom wyraźnym. Tętno było

stale przyspieszone (108—140) niezależnie od stanu ciepłoty i ilości oddechów (18—22). Powyższy obraz chorobowy przypomina najbardziej obraz porażenia opuszkowego (*Paralysis bulbaris amyotrophica*) przewlekłego, zanikowego, postępującego; brak tu jednak kilku objawów (zachłystywania się, porażenia szczęki dolnej ślinotoku); niektóre zaś z istniejących objawów nie należą do obrazu tej choroby (opadnięcie powieki, głuchota, porażenie górnej gałęzi nerwu twarzowego).

W dyskusyi kol. NUSSBAUM zaznacza, że przy rozpoznawaniu jest rzeczą ważną wrażenie subiektywne, jakie każdy lekarz przy badaniu chorego odnosi, jak również możliwość osobistej krytyki badania obiektywnego, dlatego też sądzi, że na zasadzie stanu chorej, przytoczonego przez kol. MIKŁASZEWSKIEGO, trudno wypowiedzieć sąd stanowczy co do rozpoznania cierpienia w danym przypadku.

Kol. Stanisław ORŁOWSKI sądzi, że pomimo braku objawów rdzeniowych, które mogą z czasem wystąpić, mamy tu do czynienia z porażeniem opuszkowym, będącym w związku ze *sclerosis lateralis*.

Kol. FLATAU jest zdania, że w danym przypadku mamy do czynienia z nietypowym porażeniem ruchowych nerwów czaszkowych, że są tu wszystkie objawy *paralysis glosso-labialis* DUCHENNE'a.

Aug. Łogucki.

IX Zjazd chirurgów polskich w Krakowie.

Napisał

S. GROSGLIK.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 36).

Drugie z kolei posiedzenie, odbyte dnia 18 lipca w godzinach popołudniowych, poświęcono demonstracyom i wykładom o charakterze przeważnie kazuistycznym.

RUTKOWSKI przedstawił szereg roentgenogramów, wykonanych przez kol. KACZKOWSKIEGO, asystenta kliniki chirurgicznej i oddających bardzo wyraźnie kule w czaszce, kamienie moczowe w pęcherzu, płytkę z zębami w przełyku, złamania kości i t. p.

GROSLIK (Warszawa) wygłosił rzecz p. t. Zwężenie skurczowe przełyku jako objaw zakażenia moczowego. Z szeregu objawów żołądkowych, towarzyszących zakażeniu moczowemu, najszybciej prowadzi do wyniszczenia utrudnienie połykania, które przypisują zazwyczaj suchości jamy ustnej w następstwie upośledzonej czynności ślinianek. Mówca spostrzegał jednak przypadek ciężkiego zakażenia moczowego, w którym niemożność połykania miała siedlisko swe w przełyku, co dało nawet powód do niewłaściwego rozpoznania nowotworu złośliwego. Przypadek dotyczy starca 74-letniego, dotkniętego przewlekłym zatrzymaniem moczu i mimowolnem moczeniem na tle przerostu gruczołu krokowego. Jednorazowe cewnikowanie, dokonane ręką niewprawną, spowodowało obok silnego zapalenia pęcherza zaburzenia w trawieniu, które z dniem każdym zaostrzały się coraz bardziej, i w końcu wystąpiła niedrożność przełyku zarówno dla pokarmów stałych, jak i płynnych. To utrudnienie połykania zjawiało się nagle i trwało bezustannie w ciągu dwóch tygodni, tak iż chory przestał zu-

pełnie się odżywiać. Gdy wychudzenie doszło do granic ostatecznych i stan chorego zdawał się być bardzo groźnym, wezwano specjalistę chorób żołądkowych, który wobec znacznie posuniętego charłactwa powziął podejrzenie złośliwego nowotworu przełyku. Jakoż dwukrotne badanie za pomocą zgłębnika wykazało, że w dolnej części przełyku istniała przeszkoda, która nie pozwalała zgłębnikowi opuścić się do żołądka. Próba ta przekonała rzeczonoego kolegę, że ma istotnie do czynienia ze zwężeniem organicznem przełyku natury złośliwej.

