Czasopismo Lekarskie

VI. 1904. Listopad. 11

Sprawozdanie z miesięcznej działalności ruchomego oddziału okulistycznego w m. Opocznie, gub. radomskiej.

Podał Dr. Antoni Szczepaniak.

Oddział, złożony z 2-ch lekarzy—mnie, jako zarządzającego i kol. Krąkowskiego, jako pomocnika, oraz z felczera, pana Jermołowicza, wysłany został do Opoczna przez specyalny komitet, funkcyonujący przy Instytucie Oftalmicznym pod prezydencyą kuratora tegoż szpitala, ks. Lubomirskiego.

Czynność swoją oddział rozpoczął dnia 25 Lipca o godz. $8^1/_2$ rano przez otwarcie przyjęcia chorych w amulatoryum szpitala św. Władysława. W obec zgłoszenia się zaraz w pierwszym dniu paru osób do operacyi, oddano nam natychmiast dla wyłącznego użytku 3 sale: dwie mniejsze dla kobiet i jednę większą dla mężczyzn. Wiedząc z osobistego doświadczenia (gdyż trzy razy już byłem kierownikiem oddziału), z jakim nawałem pracy można się czasami spotkać na oddziale, ustaliłem na cały miesiąc następujący porządek zajęć: codziennie, nie wyłączając niedziel i świąt, od godziny $8^1/_2$ r. do $10^1/_2$ operacye i opatrunki, od $10^1/_2$ do $1^1/_2$ przyjęcie w ambulatoryum, od $1^1/_2$ do 3 przerwa na obiad i następnie znów przyjęcie chorych do 6-ej, a nawet, w razie potrzeby, do godziny 7-ej wieczór, jak to nieraz istotnie miało miejsce, szczególnie w dni targowe. Przyjęcie w ambulatoryum, za opłatą 5 kop. dla chcących, polegało nie na prostej poradzie, lecz na czynnych zabiegach leczniczych, dokonywanych pierwszorazowym oraz ciężej chorym przezemnie osobiście, pozostałym przez kol. Krąkowskiego lub przez wykwalifikowanego w zupełności felczera, p. Jermułowicza. Operacye były robione na sali operacyjnej szpitalnej, z uwzględnieniem zarówno antyseptyki, jak i aseptyki pola operacyjnego, rąk, oraz materyału opatrunkowego. Ścisłość w przestrzeganiu czystości potwierdzona najzupełniej została przez brak jakiegokolwiek zakażenia u osób operowanych. Dokładne pojęcie, co do całej czynności miesięcznej oddziału powziąć można z następujących cyfr.

Ilość chorych szpitalnych wynosi	20
a) mężczyzn	7
b) kobiet	9
c) dzieci	4
Ilość łóżek	13
Ilość dni szpitalnych	245
Ilość porad ogółem (wraz z opatrunkami szpitalnymi)	4434
Ilość chorych pierwszorazowych	1278
a) mężczyzn	512
b) kobiet	553
c) dzieci	213
aa) chrześcian	876
bb) żydów	402
α) włościan	768
β) mieszczan i szlachty	510

Według powiatów zgłosiło się osób.

Z Opoczyńskiego	995
„ Koneckiego	174
„ Rawskiego	29
„ Brzezińskiego	24
„ Radomskiego	22
„ Kieleckiego	13
„ Piotrkowskiego	12
„ Opatowskiego	3
„ Sandomierskiego	2
„ Iłżeckiego	2
„ Łaskiego	1
„ Włocławskiego	1
Ślepych na jedno oko zgłosiło się	77
Ślepych na oba oczy	39

Poszczególnych cierpień ocznych zanotowano:

Zapalenie brzegu i gruczołów powiek	42
Rozsianie rzęs	7
Wrost rzęs	43
Odwinięcie powiek	6
Zawinięcie powiek	21
Zaciśnięcie szpary powiekowej	3
Niedomykalność bliznowa powiek	1
Zropienie gruczołu Mayboum'a	2
Jęczmień	1
Gradówka	2
Obrzęk powiek	3
Ropień powiek	1
Róża powiek	1
Torbiel brzegu powiekowego	1

Rak powiek	1
Wilk powiek	1
Pryszczyca łącznico-powiekowa	191
Zrośnięcie brzegów powiekowych	14
Zrost powiek z gałką	6
Katar łącznicy: a) przewlekły	118
b) ostry	12
c) podostry	34
d) suchy	28
e) łzawiący	34
f) pryszczycowy	6
g) mieszkowy	35
Jaglica	348
Śluzotok łącznicowy	7
Gruźlica łącznicy powiekowej	1
Zeskórnienie łącznicy	4
Nasięk krwisty łącznicy	2
Ciała obce w łącznicy	5
Skrzydlik	14
Ropień rogówki:	
a) zapalny	17
b) toczący	19
Zapalenie błony rogowej:	
a) powierzchowne	8
b) miąższowe	1
c) zołzowe	29
d) jaglicowe	118
Zadymienie rogówki	18
Skałka rogówkowa	23
Plama części rogówki	21
Plama całej rogówki	5
Bielmo	44
Garbiec częściowy rogówki	5
Garbiec rogówkowy całkowity	11
Czubatość rogówki	4
Bąblistość rogówki	1
Wkropienia w rogówce	3
Zeskórnienie rogówki	4
Zapalenie błony rogowej i białkowej	2
Zapalenie białkówki	2
Garbiec rogówkowo-białkówkowy	9
Zranienie białkówki	1
Zapalenie i przyczepy tęczówki	7
Zarośnięcie źrenicy	8
Oderwanie tęczówki	1
Szpara wrodzona tęczówki	1
Wypadnięcie tęczówki	1
Współczulne zapalenie tęczy i ciała rzęskowego	1
Powikłane zapalenie tęczy i błony naczyniowej	2
Ośrodkowe zapalenie naczyniówki	1
Zapalenie przedniej części twardówki i błony naczyniowej	2
Rozsiane zanikowe zapalenie naczyniówki	5
Zapalenie tylnej części twardówki i błony naczyniowej	10
Pęknięcie urazowe naczyniówki	1
Rozmiękczenie gałki ocznej	6
Jaskra:	
a) pierwotna	6
b) młodzieńcza	1
c) zapalno-przewlekła	5
d) absolutna	10
e) następcza	12
Zaćma:	
A) Starcza:	
a) poczynająca się	17
b) niedojrzała	25
c) dojrzała	12
d) przejrzała	2
B) Błoniasta	3
C) Torebkowa	1
D) Wrodzona	4
E) Warstwowa	1
F) Miękka	1
G) Urazowa	10
H) Jaskrowa	6
I) Powikłana	7
J) Przyrośnięta	7
K) Zwapniała	2
Zmętnienie i zgrzęzy ciała szklistego	10
Odczepienie siatkówki	7
Barwnikowe zwyrodnienie siatkówki	5
Zapalenie wzdłużnaczyniowe siatkówki	3
Zapalenie błon naczyniowej i siatkowej	5
Zapalenie nerwu wzrokowego i siatkówki	1
Zanik starczy siatkówki	2
Tarcza zastoinowa	1
Zanik nerwów wzrokowych:	
a) samoistny	2
b) pozapalny	9
c) współrzędny przy zwyrodnieniu barwnikowem siatkówki	2
d) po urazie	1
Śluzotok worka łzowego	47
Katar worka łzowego	4
Przetoka worka łzowego	3
Zwężenie i niedrożność kanałów łzowych	12
Zarośnięcie punkcików łzowych	5
Rozstrzeń worka łzowego	2
Zez rozbieżny	1
Zez zbieżny	5
Drżenie gałek:	
a) wahadłowe	1
b) okrężne	1
Niedomoga nastawczości	6
Krótkowzroczność	27
Długowzroczność	7

Niemiarowość:	
a) krótkowzroczna	4
b) długowzroczna	1
Dalekowidztwo starcze	18
Neuralgia nerwu trójdzielnegy	2
Bezwzroczność wrodzona jednostronna	1
Skrytooczność zaczątkowa dwustronna	1
Małooczność niedorozwojowa	3
Wrodzony niedoślep jednostronny	5
Próchnica brzegu oczodołowego	1
Zanik gałki ocznej	43

Z operacyi wykonałem:	
Zdjęć zaćmy ze szparą w tęczówce	7
Rozcięć zaćmy:	
a) wrodzonej	4
b) następczej	1
Wycięcia szpary w tęczówce z powodów leczniczych lub optycznych	7
Usunięcia skrzydlika	4
Doszczętnego wyłuszczenia worka łzowego	2
Jacobsona-Arlta	3
Wyłuszczenia torbieli z brzegu powiekowego	1
Wyciśnięcia jagieł z łącznicy	30
Usunięcia ciał obcych z rogówki	2
„ „ „ z łącznicy	5
Otwarcia zropiałych gruczołów Maybouma	2

Wnikając bliżej w powyższe dane cyfrowe, można porobić następujące wnioski:

1-o Oddziały ruchome cieszą się dużem zaufaniem wśród wszystkich warstw ludności, zarówno chrześciańskiej, jak i niechrześciańskiej, choć może głównie dzięki darmowej pomocy.

2-o Mimo wszystko, co było dotąd wypowiedziane i co dałoby się jeszcze przytoczyć na niekorzyść oddziałów, musimy przyznać, iż, działając na szerokie masy ludności, przyczyniają się one do wykorzenienia przesądów i niecenia wiary w skuteczność umiejętnego lecznictwa. Z tego wychodząc założenia, należy powiększyć liczbę wysyłanych oddziałów do poszczególnych guberni, gdyż każdy oddział obsługuje przeważnie jeden powiat tylko, jak to i z naszego widać wykazu, a mianowicie: chorych pierwszorazowych około 75% zgłosiło się z powiatu opoczyńskiego.

3-o Uważając pomoc oddziałów za niewystarczającą dla potrzeb ludności, jako zbyt dorywczą, trzeba starać się powierzać kierownictwo oddziałami w pierwszym rzędzie okulistom zamieszkałym na prowincyi i to w obrębie ich osiedlenia, aby biedna ludność i w czasie nieobecności oddziału mogła znaleźć racyonalną poradę, w przystępnej dla swych skromnych środków odległości.

4-o Nawet dziesięciokrotnie powiększoną organizacyę oddziałów należy uważań za niedostateczną u nas do walki z ogromną ilością chorób ocznych.

5-o Krokiem naprzód byłoby już otwarcie conajmniej po jednym oddziale stałym w każdem z miast gubernialnych dla chorych na oczy. Jestem przytem zupełnie przekonany, iż za pensyę miesięczną każdy z prowincyonalnych kierowników obecnych oddziałów ruchomych zgodziłby się w miejscu swego zamieszkania prowadzić cały rok oddział stały.

6-o Dla lepszego funkcyonowaia takich oddziałów gubernialnych, zasilania ich materyałem operacyjnym, wreszcie dla szerzenia wśród ludu wiadomości o nich, możnaby włożyć obowiązek na ordynatorów oddziałowych, by raz lub dwa na miesiąc wyjeżdżali do powiatowych miasteczek, w celu przyjmowania tam przez 3—5 godzin, zgłaszających się chorych ocznych. Rzecz naturalna, że za taki wyjazd należałoby ustanowić oddzielną zapłatę w celu pokrycia strat i zwrócenia kosztów podróży wyjeżdżającym. Że takie wyjazdy miałyby powodzenie zaręczyć mogę na mocy własnego doświadczenia, gdyż parokrotnie robiłem tego rodzaju próby i, mimo że przyjmowałem przeważnie za opłatą, miałem dość zgłaszających się o poradę. Dodać jednak muszę, iż zadawalałem się dość niską skalą wynagrodzenia swej pracy. W rezultacie nigdy jednak do wycieczek nie dołożyłem, owszem najczęściej pokryłem koszta podróży wraz ze zwrotem tego, co przeciętnie zarabiam na miejscu.

Co się tyczy rzekomej sprzeczności tego rodzaju wycieczek z interesami kolegów osiadłych w miejscach, mających być odwiedzanemi, to sądzę, że sprawa ta przy szczerem jej postawieniu nigdy nie może doprowadzić do kolizyi; przeciwnie, jak osobiście się przekonałem, często można się spotkać w danym wypadku wprost z wyjątkową sympatyą dla poruszonej sprawy. Jest to godne zaznaczenia i z przyjemnością korzystam tu z okazyi, by tę rzecz zaznaczyć.

Dr. **St. Serkowski.**

Zarys semiotyki moczu.

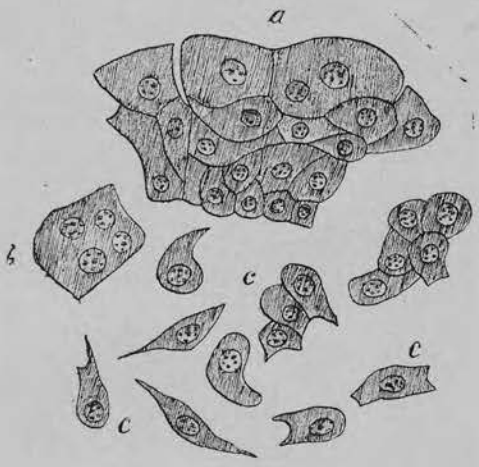
(Dalszy ciąg).

Wałeczki nerkowe w osadzie. Postacie cylindryczne w osadzie moczowym noszą nazwę wałeczków v. cylindrów nerkowych *rzeczywistych*: rozróżniamy szkliste (hyalinowe), *ziarniste i komórkowe*, składające się z czerwonych i białych krążków krwi i nabłonków. Wskutek deskwamacyi nabłonka kanalików nerkowych, których odbitkę stanowią wałeczki, na ostatnich często spostrzega się małe wielokątne nabłonkowe komórki, pokrywające powierzchnię wałeczków w mniejszym lub większym stopniu i nadające im właściwości cylindrów *nabłonkowych*. Te ostatnie zdarzają się przy ostrem i w cięższych postaciach przewlekłego miąższowego zapalenia nerek. Krążki krwi czerwone mogą rozpadać się w drogach moczowych i w postaci ciemnych ziarenek bądź pokrywać wałeczki hyalinowe, bądź też skupiać się w kanalikach nerkowych pod nazwą cylindrów *ziarnistych*. Dział t. zw. wałeczków *woskowych* jedni uważają za samodzielną grupę, inni tylko za odmianę wałeczków szklistych.

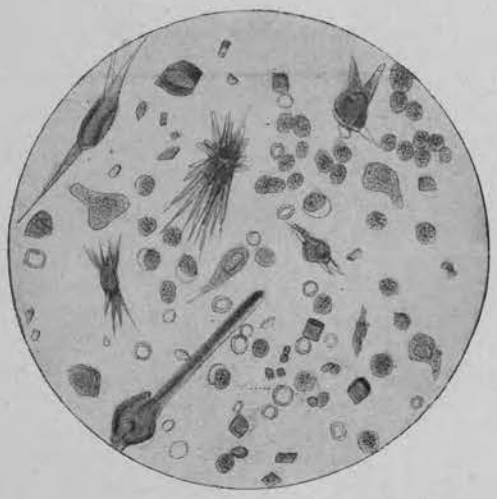
Prócz powyższych, zdarzają się często w osadzie moczowym *postacie przejściowe*: wałeczki hyalinowe, częściowo pokryte przez leukocyty, krążki krwi czerwone, nabłonki lub moczany, ziarnisto-hyalinowe i szklisto-woskowe. Istnieją też tak zwane pseudocylindry czyli *wałeczki rzekome*, składające się z moczanów, kryształów, cholestearyny, barwnika lub kolonij bakteryi.

Co do pochodzenia hyalinowych wałeczków, wiadomo z pewnością, że tworzą się w kanalikach nerkowych i stanowią stałą cechę większości stanów zapalnych nerek, ale sposób tworzenia się ich nie jest jeszcze ustalonym. Od r. 1837, wślad za Henlem, uważano je za fibrinę i analogicznie z włóknikowem zapaleniem płuc mówiono o włóknikowych tworach przy zapaleniu nerek. Ta teorya miała nawet poważnych obrońców, jak J s r a e l i E r n s t, ale obecnie niema już uznania. Druga teorya przesięków objaśnia pochodzenie cylindrów z białka osocza krwi (Klebs, Rindfleisch, Ribbert i in.), a hyalinizacyę wałeczków ma powodować kwaśny odczyn tkanki nerkowej. Przeciwko tej teoryi przemawia, między innemi, fakt obecności białka w moczu przy małej zawartości wałeczków; wiadomo też, że w zapaleniu nerek podczas największego natężenia procesu zapalnego mocz zawiera dużo białka, a szkliste wałeczki ustępują znacznie pod względem ilościowym wałeczkom nabłonkowym i ziarnistym. Trzecia „teorya wydzielnicza“ powstanie wałeczków hyalinowych stawia w związku z wydzieliną komórek kanalików moczowych (Axel, Key, Cornil, Aufrecht i in.) Według czwartej teoryi (Lecorchè i Talamon), odbywa się przy tworzeniu wałeczków nie wydzielnicze zjawisko we właściwem tego słowa znaczeniu, lecz zmiana protoplazmy samych komórek. Piąta teorya tworzenia się wałeczków hyalinowych i ziarnistych ze zmienionych i zwyrodniałych nabłonków kanalików moczowych też ma licznych przedstawicieli; niektórzy z nich zgadzają się na równoczesny udział innych przyczyn w tem zjawisku. Proces tworzenia się wałeczków L a n g h a n s wyobraża sobie w sposób następujący: od ścianek kanalików nerkowych odpadają komórki nabłonkowe i razem z leuko i erytrocytami rozpadają się w postaci drobnoziarnistej masy, w której widoczne są gdzieniegdzie luźne komórki i jądra, ale wkrótce i te resztki podlegają rozpadowi; światło kanalika zajmuje mniej więcej stała jednolita drobnoziarnista masa w postaci wałeczka i nabiera ze strony obwodowej, a później i wewnątrz szklistego błyszczącego wyglądu. Po wstrzykiwaniach kantarydyny znajdowano światło kanalików krętych, zwłaszcza zstępujących pętlic Henlego, zapchane przez złuszczony nabłonek, którego komórki bywają powiększone do 5—10 razy, protoplazma staje się błyszczącą, a jądro napęczniałem. S e n a t o r również główną rolę przypisuje nabłonkowi kanalików moczowych. W ostatnich czasach (1904) za tą teoryą wypowiedział się P. W a l l e r s t e i n, według którego typ hyalinowego wałeczka jest ostatecznym okresem metamorfozy nabłonków, a nabłonkowe i ziarniste wałeczki są to postacie przejściowe.

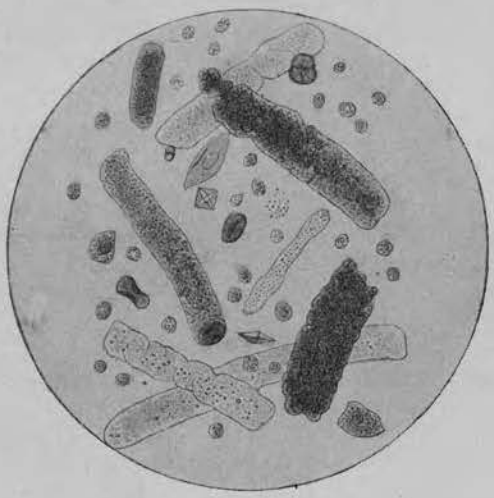
Zdaniem L u b a r s c h a, w tworzeniu się wałeczków hyalinowych biorą udział zarówno proces wydzielniczy jak i krzepnięcie białka osocza krwi; białko ma odgrywać rolę substancyi klejącej. Hyalinowe wałeczki według B u r m e i s t e r a— obowiązane są swem pochodzeniem wydzielaniu się drogą sekrecyi z komórek nabłonkowych t. zw. granula i zlewaniu się ich między sobą przy współudziale przesiąkającego białka, jako materyału klejącego. Istnieje też pogląd R o s i n a: omawiane twory są produktem wydzielania



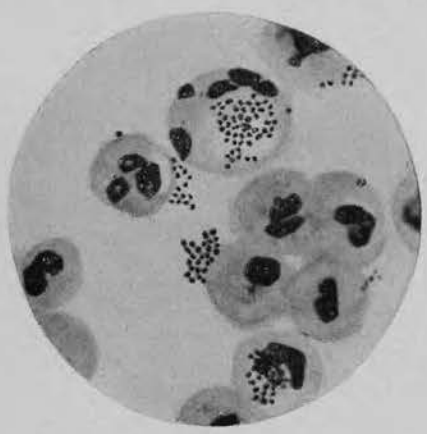
1



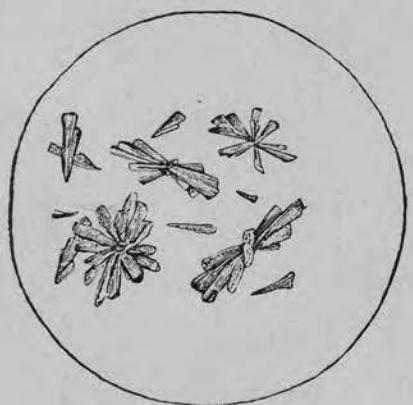
2



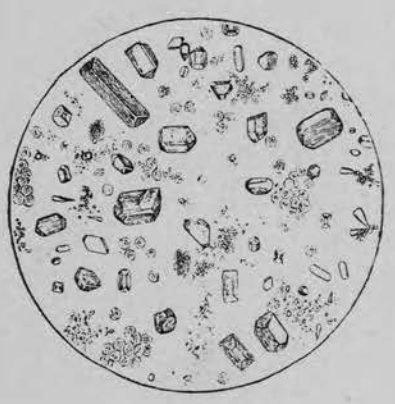
3



4



5



6

się i krzepnięcia krążącej w nerkach limfy, w czem bierze też udział i złuszczony nabłonek.

