

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. Wł. WRÓBLEWSKI. Przyczynek do działania kwasu mlecznego przy gruźlicy krtani. — II. Wł. MATLAKOWSKI. Trzydzieści sześć przypadków przetok moczowych [Dokończenie]. — III. L. WOLBERG. Gorączka powrotna u dzieci [Ciąg dalszy]. — *Notatki lekarskie.* 12. A. GABSZEWICZ. Podwiązanie tętnicy i żyły podobojczykowej prawej. — Wiadomości bieżące. — Dodatek. — Ogłoszenia.

Z ODDZIAŁU D-RA HERINGA DLA CHORÓB PŁUC, KRTANI, GARDEŁA I NOSA W SZPITALU
ŚW. ROCHA W WARSZAWIE.

I. PRZYCZYNEK DO DZIAŁANIA KWASU MLECZNEGO PRZY GRUŹLICY KRTANI.

Podał

Władysław Wróblewski,
asystent oddziału.

Nie mam bynajmniej zamiaru w krótkiej tej notatce rozbiierać wszechstronnie kwestyi działania kwasu mlecznego przy gruźlicy krtani. Kwestyja ta bowiem, będąca dzisiaj na czasie, badana przez wielu lekarzy, wkrótce prawdopodobnie wytworzy obszerną literaturę, wyczerpującą wszystkie jej strony, na co jednak potrzeba jeszcze wiele doświadczeń i pracy.

Co do mnie, to chcę zwrócić uwagę na jeden tylko objaw gruźlicy krtani, mianowicie na trudność połykania i stosunkowo dobre wyniki leczenia takowego kwasem mlecznym. Bardzo niedawno, bo niespełna rok temu, staliśmy bezsilni wobec chorego, skarżącego się bez ustanku na niemożność połykania, na obawę śmierci głodowej, na nieznośne bóle przy połykaniu, już nie tylko pokarmów ale i śliny nawet. Stosowaliśmy morfinę, makowiec, lub jakieś wdmuchiwanie *ut aliquid fiat*. Środki te stosowaliśmy bezdusznie, że tak powiem, uważając jednocześnie całe nasze leczenie za stracone i zupełnie bezsilne.

Co za przykre położenie lekarza, mającego do czynienia z setkami takich przypadków, jak to np. miało miejsce na oddziale szpitalnym i w ambulatoryjum Dra HERINGA. Do łóżka chorego zbliżało się po to, aby usłyszeć skargi na nieznośny i z każdym dniem gorszy stan.

Na zapytanie czy krótki ten czas zdołał rzeczywiście wprowadzić tak znaczny postęp w leczeniu gruźlicy krtani, śmiało odpowiedzieć można twierdząco. Ostatnim bowiem czasem zawdzięczamy dwa tak dzielne środki jak kokaína i kwas mleczny.

Środki te stanowią dopełnienie jeden drugiego, na równi są ważne, gdyż pierwszy ułatwia przystęp drugiemu.

Mając je do rozporządzenia, śmiało stajemy do walki z nieprzyjacielem tak groźnym, jak suchoty gardlane.

Zastrzedz się jednak muszę z góry, że daleki jestem od tego, aby uważać środki te za jakies *panacea*, aby uważać, że każdy przypadek gruźlicy krtani przed środkami temi ustąpić musi, *resp.* może być wyleczonym, powiem więcej, aby wypuszczając nawet chorego z pod naszej opieki na razie wyleczonego, t. j. z pogojonemi owrzodzeniami, zaręczyć, że cierpienie to po dłuższym lub krótszym przeciągu czasu nie wybuchnie powtórnie w postaci gwałtowniejszej może.

Kwestyja to jeszcze zbyt świeża, zbyt mało opracowana, gdyż dotąd 3 zaledwie poważne w tym kierunku prace są znane: KRAUSE'go ¹⁾, JELLINK'a ²⁾ i HERINGA ³⁾. Jednak do opracowania jej, do wyczerpania, potrzeba zapału, energii, wytrwałości z jaką zabrała się do niej wyżej wymieniona garstka badaczy, a nie apatycznego pesymizmu, z jaką spogląda wielka liczba innych lekarzy, potępiając z góry całą metodę leczniczą, bez gruntownego zbadania przedmiotu.

Nazwałem leczenie to „metodą“, gdyż razem z wprowadzeniem kwasu mlecznego całe odnośne leczenie weszło na nowe tory, powiem krótko, stało się czysto chirurgicznem. Szczegółów stosowania tej metody może się czytelnik dowiedzieć z pracy D-ra HERINGA, wygłoszonej na ostatnim zjeździe laryngologów w Paryżu [29. IV. 1886], drukowanej po francuzku w: „*Annales des maladies de l'oreille etc.*“ Nr. 7, oraz po polsku w *Medycynie* ⁴⁾.

Stosowania kwasu mlecznego przy gruźlicy nauczyłem się od D-ra JELLINKA, asystenta kliniki prof. SCHROETTER'a. Wielu chorych leczonych i wyleczonych przez niego tym sposobem widziałem i musiałem mu przyznać słuszność. Po powrocie do Warszawy, zastałem sposób ten stosowanym przez D-ra HERINGA na większą jeszcze skalę jak w Wiedniu, rozszerzoną ilość wskazań do użycia takowego, cały arsenał przyrządów i narzędzi pomocniczych.

Otrzymawszy łaskawie powierzoną mi część chorych do wyłącznego mego leczenia, stosowałem środek ten, również jak i metody dopełniające, w znacznej liczbie przypadków.

Pozostając jednak w obrębie obranego programu, przytaczam tu tylko 3 tak zwane przypadki rozpaczliwe, aby dowieść tego co powiedziałem na początku o dawniejszej bezsilności lekarza wobec chorego z gruźlicą krtani nie

¹⁾ KRAUSE. Berliner klin. Woehenschrift. Nr. 29.

²⁾ JELLINEK. Ueber Milchsäure-Behandlung; rzecz czytana 9. XI. w Tow. lek. Wied. 1885.

³⁾ HERING. Patrz niżej.

⁴⁾ *Medycyna* Nr. 24, 25, 26 rok 1886.

mogącego nie łykać i zadawalniających wynikach w tym kierunku przez zastosowanie kwasu mlecznego. We wszystkich trzech poniżej opisanych przypadkach, zapytywany przez rodzinę, stawiałem rokowanie jak najgorsze, przewidując śmierć w niedługim przeciągu czasu, a to opierając się na bardzo złym stanie ogólnym tych chorych. Szło mi tylko o to, aby stan chorych uczynić znośniejszym, aby nie zdać ich na łaskę i niełaskę losu, aby osłodzić im ostatnie dni życia, co też osiągnąłem w zupełności.

Spostrzeżenie I. Panna Kamilla S. z Płocka, 20-letnia, blada, wychudzona, skarżąca się na kaszel, bóle w piersiach i plecach, poty nocne i wreszcie na zupełną niemożność połykania, przy niezupełnie zniesionem łąknieniu. Widziałem ją po raz pierwszy 14 Kwietnia 1886 W VII. 1885 r. przeszła zapalenie płuc, od tego czasu wciąż choruje. W jesieni *haemoptoe*. Od 4 miesięcy ból gardła. Od 2 tygodni niemożność łykania, powiększająca się z każdym dniem.

Co się tyczy dziedziczności, to ojciec choruje od lat kilku na płuca, a w ostatnich czasach cierpi na ból gardła. W roku zeszłym zmarł jej starszy brat na suchoty gardlane i płucne.

U naszej chorej skóra blado-ziemista, klatka piersiowa wypukła, odstępy międzyżebrowe wciągnięte.

W prawem płucu stępienie z przodu do IV-go żebra, z tyłu poniżej kąta łopatki. Oddech oskrzelowy z masą rzężeń dźwięcznych w wierzchołku, wilgotnych, grubych w dolnych płatach. W lewym wierzchołku oddech oskrzelowy.

Krtani: nagłośnia silnie nacieczona, czerwona, wałkowato zwinięta w postaci rogala. Chrząstki nalewkowe obrzmiałe, na powierzchniach wewnętrznych owrzodzone, lewa w większym stopniu. Głębokie owrzodzenie na tylnej ścianie krtani. *in rimula*, i poczynające się brzeżne owrzodzenie na strunie prawdziwej lewej.

Migdały bolesne, nieco powiększone, pokryte grudkami twardej wydzieliny, wyglądającej w postaci czopków.

Leczenie. *Mouches de Milan* na krtani, 3 przyszczydła w odstępach tygodniowych na klatce piersiowej, poczem nieznośne bóle w tej ostatniej przeszły. W miarę poprawy połykania: *expectorantia*, *sol. arsenic.* *Fowleri*, mleko, tran, kefir i t. p..

