

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. L. WOLBERG. Gorączka powrotna u dzieci. — II. J. STRZEMIŃSKI. Jodol przy owrzodzeniach rogówki. — III. Wł. MATLAKOWSKI. Trzydzieści sześć przypadków przetok moczowych [Ciąg dalszy]. — *Dział sprawozdawczy.* 51. EDUARD LOERI. Zmiany w gardzieli krtani, tchawicy w chorobach wewnętrznych. — Wiadomości bieżące. — Od Wydawcy. — Ogłoszenie. — Ogłoszenia.

I. GORĄCZKA POWROTNA U DZIECI.

Napisał

D-r med. L. Wolberg.

b. lekarz warszawskiego szpitala dla dzieci.

Podczas 4½-letniego pełnienia obowiązków miejscowego lekarza szpitala dla dzieci, fundacyi małżonków BERSOHNÓW i BAUMANNÓW, miałem sposobność spostrzegać i leczyć kilkadziesiąt przypadków gorączki powrotnej, której epidemija poczęła panować w Warszawie w 1879 r., a wygasła w 1883 r.. Nie oszczędzała ona dzieci; najsilniejsze przypadki zdarzały się nam w szpitalu w 1880 r., mniej w dwu następnych latach, a w 1883 roku tylko jeden przypadek. Od owego zaś czasu epidemija ta nie powtórzyła się.

Szanowni Koledzy DUNIN i SZWAJCER w pracach swych już zdawali sprawozdanie w „Medycynie“ [N-r 27—31. 1880] i w „Gazecie Lekarskiej“ [rok 1881] o chorych na gorączkę powrotną, spostrzeganych w szpitalu Dzieciątka Jezus i żydowskim. Chorzy ci byli po większej części dorośli, a kilkoro tylko dzieci, powyżej 10-ciu lat mających. Z tego więc względu materiały przezemnie spostrzegany, a wyłącznie dotyczący dzieci, przedstawia pod wielu względami dużo ciekawego, a opis niniejszy, zestawiony z opisami wymienionych powyżej kolegów, dopełni je i da nam pojęcie o całokształcie epidemii gorączki powrotnej, jaka panowała w Warszawie. W dodatku uwzględnić należy, że materiały każdego z tych szpitali różnią się pomiędzy sobą; w szpitalu Dzieciątka Jezus mamy chorych dorosłych — polaków, w szpitalu żydowskim dorosłych żydów, w szpitalu BERSOHNÓW i BAUMANNÓW — dzieci żydowskie. Skutkiem tego opisy oddzielne DUNINA i SZWAJCERA i mój są jak cegiełki, z których dalsze porównawcze prace będą mogły zbudować całkowity budynek, dodając doń jeszcze materiały innych warszawskich szpitali. Z tego też względu ja sam nie będę w szczegółach porównywał mego materiału z materiałem swych poprzedników,

lecz opiszę to, co sam widziałem, pozostawiając następcy obrobienie całości. Tyle co do gorączki powrotnej. Jako dalszy ciąg niniejszej pracy podam opis tyfusu wysypkowego, a potem brzuszego; opisy te stanowią będą oddzielne całości, lecz połączone będą organicznie z niniejszą pracą, albowiem pomiędzy temi trzema chorobami zachodzi pewien stosunek, a prócz tego wszyscy moi chorzy obserwowani byli w jednym i tym samym szpitalu, z tej samej pochodzili okolicy, do tej samej należeli rasy [żydowskiej] i spostrzegani byli w pewnym określonym przeciągu czasu, a warunki te pozwoliły na zrobienie pewnych szczegółowych spostrzeżeń, które, dorzucone do ogólnych wiadomości, pozwalają nam bliżej poznać istotę sprawy. Przytem, jak wiadomo, nie ma epidemii, która nie miałaby swych właściwości, swych specjalnych objawów, przebiegu, śmiertelności i t. p.. Przyczyny tego nie są nam dotychczas znane, lecz zagadki te będą bez wątpienia rozstrzygnięte w przyszłości, podobnie jak nam udało się objaśnić wiele ciemnych faktów z przeszłości; lecz dla tego celu potrzeba przedewszystkiem materyjału, obserwacji, tak jak potrzeba w pierw zebrać materyjał ze starych dokumentów archiwalnych, aby potem opisać i wyjaśnić jakąś epokę historyczną.

Poniższy opis głównie opiera się na klinicznej obserwacji chorych, popartej w wielu przypadkach badaniami drobnowidzowymi krwi i chemicznymi badaniami moczu. Ponieważ wszystkie dzieci wyzdrowiały, przeto wcale nie wspomnę o anatomo-patologicznych przejawach tych chorób.

Z wyjątkiem kilkunastu spostrzeżeń, które zrobili, i na szpitalnych kartach zanotowali koledzy moi, czasowo mnie zastępujący w szpitalu, koledzy KRAUZE i WERTENSTEIN, resztę materyjału obserwowałem sam; część chorych była pod moją opieką, część zaś pozostawała w leczeniu kolegi J. KRAMSZTYKA, ordynatora szpitala.

I. Gorączka powrotna.

Czterdzieści siedem przypadków tej choroby spostrzegałem w szpitalu w ciągu czterech lat; pierwszy chory przybył 6-go Kwietnia 1880 roku, a po przebyciu trzech charakterystycznych napadów z wyraźnemi pomiędzy nimi przestankami, wyszedł zdrów ze szpitala 7-go Maja 1880 roku. Bez wątpienia już poprzednio zdarzali się nam chorzy, których choroba podobną była do ostrego nieżytu żołądka lub lekkiego tyfusu i jako taka rozpoznana była, podczas gdy w rzeczywistości była to gorączka powrotna. Często bowiem zdarzało i w późniejszych już czasach, że rodzice chorego, po przebyciu przezeń jednego napadu, gwałtem dopominali się wypisania go ze szpitala, lub też, że chorzy na *recurrens* rzeczywiście jeden tylko napad przechodzili; otóż takie przypadki w początkach epidemii bezwątpliwie fałszywie były rozpoznawane.

W 1880 r. mieliśmy 28 przypadków, w 1881 tylko sześć, w 1882 ilość wzrosła cokolwiek, bo do dwunastu, a w 1883 epidemija zupełnie już wygasła, a jeden jedyny przypadek, jak maruder za ustępującą armiją, przytrafił się w Kwietniu 1883 roku. Podług miesięcy, ilość chorych grupuje się w następujący sposób, wykazany w poniższej tabliczce. Dodać winienem, że tabelkę tę ułożyłem nie według daty zachorowania, lecz wedle dnia wstąpienia chorego do szpitala.

Rok.	Sty- czeń.	Luty.	Ma- rzec.	Kwie- cień.	Maj.	Czer- wiec.	Lipiec.	Sier- pień.	Wrze- sień.	Pa- ździe- nik.	Listo- pad.	Gru- dzień
1880	—	—	—	4	4	5	4	5	5	1	—	—
1881	—	1	—	1	—	2	1	1	—	—	—	—
1882	—	1	2	2	—	6	—	1	—	—	—	—
1883	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—

Główna ilość chorych przypada zatem na miesiące wiosenne i letnie: Kwiecień, Maj, Czerwiec, Lipiec, Sierpień i Wrzesień. W miesiącach zimowych: Listopadzie, Grudniu i Styczniu ani jednego chorego nie było w szpitalu, w Lutym i Marcu tylko dwóch, a w Październiku jeden zaledwie. Najobfitszemi zaś były miesiące Czerwiec [13 przypadków], Kwiecień [8 przypadków] i Sierpień [7 przypadków]. To samo spostrzegał kolega SZWAJCER w żydowskim szpitalu, co do swoich chorych, mylnie jednak na zasadzie ustnych informacji podaje ¹⁾, że w dzieciennym szpitalu epidemija podczas letnich miesięcy przyćmiała; podany przezemnie wykaz najlepiej rzecz tę prostuje.

Największa ilość naszych małych chorych pochodziła z najbliższej okolicy szpitala; byli to mieszkańcy ulicy Śliskiej, na której szpital jest wzniesionym, ulicy Pańskiej, Twardej, Wielkiej, Zielnej; dużo też chorych dostarczyły ulice: Krochmalna i Grzybowska, *par excellence* żydowską ludnością, jak dawne Ghetta, napełnione. Ulice: Łucka, Wronia, Ciepła i Żelazna, też przysyłały swych reprezentantów, a 13 chorych pochodziło z dalszych stron, z za Żelaznej Bramy, z Dzikiej, Nalewek, Wałowej, Maryjensztadu, Solca, Marszałkowskiej i z Alei Jerolimskich. Zestawiłem wprawdzie cały mój materyjał wedle ulic, chcąc się przekonać, czy epidemija silniej panowała w pewnych miejscowościach, aniżeli w innych. Wobec jednak szczupłej [względnie] ogólnej ilości chorych, badania me nie na wiele się przydały, opuszczam zatem ten wykaz i przechodzę do płci chorych. 24-ech chłopców, 22-ie dziewcząt, a zatem prawie na równe części, dzieli się cała ilość. Płeć nie okazuje żadnego wpływu na częstsze lub cięższe zachorowanie; widzimy to nietylko z cyfr, podanych w sprawozdaniach innych autorów i w niniejszem, lecz także z tego, że w wielu rodzinach jednocześnie zachorowało dwoje dzieci, różnej płci: tak np..

I. W rodzinie Hartglasów, przy ulicy Żelaznej, pod N-rem 13 mieszkających, w dniu 6 Sierpnia 1880 zachorowała 8-letnia F a j g a. Skarżyła się na ból głowy, brzucha, kończyn dolnych i ogólne osłabienie. Matka tej dziewczynki zachorowała na kilka dni przed córką i przechodziła wtedy *febr. recurrens*. Z tą samą chorobą mała chora przybyła do szpitala 11 Sierpnia, t. j. w 5-tym dniu pierwszego napadu, z ciepłotą wieczorną 40,2° C., tętnem 140 na minutę, z śledzioną powiększoną do VII żebra w linii pachowej i ze spirochetami we krwi. W nocy chora mocno się poci, a nazajutrz ciepłota wynosi zaledwie 37,2° C.; objawy podmiotowe ustąpiły. Pierwszy napad trwał 6 dni, przez

¹⁾ Gaz. Lek. 1881. Odbitka, str. 2.

7 dni chora miała się zupełnie dobrze, a potem przeszła drugi napad, który trwał cztery dni. W pierwszych dniach drugiego napadu ciepłota była niska, wahała się pomiędzy $38,0^{\circ}$ — $38,4^{\circ}$ — $39,0^{\circ}$ C., lecz na trzeci dzień napadu podniosła się do $40,6^{\circ}$ C., a na czwarty dzień do $40,8^{\circ}$ C. wieczorem, potem nastąpiły obfite poty w nocy i spadek ciepłoty do $36,5^{\circ}$ C.. Po drugim napadzie chora pozostała przez 9 dni w szpitalu; trzeciego napadu już nie przechodziła.