Widzimy więc, co za chaos teoryj i różnorodność poglądów na daną sprawę. Największem powodzeniem cieszy się transudacyjna teorya, za czem przemawia tworzenie się wałeczków nerkowych po czasowem zwężeniu światła tętnicy lub żyły nerkowej: tworzące się przy tem wałeczki niczem nie różnią się od spotykanych przy chorobie Brigtha. Większość autorów dowodzi, że hyalinowe wałeczki powstają jedynie w skutek zaburzeń w krwiobiegu i że wątpliwym jest współudział w tem zjawisku nerkowego nabłonka, który bywa dobrze zachowany nawet w kanalikach zapełnionych przez wałeczki przy najróżnorodniejszych cierpieniach nerek (Weissgerber, Perls, Posner i in.)

Codzienne doświadczenie stwierdza ten niezbity pewnik, że między białkomoczem a występowaniem w moczu wałeczków hyalinowych niema określonego związku ani zależności. Znane są, jak widzieliśmy wyżej, białkomocze bez wałeczków, t. zw. fizyologiczne, dalej przy zmęczeniu fizycznem lub umysłowem, przy biegunkach, raku, bąblowcu nerek i t. d. *Cylindruria*, wydzielanie nerkowych wałeczków, przy którem nie można wykryć białka nawet za pomocą najbardziej czułych odczynników—była opisana wielokrotnie i w każdej pracowni zdarza się często; spotykałem nieraz to zjawisko, zwłaszcza w przewlekłem zapaleniu nerek po płonicy i starczym zaniku nerek. Wyss i Litten stwierdzili to samo przy otruciach kwasem siarczanym, Glaser po nadużyciu wyskoku, Nothnagel i Burkart — w czasie żółtaczki, Kobler—przy zaburzeniach przewodu pokarmowego. Wallerstein wywoływał u zwierząt cylindrurję zupełnie bez domieszki białka—przez wytwarzanie koprostazy i zastoju żółci. Od czasów Brigtha białkomocz uważany był za nieomylny objaw zapalenia nerek, jednak przy łącznotkankowych zapaleniach białkomocz jak i wydzielanie wałeczków są cechą bardzo zawodną, albowiem chwilami bywa zupełny brak białka zwłaszcza w porcyach rannych lub pojawiają się minimalne ślady jego, obecność wałeczków to wzmaga się ilościowo to znika zupełnie.

Bywają też—odwrotnie—przypadki typowego zapalenia nerek z białkomoczem i retinitis albuminurica, w których wcale niemożna znaleźć wałków w osadzie moczowym, badanym w najrozmaitszych okresach choroby i porach dnia i nocy. To zjawisko bywa zależnem od *cylindrolizy*, rozpuszczania się wałeczków *pod wpływem laseczek okrężnicy* (bact. coli commune) przy równoczesnem zapaleniu pęcherza lub miedniczek nerkowych, jak wykazał A. Treutwein, ale nie zależy ani od trawiącego działania pepsyny w nerkach, ani od wpływu ropy, ani też od fermentów, wytwarzanych przez bact. coli comm. Rosenstein też opisuje przypadki choroby Breigtha, w których ani razu nie udało mu się wykryć cylindrów w moczu; wiadomo także, że nieraz wałeczki bywają nieobecne przy zwyrodnieniu skrobiowatem i marskości nerek, pomimo dużej zawartości białka (przeważnie globuliny).

Wogóle, niezmienione wałeczki można znaleźć w świeżem moczu, jako stałą cechę większości zapalenia nerek; brak ich w podobnych cierpieniach zdarza się bardzo rzadko. Cylindry szkliste w moczu posiadają nie jednakową średnicę, zależną od średnicy kanalików moczowych: ramię zstępujące jest węższe od wstępującego ramienia pętlicy Henlego (pierwszych średnica wynosi 10—15 μ, drugich 20—28 μ., średnica kanalików prostych wzrasta z 45 stopniowo do 200 — 300 μ. w pobliżu kielicha nerkowego (t. zw. przewody brodawkowe).

W ostrem zapaleniu nerek, niezależnie od przyczyny (choroby zakaźne, trucizny, zaziębienia), lecz w stosunku do natężenia sprawy chorobowej w osadzie moczowym można znaleść większą lub mniejszą ilość wałeczków ziarnistych, szklistych, nabłonkowych, krwistych lub mieszanych (p. rys. 3). Czasami, zwłaszcza w płonicy krążki krwi czerwone i wałeczki nerkowe, zazwyczaj bardzo obfite, zjawiają się wcześniej od białkomoczu. Również wielka obfitość wałeczków szklistych i ziarnistych, prócz nabłonków nerkowych i miedniczkowych, wydziela się w zapaleniu nerek, połączonem z hemoglobinuryą (dur brzuszny, płonica, zimnica, żółta febra i hemoglobinurya noworodków), oraz przy wielkiej białej nerce, t. j. przewlekłem rozsianem miąższowem zapaleniu nerek. Główną cechą ostatniego, prócz białka w moczu, są liczne wałeczki szkliste, ziarniste, niekiedy pokryte przez erytrocyty, leukocyty i nabłonkowe komórki kanalików moczowych.

Wyżej wspominaliśmy o białkomoczu u kobiet ciężarnych i w ciągu 48 godzin po połogu; należy odróżniać lekki białkomocz u ciężarnych i położnic *bez* elementów nerkowych od objawów nerki zasto-

inowej wskutek ucisku żył nerkowych (*mało* wałeczków) i od t. zw. zapalenia nerek w ciąży (nephritis gravidarum) z *liczenemi* wałeczkami.

W niewyrównanych wadach serca, zwłaszcza zastawki dwudzielnej, chorobach płuc, prowadzących do niedomogi mięśnia sercowego—często w moczu (ilość moczu skąpa!) zjawiają się wałeczki, których po chodzenia można jedynie szukać w przekrwieniu biernem. To ostatnie może też być miejscowej natury, zależne od rostroju krążenia żylnego nerek pod wpływem ciąży, ucisku (kamica) lub zatkania żyły głównej dolnej powyżej żył nerkowych. Przekrwieniem biernem objaśnia się obecność pojedynczych, długich i cienkich wałeczków szklistych, erytrocytów w mniejszej lub większej ilości,—zależnie od przekrwienia; białka przytem bywają ślady lub niewyżej 1%. Za nerką zastoinową przemawia też brak w osadzie stłuszczonych nabłonków, ziarenek i ciałek tłuszczowych i niewielka ilość wałeczków i leukocytów. Długotrwałe lub często powtarzające się przekrwienie prowadzi do zmian zanikowych i marskości nerek. W ostatnim przypadku (zapalenie nerek przewlekłe śródmiąższowe) w osadzie bywają pojedyncze, przeważnie szerokie wałeczki szkliste i drobnoziarniste, czasami też kropelki tłuszczowe. Przeciwnie, dużo szklistych wałeczków przy małej ilości lub nieobecności białka zdarza się w niezapalnym zaniku nerek, najczęściej u starców.

W pewnych stanach charłactwa (przewlekła gruźlica płuc, ropienia kości i stawów, kiła, zimnica, dna i t. p.) następują zmiany białkowej substancyi, znane pod nazwą skrobiowatego zwyrodnienia nerek czyli amyloidu, a często równocześnie ze zwyrodnieniem występuje lub poprzedza je sprawa zapalna nerek: przy amyloidzie bez zapalenia wałeczków jest bardzo mało lub niema ich wcale, zjawiają się szkliste i drobnoziarniste we współrzędnych stanach zapalnych. Pojedyncze wałeczki szkliste lub tłuszczowo zwyrodniałe cechują stłuszczenie nerek.

Przy ropnem zapaleniu nerek, prócz nabłonków miedniczkowych i nerkowych oraz ciałek ropnych, znajdujemy szkliste, ziarniste i nasadzone leukocytami wałeczki. Obecność w moczu wałeczków i nabłonków nerkowych przy większej ilości białka w razie gruźlicy nerek lub miedniczek dowodzi, że dołączył się stan zapalny nerek; najczęściej gruźlicą, jak i rakiem zajęta jest tylko jedna nerka, a druga zachowuje dostateczną sprawność.

W ogóle więc bywają:

1) nieliczne (pojedyncze) wałeczki:
- hypaeremia (wałeczki szkliste wązkie i długie),
- amyloid bez zapalenia,
- stłuszczenie nerek,
- zapalenie przewlekłe śródmiąższowe (wałeczki szerokie szkliste i drobnoziarniste).

2) liczne i różnorodne wałeczki:
- zapalenie nerek ostre, haemorragiczne i ropne,
- amyloid lub gruźlica z zapaleniem nerek,
- zapalenie nerek przy cholerze,
- niezapalny starczy zanik nerek (przy małej ilości białka).

Cylindroidy jedni uważają za wydzielniczy wytwór komórek kanalików moczowych, inni—za produkt w ogóle nabłonków dróg moczowych. Zdarzają się często w moczu przy zapaleniu pęcherza, miedniczek i nerek, i w ostatnim przypadku nawet w dużej liczbie, a na nich—jak i na wałeczkach nerkowych—grupują się moczany, erytrocyty, leukocyty i komórki nabłonkowe. Pomimo to obecność cylindroidów nie jest stałą cechą zapalenia nerek, znajdujemy je bowiem często w moczu, obfitującym w moczany u osób gorączkujących, a także w moczu prawidłowym.

Komórki nabłonkowe. Nawet w prawidłowym moczu zawsze znaleść można w osadzie niewielką ilość nabłonków z dróg wydalających mocz, a także z organów płciowych u kobiet, w większej ilości i w dużych płatach przy zapaleniu i kamicy nerek, miedniczek i pęcherza moczowego. Opisywać budowy śluzówki i postaci nabłonków różnych części dróg moczowych tu niebędę, powołując się na dokładne opisy w „Histologii“ Hoyera (1901 r. str. 283—304) i „Analizie moczu“ Dominikiewicza (1904 str. 20—22); przypominam tu tylko, że nabłonek z dolnych dróg moczowych mężczyzny ma pewne podobień-

stwo do nabłonka nerkowego, nabłonek pęcherza posiada budowę zbiżoną do nabłonka moczowodu i składa się z kilku warstw komórek (p. rys. 1 według Hoyera), a moczowód, miedniczka i kielichy nerkowe cechują się wiolowarstwowym nabłonkiem o wielkiej różnorodności postaci i rozmiarów komórek.

Lekkie wpływy chemiczne (np. młode piwo) powodują łuszczenie nabłonka i wydzielanie śluzu bez ropienia, silniejsze (np. kantarydyna, arszenik) mogą wywołać ciężkie krwisto-ropne zapalenie pęcherza. W osadzie moczu przy ostrem nieżytowem zapaleniu znajdujemy liczne stłuszczone nabłonki ze wszystkich warstw błony śluzowej (cystitis desquamativa), przy cierpieniach miedniczek wydłużone w postaci wrzeciona. Takież nabłonki mogą jednak pochodzić i z głębszych warstw błony śluzowej pęcherza.

Przy przekrwieniu nerek czynnem lub biernem w moczu nabłonków nerkowych niema lub są nader nieliczne. W ostrem zapaleniu znajdujemy bardzo liczne nabłonki z kanalików nerkowych, odosobnione lub ułożone w postaci wałeczków; ilość nabłonków przytem bywa tak wielką, że można mówić o łuszczeniu się nerek (nephritis desquamativa). Zwłaszcza dużo nabłonków nerkowych i miedniczkowych bywa przy zapaleniu nerek hemoglobinurycznem i przewlekłem miąższowem; w tym ostatnim wypadku nabłonki są tłuszczowo zwyrodniałe, a nawet obok nich można znaleźć wolne kulki tłuszczowe.

Spotykane nieraz tłuszczowe zwyrodnienie nabłonków nerkowych może być wywołane przez niedostateczny dopływ krwi do nerek (niedokrwistość, ucisk na tętnice nerkowe), lub przez zmiany w składzie krwi (zubożenie jej w tlen np. przy zatruciach arsenem, jodoformem, chloroformem etc.)

Co do przepuszczalności nabłonków i błony śluzowej pęcherza, wiemy z ostatniej pracy Hamburgera (Osmotischer Druck und Ionenlehre, t. 2 r. 1904 str. 246), że zdrowa, całkowita błona śluzowa pęcherza moczowego jest nieprzepuszczalną względem prawidłowych składników moczu i wielu alkaloidów (strychniny, morfiny), a także wodanu chloralu, hydroxylaminy i jodku potasu.

Komórki nabłonkowe błony śluzowej pęcherza tworzą wielowarstwową przegrodę i tym sposobem przy możliwem złuszczeniu powierzchownie leżących komórek nieprzepuszczalność zabezpieczają głębsze warstwy. Niema więc żadnego znaczenia wprowadzanie lekarstw do zdrowego pęcherza w celu oddziaływania na inne narządy; jeżeli jednak nabłonek w różnych miejscach pęcherza jest silnie uszkodzony lub brak go zupełnie, zarówno mocznik jak i roztwory silnie działających środków lekarskich przenikają przez śluzówkę do krwi. Co do glukozy, cyanku żelaza i soli alkalicznych ta kwestya nie jest jeszcze roztrzygniętą.

Śluz i ropa. Śluz jest ciałem białkowatem o lepkiej konsystencyi, wydzieliną wszystkich śluzówek, różniącą się jednak pod względem składu zależnie od pochodzenia. W postaci nubecula osiada, jako lekkie zmętnienie, ponad osadem moczu nawet prawidłowego. Śluz z moczu zawiera C—49.4%, N—12.74% i S—2.3% i zbliżonym jest pod wieloma względami do mukoidu surowicy krwi i przesięków, lecz różni się od cornea —, osseo — i chondromukoidu.

W większej ilości wydziela się przy nieżytach różnego pochodzenia w różnych częściach dróg moczowych, a także
po stosowaniu drażniących leków,
nadużyciu wyskoku,
przebiegu ostrych spraw gorączkowych.

Razem z ropą śluz wydzielać się może w moczu kwaśnym (znaczne przekrwienie, zapalenie nerek, miedniczek, ropień nerki), jak i obojętnym i zasadowym (nieżyt pęcherza), choć odczyn nie zawsze bywa miarodajną wskazówką co do pochodzenia śluzu i ropy. Często na pasmach śluzowych w osadzie moczowym widzimy bądź pojedyncze leukocyty, bądź też ostatnie szeregują się wzdłuż pasem lub tworzą na nich większe lub mniejsze grupy, a czasami pasma śluzowe i cylindroidy pokryte bywają całkowicie lub częściowo przez nabłonki, erytrocyty, kryształy, moczany i bakterye.

Wydzielina przy urethritis chronica miewa w moczu wygląd *nitek śluzowych* lub „*tryprowych*“, których odróżnia się makroskopowo dwie odmiany: jedne są długie cienkie i przezroczyste, często z rozgałęzionemi wypustkami, a pod drobnowidzem zawierają dużo śluzu i niewiele komórek, przeważnie nabłonków, mniej leukocytów; drugie nitki są znów krótkie grubsze, twarde i łamliwe, składają się z przeważającej ilości wielojądrowych ciałek ropnych. W drugiej porcyi moczu przy urethritis chronica prostatica znajdujemy dużo krótkich przecinkowatych kłaczków, składających się mikr. z dwóch warstw komórek. Czasami u mężczyzn dołącza się do mo-

czu wydzielina gruczołu krokowego (prostatorrhoea) i nasienie; w pierwszym przypadku niema plemników lub jest ich bardzo mało, natomiast obecne są dwuwarstwowe nabłonki okrągławe i wydłużone, amyloidowe ciałka i lecytynowe kulki. W skład śluzowatej substancyi nasienia wchodzą głównie popiół (ca. 10%) i ciała proteinowe (nukleoproteid i mucyna), a pod drobnowidzem—plemniki.

Ropa w moczu wydziela się przy stanach zapalnych różnych części narządów moczowych, bądź też jako domieszka z organów płciowych. Różnicy między ciałkami ropnemi a leukocytami niema właściwie; ciałka ropne to są leukocyty. Różnica jest raczej ilościowa: leukocytów w osadzie prawidłowego moczu bywa 1—2—3 w polu widzenia przy średniem powiększeniu, a ciałek ropnych po kilkadziesiąt, setki, nawet tysiące w polu— luźnych i w grupach. W skład ropy wchodzą przeważnie neutrofile; wyraźne występowanie jąder w ciałkach zależnem jest tylko od kwaśnego odczynu moczu. Ropa przy mocno kwaśnem oddziaływaniu moczu często wskazuje na pyelitis (p. rys. 2) i pyelonephritis, obojętnem lub zasadowem—zapalenie pęcherza. Niekiedy wydziela się ropny mętny mocz o gnilnym zapachu przy przetokach pęcherzowo-prostnicowych, spowodowanych przez gruźlicę, rany syfilityczne lub nowotwory rakowe; wówczas, prócz ropy, znaleźć można w osadzie poprzecznie prążkowane włókna mięsne (obecność ziaren krochmalowych niema znaczenia).

Dużo ropy w moczu znajduje się w przypadkach gruźlicy miedniczek, mniej bywa lub niema jej wcale w gruźlicy nerek bez porażenia kanalików i miedniczek nerkowych. Z ostatnich ropna sprawa może się przenieść na nerki. Należy zwrócić uwagę, że przy ropniach nerkowych ilość białka jest większą i nieodpowiednią do zawartości ropy. Nagłe zjawienie się w moczu wielkiej ilości ropy znamionuje zwykle—przy innych objawach—pęknięcie ropnia do miedniczki nerkowej. Przy podejrzeniu na ropień nerkowy, prócz moczu, należy też zbadać krew (bakterye, wzmożona leukocytoza, brak eozynofilów).

O semiotycznem znaczeniu krwi w osadzie p. wyżej *haematuria.*

Osad krystaliczny i bezkształtny. Prawidłowe lub nienormalne trudno-rozpuszczalne składowe części w pewnych okolicznościach wypadają z moczowego roztworu w postaci osadu, który miewa wygląd bądź drobnoziarenkowatego proszku, bądź też różnej wielkości zlepków i konkrementów. Zarówno krystaliczny jak bezkształtny osad może wypaść w osadzie nazewnątrz pęcherza, już po oddaniu moczu, lub też tworzy się w samych narządach moczowych (urolithiasis, nephrolithiasis) i znajduje się już w świeżo wypuszczanym moczu: na wyjaśnieniu czasu i miejsca tworzenia się osadów polega zasadnicza, semiotyczna ich doniosłość.

W kwaśno oddziaływającym oczu w osadzie najczęściej spotykamy *kryształy kwasu moczowego i szczawianu wapnia,* oraz *bezkształtne moczany.* Jak już wzmiankowaliśmy wyżej, kwas moczowy i moczany często wypadają nazewnątrz pęcherza w nadmiernie kwaśnym i nasyconym moczu, zwłaszcza przy ochładzaniu się ostatniego—nawet w tych przypadkach, gdy absolutna ilość kwasu moczowego nie jest zgoła zwiększoną. Przy nadmiernej pracy, zmęczeniu fizycznem, chorobach gorączkowych ma miejsce, jak wiadomo, nie nadmierne wytwarzanie się w ustroju kwasu moczowego, lecz wzmożona kwasota, zmniejszona dobowa objętość moczu i nadmierne wydzielanie się kwasów organicznych: te przyczyny powodują wypadanie w postaci dużego osadu kwasu moczowego i moczanów. Obfity osad moczanu sodu ceglasto-różowej barwy, t zw. sedimentum lateritium, zabarwiony prawdopodobnie uroeritriną, przylega do wszelkich organizowanych składników osadu lub je maskuje: wykryć je można po uprzedniem rozpuszczeniu moczanów. Nadmiar szczawianu wapnia w osadzie—to jedno z najbardziej pospolitych zjawisk, spotykam bardzo często przy urethritis, ale związku między temi objawami, jak również stosunku oxaluryi do podagry, otyłości, cukrzycy i t d. (przyczyna czy skutek?) nikt ściśle dotychczas nie wyjaśnił.

Widzimy więc, że nadmiar krystalicznego osadu bez współrzędnych innych objawów ze strony moczu (krew, nabłonki) nie może jeszcze przemawiać za kamicą lub piaskiem nerkowym, ani też nie może wskazywać na zaburzenie przemiany materyi—bez określenia absolutnej ilości danego składnika w moczu. Przy kamicy nerkowej mamy w moczu krew, wałeczki i nabłonki nerkowe; przy kamicy miedniczek nerkowych (rys. 2)—prócz zmiennej ilości leukocytów—znajdujemy w osadzie krążki krwi czerwone, nabłonki wrzecionowate i dużo kryształów i rozetek kwasu moczowego z długiemi bocznemi wy-

rostkami; przy kamicy pęcherzowej, prócz krystalicznego osadu, mocz zawiera krew i duże warstwy pęcherzowego nabłonka.

Złogi kwasu moczowego w nerkach (piasek i kamienie nerkowe) składają się najczęściej z kwasu moczowego lub moczanu amonu; w skład kamieni wchodzą też cystyna, ksantyna, fosforan wapnia, szczawian wapnia i, rzadziej, cholestearyna; najbardziej ostre i powodujące największe krwawienia bywają kamienie szczawianowe. Drobne kamienie mogą zamknąć światło cewki i uniemożliwić wydzielanie moczu.

Kwas hippurowy rzadko zdarza się w osadzie prawidłowego moczu, częściej po spożyciu czerwonych borówek lub przyjęciu kwasu salicylowego; czasami bywa przy moczówce cukrowej i cierpieniach wątroby.