Leczenie miejscowe krtani: w ciągu pierwszego tygodnia pędzlowałem krtani codziennie roztworem *cocaini muriatici* 20%, który znosił ból przy połykaniu na 2—3 godzin, wtedy też chora przyjmowała pokarmy. Gdy jednak leczenie miejscowe przerwano na dni 5, ból przy połykaniu powrócił w tym samym stopniu. Wobec niemożności chorej kupienia więcej kokainy, zmuszony byłem używać kwasu mlecznego bez poprzedniego znieczulenia.

Zacząłem od roztworu 25%, na drugi dzień brałem 50%, potem 75% i nareszcie czysty kwas. Nazajutrz po 4 pędzlowaniu chora nie mogła się dosyć nachwalić błogich skutków środka. Połyka bez bólu, odzyskuje dawniejsze łąknienie, wolną jest od bólów w krtani i zasychania [przykry to objaw, na który skarży się bardzo wielu chorych z suchotami gardlanemi].

Pędzlowania kwasem trwały 2 tygodnie, co chora znosiła bardzo dobrze. Jako dopełnienie leczenia miejscowego robiłem 4 razy dziennie wdechania z kwasu mlecznego [3j na 4tj]. Badanie 24. V. 1886. Bóle w piersiach przeszły. Zasychania i bólu w krtani przy połykaniu nie ma. Kaszel mniejszy. W obu wierzchołkach oddech oskrzelowy, rzężeń prawie żadnych.

Krtani. Nacieczenie nagłośni o połowę mniejsze; nagłośnia blado-różowa. Nacieczenia na chrząstkach nalewkowych znikły, owrzodzenia mniejsze, więcej powierzchowne.

Środki nie pozwalały chorej na dłuższy pobyt w Warszawie, do szpitala zaś zapisać się nie chciała. Zresztą w jej przekonaniu była już zupełnie wyleczoną, co może służyć za dowód braku podmiotowych objawów chorobowych. Chorą w tym czasie widział, i z ust jej słyszał pochwały dla kwasu mlecznego, D-r GŁUZIŃSKI ze Szczawnicy.

Jakkolwiek na stan chorej nie zapatrywałem się tak samo różowo jak ona sama i zapytany przez matkę, postawiłem rokowanie złe, uważam jednak przypadek ten za zupełnie przekonujący dowód dla mego założenia.

Po raz ostatni widziałem chorą 15. VI. 1886. W krtani stan taki sam jak dnia 24. IV., a nawet nacieczenie nagłośni jeszcze mniejsze, polyka dobrze. Stan ogólny bardzo zły, do czego przyczyniło się silne przeziębienie w podróży statkiem parowym, a następnie potłuczenie się na bruku, gdy chora, chcąc wyskoczyć z tramwaju, upadła na wznak.

Na zarzut, któryby mi można było zrobić, a mianowicie, czy *dysphagia* usunięta za pomocą kwasu mlecznego, nie wróci wkrótce, odpowiem, że gdyby nawet i tak było, to przedtem nie mieliśmy żadnego środka [nie licząc narkotyków działających chwilowo], który by to mógł uczynić na czas choćby kilkotygodniowy.

W opisanym przypadku miałem sposobność widzieć chorą kilka razy od czasu przerwania systematycznego miejscowego leczenia, po raz ostatni w miesiąc po ostatniem pędzłowaniu kwasem mlecznym, ból przy polykaniu jednak nie wrócił.

Spostrzeżenie II. Finkelstein Abraham, kupiec, lat 30, żonaty. Przybył do szpitala S-go Rocha na oddział D-ra HERINGA dnia 9. IV. 1886.

Szczupły, wyniszczony, oddawna kaszlący, od miesiąca ma rozwolnienie, silny ból w gardle przy polykaniu, gorączka.

Dosyć rozległe nacieczenia w szczytach obu płuc, oddech oskrzelowy, miejscami objawy poczynającego rozpadu.

Krtan. Rozległe, łatwo krwawiące owrzodzenie górnej i tylnej powierzchni nagłośni. Silne surowicze nacieczenie obu chrząstek nalewkowych, dochodzące wielkości małych wisien. W mniejszym stopniu nacieczenie tylnej ściany krtani.

Z powyższego obrazu widzimy, że należało stosować leczenie czysto objawowe, o innem bowiem mowy być nie mogło.

Uwzględnię tu tylko leczenie stosowane przeciw niemożności polykania.

Najprzód zaleciłem duże pryszczydło na krtan i codziennie pędzlowałem krtan 20% roztworem kokainy i to w ciągu dni 10, poczem przystąpiłem do użycia kwasu mlecznego po poprzedniem znieczuleniu kokainą.

20. V. 1886. Pędzłowanie *ac. lactico* 75%.

21. V. 1886. " " " czystym.

22. V. 1886. " " " " "

Po tych pędzłowaniach wrzody przestały krwawić.

Dnia 23. V. zastosowałem kwas mleczny 75% bez kokainy.

24. V. *Ac. lacticum purum* i to już nie pędzłowanie, ale bardzo energiczne wcieranie.

Takież wcieranie powtórzono jeszcze razy trzy, poczem obrzęki chrząstek nalewkowych i tylnej ściany zmniejszyły się znacznie, owrzodzenia zaś nagłośni zaczęły się goić po brzegach, stały się znacznie płytsze i czyste. Przełykanie zupełnie niebolesne, pomimo że od dni kilku nic miejscowo nie stosowano.

25. V. Chory na żądanie rodziny wypisał się ze szpitala w celu wyjazdu na wieś.

Spostrzeżenie III dotyczy niejakiego Goldwaga z Lublina lat 37, subjekta handlowego, żonatego, chorego na płuca od lat 15, na gardło od 6 miesięcy. Chory

zapisał się do szpitala dnia 10 Maja 1886 r. Stan jego bardzo ciężki; chory wyniszczony, gorączkuje, ciągle kaszel, *haemoptoe*, chrypka, ogromny ból w krtani, zupełna niemożność połykania ani twardych ani płynnych nawet pokarmów. Ten najwyższy stopień trudności połykania trwa od tygodnia.

W obu płucach znaczne zmiany; nasięki całego prawego płuca z przodu i z tyłu, w lewym zajęty głównie górny płąt. Wszędzie przy wysłuchiowaniu liczne rżżenia dźwięczne, w lewym płucu z tyłu tylko oddech oskrzelowy.

Krtani. Cała sprawa w okresie rozpadu. Na pierwszy rzut oka wszystko pokryte ropą. Po odkaszlnięciu i zebraniu resztek ropy pędzelkiem znajdujemy: Górna połowa nagłośni zniszczona zupełnie, na całej przestrzeni wrzód z ziarninującą powierzchnią, łatwo krwawiącą. Głęboki wrzód *in rimula*. Górne powierzchnie chrząstek nalewkowych i obie struny prawdziwe owrzodzone. Wysoki, rzucający się od razu w oczy, stopień niedokrwistości błony śluzowej jamy ust.

Leczenie miejscowe.

11. V. Pędzlowanie krtani kokainą.

12. V. Po zakokainowaniu pędzlowanie *ac. lactico* 50%.

13. V. Kokaina i 75% *ac. lactici*.

14. V. „ czysty kwas mleczny.

Toż samo, dnia 15, 16 i 17. V.

Przelykanie poprawiało się potrochu z każdym dniem, wrzody jednak nagłośni wciąż łatwo krwawią.

Od dnia 18. V., po zastosowaniu kokainy, wcierałem w same owrzodzenia kwas mleczny czysty bardzo energicznie, pomimo to krwawienia nie było. Pędzelek z waty został po tem wcieraniu zabarwionym na kolor ciemno-brązowy, co widziałem zwykle przy mieszaniu się krwi z kwasem mlecznym.

19. V. Wcieranie kwasu 75% bez kokainy, 20, 21, 22, 23 i 24 wcierano kwas stężony, zawsze już bez kokainy, co chory zawsze dobrze znosi.

Bóle w krtani tak samodzielne jako też przy przelykaniu znikły. Połykać chory może bez żadnego trudu pokarmy stałe, płyny zaś z trudnością, gdyż przy tak obszernem zniszczeniu nagłośni, każdy płyn obciekając w krtani, wywołuje natychmiast kaszel i krztuszenie się.

Oprócz pędzlowań stosowałem tutaj kwas mleczny i w wdechaniach po 4 razy dziennie, pierwotnie z 5s na 46j, później 3j—46j w końcu 3jj—46j.

25. V. Chory wypisał się ze szpitala w celu wyjazdu na wieś. Stan ogólny zły.

27. V. Widziałem chorego po raz ostatni, od 3 dni nie był miejscowo leczony, łyka dobrze. Chory jest ze swego stanu dosyć zadowolony, na żadne bóle nie narzeka. Rokowanie jednak co do życia i w tym przypadku jak najgorsze.