II. Brat poprzedniej chorej: 7-letni *M o s z e k H a r t g l a s* zachorował o jeden dzień później od niej, a tegoż samego dnia co ona [11. VIII. 1880 r.] przyjęty został do szpitala. Przebieg jego choroby zupełnie podobny do poprzedniego. Pierwszy napad trwał 7 dni, przestanek też 7 dni, a drugi napad trwał 5 dni, poczem chory uzdrowiony został wypisanym.

Ten sam fakt, że płeć nie wywiera wpływu ani na zachorowanie ani na przebieg gorączki powrotnej, spotykamy jeszcze w następującym przypadku:

III. *Z a l l e r I d e s*, dziewczynka 7-letnia, przybyła do szpitala 26. VI. 1881 r., chora na gorączkę powrotną. Pierwszy napad prawie całkowicie przeszedł w domu, aż dopiero 8-go dnia choroby przybyła chora z ciepłotą $39,6^{\circ}$ C., która nazajutrz rano spadła do $37,5^{\circ}$ C., a wieczorem wynosiła $38,0^{\circ}$ C.. Dziewiątego dnia choroby ciepłota wynosiła wieczorna $37,0^{\circ}$ C., ranna $38,0^{\circ}$ C., napad skończył się *per lysin*, a ogółem trwał 10 dni. Pierwszy przestanek trwał $5\frac{1}{2}$ dni; drugi napad z podwyższeniami ciepłoty, dochodzącymi wieczorami do $40,4^{\circ}$, trwał 3 doby i odrazu zakończył się silnymi potami i spadkiem ciepłoty [d. 7. VI. ciepłota wieczorna $40,2^{\circ}$ C., ranna $37,5^{\circ}$ C.]. Drugi przestanek trwał siedm dni, potem lekki trzeci napad, trwający dwa dni i kończący się potami. Ciepłota w trzecim napadzie 15. VII. wieczorna $38,0^{\circ}$ C., ranna $39,0^{\circ}$ C.; 16. VII. wieczorna $37,0^{\circ}$ C., ranna $38,0^{\circ}$ C..

IV. *Z e l l e r H o r o c h*, chłopiec 8-letni, brat poprzedniej chorej, przybył do szpitala 29. VI. już w 12-ym dniu choroby. Pierwszy siedmiodniowy napad odbył się w domu, gdzie jednocześnie całe rodzeństwo, złożone z matki, ojca i czworga dzieci na gorączkę powrotną chorowało [mieszkali na Nalewkach N r 2258]. Pierwszy przestanek trwał, podobnie jak u siostry, 5 dni; drugi napad 4 dni, czyli o jeden dzień dłużej. Drugi przestanek trwał $7\frac{1}{2}$ dni [u siostry siedm dni], a trzeci napad trwał $2\frac{1}{2}$ dni, lecz był trochę cięższym u brata niż u siostry, gdyż ciepłota wynosiła dnia 9. VII. $39,0^{\circ}$ C., $40,0^{\circ}$ C., 10. VII. $39,5^{\circ}$ C., $39,8^{\circ}$ C., a potem silne poty w nocy i 11. VII. ciepłota $37,5^{\circ}$ C..

Jeżeli płeć, jak z powyższego widać, żadnego wpływu na przebieg gorączki powrotnej nie wywiera, to nie możemy tego powiedzieć o wieku dzieci Ze względu na ustawę szpitalną, która zabrania przyjmować dzieci mające mniej jak trzy, lub więcej jak 12 lat, materyjał nasz obejmuje tylko chorych odnoszących się do tego wieku, lecz i w tym zakresie spostrzegano pewne właściwości. I tak:

Dzieci	3 - letnich	mieliśmy	2
"	4	"	1
"	5	"	3
"	6	"	4
"	7	"	4
"	8	"	9
"	9	"	6
"	10	"	5
"	11	"	3



Dzieci 12 - letnich mieliśmy	9
" 13 " " "	1
Razem	47

A zatem starsze dzieci [od sześciu lat] częściej zapadały, aniżeli młode dzieci, 3, 4 i 5-letnie. Wiek dzieci nie wpływał wcale na przebieg choroby, albowiem u małych dzieci spostrzegaliśmy nieraz takie same charakterystyczne napady, jak u starszych, a co do ilości napadów też nie zauważyliśmy różnicy.

Zwykle chorzy przybywali do szpitala w kilka dni po zachorowaniu, a zatem mogliśmy najczęściej obserwować ostatnie dni pierwszego napadu i dalszy przebieg choroby. Z drugiej strony nie udało się nam spostrzegać choroby od samego początku, albowiem fakt zarażenia się jednego dziecka od drugiego [w szpitalu] nie zdarzył się nam. Z bardzo dokładnych opisów rodziców, jakoteż starszych dzieci wnioskujemy, że choroba najczęściej nagle, niespodzianie rozpoczyna się. Nie może być mowy o wyraźnych z w i a s t u n a c h, gdyż na jeden dzień przed znacznem podwyższeniem się ciepłoty, dzieci czuły się jeszcze zupełnie zdrowymi, nie skarżyły się na żadne dolegliwości, ani na brak łaknienia i t. p.. Przypuścić więc możemy, że zarazek rozwija się skrycie w ustroju dziecka. Jak długo trwa owo rozwijanie się, tego nie mogę określić dla braku danych w materyjale. Niekiedy jednak dzieci opowiadały, że już na kilka dni przed pierwszym dreszczem nie miały łaknienia i że im lekki ból głowy dokuczał. Patrz Nr. 5 Helfgot Asna.

Pierwszy napad występuje zupełnie tak samo nagle, jak drugi, lub trzeci. We wszystkich przypadkach choroba rozpoczyna się od bardzo silnego dreszczu, po którym następowała gorączka bez potów. Silny ból głowy, ból brzucha i bolesność w mięśniach, szczególnie dolnych kończyn, to stali towarzysze napadu. Rzeczywiście we wszystkich przypadkach chorzy skarżyli się na te dolegliwości, często jednak oprócz tego, zaraz w początku choroby zjawiały się objawy gastryczne, a mianowicie w y m i o t y; zjawiały się one najczęściej w początku pierwszego napadu i nie powtarzały się więcej; niekiedy zaś oszczędzały chorego w pierwszym napadzie, a rozpoczynały napad wtóry, albo też przed każdym napadem wznawiały się. Tak np.

V. Helfgot Asna, 8-letnia dziewczynka, przybyła do szpitala 1. VI. 1880 roku, skarżąc się, że przed 5 dniami odrazu dostała silnych w y m i o t ó w i dreszczów, bólów głowy i brzucha. Już na kilka dni przed tym dreszczem nie miała łaknienia i głowa jej dokuczała. Ojciec i brat jej też chorowali w owym czasie na gorączkę powrotną. Już podczas pierwszego napadu znaleziono spirochetę w krwi. Pierwszy napad trwał przez sześć dni i silnie zakończył się potami. Przez 8 dni trwał przestanek, podczas którego dziewczynka podmiotowo zupełnie dobrze się czuła, termometr wykazywał prawidłową ciepłotę, śledziona powiększona w pierwszym napadzie obecnie zmniejszyła się. Wieczorem ósmego dnia nagle ciepłota podnosi się do 39,8° C., [poprzednio była 37,3°—36,5° C. i t. p.]. drugi napad rozpoczyna się, ale już bez dreszczy, bez w y m i o t ó w i prawie bez bólu głowy — lecz w krwi znowu obfita ilość spirochetów. Drugi napad kończy się po 5 dniach obfitymi potami, a trzeciego dnia napadu było obfite z nosa krwawienie. Po 6-dniowym przestanku trzeci napad, bez dre-

szczy i wymiotów, lecz z ciepłotą 40,5° C., powiększeniem śledziouy i ze spirochetami we krwi, trwa tylko 1½ dnia.

W tym przypadku, jakoteż w wielu innych, wymioty były tylko w początku pierwszego napadu, w innym zaś przypadku pojawiły się dopiero podczas 2-go napadu.

Obłożony język, zaparcie stolca, wzdęcie, a nadewszystko bardzo silna bolesność brzucha w rozmaitych okolicach, zdarzają się w każdym przypadku. Te to objawy, wspólnie z gorączką i bólem głowy, stanowią podobieństwo gorączki powrotnej do tyfusów, skutkiem czego i tę chorobę tyfusem powrotnym nazywano, dopóki nie przekonano się, że stanowi zupełnie odmienny rodzaj. Wyłuszczone gastryczne objawy trwają zwykle tylko podczas samego napadu, ustępują w przestankach i powracają z nowym napadem; zdarza się jednak, że i podczas przestanków trwają. Szczególniej nieczysty, podsycający język nie zmienia się w przestanku, podczas gdy bolesność brzucha zwykle ustępuje na 3—4 dzień przestanku.

Nie zawsze bolesność brzucha jest najsilniejszą w podżebrzach, co zależy od powiększenia się wątroby i śledziouy; przeciwnie, daleko częściej skarżą się chorzy na silny ból brzucha w okolicy pępkowej, a jeszcze częściej w okolicy ślepej kiszki, miejscu odznaczającym się charakterystyczną bolesnością w tyfusie brzuszny. Jaka przyczyna bolesności? Trudno to określić, gdyż zupełnie nam brak anatomicznych danych. Żaden z naszych chorych nie umarł, nie było więc sekcyi. Przypuścić jednak możemy, że przekrwienie błony śluzowej kiszek, gruczolów kręzkowych i zaparcie stolca, a skutkiem tego wzdęcie kiszek gazami, są przyczyną bolesności.

Prawie wszyscy chorzy skarżyli się na bóle mięśniowe. Pojawiały się one zaraz w początkach pierwszego napadu, dosyć prędko znikwały w przestankach, lecz powracały z każdym następnym napadem. Najczęściej obie łydki były bolesne, często też mięśnie ksobne obu ud; rzadziej skarżyli się chorzy na bóle mięśniowe w górnych kończynach, w szyi, w grzbiecie.

Prócz skarg na bóle mięśniowe, skarżyła się także jedna chora na ból w stawie barkowym prawym, skutkiem którego przez dwa dni trudno jej było poruszać ramieniem. I ten ból nagle ustąpił wraz ze spadkiem ciepłoty, skutkiem czego możemy go uważać za objaw choroby w danym przypadku. Inny chory skarżył się na bóle w stawie napięstkowym i we wszystkich stawach palców prawej ręki.