Cystyna jest rzadkim objawem swoistego zaburzenia, wchodzi w skład kamieni cystynowych lub mieszanych, zdarza się podobno częściej u mężczyzn w młodym wieku, poniżej 40 lat, czasami u członków jednej rodziny. W prawidłowym moczu ludzi zdrowych można wykazać cystynę w bardzo małych ilościach; wzmaga się po zatruciu fosforem. Spotykano cystynuryę jednocześnie ze skazą moczanową, lub z nadmiernie wydzielanym kwasem eterosiarkowym, a także z leucyną i tyrozyną i objaśniano to zjawisko, jako rozpad ciał proteinowych bez udziału tlenu. Według Meistera, cystyna powstaje przy rozkładzie ciał białkowych. Większość autorów skłania się ku pojęciu cystynuryi jako zaburzeniu przemiany materyi; w etyologii ma odgrywać też rolę upośledzona czynność wątroby; wskazywano też na pokrewieństwo między cystyną a tauryną, nawet na drobnoustrojowe pochodzenie pierwszej. Kamienie cystynowe bywają różnej wielkości, dosięgają 4 ctm. średnicy.

Leucyna i tyrozyna dotychczas były znajdowane w moczu najczęściej przy ostrym żółtym zaniku wątroby, rzadziej—otruciu fosforem, a także w ostrych chorobach zakaźnych i przewlekłych cierpieniach krwi. *Cholestearyna* rzadko zdarza się w moczu (filaria, echinococcus), czasami bywa przy stłuszczeniu nerek. *Igły tłuszczowe* znajdowano w przewlekłem miąższowem zapaleniu (duża nerka biała) i w gruźlicy nerek. Różnobarwne tabliczki *indigo* czasami wypadają w osadzie moczu, obfitującego w indykan.

Fosforany wapnia i magnu (rys. 5) nie mogą wypaść w postaci osadu w kwaśnym moczu, lecz osiadają przy obojętnym lub zasadowym odczynie, spowodowanym przez:

1. amoniakalną fermentacyę wewnątrz pęcherza,
2. roślinną dyetę,
3. długotrwałe użycie wód alkalicznych,
4. zaburzenia żołądka i kiszek (rozszerzenie, przetoka żołądka, biegunka i t. d.).

Oczywiście, jest to tylko phosphaturia pozorna: nawet obfitość fosforanów w osadzie nie stanowi jeszcze phosph. rzeczywistej (*p. fosforany*). W obecności amoniaku w moczu tworzą się też związki *fosforanów amono-magnowych*, czyli t. zw. *triplfosfatów* (rys. 6). W pęcherzu moczowym istnieje więcej warunków, sprzyjających alkalicznej fermentacyi, aniżeli w nerkach, to też piasek i kamienie fosforanowe najczęściej tworzą się w pęcherzu, rzadziej w miedniczkach; jądro ich składa się zwykle z kwasu moczowego i szczawianu wapnia, zewnętrzne warstwy z fosforanów. Męty w alkalicznym moczu mogą pochodzić—prócz śluzu, ropy, nabłonków i bakteryi—także od normalnych lub jednokwaśnych fosforanów ziem alkalicznych. Inne części osadu w moczu zasadowym, jak nprz. *węglan wapniowy*, nie mają wyraźnego semiotycznego znaczenia.

(Dokończ. nast.)

Przyczynek do powstawania, rozpoznawania i leczenia cierpień zatok bocznych nosa.

Podał Dr. **L. Przedborski.**

St. ordynator Szpitala starozakonnych w Łodzi

W pracy niniejszej pragnę podzielić się z czytelnikami: „Czasopisma“ wiązanką uwag, które dostarczyły mi tematu do dwu odczytów w Tow. Lekarskiem Łódzkiem. Zachętę do ogłoszenia drukiem krótkiego streszczenia z tych odczytów zaczerpnąłem w fakcie, że grono słuchaczów moich, mimo że poruszyłem temat specyalny—cierpliwie słuchało mych wywodów. W mojem przemówieniu omijałem wszystko, co posiada znaczenie dla specyalisty, a praktycznego lekarza znużyć by mogło nadmiarem szczegółów. Słuchacze moi przekonali się, że cierpienia zatok bocznych nosa, nad istnieniem których zazwyczaj przechodzą do porząd-

ku dziennego, często przez lata całe apelują do ich uwagi bezowocnie, aż doprowadzają do głębszych zmian w ustroju lub sprowadzają brzemienne w następstwa skutki, nim—dzięki wypadkowi—odkryte zostanie prawdziwe siedlisko choroby. Jak że często ustrzedz zdołalibyśmy chorego od niebezpiecznych spraw ropnych w oczodole, od ślepoty, gdybyśmy we właściwym czasie zwrócili uwagę na obecność sprawy zapalnej w zatoce czołowej lub w komórkach sitowych. Iluż to ludzi ginie od zapaleń błon mózgowych lub od ropni mózgowych wskutek przeoczenia cierpienia w tych samych zatokach. Przerzućmy statystykę odpowiednią, a przekonamy się, jak bogaty łup śmiertelny zdobywają nierozpoznane i pozostawione własnemu przebiegowi cierpienia zatok klinowych; na górnej delikatnej ściance zatoki klinowej spoczywają nerwy oczne, które przy ropieniu w zatoce narażone są na poważny szwank; spoczywa zrazik węchowy mózgu, ulegający nieraz zropieniu; na bocznych znów jej ściankach znajdują się zatoki żyły i tętnicy szyjowej (sin. et art. carot.); uszkodzenie tych ścianek sprowadzić może krwotoki śmiertelne, lub wywołać zatory w mózgu. Dodajmy, że nieraz istnieją już od urodzenia warunki sprzyjające powstawaniu tych groźnych następstw, a mianowicie niedorozwój w ściankach kostnych zatok: w błaszce sitowej, w dolnej ściance zatoki czołowej, w blaszce papierowej kości sitowej, wskutek czego ognisko ropne pozostaje w bezpośredniej komunikacyi z oczodołem i jamą czaszki. Prócz tych groźnych objawów, cierpienia bocznych zatok nosa powodują cały szereg objawów występujących pod najrożnorodniejszą postacią i odbijających się bardzo ujemnie na ogólnym stanie zdrowia. W wielu razach skargi dotyczą zaburzeń w układzie nerwowym: chorzy użalają się na dotkliwe bóle głowy, na uporczywe nerwobóle, występujące stale w pewnych określonych godzinach i trwające przez pewien określony czas.

Niektórzy chorzy mówią o wybitnej zmianie w ogólnym ich stanie: o wielkiej pobudliwości lub apatyi, o niemożliwości pracy umysłowej wskutek szybkiego nużenia się i wyczerpania. Rzecz naturalna, że w tych razach chory ucieka się do neurologa, którego uważa za jedyną kompetentną powagę w cierpieniach go trapiących. Gdy zaś cały arsenał środków pod postacią preparatów bromu, antifebryny, antipiryny, lub arszenniku pozostanie bez skutku—gdy cierpień chorego zwalczyć nie zdołają zabiegi hydropatyczne, mięsienie, prąd elektryczny stały lub przerywany etc.—chory szuka pomocy u przedstawicieli innych specyalności, dopóki jednemu z nich nie uda się dociec właściwego źródła choroby; a tem jest stan zapalny w zatokach nosowych z czasowo lub trwale utrudnionym odpływem wydzieliny ropnej.

Przyczyny zatrzymania się ropy bywają różne. Czasem np. zbyt rozrosła, obrzmiała lub zbytnio rozwinięta na zewnątrz muszla średnia zwęża przewód nosowy średni, lub zbytnio wypuklająca się w górnej części przegroda nosa zamyka szparę węchową i przewód nosowy górny; wydzielina ropna spływa wtedy przez tylne otwory nosa do jamy noso-gardzielowej, do przełyku; tam zasycha pod postacią twardych strupów, drażniących błonę śluzową i powodujących bóle podczas łykania lub napady uporczywego kaszlu. Część wydzieliny spływa ku dołowi, drażniąc po drodze tylną ścianę krtani, następnie zaś przedostaje się do żołądka, powodując jego schorzenie. „Boli mnie gardło", rozumuje wtedy chory, „a więc udam się do laryngologa". Specyalista, jeśli powierzchownie bada, widząc strupy w jamie noso-gardzielowej, rozpoznaje nieżytowe zapalenie tej jamy i w tym kierunku stosuje leczenie—bezskutecznie.

Niezaznawszy ulgi u lekarza chorób gardła, chory, którego gnębią zaburzenia żołądkowe, trapi kaszel i ciągłe krztuszenie się, rozpoczyna pielgrzymkę do specyalistów od chorób żołądka i organów oddechowych. Z rezygnacyą odbywa zaleconą mu kuracyę żołądkową, łyka mikstury i proszki mające uwolnić go od kaszlu, niebawem jednak spostrzega, że znów minął się z drogą wiodącą do uzdrowienia i rozpoczyna nowe poszukiwania. W wielu razach cierpienia zatok dają powód do powstawania długotrwałych i uporczywych cierpień oczu, ropa stale przez nozdrza spływająca z zatok drażni górną wargę i powoduje na niej wypryski lub też, nagromadzając się w nadmiarze w zatoce Highmora, wywołuje gwałtowne nerwobóle w obrębie gałązek nadzębowych (n. supradentales). Chory po kolei szuka pomocy u oftalmologa, naprzyksza się dermatologowi, lub poddaje się zabiegom dentystycznym; w ten sposób mijają miesiące, nawet lata, chory przechodzi z rąk do rąk, odsiaduje w poczekalniach wszystkich przedstawicieli sztuki lekarskiej, a cierpienie jego trwa, czyniąc z niego prawdziwego już neurastenika i hypochondry-

ka; wreszcie szczęśliwy wypadek—nagły wypływ ropy z nosa, wskazuje na właściwe źródło cierpienia.

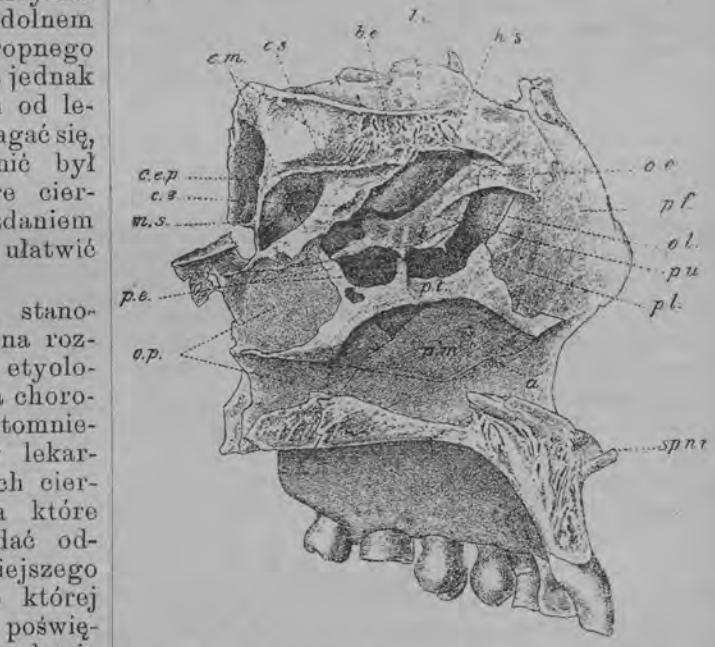
W obrazie przezemnie skreślonym nie jeden z czytelników dopatrzy się przesady; twierdzę jednak kategorycznie, że tak nie jest, bo praktyka własna i bogata kazuistyka zebrana w piśmiennictwie odnośnem przemawiają za słusznością wypowiedzianych uwag. Wprawdzie i sami chorzy nieraz dzielnie przyczyniają się do utrwalenia lekarza w mylnym poglądzie na naturę ich cierpienia, utrzymując, że na nos nigdy nie chorowali prócz częstego „kataru", a w wydzielinie nosa ropy nigdy nie zauważyli. Te jednak wywiady należy oceniać cum grano salis.

Trudno od każdego lekarza wymagać, by dokładnie był wtajemniczony w metody szczegółowego badania nosa, które w ostatnich kilkunastu latach uczyniło znaczne postępy i niemal zawsze zdolnem jest wykryć obecność siedliska ropnego w zatokach bocznych nosa. Wobec jednak doniosłego znaczenia tych cierpień od lekarza praktyka, mamy prawo domagać się, by przynajmniej dokładnie ocenić był w stanie niektóre z objawów, które cierpieniom tym towarzyszą, a które, zdaniem mojem, niemal zawsze mogą mu ułatwić rozpoznanie.

Zapoznanie się z objawami, stanowiącymi tło, na którem oprzeć można rozpoznanie, odszukanie warunków etyologicznych, powodujących zaburzenia chorobowe w zatokach, wreszcie—uprzytomnienie sobie zabiegów i rękoczynów lekarskich, dążących do zwalczenia tych cierpień — oto szereg zagadnień, na które postaramy się możliwie zwięzłą dać odpowiedź w tej pracy. Dla łatwiejszego zoryentowania się w dziedzinie o której mowa, słów kilka wypadnie nam poświęcić budowie anatomicznej zatok, budowie bocznej ścianki nosa, przyjmującej niezmiernie ważny udział w wytworzeniu wewnętrznej ściany zatoki szczęki górnej, oraz kości sitowej, która przeważnie składa się na budowę kośćca nosa i dróg, przez które zatoki boczne nosa zawartość swą opróżniają.

Anatomia bocznej ściany nosa. Podstawę bocznej ściany nosa tworzy wewnętrzna ściana szczęki górnej. Na tej ścianie istnieje stale znacznych rozmiarów otwór, który prowadzi do jamy zawartej w trzonie szczęki górnej (zatoka *Highmora*). Ten otwór zwęża i zamyka cały szereg kości, składających się na wytworzenie bocznej ściany nosa. W jaki sposób otwór ten staje się do takiego stopnia zmniejszony, że zostaje zeń zaledwie mały otworek, łączący jamę zatoki Highmora z jamą nosa—przekonamy się niebawem.

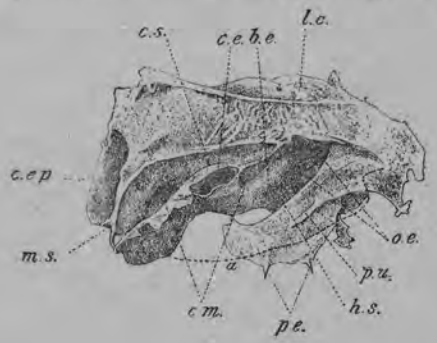
W tylnych częściach otwór zatoki Highmora, na dosyć znacznej przestrzeni, zakrywa blaszka pionowa kości podniebiennej, z dołu otwór zatoki zwęża muszla dolna, a mianowicie wyrostek jej szczękowy, który, zaginając się z góry na dół i z wewnątrz na zewnątrz, przenika do otworu zatoki, łączy się z dolną jego częścią i ścieśnia jednocześnie. Pozostałą część otworu zatoki Highmora zamykają niektóre części kości sitowej jak haczyk błędnika *(proc. uncinatus)* i kolbiaste wypuklenia dna kości sitowej *(bulla ethmoidalis)*. (Rys. I)



Rysunek Ia. Kostna budowa bocznej ściany nosa.

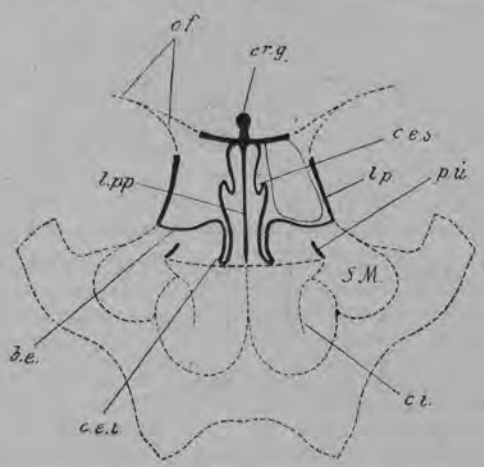
p. t.—processus turbinalis muszli dolnej, której większa część została usunięta. Przy *a* za pomocą linii punkcikowanej oznaczona została poprzednia granica muszli dolnej, *p. m*—processus maxillaris muszli dolnej; *o. p.*—os palatinum, *p. l.*—processus lacrimalis conchae inferioris, *p. e.*—processus ethmoidalis conchae inferioris, *p. u.*—processus uncinatus, *o. l.*—os. lacrymale, *p. f.*—processus frontalis, *o. e.*—ostium ethmoidale, *h. s.*—hiatus semilunaris, *c. m.*—concha media, większa część została usunięta, *b* granica poprzednia muszli średniej, *b. e.*—bulla ethmoidalis, *l. c.*—lamina cribrosa, *c. s.*—concha superior, *c. e.*—cellula ethmoidalis w muszli średniej otwarta, *m. s.*—meatus superior, *c. e. p.*—cellula ethmoidalis posterior, *sp. n. i.*—spina nasalis inferior.

Kość sitowa. Dla zrozumienia budowy kości sitowej dokładnie wyobrazić sobie musimy jej architektonikę. Przedstawimy sobie poziomą, w wielu miejscach przedziurawioną blaszkę, przez którą włókna nerwu węchowego z jamy



Rys. Ib. Boczna ściana lewego błędnika kości sitowej. *c. m.* Część pozostała po usunięciu średniej muszli, *a* swobodny brzeg conhae med, *p. u.*—proc. uncinatus, *p. e.*—proc. ethmoidalis proc. uncinati, *b. e.*—bulla ethmoidalis, *h. s.*—hiatus semilunaris, *o. e*—ostia ethmoidalia, *c. e.*—cell. ethmoid in concha media, *l. c.*—lamina cribrosa, *c. s.*—meatus superior, *c. e. p.*—cellula ethmoidalis superior.

czaszkowej przenikają do nosa, a będziemy mieli pojęcie o blaszce sitowej *(lamina cribrosa).* W środkowej jej części znajdujemy pionową blaszkę, której górna część przenika w postaci zgrubiałego grzebienia do czaszki *(crista galli)*, dolna zaś jej część, sterczaca w nosie, tworzy znaczną część kostnej przegrody nosowej, t. z. część pionową kości sitowej *(lamina perpendicularis ossis ethmoidei).* Wyobraźmy sobie dalej, że po obu stronach poziomej



Rys. II Schemat architektury kości sitowej. *lp.*—lam. papyracea, *lpp.*—lam. perpendicularis. *cr. g.*—crista galli, *c. e. i.*—concha ethmoidalis inferior, *c. e. s.*—concha ethmoidalis superior, *c. i.*—concha inferior *b. e.*—bulla ethmoidalis, *p. u.* processus uncinatus, *of.*—os. frontale.

blaszki zawieszone są kostne pudełka (kapsle), a będziemy mieli jasny obraz kostnego rusztowania kości sitowej. (Rys. 2) Na załączonym rysunku części kości sitowej oznaczone są liniami ciemnemi—pozostałe zaś liniami kropkowanemi. Rysunek ten wykazuje, jak znaczna część kośćca nosa utworzona jest przez kość sitową. Jeżeli bowiem za pomocą poziomej linii złączymy dolny brzeg obu muszel średnich nosa, to okaże się, że wszystkie po nad tą linią znajdujące się części nosa zbudowane są z kości sitowej. Pojedyncze części wspomnianej kapsli kostnej są następujące.

Blaszka papierowa (lamina papyracea). Tworzy ona zewnętrzną ścianę pudełka kostnego (błędnika), jest bardzo cienka, na zewnątrz graniczy z oczodołem, ku górze z częścią oczodołową kości czołowej, ku dołowi zaś przechodzi w wyrostek oczodołowy szczęki górnej.

Błędnik *ze strony wewnętrznej* ogranicza tak zwana ściana muszlowa; ściana ta jest nierówna, chropawa; ta utworzona jest ku przodowi z cienkiej czworobocznej blaszki, która ku tyłowi przedstawia dwa zgięcia zwane muszlą górną i średnią *(conchae ethmoidales, superior et inferior).* W niektórych wypadkach istnieje jeszcze i 3 muszla sitowa (concha ethmoid. suprema). Z dwóch tych muszel górna jest mniejsza i znacznie krótsza od średniej. Między muszlą sitową, górną i średnią, istnieje przewód nosowy górny, między zaś sitową muszlą średnią a dolną muszlą nosa—przewód nosowy średni. Między ścianą muszlową a blaszką papierową znajduje się przestrzeń poprzerzynana licznemi przegrodami; przestrzeń ta stanowi właściwy błędnik kości sitowej (*labirynt*).

Dno błędnika tworzy wypuklająca się ku dołowi blaszka kostna, która wypukłością swoją sterczy w średnim przewodzie nosowym, a którą Zuckerkandel nazywa *bulla ethmoidalis* (puszka sitowa). Stanowi ona najniższą ścianę komórkową błędnika i zarazem dach i najwyżej położoną boczną część średniego przewodu nosowego (Rys. I).

Wreszcie, *dach błędnika* w części środkowej tworzy blaszka sitowa, po bokach zaś część oczodołowa kości czołowej. Ponieważ muszla średnia opuszcza się w kierunku jamy nosa głębiej od puszki sitowej *(bulla ethm.)*, to większa część średniego przewodu nosowego, jak i bulla ethmoidalis, podczas badania nie dostępnemi są dla oka.