W oczach mówcy sprawa ta przedstawiała się zupełnie odmiennie. Zdaniem jego, trudno przypuścić, ażeby zwężenie organiczne przełyku mogło dojść w krótkim czasie do rozmiarów, wywołujących niedrożność nawet dla płynów. Z uwagi, że zaburzenia powyższe powstały nagle, że rozwinęły się one w następstwie wadliwego cewnikowania, którego wynikiem było niewątpliwie zakażenie moczowe (mocz ropny, cuchnący), że wreszcie w danym przypadku istniały już przed zabiegiem objawy zatrucia (mdłości, wymioty), mówca sądził, że zaburzenia w połykaniu pozostają w ścisłym związku z zakażeniem i zatruciem, i że ma przed sobą obraz charłactwa moczowego, nie zaś rakowego. Stwierdzone zaś za pomocą zgłębnika zwężenie przełyku uznał mówca za skurczowe, powstałe na tle zakażenia moczowego.

Słuszność tego zapatrywania wykazał dalszy przebieg choroby. Pod wpływem energicznego zwalczania zakażenia moczowego za pomocą częstych przemysłań pęcherza roztworem lapisu tudzież odżywiania chorego przez odbytnicę, stan chorego z dniem każdym znakomicie się poprawiał, a po upływie tygodnia przełyk stał się drożnym dla wszystkich pokarmów. Całkowite wyleczenie po kilku tygodniach, trwające już trzy lata.

Przypadek powyższy zasługuje, zdaniem mówcy, na uwagę, ponieważ dowodzi, że w przebiegu zakażenia moczowego utrudnienie połykania zależeć może nie tylko od zmian, zachodzących w jamie ustnej, jak to sądzą powszechnie, lecz i od skurczowego zwężenia przełyku, zjawiska wogóle rzadkiego, w zakażeniu zaś moczowem dotychczas nie spostrzeganego. Skurcz taki może być długotrwały i dać powód do błędnego rozpoznania nowotworu. Leczenie przyczynowe, skierowane ku zwalczaniu samego zakażenia, może w ciągu krótkiego czasu usunąć zaburzenia w trawieniu, wobec których leczenie wewnętrzne okazuje się zupełnie bezsilnem.

Prof. RYDYGIER przedstawia dziewczynkę, dotkniętą *kyphosi* POTT'a, z ropniem opadowym w pachwinie i przykurczeniem nóżki lewej. W przypadku tym doskonale usługi oddał zbudowany przez fabrykę GEORGEON'a we Lwowie przyrząd SCHEDE'go, w połączeniu z opatrunkiem gipsowym. Dalej prof. RYDYGIER okazuje przyrząd, zbudowany przez tęż fabrykę dla chorej, która obok garbu w części piersiowej dotknięta jest gruźlicą płuc i dusznicą.

Następuje wykład BOGDANIKA „O ciąży pozamacicznej”.

Do ostatnich czasów zbywano w podręcznikach ciążę pozamaciczną kilku słowy, uważając ją za zdarzenie nader rzadkie. Najnowsze zaś obserwacje wykazały, że przypadki takie są o wiele liczniejsze. ROSENTHAL z Warszawy naliczył w roku 1896 już 1324, a cyfra rzeczywista jest niezawodnie o wiele wyższa. Ciąża zamaciczna rozwija się najczęściej w trąbce (*tuba*), i zazwyczaj w 2-gim lub 3-im miesiącu pęka jajo płodowe, przyczem występuje krwotok, połączony z bólami i objawami ostrej małokrwistości. Większość ginekologów jest zdania, aby unikać operacji w tym okresie, zaleca natomiast ucisk i zimne okłady na brzuch z równoczesnem wysokiem ułożeniem miednicy; krew, rozlawszy się pomiędzy pętłami jelit, zostaje wessana, a ciężarna rychło odzyskuje siły. Gdy już ten ostry

okres minął, należy przez pochwę wydobyć płód razem z workiem a względnie z macicą. Tak postąpiłem u kobiety lat 29 liczącej, u której ciąża trąbkowa trwała dwa miesiące, i trąbka zrosnięta była z tylną powierzchnią macicy. Ciężarną trąbkę wyłuszczyłem przez pochwę razem z macicą dnia 6. IV. 1898 roku, a 3. V. chora opuściła szpital wyleczona.