W krtani wrzody popodgajane z brzegów, nie ropiejące, wrzód *in rimula* o wiele płytszy. Owrzodzenia strun głosowych niezmiennione.

Ograniczyłem się tymczasem na przytoczeniu 3 tylko spostrzeżeń na poparcie moich wniosków i to przypadków najcięższych, w których doprowadzenie do tego, że chory mógł przelykać, było już wielkiem zwycięstwem na polu leczenia.

Bez porównania większa ilość przypadków leczonych tą metodą będzie użytą na innem miejscu; ponieważ dały one o wiele pomyślniejsze wyniki nad zniesienie trudności połykania, kwalifikują się zatem do innej rubryki.

Zaznaczyć mi tu wypada, iż z początku stosowałem pędzlowania kwasem mlecznym dosyć delikatnie, później jednak, idąc za wskazówkami D-ra HERRING'a, zacząłem go bardzo energicznie wcierać, szczególnie zaś przy postaciach naciekowych gruźlicy i wtedy otrzymywałem pożądaną skutek daleko szyb-

kiej, zwłaszcza gdy wcierania owe poprzedzałem licznymi nacięciami odnośnych tkanek. Wogóle przyszedłem do wniosku, iż kwas mleczny jest środkiem, który w zupełności zasługuje na to, aby jak najszersze koło kolegów zajęło się zbadaniem i stosowaniem go i w tym też celu gorąco go polecam.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO KOBIECEGO W SZPITALU DZ. JEZUS.

II. TRZYDZIEŚCI SZEŚĆ PRZYPADKÓW PRZETOK MOCZOWYCH.

Podał

Władysław Matlakowski,
ordynator tegoż oddziału.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 42].

O p e r a c y j a. Okrwawiwszy *per transfacionem* dolny brzeg przetoki, starałem się starannie okrwawić brzeg prawy bliznowaty i prawie niepodatnie przyrosły do kości i części głębszych; następnie wprowadziwszy zgłębnik do prawego moczowodu, okrwawiłem brzeg górny, starając się przytem ściąć bliznowato-zmienioną błonę śluzową pochwy, aby przy ściągnięciu nici i zbliżeniu okrwawionych brzegów, kącik zawierający ujście moczowodu wwinął się do pęcherza i nie został wciągnięty w szew. Okrwawiwszy w ten sposób $\frac{2}{3}$ części prawe przetoki, przeprowadziłem nici, co było bardzo trudnem zwłaszcza w samym kącie prawym; tutaj z powodu bliznowatości i przyrośnięcia tkanek nie ma prawie za co ująć; nadto ponieważ bardzo cieniutka warstwa oddziela powierzchnię rany od zgłębnika tkwiącego w moczowodzie, musiałem i tu bardzo płytko przebić igłą, aby nie przebić i nie zająć moczowodu w szew. W ten sposób mozolny nałożyłem 5 szwów z *fil de Florence*. Wiązać zacząłem od lewej strony, jako lżejszej, z powodu że w środku przetoki łatwiej zbliżyć jej niepodatne brzegi; zbliżenie w prawym kącie było bardzo trudne; przy tej czynności jedna nitka pękła z powodu niepodatności tkanek; przeprowadziłem inną nitkę i zawiązałem ją.

Z powodu napierania na mocz i boleści w brzuchu, zdjąłem szwy wcześniej niż zwykle, bo 4 dnia, przy czem przekonałem się, że zeszyte brzegi trzymają się siebie, było to jednak połączenie za delikatne w stosunku do naprężenia zbliżonych, a mających dążność do rozejścia się tkanek; to też nie wytrzymało ono i wszystkie szwy puściły.

2. Kiedy już okrwawione brzegi się zbliżyły d. 22. IX. 1885 r. przystąpiłem do całkowitego zaszycia dziury; wprowadziwszy zgłębniki do obu moczowodów, aby je napewno ominąć przy okrwawianiu i szyciu, gruntownie obraniłem brzegi, a mianowicie górny wzdłuż szlaku bliznowatego pozostałego po rozcięciu przegrody wyżej wzmiankowanej, z boku aż na ścianach pochwy, przyrosłych i nie podatnych; trudności, w jakich odbywało się to okrwawienie, trudno jest przedstawić w opisie. Wtedy zwyczajną igłą zakrzywioną, ujętą w zwyczajne *porte-aiguille* COLLIN'a, zbliżyłem brzegi 5 szwami jedwabnymi i pokonawszy nierozciągliwość ich, zawiązałem nitki przy wielkiem napięciu tkanek, zwłaszcza w kątach. Ponieważ zdawało mi się, że cewnik NELATON'a skutkiem ścisnienia

nie pełnił swojej czynności po pierwszej operacji, wprowadziłem srebrny *à demeure* z nadzianą na wylot rurką gumową do odprowadzania moczu do miseczek. Po tej operacji pozostało mocne zrosnięcie się brzegów defektu w środku, oraz dwa otwory, lewy—większy i prawy—mniejszy w obu końcach szwu na około wylotów moczowodów, gdzie z powodu przyrośnięcia i bliznowatości tkanek nie było zkład tkanki naciągnąć. Dość powiedzieć, że napięcie było i w środku tak znaczne, że na powierzchni pochwowej mostka powstałego po operacji stale robiło się złuszczenia nabłonka, skutkiem rozciągania nowoutworzonej tkanki zczepiającej zeszyte brzegi.

3. 7. XI. 1885 r. starałem się zagoić prawą dziurę, okrwawiwszy brzegi i zespoiwszy je 5-u szwami *fil de Florence*; operacja ta nie osiągnęła celu, gdyż powstały u chorej silne wydymania się, bóleści i kurczenie się pęcherza, zmierzające do wypychania cewnika.

4. 5. XII. 1885 r. zaszyłem prawą przetokę 3-ma szwami z *fil de Florence* i jednym jedwabnym; tym razem udało mi się znacznie zmniejszyć dziurę. Po tej operacji stan przetoki przedstawiał się w następujący sposób: środkiem byłego defektu most z mocnej tęgiej tkanki powleczonej już teraz mocnym nabłonkiem; z prawej strony tego mostu malutka dziureczka, wypełniona widoczną czerwoną brodawką zawierającą ujście moczowodu, przepuszczającą cienki zgłębnik; z lewej zaś dość duża dziura, również z ujściem moczowodu w górnym brzegu.

5. 18. I. 1886 r. chcąc nadać tkanki dla załatania dziury lewej, okrwawiłem dolny brzeg, tak, że przy naciągnięciu otrzymałem miękką, ukrwioną tkankę prawie niedaleko wchodu pochwy i zbliżyłem go do niepodatnego twardego brzegu górnego 3-ma szwami z *fil de Florence*. Mimo to naciągnięcie było tak znaczne, że zbliżone brzegi po zdjęciu szwu 7-go dnia napowrót się oderwały od siebie.

6. Dotychczas okrwawiałem i szyłem tak, że przed i po okrwawieniu miałem do czynienia z otworami poprzecznymi, że zatem były dwa brzegi górny i dolny, które spajałem, przytem górny twardy i nieruchomy, dolny miękki i podatniejszy, po zawiązaniu nici, wciągał za sobą w głąb aż błonę śluzową wchodu do pochwy. Przez pewien czas miałem zamiar wybrać ztąd płat na szpulce i przekreśliwszy go zakryć brak lewy; atoli zmieniłem ten plan i poświęcając szerokość pochwy w d. 9. II. 1886 r. okrwawiłem brzegi lewej dziury więcej w kierunku osi pochwy, poczem zeszyłem otrzymane brzegi z prawa na lewo, starając się ominąć ujście moczowodu do pęcherza. Po tej operacji pozostała malutka dziureczka na wprost ujścia moczowodu.

7. 4. V. 1886 r. w podobny sposób, t. j., że po okrwawieniu pozostała szczelina podłużna równoległa do osi pochwy, zaszyłem 4 szwami jedwabniami prawą przetokę, z pomyślnym skutkiem.

8. Nakoniec 20. V. 1886 r. w taki sam sposób udało mi się zamknąć tylokrotnie zeszywaną lewą przetokę 4-ma szwami z jedwabiu.

Nie potrzebuję dodawać, że przez czas swego długiego, bo 344-rodniowego pobytu w szpitalu, przy ciągłym użyciu kąpeli ogólnych i nasiadowych, przy częstem wprowadzaniu wzierników, przestrzykiwaniu i t. p., zwężona pochwa rozszerzyła się na wysokości byłej rozciętej przegrody; ukazała się część pochwowa, porożywana na zrazy. wreszcie powróciła miesięczka po 2-letniej nieobecności, tak, że chora opuściła szpital w d. 30 V. 1886 r. całkowicie uleczona.

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

Łaskiewiczowa Tacjana, 22-letnia, żona włościanina z Prużańskiego, przybyła do szpitala 18. V. 1886.

