

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 21.

Warszawa d. 26 Maja 1906 r.

T. XXXIV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 5 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3 „ — pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Gena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metzl i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Przypadek nagłego ucisku klatki piersiowej i brzucha z następczymi wylewami krwi, obrzękiem i sinicą twarzy i szyi. — Przypadek nadnerzaka i kamienia w nerce miedniczej powikłany niezwykłą postacią dystopii śledziony. Przez S. Groszlika. (Dokończenie). — Streszczenia i wyciągi. 66. Tegoryjce dwunastnicy w Japonii. — XXIII Zjazd internistów w Monachium. (Ciąg dalszy). — Drobne wiadomości. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) W. Ettinger—Un cas de compression subite de la poitrine et du ventre avec échymoses consécutives, oedème et cyanose de la face et du cou. 2) S. Groszlik — Cas de coexistence d'un hypernéphrome et d'un calcul dans un rein pelvien compliqué d'une forme rare de dystopie de la rate.

Redaction Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmiescie 7.

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) W. Ettinger — Ein Fall von plötzlicher Compression des Brustkorbes und des Bauches mit nachfolgenden Blutextravasaten, Oedem und Cyanose des Gesichts und des Halses. 2) S. Groszlik — Ein Fall von Hypernephrom mit Stein in einer Beckenniere, compliciert durch eine ungewöhnliche Form von Milzdystopie.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmiescie 7.

PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału docenta d-ra med. Władysława Janowskiego w szpitalu Dz. Jezus.

Przypadek

nagłego ucisku klatki piersiowej i brzucha z następczymi wylewami krwi, obrzękiem i sinicą twarzy i szyi.

Podał

WITOLD ETTINGER.

asystent oddziału.

Przypadek, przez nas obserwowany, ze względu na swą rzadką i typową postać należy zaliczyć do ciekawszych urazów klatki piersio-

wej i brzucha, a zasługuje na ogłoszenie tembardziej, iż w naszej literaturze znajdujemy w tej kwestyi tylko jedno spostrzeżenie, ogłoszone przez kol. KOSSOBUDZKIEGO w roku 1902 w „Medycynie“¹⁾.

Kol. KOSSOBUDZKI naliczył w całej literaturze, wraz ze swoim, 17 przypadków urazu tułowia z następczymi objawami na twarzy i szyi.

¹⁾ Sz. Kossobudzki. Przyczynek do kazuistyki urazów klatki piersiowej (ucisk klatki piersiowej — zbiór objawów Perthes'a). Medycyna 1902 r. N. 30 i 31, str. 616 i 643.

LEJARS²⁾, opisując w r. 1905 przypadek, przez siebie obserwowany, znał już takich przypadków ogółem 27, pomimo iż przypadek kol. KOSOBUDZKIEGO nie doszedł był do jego wiadomości. LEJARS zaznacza, iż już w 1837 r. OLLIVIER, a w 1855 r. TARDIEU zwrócili uwagę na szczególne objawy ze strony twarzy i szyi przy pewnych urazach klatki piersiowej i brzucha. Z powyższych danych wynika, iż niema dostatecznej podstawy do oznaczania omawianego całokształtu chorobowego mianem: „zbioru objawów PERTHES'a”. Wprawdzie bowiem PERTHES pierwszy niezwykle te objawy ucisku tułowia zgrupował, ale były one znane już na lat 60 przed ogłoszeniem jego pracy³⁾.

W grudniu roku zeszłego w towarzystwie chirurgów paryskich MORESFIN⁴⁾ przytoczył jeszcze jeden przypadek interesującego tu nas urazu. Nasz więc, o ile wnioskować mogę z dostępnej literatury, byłby dopiero trzydziesty z kolei, co aż nadto uzasadnia jego ogłoszenie.

Dnia 1 maja 1905 r. przyniesiono do naszego oddziału szewca Ignacego M., który uczestniczył w pochodzie ludowym, a wskutek wynikłego popłochu w ucieczce był przez tłum przewrócony i zdeptany. Do szpitala przyniesiono chorego w stanie ciężkim, nieprzytomnego, prawie bez tętna, z twarzą, jak zaznacza siostra miłośierdzia, mocno granatową, prawie że czarną i ze śladami świeżego krwawienia z nosa i z lewego ucha. Po godzinie chory przytomność odzyskał i zaczął uskarżać się na ból w klatce piersiowej, na ból w prawym stawie barkowym i niemożność władania prawą kończyną górną. Ciepłota 38,2°.

Następnego dnia (2. V.) przy badaniu chorego znaleziono: chory lat 18, przytomny; ogół-

na budowa prawidłowa, odżywianie umiarkowane. Skargi te same, co i wczoraj. Tętno 100, miękkie, dość pełne. Ciepłota rano 37,4°, wieczorem 39,4°. Na całej twarzy, powiekach i szyi obrzęk i zabarwienie wybitnie granatowe, dochodzące do klatki piersiowej. Na skórze klatki piersiowej w kilkunastu miejscach większe i mniejsze siniaki. Pod skórą twarzy i szyi, na błonach śluzowych warg, policzków, dziąseł i gardzieli liczne drobne punkcikowate wylewy krwawe. Na łącznicy powiek również punkcikowate wylewy krwawe, całe zaś prawie łącznice obydwu gałek ocznych przedstawiają 2 wielkie wylewy krwawe. Wypuklenia gałek ocznych niema; nie zauważono również powiększenia gruczołów przyusznych, podszczękowych, ani ślinianek. W lewym przewodzie słuchowym skrzepła krew; słuch normalny. Na skórze twarzy i szyi uszkodzeń nie znaleziono.

Skóra nad prawym stawem barkowym obrzękła; obrzęk przechodzi na klatkę piersiową z przodu do żebra 2, z tyłu do górnej trzeciej części łopatki. Zabarwienie skóry nad obrzękłym stawem zwykle. Przy obmacywaniu klatki piersiowej (kol. ŻURAKOWSKI) stwierdzono, iż zewnętrzny koniec obojczyka prawego jest oderwany od wyrostka barkowego (*proc. acromialis*) w części środkowej obojczyka, i że u wewnętrznego jego końca wyczuwa się trzeszczenie złamanej kości. Co do I żebra, to trudno było na razie zdecydować, czy jest ono uszkodzone, czy też całe. Dolna część klatki piersiowej przy dotyku bardzo bolesna.

Przy badaniu narządów wewnętrznych znaleziono: nad płucem prawem oddźwięk płucny, nad lewym zaś od wierzchołka do dołu oddźwięk bębnowy. Przy wysłuchiwaniu płuc nad górnym płatem prawego płuca znaleziono oddech pęcherzykowy ze znaczną domieszką wilgotnych rzężeń, nad dolnym płatem oddech pęcherzykowy bez rzężeń; nad lewym płucem od wierzchołka do dołu wysoki oddech oskrzelowy ze znaczną ilością trzeszczeń (krepitacyi) i bronchofonią.

²⁾ F. Lejars. L'infiltration ecchymotique diffuse de la face, à la suite des compressions du tronc. La Semaine médicale. N. 16. stron 181. 1905 r.

³⁾ G. Perthes. Ueber ausgedehnte Blutextravasate am Kopf in Folge von Compression des Thorax (Deutsche Zeitsch. f. Chir. 1899, Z. 5—6 str. 436 i Semaine médicale. 1899, str. 334).

⁴⁾ Semaine médicale r. 1906 N. 1. Str. 8.

Serce wypukuje się od góry na 3 żebrze, prawa granica serca dochodzi aż do prawego brzegu mostka, lewa przekracza o palec na lewo linię sutkową; uderzenie wierzchołka serca w 5 międzyżebrzu. Oglądanie klatki piersiowej wykazuje wyraźne tętnienie tętnicy płucnej (*art. pulmonalis*). Wysłuchiwanie tętnicy płucnej wykazuje wyraźny szmer w drugiej połowie fazy rozkurczowej; innych szmerów przy wysłuchiwanie całego serca nie stwierdziliśmy. Na skórze brzucha i dolnych kończyn oraz w organach wewnętrznych jamy brzusznej nie nienormalnego nie znaleziono. Chory widzi dobrze i ani na chwilę zaburzeń wzrokowych nie odczuwał. Przedtem był zdrow. Mocz o c. g 1021; badanie chemiczne i drobnowidzowe nienormalnych składowych części nie wykazało.

3. V. T. 104, miękkie. Ciepłota rano 37,2°, wieczorem 39,0°. Ogólny stan cokolwiek lepszy; ból w stawie barkowym mniejszy, natomiast dokucza choremu kaszel. Plwociny, jak i wczoraj, niema. Od wczorajszego wieczoru poci się, tak że podczas wizyty był pokryty obfitym potem. Obrzęk i sinica na twarzy i szyi cokolwiek mniejsze. Zmian opukowych w płucach i granie opukowych serca określić niepodobna, wobec nałożonego opatrunku na złamany obojczyk; przez opatrunek jednak wysłuchuje się oddech oskrzelowy, trzeszczenia i bronchofonie nad całym lewym płucem i słychać wyżej wspomniany szmer w drugiej połowie rozkurczu nad tętnicą płucną. Badanie oka (kol. KACZKOWSKI) wylewów na dnie oka nie wykazało. Mocz 1650 ctm.; mocz przezroczysty, żółty.

4. V. Tętno 92. Ciepłota 38,8° rano i wieczorem. Chory skarży się na kaszel i bóle w lewej połowie klatki piersiowej. Ogólny stan bez zmiany. Obrzęk i sinica twarzy i szyi stopniowo się zmniejszają. Wylewy krwawe w łącznicy oczów jednakowo mocno czerwone, pod skórą zaś i na błonach śluzowych bledną. Plwocina odchodzi w nieznacznej ilości, jest ciągliwa i

zawiera wyraźną domieszkę krwi. Objawy wysłuchowe ze strony serca i płuc bez zmiany.

Badanie uszów i nosa (kol. W. ŚWIĄTECKI) wykazało: na błonie śluzowej nosa w obydwóch otworach dość liczne punkcikowate wylewy krwawe; w uchu prawem zmian nie zauważono, w lewym zaś na tylnej ścianie przewodu słuchowego i na błonie bębenkowej mnóstwo krwawych wynaczynień.

5. V. Tętno 98. Ciepłota 39,6°, wieczorem 40°. Pomimo wysokiej ciepłoty samopoczucie lepsze, bóle w klatce piersiowej mniejsze, kaszel nie tak dokuczliwy. W plwocinie znaczniejsza domieszka krwi. Obrzęk twarzy i szyi znikł, sinica zaś twarzy i szyi coraz mniejsza. Wynaczynienia pod skórą i na błonach śluzowych bledną. Objawy ze strony płuc i serca bez zmiany.

6. V. Tętno 90. Ciepłota rano 38,4°, wieczorem 37,6°. Samopoczucie stopniowo coraz lepsze. Chory poci się. Kaszle mniej, na bóle się nie skarży. Domieszka krwi w plwocinie mniejsza. Objawy w płucach i sercu te same, co powyżej.