W rzadkich przypadkach rozwija się płód dalej, i tu radzą ginekologowie aby wyczekać bólów porodowych, jeżeli ciąża przekroczyła połowę. Opiszę tutaj spostrzegany przeze mnie rzadki przypadek tego rodzaju. A. C. 30 lat licząca, zgłosiła się do szpitala 15. VIII. 1892 roku, podając, że się znajduje w ciąży po raz wtóry, że czuła ruchy od 18. II. — 17. IV., od tego zaś czasu ruchy ustały, i obecnie już liczy 10 miesięcy kalendarzowych ciąży. Rozpoznałem ciążę pozamaciczną i poleciłem jej, aby się zgłosiła, jeżeli wystąpią bóle. Zgłosiła się z tem dnia 30. VIII. 1892 r.; bóle porodowe można było kontrolować ręką. Rady, aby pozostać w szpitalu, nie usłuchała, lecz zgłosiła się dopiero 10. III. 1898 roku z guzem wielkości dwóch pięści po lewej stronie macicy. Po nacięciu guza przez powłoki brzuszne wypłynęło sporo posoki, a, gdym palec wprowadził do jamy, natrafiłem na kosteczki drobne. Palcami i szczypczykami wydobyłem wszystkie kosteczki płodu siedmiomiesięcznego. Kosteczki całkowicie zmacerowane i pozbawione chrząstek luźno pływały w posoce. Oplukawszy worek płodowy, wszyłem go do rany w ścianie brzusznej i wytamponowałem, a 3. V. 1898 r. chora opuściła szpital wyleczona.

W literaturze z ostatnich lat znajduje się wiele przypadków ciekawych. I tak, PINARD operował pierwiastkę 36-letnią, która płód doniosła do końca z pomyślnym przebiegiem dla matki i dziecka. DENIS przedstawił w Lyonie płód, który w jamie otrzewnowej 12 lat leżał bez objawów maceracji lub skamieniałości. Są nawet znane przypadki ciąży pozamacicznej obu trąbek równocześnie.

Dyskusya, która się wszczęła z powodu przemówienia BOGDANIKA, dotyczyła przeważnie kwestyi, w jakim okresie choroby należy przystąpić do operacji. Wszyscy mówcy, jak prof. RYDYGIER, prof. TRZEBICKY, doc. WEHR, RUTKOWSKI, SOŁTYSIK (Kraków), WOJCIECHOWSKI (Kraków) i ZIELIŃSKI (N. Sącz) doszli do zgodnego wniosku, że krwotoki, występujące w przebiegu ciąży zamacicznej, wymagają natychmiastowej interwencji chirurgicznej, w przeciwnym razie narażamy chorą na śmierć, mogącą być wynikiem ostrej małokrwistości.

W odpowiedzi na to BOGDANIK zaznacza z naciskiem, że twierdzenie swoje, iż nie należy operować natychmiast po pęknięciu jaja płodowego w 2 lub 3 miesiącu ciąży oparł na zdaniu przeważnej większości ginekologów. Z krwotoku nie grozi, zdaniem jego, żadne niebezpieczeństwo, jeżeli się chorą ułoży z głową zwieszoną i workiem lodowym na brzuchu. Krew rozlana pomiędzy pętlami jelit ulega rychłemu wessaniu. Jestto, jak powtarza, zdanie ginekologów, oparte na większem doświadczeniu, jakkolwiek są i autorowie przeciwnego zdania.

Prof. TRZEBICKY mówi „o doszczętniej operacji przepuklin sposobem KOCHER'a”. Opisawszy w krótkich słowach technikę operacyjną, mówca przytacza wyniki, jakie otrzymał w 60 przypadkach przepuklin, leczonych według metody KOCHER'a. Ropienie w przebiegu pooperacyjnym stwierdzono 5 razy, w 2 zaś przypadkach nastąpiła wznova cierpienia po upływie 1—2 lat. Wyniki podobne zachęcają, zdaniem mówcy, do dalszego stosowania rzeczzonego zabiegu.

W dyskusyi doc. WEHR zapytuje, czy i jak często zdarza się ropienie w kanałach szwów, występujące niekiedy pomimo zachowania wszelkich ostrożności pod względem aseptyki.