Kilka tych szczegółów przekonywa, jak doniosłym jest udział, jaki w wytworzeniu bocznej ściany nosa przyjmuje kość sitowa. Od niej odchodzi również wyrostek hakowaty *(proc. uncinatus)*, który przyczynia się do budowy omawianej ściany nosa. Po usunięciu bowiem głęboko opuszczającej się ku dołowi części muszli średniej i uwydatnieniu się średniego przewodu nosowego przekonywamy się, że z tej części przedniego końca muszli średniej, która złączona jest z wyrostkiem nosowym szczęki górnej odcina się cienki, wązki wyrostek kostny, biegnący pod muszlą średnią równolegle do puszki sitowej *(bull ethm.)*, z przodu i góry ku dołowi i tyłowi. Tylny, wolny koniec wyrostka tego rozszczepia się na wiele drobniejszych wyrostków kostnych, z których jeden łączy się z wyrostkiem sitowym muszli dolnej, drugi biegnie w kierunku blaszki pionowej kości podniebiennej, trzeci zaś w kierunku dachu zatoki Highmora. (Rys. I)

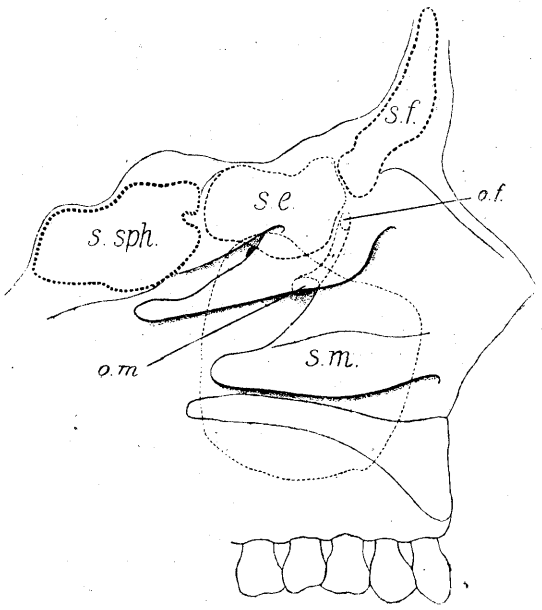
Między *bulla ethmoidalis* a haczykiem błędnika *(proc. uncinatus)* pozostaje szczelina, prowadząca do zatoki Highmora; jest-to szczelina półksiężycowa *(hiatus semilunaris)*. Oprócz szczeliny tej istnieją między wyrostkami kostnymi haczyka błędnikowego liczne drobniejsze szczeliny, stanowiące drogi komunikacyjne między jamą szczęki górnej a jamą nosa. W ten sposób z znacznego otworu w szczęce górnej po zakryciu go kośćmi, pozostającemi w połączeniu z górną szczęką, pozostaje tylko szczelina półksiężycowa i wspomniane otworki między wyrosteczkami haczyka; lecz i te szczeliny zostają przykryte lub zwężone przez błonę śluzową zatoki Highmora i nosa. Co do szczeliny półksiężycowej, to zauważyć należy, że tylko tylna jej część pozostaje otwarta; większą zaś jej przednią część, jak i przestrzenie między wyrostkami haczyka, zakrywa błona śluzowa. Jako prawidło uchodzić może, że w większości przypadków prócz otworu w tylnej części szczeliny półksiężycowej, nie istnieje żadne połączenie między zatoką Highmora, a jamą nosa. W wielu jednak przypadkach, jak wykazały dane statystyczne Zuckerkandla w każdym dziesiątym przypadku, przestrzenie między wyrostkami haczyka pozostają otwarte. W tych przypadkach prócz normalnego otworu w szczelinie półksiężycowej istnieje jeszcze i drugie połączenie zatoki Highmora z jamą nosa— za pomocą otworu dodatkowego *(ostium accesorium)*. Wielkość tego otworu waha się między wielkością łebka od szpilki i fasoli. Ten otwór zazwyczaj znajdujemy w dwu miejscach: pod haczykiem labiryntu, przed wyrostkiem sitowym muszli dolnej, lub też między haczykiem a pionową blaszką kości podniebiennej. W przeciwstawieniu do tych *otworów dodatkowych* —otwór w tylnej części szczeliny półksiężycowej nazywają *otworem normalnym*.

Na zasadzie skreślonej budowy bocznej ściany nosa przekonywamy się, że w każdym przypadku w tylnej części średniego przewodu nosowego istnieje miejsce mniej odporne, gdyż brak tu kostnej przegrody między zatoką Highmora a nosem, a istnieje tylko podwójna fałda błony śluzowej. To miejsce przez Zuckerkandla przezwanem zostało *ciemiączkiem nosowem*, inni zaś nazywają je *błoniastą częścią średniego przewodu nosowego*.

Topografia szczeliny półksiężycowej. W przestrzeni między haczykiem labiryntu *(proc. uncinatus)* a *bulla ethmoidalis*, a więc w szczelinie półksiężycowej, lub też w bezpośredniem jej sąsiedztwie, znajdują się ujścia przewodów wyprowadzających trzech zatok bocznych nosa, a mianowicie: zatoki Highmora, czołowej i przednich komórek sitowych. Wynika ztąd, że pobieżne chociażby poznanie okolicy średniego przewodu nosowego, w której znajduje się szczelina półksiężycowa, stanowi czynnik pierwszorzędnej doniosłości przy rozpoznaniu zaburzeń chorobowych w jamach bocznych nosa. Szczelina półksiężycowa stanowi tylko powierzchowną granicę głębszej szczeliny, którą francuzi pierwsi nazwali lejkiem *(infundibulum)*. W tylnej części tej szczeliny znajduje się otwór, wiodący do zatoki Highmora; w najprzedniejszej części lejka znajduje się ujście zatoki czołowej. Co się tyczy ujściowych otworów komórek sitowych przednich, to są one niestałe; często znajdujemy jeden tylko otwór w miejscu przytwierdzenia się muszli średniej, między nią a bulla ethmoidalis; często oprócz otworu tego istnieją jeszcze i inne w samym lejku lub w bezpośredniej jego blizkości. Załączony rysunek, na którym znaczna część szczeliny półksiężycowej przykryta jest muszlą średnią, ułatwia zapoznanie się z położeniem topograficznem tej szczeliny. (Rys. 3) Rysunek ten poucza, że przednia część szczeliny najbardziej przykryta jest muszlą średnią (miejsce to na rysunku oznaczone jest punkcikami).

Tylna część szczeliny opuszcza się prawie do dolnego brzegu muszli dolnej. Przystępność zatem dla oka okolicy szcze-

liny półksiężycowej zależną jest w zupełności od budowy muszli średniej, która wykazuje niezmierne wahania indywidualne. Gdy muszla średnia nie opuszcza się zbytnio na dół i nie przedstawia zbytnie-



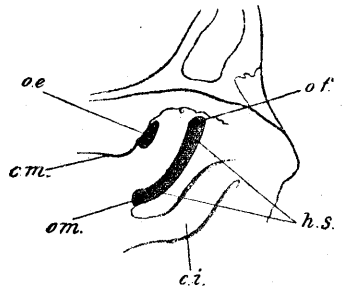
Rys. III Położenie zatok względem szczeliny półksiężycowej.

s. m.—sinus maxillaris, *s. f.*—sinus frontalis, *s. e.*—sinus ethmoidalis, *s. sph.*—sinus sphenoidalis, *o. m.*—ostium maxillare, *o. f.*—ostium frontale.

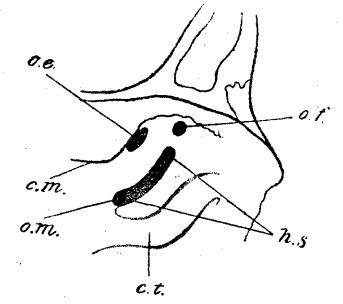
go skrzywienia w kierunku bocznej ściany nosa, wówczas widzialną i dostępną dla zgłębnika pozostaje znaczna część szczeliny; gdy zaś przeciwnie—muszla średnia zbytnio opuszcza się ku dołowi i jednocześnie zanadto zwijają się na zewnątrz, wówczas szczelina półksiężycowa i okolica jej zostają nieprzystępnemi dla oka i zgłębnika.

Przytoczone dane uzupełnimy jeszcze kilku uwagami dotyczącemi względnego położenia otworów ujściowych zatoki Highmora, czołowej i przednich komórek sitowych. Rysunek 4 jest pod tym względem bardzo pouczający. Wykazuje on, że otwór zatoki Highmora znajduje się w tylnym końcu szczeliny półksiężycowej, w głębi lejka. Zatoka czołowa topograficznie stanowi przedłużenie przedniego końca lejka. Ujście zatoki czołowej zazwyczaj powstaje w ten sposób, że między haczykiem błędnika, a bulla ethmoidalis wytwarza się mały mostek kostny, który ku tyłowi i na zewnątrz z drugim mostkiem kostnym tworzy otwór (rys. 4 a przy *of*).

Według Zuckerkandla w większości przypadków lejek sitowy bezpośrednio przechodzi w zatokę czołową, w innych razach przedni koniec lejka kończy się ślepo. (Rysunek 4 b. przy *of*. Przed zamkniętym przednim końcem lejka wytwarza się nowy otwór, który dopiero prowadzi do zatoki czołowej. Co się wreszcie tyczy typowego otworu przednich komórek sitowych, to znajdujemy go najczęściej w dachu średniego przewodu nosowego, między nią a bulla ethmoidalis. Otwór ten znajduje się pośrodku między otworem zatoki czołowej i Highmora, kilka milimetrów nad poziomem szczeliny półksiężycowej (Rysunek 4 *oc*).



Rys. a.



Rys. b.

Rys, IV. Schemat ujścia zatoki czołowej,

c. i.—concha inferior, *c. m.*—concha media, *h. s.*—hiatus semilunaris, *o. f.*—ostium frontale, *o. m.*—ostium maxillare, *o. c.*—ostium ethmoidale.

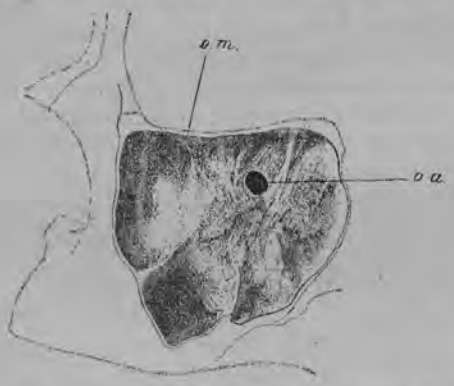
Budowa zatok. I) Zatoka Highmora posiada kształt trójściennej piramidy. Jeżeli ściankę nosową przyjmiemy za jej podstawę, to wierzchołek piramidy przypadnie na wyrostek licowy. Rozróżniamy w niej 3 powierzchnie: jednę stanowi blaszka oczodołowa górnej szczęki, drugą ściana twarzowa, trzecią tylna powierzchnia górnej szczęki, a mianowicie jej wyniosłość zwana guzem szczękowym, czyli trzonowym. Najważniejszą z tych ścian jest *ściana nosowa*; jej budowę poznaliśmy już przy opisie budowy bocznej ściany nosa. Dla celów praktycznych na

bliższe omówienie zasługują dwie okoliczności: 1) grubość tej ściany w różnych miejscach i 2) topograficzne umiejscowienie otworu szczękowego (*ostium maxillare*) w zatoce Highmora.

Ad 1). Najmniejszą grubość przedstawia, jak już widzieliśmy, ta część średniego przewodu nosowego, która znajduje się między rozgałęzieniami wyrostka hakowatego, gdyż między niemi istnieje tylko przegroda błoniasta. Błona ta powstaje wskutek przylgnięcia do siebie błony śluzowej, wyścielającej średni przewód nosowy i nosowej powierzchni zatoki Highmora. Miejsce to odpowiada prawie środkowi wysokości zatoki Highmora i znajduje się w środku przednio-tylnego jej wymiaru.

W tej części znajdujemy często otwór dodatkowy zatoki (*ostium accesorium*).

Ad 2) Przekonaliśmy się, że otwór zatoki Highmora wskutek głębokiego położenia swego w tylnej części lejka nie zupełnie dostępnym jest dla oka.



Rys. V. Otwory zatoki Highmora normalne i dodatkowe, widziane ze strony zatoki.

o. m.—ostium maxillare, *o. a.*—ostium accessorium.

Przypatrzmy mu się ze strony zatoki, a przekonamy się, że znajduje się on bezpośrednio niemal pod dnem oczodołu, w najwyższem miejscu zatoki Highmora (Rysunek 5). Wynika ztąd, że w pionowej pozycyi wydzielina ropna w zupełności wypełnić musi zatokę, nim część jej ukazać się zdoła w jamie nosa. Tylko w tych wypadkach w których istnieje jeden lub kilka otworów dodatkowych, wydzielina ropna wskutek głębszego położenia otworów ujściowych, wcześniej przedostać się może do jamy nosa.

Dno zatoki Highmora i wgłębienie zębodołowe. Dolna ściana, a właściwie dno zatoki, ze względu na stosunek do dołków zębowych posiada pierwszorzędną praktyczną doniosłość, gdyż cierpienia korzeni zębowych często przechodzą na zatokę Highmora, a otwarcia zatoki najskuteczniej i najdogodniej przez niektóre dołki zębowe (alveolae) dokonać jesteśmy w stanie. Często dno zatoki oddziela od dołków zębowych gruba warstwa gąbczastej tkanki kostnej, która nieraz wynosić może kilka lub więcej centymetrów, często zaś dno zatoki zagłębia się silnie w wyrostku zębodołowym a oddzielne wierzchołki korzonków wypuklają się przez cieniutką blaszkę dna do zatoki Highmora. Stopień wydrążenia dna zatoki w wyrostku zębodołowym zależnym jest od wessania massy gąbczastej, które odbywa się podczas rozwoju zatoki górnej szczęki. W celach praktycznych przyjęto zatokę, której dno znajduje się na jednakowym poziomie z dnem nosa, uważać za normalną.

W tych więc razach, gdy wskutek niedostatecznego wessania dno zatoki niedosięga dna nosa, powstają wązkie zatoki, gdy zaś sprawa wessania odbywa się z większem natężeniem i w znacznym stopniu wydrąża wyrostek zębodołowy, gdzie więc dno zatoki spoczywa głębiej od dna nosa, rozwijają się szerokie zatoki. W wypadkach tych zazwyczaj mówi się o zatoce wyrostka zębowego, lub zatoce dołków zębowych antri Highmori. Warstwa oddzielająca dołki zębowe od zatoki Highmora składa się z blaszki stanowiącej dach dołka zębowego, z blaszki wytwarzającej dno zatoki Highmora i z znajdującej się między niemi, a przedstawiającej różnorodną grubość, warstwy gąbczastej masy kostnej. Czem mniejszą jest warstwa masy gąbczastej kości między dnem zatoki a dachem dołków zębowych, a zatem czem więcej dno zatoki wydrąża się w wyrostku zębodołowym, tem łatwiej i częściej przy próchnieniu korzonków zębowych przy sprawach zapalnych, w okolicach ich powstających, do skutku dojść mogą sprawy zapalne w zatoce Highmora. Tłomaczy nam to niezmiernie ciekawe zjawisko, że często ludzie, będący właścicielami wyłącznie spróchniałych korzeni zębowych, i którzy przebyli niezliczoną ilość razy zapalenia okostnej, nie doświadczają na sobie nigdy skutków ropienia w zatoce Highmora, gdy przeciwnie—osobnik z względnie zupełnie zdrowymi zębami już w przebiegu łagodnego zapalenia okostnej korzenia zębowego może stać się ofiarą ropnego zapalenia zatoki Highmora. Pierwszych od cierpienia zatoki chroni gruby wyrostek zębodołowy, drugiego zbytnie wydrążenie zatoki w zębodole (zatoka zębodołu) uspa-

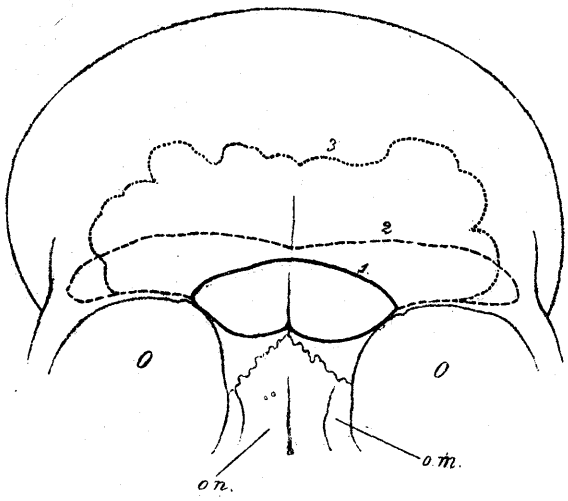
sabia do cierpień zatoki Highmora. W większości przypadków zatoka Highmora w kierunku pionowym rozprzestrzenia się od 1-szego zęba trzonowego małego do 3-go zęba trzonowego dużego, przyczem miejsca odpowiadające 1-szemu zębowi trzonowemu dużemu i 2-iemu trzonowemu małemu przypadają na najgłębsze miejsce zatoki. Wierzchołek drugiego zęba trzonowego małego i korzenie policzkowe 1-szego zęba trzonowego dużego, jeżeli nie są skrzywione, znajdują się zazwyczaj w zetknięciu z blaszką kostną dna zatoki Highmora. Doświadczenie przekonywa, że zmiany patologiczne wspomnianych zębów najczęściej dają początek sprawom zapalnym w zatoce Highmora. Zaznaczone warunki anatomiczne pouczają również, że przy potrzebie otwarcia zatoki najłatwiej uskutecznić się to daje ze strony dołka zębowego drugiego zęba dwuguziczkowego (*bicuspidalis*) lub pierwszego trzyguziczkowego (*tricuspidalis*).

Kilka słów o nieprawidłowej budowie zatok. Nieprawidłowa budowa zatoki Highmora zależy albo od nieprawidłowego ukształtowania się jej ścian albo od zbytniego zbliżenia się ich ku sobie.

Substancya gąbczasta ścian zatoki może uledz w zbyt silnym stopniu wessaniu, lub też istnieć w nadmiarze. Nadmierny stopień wessania substancyi gąbczastej powoduje powiększenie rozmiarów zatoki w różnych kierunkach i daje początek licznym wydrążeniom w kości (zatokom). Przy wydrążeniu ku dołowi kosztem substancyi gąbczastej wyrostka zębodołowego powstaje zatoka w zębodole. Gdy wessaniu ulega substancya gąbczasta kości podniebiennej, rozwija się zatoka podniebienna, gdy zaś stanie się to z substancyą gąbczastą kości licowej—zatoka twarzowa. Przy niedostatecznem natomiast wessaniu substancyi kostnej gąbczastej ścian zatoki, ostatnia ulega nieraz znacznemu zwężeniu. Najczęściej zwężoną okazuje się zatoka Highmora w kierunku zębodołu; odległość dna nosa od dna zatoki wynosić nieraz może 6 do 9 milimetr. W tych razach nawet zęby trzonowe oddziela od dna zatoki stosunkowo gruba warstwa kostna. Dostęp więc do zatoki przez zębodół jest prawie niemożebny. Również ściana nosowa i przednia zatoki wskutek niedostatecznego wessania ich substancyi gąbczastej mogą przyczynić się do zwężenia zatoki. Ściany te pozostają znacznie grubszemi i udaremniają nieraz nasze wysiłki przedostania się do zatoki za pomocą narzędzi chirurgicznych. Takiemu zgrubieniu ulega nieraz i przednia ściana zatoki, ze swoiem dołem kłowym (*fossa canina*), miejscem najdogodniejszem do przedostania się do zatoki, a posiadającem w normalnych warunkach grubość zaledwie kartki papieru.

Zmniejszenie zatoki wskutek zetknięcia się jej ścian powstaje dzięki wklęśnięciu, zapadnięciu się, przedniej jej ściany, lub też dzięki znacznemu wypukleniu się na zewnątrz bocznej ściany nosa. Nieraz obie te przyczyny działają jednocześnie. Pobieżna nawet znajomość tych zboczeń jest ważna, powstrzymać nas bowiem może od zbytniej pochopności do wykonywania rękoczynów, które do celu nie prowadzą, a chorych narazić mogą na poważny szwank.

II. *Zatoka czołowa.* Zatokę czołową tworzy przestrzeń powietrzna w łusce kości czołowej, oraz część jej oczodołowa. Granice jej są następujące: z przodu czoło, z dołu oczodół, ku tyłowi jama czaszkowa. Wielkość zatoki podlega znacznym wahaniom. Najczęściej górna granica zatoki w łusce k. czołowej w słabym tylko stopniu przekracza łuk brwiowy i sięga do przedniej $^1/_3$ części dachu oczodołowego, ku tyłowi granica zatoki znajduje się nieco na zewnątrz od wcięcia nadoczodołowego. (Rys. 6). Nieraz jednakże wymiary zatoki znacznie powiększać się mogą. Zatoka w łusce kości czołowej rozszerza się znacznie ku górze, lub też sięga ku tyłowi w dachu oczodołu w wyjątkowych



Rys. VI. Schemat zatok czołowych różnych wymiarów.

0—orbita, *o. n*—os nasale, *o. m*—os maxillare, *1*—Granice zatoki czołowej średniej wielkości. *2*. Granice zatoki czołowej rozprzestrzeniającej się silnie w kierunku skroni. *3*. Granice zatoki sięgającej bardzo wysoko w łusce kości czołowej.

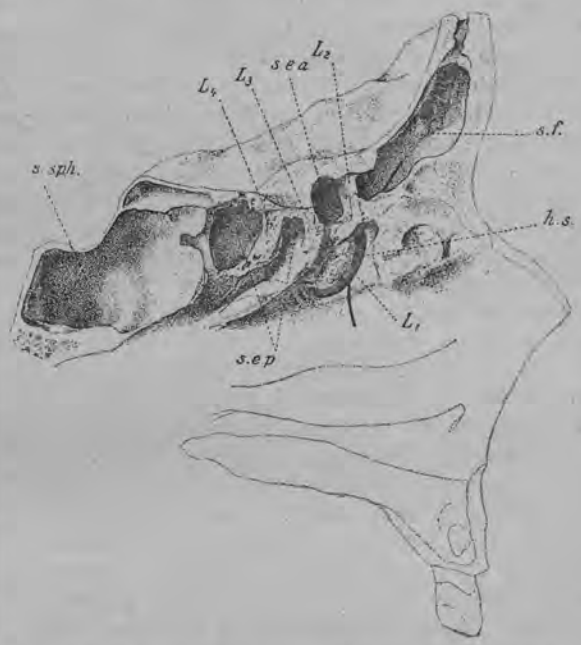
wypadkach aż do połączenia się z małem skrzydłem kości klinowej, na zewnątrz zaś do wyrostka licowego. Zdarza się, że zatoka rozszerza się i ku dołowi—do górnego kolca nosowego (spina nas. anterior) tak, że w tych razach kości nosowe poczęści przykrywają zatokę. Już przy zewnętrznem oglądaniu—wskutek silnego wypuklenia okolic nadoczodołowych—większe zatoki rzucają się w oczy. Obie zatoki oddziela od siebie przegroda, która najczęściej znajduje się w środkowej linii, nieraz jednak zbacza w jednę lub drugą stronę i powoduje asymetryę w budowie obu zatok. Ze ścian zatoki najcieńszemi są ściany czaszkowa i oczodołowa, zwłaszcza ta ostatnia w wewnętrzno—górnym kącie oczodołu.