Dosyć często spotykamy *herpes labialis*, jako objaw gorączki powrotnej. Notowaliśmy go kilkanaście razy; zjawiał się on najczęściej zaraz przy pierwszym napadzie, zasychał podczas przestanku, a wraz z drugim napadem znowu występował. Niekiedy dopiero przy drugim napadzie powstawał. Jest to objaw naczynioruchowy, bezwzględnie, lecz niewiadomo, od czego zależy. Wysoki stopień ciepłoty nie jest główną przyczyną, albowiem w wielu przypadkach przebiegających z ciepłotą dochodzącą 40,0° C, i wyżej, nie widzieliśmy wyprysku, podczas gdy przy niższej ciepłocie [39,0° C.] spotykaliśmy go niejednokrotnie. We wszystkich prawie przypadkach wyprysk pojawiał się zaraz w początku napadu [pierwszego lub drugiego].

VI. **H o s b e r t A b r a m**, 12-letni, przybył do szpitala 5-go dnia choroby. Ciepłota wieczorem $40,6^{\circ}$ C., rano $39,8^{\circ}$ C.. *Herpes labialis*. Pierwszy napad trwa 8 dni, kończy się wieczorem obfitemi potami i krwawieniem z nosa w nocy. Po 6 dniach przestanku drugi napad; ciepłota wieczorem $40,7^{\circ}$ C., a nazajutrz wieczorem $40,0^{\circ}$ C., rano $40,4^{\circ}$ C.. Na górnej wardze znowu *herpes labialis*. Drugi napad trwa 3 dni, potem 7-dniowy przestanek i trzeci napad z ciepłotą dochodzącą wieczorem do $40,2^{\circ}$ C.. Podczas trzeciego napadu wyprysku nie było.

VII. **F r y g l a r s k i B o r u c h**, 7-letni, przybył do szpitala 4-go dnia choroby. Ciepłota wieczorna 40° C., wyprysku nie było podczas pierwszego napadu, który trwał przez 5 dni, po 7-odniowym przestanku dostał chory w nocy silnych dreszczy, bólu głowy i kończyn, ciepłota wynosiła $40,0^{\circ}$ C., na wargach *herpes labialis*. W trzecim napadzie, który nastąpił po 4-dniowym przestanku, nie było wyprysku.

VIII. **G o l d s z e j d e r G i t l a**, 6-letnia, podczas pierwszego przez siedem dni trwającego napadu nie ma wyprysku, pomimo wysokiej ciepłoty. Zjawia się on dopiero w pierwszym dniu drugiego napadu, przy ciepłocie $39,8^{\circ}$ C.. Przy trzecim [lekkim, bo jeden dzień tylko trwającym] napadzie z wieczorną ciepłotą $39,6^{\circ}$ C. nie było wyprysku. [C. d. n.]

II. JODOL PRZY OWRZODZENIACH ROGÓWKI.

Podał

D-r J. Strzeński.

Wrzody rogówki, jak wiadomo, należą do najniebezpieczniejszych cierpień oka, są częstą przyczyną utraty wzroku i zaniku oka, a w szczęśliwszych przypadkach w mniejszym lub większym stopniu upośledzają wzrok i długim przebiegiem choroby wystawiają na ciężką próbę cierpliwość chorego i lekarza. Jakkolwiek skutkiem różnych cierpień powstałe [zapalenie ropne rogówki, śluzotok łącznicy, zapalenie pryszczkowe, jaglica, uszkodzenia mechaniczne i t. d.], wrzody rogówki to mają między sobą wspólnego, że od czasu do czasu przybierają charakter złośliwy, powodując szybkie zniszczenie i przedziurawienie rogówki. Złośliwością tą odznaczają się głównie wrzody przebiegające bez objawów zapalnych [atoniczne], a z pomiędzy nich tak zwany przez SAEMISCH'a wrzód pełzający (*ulcus corneae serpens*), który zjawia się bez widocznej czasem przyczyny, łącznie z zapaleniem tęczęwki i ropą w przedniej komórce (*hypopyon*). Owrzodzenia zapalne uważane są zwykle za pomyślniejsze; jednak wrzody pochodzenia traumatycznego, a zwłaszcza tak często zdarzające się latem wśród ludu wiejskiego zranienie rogówki kłosem, mimo silnych objawów zapalnych, często przebiegają nader złośliwie, nawet w tym przypadku, gdy ciało obce nie pozostało w ranie.

Opierając się na spostrzeżeniach i pracach SAEMISCH'a, LEBER'a, SCHMIDT-RIMPLER'a, STROMEYER'a HIRSCHBERG'a i innych, od dość dawna już widziano przyczynę tej złośliwości niektórych wrzodów rogówki w obecności drobnoustrojowych grzybków. Uważano też, że złośliwej formie owrzodzeń towarzyszy często zapalenie nieżytowe i ropne worka łzowego i niebawem przekonano się

o istnieniu w wydzielinie tegoż mikrokoków, które, przenosząc się na część rogówki pozbawioną wskutek jakiegobądź przyczyny nabłonka, dają początek złośliwemu wrzodowi. Wiadomo zkadınąd o niepomyślnym przebiegu ran operacyjnych rogówki przy nieżycie lub zapaleniu worka łzowego. Wszelkie też cierpienie przyrzędu łzowego, tamujące swobodny odpływ łez, uważanem jest przez wielu za sprzyjające rozwinięciu się gnilnych zarazków i co za tem idzie, wrzodu pełzającego.

Istnienie pasorzytów, jako przyczyny złośliwych wrzodów rogówki, w ostatnich czasach doświadczeniami swemi najzupełniej przekonywająco stwierdził WIDMARK w Sztokholmie ¹⁾. We wszystkich zbadanych przez siebie 37 przypadkach nieżyty worka łzowego i 2 wrzodu pełzającego, znalazł on swoiste mikrokokki, których hodowlę przeprowadził i szczepił na rogówce królika. Szczepień tych było 20 i we wszystkich otrzymano mniej więcej silne zapalenie, które prawie zawsze przyjęło formę wrzodu z *hypopyon*.

W 10 przypadkach, w których w tenże sposób szczepiono sterylizowaną żelatynę, wynik otrzymany był najzupełniej ujemny. Z wrzodu, wywołanego przez zaszczepienie, otrzymane mikrokokki były znów hodowane i następnie szczepione na 6 rogówkach królików, co wywołało zapalenie z takimże jak i poprzednio charakterem.

Hodowle wstrzyknięte pod skórę 5 królikom wywołały ropnie, których mikroby, znów poddane hodowli i szczepione na 5 rogówkach, spowodowały również wrzód z *hypopyon*.

Wielkiej wagi te doświadczenia wyjaśniły najzupełniej charakter wrzodów pełzających i zmusiły do obmyślenia przeciw nim odpowiednich środków przeciwnilnych. Używano w tym celu wody chlorowej, roztworu kwasu bornego, słabych roztworów sublimatu i kwasu karbolowego, jodoformu, przypalano wrzody żegadłami PAQUELIN'a lub galwanokauterem. Ostatnie rzeczywiście oddaje często niepospolite usługi, lecz inne wymienione środki albo zbyt drażnią oko, albo też użyte w słabym roztworze pozostają bez skutku. Od kilku miesięcy jako środek przeciwnilny przy wrzodach rogówki wprowadziliśmy w wileńskim szpitalu oftalmicznym jodol ²⁾ i chcemy obecnie wykazać, jakie przy jego pomocy otrzymaliśmy wyniki. Najdogodniej naszym zdaniem jodol może być użyty w kształcie 12½% maści z waselineą [1:8], raz na dzień do oka wprowadzonej. W proszku bowiem jodol sprowadza zbyt silne podrażnienie i tylko w niektórych stanach przewlekłych mógłby być użytym. Toż samo da się powiedzieć o roztworze wyskoko-

¹⁾ *Nordiskt med. Arkiv*, XVI, nr. 25. Sprawozdanie znajduje się w *Revue générale d'Ophthalmologie*, t. IV, nr. 2. Février. 1885.

²⁾ Jodol jest połączeniem jodu z pyrolem [tetrajodopyrrol C₄J₄NH] i zawiera w sobie 88,97% jodu, który wydziela się przy 100°. Przedstawia się w kształcie proszku brunatnego, ze słabym zapachem tymolu, w wodzie mało się rozpuszcza [1 część na 5,000], więcej w wodzie gorącej [1 na 7], oliwie [tyleż prawie], roztworach alkalicznych, wysokoju [1 na 3], eterze [1 na 2] i chloroformie. Z roztworu wyskokowego osadza go woda, z roztworów alkalicznych kwasy. Używa się go w kształcie proszku, w roztworze wyskokowym [1 na 16] z gliceryną i z waselineą.

wym, jakkolwiek zdaniem TROUSSEAU, dodatek gliceryny pozwala go używać przy chorobach rogówki bez złych następstw. Maść jodolowa nie drażni oka i z tego powodu, jako też z powodu braku nieprzyjemnego zapachu, ma stanowczą wyższość nad jodoformem. Sądząc z 20 przeszło spostrzeżeń, mogę wnioskować, że użyta wcześniej przy owrzodzeniu rogówki, czy to zapalnym, czy atonicznym, skraca znakomicie jego przebieg i pomyślnie wpływa na zejście. Nie pomaga wprawdzie przy obszernym wrzodzie pełzającym i przy obfitym *hypopyon*, tu bowiem jest w stanie pomódz tylko przekłucie lub operacja SAEMISCH'a, po dokonaniu których jodol znów wielkie oddaje usługi. Wrzody pochodzenia traumatycznego, nawet przy współczesnem cierpieniu przyrzędu łzowego, jeżeli nie spowodowały wielkiego zniszczenia rogówki, przebiegają także znacznie pomyślniej przy zastosowaniu jodolu. Z naszych spostrzeżeń możemy wnioskować, że kilkodniowe użycie jodolu przy wrzodach atonicznych zastępuje przypalenie żegadłem PAQUELIN'a, przy zapalnych zaś przynosi lepsze od tego ostatniego skutki.

Podajemy tu kilka w tym względzie spostrzeżeń, wziętych na chybił trafił. Wszystkie te spostrzeżenia robiliśmy w Wileńskim szpitalu oftalmicznym i istniejącem przy nim ambulatoryjum, przy łaskawem współdziałaniu naczelnego lekarza D-ra CYWIŃSKIEGO

1) Agnieszka Sawicka, włościanka lat 35, przybyła do szpitala d. 25. VI. r. b. ze zwężeniem obustronnem kanałów łzowych, zapaleniem ropnem prawego worka łzowego i głębokiem owrzodzeniem na dolnej części prawej rogówki, zajmującym powierzchnię około 4 kwadratowych milimetrów. Obok tego niewielkie *hypopyon*, słabe nastrzyknięcie naczyń na około rogówki, światłowstręt i umiarkowane bóle rzęskowe. Zastosowano maść jodolową i ezerynę po kolei z atropiną. W dwa dni potem [dnia 27] *hypopyon* znikł i wrzód zaczął się goić. Tegoż dnia [27. VI.] rozszczepiono kanaliki łzowe i przedsięwzięte sondowanie. Wrzód szybko się goił i 7. VII. pozostawało na jego miejscu zmętnienie rogówki.