KRASOWSKI (Lwów) sądzi, że korzystniej byłoby wyciągnąć worek przepuklinowy nie naprzeciw wewnętrznego otworu kanału pachwinowego, lecz znacznie wyżej, aż prawie do *spina ilci anterior superior*.

Doc. KRYŃSKI zaznacza, że obecnie KOCHER zarzucił dawną swoją metodę, stosowaną jeszcze obecnie przez prof. TRZEBICKY'ego, a wprowadził nową modyfikację, która polega na wgłabianiu worka przepuklinowego (*Verlagerungsmethode*). Nadto podczas pobytu swego w Bernie KRYŃSKI przekonał się naocznie, że KOCHER operuje często według sposobu BASSINI'ego.

Doc. BOSSOWSKI uznaje wyższość metody BASSINI'ego pod tym względem, że wyłącza wszelkie manipulowanie poomacku, czego nie da się powiedzieć o sposobie KOCHER'a, dającym dostęp ciasny. BOSSOWSKI przytacza przypadek z własnej praktyki, w którym po wykonaniu operacji sposobem KOCHER'a nastąpiło obumarcie jądra, będące prawdopodobnie następstwem operowania na ślepo.

Doc. SCHRAMM. Od dłuższego szeregu lat używam sposobu KOCHER'a przy leczeniu przepuklin wolnych u dzieci w razie, jeżeli położenie socyalne rodziców dziecka każe przypuszczać, że leczenie za pomocą odpowiednich opasek nie będzie przeprowadzone należycie i konsekwentnie. Wyniki leczenia tą metodą są dobre. Wszystkie przypadki, a mam ich dwadzieścia kilka, opuściły szpital jako wyleczone. O wynikach dalszych nie mogę nic pewnego powiedzieć, nie przeprowadziłem bowiem jeszcze dochodzeń w tym kierunku. Mogę tylko nadmienić, że jak dotychczas żadne z operowanych dzieci nie zgłosiło się z recydywą. Cięcie, służące do przełożenia worka przepuklinowego, prowadzę na 2—3 ctm. poniżej kolca kości biodrowej przez skórę, powięź i powierzchowną warstwę mięsną. Od 4 lat stosuję zawsze wycinowanie worka, a zatem sposób, który w ostatnich czasach poleca także sam KOCHER.

Prof. RYDYGIER zaznacza, że KOCHER przedstawił modyfikację swoją, polegającą na wgłabianiu worka przepuklinowego, już na zjeździe w Moskwie, acz w zarysach zbyt ogólnych. Dalej zwraca on uwagę na tę okoliczność, że zdarzają się przypadki wyleczenia przepukliny pod wpływem dobrze dopasowanego paska przepuklinowego.

Doc. BARĄCZ zwraca się do obecnych z zapytaniem, czy próbował kto zamiast szwu warstwowego nakładania szwu materacowego lub innych modyfikacji, mających zapobiegać zgorzeli uciskowej.

KRASOWSKI sądzi, że zbyt silne przyciąganie szwów przy szyciu mięśni jest przyczyną obumierania tkanek, i dla tego zaleca ostrożność pod tym względem.

Prof. TRZEBICKY odpowiada, że warstwy głębokie szyje drutem metalowym, co zapobiega ropieniu w kanałach szwów. Ropienie takie spostrzegał tylko niekiedy w powierzchownych szwach skórnych, do których używa jedwabiu. Modyfikacji wgłobienia, używanej obecnie przez KOCHER'a, nie stosował nigdy, ponieważ dawniejsza metoda dawała mu wyniki zupełnie zadowalające. Co się tyczy wyboru między metodą KOCHER'a a BASSINI'ego, to, zdaniem TRZEBICKY'ego, należy się tu kierować nie wielkością przepukliny, lecz zachowaniem się kanału: w przypadkach, w których mamy do czynienia z kanałem szerokim, należy posługiwać się sposobem BASSINI'ego. Tylko przy tym sposobie może być zastosowany szew materacowy, nie używał go też nigdy, ponieważ mówca rzadko kiedy ucieka się do sposobu BASSINI'ego.