W rzadkich wypadkach ściany zatoki zbudowane są nieprawidłowo; zdarza się to względnie najczęściej w dolnej powierzchni zatoki. Wskutek niedorozwoju tej ściany mogą powstać połączenia zatoki z oczodołem lub jamą czaszkową.

Stosunek zatoki czołowej do kości sitowatej. Jama zatoki na wewnątrz i ku dołowi przechodzi w lejek sitowy, którego otwór dolny stanowi ujście czołowe, miejsce połączenia zatoki czołowej z jamą nosa. Ten otwór, jak już o tem była mowa, tworzą części kości sitowatej: *bulla ethmoidalis i proc. uncinatus.* Kiedy blaszka podstawowa *bullae ethmoidalis* zanadto wystaje ku przodowi, wtedy i część nosowa zatoki na niewielkiej tylko przestrzeni opuszcza się ku przodowi; gdy zaś blaszka ta silniej jest wklęśnięta ku tyłowi, wtedy i część nosowa zatoki rozszerza się ku tyłowi.

Kanał wyprowadzający zatoki czołowej i przewód noso-czołowy. Normalne ujście kanału noso-czołowego powstaje (p. wyżej) w ten sposób, że przedni koniec lejka sitowego nieco się rozszerza i z ujściem czołowem bezpośrednio przechodzi w zatokę czołową. Bywają jednak przypadki, w których szczelina półksiężycowa ku przodowi kończy się ślepo. W tych razach istnieje w rzeczy samej to, co nazywamy kanałem noso-czołowym. Lejek sitowy bowiem ku przodowi się nie rozszerza, lecz przedłuża, pogłębia, powstaje więc prawdziwy kanał posiadający pewną długość między ujściem czołowem zatoki, a ujściem czołowem w przedniej części lejka sitowego.

Zatoki sitowe. Poznaliśmy już w ogólnych zarysach budowę kości sitowej; dla zrozumienia spraw zachodzących w zatokach sitowych kilka uwag poświęcić musimy jeszcze budowie błędnika kości sitowej. Według Seydl'a, budowę tę najłatwiej tłomaczy rozwój kości sitowatej z blaszek podstawowych i z całego szeregu powstających między niemi korytarzy. W ten sposób, sterczące na środkowej ścianie kości sitowatej małżowiny nosowe przedstawiają tylko końce blaszek kostnych przebiegających przez cały błędnik kości sitowej, w bocznej części aż do blaszki papierkowatej, ku górze zaś—do blaszki sitowej. Tych blaszek w kości sitowatej istnieje cztery; dzielą one błędnik tej kości u dorosłego człowieka na 4—5 piętr (Rys. 7) Pierwsze dolne i niezupełne piętro tworzy wyrostek hakowaty (*proc. uncinatus*), drugie piętro, zupełne, tworzy przedłużenie puszki kości sitowatej, która w normalnych warunkach sięga do blaszki papierkowatej i do blaszki sitowej. Przy porównaniu obu tych blaszek widzimy, że blaszka podstawowa wyrostka hakowatego nie przebiega kości sitowej.



Rys. VII. Powierzchnia nosowa błędnika kości sitowej z blaszkami podstawowemi.

s. f.—sinus frontalis, *s. sph*—sinus sphenoidalis, L_1—Pierwsza podstawowa blaszka wyrostka hakowatego processi uncinati, L_2 Druga podstawowa blaszka bullae ethmoidalis, L_3 Podstaw. blaszka conchae mediae, *h. s.*—hiatus semilunaris. *s. e.a.*—Sinus ethmoidalis anterior L_4—Czwarta podstawowa blaszka conchae superior, *s.e.p.* cellulae ethmoidales posteriores.

Trzecią blaszkę podstawową stanowi muszla średnia. W normalnych warunkach sięga ona ku górze do blaszki sitowej a z boku do blaszki papierkowatej.

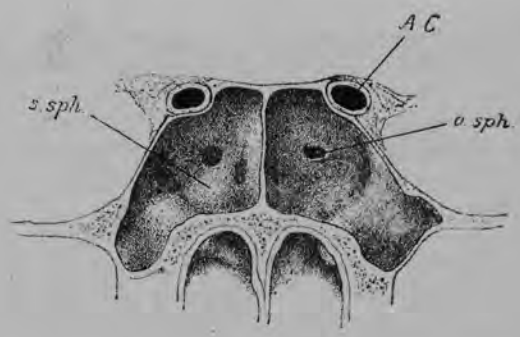
Między tą blaszką a blaszką podstawową puszki kości sitowatej (*bulla ethmoidalis*) znajduje się przednia zatoka sitowa. Objętość tej zatoki zależy od wzajemnej odległości obu tych blaszek. Komórki sitowe znajdujące się przed blaszką podstawową muszli średniej, otwór ujściowy posiadają w średnim przewodzie nosowym. Czwartą blaszkę podstawową tworzy muszla górna. Komórki sitowe znajdujące się między muszlą górną a średnią tworzą zatokę sitową tylną, a zawartość swą opróżniają do górnego przewodu nosowego.

Powstanie komórek sitowych. Komórki sitowe powstają w ten sposób, że w przejściach, korytarzach między blaszkami podstawowemi tworzą się poprzeczne przegrody, wykazujące różnorodne stopnie rozwoju. Liczba komórek sitowych przednich i tylnych podlega licznym wahaniom. Przy niedostatecznym rozwoju wspomnianych przegród między blaszkami podstawowemi błędnik kości sitowej składać się może z jednej wyłącznie jamy. Zdarza się to prawie wyjątkowo, natomiast zarówno przednia, jak i tylna zatoka sitowa składać się mogą z jednej tylko komórki lub też w każdej z zatok znajdujemy 2, 3, 5 i więcej komórek.

Stosunek przedniej zatoki sitowej do tylnej jest bardzo zmienny i zależy od blaszki podstawowej kostnej małżowiny średniej. Blaszka ta często zanadto, wysuwa się ku przodowi lub tyłowi wskutek czego przednia lub tylna zatoka zyskują znacznie na przestrzeni. Również zmiennym bywa stosunek komórek w zatoce przedniej do komórek w tylnej zatoce sitowej. Nieraz zatoka sitowa przednia liczy 4 do 5 komórek, gdy tylna zawiera zaledwie jednę i odwrotnie. Jedyne pewne kryteryum w tym względzie stanowi stosunek kanału ujściowego komórki sitowej. Gdy komórka sitowa zawartość swą opróżnia do średniego przewódu nosowego zaliczamy ją do komórek przedniej zatoki sitowatej, gdy zaś kanał ujściowy komórki znajduje się w górnym przewodzie nosowym, to należy ona do tylnej zatoki sitowej. Z punktu więc klinicznego najodpowiedniej jest rozróżniać komórki sitowe średniego i górnego przewodów nosowych.

Przewody ujściowe komórek sitowych przednich i tylnych. Komórki sitowe przednie posiadają kilka otworów ujściowych, a mianowicie 3 w średnim przewodzie nosowym, z tych jednak stałym zazwyczaj jest jeden, który, jak to widać na rysunku 4-ym, znajduje się w kącie między puszką kości sitowatej (bulla ethm.), a średnią muszlą. Co do komórek sitowych tylnych, zaznaczyć należy, że wszystkie kanały ujściowe posiadają w górnym przewodzie nosowym.

Zatoka klinowa. Zatoki klinowe znajdują się w środkowej części kości klinowej. Obie zatoki oddziela od siebie przegroda, która na przedniej powierzchni kości klinowej tworzy dziób klinowy (*rostrum sphenoidale*). Dziób klinowy z przodu przylega do pionowej blaszki kości sitowatej i tworzy tylnogórną część kostnej przegrody nosa. *Sciany zatoki. Ściana górna* zwrócona jest do czaszki, rozróżniamy na niej w kierunku z przodu ku tyłowi następujące części: korzenie małych skrzydeł, powierzchnię klinową z dziurami wzrokowemi po każdej stronie, wreszcie siodło tureckie. Na tej powierzchni spoczywa część zraza czołowego z zrazikiem węchowym, skrzyżowanie nerwów wzrokowych i przysadka (*hypophysis*) mózgu. Ściana ta zazwyczaj jest cienka nieraz tak cieniutka, że siodło tureckie i kanały wzrokowe zaglądają do zatoki klinowej. Ta okoliczność posiada niezmierną wagę, przy najróżnorodniejszych bowiem sprawach chorobowych w zatokach powstać mogą zaburzenia oczne, a nawet jedno lub dwustronna ślepota.



Rys. VIII. Przecięcie czołowe przez zatoki klinowe i tętnice szyjowe.

s. sph—sinus sphenoidalis *o. sph*—ostium sphenoidale. *A. C.*—arteriae caroticae.

Sciana boczna jak i *górna* graniczy z czaszką i utworzoną zostaje z kostnej części kanału tętnicy szyjnej (*can. caroticus*). Przy znacznej cienkości ściany kostnej wypukla się ona pod postacią wała w zatoce; na tej ściance leży tętnica szyjowa wewnętrzna. W bezpośredniem sąsiedztwie z tętnicą znajduje się na ścianie bocznej i zatoka jamkowkowata (*Sinus cavernosus*). Blizkość obu tych zbiorników krwi jest

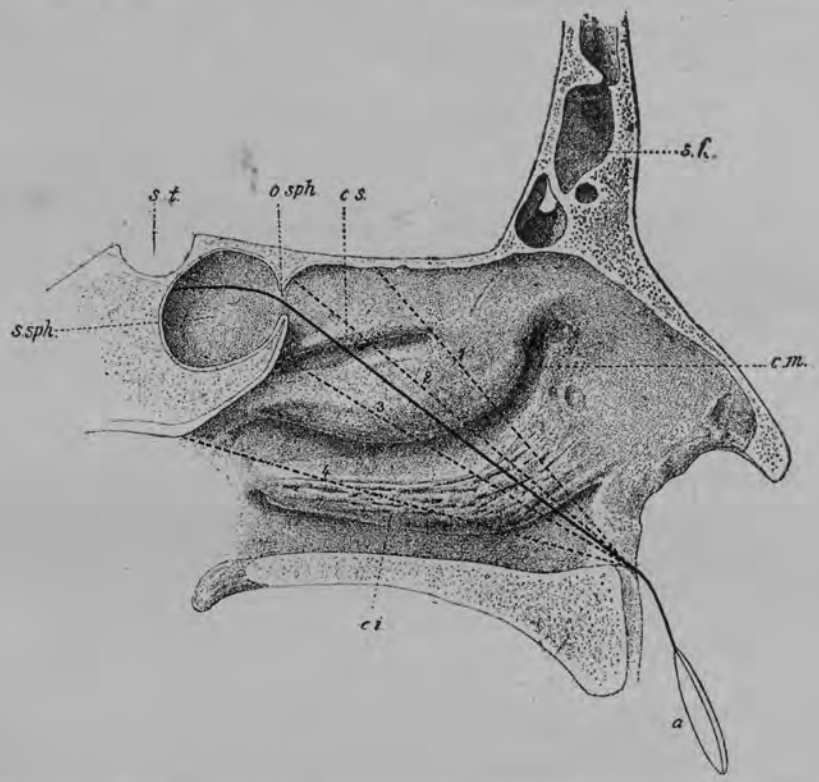
ze względu na możliwość rozchodzenia się na nie sprawy rozpadowej z zatoki klinowej bardzo doniosła. (Rys. 8).

Sciana dolna tworzy, do pewnego stopnia, dach jamy nosowej i jamy noso-gardzielowej; jest ona stosunkowo dość gruba, przy znacznem jednak wypukleniu się zatoki może posiadać cienkość papierka.

Tylna ściana stoi niemal pionowo, jest najgrubsza i lekko wydrążona, przylega do grubej warstwy gąbczastej kości podstawowej (*os basilare*) (Rys. 9)

stopnia zwężenia tego otworu przez błonę śluzową pozostaje otworek różnej wielkości od łepka szpilki do wielkości kilkomilimetrowej.

Topografia otworu klinowego. Ujście otworu klinowego znajduje się w uchyłku klino-sitowym nosa (*recessus spheno-ethmoid.*) Powstaje on w ten sposób , że tylna część kości sitowej, przylegając do przedniej powierzchni kości klinowej, tworzy pionową bruzdę, którą ku górze odgranicza dach jamy noso-gardzielowej, ku dołowi



Rys. IX. Odległość przedniej ściany zatoki klinowej od dolnego kolca nosowego; sondowanie zatoki.

c. i—concha inferior, *c. m*—concha media, *c. s*—concha superior, *o.sph*—ostium sphenoidale *s.t.*—sella turcica,. Czarna linja przedstawia położenie zgłębnika w zatoce. Linie nakreślone punkcikami: 1, 2, 3, 4 wskazują na fałszywe położenie zgłębnika.

Sciana przednia jest najważniejsza, gdyż z powodu stosunkowo łatwego dostępu uprzystępnia nam zbadanie zatoki i umożliwia walkę ze zmianami patologicznemi w zatokach powstałymi. Ściana przednia zajmuje położenie pionowe, w górnej części jest najcieńszą ze wszystkich ścian zatoki i zawiera w sobie normalny otwór klinowy (ostium sphenoidale). Znacznych rozmiarów otwór ten zmniejszonym zostaje przez podwójną błonę śluzową, która na kształt przepony opuszcza się w kości ku otworowi klinowemu. Stosownie do zaś bruzda ta biegnie po dolnej powierzchni kości klinowej nad tylnemi końcami muszli średniej i górnej do tylnych otworów nosowych. Dzięki temu położeniu ujścia zatoki wydzielina z zatoki klinowej tak często ścieka do jamy nosogardzielowej. Najczęściej otwór zatoki znajduje się w środkowej części przedniej ściany na odległości kilku millmetrów od dachu jamy nosowej.

Objętość zatok klinowych. Większa lub mniejsza objętość zatok zależy zupełnie, analogicznie, jak to ma miejsce przy roz-

woju zatok Highmora, od niedostatecznego lub nadmiernego wessania substancyi gąbczastej ciała kości klinowej. Wielkość zatoki znajduje się w odwrotnym stosunku do grubości jej ścian. Gdy rozmiary zatoki są nieznaczne, ściany zazwyczaj bywają bardzo grube, gdy zaś jama zatoki jest obszerna, dach i ściany jej są bardzo cienkie.

Zapewne niejeden z czytelników za grzech mi poczyta ten nadmiar szczegółów anatomicznych, mimo zapewnienia złożonego przezemnie we wstępie, że ograniczę się do przypomnienia najniezbędniejszych faktów. Taki zarzut nie byłby jednak słuszny. Nie zapominałem ani na chwilę o zakreślonych sobie granicach, a jednak często przekroczyć je byłem zniewolony. Stało się to w skutek następujących przyczyn. Anatomia nosa i bocznych zatok w ostatnich latach 15 uczyniła znakomity krok naprzód, a ten fakt umożliwił dokładniejsze rozpoznanie i skuteczniejsze leczenie spraw chorobowych w jamie nosa i w zatokach bocznych. Kto więc pragnie chociażby pobieżnie wtajemniczyć się w ten ciekawy dział patologii, poznać musi siedlisko anatomiczne omawianych cierpień.

Anatomia zatok bocznych nosa jest tak zawiła i wyczerpująco opracowana, że mimo napozór obficie nagromadzony materyał zaledwie pobieżnie zaznaczyłem dane ważniejsze. Na naszych posiedzeniach lekarskich skwapliwie omijamy suchą i nudną anatomię, stanowi ona jednak nić Aryadny, strzegącą nas przed błądzeniem w labiryncie zmian chorobowych; dla tego przy okazyi nie wadzi i o postępach anatomii coś się dowiedzieć.

Fizyologiczne znaczenie zatok. Do obecnej chwili nie jest ono wyświetlone. Jedni sądzą, iż zatoki służą do zmniejszenia ciężaru czaszki; drudzy, że służą do wydzielania śluzu dla zwilżenia nosa, lub też dla ogrzewania wdychanego powietrza. Te wszystkie i podobne przypuszczenia (zatoki służyć mają do zaostrzenia zmysłu powonienia) zasługują na małą wiarę. Natomiast pogląd, według którego przy wdechu odbywa się w zatokach rozrzedzanie, przy wydechu zaś zgęszczenie powietrza —zdaje się być blizki prawdy. Niektórzy badacze twierdzą, że nos, zatoki boczne, i ucho środkowe tworzą naokoło przednich i środkowych części mózgu układ jam dostarczających tym częściom mózgu pary wodnej, kwasu węglowego, amoniaku wskutek czego stanowią dla nich rodzaj narządów oddechowych. Nie brak wreszcie badaczów, mniemających, że zatoki stanowią rodzaj rezonatorów dla dźwięków.

(Dokoń. nast.)

Szpitalik ludowy w Szadku.

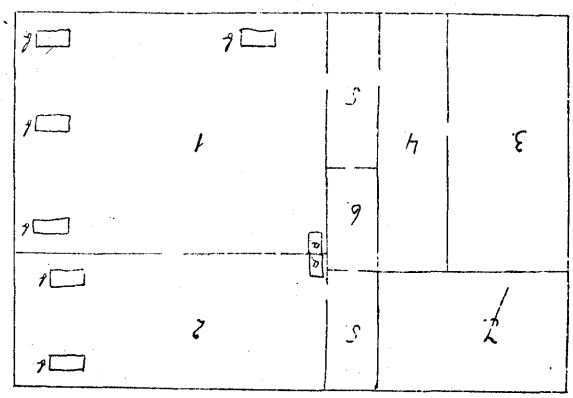
Opisał Dr. **S. Lipiński.**

Braki w naszem szpitalnictwie i wyższość leczenia szpitalnego (dla ludzi niezamożnych) nad leczeniem domowem usprawiedliwiają różne próby improwizowania szpitali wiejskich, które mierzyć nie miarą t. zw. urządzeń szpitalnych, ale miarą pożytku, jakie przynoszą, należy.

Taki szpitalik, l e c z n i c a l u d o w a, powstał w Szadku. Założyli go obywatele okoliczni (z p. Wernerem z Puczniewa na czele); z mieszkańców Szadku ledwie pięciu złożyło na ten cel ofiarę. Zebrano około rubli pięciuset.

Dla względów natury formalnej szpitalik uchodzi za moją własność prywatną.

Szpitalik mieści się w domu murowanym, położonym na krańcu miasta; dom jest suchy, wysoki, otoczony ogrodem.



1. Salka męzka. 2 Salka kobieca. 3 Kuchnia, 4 Pokój dozorczyni 5. 5 Przedsionek. 6 Śpiżarnia. 7 Mieszkanie prywatne (gospodarza domu)

Sal dla chorych jest dwie: męska i kobieca; prócz tego pokój dla dozorczyni i kuchnia. Sale dla chorych są oddzielone od pokoju dozorczyni i kuchni przedsionkiem. Obecne mieszkanie pomieścić może wygodnie 6 łóżek. Do szpitala przyjmujemy każdego, kto się zgłosi. W razie epidemii jeden pokój przeznaczymy specyalnie dla chorych zakaźnych. Gdyby mieszkanie obecne okazało się w przyszłości za małe, w takim razie odnajmiemy

jeszcze jeden pokój, który obecnie zajmuje gospodarz domu, i pokój ten przeznaczymy dla chorych zakaźnych, ponieważ nie ma on żadnej łączności z innemi izbami. Urządzenie szpitalika wymaga jeszcze bardzo wielu rzeczy; kompletujemy wszystko powoli, aby nie wyczerpywać kapitału, jaki mamy; gdyż przy braku chorych, a wydatkach na urządzenia, wyczerpałby się szybko; tymczasem wypadnie pewnie dość długo czekać, zanim chorzy oswoją się z myślą, że im w szpitalu jest najlepiej. Ograniczenie wydatków pozwoli nam doczekać lepszych czasów. Dla tej też przyczyny szpitalik nie posiada jeszcze specyalnej dozorczyni i służącej; rolę ich spełnia teraz żona właściciela domu, która jednocześnie żywi chorych za umówioną cenę.

Każdy chory płaci nam za wszystko 50 kop. dziennie, wliczając w to i pomoc lekarską.

Za mieszkanie płacimy 100 rb. rocznie.

Otwarcie szpitalika nastąpiło 2 Lipca r. b. Od tej pory mieliśmy 3 chorych, z których, jeden już się wypisał.

Oto i wszystko, co w obecnej chwili powiedzieć mogę o naszym skromniutkim szpitaliku, a co podaję na życzenie Sz. Redakcyi „Czasopisma lekarskiego".

Towarzystwa Lekarskie prowincyonalne.

Towarzystwo lekarskie w Częstohowie.

Posiedzenie w d. 21 Maja.

Obecnych 28 członków.