7. V. Tętno 86. Ciepłota rano 37,7°, wieczorem 39,2°. Skarży się na silny kaszel. Obiektywnie nie nowego. Domieszka krwi w plwocinie coraz mniejsza.

8. V. Tętno 94. Ciepłota 38,7°, wieczorem 37,6°. Samopoczucie niezłe, kaszel mniejszy. Sinica na skórze twarzy i szyi co raz mniejsza. Punkcikowate wylewy krwawe na skórze i na błonach śluzowych niewidoczne. Plwocina bez krwi; natomiast występuje po raz pierwszy wyraźna domieszka krwi w moczu.

Mocz 1300 ctm., c. g. 1024, zabarwienie brunatne, białka ślad wyraźny; w osadzie z moczu pod drobnowidzem — wyłącznie czerwone krążki krwi. W płucach nad prawym górnym płatem rzężeń nie słychać; nad lewym wierzchołkiem do górnej trzeciej części łopatki oddech szorstki i wilgotne rżenia; poniżej do dołu od-

dech oskrzelowy i dużo trzeszczeń. Nad tętnicą płucną po dawnemu.

9, 10, 11 i 12. V. W stanie chorego żadnych szczególnych zmian nie zaszło. Ciepłota stopniowo codziennie spadała, tak że 11.V. doszła do 36,8° i na tej, mniej więcej, wysokości pozostała aż do dnia wypisania chorego ze szpitala (1. VI). Tętno 80 — 82. Brunatne zabarwienie moczu stopniowo codziennie się zmniejszało, tak że już po 4 dniach, t. j. 12. V., mocz znowu był przezroczysty i żółty, a przy badaniu drobnowidzowem czerwonych krążków krwi nie zawierał. Sinicy na twarzy i szyi niema (12. V.); jedynie czerwone są jeszcze łącznice oczów. W płucach tylko nad dolnym lewym płatem słychać oddech oskrzelowy i trzeszczenia, powyżej zaś wydech zaostrozony i nieznaczna liczba wilgotnych rżżeń i trzeszczeń. W sercu po dawnemu.

13. V. Zmieniono opatrunek, nałożony na obojczyk. Tętno 86. Skarg niema. Apetyt dobry. Przy wypukiwaniu płuc odgłos bębnekowy tylko nad dolnym płatem płuca lewego; oddech w całym lewym płucu zaostrozony i pokryty nieznaczną liczbą wilgotnych rżżeń. Górna granica serca na brzegu 3-go żebra, prawa dochodzi do połowy mostka, lewa przekracza linię sutkową o palec na lewo. Szmer nad tętnicą płucną wysłuchuje się, jak i dawniej. Obojczyk zrasta się prawidłowo; dokładniejsze badanie wykazuje, że I żebro uszkodzone nie było.

15. V. Stan ogólny chorego stale stopniowo się poprawia. Oddech w płucach pęcherzykowy, szmerów dodatkowych nie słychać. Czerwone wylewy na łącznicach oczów bledną.

Do 1. VI. żadnych szczególnych zmian w stanie zdrowia chorego nie zaszło. Chory pozostawał w oddziale z powodu ograniczenia ruchów kończyny górnej prawej dla masażu, który mu stosowano na prawy bark i obojczyk.

Od 27. V. do 29. V. uskarżał się na bóle w okolicy serca, obiektywnie jednak nie nowego w sercu nie wykryto. Tętno stale od 72 do 86,

W dniu wypisania chorego (1. VI) stan jego zdrowia był następujący: Skarg niema; ruchy prawej kończyny górnej we wszystkich stawach swobodne. W płucach nic nienormalnego. Górna granica serca na 3 żebrze, prawa dochodzi do połowy mostka, lewa przekracza linię sutkową o palec na lewo. Szmer wysłuchuje się tylko nad tętnicą płucną w drugiej połowie fazy rozkurczowej. Tętnienie na miejscu tętnicy płucnej niewidoczne. W łącznicach oczów nieznaczne wylewy krwawe.

Zestawiając objawy chorobowe w powyższym przypadku, widzimy, że pod wpływem nagłego silnego urazu tułowia, oprócz złamania obojczyka, wystąpiły: 1) obrzęk i wybitna sinica twarzy i szyi, 2) wylewy krwawe w skórze twarzy, szyi i klatki piersiowej, 3) wylewy na błonach śluzowych oczów, nosa, jamy ustnej, gardła i wreszcie na lewej błonie bębnekowej ucha. Nadto na uwagę zasługuje 4) lewostronne zapalenie płuc, 5) znaczne rozszerzenie serca, przeważnie prawej komory, 6) drugi szmer nad tętnicą płucną i 7) wreszcie krwiomocz. Objawy obrzęku, sinica i wylewy krwawe na twarzy, szyi i błonach śluzowych dają w sumie obraz typowy dla wyjątkowo silnych urazów klatki piersiowej i brzucha.

Co się tyczy mechanizmu powstania powyższych objawów, to, jak kol. KOSSOBUDZKI przytacza, PERTHES⁽³⁾ wyraził zdanie, że przez ucisk następuje podwyższenie ciśnienia wewnątrzpiersiowego, to zaś przenosi się na żyły głowy i sprowadza pęknięcie małych naczyń.

HOPPE⁵⁾ zaś cokolwiek inaczej zapatruje się na mechanizm powstawania interesujących nas objawów. Zdaniem jego, po ucisku klatki piersiowej, brzucha lub też wskutek innych nagłych przyczyn powstaje nagle podwyższenie ciśnienia wewnątrzpiersiowego. To ostatnie udziela się obu drogą krwionośnym — układem

⁵⁾ Hoppe. Deut. med. Woch. 1901. N. 40. Podług Kossobudzkiego,

wi żylnemu i tętniczemu, wywołując w nich falowanie słupa krwi. Wskutek tego że tętnice są pod większem ciśnieniem bocznem i jako teższe i głębiej położone, że są mniej rozszerzalne, żyły zaś bardziej rozszerzalne, pod mniejszem bocznem ciśnieniem, jako powierzchowniej leżące, oraz przedstawiają przeszkody w postaci zastawki u żyły jarzmowej wspólnej, fale krwi spotykają się nie pośrodku drogi, lecz już w zakresie układu żylnego, mniej więc w małych żyłach. Te ulegają rozszerzeniu i pękają: ztąd sinica i wynaczynienia.

Wyda mi się nadto bardzo trafną cytowaną przez LEJARS'a następująca poprawka MILNER'a: „w chwili zgniecenia poszkodowani nie tracą natychmiast przytomności, bronią się oni; obrona ta polega na wysiłku klatki piersiowej i brzucha, głębokim wdechu, po którym następuje zamknięcie głośni i energiczny skurcz mięśni ściany brzusznej. W tych warunkach ciśnienie w brzuchu i w klatce piersiowej wzrasta, trudno ocenić do jakiego stopnia, ale prawdopodobnie znacznie, a ciśnienie to wypędza krew tętniczą, zawartość lewej komory i aorty i powoduje wsteczny prąd krwi żylny, dla której stoją otworem żyły szyjowe. Skutkiem tego powstaje fala krwi i rozciągnięcie naczyń tem znaczniejsze, im bardziej gwałtowny i długotrwały był wysiłek obronny”.

W ten właśnie sposób najprawdopodobniej powstały obrzęki i wylewy krwi na twarzy i szyi w naszym przypadku, żadnych bowiem bezpośrednich dowodów innych zewnętrznych urazów wykryć nie było można.

Objawy zapalenia płuc, jako następstwo urazu, nie zasługują na specjalne rozpatrzenie. Na uwagę natomiast zasługuje serce, które wskutek niespodzianie zmienionych warunków krążenia uległo ostremu rozszerzeniu. Z biegiem czasu granice tępości serca zmniejszyły się, do normy jednak w ciągu 4-tygodniowego pobytu chorego w szpitalu nie doszły. Być bardzo może, że ostatni fakt stoi w pewnym związku, ze szme-

rem, wysłuchiwanym stale nad tętnicą płuną. Powstanie tego szmeru mogło być wywołane przez gwałtowne podniesienie ciśnienia w małym krążeniu, które spowodowało rozszerzenie prawej komory, a nadto prawdopodobnie i naderwanie przynajmniej jednej zastawki tętnicy płucnej. Powstała przez to niedostateczność zastawek tętnicy płucnej stała się powodem ciągłego rozkurczowego szmeru, stale nad nią wysłuchiwanego, oraz stopniowego wytworzenia się przerostu prawej komory serca. W ten tylko sposób wytłumaczyć można, dlaczego granice prawej komory serca, po ustąpieniu przyczyn dla gwałtownego jej rozszerzenia, nie doszły jednak do normy. Oczywiście, powyższe twierdzenie mogłoby być wygłaszane z zupełną pewnością dopiero wtedy, gdybyśmy znali chorego przed wypadkiem i mogli wskutek tego twierdzić, iż nie miał on wrodzonej niedostateczności zastawek tętnicy płucnej; faktem jest jednak, iż przed wypadkiem chory uważał się za zupełnie zdrowego.

Dla ścisłości dodajemy, iż czterodniowy krwiomocz tłumaczymy sobie zawałem krwawym nerek lub w jednej z nich. Możliwość powstania podobnego zawału jest w powyższym przypadku aż nadto jasna.

Przypadek nadnerczaka i kamienia

w nerce miedniczej

powikłany niezwykle postacią dystopii śledzony.

Przez

S. Groszlika.

(Według odczytu, wygłoszonego na posiedzeniu chirurgicznym w sali Warsz. Tow. Lek. d. 10 IV. 1906 r.).

(Dokończenie. — Zob. N. 20).

U W A G I.

Z powyższego spostrzeżenia wynika: 1) że organ, który przy wielokrotnem badaniu wyczuwaliśmy w okolicy nerkowej, i który klinicznie

należało uznać na nerkę, okazał się przy operacyi śledzioną, umieszczoną w opróżnionem łożysku nerki; 2) że w danym przypadku mieliśmy do czynienia z współistnieniem w jednej nerce trzech postaci chorobowych, mianowicie dystopii, nowotworu i kamienia. Każdy z tych punktów wymaga bliższego rozpatrzenia.

Ad I) Jak to już zaznaczone było przy opisie operacyi, w masie tłuszczowej retrorenalnej wymacałem organ, który otoczony był błoną o wyglądzie surowiczym. Błona ta, mylnie przyjęta za powięź retrorenalną i nacięta, była ściśle spojona ze śledzioną, od której z trudnością dała się odłuszczyć. Po oddzieleniu na całej przestrzeni i wydobyciu śledziony, okazało się, że naczynia jej dążą do jamy brzusznej przez otwór w otrzewnie. Oczywiście nacięta przez nas błona surowicza była otrzewną, która wskutek sprawy zapalnej wytworzyła naokoło śledziony torebkę, komunikującą z wolną jamą brzuszną za pośrednictwem dość szerokiego otworu. Tak otorbiona śledziona, znalazłszy dół lędźwiowy opróżniony skutkiem dystopii nerki, sama uległa przemieszczeniu, dzięki któremu przy badaniu klinicznym błędnie poczytywana była za nerkę, przy operacyi zaś znaleziona została w jej łożysku anatomicznem.