Doc. BOSSOWSKI mówił „w sprawie operacyjnego leczenia puchliny brzusznej przy marskości wątroby“. W szeregu prac, ogłoszonych nowszymi czasami, DELAGÉNIÈRE, TALMA i inni, starają się wykazać, że

przebiegi w jamie brzusznej, będące następstwem wadliwego krążenia w żyłach wrotnej, dadzą się usunąć przez wytworzenie dobrze unaczynionych zrostów między jelitami i siecią z jednej, a przednią ścianą brzucha z drugiej strony, dzięki czemu rozwija się krążenie oboczne, ułatwiające odpływ krwi z gałęzi żyły wrotnej. Zrosty takie można otrzymać za pomocą laparotomii, względnie cholecystostomii, po której w ścianie brzusznej wytwarzają się po pewnym czasie rozległe sieci żyłne, ciągnące się do żył międzyżebry. W przypadkach ogłoszonych puchlina brzuszna więcej nie wracała, czynność zaś wątroby odbywała się prawidłowo. Ponieważ wynik operacji zależy od zachowania zdolności czynnościowej komórek wątrobowych, operacja winna być dokonana w początkowych okresach cierpienia.

Bossowski przedstawia dziewczynkę 9-letnią, u której wykonał właśnie otwarcie jamy brzusznej i cholecystostomię z powodu marskości wątroby i puchliny brzusznej wysokiego stopnia. Mówca zdecydował się na zabieg operacyjny, ponieważ wszelkie leczenie wewnętrzne okazało się bezskutecznym, a płyn po wypuszczeniu zbierał się na nowo z niezwykłą szybkością. Wynik operacji nie okazał się wprawdzie tak pomyślnym, jak w przypadkach DELAGÉNIÈRE'a, jednakże gromadzenie się przebiegu odbywa się znacznie powolniej, aniżeli przed operacją, i dla tego mówca zamierza wykonać laparotomię po raz wtóry w celu wytworzenia rozleglejszych zrostów między jelitami a ścianą brzuszną.

W dyskusji pierwszy zabiera głos doc. SCHRAMM, który wyraża powątpiewanie co do trwałości wyników operacji. Sądzi on, że nawet w przypadkach najpomyślniejszych zrosty z biegiem czasu stają się bardziej zbitymi, co musi odbić się niekorzystnie na krążeniu obocznym. Cholecystostomię, wykonaną przez BOSSOWSKIEGO, uważa SCHRAMM za zbyteczną i bezcelową; w przypadkach przytoczonych z literatury, chodziło o *cirrhosis biliaris infectiosa*, której w przypadku, przedstawionym przez BOSSOWSKIEGO, nie było.

Doc. KRYŃSKI podziela zapatrywanie sceptyczne SCHRAMM'a i wyjaśnia, że w przypadku DELAGÉNIÈRE'a wskazaniem do cholecystostomii była żółtaczką, zabieg operacyjny skierowany więc był na samą przyczynę choroby.

KIJEWSKI sądzi, że słaby wynik operacji nie upoważnia do zabiegu tak ciężkiego, jakim jest niewątpliwie otwarcie jamy brzusznej i cholecystostomia. Zrosty, wytworzone przez operację, ulegają z czasem rozerwaniu lub ściąganiu bliźnowemu, a zarówno jedno, jak i drugie stanowi wielką przeszkodę dla krążenia obocznego. Zresztą należałoby się przedewszystkiem przekonać za pomocą doświadczeń na zwierzętach, o ile zrosty takie mogą się przyczynić do wytworzenia prawidłowego krążenia obocznego. W końcu KIJEWSKI uważa cholecystostomię za bezcelową w przypadku prelegenta.

Doc. BARĄCZ jest zdania, że laparotomia wytwarza lepsze stosunki odżywcze w otrzewnie, na dowód czego przytacza przypadek, w którym operacja doszczętna przepukliny pępkowej u chorego, dotkniętego marskością wątroby, powstrzymywała gromadzenie się wysięku w jamie brzusznej.