I. Kol. Wasserthal odczytał rzecz pt. „*Przypadek choroby Stokes-Adams'a*". Chory l. 65, o czerstwym wyglądzie i silnej budowie ciała, dziedzicznie nie obciążony, przymiotu nie przechodził, napojów wyskokowych nie używał. Przy badaniu stwierdzono umiarkowaną rozedmę i nieżyt płuc, powiększenie stłumienia serca, tony głuche, wzmocnienie drugiego tonu nad tętnicą główną. Tętno 45, twarde. Mocz nie zawiera ani białka, ani cukru. Przed kilkoma miesiącami wystąpiły napady, polegające na zwolnieniu tętna, utracie przytomności i drgawkach. W początkach choroby napady bywały 3—4 razy na dzień, stopniowo częstość ich powiększyła się do 15 na dobę. Napad rozpoczyna się głębokim wdechem, twarz staje się czerwoną, poczem chory wstrzymuje oddech i poczyna wstrząsać głową i kończynami. Gałki oczne i twarz zwracają się ku lewej połowie ciała. Przez pół minuty tętna nie można wymacać. Później ukazuje się tętno wolne i niemiarowe, które po upływie 1—2 minut wraca do prawidłowego stanu. Napady powtarzały się bardzo często, nieraz co kilka minut. Chory zmarł podczas napadu.

Powyższy przypadek odpowiada tej klinicznej postaci choroby Stokes-Adams'a, którą charakteryzują napady zwolnienia tętna i drgawek. Prócz tego istnieje jeszcze inna postać kliniczna, w której zwolnienie tętna występuje w połączeniu z omdleniem. Omdlenie zjawia się bez żadnych zwiastunów, twarz nabiera trupiej bladości, oddychanie i tętno ustaje, skurcze serca stają się b. słabe. Po kilku sekundach chory zaczyna oddychać, ukazuje się tętno i zimny pot na twarzy. W obydwóch postaciach najważniejszym objawem jest zwolnienie tętna, które w przestankach wolnych od napadów waha się od 30 do 50 uderzeń na minutę, rzadziej spada do 8—10. Podczas samego napadu tętno ginie. W końcu, omawiając szczegółowo patogenezę cierpienia, kol. W. uważa za najprawdopodobniejszą teoryę Jaquet'a, który upatruje przyczynę choroby w skurczu drobnych naczyń mózgu i rdzenia przedłużonego.

W dyskusyi zabierali głos Kol. Biegański, Batawia i Rozenfeld.

Il. Kol. Biegański wypowiedział kilka uwag krytycznych o *dyecie jarskiej*. Urządzenie i budowa przewodu pokarmowego świadczą, że ustrój człowieka przystosowany jest do pokarmu mieszanego. Jaki jednak powinien być stosunek ilościowy pokarmu mięsnego do roślinnego, jestto kwestya dotychczas sporna. Pokarm mięsny jest łatwo strawny, ale dostarcza ustrojowi tylko białko i względnie nieznaczną ilość tłuszczu. Wobec niewielkiej wartości kalorycznej białka (1,0 daje przy spaleniu niecałe 4 kalorye), dla pokrycia wydatkowanej energii cieplnej należałoby wprowadzać do ustroju ogromną ilość czystego białka (około 700,0). Spalenie takiej ilości białka nadwyrężałoby niewątpliwie czynność wątroby i nerek, wywoływałoby

przepracowanie tych narządów. Nadto w mięsie zawarte są substancye ekstraktywne, jako to kreatyna, ksantyna, guanina i. t. p., które działają podniecająco na serce i układ nerwowy. Wreszcie, mięso gotowane lub smażone nie zawiera dostatecznej ilości soli mineralnych. Z tych względów pokarm wyłącznie mięsny jest niewątpliwie szkodliwy. Pokarm roślinny jest trudniej strawny, zawiera dużo drzewnika, niewielką ilość białka i znaczną ilość węglowodanów. Ponieważ węglowodany posiadają tę samą wartość kaloryczną, co białko, przeto mogą je w znacznej części zastąpić. Przytem zwalnia się od pracy wątrobę i nerki, ponieważ węglowodany spalają się bezpośrednio na kwas węglowy i wodę. Powstaje tedy pytanie, w jakim stopniu węglowodany mogą zastępować białko. Podług Voita ustrój dla odnowy tkanek potrzebuje dziennie 118 gr. białka; według nowszych badań równowaga ustroju da się doskonale utrzymać przy zużyciu 60 gr. Ilość tę ustrój winien otrzymać bądź w pokarmie mięsnym, bądź w roślinnym. Resztę potrzeb kalorycznych powinny zaspokoić węglowodany i tłuszcze, które przy spalaniu nie posiadają ujemnych stron pokarmu mięsnego. Znając teraz skład chemiczny i wartość kaloryczną rozmaitych pokarmów, łatwo obliczyć ich wzajemny stosunek ilościowy; z tego stanowiska najodpowiedniejszem pożywieniem człowieka jest mała ilość mięsa, niewięcej nad 200,0, oraz duża ilość pokarmów roślinnych, zawierająca około 500,0 węglowodanów i 50,0 tłuszczu W niektórych sprawach chorobowych może być dla ustroju korzystne stosowanie przez pewien czas dyety jarskiej, nie wyłączającej jednak masła, jaj i mleka. Należy tutaj nawykowe zaparcie stolca, neurastenia, choroba Basedowii, padaczka, pląsawica, choroby wątroby i nerek, dna, kamica, poczynające się stwardnienia tętnic. W sprawach tych mamy do czynienia bądź z przepracowaniem pewnych narządów, bądź ze wzmożoną pobudliwością układu nerwowego, bądź wreszcie z zaburzeniami w przemianie materyi, zależnemi od wyłącznego spożywania mięsa.

Posiedzenie w Sosnowcu w d. 11 Czerwca r. b.

I. Kol. Biegański podaje do wiadomości, że zmiana Ustawy, uchwalona na posiedzeniu w d. 20 Lutego, została zatwierdzona przez Urząd Lekarski w Piotrkówie. W przyszłości posiedzenia Towarzystwa będą się również odbywać w Sosnowcu. Żeby zapobiedz rozbiciu się Towarzystwa na dwa niezależne oddziały, kol. B. przedstawił szereg wniosków, które wywołały dyskusyę. Zabierali głos kol. Kołudzki, Neufeld, Wołkowicz, Weinzieher, Zieleniewski. Omawiano obowiązki prezesa, wiceprezesa, sekretarza, sposób urządzenia biblioteki dla kolegów z Zagłębia. Kol. Bieg. podjął się szczegółowego opracowania poruszonych kwestyi i przedstawienia odpowiedniego referatu na jednem z najbliższych posiedzeń.

II. Kol. Neufeld przedstawił chorego z limfotokiem (*lymphorrhagia*). Chory l. 25, telegrafista. W d. 30 Kwietnia r. b., zakładając druty na wysokości 12 metrów, został podrzucony w górę jeszcze o 5 metrów i z tej wysokości spadł na wznak na równię pochyłą, o 25 metrów dalej. Nazajutrz utworzył się na plecach z prawej strony kręgosłupa wylew podskórny, sięgający od połowy łopatki do kości kuprowej i od kręgosłupa do prawej tylnej linii pachowej. Skóra nad wylewem tak wiotka, że słabe dmuchnięcie wywołuje jej falowanie. Początkowo chory nieodczuwał żadnego bólu, obecnie skóra b. wrażliwa na ucisk. Objawów zapalnych i gorączki niema. W dalszym ciągu kol N. omawia szczegółowo etyologię, symptomatologię, rozpoznawanie, rokowanie i leczenie limfotoków.

Limfotok powstaje zwykle wskutek uderzenia ciała o przedmiot twardy po linii stycznej. Charakterystycznem jest nagle wystąpienie guza chełboczącego i bezbolesnego. Powstaje on najczęściej w tych miejscach, gdzie skóra luźno jest związaną z powięzią, a więc na brzuchu, udach, piersiach i plecach Płyn, nagromadzający się w guzie, jest przesiękiem krwi, pozbawionym składników morfologicznych. W rzadkich przypadkach płyn ten zawiera przymieszkę czerwonych ciałek krwi. Przy rozpoznawaniu trzeba uwzględniać niezwykłe chełbotanie guza, stopniowe powiększanie się, przezroczystość płynu o jasnożółtem zabarwieniu, brak krzepliwości i zapalnego odczynu. Rokowanie dobre. Spostrzegano zejście śmiertelne po przecięciu guza, wskutek obszernego i długotrwałego ropienia. Zazwyczaj guz trwa całe miesiące, płyn wsysa się bardzo wolno. Leczenie wyczekujące—długotrwały ucisk i okłady z płynu Burow'a. Stosowano przekłucie, aspiracyę, nawet sączkowanie.

W dyskusyi zabierali głos kol. Czajkowski, Dehnel, Wołkowicz, Królikowski, Sterczyński, Pu-

terman, Kosiński, Weinzieher. Większość kolegów przemawiała na korzyść operacyjnego sposobu leczenia, a mianowicie przekłucia, aspiracyi i następczego ucisku.

III. Kol. Dehnel odczytał pracę p.t. „*Przypadek rzekomego zapalenia wyrostka robaczkowego.* Chora l. 35, zamężna, 5 razy rodziła. Kol. D. został wezwany z powodu gorączki, wymiotów i silnego bólu w prawej okolicy brzucha. Przy badaniu stwierdzono w prawym dole biodrowym naciek ograniczony i bolesny. W macicy zmian żadnych. Ponieważ zastosowane zabiegi lecznicze nie polepszyły stanu chorej, wykonano operacyę (prof. Trzebicky) w celu wycięcia wyrostka robaczkowego. Po otwarciu jamy brzusznej na wyrostku robaczkowym nie zauważono żadnych zmian chorobowych, natomiast za kiszką ślepą wzdłuż kiszki grubej wstępującej stwierdzono plamy żółtoszare, które w kierunku wątroby stawały się coraz rzadsze. Na górnej i dolnej powierzchni wątroby kilka plam rozsianych. Po założeniu worka Mikulicza ranę częściowo zaszyto. Początkowo po zabiegu operacyjnym daje się zauważyć pewna poprawa, wkrótce jednak występuje ropienie w okolicy pęcherzyka żółciowego. Przetoka, wydzielająca ropę i żółć, goi się dopiero po upływie dłuższego czasu. Wyzdrowienie zupełne następuje po ponownem otworzeniu się przetoki. Kol. Dehnel sądzi, że miał do czynienia z paratyphlititis bez zajęcia wyrostka. (druk. w „Medycynie").

Kol. Weinzieher zaznacza, że operowana chora od lat kilku cierpi na typowe napady kamicy żółciowej. W 7 miesięcy po operacyi chora dostała silnego napadu kolki. Kol. W. stwierdził wówczas gorączkę, powiększenie wątroby, a w miejscu, odpowiadającem pęcherzykowi żołciowemu, guz niewielki, bolesny. W dalszym przebiegu wytworzyła się przetoka żółciowa. Po upływie kilku miesięcy stwierdzono nowy napad kolki, nowy ropień i otwarcie przetoki. Na podstawie dłuższej obserwacyi opisanego przez kol. D. przypadku, kol. W. wypowiada zdanie, że za punkt wyjścia cierpienia uważać należy nie wyrostek robaczkowy, lecz wątrobę. Zdanie kol. Weinzieher'a popierają kol. Królikowski i Żołędziowski. Kol. Biegański przypomina że przy paratyphlitis bywa zwykle zajęty m. psoas, co pociąga za sobą przykurczenie kończyny. Kol. Czajkowski opisuje przypadek paratyphlitis z owrzodzeniami na tylnej ścianie kiszki ślepej bez zajęcia wyrostka.

Posiedzenie w Częstochowie w d. 25 Czerwca.

Obecnych 29 członków.

Kol. Drabczyk przedstawił chorego po wycięciu *fibrosarcoma nasi.*

II. Kol. Nowak opisuje przypadek bardzo ciężkiej szkarlatyny, leczonej surowicą d-ra Palmirskiego. Jakkolwiek na podstawie jednego przypadku niepodobna tworzyć szerszych uogolnień, kol. N. odniosł wrażenie, że surowica obniżyła ciepłotę, poprawiła tętno i złagodziła objawy mózgowe.

Kol. Brzozowski stosował surowicę przeciwszkarlatynową w 6 przypadkach Śmierć nastąpila w czterech przypadkach —bądź z powodu zakażenia, bądź też zapalenia nerek (2 przyp.) Kol. Drabczyk stosował surowicę powyższą u 2-ch chorych, z których jeden zmarł na zapalenie nerek. W dyskusyi przemawiali nadto kol. Dehnel, Królikowski, Nowacki i Puterman.

III. Kol. Królikowski opisał przypadek przepukliny przeponowej (*Hernia diaphragmatica*). W dniu 29. VI 1903 r. zgłosił się do szpitala w Będzinie 17 letni robotnik z powodu rany, zadanej nożem w lewy bok. Rana pomiędzy 7 i 8 żebrem, około 4 ctm. długości. Nazajutrz osłabienie szmeru oddechowego poniżej lewej łopatki, ciepłota wieczorem 39°. W ciągu kilku dni następnych nie zauważono żadnych powikłań ze strony płuca i opłucny, ciepłota wahała się pomiędzy 37° i 38,2° W d. 14. VII chory wypisał się ze szpitala i po upływie dwóch tygodni zaczął pracować. Odtąd pracuje bez przerwy do d. 23. V. W d. 26.V. r. b. robotnik ten zgłosił się ponownie do szpitala, skarżąc się na ból w lewym boku i duszność. Przy badaniu stwierdzono nad całem niemal płucem lewem odgłos bębenkowy, szmer oddechowy osłabiony i amforyczny, drżenie klatki piersiowej osłabione, stłumienie serca przemieszczone nieco ku stronie prawej, tony serca głuche, tętno słabe, 130, ciepłota rano 37,5°, wieczorem 38,5. Nazajutrz duszność silniejsza, sinica, kaszel, plwocina śluzoworopna z przymieszką krwi, tętno 132, ciepłota rano 37°, wieczorem 38,5°. Na trzeci dzień znaczne pogorszenie stanu chorego. Kol. Królikowski rozpoznaje odmę piersiową, powikłaną wysiękiem ropnym (pyopneumothorax), uważając za źródło cierpienia ropień płuc, wytworzony w następstwie urazu. Przekłucie

próbne wykazuje obecność ciemnoczerwonego, b. cuchnącego płynu. W 10 minut po przekłuciu chory zaczyna się dusić i umiera. Badanie zwłok, dokonane przez przez Kol. Dehnela stwierdziło: odpowiednio do rany lewego boku w mięśniowej części przepony otwór podłużny ($4 \times 1^1/_2$), przez który do jamy opłucny wciśnięty został wielki szmat sieci i pętla jelita grubego, około 30 ctm. długości. Kiszka silnie wzdęta, barwy szarozielonej, zrośnięta luźno z brzegami otworu i b. mocno z siecią. Zrosty pomiędzy siecią i przeponą mocne. Na opłucnej ściennej w części przedniej grube brudnoszare naloty ropne, w tylnej części jamy opłucnej około 700 ctm. ciemnoczerwonego cuchnącego płynu. Płuco bardzo ciemne, wielkości pięści. W dalszym ciągu kol. Kr. omawia szczegółowo przyczyny powstawania, objawy i leczenie przepuklin przeponowych.

Kol. Biegański omawia bliżej sprawę rozpoznawania przepuklin przeponowych i podaje najważniejsze objawy, różniące je od odmy piersiowej. Dalej zaznacza, że człowiek, dotknięty przepukliną przeponową, żyć może całe lata i pracować bez wszelkich objawów podmiotowych. Na sekcyi znajdywano nieraz przepukliny u osobników, za życia zupełnie zdrowych.

Na zapytanie kol. Łokaczewskiego, czy w danym przypadku przepuklina powstała zaraz po urazie, kol. Królikowski odpowiada, że zapewne wytwarzała się ona stopniowo. Początkowo przedostała się do jamy opłucny tylko sieć, kiszka dopiero po upływie kilku miesięcy, przy jakimś wysiłku fizycznym.

Kol. Dehnel sądzi, że przez ciąg pierwszych dziesięciu miesięcy przepukliny wcale nie było. Wytworzyła się ona raptownie pod wpływem wysiłku. Dalej kol. D. zaznacza, że objawy różniczkowe, podane przez kol. Biegańskiego, w danym przypadku nie mogły naprowadzić rozpoznania na właściwą drogą.

IV. Kol. Wołkowicz odczytał rzecz p.t. „*Kilka uwag o stanach pokrewnych z obrzękiem śluzowym*“. Prelegent na wstępie omówił znaczenie gruczołu tarczowego dla ustroju, przyczem uwzględnił liczne obserwacye kliniczne po wycięciu gruczołu tarczowego u ludzi, dotkniętych wolem, oraz doświadczenia laboratoryjne na zwierzętach. Następnie mówił o różnorodności obrazów klinicznych, poprzedzających rozwinięty obrzęk śluzowy, i zatrzymał się dłużej na t. zw. obrzęku śluzowym wrodzonym (myxoedema infantile — cretinismus sporadicus) Zarówno spostrzeżenia anatomo-patologiczne, jak i doświadczenia na zwierzętach dowodzą, że sprawa ta znajduje się w związku z brakiem lub niedorozwojem gruczołu tarczowego. Za związkiem tym przemawiają nadto wyniki lecznicze, otrzymywane przez podawanie do wewnątrz surowego gruczołu tarczowego owczego i cielęcego, lub też sztucznie otrzymywanych preparatów. Główną cechą obrzęku śluzowego wrodzonego jest upośledzenie rozwoju fizycznego i umysłowego lub tylko pierwszego. Rozwój płciowy opóźnia się znacznie albo też pozostaje całkowicie wstrzymany. Osobnik rośnie bardzo wolno, kościec pozostaje w stanie dziecięcym, chrząstki nasadowe nie kostnieją. Tkanka tłuszczowa podskórna bywa nieraz b. obfitą, skóra, szczególnie na policzkach i karku, szorstka, cera żółta, dłonie nieodpowiednio szerokie, brzuch duży, niekiedy przepuklina pępkowa. W niektórych jednak przypadkach, prócz powolnego wzrostu, możemy nie spotykać żadnych innych zboczeń. W stanach tych podawanie systematyczne preparatów gruczołu tarczowego sprowadza zwykle polepszenie. Wzrost odbywa się szybciej, władze umysłowe zaczynają się rozwijać normalnie. W razach wyjątkowych leczenie nie osięga wpływu (Będzie drukow. w całości)

W dyskusyi przyjmowali udział kol. Drabczyk, Brzozowski, Puterman, Batawia, Dehnel.

V. Wybory. Na członków rzeczywistych przyjęci zostali kol. Drozdowicz z Działoszyna, kol. Nowierski z Ząbkowic, kol. Fryde, Weinzieher, Wierzbowski z Będzina, kol. Arnold, Kosiński, Pierwocha i Pfabe ze Sosnowca.

Karol Rozenfeld.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie z d. 7 Września 1904.

I. Przyjęto w poczet członków czynnych Kol. Szokalskiego z Łasku.

II. Kol. Saks demonstrował preparat, składający się z jajnika i pękniętej trąbki, otrzymany drogą cięcia brzusznego u młodej kobiety. Peryod jakoby miał miejsce we właściwem terminie, po nim jednak wystąpiło kilkotygodniowe krwawienie, wreszcie zapaść, wymagająca zabiegu operacyjnego.

III. Resztę posiedzenia poświęcono wrażeniom z wycieczek wakacyjnych. Kol.

Jonscher opowiedział o rozwoju Ciechocinka, o nowopowstałych urządzeniach (kąpielach borowinowych, inhalatoryum). Kol. Likiernik opisał urządzenia i warunki pracy naukowej na klinice ocznej profesora Uthoffa w Wrocławiu.

Posiedzenie z d. 21 Września 1904.

I. Kol. Saks demonstruje kobietę, mającą około 60 lat, u której znaleziono nacieczenie naokołocewkowe z nieznacznym rozpadem od strony cewki. Cierpienie jest umiejscowione. Kol. Saks przypuszcza, że ma do czynienia z rzadką postacią raka pierwotnego cewki.

II. Kol. Garliński przedstawia chorego ze znacznem uszkodzeniem lewego oka, powstałem wskutek wybuchu gazu oraz uderzenia odłamkami rozerwanej rury gazowej. Wspomniane obrażenie spowodowało utratę wzroku.

III. Kol. Koliński przedstawia przypadek *ulceris serpiginosi corneae* lewego oka. Cierpienie to jest bardzo rzadkie, ponieważ opisano dwa podobne przypadki. Przyczyną jest bacterium megaltherium de Bary.

W dyskusyi kol. Garliński twierdzi że wymieniony drobnostrój nie jest przyczyną cierpienia, jest on bowiem natury dość niewinnej.

IV. Kol. Przedborski przedstawił b. efektowny, a przytem nader prosty sposób prześwietlania bocznych zatok nosa za pomocą lampki żarowej, wprowadzonej do jamy ustnej (oświetlanie jamy Highmora) lub przez przykładanie tejże do oka w odpowiedniej koszulce izolacyjnej (oświetlenie zatok czołowych).

Następnie kol. Przedborski miał odczyt p. t. *O rozpoznawaniu i leczeniu cierpień zatok bocznych nosa* (będzie druk.)

Bronisław Handelsman.

Towarzystwo Lekarskie Płockie.

Posiedzenie w d. 11 Czerwca 1904 r,

Obecnych na posiedzeniu członków 9.