Zachodzi pytanie, czy istnieje probierz, który pozwoliłby wykryć rzeczoną anomalię w położeniu śledziony przy badaniu klinicznym?

Okoliczność, że śledziona zajęła opróżniony przez nerkę dół lędźwiowy i w ten sposób z organu wewnątrz-otrzewnowego stała się niejako narządem zewnątrz-otrzewnowym, który bezpośrednio przylegał do ściany lędźwiowej, wyłączała zdaniem mojem wszelkie widoki rozwiązania tej kwestyi w duchu twierdzącym. Wiadomo, że w razie nadarzających się trudności przy rozpoznawaniu guzów, wychodzących z podżebrza, bardzo ważną, a nieraz i decydującą rolę odgrywa zjawisko, opisane przez

GUYON'a²⁾ pod nazwą *ballottement rénal* i polegające na tem, że nerka, choć cokolwiek występująca z pod łuku żebrowego, unosi się przy wstrząsaniu palcami okolicy lędźwiowej w kierunku przedniej ściany brzusznej, skąd uderzenia odbiera druga ręka, na płask położona między łukiem żebrowym a zewnętrznym brzegiem mięśnia prostego. Tą drogą możemy z łatwością określić położenie nerki, rozpoznać jej kształt, rozmiary i kierunek osi wielkiej. Należy jednak pamiętać, że niezbędnym warunkiem prawidłowego wywołania rzeczonego zjawiska jest ściśle trzymanie się kąta, utworzonego przez mięśnie lędźwiowo-krzyżowe i ostatnie żebro, gdyż właśnie w tem miejscu nerka znajduje się w bezpośrednim zetknięciu ze ścianą lędźwiową. Tylko postępowanie metodyczne może nas uchronić od błędów, które łatwo popełnić przy wstrząsaniu tylnej ściany brzusznej poniżej lędźwi, albowiem wywołane w ten sposób „*ballottement*“ właściwe jest i innym guzom brzuszny i nie ma nic wspólnego z „*ballottement rénal*“ w pojęciu GUYON'a.

Ponieważ ze wszystkich narządów brzusznych jedna tylko nerka zajmuje dół lędźwiowy i zachowuje bezpośrednią styczność z kątem żebrowo-kręgowym nawet wówczas, gdy skutkiem spraw chorobowych dosięga znacznych rozmiarów, wynikałoby ztąd, że zjawisko, w mowie będące, może służyć za cechę, która pozwala na ściśle odróżnianie guza pochodzenia nerkowego od innych guzów jamy brzusznej. Doświadczenie codzienne poucza, że w rzeczy samej „*ballottement rénal*“ oddaje nam pod tym względem nieocenione usługi przy badaniu klinicznym. Jednakże, jak niema prawidła, które

²⁾ F. Guyon. *Sémiologie et examen clinique des tumeurs du rein*. Annales d. mal. d. org. gén. urin. 1888. str. 660.

Tenże. *Leçons cliniques sur les maladies d. voies urinaires*. Paris. 1896, II wyd. Tom 2, str. 260.

byłoby wolne od wyjątków, tak i to zjawisko może występować niekiedy nawet w formie bardzo jaskrawej w przypadkach guzów pochodzenia nienerkowego, o ile guzy te znajdują się w bliskim kontakcie ze ścianą lędźwiową. Tu tkwi źródło błędów rozpoznawczych, które dałyby się może niekiedy uniknąć, gdyby w razie stwierdzenia *ballottement rénal* zwracano również baczniejszą uwagę i na inne objawy, towarzyszące cierpieniu. Pierwszy ALBARRAN przyznał się do takiej omyłki: rozpoznał on w pewnym przypadku nowotwór złośliwy lewej nerki, opierając się na wyraźnie dostrzeżonym *ballottement rénal*; badanie jednak pośmiertne wykazało, że siedliskiem guza była pustnica, która, spłaszczony okrzężnicę, przylgnęła do nerki zupełnie zdrowej. TUFFIER również, stwierdziwszy *ballottement rénal* w przypadku torbieli bąblowcowej, powstałej w prawym dole lędźwiowym i usadowionej na zdrowej nerce, sądził, że ma do czynienia z guzem nerki. W roku 1903 LEŚNIEWSKI opisał przypadek, w którym, stwierdziwszy *ballottement rénal*, rozpoznał guz pochodzenia nerkowego, podczas gdy operacja wykazała, że sprawa chorobowa szerzyła się w tkance łącznej pozaotrzewnowej i w torebce tłuszczowej prawej nerki, mając za punkt wyjścia owrzodzenie (gruźlicze?) w zgięciu wątrobowem okrzężnicy. Istnieje jeszcze kilka spostrzeżeń, z których wynika, że otorbiona gruźlica otrzewny (SACHS), torbiel trzustki (HARTMANN) i t. p. sprawy mogą w pewnych sprzyjających warunkach wykazywać *ballottement rénal* i stwarzać nieprzewidywane trudności w rozpoznaniu. Osobiście spostrzegałem to zjawisko jeszcze podczas mojej asystentury w oddziale d-ra KRAJEWSKIEGO w przypadku dużego mięsaka zaotrzewnowego, który siedział w dole lędźwiowym i dał powód do błędnego rozpoznania guza nerki lewej u dziecka sześciolatniego. Operacja wykazała bardzo ścisły zrost z nerką zdrową i niepowiększoną, od której jednak guz nie dał się oddzielić, i dlatego na-

leżało go usunąć wraz z nerką. We wszystkich tych spostrzeżeniach powodem błędnej dyagnozy było bezpośrednie lub bliskie sąsiedztwo guza ze ścianą lędźwiową bądź skutkiem powstania choroby w samym dole lędźwiowym (przypadek TUFFIER'a i mój), bądź też skutkiem tego, że guz, który pierwotnie rozwijał się w jamie otrzewnej, wszedł w następstwie w bliższe stosunki z odpowiednią nerką (ALBARRAN, LEŚNIEWSKI, SACHS i inni).

Fakty, dopiero co przytoczone, rzucają należyte światło na stosunki, stwierdzone w naszym przypadku, i dowodzą, że rozpoznanie kliniczne dystopii śledziony leżało tu po za obrębem naszych środków badania. Mieliśmy przed sobą typowy obraz kolki nerkowej z największym nateżeniem bólu w okolicy lędźwiowej, i, co ważniejsza, z objawem obiektywnym, wprost wskazującym na cierpienie nerki, mianowicie krwiomoczem nerkowym. Rozpoznaliśmy kamień lewej nerki. Znalazłszy w dole lędźwiowym guz i stwierdziwszy wyraźne zjawisko *ballottement rénal*, musiałem guz ten uznać za nerkę.

Widzimy więc, że wszystkie okoliczności złożyły się na to, aby błąd, który popełniłem, przybrał wszelkie cechy prawdy niezaprzeczanej. Na domiar złego badanie było tu niezwykle utrudnione z powodu zaznaczonej już znacznej grubości powłok brzusznych i wielkiej wrażliwości chorej. Skutkiem tego nie byliśmy w stanie zdać sobie dokładnie sprawy z kształtu wyczuwanego narządu i nie mogliśmy określić kierunku jego wielkiej osi, co zdaniem GUYON'a³⁾ i CESTAN'a⁴⁾ sprzyja niekiedy odróżnianiu guza nerki od guza śledziony. W dwóch przypadkach, które nastęrczały poważne trudności w rozpoznaniu i budziły podejrzenie guza nerki, autorowie ci uciekli się do badania graficznego konturów guza oraz do określenia kie-

³⁾ Guyon. Rein ou rate. Ann. d. mal. d. org. gén. urin. 1892. str. 612.

⁴⁾ E. Cestan. Rein ou rate. Tamże. 1893, str. 304

runku jego osi wielkiej. Stwierdziwszy, że brzo-
gi, tworzące granice guza, nie są równoległe,
jak to bywa w guzach nerek, lecz tworzą elipsę,
oraz że oś wielka przebiega ukośnie w kierunku
pępka, nie zaś pionowo ku dołowi biodrowemu,
autorowie ci doszli do wniosku, że mają do czy-
nienia z powiększoną śledzioną. Jakoż wywiady
i objawy, towarzyszące cierpieniu, zdawały się
rozpoznać to uzasadniać. Godzi się jednak za-
znaczyć, że w obu tych przypadkach (nawiaso-
wo dodam — nieoperowanych) istniały guzy
znacznych rozmiarów, które dały się dokładnie
wymacać przez cienkie powłoki brzuszne, że gu-
zy te nie wykazywały *ballotement rénal* i nie
przedstawiały objawów chirurgicznego cierpie-
nia nerki, zadanie więc, jakie ci autorowie mieli
do rozwiązania, było bez porównania łatwiejsze,
aniżeli w moim przypadku, w którym obok za-
znaczonych wyżej trudności badania i niewąt-
pliwych cech cierpienia nerki, wyczuwalny
w dole lędźwiowym narząd tak nieznacznie wy-
stawał z pod łuku żebrowego, że o pomiarach,
mogących stwierdzić jego istotę, nawet mowy
być nie mogło.

Tyle w sprawie dyagnozy klinicznej.

Stwierdzone w przypadku naszym stosunki
anatomo-patologiczne, dotyczące położenia śle-
dziony, skłoniły mnie do poszukiwania analog-
icznych spostrzeżeń w literaturze. I oto zna-
lażem trzy obserwacje, z których wynika nie-
wątpliwie, że anormalne położenie śledziony by-
ło już kilkakrotnie powodem podobnego niepo-
rozumienia podczas operacji. Są to spostrzeże-
nia VULPIUS'a, HILDEBRAND'a i EHRICH'a. Przy-
taczamy je w porządku chronologicznym, w ja-
kim zostały ogłoszone.

1. W pracy p. t. *Beiträge zur Chirurgie
und Physiologie der Miltz* ⁵⁾ O. VULPIUS podaje
spostrzeżenie, dotyczące kobiety 42-letniej, któ-
ra została kopnięta w lewy bok. Po upływie 2½
tygodnia wystąpiły nieokreślone objawy zapal-

ne w lewej połowie brzucha. W następstwie
wytworzyła się w okolicy lędźwiowej wypukłość,
którą uznano za zapalenie ropne tkanki łącznej
przynerkowej (*paranephritis*). Wykonano cięcie
pod 12 żebrem i po wypuszczeniu cuchnącej ro-
py zauważono w głębi rany narząd, który po-
czytywano za nerkę nekrotyczną. Wskutek dłu-
gotrwałego ropienia przystąpiono po pewnym
czasie do wyluszczenia tego narządu, przyczem
powstał dość silny krwotok żylny. Po usunięciu
wzmiankowanego tworzywa wykryto w otrzewnie
szparę długości zaledwie 2 ctm. Wyluszczony
narząd okazał się śledzioną, pokrytą strzępami
otoczki.