2) A. Z., 4-letnia, córka jednego z urzędników kolei żelaznej, przybyła do ambulatoryjum 17. VII. z owrzodzeniem na dolnej części lewej rogówki, mającym około 2 milimetrów długości i około 1 milimetra szerokości; bóle rzęskowe i światłowstręt. Ezeryna i opaska naciskająca stosowane przez kilka dni pozostały bez skutku. 21. VII. dodano do tych środków maść jodolową; już następnego dnia wrzód lepiej się przedstawiał, d. 23 bóle znikły, wrzód znacznie był mniejszy, 1. VIII. był już zagojony.

3) Josiel Sznukler, lat 73, zgłosił się do ambulatoryjum 18. VI. z *ulcus serpens* na górno-zewnętrznej części rogówki i zmętnieniem zawartości przedniej komórki i koloru tęczówki. Leczony był poprzednio ciepłymi okładami, atropiną, ezeryną i naciskającą opaską, jednak bez skutku. Od 18. VI. zaczęliśmy stosować atropinę i maść jodolową. Wrzód przestał rozszerzać się, d. 21. VI. zawartość przedniej komórki odzyskała przezroczystość, a wrzód znacznie się zmniejszył, 1. VII. był zagojony.

4) Abel Janowski, lat 40, przybył dnia 2 Lipca z głębokim wrzodem na dolnej części rogówki, mającym około 4 mm długości i 3 mm szerokości. Silne nastrzyknięcie naczyń około rogówki, światłowstręt, gwałtowne bóle rzęskowe, niewielki *hypopyon*. Zastosowaliśmy jodol i ezerynę. Następnego dnia chory czuł znaczną ulgę, a *hypopyon* zmniejszył się. W kilka dni potem *hypopyon* znikł 15. VII. wrzód się zagoił.

W przypadkach powyższych i innych obok maści jodolowej stosowaliśmy ezerinę lub atropinę i często opaskę naciskającą, które to środki przyczyniły się niewątpliwie do uleczenia choroby. Gdy jednak stosowane poprzednio same, nie sprawiały widocznego polepszenia, główną zasługę uleczenia należy przypisać jodolowi.

O ile jodol pomocnym jest przy innych cierpieniach oka, spostrzeżenia nasze, jak dotąd, nie pozwalają nam nic stanowczego powiedzieć. Według zdania TROUSSEAU ¹⁾ działa on szczególnie pomysłnie przy owrzodzeniach brzegu powiekowego (*blepharitis ulcerosa*), przy pryszczycowym zapaleniu rogówki i łącznicy (*keratitis et conjunctivitis phlyctenulosa*), a w roztworze wyskokowym przy jaglicy.

Co do mnie, o ile z kilku niepełnych spostrzeżeń mógłbym wnioskować, przypuszczałbym, że pomysłnie działa także przy mięszszowem zapaleniu rogówki (*keratitis parenchymatosa*).

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO KOBIECEGO W SZPITALU DZ. JEZUS.

III. TRZYDZIEŚCI SZEŚĆ PRZYPADKÓW PRZETOK MOCZOWYCH.

Podał

Władysław Matlakowski,
ordynator tegoż oddziału.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 41].

Spostrzeżenie XX. *Fistula vesico utero-vaginalis; atresia urethrae; consutio; sanatio.*

Janas'owa Józefa, 39-letnia, włościanka z powiatu Konińskiego, wstąpiła d. 3. IX. 1885.

Ana m n e z a. J. 6 razy rodziła; ostatni poród przed 5-u laty, był bardzo trudny, poprzednie wszystkie były łatwe i szczęśliwie się ukończyły.

St a n o g ó l n y. Chora średniego wzrostu, niezłej budowy; bardzo blada i wynędzniała.

Budowa miednicy prawidłowa.

Dostęp do wnętrza pochwy trudny; srom cały skurczony i wciągnięty wewnątrz; wszystkie jego części, jako to: wargi większe, a jeszcze w wyższym stopniu mniejsze, zbliżone do siebie i stulone tak mocno, że chora leżąc w łóżku, może utrzymać mocz przez dość znaczny czas; w ten sposób wyuczyła się oddawać mocz w pewnych odstępach.

W e j ś c i e d o p o c h w y ciasne; pochwa bardzo obszerna; przy ustawieniu chorej *à la vache* i utrzymywaniu tylnej ściany pochwy za pomocą wziernika Sims'a ku górze, sklepienie tylne znacznie opada poza krawędzią wziernika.

C z ę ś ć p o c h w o w a nie wystaje wcale do jamy pochwy, jak to bywa prawidłowo; obecność jej rozpoznaje się po gwiazdowato trójdzielnej bródzcie i po odpowiedniej twardości.

W przedniej ścianie pochwy znajduje się przetoka, a raczej ogromny brak przegrody pochwo-pęcherzowej; brzegi jej tworzą łuk gotycki, wierzchołek którego leży tuż przy samej części pochwowej, a oba ramiona twarde, naprężone, bliznowate, bladobiałe udają się nie w płaszczyźnie przedniej ściany pochwy, lecz ku przodowi do górnego brzegu spojenia łonowego i tu niepodatnie przyrosłe do kości łonowych, zlewając się z blizną od zarośnięcia otworu pęcherzowego cewki.

Cewka moczowa w okolicy otworu pęcherzowego zupełnie zarosła, tak że nie przechodzi nawet najcieńszy zgłębnik. Jama pęcherzowa bardzo zmniejszona.

Przygotowania. Wyniszczona chora w kilka dni po przybyciu do szpitala dostała dreszczów i gorączki; przy zbadaniu okazało się, że na błonie śluzowej pochwy oraz pęcherza jest kilka wysepek dyfterytrycznych. Przy przestrzykiwaniu roztworem $\frac{1}{2}\%$ sublimatu, wysepki te się oddzieliły, a wkrótce i owrzodzenia po nich się pozagajały. Wtedy przebiłem trójgrańcem otwór z cewki do pęcherza, a przez wprowadzanie cewnika metalowego należytego kalibru starałem się utrzymać go.

Operacja. 10. X. 1885 przystąpiłem do operacji; okrwawienie okazało się bardzo trudnym z powodu, że części mające być okrwawionemi znajdowały się głęboko poza spojeniem łonowym i do niego były niepodatnie przyrosłe, a nie dały się przyciągnąć do wchodu pochwy ani haczykiem Sims'a, ani tępym hakiem, ani zepchnąć cewnikiem. Okrwawiałem szeroko, raz dlatego aby zaadaptować szerokie powierzchnie obranione, powtórnie dlatego, żeby nieco odstąpić od brzegów przetoki, a przez to zbliżenie ich do siebie ułatwić. Krwawienie było bardzo żywe, w dwu punktach tryskała krew z tętniczek; po podwiązaniu ich nałożyłem 9 szwów jedwabnych igłami długimi oprawionymi w drewniany trzonek, jakich używają do podwiązania krwawnic.

W ten sposób przyszyłem górny brzeg przetoki, a w nim okrwawioną część pochwową do dolnego.

Po zdjęciu szwów 8 dnia, przekonałem się, że już to z powodu grubości użytych igieł, nieodpowiedniej do grubości zeszywanych błon, już też może z powodu zbyt silnego ściśnięcia przy wiązaniu nitki, pozostały 3 otwory; jeden pośredkowy, największy jajowaty, tuż przy samej części pochwowej; drugi na lewo od poprzedniego, podłużny, owalny, wązki; trzeci dalej na lewo od drugiego maluchny, okrągły; mostki dzielące te otwory od siebie utworzone z cieniutkiej, bardzo wyciągniętej błonki. Prawa połowa przetoki zarosła dobrze. Macica ma dążność do opadania w głąb miednicy i do rozciągania owych mostków [w położeniu *à la vache*].

2-e posiedzenie. Kiedy się ranki w pochwie zagoiły, przystąpiłem 31. XI. 1885 do powtórnej operacji; okrwawienie przetok, zwłaszcza lewej w kącie się znajdującej, bardzo trudne; mostki rozgradzające otwory zostały wycięte; okrwawienie ułatwiłem sobie przeprowadziwszy przez górny i dolny brzeg największego otworu nitkę jedwabną, która służyła do zbliżenia pola operacyjnego do wchodu pochwy, a następnie posłużyła jako szew; nadto nałożyłem 7 szwów *z fils de Florence*.

Po operacji zostawiłem w cewce cewnik srebrny, a to aby zapewnić swobodny odpływ moczu, zdawało mi się bowiem, że cewnik NELATON'a mógł uleść ściśnięciu w miejscu byłego zarośnięcia, na wysokości otworu pęcherzowego cewki.

Po zdjęciu szwów 7 dnia, przetoka okazała się zagojoną i J. opuściła oddział 14. XII. 1885 będąc zdrową.

Spostrzeżenie XXI. *Duo fistulae vesico-vaginales; pelvi-cellulitis purulenta; extremitatis inferioris sinistrae; consuetio; sanatio.*

Głowacka Tekla, 40-letnia, żona robotnika z Żyrardowa; przysłana przez D-ra JAWURKA do oddziału 18. IX. 1885.

A n a m n e z a. Zameźna od 22 lat; porodów odbyła 6 prawidłowo; przed 9-u tygodniami podczas 7-ego porodu, przy donoszonym dziecku, pęcherz pękł, lecz w ciągu 4 dni poród się nie ukończył. Wezwany Dr. JAWUREK, znalazłszy *hydrocephalus* wysokiego stopnia, przeciął czaszkę i poród ukończył. Od tej pory datuje przetoka, jakoteż stan gorączkowy, ropienie odbywające się przez pochwę, oraz osłabienie lewej kończyny dolnej.

S t a n o g ó l n y. Dobrze zbudowana, lecz osłabiona, blada, wyniszczona kobieta. Chora gorączkuje: ciepłota dochodzi wieczorami powyżej 39° C.; G. chodzić nie może; w lewej kończynie doznaje drętwienia i bólu; kończyna ta, a zwłaszcza goleń i stopa obrzękle, a była opuchniętą jeszcze bardziej; palce i stopa bezwładnie opadłe ku podszwie; chora z trudnością niemi porusza.

B u d o w a m i e d n i c y p r a w i d ł o w a.

D o s t ę p łatwy; skóra pośladków zaczerwieniona i obzarta.