Doc. CIECHANOWSKI (Kraków) zwraca uwagę, że wynik będących w mowie zabiegów przedewszystkiem zależy musi od stanu wątroby: w przypadkach marskości o przebiegu szybkim interwencja chirurgiczna nie na wiele się przyda, natomiast może ona okazać się pożyteczną w postaciach wolniej przebiegających, zamiast ciągłych nakłuć, nie zawsze bezpiecznych dla chorego. Z drugiej strony jednak wytworzenie zrostów otrzewnowych może okazać się szkodliwym dla ustroju z dwóch względów: 1) może ono mieć ujemny wpływ mechaniczny na czynności jelit, 2) krążenie oboczne, wytworzone w ten sposób, wyłącza zupełnie mo-

żność zubożniania przez zdrowe części tkanki wątrobowej wytworów szkodliwych, wessanych z jelit, skutkiem czego wytwory te muszą być wprowadzone do krwiobiegu i wywołać zatrucie organizmu. CIECHANOWSKI nie podziela zdania KIJEWSKIEGO, jakoby doświadczenia na zwierzętach mogły rzucić pewne światło na kwestyę, w mowie będącą, ponieważ, zdaniem jego, trudno odtworzyć u zwierząt zmiany chorobowe wątroby, ściśle odpowiadające marskości wątroby ludzkiej, a przecież w całej tej sprawie pierwszorzędną rolę odgrywa rodzaj i stopień tych zmian.

Na tem posiedzenie zostało zakończone.

*

*

*

(C. d. n.).

O ruchu chorych w Szpitalu Zapasowym za m. lipiec r. b.

Pozostało z ubiegłego miesiąca chorych 74 (m. 38, k. 36); przybyło w lipcu 138 (m. 85, k. 53); wypisało się 127 (m. 74, k. 53); zmarło 13 (m. 11, k. 2); pozostało na miesiąc następny chorych 72 (m. 38, k. 34).

Ogólna liczba chorych była znacznie większa, aniżeli w czerwcu, a to z powodu raptownego prawie i nader licznego pojawienia się biegunki krwawej, na szczęście w postaci niezbyt ciężkiej. Chorzy przybywali z różnych części miasta, lecz przeważna część z Pragi i ulic sąsiednich. Jednocześnie, jak to rok rocznie ma miejsce, dość znacznie powiększyła się liczba chorych na tyfus brzuszny. Z objawów dodatnich zaznaczyć należy zupełne prawie wygaśnięcie tyfusu wysypkowego i ospy, której kilka zaledwie przypadków w ciągu miesiąca zanotowano.

Najliczniejszą więc rubrykę w miesiącu ubiegłym stanowiła biegunka krwawa, której mieliśmy przypadków 57 (m. 40, k. 17), z których śmiercią zakończyły się 4 (m. 3, k. 1). Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Brzeska 17 (2 przypadki); Browarna 20, 21 i 28; Twarda 25 i 22, Raszyńska 18, Pawia 71 (2 przypadki), Stalowa 47, Leszno 102, Kaliksta 9 i 8, Dobra 49, Leszczyńska 16, Zajęcza 9, Daleka 4, Podwał 15, Grzybowska 78, Nowo-Wielka 7 (3 przypadki), Danielewiczowska 8, Solec 1, Elektoralna 35, Piaskowa 8, Przemysłowa 9, Kawenczyńska 35, Białostocka 3, Radzyńska 29, Krucza 25, Targowa 3, Wolska 39, Długa 42, Strzelecka 2 i 29, Siedlecka 18, Ceglana 11, Mirowska 6, Furmańska 6, Aleksandrowska 4 i 7, Mokotowska 46, Szczęśliwa 7, Piaskowa 8, Wąłowa 26, Dzielna 78 i 74, Furmańska 5, Ś-to Krzyzka 9, Żelazna 91, oraz wsie: Targówek, Wola (2 przypadki), Ciechanowiec i Radom.

Drugą rubrykę, jednakową z miesiącem ubiegłym, zajęła róża, której było przypadków 17 (m. 9, k. 8) z przebiegiem dosyć ciężkim. Śmiercią zakończyły się 3 przypadki z powodu powikłań. Chorzy pochodzili z ulic i domów: Brukowa 5, Dzielna 33, Senatorska 11, Marszałkowska 127, Zgoda 9, Św. Jerska 20, Krakowskie Przedmieście 103, Radzyńska 10, Ciepła 26, Zajęcza 12, Smocza 19, Łucka 34, Wilcza 75, oraz wieś Wola i Paszkiewice.