Niezwykłe położenie śledziony dało po-
czątkowo powód do przypuszczenia, że skutkiem
urazu powstała w otrzewnie szczelina, przez
którą śledzioną wypadła i zewnątrz otrzewny
uległa zgorzeli. Po bliższem jednak zastanowie-
niu VULPIUS zapatrywanie to porzucił, skła-
niając się bardziej ku przypuszczeniu, że pier-
wotnie nastąpiła kontuzja śledziony, co dopro-
wadziło do sprawy zapalnej jej otoczki (*peri-
splenitis*) i otorbienia się narządu, a następnie
do zgorzeli.

2. Przypadek, ogłoszony przez HILDE-
BRAND'a ⁶⁾, ogranicza się niestety do krótkiej
wzmianki na zjeździe chirurgów niemieckich
w r. 1902. W spostrzeżeniu tem HILDEBRAND
przytacza dane, jakie stwierdził podczas opera-
cyi wodonercza przepuszczającego. Wykonaw-
szy cięcie lumbalne w celu dostania się do ner-
ki, natknął się on na narząd, który ze względu
na położenie uznał za nerkę. Narząd ten posia-
dał otoczkę tłuszczową. Po nacięciu jednak
otoczki HILDEBRAND przekonał się, że ma przed
sobą śledzionę. Dalsze poszukiwania wykaza-
ły, że nerka znajduje się w jamie miednicy. HIL-
DEBRAND utrzymuje, że w przypadku tym śle-

⁵⁾ Beitr. zur klinisch. Chirurgie. Bd. XI, 1894.
str. 633 resp. 645.

⁶⁾ Hildebrand. Intermittierende Hydronephrose.
Bericht über die Verhandlungen d. deutsch. Gesellschaft
für Chirurgie. XXXI. Congr. 1902. Beilage z Centr. f. Chi-
rurgie. N. 26. str. 132.

dziona leżała zewnątrz-otrzewnowo, i zapewnia, że podczas operacji nie zauważył uszkodzenia otrzewny.

3. Przypadek, opisany szczegółowo przez EHRICH'a⁷⁾, dotyczy mężatki 49 letniej, wieloródki, u której już dawniej stwierdzono przypadkowo obustronną nerkę wędrującą. Na trzy tygodnie przed wstąpieniem do kliniki chirurgicznej prof. MÜLLER'a w Rostoku zjawiał się bez widocznej przyczyny bardzo silny napad kolki w lewej połowie brzucha, połączony z wymiotami, dreszczami, podniesieniem ciepłoty do 39° i zatrzymaniem stolca. Ilość moczu znacznie się zmniejszyła i od tej chwili wynosiła nie więcej nad 600 ctm. sz. na dobę. Badanie wykazało lekkie wzdęcie lewej połowy brzucha, w której macaniem stwierdzono guz wielkości 1½ pięści, płaski, sięgający ku dołowi nieco niżej linii, łączącej obie *spin. il. ant. sup.*, gdzie kończy się brzegiem zaokrąglonym. Na zewnątrz granicę guza tworzy przednia linia pachowa, ku górze guz sięga aż pod łuk żebrowy. Odgłos wypukowy nad guzem bębnowy, nieco przytłumiony. Guz gładki, twardy, przesuwalny przy ruchach oddechowych i bardzo wrażliwy na ucisk. Mocz prawidłowy, nasycony.

Rozpoznano zaciśnięcie wodonercza nerki wędrującej i uznano konieczność interwencji chirurgicznej.

Operację wykonał prof. MÜLLER. Cięcie lędźwiowo-brzuszne skośne. Po nacięciu głębokiej powięzi u brzegu m. czworograniastego lędźwi (*m. quadratus lumborum*) ukazuje się gruba warstwa tłuszczowa, którą rozszepiono, przyczem wyłoniła się przypuszczalna nerka. Była ona pokryta otoczką łącznotkankową, która dała się odłuszczyć z łatwością. Powierzchnia wypukła narządu zwrócona była na zewnątrz i ku dołowi i sięgała nieco niżej *sp. il. ant. sup.* Wnęka łatwo wymacalna zwrócona była ku górze i wewnątrz. Cały narząd ładnie przypominał

śledzionę. Ponieważ jednak wolna jama brzuszna nie została nigdzie otwarta, zrodziło się przypuszczenie, że zmiana kształtu nastąpiła skutkiem powiększenia i zastojów żylnego w nerce. Dopiero po wyluszczeniu całego organu z otoczki przekonano się, że jestto istotnie śledziona, skręcona na zewnątrz pod kątem 90°. Zasługuje przede wszystkim na uwagę okoliczność, że śledziona leżała zewnątrzotrzewnowo w otoczce łącznotkankowej, która dała się prześledzić aż do wnęki, i że nigdzie nie zauważono śladu uszkodzenia całości otrzewny. Dalsze poszukiwania wykryły, że otoczka tłuszczowa i łączno-tkankowa tego narządu graniczyły u góry z nerką, która leżała w miejscu prawidłowym pod 12 żebrem, zupełnie od śledziony oddzielona. Dla upewnienia się nacięto otoczkę nerki i stwierdzono, że nerka posiada wygląd normalny i kształt prawidłowy. Śledzionę pociągnięto ku górze i umocowano do brzegu mięśnia krzyżowo-lędźwiowego.

Autor z naciskiem zaznacza, że w danym przypadku nie ma mowy o jakiejś sprawie zapalnej, która mogła doprowadzić do otorbienia się organu i oddzielenia od wolnej jamy brzusznej, ponieważ z całą dokładnością stwierdzono, że otoczka dała się łatwo odłuszczyć aż do szypuły bez utworzenia jamy brzusznej. Zewnątrzotrzewnowe położenie śledziony należy zdaniem autora uważać za wadę rozwojową, która prawdopodobnie powstała wtórnie skutkiem zmiany położenia narządu w życiu zarodkowym. Ta zmiana położenia pierwotnie w prawidłowym miejscu rozwijającej się śledziony mogła nastąpić, jak autor sądzi, skutkiem przepuklinowego wypuklenia otrzewny ściennej albo też skutkiem powstałej w otrzewnie szczeliny, przez którą organ jeszcze w życiu zarodkowym wysliznął się na zewnątrz otrzewny i tu rozwijał się dalej zewnątrzotrzewnowo.

Z przytoczonej wyżej kazuistyki spostrzeżenie HILDEBRAND'a posiada najwięcej cech wspólnych z przypadkiem, przeze mnie opisa-

⁷⁾ Ehrlich, Ueber retroperitoneale Lage der Milz. Beitr. zur Klin. Chir. Bd. 41, 1901, str. 446.

nym. I tu i tam stwierdzone zostało, że nerka leżała w jamie miednicy, i że śledziona zajęła opróżnione przez nerkę łożysko. Różnica polega na tem, że HILDEBRAND nie zauważył otworu w otrzewnie, co zniewala go do twierdzenia, że w przypadku, przezeń spostrzeganym, śledziona leżała zewnątrz-otrzewnowo. Jak widzieliśmy, twierdzenie to doznało silnego poparcia w pracy EHRICH'a, który znalazł stosunki identyczne. Czy tak ściśle odgraniczenie śledziony od jamy brzusznej jest możliwe, i czy ono istotnie zależy od odmiennego sposobu powstawania tej anomalii, które EHRICH odnosi aż do życia zarodkowego, musi tymczasem pozostać nierozstrzygniętem. Natomiast zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości, że w przypadku VULPIUS'a i moim pierwiastek zapalny odgrywał główną a może i jedyną rolę w otorbieniu się śledziony. Bez względu jednak na zaznaczone tu różnice przytoczone spostrzeżenia mają tę wspólną cechę, że stwierdzają możliwość istnienia takiej postaci dystopii śledziony, która może nastręczyć bardzo poważne trudności zarówno dla rozpoznania, jak i przy operacji.

Ad II). Przechodząc obecnie do zmian chorobowych, których siedliskiem była usunięta nerka, należy przedewszystkiem zaznaczyć, że bardzo niskie położenie organu tudzież niezwykle krótka i gruba szypuła, dzięki której nerka była silnie umocowana w swoim położeniu anormalnem nawet po oddzieleniu wszelkich zrostów, świadczą o tem, że mieliśmy tu do czynienia nie z nerką ruchomą, lecz z wrodzonym jej przemieszczeniem czyli z t. z. n e r k ą m i e d n i c z ą (*dystopia renis pelvica congenita*). Jak wiadomo, anomalia ta nie należy do rzadkości — w roku 1902 MÜLLERHEIM⁸⁾ zebrał z literatury przeszło 200 przypadków nerki miedniczej — zazwyczaj jednak bywa ona rozpoznawana na

stole sekcyjnym i dlatego bardziej jest znana anatomo-patologom, aniżeli klinicystom. W przypadkach wrodzonej dystopii nerki, które dały powód do interwencji chirurgicznej, rozpoznanie kliniczne nastręczało nieprzezwyciężone trudności, tak że dopiero operacja zdołała wyjaśnić istotny stan rzeczy. O ile wiem, jedyny wyjątek pod tym względem stanowi spostrzeżenie MÜLLERHEIM'a, w którym cierpienie to zostało trafnie rozpoznane przed operacją⁹⁾. Przypadek dotyczy młodej dziewczyny, u której autor stwierdził zupełny brak pochwy, macicy i przydatków, natomiast znalazł z prawej strony miednicy twór, który uznał za nerkę miedniczą dzięki analogii ze znanymi mu odpowiednimi preparatami anatomicznymi. Dla upewnienia się w rozpoznaniu zmierzono długość moczowodu za pomocą sondowania (CASPER). Okazało się, że moczowód nerki miedniczej był krótszy od drugiego o 12 cm.

Na zasadzie tych danych MÜLLERHEIM sądzi, że wykrycie w jamie miednicy odpowiedniego kształtu guza nieruchomego tudzież stwierdzenie za pomocą sondowania znacznego skrócenia długości moczowodu mogą stanowić punkty oparcia dla klinicznego rozpoznania nerki miedniczej.

W naszym przypadku rozpoznanie nerki miedniczej przed operacją było niemożliwe już choćby z tego powodu, że największe natężenie bólu koncentrowało się właśnie w miejscu, które anatomicznie odpowiadało normalnemu siedlisku nerki. Podobne umiejscowienie bólu zauważył również ISRAEL w przypadku kamicy lewej nerki miedniczej, powikłanej wodonerczem i rozpoznanej przy autopsyi. Jeżeli zdaniem jego „częsta lokalizacya bólów w okolicy lędźwiowej

⁸⁾ R. Müllerheim. Ueber die diagnostische und klinische Bedeutung der congenitalen Nierendystopie, speciell der Beckenniere. Berlin. medic. Gesellschaft, Sitzung vom 5 Nov. 1902. Według sprawozdania Berl. klin. Wochenschr. 1902. N. 48, str. 1130.