A n a m e z a. 3 miesiące temu odbył się poród, który trwał 3 doby i ukończył się urodzeniem niezwygłego płodu, donoszonego; chora dostała dreszczy, go-

rączki i zmuszona była leżeć 4 tygodnie; w drugim tygodniu zauważyła, że mocz wypływa pomimo jej woli. Pierwszy poród odbyła rok temu, trwał on 2 doby i także ukończył się urodzeniem martwego płodu.

Stan ogólny; niska, proporcjonalnie zbudowana, drobnej budowy, dobrego odżywiania.

Miednica wąskiego typu; zwężenie 1-go stopnia. *Eczema* warg sromnych.

Dostęp łatwy; wejście do pochwy obszerne i podatne.

Przetoka duża, przepuszcza kilka palcy, dolny brzeg miękki, podatny, znajduje się ponad *orificium vesicale urethrae*, górny w części utworzony przez część pochwową; przetoka przedstawia się w postaci długiej poprzecznej szpary, głównie w prawej połowie przedniej ściany pochwy. Inne ściany pochwy normalne.

Część pochwowa zraziasta; usta maciczne rozdzielone, błona słuzowa czerwona.

Operacja, 20. V. 86, po obszernem okrwawieniu brzegu, zespołem je 7 szwami jedwabnymi; 7-go dnia zdjąłem szwy, przetoka była zagojoną i chora 29. V. opuściła oddział zdrową.

Spostrzeżenie XXVII. *Fistula vesico-uretro-vaginalis profunda; consutio; sanatio.*

Jędrasikowa Karolina, 26-letnia żona włościanina z Zameczka z pow. Opoczyńskiego, przybyła do szpitala 28. V. 86.

Anamneza. W Październiku odbyła pierwszy poród, który trwał 3 dni i ukończony został przez lekarza kleszczami; powodem opóźnienia porodu miało być zbyt wczesne przerwanie pęcherza przez babę; dziecko wydobyte zostało nieżywe. Chora przez pewien czas gorączkowała, a w tydzień po porodzie ukazał się mocz pomimowolnie.

Stan ogólny. Mniej niż średniego wzrostu, drobnej budowy ciała, średniego odżywiania.

Miednica zwężona $\left\{ \begin{array}{l} d. \textit{intercristata} \text{ 25,5.} \\ d. \textit{interspinalis} \text{ 21,5.} \\ d. \textit{Baudelocque'i} \text{ 17.} \end{array} \right.$

Dostęp wygodny, *eczema* warg.

Wejście do pochwy obszerne; ścianki pochwy normalne, rozciągliwe; głęboko znajduje się część pochwowa w lejkowatym zagłębieniu; wargi zrazowato podzielone; w samej wardze przedniej, a raczej w bródzcie bliznowatej dzielącej tę wargę na zrazy, znajduje się przetoka okrągła, przepuszczająca cewnik, o twardej grubych, brzegach. Tuż zaraz zgłębnik wchodzi w kanał szyjki macicznej.

1-a operacja. 30. V. 1886 zastosowawszy wziernik NEUGEBAUERA po okrwawieniu brzegów i ścian kanału przetoki, zeszyłem je 3 nitkami jedwabnymi; ściągnięcie macicy, pomimo przeprowadzenia przez wargę tylną pętlicy z jedwabiu, było w tym przypadku niemożliwe, prawdopodobnie z powodu zrostów powstałych w okresie połogowym, utwierdzających macicę.

W kilka dni po operacji mocz zaczął się sączyć przez pochwę, a gdy w 7 dni zdjęto szwy, okazała się przetoka, przepuszczająca zgłębnik.

10-go VI. Chora miała dreszcz, i wieczorem ciepłota doszła do 40° C. 11-go brak łaknienia, osłabienie, ból w dolnej części brzucha, który jest miękki, a nawet wiotki; język czysty; ciepłota zrana prawidłowa. wieczorem 39° C. 12-go stan taki sam, śledziona nie powiększona, brzuch bolesny przy macaniu, wiotki, dreszczyki, ciepłota zrana 39° C., wieczorem 39° C.; stan taki trwał przez 13. i 14. VI., 15. ciepłota się obniżyła i odtąd stan chorej polepszał się z każdym dniem.

2-a operacja, d. 23. VI. 1886, wyciąwszy bliznowatą ściankę przetoki i przez to okrwawiwszy należycie przetokę, przy pomocy wziernika SIMS'a zeszyłem 3 brzegi szwami jedwabnymi. Zaraz po operacji wystąpiła tak znaczna drażliwość pęcherza, że peryjodycznie mocz przez cewkę cewnika wypły-

wał, przyczem występował silny ból w brzuchu, wyjąłem tedy cewnik, poczem chora co $\frac{1}{2}$ godziny uczuwała ból i musiała oddawać moc. Stopniowo odstępy między skurczami stawały się coraz dłuższe, a ból coraz mniejszym. 9-go dnia po operacji zdjąłem szwy, przetoka była zagojoną i chora opuściła szpital zdrowa d. 8. VII. 1886 r.

Spostrzeżenie XXVIII. *Fistula vesico-vaginalis. Atresia vaginae. Destructio e atrophia uteri. Atresia urethrae, colpocleisis.*

Staśkiewiczowa Aniela [kurpianka] 34-letnia, z Rząśnika z pod Wyszkowa żona włościanina, przybyła do szpitala d. 19. V. 1886 r.

A n a m n e z a. Pierwszy poród odbyła w Nowy-Rok, trwał 2 doby i ukończył się urodzeniem martwego płodu; lekarza nie było; baba coś dłubała w niej. W końcu drugiego tygodnia zaczęła mocz wypływać pomimo woli. Kiedy dostała miesięczki, chora nie pamięta; obecnie od czasu porodu miesięczki nie miała.

S t a n o g ó ł n y. Niskiego wzrostu, wybornego odżywiania, dobrej budowy.

M i e d n i c a. *D. intercristata* 22 $\frac{1}{2}$; *d. interspinalis* 18; *d. intertrochanterica* 26; *diameter Bandeloque'i* 17 $\frac{1}{2}$.

D o s t ę p dość łatwy. **W e j ś c i e** do pochwy ciasne i mało podatne, skutkiem rozlanego bliznowatego zwyrodnienia tylnej i bocznych ścian pochwy. Ta ostatnia, skutkiem tej samej przyczyny, ciasna i otworem tychże rozmiarów, co sama, łączy się z pęcherzem, bez żadnej granicy, w kształcie sierpa, fałdy i t. p. Granicę tę oznacza tylko różnica w barwie, błona śluzowa bowiem pochwy jest biała, skutkiem bliznowatego zwyrodnienia, a pęcherza różowa. Dolny brzeg przetoki znajduje się na wysokości *orificium vesicale urethrae*, tworzy on twardy, bładny sierpowaty fałd.

M a c i c y wcale nie widać, ani nawet śladu zarośnięcia w kształcie zagłębienia, *recessus*, lub t. p. czegoś; palcem również nie można nic wymacać. Dopiero przy wprowadzeniu jednego palca do odbytnicy, a drugiego przez pochwę, i przetokę do pęcherza, wyczuwa się nieco napravo od płaszczyzny pośrodkowej ciała, twór podługowaty, wałkowany, twardy, grubości orzecha laskowego, w którym z trudnością udaje się rozpoznać macicę.

Przy wprowadzeniu cewnika do cewki, a palca do pęcherza, przekonywamy się, że *cewka moczowa* na wysokości *orificium vesicale* jest zarośniętą.

P r z y g o t o w a n i a. Po dokładnem obmyciu szczotką wodą z mydłem i przyszczyknięciu sublimatem, przebiłem zarośniętą cewkę najprzód zgłębnikiem macicznym, potem cewnikiem metalowym; przez codzienne wprowadzanie cewnika utrzymywało się otworzony otwór, aby nie zarósł.

O p e r a c y j a I. 5. VI. 1886. Okrwawiłem starannie ściany pochwy na wysokości dolnego brzegu defektu, tak że pozostała rana pierścieniowata, poczem tylną ścianę zeszyłem z przednią 5-ciu szwami jedwabnemi. *Cul-de-sac* wysypałem jodoformem, do pęcherza wprowadzono na stałe cewnik metalowy z dopasowaną rurką kauczukową, celem zapobieżenia ściśnięciu i zamknięciu jego światła na wysokości byłego zarośnięcia cewki. Przy okrwawianiu tylnogórnej ściany, obnażoną została tkanka zmarniałej macicy, którą można było rozpoznać po gruczołowo-twardej budowie i krwawieniu daleko żywsem od otaczających okrwawionych miejsc.