Wejście do p o c h w y obszerne; pochwa bardzo długa; części pochwowej wcale nie widać, a w okolicy gdzie takowa normalnie znajduje się, widać długi worek, lejkowaty, z prawej strony od osi pochwy; długość pochwy od płaszczyzny wchodu do końca tego lejka wynosi 4½ cala. Na dnie tego lejka widać otwór, przez który wchodzi się zgłębnikiem w kanał ciasny i idzie się w kierunku ku *promontorium*; po wyjęciu zgłębnika wydobywa się z kanału płyn ropny i krew. Lewa ściana pochwy i lewa połowa tylnej ściany mocno wypuklają się i zwieszają po za krawędzią wziernika SIMS'a [przy położeniu *à la vache*]. Na lewej ścianie pochwy, w odległości 1½ cala od wchodu, wisi sopol granulacyj, tuż u podnóża którego otwiera się przetoka; zgłębnik wprowadzony do niej, przy jednoczesnym śledzeniu palcem przez odbytnicę, wykazuje, że przetoka ta idzie z początku po lewej bocznej stronie odbytnicy (*rectum*), poczem obchodzi ją i zachodzi poza kışkę prostą, między nią i kość krzyżową. Ponad otworem tej przetoki widać drugą wysepkę granulacyj, a w niej ujście drugiej przetoki, oddzielonej od pierwszej paskiem błony śluzowej, szerokości 1 cala; zgłębnik wprowadzony do niej napotyka na zgłębnik tkwiący w pierwszej przetoce. Z przetok tych toczy się przy badaniu gęsta ropa w obfitości. Na sklepieniu przednim nadżarcia; przy badaniu obu rękami, oraz palcem przez pochwę, z powodu nacieczenia tkanek około macicy i bolesności, nie podobna wytworzyć sobie pojęcia o położeniu i stanie macicy. Błona śluzowa pochwy i sromu mocno zaczerwieniona.

P r z e t o k a znajduje się w odległości 2¼ cala od wylotu cewki; otwór jej wielkości orzecha włoskiego; na lewo małutka przetoka oddzielona od pierwszej cieniutką tasiemką bliznowatą. Brzegi przetoki grube, mięsiste, podatne.

P r z y g o t o w a n i a. Z powodu, że chora sama chodzić nie mogła, z rzadka tylko przenoszona była do kąpieli, natomiast robiono jej przestrzykiwania 1%₀₀ roztworem sublimatu. Stopniowo ruchy kończyny stawały się coraz obszerniejszemi, ropienie się nieco zmniejszyło. 11. X. 1885, połączyłem obie przetoki cięciem, wyskrobałem granulacje około ich otworów, a to celem zmniejszenia ropienia. Mimo to wszystko chora silnie gorączkowała.

O p e r a c y j a. Z początku miałem zamiar czekać z zeszytciem przetoki do zupełnego wygojenia przetok; gdy jednak mocz wpływający do pochwy mieszał się ustawicznie z ropą, ulegał rozkładowi wywołując odrażającą woń, d. 28 X. przystąpiłem do operacji; okrwawiwszy dokładnie i szeroko brzegi przetok, wyciąwszy przytem dzielący je mostek, zeszyłem je 5 szwami jedwabnemi, nałożonemi zwyczajną igłą zagiętą, przy pomocy *acutenaculum* COLLIN'SA. Linija zbliżenia brzegów rany po zeszytciu wypadła w kierunku poprzecznym do osi pochwy.

W y n i k. 7-go dnia po zdjęciu szwów okazało się, że brzegi były mocno zrosłe, a 8 XI. 1885. chora opuściła szpital uleczona ze swego kalectwa.

Spostrzeżenie XXII. 1-o *Fistula uretro-vaginalis*; 2-o *fistula vesico-vaginalis*; *consutio*; *sanatio*.

A n a m n e z a. Wysocka Rozalija, 25-letnia włościanka [z pow. Białostockiego]; przybyła do oddziału 8. XI. 1885; pierwszy poród odbyła w Listopadzie 1883 r., trwał on 5 dni i ukończony został przez lekarza „instrumentami”; położenie było główkowe; płód wydobyty był martwym; od tej pory chora ma mimowolny wypływ moczu.

St a n o g ó ł n y. W. średniego wzrostu, wybornego odżywiania; dobrej budowy.

M i e d n i c a zdaje się być zwięzłą.

D o s t ę p do części rodnych łatwy; srom jest bardzo zbliżony do kości ogonowej.

Wejście do pochwy obszerne; ta ostatnia jest bardzo głęboką; odległość między płaszczyzną wchodu do pochwy i tylnym sklepieniem wynosi 10 ctm. [przy położeniu *à la vache*]; tylna ściana pochwy mocno pomarszczona.

C z ę ś ć p o c h w o w a w kształcie niekształtnej, twardej brodawki; macicę wybornie wyczuwa się palcem wprowadzonym do pęcherza przez przetokę.

1) W odległości 2 ctm. od wylotu cewki, na linii pośrodkowej przedniej ściany pochwy, znajduje się dziura wielkości wiśni z brzegiem zaczerwienionym; średniej grubości, dziura ta prowadzi do cewki.

2) Powyżej nad tą przetoką i naprawo od płaszczyzny pośrodkowej pochwy, znajduje się druga **p r z e t o k a**. owalna, wymiarem dłuższym w ukos do osi miednicy zwrócona, swobodnie gruby palec przepuszczająca; górny jej brzeg mięsisty, gruby, utworzony przez niezmienną błonę śluzową pochwy i pęcherza; dolny jest miękki i podatny, lewą jego połowę tworzy cienki mostek, rozgradzający przetokę, o której mowa, od poprzedniej.

P r z y g o t o w a n i a zwykłe: kąpiele ciepłe, nasiadkowe oraz przestrzykiwanie $\frac{1}{2}\%$ roztworem sublimatu,

O p e r a c y j a 21. XI. 1885 r. okrwawiłem przetoki, wycinając i mostek jako niezdatny do zachowania z powodu swej wazkości; powstał w ten sposób jeden otwór, który zeszyłem z prawa na lewo 8 szwami jedwabnymi za pomocą zwyyczajnej igły, ujętej w *acutenaculo* COLLIN'a.

W y n i k. 6-go dnia po zdjęciu szwów, brzegi zrosnięte mocno. 30 XI. chora opuściła szpital.

Spostrzeżenie XXIII. *Fistula vesico-vaginalis; consutio; sanatio.*

Sielawczyna [mąż nazywa się Sielawka.] Maryja, 32-letnia, z Wielkiej Brzostowicy [guberni Grodzieńskiej].

A n a m n e z a. Wstąpiła do mojego oddziału, d. 14. XII. 1885. Odbyła 8 porodów łatwo, prawidłowo i bez powikłań. Przy ostatnim, 9-tym z kolei, który odbył się 4 miesiące temu, baba opuszczoną i wypukłą przednią ścianę pochwy poczytała za pęcherz płodowy, rozdarła go, poczem natychmiast wypłynął mocz, który od tej pory sam przez pochwę wycieka.

St a n o g ó ł n y. Bardzo wysoka, dobrze zbudowana, mocna, nietłusta kobieta.

Budowa miednicy prawidłowa.

D o s t ę p do pochwy dogodny.

Wejście do pochwy obszerne; ta ostatnia głęboka, obszerna, podatna.

C z ę ś ć p o c h w o w a spłaszczona, podzielona płytkami brózdami bliźnowatymi na zrazy, niewystające ponad poziom błony śluzowej sklepień pochwy, a różniące się od niej tylko twardością i sino-czerwoną barwą.

P r z e t o k a. W odległości 3 ctm. od wylotu cewki w przedniej ścianie pochwy znajduje się podłużna dziura, której wymiar podłużny równoległy jest do osi pochwy, przepuszczająca swobodnie palec. Brzeg przetoki mięsisty, podatny; błona śluzowa pochwy promienisto ku otworowi przetoki pomarszczona; dolny obwód jej bliźnowaty. Na lewo od otworu, w odległości kilku milime-

trów od niego, na błonie śluzowej pochwy wisi kawałek tejże błony w kształcie stożka, wielkości wiśni.

Przygotowania zwykle: kąpiele i przestrzykiwanie roztworem $\frac{1}{2}\%$ sublimatu.

Operacja. 21. XII. 1885 r. okrwawiłem brzegi przetoki i zeszyłem je 8-u szwami z *fil de Florence*, za pomocą zwyczajnej zakrzywionej igły ujętej w *acutenaculum* COLLIN'a; linija zbliżenia brzegów równoległa do podłużnej osi pochwy.

Wynik. 6-go dnia zdjąłem szwy i znalazłem, że brzegi zrosły się mocno: 30. XII. chora opuściła szpital zdrową.

Spostrzeżenie XXIV. *Fistula vesico-utero-vaginalis superficialis; consutio; sanatio.*

Gelblut Gołda, 35-letnia z Nadarzyn [gubernia Warszawska] przybyła do oddziału d. 31. XII. 1885.

Anamnez a. G. odbyła 7 porodów, trzy z nich z pomocą akuszerki, cztery zaś z pomocą lekarza; troje dzieci wydobyto kleszczami, jedno ręką. Po ostatnim, siódmym porodzie, przy którym dziecko było w położeniu nóżkowym i wydobyte było przy pomocy kleszczy, powstała przetoka, trwająca przeszło rok.

Stan ogólny. G. niskiego wzrostu, wybitnej rachitycznej budowy, długiego kadłuba osadzonego na krótkich niezgrabnych kończynach; cery bladej, odżywiania upośledzonego.

Miednica rachityczna, średnio zwężona.

Dostęp do pochwy wygodny; guzy kulszowe niewydatne, części płciowe leżą powierzchownie.

Wejście do pochwy obszerne, pochwa obszerna niezbyt głęboka; podatna. Część pochwo w a duża, rozdzielona głębokimi brózdami i bliznami na zrazy duże, nieprawidłowe, miejscami owrzodzone.

Przetoka leży z lewej strony od linii pośrodkowej pochwy, tuż przy samej części pochwowej, przepuszcza czubek palca; brzeg otworu gruby, bliznowaty; w $\frac{3}{4}$ części obwodu prawidłowa, a zatem podatna i sprężysta błona śluzowa, od góry rąbek bliznowaty, szerokości 2—3 milimetrów, dzielący otwór przetoki od części pochwowej.

Przygotowania do operacji proste: kilkakrotna kąpiel, przestrzyknięcie roztworem $\frac{1}{2}\%$ sublimatu.

Operacja 15. I. 1886. Okrwawiłem przetokę nożem obosiecznym lancetowatym, wkłesłem po powierzchni, przyczem ściałem dobrze warstwę szeroką części pochwowej, poczem zeszyłem przetokę 5 szwami; środkowy szew jedwabny, nałożony najprzód służył do ściągnięcia brzegów przetoki i zbliżenia jej ku wchodowi pochwy, pozostałe były z *fil de Florence*.

Wynik. 6-go dnia po zdjęciu szwów, przetoka okazała się zagojoną.

Spostrzeżenie XXV. *Fistula vesico-vaginalis; diaphragma vaginae; incisio diaphragmatis; consutio; sanatio completa.*

Hiń Barbara 30 l. mężatka, włościanka ze wsi Sichnowyczy w powiecie Kobryńskim, przybyła do oddziału 20. VI. 1885 r.