⁹⁾ Dla ścisłości wspomnę, że w r. 1897 J. Israel operował z pomyślnym wynikiem przypadek, w którym już przed operacją istniało „mocno uzasadnione podejrzenie dystopii nerki“. Gdy próba laparotomii przypuszczenie to potwierdziła, Israel po upływie pewnego czasu usunął nerkę zewnątrzotrzewnowo. Israel, Chirurgische Klinik der Nierenerkrankheiten, Berlin. 1901 str. 3.

pomimo położenia nerki w głębi małej miednicy odciąga uwagę od właściwego *locus affectus*¹⁰⁾, to tembardziej potęgowały się truności rozpoznawcze w naszym przypadku, w którym istniejące jednocześnie zboczenie położenia śledziony ludzko przypominało nerkę. Te dwie okoliczności wystarczyły zatem najzupełniej, aby wyłączyć potrzebę dalszych poszukiwań, które zresztą wobec tuszy chorej i wielkiej wrażliwości przy badaniu pozostałyby prawdopodobnie bezowocnymi. Co się zaś tyczy moczowodu, to tylko tyle mam do nadmienienia, że ujście jego znajdowało się w miejscu właściwym i żadnych zboczeń nie ujawniało, co bywa zjawiskiem zwykłym przy nerce miedniczej, i że sondowanie odbyło się bez przeszkód, tak że cewnik dotarł do tej samej wysokości, co po stronie prawej. Oczywiście, nie podejrzewając anomalii w położeniu nerki, nie wpadłem na myśl zmierzenia długości moczowodów, wątpię zaś, aby ewentualne dostrzeżenie różnicy w stopniu zagłębiania się cewników mogło wzbudzić we mnie podejrzenie istnienia w tym przypadku nerki miedniczej, zwłaszcza, że doświadczenie uczy, iż nawet przy nerce prawidłowo położonej nie zawsze udaje się dotrzeć cewnikiem do pożądanej wysokości. Zresztą w przypadku nerki miedniczej, spostrzeganym przez ISRAEL'a¹¹⁾, długość odpowiedniego moczowodu, stwierdzona na autopsji, wynosiła około 25 cm., a zatem odpowiadała normie.

Ponieważ wrodzone zboczenie położenia najczęściej występuje przy nerkach zrosniętych lub w przypadkach nerki samotnej, uważam za właściwe przypomnieć jeszcze, że w przypadku, przezemnie spostrzeganym, stwierdzona została przed operacją obecność moczowodu po stronie zdrowej i normalna czynność wydzielnicza odpowiedniej nerki, operacja zaś wykazała

zupełną samodzielność anatomiczną chorej nerki. O położeniu nerki prawej nie mamy żadnych danych, ponieważ klinicznie nerka ta wyczuć się nie dała, dokonanie zaś sekcji było niemożliwe.

Obok rzeczonej heterotopii nerki również zupełnie niespodzianie znaleźliśmy w spółistnienie kamienia i nowotworu w wyciętym organie. Jednoczesne występowanie kamienia i guza w nerce osób dorosłych jest zjawiskiem dobrze znanym i niezbyt rzadkiem, skoro odegrało ono dość ważną rolę w etiologii guzów nerki. Wszystkie jednak spostrzeżenia odnośne, zarówno dawniej ogłoszone MC. CORMAC'a, DICKINSON'a, WALSHAM'a, O. ISRAEL'a i in., jak i z ostatnich pochodzące czasów: ALBARRAN'a¹²⁾, NOGUÈS'a¹³⁾, dotyczą nowotworów, które rozwijały się w nerce, normalnie położonej, i, z wyjątkiem przypadku ALBARRAN'a, w którym stwierdzono naczynio-mięsak, wykazywały budowę rakową. Natomiast w przypadku, przeze mnie spostrzeganym, mamy do czynienia z typowym nadnerczakiem, który istniał skrycie obok kamienia w nerce miedniczej. Wobec opisanej wyżej szczegółowo budowy histologicznej guza uważam za zbyt liczne zastanawiać się tu bliżej nad ścisłością naszej dyagnozy anatomo-patologicznej, którą opieramy na uderzającym podobieństwie tkanki nowotworowej do architektury prawidłowego nadnercza. Podobieństwo to wynika głównie ze stosunku szeregów komórkowych guza do naczyń krwionośnych, które bez względu na wielkość składają się wyłącznie z nabłonka naczyniowego (*endothelium*), bezpośrednio przylegającego do komórek nowotworowych. Na tę cechę anatomiczną, występującą na naszych preparatach z całą wyrazistością i stanowiącą najważniejszą

¹⁰⁾ Israel. L. c. str. 5.

¹¹⁾ J. Israel. L. c. str. 3. Porów. także dyskusję nad odczytem Müllerheim'a w Berl. klin. Wochenschrift z r. 1902. N. 50.

¹²⁾ J. Albarran et L. Imbert. Les tumeurs du rein Paris. 1903, str. 149.

¹³⁾ Noguès. Association française d'urologie, IX Session. Annales d. mal. d. org. génito-urinaires. 1905, XXIII, vol. II, str. 1665.

kryterium dla dyagnozy mikroskopowej rzeczonych guzów, zwracam tu szczególną uwagę dla tego, że opisy histologiczne nadnerczaków, napotykane w podręcznikach, poświęconych chirurgii nerek, bywają dość chaotyczne i mało się liczą z nowszymi wynikami badań anatomo-patologów. Uwaga ta dotyczy między innymi i tak cennych dzieł, jak KÜSTER'a¹⁴⁾ i WAGNER'a¹⁵⁾, w których naczynia krwionośne, oddzielające szeregi komórek nowotworowych, podane są jako zbiorowiska krwi, pozbawione nabłonka naczyniowego.

Wykrycie w usuniętej nerce dwojakiego rodzaju zmian chorobowych, z których każda sama przez się jest w stanie wywołać krwawienie i ból, nie pozwala na ściśle określenie związku przyczynowego, jaki zachodził między spostrzeganymi przez nas objawami chorobowymi

¹⁴⁾ E. Küster. Die Chirurgie der Nieren, der Harnleiter und der Nebennieren. Stuttgart. 1896—1902, str. 601.

¹⁵⁾ P. Wagner. Die Verletzungen und chirurgischen Erkrankungen der Nieren u. Harnleiter. Handbuch der Urologie herausgegeben von A. v. Frisch. u. O. Zuckerkandl. Wien 1905. T. II, str. 254.

a każdym z tych cierpień w szczególności. Zda się jednak, że niezwykle kształt kamienia uprawnia nas do wniosku, że to on był głównym sprawcą wszelkich dolegliwości, tembardziej, że potęgowały się one szczególnie w zależności od zmiany położenia ciała. Również trudno powiedzieć cośkolwiek pewnego o stopniu złośliwości guza, gdyż nadnerczak może bardzo długi czas zachować charakter łagodny i przebiegać zupełnie bez objawów. Nie ulega jednak wątpliwości, że zrost z kiszka wskazuje na to, iż bujanie, cechujące nowotwór złośliwy, już się było rozpoczęło.

Zbieg stwierdzonych przez nas trzech postaci klinicznych w jednej nerce, mianowicie wrodzonego zбочenia położenia, nowotworu i kamienia, musi być zjawiskiem bardzo rzadkiem, skoro w dostępnej mi literaturze nie znalazłem nic podobnego. Powikłanie ze strony anormalnie położonej śledziony nadaje spostrzeżeniu niniejszemu stanowisko wyjątkowe w kazuistyce chirurgicznej.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

66. ZENJIRO INONYE. Tęgoryjec dwunastnicy w Japonii.

Tęgoryjec dwunastnicy (*ankylostoma duodenale*) znany jest w Japonii dopiero od lat 50. Od tego czasu ukazały się w literaturze bardzo liczne prace o tym pasorzytce. Napotyka się on wszędzie w Japonii sporadycznie, w niektórych zaś miejscowościach (Okayanca i t. d.) endemicznie. Najczęściej ulegają zarażeniu właścianie, mężczyźni w sile wieku dostarczają stosunkowo większej odsetki chorych, niż kobiety.

Objawy. Choroba zazwyczaj rozwija się

bardzo wolno, tak że nieraz dopiero po upływie 90 dni od zarażenia się występują wyraźne objawy. Przedewszystkiem zjawiają się niewyraźne zaburzenia w trawieniu, dalej uwydatniają się silna bledność twarzy, chorzy uskarżają się na bicie serca, brak tchu, występują obrzęki i skłonność do krwawień, kończące się zejściem śmiertelnym.

Objawy miejscowe polegają na uczuciu ściskania i pełności w dołku podsercowym, bólach brzucha, nudnościach i wymiotach. Zarówno jednak w wymiocinach, jak i wypróżnie-

niach autorzy japońscy krwi nie spostrzegali. W kale badanie mikroskopowe wykrywa jaja tęgoryjca dwunastnicy.

LEICHTENSTERN i inni autorzy europejscy uważają obecność kryształów CHARCOT'a w kale za objaw, cechujący niewątpliwie omawiane cierpienie. Japońscy wszakże autorzy przeciwni są temu twierdzeniu, gdyż często nie wykrywali wcale kryształów CHARCOT'a, pozatem zaś znajdowali te ostatnie i w innych cierpieniach (np. w *distomiasis*).

Łaknienie zwykle bywa dobre; częstokroć wszakże chorzy bądź domagają się pokarmów szczególnych np. musztardy, octu i t. p., bądź też uczuwają chęć do węgla, popiołu, papieru i t. d.

Stopień kwaśności soku żołądkowego waha się pomiędzy 40 a 60, ilość wolnego HCl nie ulega zmniejszeniu, a raczej wzmożeniu (przeciętnie 0,2051%).

Często daje się spostrzegać powiększenie wymiarów wątroby. Z biegiem czasu zwiększa się coraz bardziej bladość skóry i błon śluzowych. Zawartość hemoglobiny zmniejsza się (według TAKASHU do 20%), liczba czerwonych ciałek krwi również ulega zmniejszeniu, gdy natomiast liczba leukocytów, a zwłaszcza komórek eozynofilowych, wzmagają się. Zdaniem TAKASHU zwiększenie liczby ciałek eozynofilowych stanowi ważną cechę rozpoznawczą omawianego cierpienia.

W tym czasie występuje bicie serca, brak tchu, szmer skurczowy w wierzchołku serca, wzmożenie II tonu tętnicy płucnej i powiększenie wymiarów serca naprawo i nalewo. Chorzy coraz bardziej słabną i stają się niezdolni do pracy.

Bardzo ciekawy objaw *ankylostomiasis* stanowi zachowywanie się paznokci. Te ostatnie wskutek zmian troficznych stają się blade lub żółtawo blade, cienkie, na powierzchni lekko faliste i łatwo pękają. Godne uwagi jest to, że zmiany te znikają natychmiast z chwilą wygnania pasorzytów z kiszek.

Odruch kolanowy znika podług SANDWITZ'a w 48% przypadków, w 12% bywa spotęgowany, w 5% wreszcie—zmniejszony. INNOMYXE znajdował w swoich przypadkach odruch kolanowy zupełnie prawidłowy.

Czasem występują w przebiegu omawianego cierpienia napady epileptyczne, napady te znikają również po usunięciu pasorzytów z przewodu pokarmowego. Wydzielanie moczu zmniejsza się w późniejszym okresie, białkomocz napotyka się względnie rzadko, w licznych natomiast przypadkach wykazano obecność indykany w moczu.