Chora po operacji dopiero przyznała się, iż w przeddniu operacji już miała ziębienie i ból głowy. Wieczorem ciepłota 39,4° C., 6-go zrana 39° C., wieczorem 39,6° C., twarz pała, policzki czerwone, język podsyca, ogólne osłabienie; od czasu do czasu zjawia się potrzeba oddania moczu i wtedy rżnięcie. Zresztą brzuch mały, miękki, flakowaty. 7-go zrana 39° C., wieczorem 39° C., 8-go zrana 38,6°, wieczorem 39,2° C., 9-go rano 38,4° C., wieczorem 38° C., 10-go rano 37,5°, wieczorem 38,6° C.

12-go VI. Zdjęłem szwy, w parę dni potem zauważyła chora, że mocz się przesącza. W rzeczy samej w środku szwu okazała się malutka dziurka odpowiadająca właśnie punktowi skrzyżowania jednego szwu z linią zetknięcia brzegów przetoki. 15-go i 28-go przypaliłem brzegi przetoki zgłębnikiem rozpalonym do czerwoności, w nadziei że się maluteczki otworek zagoi bez ponownej operacji. Gdy atoli mimo to przez minimalną przetokę mocz wypływał całkowicie podawnemu — d. 3. VII. 1886 wykonałem 2-gą operację, przy której wyciąłem ścianki lejka, na dnie którego widać przetokę i spoilem wargi rany 3-ma jedwabnymi szwami. Po zdjęciu szwów 7-go dnia znalazłem przetokę zagojoną poczem chora opuściła szpital zdrową.

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

Mieleska Wiktoryja, 31-letnia niezamężna, wyrobница z Przasnysza, przybyła do szpitala 3. VI. 1886 r.

A n a m n e z a. 7 lat temu urodziła dziecko żywe i donoszone. Drugi i zarazem ostatni poród odbyła w Grudniu 1885 r., był on bardzo trudny, trwał 3 doby i ukończył się cokolwiek przedwczesnem urodzeniem martwego płodu. Lekarz był, ale jakoby nie niósł czynnej pomocy; mocz zaczął wypływać zaraz po porodzie pomimo woli.

S t a n o g ó l n y. Małego wzrostu; zaduża głowa w porównaniu z drobnymi członkami, mierne odżywianie.

M i e d n i c a zwięzła we wszystkich rozmiarach. **D o s t ę p** łatwy. **W e j ś c i e** dość ciasne. *Eczema* warg.

P r z e t o k a przedstawia się w kształcie ogromnej dziury, wielkości wchodu do pochwy i głównie znajduje się w prawej połowie pochwy; dolny jej brzeg utworzony z bladej bliznowato zmienionej, ale miękkiej błony śluzowej, która wyniętą jest nakształt wałka w stronę pęcherza, tak dalece, że nawet przy ujęciu w kleszczyki i haczyki Sims'a zobaczyć przejścia błony śluzowej pochwy w błonę śluzową pęcherza nie można. Brzeg prawy dość twardy i mało podatny, przytwierdzony do ścian miednicy, a ku dołowi zbiegając w kształcie fałdy za brzeg dolny, przyczepia się do spojenia łonowego. Brzeg lewy miękki i dość gruby; można w nim dojrzeć, po peryjodycznych wytryskach moczu, ujście lewego moczowodu. Brzeg górny gruby, bliznowaty, oddzielony nieznacznej szerokości białym rąbkim blizny od części pochwowej.

C z ę ś ć p o c h w o w a z prawej strony płaszczyzny sagitalnej w rodzaju lejka, zrazowata, poszarpana, daje się ściągnąć. Jama pęcherza obszerna.

Chora przybyła do oddziału w czasie miesiączkowania.

O p e r a c y j a. Dnia 8. VI. 1886 r. skutecznym mozołnem okrwawieniem brzegów, zwłaszcza górnego z powodu bliskości macicy, prawego z powodu jego niepodatności, oraz nadewszystko dolnego z powodu jego wwnięcia, poczem nałożyłem 11 szwów jedwabnych. 4 szwy środkowe przeprowadzić wypadło przez przednią wargę macicy. Macicę a zatem i brzeg dolny ściągnęłem za pomocą nitki przeprowadzonej przez tylną wargę.

Po zdjęciu szwów, 15. VI. przetoka okazała się zagojoną i chora 26. VI. opuściła szpital uzdrowioną.

Spostrzeżenie XXX. *Duo fistulae vesico-utero-vaginales superficiales; consutio; sanatio.*

Słażyńska Paulina, 38-letnia, żona wyrobownika z Mińska Podlaskiego, przybyła do szpitala d. 19. VI. 1886.

A n a m n e z a. Przed 3 miesiącami odbyła trzeci poród, który trwał 2 doby, po wyczerpaniu się bólów ukończony być musiał kleszczami, za pomocą których wydobyto dziecko nieżywe, donoszone, poczem mocz wkrótce zaczął wypływać; poród był ciężki i długi, a gdy wstała z łóżka pozostało osłabienie w nogach, oraz bóle w krzyżu.

S t a n o g ó l n y. Wzrostu niskiego, bo 138 ctm., dość otyła, osłabiona tak, że chodzi z pomocą służby.

Miednica zwężona, *diameter interspinalis* 20, *d. intercristata* 23 ctm., *diameter Baudelocque'i* 16½.

Dostęp łatwy, wejście do pochwy obszerne, zmiana zabarwienia skóry na wargach sromnych większych, jako ślad przebytej ekcemy.

Przetoka przedstawia się w kształcie poprzecznej szczeliny, której dolny brzeg gruby, mięsisty; górny, pokryty jeszcze ziarniną, stanowi warga przednia macicy; kąt lewy zaokrąglony; w kącie prawym ostrym oddzielona jest część przetoki mostkiem, przez co powstała mała przetoka, przepuszczająca zgłębnik; większa przepuszcza wygodnie palec.

Część pochwa poroządzona brózdami na zrazy, czerwona, łatwo krwawiąca; kanał macicy rozszerzony.

Operacja. D. 22. VI. 1886. okrwawiwszy szeroko brzegi przetoki, zeszyłem je 6 szwami jedwabnymi.

Zaraz po operacji ukazał się wypływ krwawy z pochwy, który z początku uważałem za następstwo operacji [okrwawienie brzegów przetoki], gdy jednak trwał kilka dni, wypadło odnieść go na karb miesiączki.

W sześć dni po operacji zdjąłem szwy i znalazłem przetokę zarośniętą, chora jednak z powodu słabości musiała pozostać pewien czas w szpitalu; przepisana w d. 8. VII na salę chorych wewnętrznych.

Spostrzeżenie XXXI. *Fistula urethro-vesico-vaginalis; reconstructio urethrae; sanatio.*

Gałęcka Maryjanna, 26-letnia, żona włościanina z Żelechowa [z Grojeckiego] przybyła do oddziału d. 26. VI. 1886.

Anamneza. Przed 12 tygodniami odbyła 1-y poród, który trwał 2 doby i ukończony został przez wiejską babę przez wyciągnięcie płodu nieżywego, donoszonego, będącego w położeniu pośladowym, za pomocą haka od drzwi, który zakładała kilkanaście razy.

Stan ogólny. Zdrowa, doskonale odżywiana, kwitającego wyglądu, średniego wzrostu, dobrej budowy.

Miednica wymiar międzykolkowy 21½, między grzebieniami kości biodrowych 26½, między krętarzami 32, *diameter Baudelocque'i* 19. Godną uwagi jest znaczna szerokość spojenia łonowego, tak, że w wychodzie miednica jest nieco zwężoną.

Dostęp łatwy; wejście do pochwy dość obszerne; obszerne blizny po byłym pęknięciu kroczka i tylnej ściany pochwy. Z cewki moczowej pozostała tylko okrajka naokoło *orificium externum*, szerokości ¼ ctm., zresztą brak jest całej ściany cewko-pochwowej, oraz części dolnej przegrody pęcherzo-pochwowej; powstały brak ma kształt rombu, którego dłuższa przekątnia = 3½ ctm., a krótsza poprzeczna 2 ctm.. Dno tego braku stanowi czerwona błona śluzowa górnej ściany cewki; po brzegach widać blizny jako ślad połączenia tej błony z błoną śluzową pochwy, która na szczęście nie uległa bliznowatemu zwyrodnieniu. Powyżej górnego końca przetoki, na przedniej ścianie pochwy, widać szeroki szlak bliznowaty, w kształcie wyraźnej brózdy, ograniczonej grubymi wałkami błony śluzowej. Część pochwa znajduje się z lewej strony, jest ona wyraźnie powiększoną. W wardze przedniej widać głęboką brózdę, która w sklepieniu przednim przedłuża się w wyższ wzmiankowany szlak bliznowaty. W ten sposób na pewno powiedzieć można, iż po ześlizgnięciu się haka z płodu, baba zawadziła nim o macicę, rozdarła takową w dolnym odcinku, dalej głęboko uszkodziła sklepienie, dalej ku dołowi zaś rozdarła przegrodę pochwo-pęcherzową, oraz cewkę prawie całkowicie, tak, że rozerwaniu wymknął się tylko sam otwór zewnętrzny cewki.