Anamnez a. H. miała 4-ro dzieci, z których 1-e i 3-e żyją, 2-e zmarło w 8 tygodni po porodzie; 4-e t. j. ostatnie donoszone, urodziło się przed $1\frac{1}{2}$ rokiem nieżywe po 5-dniowym porodzie, przy którym nie było nawet baby. Przez pewien czas było bardzo chorą, mocno gorączkowała, była prawie nieprzytomną; w tym czasie zaczęła mocz wypływać pomimowolnie.

Stan ogólny. Zdrowa, dobrze odżywiana kobieta, średniego wzrostu i dobrej budowy.

Miednica nieznacznie zwężona.

Do s t ę p do pochwy wygodny; na wargach sromnych większych, oraz poślankach i udach zaczerwienienie i owrzodzenia od rozkładającego się i spływającego moczu.

W e j s c i e do pochwy dość obszerne; brak prawie całkowity przegrody pęcherzo-pochwowej; dolny brzeg dziury zawinięty w stronę pęcherza, podatny i gruby, znajduje się na wysokości *orificiū vesicalis urethrae*, przechodzi on w boczne brzegi twarde, cienkie, bliznowate, niepodatnie przyrosłe do kości i mięśni; górny brzeg mięsisty czerwony, utworzony z wywiniętej błony śluzowej pęcherza; na nim widać dwa brodawkowate wzgórki z rozdzielonym wierzchołkiem: są to ujścia moczowodów, z których, przy dłuższem patrzeniu, spływa mocz kroplami; cienki zgłębnik można wprowadzić bardzo głęboko do obu moczowodów. Z górnym brzegiem, bez żadnej granicy, zlewa się tylna ściana pochwy. W miejscu odpowiadającym sklepieniu pochwy nie widać, ani wymacać można części pochwowej przez twardą bliznowatą tkankę, lejkowato wciągniętą w górę.

Z powodu nieobecności mojej w Warszawie, chorą zbadałem szczegółowo dopiero w końcu Lipca; wtedy właśnie w kącie z prawej strony, pomiędzy górnym brzegiem przetoki i tylną ścianką pochwy, w pewnem zagłębieniu zauważyłem, iż sączy się ropiasty płyn, po zmyciu którego zgłębnikiem wszedłem przez ciasny kanał do jamy dosyć obszernej, kleszczykami polipowemi rozszerzyłem nieco kanał, poczem z jamy owej połała się nadzwyczaj cuchnąca ciecz; teraz palcem przekonałem się, że istnieje jama z gładkimi ścianami, w sklepieniu której wyczuwa się otwór lejkowaty—usta maciczne; bliżej zbadać macicy nie mogłem z powodu krótkości palca. Odległość płaszczyzny wchodu do pochwy do *os uteri ext.* wynosiła $3\frac{1}{2}$ cala.

Po zwyczajnych przygotowaniach, wycyciu pochwy roztworem sublimatu 1^o/₀₀ ponacinałem ścianki kanału prowadzącego do górnego piętra pochwy, poczem za pomocą najodoformowanych tamponów starałem się coraz bardziej rozszerzyć otwór komunikacyjny. Skoro to zostało osiągnięte, 22. VIII. 1885 r. przystąpiłem do częściowego zaszycia przetoki, rozłożywszy je na 2 tempa.

[C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

51. Eduard Loeri. Zmiany w gardzieli krtani, tchawicy w chorobach wewnętrznych. (*Die durch anderweitige Erkrankungen bedingten Veränderungen des Rachens, des Kehlkopfes und der Luftröhre*).

O ile mi wiadomo, pierwszy LOERI w pracy powyżej zatytułowanej, treściwie i systematycznie zebrał zmiany gardła, krtani i tchawicy, wydarzające się przy chorobach wewnętrznych. Dotychczasowe podręczniki chorób wewnętrznych prawdziwie po macoszemu traktują te, bądź co bądź, nieraz ważne zmiany i oprócz krótkich lub niedokładnych opisów i to przy bardzo niewielu chorobach, uporczywie o takowych milczą.

Praca LOERI'ego, z którą w streszczeniu zamierzam zapoznać czytelników „GAZETY LEKARSKIEJ”, budzi zajęcie nie tylko między specjalistami, ale w każdym wykształconym lekarzu i niejednemu, kto chce się z nią bliżej zapoznać, ułatwi rozpoznanie choroby wewnętrznej, lub rozpoznaną potwierdzi, jak również w wielu razach wyświetli niejedną rzecz dotychczas w zupełności pomijaną. Przykład dobry, dany przez LOERI'ego, winien zachęcić każdego sumiennego lekarza do badania gardła i krtani przy każdej chorobie wewnętrznej, co, niestety, rzadko się u nas robi ze stratą dla nauki i chorych.

Rzecz sama napisana niesłychanie jasno i treściwie. Czytelnik wynosi to przekonanie, że autor wnioski swe oparł na własnym doświadczeniu, co właśnie, według mnie, stanowi wielką zaletę całej pracy. Niektóre działy, jak zmiany w gardle, krtani i tchawicy przy nerwicach, gruźlicy, zółzach, przymocie, napisane są bez przesady klasycznie.

Szczupłe ramy sprawozdania pozwalają mi naszkicować tylko główne zarysy całej pracy.

Autor podzielił choroby wewnętrzne na 10 działów i według tego porządku opisał wydarzające się przy nich zmiany w gardle, krtani i tchawicy.

W pierwszym dziale, chorób ośrodków nerwowych, LOERI opisuje zmiany w gardle i t. d. przy następujących cierpieniach: 1) *meningitis simplex* [tu spotykamy: nadczułość błony śluzowej gardła, przekrwienie błony śluzowej gardzieli, rzadko błonice gardła, bezczułość i porażenia gardła i krtani], 2) *hyperaemia cerebri* [w cięższych formach porażenia gardła i krtani]. 3) *haemorrhagia cerebri* [podniebienie miękkie po stronie przeciwnej krwotokowi zwiesza się niżej i słabiej się porusza przy wydobywaniu tonów. Języczek stoi skośnie i kieruje się zwykle ku stronie zdrowej. Daleko już rzadziej spotykamy bezczułość, porażenie i bezwład gardła i krtani lub jednej połowy]. 4) *neoplasma cerebri* [bezczułość gardła i krtani, porażenia krtani], 5) *lues cerebri* [kilaki, umiejscawiające się w moście lub w okolicach siodła tureckiego, objawiają się bardzo wczesnie bezczułością i porażeniem jednej połowy krtani], 6) *paralysis bulbaris* [bezwład i porażenia całej krtani lub oddzielnych mięśni, bezczułość gardzieli], 7) *tumores baseos cranii* [objawiają się połowicznym lub całkowitem porażeniem krtani, a to stosownie do tego, czy zajmują jeden lub oba nerwy przydatkowe], 8) *sclerosis disseminata* [lekkie niedowłady strun głosowych, leniwa czynność mięśni krtani przy wydobywaniu głosu, porażenie i bezczułość połowy krtani lub gardła i krtani], 9) *pachymeningitis spinalis externa* [przy próchnieniu czwartego kręgu szyjowego autor obserwował z początku objawy podrażnienia nerwu błędnego i przydatkowego a w następstwie niedowład mięśni gardła i krtani]. 10) *leptomeningitis spinalis acuta* [przy zajęciu części szyjowej objawy jak wyżej], 11) *tabes dorsalis* [ból w okolicach krtani, kaszel i skurcz głosi, porażenia nerwu zwrotnego, paraliż mięśni oddechowych z jednej strony], 12) *sclerosis lateralis amiotrophica* [położenie strun trupie], 13) *atrophia muscularis progressiva* [porażenie gardła i krtani oddzielnie lub razem, rzadziej jednocześnie, bezczułość gardła i krtani.]

Działo w drugim u, nerwicom, poświęca autor bardzo szczegółowy opis Tu zalicza: 1) *irritatio spinalis*. [W odnoszących się tu przypadkach LOERI spostrzegał nadczułość i hiperalgezyję gardła i krtani, raz tylko jeden skurcz głosi.] 2) *Hysteria*. Bardzo często spotykamy tu nadczułość i hiperalgezyję gardła i krtani. Znieczulenia błony śluzowej gardła, krtani i tchawicy mogą po kilka lat trwać bez złych następstw, jeżeli tylko nie przyłącza się do tego porażenie nagłosi, gdyż wtedy łatwo przychodzi do zapalenia płuc na skutek dostania się do oskrzeli cząstek pokarmów i t. d.. Przeróżne parestezyje gardła i krtani, jak uczucie obecności włosa, obcego ciała, są niesłychanie częste.

Zaburzenia w koordynacji mięśni gardła powodują wracanie pokarmów przez nos (*dysphagia hysterica*), kurcz zaś tych mięśni znosi swobodne przełykanie (*aphagia hysterica*). Porażenia mięśni gardzieli, odnoszące się do podniebienia miękkiego, powodują mowę nosową i wracanie pokarmów przez nos, zajmujące zaś mięśnie ścieśniające gardziel, uniemożliwiają przesuwanie się kęsa pokarmowego do żołądka.

Kurcze koordynacyjne mięśni krtani powodują tego rodzaju stan, że przy wydobywaniu tonów, ledwie rozpoczynające się zbliżać do siebie struny głosowe,

nagle się rozchodzą, albo prowadzą do fanacyjnego kurczu krtani ¹⁾, albo objawiają się zbyt forsownem działaniem mięśni jednej strony. Do kurczów koordynacyjnych zalicza także autor swoisty kaszel u histeryczek. Najważniejszą formę kurczów mięśni krtani stanowi powszechnie znany kurcz głośni u histeryczek. Obraz wziernikowy głośni przedstawia się tutaj różnie: od szerokości linii do zupełnego zaciśnięcia się strun prawdziwych, nawet fałszywych. Od stopnia kurczu zależy siła napadu, objawiającego się od lekkiej duszności do zupełnego wstrzymania oddechu, sinicy i t. d. Kurcze głośni histeryczne występują od różnych przyczyn i mogą trwać nawet do kilkunastu godzin. Omawiany kurcz w pewnych razach może występować tylko przy wydobywaniu tonów, przy płaczu, śmiechu i t. d. Porażenie mięśni krtani występują zwykle symetrycznie, rzadziej jednostronnie. Przeważnie dotyczą one mięśni ścieśniających głośnie. Porażenia mięśni oddechowych zdarzają się bardzo rzadko ²⁾. Najniebezpieczniejsze dla chorych są porażenia nagłośni, gdyż jak to już wyżej wspomniano, połączone ze znieczuleniem gardzieli i krtani, mogą powodować zapalenia płuc (*Fremdkörperpneumonie*). Leczenie wymienionych cierpień histerycznych gardła i krtani winno być skierowane przeciwko głównemu cierpieniu. Autor nie spotykał nigdy stałego polepszenia od miejscowego leczenia przy nadczułości gardła i krtani. Przy zmianach w sferze ruchowej środki lekarskie, które zwykle w tych razach stosujemy (*antihysterica, antispasmodica*, elektryczność) raz pomagają, drugi raz w zupełności zawodzą.