Tęgoryjec, gnieźdząc się w dwunastnicy, nadgryza błonę śluzową kiszek i wysysa krew z rany. LUTZ oblicza ilość krwi, którą traci człowiek w ten sposób w ciągu jednego dnia: przyjmując, że jeden tęgoryjec w ciągu 1 dnia wysysa tylko 1 kroplę krwi, otrzymamy dzienną utratę krwi przy obecności 500 pasorzytów, wynoszącą 20 gramów! Ilość ta jeszcze się powiększy, gdy weźmiemy pod uwagę następcze krwawienia z ran, zadanych przez pasorzyty. Autorzy nieskłonni są jednakże stawiać objawy chorobowe w wyłącznej zależności od powstającej w ten sposób bezkrwistości. Gra tu rolę niewątpliwie jeszcze i działanie toksyczne, t. j. niszczące czerwone ciałka krwi. LUSSANO i ARSLAN naprz. wykazali substancje trujące w moczu, BOHLAND stwierdził wzmożony rozpad białka u tego rodzaju chorych.

Za teorią toksyczną przemawiają następujące dane:

- 1) stopień bezkrwistości nie odpowiada ściśle liczbie pasorzytów,
- 2) występują objawy czysto nerwowe: np. skurcze mięśni, napady epileptyczne i inne,
- 3) dzieci, karmione piersią matek, cierpiących na *ankylostomiasis*, zapadają na biegunkę z wymiotami, obrzękami i sinicą i poprawiają się natychmiast po usunięciu ich od piersi matki,
- 4) wzmożona liczba komórek eozynofilowych dowodzi również, że pasorzyty nie tylko wysysają krew, lecz jeszcze powodują ogólne zatrucie ustroju.

KEDA badał kał 75 koni i 70 razy stwierdził obecność w nim tęgoryjca dwunastnicy, w kiszce ślepej konia znalazł tenże autor 14 pasorzytów. U krów badanie dało wynik ujemny. Autor wykrył tęgoryjca także u psów.

Tęgoryjec zamieszkuje przeważnie dwunastnicę i górne odcinki kiszek cienkich. Żywi się krwią gospodarza, czego dowodem przepel-

nienie krwią całego przewodu pokarmowego tęgoryjca. Według LEICHTENSTERN'a długość życia pasorzyta wynosi 5 lat. U jednego człowieka znajdowano naraz do 2000 pasorzytów.

Rozpoznanie *ankylostomiasis* nie przedstawia trudności, skoro zwrócimy uwagę na wybitną bezkrwistość, pociąg do niezwykłych pokarmów i zmiany paznogi; badanie kału stanowczo rozstrzygnie wątpliwości. Pamiętać musimy o możliwości tęgoryjca w każdym przypadku przewlekłego nieżytu żołądka i kiszek, nie ustępującym racjonalnemu leczeniu, dalej w przypadkach bezkrwistości złośliwej i blednicy.

Rokowanie jest w większości przypadków dobre, gdyż posiadamy pewne środki, usuwające tęgoryjca z przewodu pokarmowego.

Co się tyczy profilaktyki, to należy zaznaczyć, że jaja tęgoryjca rozwijają się nazewną ludzkiego ustroju przy pomyślnych warunkach (wilgoci i ciepła); z jaj tworzą się gąsienice, które z brudną wodą mogą przedostać się do kiszek człowieka i tu wyrastają w dojrzałe pasorzyty.

Gąsienice żyją w 0,5% roztworze HCl przeszło 24 godziny, w sztucznym soku żołądkowym (HCl 0,3 + pepsyny 1,0 + wody 100 cm.sz.) giną po upływie 40—70 minut. Zdaniem autorów muchy odgrywają również ważną rolę w przenoszeniu jaj i zarażeniu omawianą chorobą. Autor uważa za stosowne następujące środki zapobiegawcze: 1) dyżenfekcja kału za pomocą mleka

wapianego, 2) włośnianie nie powinni w polu nigdy jadać nieczystymi rękami i pić niepewnej wody, 3) nie należy nigdy jadać surowych jarzyn.

Leczenie. Mamy 2 specyficznie działające przeciwko tęgoryjcowi leki: 1) *extr. filicis maris*, 2) *thymolum*.

Co do pierwszego, to dawka wynosi 3,0—5,0. Zdarzają się przypadki zatrucia ustroju, przyczem występują objawy dyspeptyczne i nerwowe (ból głowy, drżenie, skurcze, porażenia, duszność, sinica, wymioty, białkomocz i t. d.). Wobec tego należy przestrzegać następujących prawideł: 1) nie podawać więcej niż 5,0 naraz 2) nie podawać jednocześnie oleju rycynowego, 3) nie podawać tego leku nigdy w ciągu kilku dni zrzędu, i 4) przeprowadzać leczenie lepiej w szpitalu i w razie wystąpienia objawów zatrucia natychmiast przerwać leczenie.

Tymol podajemy w dawce 2,0—3,0 rano naczczo i po godzinie środek czyszczący. Jeśli potrzeba, to należy leczenie to powtarzać co 2 dni aż do wygnania pasorzytów; czasem pomaga już mniejsza dawka (0,5—1,0).

Prócz powyższych 2 leków polecają autorzy jeszcze następujące środki:

a) chloroform (2,0—4,0) w połączeniu ze środkiem czyszczącym, b) korzeń granatu c) *allium scorodprasum*.

(Archiv für Verdauungskrank. Band XI, Heft 1).

W. Robin.

XXIII Zjazd internistów niemieckich w Monachium.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr 20).

HOFFMANN (Düsseldorf) mówi o *pulsus alternans* i stwierdza, że u wierchołka serca tego rodzaju puls nie może być wykazany. Klinicznego znaczenia nieprawidłowości pulsu nie należy przeceniać.

HIS (Basel), omawiając nieprawidłowości funkcji serca, przechodzi do choroby ADAMS-STOCKES'a. Mówca proponuje, aby ze względu na to, że wspomniana choroba zależy od różnych

przyczyn — w jednym przypadku sprawa jest na gruncie dysocjacji, w drugim zostaje wywołana przez cierpienia lokalne — używano jedynie jako określenia: Zbiór objawów ADAMS-STOCKES'a.

ORTNER (Wiedeń) opisuje ciężki przypadek bradykardii w połączeniu z *extrasystole*. Po jednorazowym zastrzyknięciu atropiny ustąpiły wspomniane objawy. Oświełwszy krytycznie

zapatrywania różnych mówców, HERING kładzie nacisk na to (stosuje to do przypadku ORTNER'a), że ekstrasystole pod żadnym pozorem nie może powstać dzięki bezpośredniemu wpływowi nerwów na serce, a najwyżej pośrednio, na przykład za pośrednictwem *vasoconstrictores*.

Z całego szeregu dalszych odczytów LORENZ (Graz) mówi o zmianach mięśnia sercowego w *polymyositis acuta*. W mięśniu sercowym mamy w tym przypadku do czynienia ze zwykłym zapaleniem albo też z zapaleniem krwotocznym. W pierwszym razie już makroskopowo można zauważyć duże zmiany mięśnia, który jest blady, wiotki. Spotykamy w mięśniu oddzielne wysepki bladło-żółte, małe ciemniejsze punkty zanikłych włókien. W zapaleniu krwotocznym znajdują się liczne występujące nad powierzchnię ogniska ciemno czerwone albo ciemno-fioletowe, przeświecające przez *endocardium*, serce jest powiększone, zastawki normalne. W obu przypadkach nie ma nigdzie śladu ropienia. Histologicznie mamy typowy obraz *myocarditis*. Klinicznie charakteryzuje się formą krwotoczną wystąpieniem silnej tachykardii albo arytmii, za którą idzie dyspnoë, ogólny skurcz mięśni, wypadnięcie akcji sercowej w przeciągu kilku sekund (bywa to często przyczyną śmierci), wypadnięcie akcji może często się powtarzać, nie pociągając za sobą poważnych następstw. W każdym razie w *polymyositis* zmiany mięśnia sercowego grają dużą rolę zarówno kliniczną, jak i anatomo-patologiczną.

O chorobie ADAMS-STOCKES'a mówi prof. SNYERS (Liège). Pod chorobą tą pojmujemy stan patologiczny, gdzie mamy do czynienia ze stałą i wybitną bradykardią, napadami omdlenia z objawami apopleksyi, bez następczego paraliżu. Pierwsze obserwacje tego zbioru objawów poczynił już w 1827 roku ADAMS, a STOCKES w 1846 r. zgrupował wszystkie różne objawy tej choroby. Ze względu na to, na propozycję HUCHARD'a, stan ten chorobowy nazwano chorobą ADAMS-STOCKES'a. Na zasadzie licznych prac, głównie francuskich, a po części angielskich autorów, całokształt cierpienia przedstawia się w sposób następujący.

Symptomatologia. Liczba uderzeń tętna na minutę spada zwykle niżej 50. W jednym przypadku, obserwowanym przez mówcę, liczba ta z 50 spadła na 40, 35 i doszła do 22 na minu-

tę. Zmniejszenie się liczby uderzeń bywa stałe albo też występuje paroksyzmalnie. Przy auskultacji liczba skurczów serca może być większa, aniżeli uderzeń tętna. Objawy ze strony układu nerwowego, należące do całokształtu tej choroby, można podzielić na 4 grupy: zawroty, omdlenia, *coma pseudoapoplecticum*, *insultus epileptiformis*.

Etiologia dotychczas nieokreślona. Pod uwagę brać należy podeszły wiek, arteriosklerozę, urazy, zmiany *n. vagi* i t. d. Anatomia patologiczna dotychczas nie rozporządza żadnymi pewnymi danymi.

Co do patogenезy, istnieją następujące teorie.

Pierwsza stawia chorobę w zależności od zwyrodnienia mięśnia sercowego, według drugiej — siedliskiem choroby jest *medulla oblongata*, наконец ostatnia widzi przyczynę w zmianie naczyń *medullae oblongatae* albo naczyń wieńcowych i naczyń nerwu błędnego. *Uraemia* także może wejść w grę.

Mówca dochodzi do następujących wniosków. *Pulsus lentus permanens* może być obserwowany w różnych stanach patologicznych w związku z *n. vagus*; nie ma identyczności ani w patogenезie, ani w anatomo-patologicznych danych co do tej choroby, uważa przeto, że tak zwana choroba ADAMS-STOCKES'a jest to jedynie pewien zbiór objawów, a nie oddzielna forma chorobowa.