Operacja. 28. VI. w położeniu chorej *à la vache*, okrwawiłem w górnej części brzegi przetoki przez skrajanie blizn, w dolnej celem oszczędzenia tak błony

cewki jak i pochwy, rozdzieliłem wzdłuż śladu zrośnięcia się tych błon brzeżi przetoki, tak, że powstały dwie wargi, które rozwinięszy zeszyłem tak, aby się zetknęły powierzchnie okrwawione błon śluzowych pochwy ze sobą. Wszystkich szwów nałożyłem 11; po zeszyciu powstała linia zetknięcia brzegów równoległa do podłużnej osi pochwy, nieco na lewo od płaszczyzny sagitalnej. Ażeby jak najmniej drażnić zaszytą cewkę, mocz wypuszczono w 4—5 godzin; przebieg był zupełnie pomyślny, a gdy 5. VII zdjąłem szwy znalazłem przetokę zagojoną na całej przestrzeni, z wyjątkiem otworu przy samym wylocie cewki, gdzie był nałożony ostatni szew. Chora mimo to najdokładniej zatrzymuje mocz w pęcherzu i dowolnie oddaje go co kilka godzin. Wyszła 9. VII.

Przypadki nieoperowane.

Chociaż właściwie przypadki te leżą poza obrębem zakreszonej pracy, wspomnę o nich pokrótce, ażeby w ten sposób przedstawić całość materiału, jaki był w moim oddziale w zakresie przetok moczowych, a zarazem ażeby z jednej strony usprawiedliwić się, iż nie trudność przypadku, ale inne względy wpłynęły na usunięcie się chorych ze szpitala, jak z drugiej strony aby przekonać, iż przypadki operowane nie były wcale łżejsze od nieoperowanych.

Spostrzeżenie XXXII. *Fistula vesico-utero-vaginalis superficialis; sanatio spontanea.*

Beniek Agnieszka 28-letnia, służąca, nie zamężna, przeniesiona z kliniki położniczej 4. IV. 1883, gdzie d. 10 III. tegoż roku odbyła ciężki poród, podczas którego, gdy płód donoszony w pierwszym położeniu czaszkowym się znajdujący, nie mógł z powodu zwężenia drugiego stopnia miednicy (*c. vera* 9½ ctm.) urodzić się silami natury, wykonano trepanację, zgruchotanie czaszki i wyciągnięcie hakiem. Według karty szpitalnej, mocz zaczął wypływać pomimowolnie 9-go dnia po porodzie.

Przy badaniu znalazłem, oprócz ekcemy, powierzchownych owrzodzeń we wchodzie do pochwy, oraz całkowitego pęknięcia krocza aż do obrączki stolcowej, przetokę pęcherzo-maciczno-pochwową, owalną, mającą w średnicy poprzecznej 5 ctm., o brzegach grubych pokrytych granulacjami.

Chora dostawała codzień albo kąpiel ogólną, albo nasiadkową; stopniowo otwór przetoki się zmniejszał, potem chora zaczęła oddawać mocz dowolnie, a 2 VII., przed wypuszczeniem chorej ze szpitala, znalazłem stan następujący: na dnie dość obszernej i głębokiej pochwy widać ciasny *cul-de-sac*, a w nim część pochwową zmienioną, owrzodzoną, w kształcie czerwonej brodawki. Na miejscu przetoki blizna, w której nie można odszukać otworu; ani mocz, ani woda zabarwiona mlekiem, przy wstrzykiwaniu do pęcherza, nie przechodzą do pochwy, n a s t ą p i ł o w i ę c s a m o i s t n e u z d r o w i e n i e .

Spostrzeżenie XXXIII. *Fistula vesico utero-vaginalis superficialis.*

Dudziec Paulina 22-letnia służąca, przybyła do oddziału d. 12. IV. 1883 r. Przed kwartałem odbyła pierwszy poród, który trwał trzy doby i ukończony został przez wydobycie kleszczami nieżywego płodu. Obszerna ekcema na pośladkach; wejście do pochwy i sama pochwa tak wązka, że z trudnością przepuszczają dwa palce; ścianki niepodatne. P r z e t o k a owalnego kształtu, przepuszcza dwa palce; górny brzeg stanowi w części macica. *Portio vaginalis* ukryta w lejkowatym zagłębieniu pochwy.

Za pomocą kąpeli ciepłych, przestrzykiwania pochwy i wprowadzania wziernika, przygotowywałem do operacji; podczas mojej jednak nieobecności latem została przez władzę wypisaną dla nieporządków, jakich w oddziale była powodem d. 2. IX. 1883 r.

Spostrzeżenie XXXIV. *Fistula-vesico-et recto vaginalis; stenosis vaginae.*

Rodkiewicz Maryjanna 23-letnia, zamężna, przybyła do szpitala d. 23. VIII. 1883, przed 4-ma miesiącami odbyła poród, podczas którego pochwa uległa straszemu zniszczeniu, następstwem którego była: 1) przetoka odbytnico-pochwowa znajdująca się na 3 ctm. ponad sromem; 2) obszerny brak w przegrodzie pochwo-pęcherzowej, tak że tylko ocalała dolna część tylnej ścianki cewki, szerokości $\frac{1}{2}$ ctm.; 3) wysokiego stopnia zwężenie wejścia i samej pochwy, której ścianki twarde, nierozciągliwe, owrzodzone, krwawią łatwo i utrudniają badanie; kał i mocz odchodzą pomimo woli chorej.

Właściwie stan chorej wymagał tymczasem czystości, obmywania, przestrzykiwania, póki czas niezagoiłby owrzodzeń ścian pochwy, poczem dopiero możnaby przystąpić do 'zaszycia przetoki odbytnico-pochwowej oraz do zaszcycia pochwy, chociaż byłaby to operacja nadzwyczaj trudna, z powodu wazutkiego paska, jaki pozostał z tylnej ścianki cewki. Chora opuściła szpital d. 12. IX. 1883 r.

Dwa następujące przypadki zdarzyły się w czasie mojej dłuższej nieobecności w Warszawie.

Spostrzeżenie XXXV. *Fistula utero vesico-vaginalis superficialis.*

Wisztal Agnieszka, 43 letnia wyrobница przybyła do oddziału d. 6. V. 1885 roku, t. j. w czasie mojej bytności za granicą. Przed pół rokiem odbyła 12-y poród, który trwał trzy doby, gdy zaś wyczerpały się siły rodzącej, baba wiejska wyciągnęła nieżywe dziecko. Poprzednie porody zakończyły się szczęśliwie. Przy badaniu znaleziono przetokę pęcherzo-maciczo-pochwową, mającą w średnicy 2 ctm., o brzegach twardych nierównych.

Chora nie zgodziła się na operację i opuściła szpital d. 28. V. tegoż roku.

Spostrzeżenie XXXVI. *Fistula vesico-vaginalis.*

Ostrowska Juljanna, 20-letnia, niezamężna, przybyła do szpitala w czasie mojej nieobecności d. 3. VI. 1885 r. w stanie gorączkowym. Przy badaniu znaleziono poniżej przedniej wargi macicy małą przetoką, oraz pęknięcie krocza; więcej szczegółów w karcie szpitalnej nie znalazłem. Chora na własne żądanie opuściła oddział d. 9. VI. 1885 r..

III. GORAČZKA POWROTNA U DZIECI.

Napisał

D-r med. L. Wolberg.

b. lekarz warszawskiego szpitala dla dzieci.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 42].

W następującym przypadku wyprysk zjawił dopiero pod koniec napadu.

IX. Borenstein Wolf, 12-letni, przybył 5-go dnia choroby, skarżył się na ból głowy, szyi i brzucha. Zaparcie stolca, wilgotny język. Wyprysk na wargach, błona śluzowa gardzieli zaczerwieniona, na prawym migdale wysięk niezbyt obfity. Ciepłota wieczorna 39,5° C.. Pierwszy napad trwał sześć dni, przestanek 11 dni, podczas tego herpes i angina zupełnie ustąpiły. Nastąpił drugi napad z ciepłotą wieczorną 39,3° C., ranną 40,0° C. do 38,0°—39,2° C.,

a trzeciego dnia napadu ciepłota ranna wynosi 38° C., tętno 90, zjawia się znowuż wyprysk na górnej wardze; niezbyt gardzieli i owrzodzenia na migdałach.