I. Odczytano list Tow. Lek. guber. Radomskiej w kwestyi rozpowszechniania krajowych wód mineralnych.

II. Odczytano list Tow. Hyg. Warsz. w kwestyi założenia w Płocku filii tego Towarzystwa.

III. Kol. Żenczykowski: *„Cztery przypadki szkarlatyny, leczonej surowicą swoistą D-ra Palmirskiego.*

Przypadek XIII. Jan Szat., lat 4, dziecko z ochronki Tow. Dobr. Pł., zachorował d. 10. IV. jednocześnie z Teofilą Paw., o której mówiłem na zeszłem posiedzeniu. Dnia tego skarżył się na ból głowy i kilka razy wymiotował. D. 11 IV. Na dolnych kończynach nieznaczna marmoryzacya. Migdały bardzo obrzmiałe. Gardziel mocno czerwona. Dziecko apatyczne, na pytania nie odpowiada. T. rano 39°8. P. 160 bardzo mały. Zastrzyknięto o godz. 12-ej w południe 20,0 surowicy. Przekłuwania skóry dziecko, zdaje się, nie czuło, gdyż żadnego odruchu obronnego nie dostrzegłem. T. wieczorem 40°,4. Dnia 12. IV. Wysypka dość wyraźna na nóżkach. T. rano 37°,8. P. 134 mały. Dziecko przytomne. T. wieczorem 37°,7. D. 13. IV. Nieznaczna wysypka na tułowiu i rączkach. Stan ogólny dobry. T. rano 36°,9. P. 120 niezły. T. wieczorem 36°,7. Wysypka zginęła. 16. IV. Tętno dnia tego wynosiło 90 uderzeń na minutę. Łuszczyć się zaczął d. 19. IV. Łuszczenie trwało 12 dni. Przy końcu drugiego tygodnia choroby zauważyłem nieznaczne powiększenie gruczołów szyjowych, które trwało kilka dni. Mocz badany w ciągu pięciu tygodni od daty zachorowania białka nie zawierał.

Przypadek XIV. Stanisława Chojn., lat 15. D. 24. IV. kilka razy wymiotowała. D. 25 IV. pokazała się wysypka, i dnia tego o godz. 11-ej w nocy przywieziono chorą do szpitala Św. Trójcy. Po raz pierwszy widziałem chorą d. 26. IV. rano. Wysypka bardzo gęsta z sinawym odcieniem na całem ciele. Chora bardzo osłabiona: nie może o własnych siłach siedzieć na łóżku. Skarży się na ból głowy. Gardziel mocno czerwona. Migdały obrzmiałe. Nalotów niema. Ślinotok Foetor ex ore. T. 39°,4. P. 170 mały. W moczu ślady białka. O godz. 12-ej w południe zastrzyknięto 50,0 surowicy. T. wieczorem 39,°2. D. 27. IV. skarży się na ból gardła. Nalotów niema. Migdały jeszcze bardzo obrzmiałe. Salivatio et foetor ex ore zmniejszają się. Białka w urynie niema. Chora czuje się nieco silniejszą. Wyznaczono płukanie ust kalio chlorico (łyżeczkę do szklanki wody). T. rano 38°,2. P. 100. T. wieczorem 37°,9. D. 28. IV. Wysypka blednie, szczególniej na tułowiu. Ślinotok mniejszy, jak również foetor ex ore. Obrzmienie migdałów i ból gardła ustępują. T. rano 37,°4. P. 96. T. wieczorem 37°,6· D. 29. IV. Wysypka na kończynach zbladła, a z tułowia, szyi i twarzy zginęła. Zmiany chorobowe w jamie ustnej również zginęły. Na wargach kilka pęcherzyków herpes. Chora o własnej sile wstaje z łóżka. T. rano 37°,3, P· 90. T. wieczorem 37°,7. 30. IV. T. rano 37°,5, wieczo-

rem 38°,1. Zresztą status idem. D. 1. V. Wysypka zginęła. Pęcherzyki na wargach zasychają, tworząc strupy. T. rano 37°,5 P. 90. T. wieczorem 38°,6. W moczu białka ani cylindrów niema. D. 2. V. Stan ogólny bardzo dobry. T. rano 37,°3. P. 87 T. wieczorem 38°,0. D. 3. V. Nieznaczne łuszczenie. T. rano 37°,1. P. 90. T. wieczorem 38°,6. D. 4. V. T. rano 37,°1 P. 90 T. wieczorem 37°,9. D. 5. V. łuszczenie wyraźne na całem ciele. T. rano 37°,4 P. 85. T. wieczorem 37°,7. D. 6. V. Łuszczenie bardzo obfite, szczególniej na dłoniach i stopach, gdzie naskórek schodzi całemi płatami. T. rano 36°,6, P. 72. T. wieczorem 37°,0. D. 7. V. St. id. D. 8. V. T. rano 36°,7. P. 80. T. wieczorem 37°,1. D. 9. V. T. rano 39°,0. P. 120. Gruczoły szyjowe nieco powiększone. T. wieczorem 38°,7. D. 10. V. T. rano 36°,8 P. 90. Na kończynach górnych i dolnych wysypka, przypominająca wyglądem swoim ospę, a na piersiach, brzuchu i plecach podobna do wysypki płoniczej. Obrzmienie gruczołów większe. T. wieczorem 37°,3. D. 11. V. T. rano 37°,1. P. 96. Wysypka zginęła, nie pozostawiwszy żadnych śladów. Twarz i powieki dolne nieco obrzmiałe. W moczu białka niema. Badanie mikroskopowe osadu na obecność cylindrów dało wynik dodatni. T. wieczorem 38°,5. D. 12. V. T. rano 37°,9. P. 100. Obrzmienie gruczołów i twarzy b. znaczne. Białka w urynie nie[illegible]a. Wyznaczono renaden (0,5×3). T. wieczorem 38°,7. D. 13. V. T. rano 36°,7. P. 80. Ogólna ilość moczu z 24 godzin 350 ctm. sz. T. wieczorem 36°,5. Obrzmienie twarzy i gruczołów zauważyć się dało do d. 25. V. Ilość moczu prędko zaczęła się powiększać, ale cylindry w osadzie można było widzieć jeszcze w ciągu dwóch tygodni t. j. do d. 28. V. Łuszczenie trwało przeszło 4 tygodnie. Pacyentka wyszła ze szpitala d. 8. VI. zupełnie zdrowa.

Przypadek XV. Maryanna Jażdż., lat 6, dostała wymiotów i bólu gardła wieczorem d. 1. V. D. 2. V., 3. V. i 4. V. też wymiotowała po kilka razy dziennie. Wysypka wystąpiła d. 3. V. Do szpitala pacyentka przybyła d. 4. V. wieczorem i tegoż dnia widziałem chorą po raz pierwszy. Wysypka bardzo gęsta na całem ciele z sinawym odcieniem. Gardziel mocno czerwona. Migdały b. powiększone i pokryte grubym szarym nalotem. Gruczoły szyjowe i podszczękowe nieco obrzmiałe i na ucisk bolesne. W moczu ślady białka. T. 39°,4. P. 150. Chora skarży się na ból głowy i gardła. O godz. 9-ej zastrzyknięto 50,0 surowicy. D. 5. V. W nocy między godzinami 12-tą i 1-szą była bardzo niespokojna, wyskakiwała nieprzytomna z łóżeczka i chciała uciekać; z trudnością udało się utrzymać ją potem w łóżku. O godz. 2 giej zasnęła. Dziś z rana zupełnie przytomna. Na ból głowy nie narzeka. T. rano 38°,0. P. 120. T. wieczorem 39°,0. D. 6. V. Wysypka i naloty nie zmniejszają się. Białka w moczu niema. T. 37°,5. P, 120 T. wieczorem 37°,9. Dnia 7. V. Wysypka zbladła. Nalot na lewym migdale zmniejszył się znacznie. T. rano 37°,7. P. 112. T. wieczorem 38°,4. D. 8. V. Wysypka zginęła. Nalotu na lewym migdale niema. Gruczoły podszczękowe znacznie powiększone. T. rano 37°,9. P. 120. T. wieczorem 39°,4. D. 9. V. Nalot na prawym migdale mniejszy. T. rano 38°,0. P. 120. T. wieczorem 37°,7. D. 10 V. Nalot na migdale znacznie zmniejszony. Stan gruczołów, jak przedtem. T. rano 37°,4. P. 118. T. wieczorem 38°,0. D. 11. V. W moczu białka niema. T. rano 37°,0 P. 120. T. wieczorem 37°,8. D. 12. V. Nalot na prawym migdale bardzo mały. Początek łuszczenia. T. rano 37°,0. P. 122. T. wieczorem 37°,4. D. 13. V. Nalot zginął. Gruczoły nieco zmniejszone. T. rano 36°,9. P. 116. T. wieczorem 37°,0 D. 14. V. Gruczoły zmniejszyły się więcej. W moczu cylindry. Wyznaczono renaden (0,3×3). T. rano 36,°7. P. 110. T. wieczorem 36°,7 D. 15. V. Gruczoły codziennie mniejsze. Ilość moczu w ciągu 24 godzin=400 ctm. sz. T. rano 36°,1. P. 100. T, wieczorem 37°,1. D. 16. V. Gruczoły normalne. W moczu znaczna ilość cylindrów. T. rano 36,°5 P. 90. T. wieczorem 36°,8. D. 17. V. Łuszczenie bardzo obfite szczególniej na kończynach. T. rano 36°,6. P. 88. T. wieczorem 36°,8. D. 18. V. Twarz nieco nabrzmiała. W moczu białka niema. T. rano. 36°,7. P. 84. T. wieczorem 36°,9. D. 19 V. Obrzmienie twarzy i powiek wyraźne. W moczu dużo cylindrów. T. rano 36,8 P. 80 T. wieczorem 36°,8. D. 20. V. Ilość oddanego w ciągu 24 godzin moczu=340 ctm. sz. T. rano 36°8. P. 76. T. wieczorem 36°,9. D. 21. V. Dobowa ilość moczu=280 ctm. sz. T. rano 36°,9. P. 72. T. wieczorem 36°,9. D. 22. V. St. id. Wyznaczono diuretynę (0,3×3). D. 23. V. Ilość moczu=400 ctm. sz. Obrzmienie twarzy nieco mniejsze. D. 24. V, Ilość moczu=470 ctm sz. Status afebrilis. D. 25. V. Ilość moczu 510 ctm. sz. D. 26. V. Chora przestała się łuszczyć. Ilość moczu 560 ctm. sz. D. 27.

V. Obrzmienie znacnie mniejsze. D. 31 V. Obrzmienia niema. Moczu 960 ctm. sz. D. 4. VI. Bałka i cylindrów w moczu nie znaleziono. Mocz, badany jeszcze w ciągu tygodnia, białka i cylindrów nie zawierał.

Przypadek XVI. Aleksandra Koz., lat 5, d. 16, V. wieczorem miała kilka razy wymioty. D. 17. V. rano skarżyła się na ból głowy i gardła. D. 18. V. rano pokazała się wysypka i tegoż dnia wieczorem chora przybyła do szpitala. T. 39°,7. D. 19. V. Gęsta wysypka na całem ciele. Gardziel czerwona. Migdały bardzo powiększone i pokryte grubym nalotem. W moczu ślady białka. Pacyentka stale senna. T. rano 39°,7. P. 164. O godz. 12-ej w południe zastrzyknięto 50,0 surowicy. T. wieczorem 38°,7. D. 20. V. Wysypka blednie. Naloty zmniejszają się. Białka w moczu niema T. rano 37°,5. P. 130. T. wieczorem 37°7. D. 21. V. Naloty zginęły. T. rano 36°,8. P. 100. T. wieczorem 36°,5. D. 22. V. Wysypka zginęła. T. rano 36,8. P. 96. T. wieczorem 37°,0. D. 23. V. W moczu białka ani cylindrów niema. T. rano 36°,7. P. 92. T. wieczorem 36°,8. Zaczęła się łuszczyć d. 29. V. Łuszczenie trwało 10 dni. D. 9. VI. wyszła ze szpitala zdrowa. (Autoreferat).

IV. Kol. Zaleski: *„Przypadek XVII szkarlatyny, leczonej surowicą swoistą D-ra Palmirskiego“.*

Aleksandra Mich., lat $6^1/_2$, zachorowała d. 12. V. na kilkakrotne wymioty i znaczną gorączkę. Na drugi dzień przy pierwszej obserwacyi: utrata przytomności, śpiączka, wysypka płonicza bardzo silna. T. 39°, 9. P. 160. W gardle prócz mocnej czerwoności niewielkie białe naloty. Injekcya 50,0 surowicy seryi XII.—D. 14. V. T. 39°,0 P. 140. Dużo przytomniejsza. D. 15. V. T. 37°,8. P. 120. Przytomność zupełna. Wysypka zbladła. D. 17. V. T. 37°,5. P. 88. Wysypka b. zbladła. Gruczoły wcale nie obrzmiałe. Stan zupełnie zadawalniający. D. 24. V. Zdrowa—ani śladu białka. D. 3. VI. St. id. (Autoreferat).

V. Kol. Żenczykowski: *„6 przypadków trychinozy w Płocku“.* (Będzie drukowane w „Czasopiśmie lekarskiem“.

Posiedzenie w dn. 30 czerwca 1904 r.

Na posiedzeniu obecnych członków 10 i 1 członek protektor.

I. Postanowiono sędziwemu Jubilatowi, kol. Majkowskiemu, w Busku wysłać w dn. 3 lipca telegram z wyrazami uznania i życzeniami długiej jeszcze działalności na polu nauki lekarskiej polskiej.

II. Tow. Rolnicze Pł. proponuje urządzenie wystawy szpitalnictwa (z powodu pięćsetlecia szpitala ɔ-tej Trójcy) jednocześnie (na jesieni r. 1905) i na wspólnym placu z wystawą narzędzi i produktów rolniczych. Dyskusya nad tą kwestyą została odłożona do przyszłego posiedzenia.

III. Kol. Maciesza przeczytał projekt prośby do władzy w kwestyi uzyskania pozwolenia na otwarcie wystawy szpitalnictwa. Projekt zaakceptowano.

IV. Kol. Maciesza przeczytał ułożony przez siebie program wystawy szpitalnictwa, mającej się odbyć w roku przyszłym. Program przyjęto.

V. Kol. Gołębiowski: *„Trzy przypadki szkarlatyny, leczonej surowicą swoistą D-ra Palmirskiego“.*

Przypadek XVII. Eugeniusz Am., lat 11, uczeń zachorował d. 20. IV. wieczorem na ból gardła i głowy i kilkakrotne wymioty. D. 21. IV. wieczorem matka zauważyła wysypkę na ręku i szyi. D. 22. IV. rano przy pierwszej obserwacyi: wysypka na całem ciele w postaci rozlanej szkarłatnej czerwoności; migdały nieco obrzmiałe; w gardle po obu stronach niewielkie naloty; język koloru malinowego; T. 39°,3; P. 124. Wieczorem T. 39°,5; P. 128 dość drobny, miarowy; chory czuje się bardzo słabym. Zastrzyknięto 50,0 surowicy. D. 23. IV. rano T. 39°0, P. 108 pełniejszy. Wysypka na brzuchu i piersiach zbladła. Chory nerwowo podrażniony: płacze bez powodu. Pacyent skarży się na ból w miejscu zastrzyknięcia surowicy i w całem ciele. T. wieczorem 39°,0, P. 104. D. 24. IV. rano T. 38°,0, P. 96, obfite poty, samopoczucie wyborne, wysypka znacznie zbladła, obrzmienie migdałów i naloty bardzo nieznaczne. T. wieczorem 38°,0, P. 96. D. 25. IV. T. rano 37°,5, P. 90. Wysypka pozostała tylko na kończynach dolnych. Gardło w zupełnym porządku. T. wieczorem 38°,0. P. 94. D. 26. IV. rano T. 36°,5, P. 86. Wysypka znikła.

Komplikacyi, ani następczych chorób w tym przypadku nie było.

Przypadek XIX. Aleksander Am., lat 4, przed sześciu tygodniami chorował na błonicę Loefflerowską, która po surowicy w kilka dni przeszła, ale pozostało obrzmienie gruczołów podszczękowych. D. 28. V. wieczorem ból gardła i kilkakrotne wymioty. D. 29. V. rano ból gardła większy. Intensywna wysypka płonicza na całem ciele. Znaczne obrzmienie migdałów. T. 38°,2. P. 156. Zastrzyknięto 25,0 su-

rowicy (serya XII). D. 30. V. T. rano 39°,0 P. 156. Status subsoporosus. D. 31. V. T. rano 39°,0. P. 156. Wysypka bardzo intensywna w kształcie grudek wielkości łebka szpilki. Na migdałach nalot. Gruczoły podszczękowe i szyjowe powiększone i na dotyk bolesne. D. 1. VI. T. rano 38°,5. P. 140. Stan ciężki. T. wieczorem 39°,1. P. 145. D. 2. VI. T. rano 38°,6 P. 140. Wysypka nie blednie. Gruczoły jeszcze większe. W gardle bez zmiany. Nosem nie oddycha. W czasie snu z wyrazem strachu na twarzy budzi się często. T. wieczorem 39°,3. P. 144. D. 3. VI. T. rano 39°,0. P 136. Wysypka zbladła. Na migdałach nalotu niema. Sen spokojniejszy. T. wieczorem 39°,2. P. 150. D. 4. VI T. rano 39°,5. P. 148. Chory niespokojny, rzuca się ciągle, na pytania nie odpowiada, nosem nie oddycha. W nosie i w gardle nalot, podobny do błoniczego. Zastrzyknięto 1000 jednostek surowicy przeciwbłoniczej. T. wieczorem 40°,2. P. 150. D. 5. VI. T. rano 39° 8. P. 140. Stan ogólny jeszcze gorszy. T. wieczorem 40°,3. P. 150. D. 6. VI. T. rano 39°,5. P. 136. Z nosa wychodzą całe błony. T. wieczorem 39°,9. P. 140. Oddech bardzo utrudniony. Znów zastrzyknięto 1000 jednostek surowicy i zalecono kłaść kompresy gorące na gruczoły. D. 7. VI. T. rano 38°,0. P. 142. Z nosa wychodzą całe płaty błon szarych. T. wieczorem 38°,5. P. 142. Ogólny stan b. ciężki. D. 8. VI. T. rano 39°,2. P. 130. Wymioty. T. wieczorem 38°,6. P. 120. Znów wymioty. Chory rzuca się w łóżku i ciągle chwyta się rękoma za głowę i uszy. Głowa w tył wygięta, kark sztywny i twardy (meningitis cerebrospinalis). Chory na pół przytomny. D. 9. VI. T. rano 38°,5. P. 120 mały. Z obu uszu wyciek krwisto ropny. Chory spokojniejszy. T. wieczorem 38°,8. P. 140 Chory nieprzytomny, z trudnością przełyka płyny. Oddech nierówny. Gruczoły znacznie mniejsze. D. 10. VI. T. rano 39°,0 P. 140. Oddech nierówny, przerywany, z częstem wzdychaniem. Mocz oddaje pod siebie. T. wieczorem 39°,0. P. 140. D. 11. VI. T. rano 38°,8. P. 148. Gruczoły jeszcze mniejsze. Nosem oddycha. Przy oddychaniu foetor ex ore et nasi. Z uszu skąpy wyciek. Status pessimus. D. 12. VI T. rano 39°,0. P. 140. T. wieczorem 38°,6 P. 148 ledwie wyczuwalny. Oddech typu Cheyne Stokes'a. Rzężenia krtaniowe. W nocy mors.

Mocz przez cały czas choroby białka nie zawierał.

Przypadek XX. Władysława Am., lat 22. D. 4. VI. wymioty, ból gardła, ogólne osłabienie. D. 5. VI. w południe T. 39°,0. P. 136 drobny. Wysypka wyraźna na całem ciele. W gardle czerwoność i lekkie obrzmienie migdałów. Zastrzyknięto 50,0 surowicy. D. 6. VI. Wysypka czerwieńsza. Obrzmienie migdałów większe. Skóra b. sucha. T. rano 38°,0. P. 120. T. wieczorem 39°,8. P. 150. D. 7. VI. T. rano 38°,6. P. 130. Ból gardła większy. T. wieczorem 38°,5. P. 124. D. 8. VI T. rano 37°,8. P. 120. Ból gardła, czerwoność i obrzmienie migdałów mniejsze, wysypka nieco bledsza. T. wieczorem 38°,0. P. 116. D. 9. VI. T. rano 37°,5. P. 96. Stan ogólny lepszy. Wysypka jeszcze wyraźna. T. wieczorem 37°,8. P. 102. D. 10. VI. Wysypka b. blada. Początek łuszczenia. W gardle prawie dobrze. T. rano i wieczorem 37°,5. P. 90. D. 11. VI. Wysypki i obrzmienia migdałów niema. Łuszczenie dość znaczne. Stan ogólny b. dobry T. rano 37°,0. P. 80. Chora prędko zaczęła się poprawiać i obecnie czuje się zupełnie zdrową. Mocz białka od początku choroby do dnia dzisiejszego nie zawierał. (Autoreferat).

Sekretarz Tow. Lek. Pł. J. Żenczykowski.

Towarzystwo Lekarskie Radomskie.

Posiedzenie dn. 3 Września 1904 r.

Przewodniczący kol. H. Fidler.

Obecnych 25 Członków.

Przed porządkiem dziennym kol. Szczepaniak przedstawił chorego *z guzem oczodołu.*

J. S. lat około 30; gałka oczna wysadzona do przodu na 10—12 mm. Według słów chorego, sprawa wystąpiła nagle przed 12 laty przy objawach silnego bólu głowy, rozsadzaniu oczodołu, dwuwidzeniu i t. p. Trzeszcz początkowo był nieznaczny, widoczny dla otoczenia tylko po dłuższem wpatrywaniu się w jego twarz. Od lat 4-ch gałka coraz bardziej wysuwa się ku przodowi, zazwyczaj z większym uwydatnieniem po wypoczynku nocnym, czyli przy położeniu ciała poziomem. Badanie obiektywne wykazuje zachowanie ruchów gałki we wszystkich kierunkach z ograniczeniem tylko ruchów ku dołowi. Oko jest zupełnie ślepe wskutek zaniku nerwu wzrokowego spowodowanego przez ucisk i wykazuje 3,5 D. hypermetropii dzięki skróceniu przednio-tylnej osi gałkowej. Sąsiednie jamy, zarówno jak i gruczoły zmian, żadnych nie przedstawiają.