Następnie mówi A. FRAENKEL: Przyczynę do leczenia naparstnicą. Przez dłuższy czas robił doświadczenia nad różnymi preparatami naparstnicy, które były czyste i bez domieszek (jak np. *digitoxin*) i które bez obawy można wprowadzać do krwiobiegu — nie pod skórę. Taki preparat, zdaniem mówcy, posiadamy w stophantinie. Po odpowiednim szeregu doświadczeń nad zwierzętami mówca stosował go u dotkniętych chorobami serca, zarówno z puchliną wodną, jak i bez, i zawsze mógł skonstatować, że po jednorazowym wprowadzeniu do żyły $\frac{1}{2}$ — 1 ctm. sz. roztworu 1 : 1000, już po upływie pół godziny tętno zostaje uregulowane, oddech spokojny i t. d. Z równym wynikiem używał tego środka w *asthma uraemicum*. Szczególniej zalecić należy wprowadzanie środka do krwiobiegu w przypadkach nagłego osłabienia działalności serca, gdzie niema czasu czekać na rezultat działania naparstnicy. Na zapytanie

EWALD'a, jak środek działa na naczynia obwodowe, mówca zaznacza, że tak samo, jak naparstnica.

Dalej mówi DIETLEIN (Giessen) o normalnej wielkości i położeniu serca. Oto zasadnicze punkty. Wielkość serca zależna jest od wielkości ciała, wagi, wieku, płci. Przy uwzględnieniu tych czynników można znaleźć wartości, odpowiadające normie serca. Topografia serca w pierwszym rzędzie zależy od stanu przepony, stosownie do tego u kobiet położenie serca jest wyższe, aniżeli u mężczyzn, w wieku podeszłym serce niżej jest położone, aniżeli w średnim i młodym. Mówca proponuje, aby wobec zmienności *l. mamillaris* jako orientacyjną linię co do topografii serca przyjąć linię środkową ciała. Co się tyczy formy normalnego serca, to zależy ona od formy i budowy klatki piersiowej.

W dyskusji MORITZ zaznacza, że zdrowi ludzie mają zupełnie jednakowe serca, wszelkie uchylania w tym kierunku są przejawem stanu chorobowego.

Dalej ORTNER (Wiedeń) mówi o wynikach badań aorty i *carotis* u zdrowych i chorych osobników. Otrzymane przez niego sfigmogramy łuku aorty nie są identyczne ze sfigmogramami naczyń obwodowych.

GERHARDT (Jena) rozpatruje siłę ssącą serca, której nie uznaje następny mówca VELDEN (Marburg). Zdaniem VELDEN'a, serce działa jedynie jako siła tłocząca, a nie ssąca. Eksperyment Goltz-Gangli odpowiada rzeczywistym warunkom, wytłumaczono go jedynie fałszywie. Komora podczas diastole nie ma własności ssących.

Dalsze posiedzenie obejmuje odczyt L. MÜLLER'a (Augsburg): Kliniczne przyczynki do fizjologii współczulnego układu nerwowego. Doświadczenia prelegenta wykazały wybitny wpływ mózgowia na działalność narządów wewnętrznych. Afekty psychiczne wywołują przykre zaburzenia w funkcjach tych organów, jak wymioty, biegunkę, parcie na mocz, poty, bicie serca. MÜLLER nie sądzi, aby oddzielnym narządom odpowiadały określone włókna nerwowe w mleczu piersiowym, przypuszcza natomiast, że różnym bodźcom centralnego układu nerwowego odpowiadają określone grupy komórek układu współczulnego. W ten sposób możnaby wytłumaczyć, że ból wywołuje zwiększoną sekrecję gruczołów

łzowych, uczucie wstydu - czerwone plamy na twarzy, emocje — bicie serca i zaburzenia kiszki. Wprawdzie ostatnie badania fizjologiczne wykazały, że nasze organy wewnętrzne, a mianowicie, serce, żołądek, kiszki, nerki i macica same przez się mogą w dalszym ciągu w dostatecznej mierze spełniać swe funkcje, będąc odseparowane od wszystkich połączeń z nerwami, jednak musi istnieć związek między tymi organami i centralnym układem nerwowym. Silne emocje, afekty wywołują większy wpływ na organy wewnętrzne, aniżeli na funkcje podległe naszej woli. W dyskusji BIKEL (Berlin) i LOMMEL (Jena) potwierdzają na zasadzie własnych eksperymentów zależność funkcji organów wewnętrznych od momentów psychicznych.

Następnie mówi PAESSLER (Drezno). Przyczynę do patologii chorób nerek na zasadzie klinicznych obserwacji bezmocz. Mówca miał możliwość obserwowania bezmocz, trwającego 11½ dni przed śmiercią wskutek zupełnej kompresji moczowodów. Wyniki jego obserwacji są następujące:

1) Niewystąpienie objawów uremicznych w danym przypadku stwierdza racjonalność teorii, postawionej przez SENATOR'a, według której właściwy uremiczny jad nie znajduje się w moczu.

2) Obserwowane przy bezmocz stopniowe podnoszenie się ciśnienia krwi, trwające aż do samej śmierci, wskazuje, że tak zwana „teoria odruchowa” co do wzmożonego ciśnienia krwi w nerkach nie znajduje potwierdzenia.

3) Brak obrzęków przy zatrzymaniu moczu obserwuje się i w przypadkach, gdzie nie ulega wątpliwości, że większe ilości płynu zostały zatrzymane przez tkanki.

PAESSLER na zasadzie tego utrzymuje, że w chorobach nerek (nie zależnych oczywiście od charakteru i chorób serca) mamy do czynienia z dwoma rodzajami obrzęków, genetycznie a często i klinicznie sobie odpowiadających: a więc w duchu COHNHEIM'a z tak zwaną „*extravenale anasarca*” „*nephrogenes Retentionsoedem*”.

W dyskusji zabiera głos TALMA (Utrecht), który, nie siląc się na wytłumaczenie zjawiska, obserwował, że, gdy wprowadzić do krwiobiegu królika z podwiązany moczowodami krew uremików, następuje sprawniejsza funkcja wszy-

stkich organów, i na równoległych okazach przedłużał w ten sposób życie królika o 1 — 2 dni.

JAKSCH (Praga) zwraca uwagę, że we wszystkich chorobach nerek sprawą pierwszorzędnej wagi jest ilościowe określenie mocznika.

Dalej odczytują swoje referaty STADLER (Lipsk) i MÜLLER (Tubinga), pierwszy mówi o histologii przerostu serca, drugi o swych poszukiwaniach eksperymentalnych nad vasomotorami mózgowia. Obie te prace nie nadają się do krótkiego streszczenia. Otto HESS (Marburg) mówi o nowym odruchu przepony. Znaczenia tego odruchu autor wyjaśnić nie potrafi.

Następnie zabiera głos TUSZKAI (Budapeszt) i mówi na temat — Tętno w przypadkach niedomogi serca (Herzinsuffizienz). Na zasadzie długoletnich obserwacji mówca jest obecnie w możności podać niezawodny sposób określenia niedostatecznej działalności serca na podstawie zmian, obserwowanych przy badaniu chorego w pozycji leżącej i stojącej. Ostateczne wyniki tych badań są następujące:

1) Zmienność pulsu po za określonymi granicami przy zmianie położenia ciała wykazuje już w bardzo wczesnym okresie niedostateczność funkcji sercowej, t. j. że praca serca nie odpowiada ściśle stawianym zapotrzebowaniom.

2) W pierwszej linii przy niedostatecznej funkcji występuje powiększenie objętości serca wskutek rozszerzenia, stan ten już w bardzo

wczesnym okresie manifestuje się przez wysoką zmienność liczby uderzeń przy zmianie pozycji.

3) Normalnie różnica uderzeń pulsu przy zmianie pozycji (od poziomej do pionowej) waha się od 12 — 20 uderzeń na minutę.

4) W przypadkach, gdzie różnica ta wynosi mniej, aniżeli 12, mamy do czynienia ze zmianą objętości serca, mianowicie przerostem, i stan ten uważać można jako zupełnie naturalną reakcję na większe zapotrzebowanie pracy serca. Znajdujemy wtedy i inne objawy, świadczące o intensywniejszej pracy serca, a więc duży i silny puls, większe napięcie ścian naczyń i t. d.

5) Jeżeli różnica ta wynosić będzie 20 albo i więcej na minutę, wtedy mamy przed sobą także zmianę objętości serca, uwarunkowaną jednak nie przerostem, lecz rozszerzeniem. W tym przypadku znajdziemy i inne dane, świadczące o słabszej pracy sercowej, a więc małe, łatwo dające się ucisnąć tętno, spadek ciśnienia krwi, powiększenie liczby uderzeń tętna.

6) Zwolnienie uderzeń tętna, idące w parze z wysoką różnicą (koło 20) przy zmianie pozycji, jest stale *signum mori omnis*, gdyż poprzedza zakrzep lub zator. We wszystkich obserwowanych przypadkach bradykardyi z wysoką różnicą uderzeń następowała śmierć.

Po krótkiej dyskusyi nad danym tematem zamknięto drugi dzień posiedzeń.

(D. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= GAUTIER i KUMMER opisują przypadek pomyślnego przeszczepienia gruczołu tarczowego u 3 letniego dziecka. Za wskazanie do tego zabiegu poczytywali zły rozwój fizyczny i duchowy. Gruczołu nie mogli wyczuć w zwykłym miejscu. Przetwory gruczołu, dawane dziecku, sprowadziły znaczną poprawę; lecz ponieważ dziecko po pewnym czasie straciło łaknienie i sen, więc autorzy postanowili

przeszczepić mu gruczoł tarczowy i w tym celu użyli wola, wyciętego 18 letniej dziewczynie. Wybrano części guza, mające wygląd normalnego gruczołu. 4 kawałki wszczepiono pod pachę; rana prędko się zagoiła. W ½ roku później spostrzeżono znakomitą poprawę stanu fizycznego i umysłowego. Wszczepione kawałki wyczuwano wyraźnie przez skórę. (Rev. med. de la Suisse Rom. 6. 1905).

= EINHORN opisuje 7 nowych przypadków leczenia raka przełyku przy pomocy radu. Poprawa nastąpiła już w pierwszym tygodniu. Autor posiadał 0,25 bromku radu o aktywności 20000 jednostek. Wprowadzał on do przełyku rurkę gumową aż do nowotworu; u dolnego końca rurki było przymocowane naczynie oliwkowe, zawierające rad; dolna część tego naczynia była z twardego kauczuku, górna z metalu. Przyrząd zostawiano w przełyku godzinę mniej więcej, co drugi dzień. (Jour. of Amer. Med. Assoc. 1-7 1905).

= CSILLAG opisuje rzadki przypadek ostrego obrzmienia gruczołu tarczowego w zależności od wewnętrznych dawek jodku potasu. U pewnego syfilityka zauważył guz na szyi, który powstał w ciągu 2 tygodni. Gdy po 10 wcieraniach szaruchy guz znikł, autor sądził, iż był on w związku z wtórnymi objawami przymiotu. Po dwudziestu wcieraniach C. przepisał choremu KJ (3:100) i już 6-go dnia zauważył ponowne zjawienie się guza. Po odstawieniu tego środka guz znikł. Druga próba z jodkiem potasu dała ten sam wynik już po 6 łyżkach. Działanie jodu na chorego przejawiało się wyłącznie w postaci powyżej opisanej; innych objawów jodyzmu nie było (nieżyt, wysypki skórne i t. p.).

(Wien med. Woch. 33 — 1905).