Dwa razy więcej niż w czerwcu, zanotowano tyfusu brzuszego, t. j. przypadków 11 (m. 7, k. 4) z przebiegiem dosyć ciężkim; dwa z nich zakończyły się niepomyślnie. Chorzy pochodzili z ulic i domów: Karolkowa 66, Solec 38, Krucza 29, Gęsia 23, Wolska 12, Stawki 55, Łucka 16, Piekarska 7, wieś Wola i Wawer.

Na szczególne zaznaczenie zasługuje znaczne zmniejszenie się ospy. Zano-
towano wszystkiego przypadków 6 (m. 4, k. 2), z których jeden zakończył się
śmiercią u chorego nieszczepionego. Chorzy przybyli z ulic i domów: Młynarska
10, Niska 68, Żórawia 34, Franciszkańska 19, Niska 68 i Nowolipki 68.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: 7 przypadków ostrego nieżytu
żołądka i kiszek; po 4 — zapalenia gardła i odry; 3 — tyfusu wy-
sypkowego (Pańska 86, Bracka 3); po 2 — płonicy (Tarczyńska 13, Chmielna
106) i błonicy gardła (Podwale 3, Targówek) oraz jeden przypadek zimnicy.

Chorych niewłaściwie do nas skierowanych mieliśmy 16 (m. 10, k. 6).

Biletów odmownych chorym, nie kwalifikującym się do szpitala Zapasowego,
wydano 18 (m. 9, k. 9); dla braku zaś miejsc 2.

Badań pośmiertnych wykonano 6.

Rewakcynacyi w miesiącu ubiegłym dokonano 40 (m. 26, k. 14).

J. Sz wajcer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= DEMATCIS spostrzegł w r. 1896 chorego z bardzo znaczną małokrwistością, będącą następstwem zapalenia
kiszek, przyczem w kale znaleziono
niezwykłą ilość bakteryi, należących
do gatunku *leptothrix* (włoskowca). U
innego chorego z biegunką przewlekłą,
wzmagającą się podczas miesięcy le-
tnich, D. znalazł również wybitną ma-
łokrwistość, a w kale włoskowce. Ba-
danie krwi wykryło zmniejszenie ilości
ciałek czerwonych i tylko 24% hemoglo-
biny. (Gaz. degli Osped. 26. 3. 99).

= FISCHER opisuje przypadek urazo-
wego zapadnięcia oka (*enophthalmus*)
z jednoczesnem spłaszczeniem odpo-

wiedniej połowy twarzy (skutkiem za-
niku tkanki tłuszczowej podskórnej i
oczodołowej). Nastąpiło to w 3 tygo-
dnie po spadnięciu chorego z roweru
i uderzeniu się w górny brzeg oczodo-
łu. (Ctbl. f. Augenh. luty).

= BLOCH utrzymuje, iż naftalan
stanowi środek swoisty przeciw wszel-
kiego rodzaju oparzeniom; nawet
oparzenia na dużej przestrzeni goją się
od naftalanu bardzo szybko, a bóle zna-
komicie się zmniejszają. Również sku-
tecznym okazał się naftalan w dwóch
przypadkach świerzbu. (Heilkunde,
kwiecień).

P.

Wiadomości bieżące.

— Dzięki staraniom prof. KORANY'je-
go, ma wkrótce stanąć pod Budape-
sztem zakład dla chorych na gruźlicę.
Miasto ofiaruje place oraz wodociągi
i kanalizację.

— W okolicach Neapolu księżna Ra-
vacheri ofiarowała swą willę na dom
zdrowia dla suchotników.

— Przy magistracie miasta Warsza-

wy utworzono nową posadę lekarza sa-
nitarnego. Posadę tę objął kol. Józef
POLAK.

— W Lipsku w dniu 22 października
odbędzie się zjazd psychiatrów i neuro-
logów z okolic środkowo - niemieckich.
Taki sam zjazd ma się odbyć w dniu 18
i 19 listopada dla lekarzy z południo-
wych Niemiec.