Przez wtłoczenie palca między powiekę dolną lub górną, a ścianę odpowiednią oczodołu daje się wyczuć ciało purchawkowate, zajmujące całą tylną część, czyli wierzchołek jamy oczodołowej. Ciało to nie pozostaje w związku ani z gałką oczną, ani też z mięśniami ocznymi, gdyż przy ruchach gałki żadnego nie przyjmuje udziału. Jest to zatem guz samego oczodołu, choć trudno na razie orzec, z czego bezpośrednio bierze on początek. Z kazuistyki anatomo-patologicznej wiadomo, że guzy tej okolicy dzielą się przedewszystkiem na złośliwe i niezłośliwe. Do pierwszych należą: rak, gruczolak, mięsak—do drugich: różnorodne naczyniaki, torbiele, włókniaki wreszcie tłuszczaki. Grupę nowotworów złośliwych wyklucza w danym razie okres trwania choroby i niezajęcie gruczołów gałki ocznej oraz ścian oczodołowych. Z drugiej grupy naczyniaki, jako to: tętniaki, żylaki, a nawet guzy rozprężne (telangietoda) mogą być wykluczone wskutek braku odnośnych danych fizykalnych — jako to: tętnienia, szmerów. zmiany zabarwienia łącznicy gałkowej i skóry powiekowej przy zmianach położenia ciała i t. p. Wreszcie lymphangioma i lymphoma również mogą być wykluczone ze względu na umiejscowienie, powolny rozrost i brak ogólnych objawów limfatycznego usposobienia. Pozostaje więc zatrzymać się w danym razie na rozpoznaniu albo torbieli, albo też włókniaka lub tłuszczaka. Torbiele bywają albo wrodzone, t. zw. Dermoid-Cysten, albo też pasorzytniczego pochodzenia, jak wągr lub bąblowiec. Ostatnie dwa rodzaje torbieli trzeba wykluczyć ze względu na dane anamnestyczne oraz na długotrwałość procesu, pozostaje zatem do zróżniczkowania: cysta dermoidalna od tłuszczaka lub włókniaka, uczynić to można jednak po zrobieniu punkcyi i następczem badaniu drobnowidzowem. S. dotąd nie mógł uczynić tego z powodu uprzedzenia chorego. Zresztą ciekawości w tym względzie można będzie zadość uczynić po dokonanej operacyi wyłuszczenia guza, na co chory będzie musiał się zgodzić, gdyż innej drogi leczniczej w tym przypadku niema. S. zamierza wykonać operacyę sposobem Krönleina z bocznym płatem i czasową rezekcyą kości licowej przy zachowaniu nienaruszonej gałki ocznej.*) (Autoreferat).

*) Przy operacyi okazało się, iż guz wychodził z nerwu wzrokowego, wobec czego usunięcie go z zachowaniem gałki ocznej—było niemożliwe. Przyszyto zatem resekowaną kość licową i wyłuszczono gałkę wraz z guzem, który okazał się neuro-fibromatem.

Kol. Fuksiewicz przedstawił chorego operowanego z powodu *odbytu nieprawidłowego*, powstałego wskutek przebicia się ropnia kałowego uwięźniętej przepukliny udowej. Chory lat 49; 14 Lipca przy dźwiganiu ciężaru uczuł silny ból w dolnej części brzucha z prawej strony i zauważył pod więzem Poupart'a guz wielkości dużego jaja, bardzo bolesny; później nastąpiło zaparcie stolca i wiatrów, wymioty, które następnego dnia stały się kałowymi, wzdęcie brzucha ciągle się zwiększało, guz stopniowo się powiększał i stawał się boleśniejszy, skóra nad nim zaczęła się czerwienić i 20 Lipca nastąpiło przedziurawienie skóry, przez otwór wydobywał się kał i gazy. 21 Lipca chorego przyniesiono do szpitala Ś-go Kazimierza. Po szerokiem przecięciu ropnia i wytamponowaniu rany gazą jodoformową dookoła przedziurawionej kiszki, choremu wstrzyknięto pod skórę 700 grm. fizyologicznego rozczynu soli kuchennej. Stan chorego szybko się poprawiał i 13 Sierpnia przystąpiono do usunięcia odbytu nieprawidłowego zapomocą szwu kiszkowego z otwarciem jamy brzusznej. Na 3 dzień po operacyi zaczęły odchodzić wiatry, a 9-go dnia był pierwszy stolec. Rana zagoiła się przez rychłozrost, wyzdrowienie zupełne. (Autoreferat).

Kol. Raszkes przedstawił chorą, która już była przez niego przedstawiona na posiedzeniu w dn. 7 Maja r. b. z rozpoznaniem: *pseudoleukemia w okresie pologowym* (*gruźlica guzowata gruczołów*).

Wygląd chorej o wiele lepszy, czuje się dobrze, łaknienie dobre. W prawym wierzchołku—stępienie; oddech zaostrzony. Obrzmienie gruczołów takie same; śledziona niepowiększona. Badanie krwi: hemoglobiny—73%; czerwonych ciałek—5.000.000, leukocytów — 4500, przewagi limfocytów nie zauważono. R. dalej trzyma się pierwotnego rozpoznania.

Kol. Raszkes przedstawił: 1) hemoglobinometr Gowers'a i 2) przyrząd do liczenia krążków krwi Thoma-Zeissa.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Towarzystwo Higieniczne Warszawskie nadesłało w darze dla biblioteki roczniki „Zdrowia“, a kol. Wrzosek—odbitkę ze swej pracy: „Uwagi nad powstawaniem chorób zakaźnych“.

III. Wydział Lekarski Rządu Gubernjalnego Radomskiego zwrócił się do Towarzystwa w sprawie opracowania projektu urządzenia w Radomiu komory od-

każającej. Kol. Przewodniczący, zaznaczywszy fakt zwrócenia się Władzy po raz pierwszy do Towarzystwa w sprawach sanitarnych, nadmienił, iż na mocy uchwały komitetu hygienicznego Towarzystwa z dn. 6 Maja r. z. zostały podjęte prace nad sporządzeniem projektu komory odkażającej dla naszego miasta i że obecnie, na skutek powyższej odezwy, sprawa ta, niewątpliwie, nabierze realniejszej podstawy.

Postanowiono: prosić Zarząd o wypracowanie projektu komory odkażającej dla m. Radomia i przedstawienie tegoż projektu na jednem z następnych posiedzeń.

IV. Przyjęto do wiadomości oznajmienie kol. Przewodniczącego, iż w dn. 2 Lipca r. b. Zarząd w imieniu Towarzystwa przesłał Prezesowi kol. J. Majkowskiemu telegram gratulacyjny z powodu 25-letniego jubileuszu jego pracy zdrojowej w Busku, przyczem jednogłośnie postanowiono złożyć kol. Majkowskiemu serdeczne życzenia na najbliższem Ogólnem Zebraniu.

V. Z powodu przypadającego w dn. 13 Września r. b. 50-letniego jubileuszu pracy zawodowej, Członka Towarzystwa, magistra farmacyi p. Aleksandra Rakowskiego, postanowiono w dniu tym wysłać w imieniu Towarzystwa telegram gratulacyjny.

VI. Przyjęto na Członka rzeczywistego Towarzystwa — kol. Kazimierza Rogozińskiego (z Radomia).

VII. Kol. Raszkes odczytał rzecz p. t. *„Uwięźnięcie tyło-zgiętej i tyło-pochylonej macicy w 6ym miesiącu ciąży. Zgorzel błony śluzowej pęcherza moczowego. Przerwanie ciąży metodą Bossi'ego. Wyzdrowienie“*.

Chora F. rodziła normalnie 2 razy, poraz ostatni przed 2 laty. Ostatnia regularność przed 6 miesiącami; od kilku tygodni czuje ruchy dziecka. Przed tygodniem zaczęła miewać bóle w dolnej części brzucha, zjawiło się potem mimowolne moczenie, następnie też wymioty; od tego czasu nie czuje więcej ruchów dziecka. Powietrze około chorej—nadzwyczaj cuchnące z powodu rozkładu moczu bardzo cuchnącego i ciągle mimowolnie się wydzielającego. T. 38°/₀, P. 120. Brzuch bardzo bolesny i wypuklony przez guz formy jajowatej, nieco sprężysty, o niejasnem chełbotaniu, sięgający na 3 palce poprzeczne ponad pępek. Po wypuszczeniu ogromnej ilości nadzwyczaj cuchnącego moczu męskim cewnikiem metalowym guz ten opadł i wyczuwał się tylko na 3—4 palce nad spojeniem łonowem. Wypuszczony mocz jest b. gęsty, zawiera strzępy tkanki zmartwiałej, w końcu mocz miał zupełnie wygląd płynnego kału. Przy badaniu dwuręcznem okazuje się, że tylko ściana pochwy wypuklona jest znacznie przez guz niezupełnie twardy, wypełniający całą miednicę, który jakoby stanowi jednę całość z guzem wyczuwalnym przez ściany brzuszne. Część pochwowa bardzo miękka ledwie daje się wyczuć na 1—2 palce ponad spojeniem łonowem, ciągnie się do góry i wtył i przechodzi w guz, wyczuwalny przez ściany brzuszne. Rozpoznano: uwięźnięcie tyło-zgiętej ciężarnej macicy. Po dwukrotnych próbach udało się wyprostować macicę w położeniu chorej à la vache bez uśpienia. Przy wypuszczaniu moczu tego dnia cewnikiem wyciągnięto z cewki duży kawał zmartwiałej błony śluzowej pęcherza. Po wyprostowaniu macicy stan chorej na razie się poprawił. Moczenie co 3—5 minut; pęcherz bardzo się skurczył i wyczuwa się w postaci twardego, bolesnego guza, wielkości pięści, przed macicą. Dzięki ciągłym przemywaniom pęcherza coraz większemi ilościami płynu, pęcherz się rozciągał i mocz oczyszczał się. Ruchów dziecka, ani jego tętna—niema. Po 12 dniach chora znów zaczęła wysoko gorączkować. Tętno b. przyśpieszone; dreszcze. Postanowiono przerwać ciążę. Lecz parokrotne tamponowanie w ciągu 2 dni szyi macicznej i pochwy gazą jodoformową i kolpeurynterem, gorące irrygacye, rozszerzanie szyi macicznej rozszerzaczami Hauk'a zakładanie do jamy macicznej świeczek elastycznych—nie wywołały bólów porodowych. Rozszerzono tedy szyję maciczną rozszerzadłem Bossi'ego do 1-ej podziałki i wyciągnięto zmacerowany nieco płód 28 ctm. długości. Łożysko wydobyto palcami. Szyja z lewej strony została rozerwana i zmiażdżona, tak iż nie krwawiła wcale. Chora jeszcze przez 9 dni gorączkowała, 32-go zaś dnia po przybyciu do szpitala wypisała się zdrowa. Prelegent zastanawia się szczegółowo nad stosunkami topograficznymi tego przypadku, etyologią, rozpoznaniem, rokowaniem i leczeniem. Na zasadzie obrazu anatomicznego przechodzi do wniosku, iż istniało tu tyło-zgięcie i jednocześnie tyło-pochylenie ciężarnej macicy. Przyczyną „nieczułości“ macicy na bodźce przy próbach przerwania ciąży preleg. widzi w zapaleniu otrzewny, które istniało niewątpliwie w tym przypadku. Co do przerwania ciąży metodą Bossi'ego, to uważa, że może ona znaleźć zastosowanie w przypadkach do-

raźnych, zaś wogóle niema żadnej przewagi przed metreuryzą. (Autoreferat).

Dyskusya. Kol. Idzikowski. Zdaniem kol. R. tyłozgięcie macicy ciężarnej jest bardzo częstym powodem takich ciężkich zmian w pęcherzu moczowym. Kol. Idz. widział w swej praktyce nie mniej jak 15 wypadków w tyłozgięciu uwięzionej macicy ciężarnej; przypominając sobie trudności, z jakiemi przy odprowadzeniu miał wtedy do czynienia, były i takie, które co do czasu ciąży odpowiadały zapewne przytoczonemu przez kol. R.; w żadnym jednak z nich nie było tych zmian pęcherza, a nawet zmętnienia wypuszczonego przez kateter moczu. Z tego kol. I. wnosi, że samo uwięźnięcie w tyłozgięciu macicy nie wystarcza do wywołania takich ciężkich zmian, lecz dopiero, gdy do tego przyłączy się zkądkolwiek zakażenie pęcherza. Przecież i w pęcherzu zaciśniętym przez przerosły gruczoł krokowy, pomimo wielomiesięcznego niedostatecznego opróżniania się pęcherza, mocz b. często pozostaje czystym, a pęcherz— zdrowym, dopóki nieczyste kateteryzowanie lub inną drogą powstałe zakażenie nie zmieni odrazu lub stopniowo stanu pęcherza. Co do sposobu powstawania uwięzionej w tyłozgięciu macicy ciężarnej, kol. I. sądzi, że nie pierwiastkowo tyłozgięta macica staje się ciężarną i w tym stanie uwięźniętą, lecz, przeciwnie, że najczęściej, prawie lub zupełnie prawidłowo ustawiona macica ciężarna pod wpływem nagłego wysiłku i parcia tłoczni brzusznej przechyla się i przegina pod promontorium i w tem położeniu zostaje uwięzioną. Na to wskazuje ta okoliczność, że z tą chorobą ciąży mamy do czynienia prawie wyłącznie tylko u kobiet, których byt wymaga częstych wysiłków ciała, więc u włościanek, przedewszystkiem np. przy dźwignięciu ciężkiego sagana z karmą dla trzody, lub zadaniu worka ze zbożem mężowi na plecy i t. p. a przecież tyłopochylenia i tyłozgięcia macicy wogóle nie częściej zdarzają się u tych kobiet, aniżeli u tych, które się fizycznej pracy nie oddają. (Autoreferat).

Kol. Raszkes zaznacza, iż bynajmniej nie twierdził, że takie znaczne zmiany pęcherza moczowego mogły powstać bez zakażenia czyli bez udziału bakteryi. Uwięźnięcie macicy wywołuje tylko zatrzymanie się moczu; pęcherz rozciąga się coraz więcej, aż nareszcie następuje „Ischuria paradoxa," kiedy kroplami wydziela się z pęcherza mimowolnie nadmiar moczu. W moczu zaś, ciągle pozostającym w pęcherzu, bardzo łatwo zaczynają się rozwijać bakterye, które z zewnątrz przez krótką cewkę kobiecą przedostają się łatwo do wewnątrza pęcherza. Takie znaczne zmiany, jakie widzimy w naszym przypadku, zdarza się rzadko spotkać, ale wskutek tego, że chore jeszcze przed wystąpieniem tych zmian zwracają się o pomoc lekarską. Co zaś się tycze etyologii naszego przypadku, to jeżeli uraz miał tu odgrywać jaką rolę, w takim razie chyba z początku ciąży, kiedy ciało maciczne było jeszcze nieduże, lub przed ciążą; żeby zmiana w położeniu macicy mogła powstać nagle, tydzień przed przybyciem chorej do szpitala, kiedy w macicy znajdował się już 6-cio miesięczny płód, trudno sobie wyobrazić. (Autoreferat)

Kol. Kondratowicz zapytuje, czy nie lepiej odprowadzać macicę ze strony kiszki stolcowej? Kol. Raszkes: pochwa jest szersza i przez nią łatwiej manipulować i ująć ciało maciczne. W niektórych przypadkach, podobnych do opisanych przez Baynham'a lub Halbertsma (prolapsus uteri gravidi retroflexi) może się okazać potrzeba odprowadzenia macicy lub założenia kolpeurynteru i przez odbytnicę.

VIII. Kol. Raszkes przedstawił rozszerzadło maciczne Walcher'a.

Na tem posiedzenie ukończono.

Prezes J. Majkowski
Sekretarz W. Cenniere.

Kaliski Oddział Warsz. Tow. Hygienicznego.

Protokół posiedzenia Zarządu z d. 5 Sierpnia.
Przewodniczył Dr. Drecki.

1. Postanowiono wysłać 6 skrofulicznych dzieci pod opieką pani Samborskiej do Ciechocinka.

2. Pan Młynarski poruszył sprawę rozdawania mleka sterylizowanego dzieciom biednej klasy wyrobniczej.

3. Postanowiono rozesłać do władz szkolnych prośbę, ażeby w końcu wakacyi wyznaczony był dentysta i lekarz, w celu badania od czasu do czasu stanu zdrowotnego wychowańców szkół ludowych.

Sekretarz Ks. Christoph,

Protokół posiedzenia zarządu gł. z d. 29 Sierpnia.
Przewodniczący Dr. Drecki.

1. Podano do wiadomości, że w przyszłą niedzielę powracają dzieci z kolonii letniej w Bartochowie.

2. Panowie Bruśnicki i Hoffman przyjęli na siebie obowiązek napisania stoso-

wnego spawozdania o pierwszej kolonii letniej w Bartochowie.

3. Panna Boretti, jako instruktorka zabaw dziecięcych, powraca z Warszawy do Kalisza.

4. Z powodu wyjazdu D-ra Wernica obowiązki sekretarza pełnić będzie Ks. Christoph.

Protokół posiedzenia zarządu gł. z d. 16 Września.
Przewodniczył Dr. Drecki.

1. Postanowiono, ażeby raz miesięcznie odbywało się ogólne zebranie, składające się z prezesów i sekretarzy poszczególnych sekcyi.

2. Dr. Wernic, b. sekretarz Tow., na mocy § 24 ustawy przedstawiony został na członka honorowego.

3. Na sekretarza obrany został Ks. Christoph, który przyjął te obowiązki z warunkiem, że w kwestyach specyalnie lekarskich będzie zastępował go Dr. Beatus, który wszedł do zarządu.

4. Postanowiono prosić policyę, ażeby zabroniła wozić w dorożkach trumienki ze zmarłemi dziećmi, w celu zapobiegania rozszerzania chorób zakaźnych.

5. Panna Boretti prowadzi zabawy dziecięce na placu Tow. Cyklistów; na niezbędne przedmioty do zabaw wyznaczono 25 rub

6. Otrzymano zawiadomienie, że Towarzystwo Cyklistów zabrania dzieciom bawić się na placu i w sali, przeto Zarząd postanowił wyszukać innego miejsca dla tych zabaw.

7. Senator Daragan ofiarował na zabawy dziecięce 25 rb.

Sekcya biologiczna.

Posiedzenie z d. 30 Września.

Pan Prusinowski mówił: o karmieniu niemowląt mlekiem pasteuryzowanem". W odczycie swoim prelegent zachęcał Towarzystwo do wprowadzenia mleka pasteuryzowanego na targi, jak się to odbywa na szeroką skalę w wielkich środowiskach. Następnie uwzględnił „Kroplę mleka", jaka jest zaprowadzona w Łodzi i byłaby bardzo pożądana u nas. Dr. Drecki wybrał Komisyę, która zajęłaby się tą sprawą i przedstawiłaby swoje wnioski na jednem z następnych posiedzeń.

Sekcya ludowa.

Posiedzenie d. 23 Września,

Postanowiono zająć się ułożeniem krótkiego katechizmu hygienicznego dla ludu.

Pan Bilewicz zajmuje się opracowaniem kasy chorych; w kwestyi tej kasy postanowiono zaciągnąć rady przemysłowców miejscowych, czy można liczyć na poparcie z ich strony.

Sekcya wychowawcza.

Posiedzenie dnia 8 Października.

Postanowiono wydawać kąpiele bezpłatne dzieciom szkół miejskich. Opieka nad dziećmi w czasie kąpieli ma być powierzona nauczycielom i nauczycielkom tych szkół.

Protokół XI posiedzenia Zarządu gł, Kal, Oddziału Warsz, Tow. Hyg. z dnia 21 Października r.b.

Przewodniczył Dr, Drecki.

Obow, Sekr. Dr. Edw. Beatus.

1. Pan Hoffman odczytał sprawozdanie z kolonii letniej w Bartochowie.

2. Odczytano sprawozdanie z pobytu kolonii leczniczej w Ciechocinku.

3. Zarząd Tow. Wioślarskiego prosi o przedstawienie kosztorysu i planu łazienki, wybudowaniem której miało się zająć Tow. Hyg.

4. Prezes przedstawił notatnik przychodorozchodowy dla każdej sekcyi oddzielnie, ażeby w każdej chwili można było zoryentować się o stanie majątkowym Towarzystwa.

5, Proszono P.P. Bruśnickiego i Hoffmana, ażeby raczyli zająć się urządzeniem sprzedaży rabatowej po sklepach i stosownie do życzenia właścicieli sklepów bez udziałów pań.

6. Postanowiono zająć się urządzeniem seryi odczytów. Postanowiono zaprosić D-ra Higiera, ażeby powtórzył w Kaliszu odczyt miany w Warszawie i Łodzi. Prof. Matuszewski obiecał również odczytać pracę swoją: „Przyczynek do klimatologii Kalisza".

7. Postanowiono wydawać Kąpiele parowe dzieciom szkół miejskich pod opieką nauczycieli i nauczycielek, na co otrzymano pozwolenie władzy naukowej.

8. „Kropla mleka' posuwa się naprzód, albowiem Pan Jabłoński, właściciel Wojciechówki pod Kaliszem przedstawił rezultat szczepienia ochronnego przeciwko gruźlicy, dokonanego na 10 krowach przez N. Fedeckiego, lek Weter. Pan Prusinowski przedstawi rezultat badania chemicznego mleka tych krów.

9. Postanowiono wynająć miejsce dla zabaw dziecięcych podczas zimowych miesięcy.

10. W sprawie kąpieli ludowych otrzymano kilkanaście kwestyonaryuszy wypełnionych, z różnych miejscowości naszej gub.