W dziale trzecim pomieszcza LOERI choroby organów oddechowych i grasicy i opisuje zmiany gardła i krtani przy następujących cierpieniach, 1) *morbi nasi*. Zwężenia przewodów nosowych, spowodowane jakakolwiek przyczyną [przewlekły przerostowy nieżyt nosa, nowotwory i t. d.], powodują nieżyt nosa, który zwykle rozprzestrzenia się na gardziel i krtani. Różne choroby nosa wywołują nerwice gardła i krtani; 2) *pleuritis* [przekrwienie bierne krtani i tchawicy, rzadziej gardziela, szczególnie wyrażone po stronie odpowiadającej wysiękowi, utraty substancji błony śluzowej krtani i tchawicy, mianowicie na tylnych odcinkach strun głosowych i na wewnętrznej powierzchni chrząstek nalewkowych, porażenia krtani wskutek ucisku nerwu krtaniowego dolnego pozostającymi zrostami ³⁾. 3) *Carcinoma pleurae* [porażenie nerwu krtaniowego dolnego], 4) *emphysema pulmonum* [paradoksalne ruchy strun głosowych przy kaszlu i oddechaniu, bierne przekrwienie krtani i tchawicy, obrzęk głośni, 5) *bronchitis chronica* [nadżarcia na nagłośni, na wewnętrznej powierzchni tylnej ściany krtani, na tylnych odcinkach strun głosowych]. Analogiczne zmiany spotykamy przy 6) *bronchitis putrida*. Inne cierpienia organów oddechowych, jako mniej ważne, pomijam.

Wrodzone zбочzenia gruczoła tarczowego [wrastanie gruczołu tarczowego do jamy krtani lub tchawicy, doatkowy gruczoł na tylnej ścianie gardziela lub między tchawicą i przelykiem] powodują różne zбочzenia w gardle, krtani i tchawicy. Wole lub inne choroby, przyczyniające się do powiększenia gruczołu tarczowego, łączą się ze zwężeniem tchawicy lub bezwładem nerwu zwrotnego. Bezwłady dotyczące nerwu błędnego lub samych mięśni oddechowych należą do rzadkości.

Przyrząd cyrkulacyjny stanowi dział czwarty. Tu zasługują na wzmiankę następujące zmiany: 1) *pericarditis* [paraliż nerwu zwro-

1) W N-rze 48 Gaz. Lek. 1885 roku opisałem jeden przypadek fanacyjnego kurczu krtani.

2) W N-rze 50 Gaz. Lek. 1883 r. opisałem jeden przypadek porażenia mięśni oddechowych histerycznego pochodzenia, obecnie jednak, na zasadzie najnowszych poglądów na tę kwestyję, przypadek ten przyjmuję za kurcz głośni.

3) Zmiany podane przez LOER'ego winniem uzupełnić nowemi spostrzeżeniami MOSER'a porażen mięśni oddechowych krtani przy wysiękach opłucnej.

tnego, rzadko zwężenia tchawicy] i 2) *aneurysma aortae* [lewostronny bezwład, tętnienie tchawicy, przesunięcie lub zwężenie takowej, obrzęk głośni, zwężenie oskrzeli]. Zmiany przy innych chorobach jako mniej ważne pomijam. Do tego działu dołączył autor *tumores mediastini*, za którymi przemawia prawostronny bezwład, a z drugiej strony brak tętnienia tchawicy, zwężenia lub przesunięcia.

Z działu piątego, narząd trawienia, podaje tylko ważniejsze, a mianowicie: 1) *soor* może przechodzić na gardło i krtani przy długotrwałych wyniszczających chorobach u dzieci, 2) *diverticula oesophagi* mogą powodować ucisk tchawicy [zwykle w miejscu odpowiadającym jej podziałowi] lub oskrzeli, a w gardle imitują ropnie pozagardzielowe. 3) *abscessus perioesophageus*, oprócz utrudnień w przełykaniu, może spowodować duszność, uciskając tchawicę; 4) *carcinoma oesophagi* może przejść na gardziel, krtani i tchawicę, spowodować ucisk krtani, tchawicy, lub lewego oskrzela, albo wywołać nerwowe zboczenia w krtani lub tchawicy wskutek ucisku nerwu zwrotnego lub błędnego. Bezwładny bywają tu zwykle lewostronne.

Dział szósty obejmuje choroby nerek. Tu znajdujemy zmiany w gardle i krtani przy następujących chorobach:

1) *nephritis parenchymatosa et interstitialis* [bezkrwistość błony śluzowej gardła i krtani, szczególniej uwydatnione na nagłośni, nieżyt, zanik błony śluzowej gardzieli (*pharyngitis sicca*), obrzęki zarówno gardziela jak i krtani, znacznie rzadziej błonica; 2) *nephritis scarlatinosa* [nieżyt gardła i krtani, obrzęki krtani, błonica zwykle wyprzedzająca zmiany w nerce]; 3) *degeneratio amyloidea et tuberculosis renum* [*pharyngitis sicca*, nieżyt gardła i krtani, gruźlica krtani]; 4) *ren hypostaticus* [nieżyt gardła i krtani].

Z chorób skórnych, stanowiących dział siódmy następującym towarzyszą odpowiednie zmiany w gardle i krtani: 1) *miliaria* [występuje razem na skórze i w gardle lub samodzielnie]; 2) *herpes*; 3) *urticaria*; 4) *pemphigus*; 5) *eczema* [towarzyszy jej zwykle ostry nieżyt gardzieli i *tonsillitis lacunaris*].

W dziale ósmym choroby krwi i krew tworzących narządów znajdujemy zmiany przy następujących cierpieniach: 1) *chlorosis* [bezkrwistość krtani, w mniejszym już stopniu gardła i tchawicy, uczucie suchości w gardle, nadczułość, hyperalgezyja i parestezyja gardła i krtani, nakoniec lekkie niedowłady gardła i krtani]; 2) *anaemia pernicioza progressiva* [wybroczyny w gardle i krtani]; 3) *leukaemia* [bezkrwistość krtani, nieżyt krtani czasami z owrzodzeniami na podobieństwo owrzodzeń kiszkiowych, wybroczyny w gardle i krtani, nakoniec bezwładny, uwarunkowane powiększeniem gruczołów tchawicy lub oskrzeli]; 4) *morbus maculosus Verlhofii* [wybroczyny w gardle, krtani i tchawicy].

Dział dziewiąty stanowi choroby zmienionej przetróbką materji. Tu odnosimy: 1) *arthrits uratica* [złogi podagryczne w chrząstkach nalewkowych lub w innych miejscach]; 2) *diabetes melitus* (*pharyngitis sicca*, nieżyty gardła i krtani, owrzodzenia gruźlicze krtani]; 3) *rachitis* (nieżyty dróg oddechowych, kurcz krtani].

Ostatni dział dziesiąty najobszerniejszy obejmuje choroby zakaźne. Rozpada się on na następujące podziały:

a) choroby zakaźne umiejscowione przeważnie w narządach oddechowych.

1) *Tussis convulsiva*. Tutaj spostrzegamy następujące zmiany: nieżyt krtani, tchawicy i gardła, krwotoki i wybroczyny tamże, owrzodzenia w krtani, obrzęki głośni. Autor zaopatruje się na krztusiec, jako na chorobę czysto miejscową i dla tego coraz z samego początku leczy miejscowo nieżyt krtani i tchawicy, co skraca jego napady i zapobiega rozszerzaniu się sprawy na oskrzela i płuca.

2) *Tuberculosis*. W gardzieli autor obserwował a) prosówkowe guziki, b) gruźliczy naciek błony śluzowej i podśluzowej, który umiejscowia się na podniebieniu miękkim, języczku i tylnej ścianie gardzieli, c) przewlekły nieżyt gardzieli, d) ropień pozagardzielowy, uwarunkowany próchnieniem kręgów lub ropieniem limfatycznych gruczołów na tylnej ścianie, e) wrzód gruźliczy gardła powstały, bądź to z rozpadu guziczek prosówkowych lub nacieku gruźliczego, bądź jako rozprzestrzenienie się gruźlicy z krtani języka, nosa, policzka; bądź jako następstwo ropnia pozagardzielowego. W krtani spostrzegali LOERI następujące zmiany: a) bezkrwistość, mianowicie we wczesnych okresach gruźlicy, b) przekrwienie przy ostrej lub podostrej formie, c) zaburzenia czuciowe, jak przeróżne bóle i parestezyje, d) zaburzenia ruchowe, jak niedowłady mięśni nalewkowych wewnętrznych lub poprzecznych, e) nieżyt krtani, występujący sam lub z owrzodzeniami, f) zapalenie błony podśluzowej w różnych miejscach krtani, prowadzące do ropni lub przerostu błony śluzowej i podśluzowej. Przerost ten, jeżeli występuje na oddzielnym miejscu, ma ważne znaczenie rozpoznawcze dla rozpoznania gruźlicy lub przymiotu. Omawiane przerosty podlegają owrzodzeniom; przebiegającym zwykle bardzo przewlekłe, a gdy dochodzą one do znacznego stopnia prowadzą do zwężeń krtani, g) wrzody spotykamy w różnych miejscach krtani; zarówno mogą one powstawać z gruźliczego nasięku jak i wskutek zapalenia błony podśluzowej, h) zapalenie ochrzęstnej, występujące zwykle jako sprawa przewlekła, i) obrzęk głosni, występujący w późnych okresach zniszczenia płuc, około wrzodów, przy zapaleniu ochrzęstnej, następnie przy powikłaniach ze strony nerek h) ziarniną i brodawkowate wyrosła spotykamy zwykle około wrzodów; l) gruźlica prosówkowa krtani [daleko rzadsza aniżeli gardzieli]. W tchawicy spotykał autor prawie te same zmiany co i w krtani [bezkrwistość, przekrwienie, nieżyt, zapalenie błony podśluzowej, przerost błony śluzowej i podśluzowej, wrzody, zapalenie ochrzęstnej, obrzęk, ziarnina, błonica, gruźlica prosówkowa].

Nie wdając się w szczegółowy opis leczenia gruźlicy krtani i gardła, nie mogę jednak pominąć tego, że autor u odnośnych osobników z owrzodzeniami krtani i zapaleniem ochrzęstnej, podaje z dobrym skutkiem jod razem z jodkiem potasu.

b) Choroby zakaźne umiejscowione przeważnie w kanale pokarmowym.