Ostatni przypadek ciekawym jest jeszcze z powodu innego objawu, który istniał podczas pierwszego napadu, zginął w przestanku, a powtórzył się przy drugim napadzie. Mam na myśli niezżytowe zapalenie błony śluzowej gardzieli, z niezbyt obfitym wysiękiem na migdałach (*angina catarrhalis*). Chory już przybył do szpitala z tym objawem podczas 1-go napadu; a powtórnie dostał go podczas 2-go napadu, jednocześnie z wystąpieniem wyprysku, t. j. na trzeci dzień napadu. To powtórzenie się przemawia za tem, że *angina* nie jest zupełnie przypadkowym cierpieniem. Wprawdzie w innych mych przypadkach nie zdarzyło mi się więcej spotkać z zapaleniem gardła, powtarzającym się przy każdym napadzie, i zdarzały się tylko dwa przypadki, w których podczas drugiego napadu przyłączyło się to cierpienie, nie było go jednakże w pierwszym napadzie. WEISSEBERG ¹⁾ wszakże podaje historję choroby niejakiego Ryszarda Baumanna, 7-letniego chłopca, który przechodząc trzy napady gorączki powrotnej, za każdym razem miał zapalenie gardzieli z szaro-białawym nalotem na migdałach [str. 9]. Przypadek WEISSENBERGA wraz z moim przekonywują, że zapalenie gardła bywa u dzieci objawem gorączki powrotnej, prawdopodobnie tego samego znaczenia, co *herpes labialis*, t. j. naczynioruchowym.

Wrażliwy mózg dziecięcy sprawia, że objawy mózgowe, pod postacią bredzenia, daleko częściej tutaj spotykamy niż u dorosłych. W kilkunastu przypadkach [12 na 47] notowano ten objaw. Bredzenie istniało tylko podczas napadu, w przestankach dzieci zawsze były przytomne. Rzadko zdarzało się również, by dzieci we dnie bredziły, najczęściej we dnie odzyskiwały przytomność, szczególnie podczas czuwania, a tylko podczas snu i w nocy bredziły. Napadów rzucania się, pomieszania zmysłów i t. p. nie uważaliśmy. Zwykle bredzenie trwało jeden, dwa dni — tylko u bardzo osłabionych dzieci przez cały napad. Najczęściej bredzenie zjawiało się w pierwszych dniach pierwszego napadu, rzadziej dopiero pod koniec takowego lub w drugim, albo w trzecim napadzie. Nie zawsze bredzenie odpowiadało wysokiej ciepłocie, bywało ono i przy niskiej ciepłocie, jak wskazuje następująca historyja:

X. H a b e r m a n n S u r a, 12-letnia, przybyła 27. VII. 1880 r.. Od pięciu dni chora, skarżyła się na ból głowy, brzucha. Gorączka i bredzenie w nocy trwają od pięciu dni. Dobrze odżywiana, lekki stopień wrodzonego idyotyzyzmu. Ciepłota wieczorna 39,8° C., *herpes labialis*.

20. VII. Ciepłota 38° C., tętno 120. W nocy chora ciągle bredziła i była bardzo niespokojną. Obfite stolce. W nocy po raz pierwszy dostaje regularności. Ciepłota wieczorna 38,5° C..

29. VII. Ciepłota 37,5° C., tętno 100. Bredzenie wciąż trwa. 30. VII. ciepłota 36° C.. Bredzenie ustało.

Przy następnym napadzie, który nastąpił po 7-dniowym przestanku i odznaczał się ciepłotą dochodzącą do 41° C. wieczorem, bredzenia wcale nie było. To samo przy III-em napadzie.

¹⁾ Die Febris recurrens bei Kindern. Jahrbuch für Kinderheilkunde. Neue Folge. VII Band. str. 1.

Cierpienia dróg oddechowych nie mogę uważać za stały objaw gorączki powrotnej, tak jak to bywa w tyfusie brzuszny i wysypkowym. Wprawdzie w kilku [sześciu] przypadkach notowano lekkie objawy ze strony tych narządów, jako to: zaostrozony oddech, suche lub wilgotne rżenia, kaszel, lecz objawy te spotykamy w pierwszych dniach pierwszego napadu. Po 2—3 dniowym pobycie chorych w szpitalu kaszel zwykle ustępował i nie powracał przy następnych napadach. Skłonny więc jestem uważać te objawy za czysto przypadkowe, za skutki przeziębienia chorych przed przybyciem ich do szpitala.

Tylko w dwu przypadkach spotkaliśmy się z białkomoczem; w obu jednak, powiedzmy to zaraz, trudno uważać go za objaw danej choroby:

XI. *Rotter Michał*, 12-letni, [wspominamy już] przybył 5-go dnia choroby. Gorączka, bóle mięśniowe, powiększenie śledziony do VII-go żebra, język suchy. Dużo spirochetów we krwi. Trochę białka w moczu. 8-go dnia choroby spadek ciepłoty, obfite poty. Mocz białka już nie zawiera.

W następującym zaś przypadku białkomocz był znacznym, nie był jednak objawem gorączki powrotnej, lecz pozostałością odry. Ciekawym jest przebieg miąższowego zapalenia nerek podczas jednocześnie działającej gorączki powrotnej i dlatego podaję odnośną historję :

XII. *Cukier Chaja*, 3-letnia dziewczynka, przybyła do szpitala dnia 7. X. 1880. Przed pięciu tygodniami przechodziła o drę; przed sześciu dniami spuchła, a potem dostała też gorączki. Dziecko dobrze odżywiane. Twarz i dolne kończyny obrzmiałe. *Ascites*. W płucach nieżytowe rżenia. Śledziona powiększona. Zaparcie stolca. Obłożony język. Ilość moczu zmniejszona, takowy czerwonego koloru, zawiera dużo białka i cylindrów. Ciepłota 39,5° C., tętno 120.

9. X. Ciepłota 36,0° C., tętno 120. W nocy obfite poty. Obrzęk cokolwiek mniejszy, ilość białka w moczu też zmniejszona. Śledziona wyczuwa się. Wieczorem ciepłota 36,5° C.

Przez 4½ dnia trwa przestanek, a piątego tego dnia ciepłota wznosi się do 40,2° C.. Drugi napad trwa 4 dni, ciepłota nieregularna, 13. X. Ciepłota 37,8° C., 40,2°; dnia 14. 36,8°, 36,0°; dnia 15. 36,7°, 38,5°; dnia 16. 37,5°, 39,6°; dnia 17. 38,0°, 38,2°; dnia 18. 37,5° C.. Stan ogólny poprawia się. W ciągu tego drugiego napadu giną wszelkie objawy zapalenia nerek, ilość moczu staje się prawidłową, a 25. X. chora z obu uzdrowiona chorob, opuszcza szpital.

Wspominałem powyżej o objawie, na skórze chorych spotykany, o wyprysku wargowym. O tym objawie wspomina też kolega *Szwajcer*, który atoli innej wysypki nie spotykał ani razu u swych 140 dorosłych chorych. Ja tylko raz miałem sposobność spostrzegać wyraźną plamistą wysypkę (*roseola*) na ciele chorej.

XIII. *Gelassen Channy*, dziewczynka 11-letnia. Przybyła do szpitala 10. VI. 1880 roku. Dobrze odżywiana. Zachorowała przed 4 dniami, ciepłota 39,8° C., tętno 120. Ból głowy, brzucha i kończyn dolnych. Skóra elastyczna, odżywianie dobre. Na czole, na twarzy i na przedramionach kilka dziesiąt drobnych różowych plamek i grudek. Wieczorna ciepłota 40,0° C.. Śledziona powiększona, dochodzi do VII-go żebra. Napad trwał 9 dni i zakończył się obfitymi potami. Wysypkę obserwowano do siódmego dnia choroby włącznie. Drugiego napadu chora nie przechodziła.

Nie wspominalbym może o tym szczególe, który raz jeden tylko i to w niezbyt silnym stopniu spostrzegalem, gdyby nie analogiczny, a też pojedynczy przypadek, spostrzegany przez WEISSENBERGA [l. c. p. 6] u 4-letniej dziewczynki E m m y F i c k e r t, na ciele której znajdowało się mnóstwo drobnych różowych plamek obok wielkich pęcherzy, pokrywających piersi i grzbiet.