= PEKOW, AKINROW i WYSOKOW opisują przypadek ciąży pięciorgiem dzieci. Włoszianka 25 letnia wstąpiła do szpitala w Muromie. Miesiączka od 12 roku, zamąż wyszła w 16; 5 razy była w ciąży, z tych dwa razy bliźniętami. Obecna ciąża czasowa; ruchy były w drugiej połowie bardzo słabe. Tony płodowe słychać było w dwóch miejscach. Pierwszy płód urodził się

w położeniu potylicznem, drugi w pośladkowym, trzeci miał położenie ukośne, dwa ostatnie poprzeczne. Błony płodowe ostatnich czworga dzieci otworzono, i wypłynęło dużo płynu. Między urodzeniem się 3-go i 4-go płodu dość obfity krwotok. Natychmiast po ostatnim płodzie wyszły 2 łożyska: pierwsze miało 3, drugie 2 pępowiny. Wszystkie płody były męskie, donoszone; długość 32 — 37 cm.; obwód główki 26½ cm.; waga wszystkich razem 4800 grm. Urodziły się żywe i żyły 3 — 39 godzin. Półóg przebiegał normalnie. (Sem, med. 38 — 05).

HAMY w Parys. Akad Lek. pokazał fotografię 6 płodów, urodzonych przez murzynkę w Akkra (w Afryce). Płody wyglądały na 5-miesięczne.

Jedyny napewno stwierdzony przypadek porodu sześciorga dzieci spostrzegł VASSALI w Castagnola pod Lugano w roku 1888; było 4 chłopców i dwie dziewczynki z wspólnem łożyskiem; długość ich 22 — 26 cm., waga 240 — 305 grm.; żyły po kilka sekund. (D. M. Z. 101 — 05).

= Ciała obce w soczewce należą do rzadkości, gdyż zwykle mieszczą się w rogówce lub tęczy albo też przebijają soczewkę i wnikają głębiej. $\frac{2}{3}$ tych ciał obcych w soczewce są to opilki żelazne; $\frac{1}{3}$ opilki miedzi, kawałki kości, węgla, kamienia. O szkle nie wspomina się prawie nigdy; LAQUEUR spostrzegł jednak 2 takie przypadki. U pewnego studenta dopiero w 3¼ roku później zaczęło się lekkie zmętnienie soczewki dokoła kawałka szkła, a po dalszych 3 latach wydobyto ją wraz ze szkłem. W drugim przypadku po 3½ latach siła widzenia była zupełnie zachowana, tylko szerokość akomodacji mniejsza. (Arch. f. Aug. T. 62).

P.

Do bieżącego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów „Katalog Wydawnictw Kasy Mianowskiego“ na r. 1906.

I W O N I C Z

Zakład zdrojowo - kąpielowy
i klimatyczny (Stacja kolejowa
Iwonicz w Galicyi.)

NAJSILNIEJSZA SZCZAWA SŁONO - JODOWO - BROMOWA.

Od dawna stwierdzona jest skuteczność we wszystkich postaciach żoźłów (scrofuloza), w chorobach kości, jamy nosowej, uszu, skóry i wogóle we wszystkich chorobach wymagających przyspieszenia odnowy materii. Leczenie ortopedyczne i masażowe.

Inhalatorya systemu „Waldenburga” i systemu „Clara”. Kąpiele w gorącym powietrzu systemu „Polana” tudzież sztuczne kąpiele gazowe.

Lekarze zakładowi: Docent d-r Antoni Gabryszewski ze Lwowa i D-r Julian Staniszewski z Krakowa, tudzież 6 lekarzy wolno praktykujących.

W sezonie I-szym od 15 maja do 20 czerwca i w III-cim od 20 sierpnia do końca września mieszkania znacznie tańsze.

Uwolnienie od taksy na podstawie świadectw ubóstwa udziela się tylko w I i III sezonie.

Urządzenie zakładu wzorowe, oświetlenie elektryczne, wodociągi, kaplica, w której odprawia się codziennie Msza Ś-ta.

Zamówienia na mieszkania, wodę mineralną, sól, ług i muł przyjmuje i wszelkich wyjaśnień udziela

Dyrekcya Zakładu zdrojowo-kąpielowego w Iwoniczu.

72-ty rok istnienia.

SOLEC

Wody mineralne siarczano-słone

Sezon od 20-go maja do 20-go września.

Nowowzniesiony, wszelkim wymaganiom higieny i komfortu odpowiadający zakład kąpielowy.

Ceny niskie.

Kąpiele mineralne siarczano-słone, mułowe, ogólne i częściowe, ługowe, gazowe. Mechano-elektroterapia i gimnastyka lecznicza.

Hotel z restauracją, salą balową i teatralną, mieszkania w willach dobrze urządzonych. Sklep spożywczo-galanteryjny.

Przedstawienia teatralne, koncerty, reuniony, stała orkiestra, czytelnia, wypożyczalnia książek, gimnastyka ogrodowa, tenis, kroket, wycieczki.

Dojazd przez KIELCE (Iw. Dąbr.), z kądem szosą do samego zakładu.

Wynajmować mieszkania jedynie przez kantor hotelowy.

Adres: st. poczt. STOPNICA, gub. kielecka.

Kierownik zakładu Dr. Włodzimierz Daniewski.

Asystent zakładu Dr. Wacław Knoff.

Zakład wodoleczniczy „CHOJNY” POD ŁÓDZIĄ

pod kierunkiem lekarskim D-ra A. Landego.

Sezon letni od 15 maja r. b.

Zakład leczniczy dla chorych nerwowych i wewnętrznych (z wyjątkiem umysłowych i zakaźnych). Kanalizacja wodociąg, waterklozety, ogrzewanie centralne, oświetlenie elektryczne. Ogród owocowy, park, lasek, staw z łódkami. Wszelkie metody racjonalnego leczenia fizykalnego (hydropatya kąpiele specjalne, elektryzacja, masaże i t. d.) i dyetytycznego. Specjalne urządzenie dla kąpiei powietrznych i słonecznych. Wody mineralne. Kefir. Połączenie telefoniczne. **Prospekty gratis.**

Omorol

(w wodzie nie rozpuszcza się). Miejscowe leczenie dyfteryi za pomocą omorolu dopełnia leczenie surowicą, gdyż omorol niszczy zarazki w miejscu ich wnikanía. Również leczy i inne zakażone błony śluzowe.

Duotal

Novargan

Nowy, zupełnie nie drażniący preparat srebro-proteinat do miejscowego leczenia dyfteryi, silne i głębokie działanie antyseptyczne, gdyż rozpuszczalny w płynach tkankowych, wydzielinie etc. Nowy, zupełnie nie drażniący preparat guajakolu, nietrujący, bezwonny i bez smaku. Wyborny środek przeciw gruźlicy płuc i chronicznym katarom dróg oddechowych. Antyseptyk kieszek w tyfusie i enteritis. Prawie niedrażniący, łatwo rozpuszczalny preparat białkowo-srebrny. „Obecnie jest to najlepszy środek przy ostrym tryprze.”

Próby i literaturę dostarcza

Chemiczna fabryka von Heyden, Radebeul—Drezno

lub przedstawiciel Ludwik Freider Warszawa Leszno 60.

ANALIZA.

Mellin's Food

wykazuje, że środek ten:

1. Wolny jest od krochmalu
2. Obfituje w maltozę analogon laktozy
3. Ma odczyn alkaliczny
4. Zmienia mleko krowie tak, że ono pod względem fizycznym i chemicznym staje się podobnem do mleka kobiecego
5. Przy dodaniu świeżego mleka krowiego wytwarzają się własności antyskorbutowe.

Świadectwo lekarzy wszystkich krajów potwierdzają wartość fizyologiczną środka Melina.

Dla otrzymania prób należy się zwracać do przedstawicieli na Rossyę i Królestwo Polskie.

Shanks & Co w Moskwie

lub do **B. Frank w Warszawie**

Passaż Simonsa

Telefon 56—91.

SANATOGEN BAUERA

Zwiększa ilość białka i fosforu, wzmacnia i utlenianie, przyspiesza przemianę materii

jest przeto najskuteczniejszym środkiem wzmacniającym. Broszury, próby i odnośną literaturę wysyła p. p. Lekarzom

===== S. KARCZEWSKI =====

Nowo-Senatorska 4, w Warszawie

Uprasza się o żądanie Sanatogenu Bauera, który odróżniać należy od bezwartościowych naśladownictw.

Tafelki siarczano-iglaste

DOKTORA B. S. RAFELKESA

do przyrządzania kąpiei siarczanych w domu. Kąpiele przyrządzane za pomocą tych tafelek mogą w zupełności zastępować naturalne siarczane kąpiele w miejscowościach leczniczych, jak w Busku, Kemmern i t. p.

Skład główny: Sejny, gub. Suwalskiej, u D-ra B. Rafelkesa.

Analiza chemiczna tafelek według prof. D-ra Pelu.
Wolnego H_2S gazu 0,1% W połączeniu H_2S gazu 4,29%

D-r Franciszek Wobr

członek Tow. balneologicznego polsk. w Krakowie ordynuje jak lat ubiegłych jako lekarz zakładowy w **CIEPLICACH TRENCZYNSKICH**.
(Podręcznik informacyjny na żądanie bezpłatnie).

KARLSBAD D-r Maleszewski
ordynuje Haus Nastopil.

Istniejący od roku 1890

Dom Zdrowia

D-ra K. DOBRSKIEGO

w Warszawie, Aleja Róż 10

przyjmuje na stałe pomieszczenie chorych wszelkiego rodzaju z wyjątkiem umysłowych.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Borysowicza, Brühla, Bryndzy-Nackiego, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natansona, Ryłki, Thieme-go, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym. lekarstwa, leczenie i t. d.

Pracownia analityczno-lekarska

D-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żółtkowej, kału, wydzielin z narządów moczopłciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfteryticznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22)

Dr. F. Chłapowski.

ordynuje i w tym roku

w Kissingen

przy ulicy Prinzregentenstrasse Nr. 1.
gdzie mieści się też pensjonat dyetetyczny.

Do miasteczka **Wońkowiec** (6 tysięcy mieszkańców) gub. Podolskiej potrzebny jest lekarz-polak. Subsydym 800—900 rub. Regularna wypłata takowej. Wolna praktyka. Zupełna niezależność. W okolicy dużo zamożnych obywateli polaków. *O bliższe szczegóły u **MENDELA WAJNSZTEJNA** poczta **Wońkowce** gub. Podolskiej

Medal srebrny r. 1890

Fabryka Narzędzi Chirurgicznych

BANDAŻY oraz Brzytew oryginalnych Angielskich, Szyzyrów i Nożyczek

F. BALUKIEWICZ
Bieleńska 9, Hotel Paryski.
w Warszawie.

Wielki wybór wszelkich Narzędzi Chirurgicznych, Bandaży, przymem przyjmuje się reperacye w zakres fabryki wchodzące, po cenach najtańszych.



Bandaż.

D-r Feliks Arnstein

ordynuje od 20 maja w **CIECHOJINKU**.