Tu zaliczamy: 1) *parotitis epidemica* [lekkie nieżyty gardła i krtani, obrzęki nagłośni i więzów nalewko-nagłośniowych]; 2) *typhus* [nieżyty krtani zwykle bardzo uporczywe, występujące w 1 lub 2 tygodniu, owrzodzenia nieżytowe, obrzęk głosni, dosyć rzadko błonica gardła i krtani, bezwładność krtani, występujące w drugiej połowie tyfusu, zapalenie ochrzęstnej, zajmujące najczęściej pierścień chrząstki obrączkowej i pojawiające się najczęściej na początku 5 tygodnia], 3) *cholera asiatica* [bezczułość gardła i krtani, bezwładność i parezy mięśni ścieśniających głosnię], 4) *dysenteria* [nieżyt gardła i krtani, rozlane zapalenie migdałów (*phlegmone*), błonica gardła i krtani, bezwładność podniebienia miękkiego, gardła i krtani.

c) Choroby zakaźne z przeważnym umiejscowieniem w śledzionie i gruczołach limfatycznych. 1) *Malaria*, autor obserwował w odnośnych przypadkach intermitujący bezgłos i obrzęk głosni [przy charłactwie zimniczem], 2) *scrophulosis*. W gardzieli spotykamy następujące zmiany: bierne przekrwienie, nieżyt, przerost błony śluzowej [*tonsillarum et plicae salpingo-pharyngeae*], wrzód (*ulcus scrophulosum*), ropień pozagardzielowy. W krtani: nieżyt, przerosty błony śluzowej, wrzód (*ulcus scrophulosum*), zależne od ucisku przez obrzmiałe gruczoły nerwu błędnego lub jego gałęzi, następnie przemieszczenia krtani, czasem łącznica z obrzękiem głosni, najczęściej u dzieci. W tchawicy: bierne przekrwienie, przerost błony śluzowej i podśluzowej, wrzód, przemieszczenie lub zgięcie, następnie zwężenia.

Przy leczeniu wszystkich tych zmian żołądkowych, oprócz zachowania odpowiedniej diety i higieny, autor zachwala podawanie jodu obok jodku potasu.

d) Choroby zakaźne z przeważnym umiejscowieniem w organach płciowych. 1) *Syphilis*. W gardzieli autor spostrzegał następujące zmiany: pierwotny wrzód, stosunkowo bardzo rzadki, rumień (*erythema*), nieżyt, charakteryzujący się obfitą śluzoropną wydzieliną, nacieki błony śluzowej, z których mogą powstawać owrzodzenia, płaskie łepięże i ziarniniaki przymiotowe. W krtani, przekrwienie, nieżyt, nadczułość, parestezyje i hiperalgezyje, niedowład i paralize, zapalenia błony śluzowej i podśluzowej, które przebiegając powoli prowadzą do przerostów, rozlane nacieki błony śluzowej, ziarniniaki przymiotowe, płaskie i spiczaste łepięże, ziarnina, towarzysząca zwykle wrzodom, brodawkowate wyrosła, wrzody [kataralne, z rozpadu nasięków lub łepięży, z rozpadu ziarniniaków], zapalenie stawów z następczem ich zeszywnieniem, spostrzegane tylko w stawie obrączko-nalewkowym, zapalenie ochrzęstnej, obrzęk krtani, dyfteryt bardzo rzadko, nakoniec blizny, prowadzące do zwężeń. W tchawicy spotykamy te same zmiany co i w krtani, a więc: nieżyt, ziarniniaki przymiotowe, łepięże i t. d. Bardzo szczegółowe różniczkowe rozpoznanie, które autor przeprowadza między zmianami gruźliczej, przymiotowej i rakowej natury w krtani dla braku miejsca pomijam. Przy leczeniu przymiotu gardła, krtani i tchawicy oprócz odpowiednich chirurgicznych rękoczynów, gdzie te są wskazane [operacja przecięcia tchawicy, systematyczne rozszerzenia krtani i t. d.], autor miejscowo używa kalomelu, a oprócz tego jod z jodkiem potasu i szaruchę.

d) Choroby zakaźne z przeważnym umiejscowieniem na skórze. Ostre wysypki, 1) *scarlatina* [przekrwienie gardzieli, *tonsillitis lacunaris et parenchymatosa*, rozlane zapalenie, zapalenie gruczołu przyuszynego, błonica gardła rzadko przechodząca na krtani, krwawe wybroczyny, zgorzel błony śluzowej ust i gardła], 2) *morbilli* [przekrwienie gardła, krtani i tchawicy, nieżyt i dyfteryt tych części, bardzo rzadko zgorzel migdałów], 3) *rubeola* [przekrwienie gardła i krtani], 4) *variola* [przekrwienie i nieżyt gardła i krtani dyfteryt, zapalenie ochrzęstnej, obrzęk głośni, paralize mięśni krtaniowych], 5) *varicella* [przekrwienie gardła i krtani], 6) *erysipelas* [nieżytowe zapalenie gardła i krtani, obrzęki gardła i krtani, rozlane zapalenie, zgorzel.]

e) Choroby zakaźne z umiejscowieniem w systemie nerwowym. 1) *meningitis tuberculosa* [nadczułość gardła i krtani, znieczulenie, paralize, gruźlica płuc, gardła i krtani], 2) *meningitis cerebro-spinalis* (patrz: *meningitis spinalis i lepto meningitis spinalis*).

f) Choroby zakaźne z umiejscowieniem w stawach i mięśniach. 1) *rheumatismus articularum acutus* [nieżyt gardła i krtani, obrzęki, rzadko dyfteryt].

g) Choroby zakaźne przechodzące ze zwierząt na ludzi. 1) *trichinosis* [ból przy połykaniu i paralize], 2) *malleus* [nieżyt, guziczki, owrzodzenia i zapalenie ochrzęstnej], 3) *lyssa humana* [przekrwienie gardła, kurcze połykowe i wdechowe], 4) *carbunculosis* [w jednym przypadku spostrzegał autor *perichondritis crico-arytaenoides*].

Pomimo niezaprzezonej wartości streszczonej pracy, znajdują się jednak pewne niedokładności lub braki; tak: autor fałszywie mniema, że nagłośnica nigdy nie podlega pierwotnym owróżdzeniom gruźliczym, przy *sclerosis disseminata* nie wspomina o wydarzających się porażeniach mięśni oddechowych krtani¹⁾; opisując zmiany gardła i krtani przy cierpieniach nosa, LOERI zaledwie wspomina

¹⁾ W 1883 r. w 50 N-rze Gaz. Lek. opisałem przypadek porażenia mięśni wdechowych przy *sclerosis disseminata*.

o występujących w tych razach nerwicach gardła i krtani, pomijając wiele z najnowszych prac NACK'a, WILLE'go, SCHADEWALDT'a i t. p. Pomimo jednak tych drobnych usterek, książkę tę śmiało można zalecić ogółowi lekarzy.

(*Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke 1885, str. 239.*)

Władysław Oltuszewski.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. W szpitalu żydowskim wkrótce ma zostać otwartą pracownia bakteryjologiczna pod kierunkiem ordynatora tegoż szpitala, kolegi ELSENBERGA. Wysokie znaczenie pracowni tego rodzaju jest tak widoczne, że panu Inspektorowi szpitali Warszawskich, oraz Radzie Miejskiej należą się wyrazy szczerego uznania za starania, łożone w tym kierunku. Odpowiednie przyrzady już nadeszły do szpitala. Pozostaje tylko ostateczne wykończenie stosownego pomieszczenia. Spodziewamy się, że zarząd szpitala, znany ze swej gorliwości o dobro powierzonej mu instytucji, postara się wkrótce doprowadzić do skutku.

— Otrzymaliśmy z Krakowa list treści następującej:

„Szanownych Panów Kolegów, którzy życzą sobie, aby sprawozdania z prac Ich naukowych, ogłoszonych w języku polskim w ciągu roku 1886, umieszczonymi były w Rocznikach Medycyny VSRCHOW'a i HIRSCH'a, wychodzących w Berlinie, upraszam najuprzejmiej o przystanie do końca Grudnia r. b. po jednym egzemplarzu odbitki z każdej pracy naukowej pod moim adresem:

Kraków, ulica Szepepańska Nr. 1.

D-r Leon Kopff.

Lublin. Zmarł tu powszechnie szanowany D-r JENTYS.

Porządek dzienny posiedzenia klinicznego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, mającego się odbyć w dniu 19 Października 1886 r. o godz. 6¼ wieczorem.

I. PACANOWSKI. O określeniu opukowem granic żołądka.

II. BUJWID. Demonstracja bakterij cholery azjatyckiej w hodowlach na płytce i w bułijonie.

III. KRAMSZYK Zygmunt. Sprawozdanie z prac D-ra HOENEGO.

OD WYDAWCY.

Pp. Prenumeratorów, którzy dotychczas zalegają z opłatą za GAZETĘ LEKARSKĄ, uprasza się o rychłe nadsyłanie zalegającej przedpłaty.

O g ł o s z e n i e.

D-r W. MAYZEL wykonywa w swej prywatnej pracowni dla celów dyjagnostyki lekarskiej rozbiory chemiczne, mikroskopowe i bakteryjologiczne, analizy moczu, badania płwociny, nasienia krwi, mleka kobiecego i t. d. Poszukiwania mikroskopowe i bakteryjologiczne w najszerszym zakresie.

Ulica Szkołna 7 (od Marszałkowskiej 142).

0—1

FRANCISZKA JÓZEFA

WODA GORZKA.

Dyrekeyja w Buda - Peszcie

ma honor podać poniższą analizę do wiadomości pp. Doktorów z uprzejmą prośbą ażeby raczyli wodę tę zalecić sposobem próby, jeżeli tego dotychczas nie uczynili.

Wody tej dostanie we wszystkich Aptekach i składach wód mineralnych.

W 100 Gr. Franciszek Józef 45.99 siarczanów i 2.41 Nat. bicarb.

—	Hunyadi Janos	31.92	„	i 0.79	„
—	Friedrichshall	11.20	„		

Stuttgart w Marcu 1882.

10—8

Radca Tajny von Fehling.

Dr. E. Brühl,

ordynuje od 16 Września do 10 Maja w **Meranie**, Villa Livonia;
od 15 Maja do 15 Września w **Gleichenbergu**, Villa Max.

12—3

Potrzebny jest LEKARZ

w m. Kopajgrodzie; o bliższe warunki zgłaszać się do Apteki Sokołowskiego,
m. Kopajgród przez Szarogród, Podol. Gub.

3—2

Dr. M. Jakowski b. asyst. kliniki dyjagnostycznej dokonywa wszelkich **mikroskopowych** głównie **bakteryjologicznych** rozbiórów wydzielin chorobowych.
Ul. Wspólna № 33.

3—2

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

W ciągu roku bieżącego opuści prasę dzieło pod tytułem:

TERAPIJA OGÓLNA

przez prof. Hoffmanna.

Cena dzieła wyniesie Rs. 4, z przesyłką 4.50 a zatem będzie tańszą od oryginału niemieckiego. Przedpłatę można nadsyłać do Wydawcy Gazety Lekarskiej. Marszałkowska 119.