Stałym objawem gorączki powrotnej, u dzieci i u dorosłych, jest znaczne powiększenie śledziony. W każdym przypadku można go zauważyć, w jednym więcej, w drugim mniej. Chorzy zwykle przybywają do szpitala już w kilka dni po zachorowaniu, zawsze też przy badaniu znajdowano powiększoną śledzionę. Trudno zatem określić, od którego dnia zaczyna się owe powiększanie się; ponieważ jednak przy drugim i trzecim napadzie spostrzegamy nowe powiększanie się śledziony, która podczas przestanku już zmniejszyła się, więc z tego możemy przez analogiję wnioskować o tem zjawisku podczas pierwszego napadu. Oprócz tego u chorych, którzy stosunkowo wcześniej do szpitala przybywali, t. j. na trzeci lub na czwarty dzień choroby, już znajdowano znacznie powiększoną śledzionę, dochodzącą nieraz do VI żebra ku górze w linii pachowej, a prócz tego wyczuwano powiększony narząd na dwa palce poniżej łuku żebrowego. Przez cały czas napadu śledziona pozostawała powiększoną, a wraz ze spadkiem ciepłoty zmniejszała się dosyć szybko, tak, że na trzeci dzień przestanku była już o 2 ctm. od góry i o 2 ctm. od dołu zmniejszoną, a piątego dnia przestanku powracała do prawidłowych lub prawie prawidłowych wymiarów. Z podwyższeniem się ciepłoty, a nawet już podczas dreszczu, rozpoczynającego napad drugi, tępy ból w lewym podżebrzu oznajmiał, że śledziona nanowo się powiększa i rzeczywiście zaraz pierwszego lub drugiego dnia 2-go napadu znajdowano znów ogromną śledzionę, bardzo często większą jeszcze niż podczas pierwszego napadu. Często chorzy sami skarżyli się na ból w okolicy śledziony, a jeszcze częściej, bolesność ta, dosyć silna niekiedy, objawiała się przy obmacywaniu tej okolicy.

Znaczne powiększenie śledziony [do VI żebra] rzadko u dzieci spotykamy; zwykle górny brzeg jej dochodzi do VIII lub VII-go żebra, a dolny do łuku żebrowego, zdarzały się jednak przypadki, w których powiększenie śledziony było tak ogromne, że dochodziła ona nie tylko do VI-go żebra ku górze, lecz że dolny jej brzeg sięgał aż do okolicy pępkowej.

Zdawałoby się, że powiększenie wątroby powinno iść w parze z powiększeniem się śledziony. Nie ma to jednak miejsca w rzeczywistości. Wątroba wogóle znacznie rzadziej i w mniejszym stopniu powiększa się, niżeli śledziona, a nawet w tych przypadkach, w których spotykaliśmy tak ogromną śledzionę, wątroba niejednokrotnie wcale nie była powiększoną. Wogóle, pomimo że w każdym przypadku zwracano uwagę na wymiary wątroby, znaleziono ją tylko w pięciu przypadkach powiększoną. Ciekawem jest to, że z tych chorych czterech chorowało w Sierpniu 1880 roku. W tym miesiącu i roku mieliśmy wogóle pięciu chorych, z których czterech miało powiększoną wątrobę; piąta zaś chora z powiększoną wątrobą zachorowała w początkach Września tegoż samego roku.

Zwykle wątroba powiększa się podczas pierwszego napadu, a następnie zmniejsza podczas przestanku, a w drugim napadzie już nie spostrzegamy powtórnego powiększenia się; posiadam jednak jedno spostrzeżenie, gdzie wątroba powiększała się w każdym z trzech napadów; dolny brzeg jej sięgał na kilka poprzecznych palców poniżej łuku żebrowego, brzeg wewnętrzny sięgał aż do pępka; silna bolesność brzucha w tej okolicy towarzyszyła temu objawowi. Podczas przestanków i to natychmiast po spadku ciepłoty i po obfitych potach, wymiary wątroby powracały do prawidłowego stanu.

W dwu z owych pięciu przypadków powiększenia się wątroby spostrzegano jednocześnie *żółtaczkę*. Wystąpiła ona w obu przypadkach [oba z miesiąca Sierpnia 1880 roku] dopiero siódmego dnia choroby, natychmiast po przełomie pierwszego napadu. Skóra i białkówka oczów w lekkim stopniu były zabarwione; trwało to zaledwie przez dwa dni, następnie skóra odzyskiwała swe zwykle zabarwienie, a przy następnych napadach [w jednym przypadku były 3 napady, w drugim dwa napady: obserwacja Nr. 2 Hartglas Moszek] już nie widzieliśmy *żółtaczki*.

We krwi chorych na gorączkę powrotną znajdują się *spirillae*, po raz pierwszy odkryte przez OBERMEYER'A. Co się tyczy materiału, na którym niniejsza praca jest opartą, to wyznać muszę, że na kwestyję spirochetów nie zwracano szczególnej uwagi; badaliśmy krew w wielu przypadkach, nie we wszystkich jednak, i nie codziennie; przeto tu i ówdzie zanotowaliśmy obecność lub nieobecność spirochetów, lecz nie wspomniano ani o ilości, ani o ruchach, ani o innych objawach, dotyczących się ich, a mianowicie: czy były podczas przestanków, czy zmniejszała się ich ilość pod koniec napadu, czy ruchy ich ustawały przy opadaniu ciepłoty i t. p.. W początkach epidemii częściej badano krew chorych i znajdowano *spirillae*; później zaś, gdy rozpoznanie choroby już nie przedstawiało trudności, przestano ich szukać. Badano zwykle krew w dniach najwyższego natężenia napadu i zawsze znajdowano spirylle w obfitej ilości, ciepłota dochodziła wtedy do 39,8°—40,0° C. i 40,6° C.. Podczas przestanku nie badano krwi, nie zatem o zachowaniu się spirochetów w owym czasie powiedzieć nie mogę. Przy następującym drugim i trzecim napadzie, zaraz pierwszego dnia znajdowano znaczną ilość szybko poruszających się spirochetów.

Innych wydzielin ustroju [moczu, śliny potu] na spirylle nie badano.

Do znamiennych objawów choroby należy: *stan i przebieg ciepłoty*. Trzeba ją rozpatrywać w całości, podczas całego przebiegu, wszystkich napadów i przestanków. Nie możemy powiedzieć, jaka ciepłota towarzyszy pierwszym dniom I-go napadu, gdyż chorzy przybywali do nas dopiero na 4—5 dzień napadu, albo i później, sądząc jednak z zachowania się ciepłoty podczas drugiego napadu, co już dokładnie obserwowaliśmy, możemy zaznaczyć, że zwykle ciepłota już w pierwszych dniach napadu wznosi się bardzo wysoko, mianowicie do 40,0° C., a nawet powyżej do 40,2°—40,4° C..

W 10 przypadkach [z 47] spostrzegaliśmy ciepłotę dochodzącą 41° C., a najwyższą, jaką widzieliśmy, była 41,6° C.. Zdarzało się to podczas I-go napadu, jak również podczas drugiego i trzeciego. W niektórych przypadkach

tak wysoka ciepłota zjawiała się w każdym z napadów, w innych zaś tylko w jednym z nich, podczas gdy w innych napadach była niższą. Oto przykłady:

XIV. Czarnobrocha Sura, 12-letnia, przybyła 7-go dnia I-go napadu. Dnia 11 V. Ciepłota wieczorna $40,6^{\circ}$ C.; 12. V. Ciepłota $38,4^{\circ}$ C., o I-jej $41,4^{\circ}$ C., o 5-jej $37,4^{\circ}$ C. koniec I-go napadu; różnica ciepłoty wynosi całe 4 stopnie. Potem siedmiodniowy przestanek z ciepłotami, nie przewyższającymi wieczorem $37,6^{\circ}$ C., a ósmego dnia wieczorem [22. V.] $41,0^{\circ}$ C. | rano było $37,0^{\circ}$ C.; 23. V. Ciepłota wieczorna $37,0^{\circ}$ C.; ranna $37,6^{\circ}$ C.; 24. V. Ciepłota wieczorna $36,8^{\circ}$ C.; ranna $37,0^{\circ}$ C.. W obu zatem napadach mieliśmy 41° C..

XV. Liberman Dawid, 10-letni, przybył 5-go dnia I-go napadu 28. VI. 1880. Ciepłota w południe $41,6^{\circ}$ C., wieczór $36,0^{\circ}$ C.. Różnica wynosi $5,6^{\circ}$ C.. Przestanek trwa przez sześć dni. II-gi napad 5. VII. Ciepłota rano $38,4^{\circ}$ C., wieczorem $40,6^{\circ}$ C.; D 6. VII. Ciepłota rano $38,0^{\circ}$ C., wieczorem $36,6^{\circ}$ C.. D. 7. VII. Ciepłota rano $39,0^{\circ}$ C.; wieczorem $40,0^{\circ}$ C.. D. 8. VII. Ciepłota rano $37,4^{\circ}$ C., wieczorem $37,0^{\circ}$ C..

XVI. Haberman Sura, 12 lat, przybyła 27 Lipca 1880 r., na piąty dzień I. napadu.

27. VII. Ciepłota rano $39,6^{\circ}$ C., wieczorem $39,8^{\circ}$ C.. 28. VII. rano $38,0^{\circ}$ C.. W nocy miesięczka poraz pierwszy, wieczorem $38,4^{\circ}$ C.. 29. VII. rano $37,4^{\circ}$ C., wieczorem $37,0^{\circ}$ C.. Nie było potów pomimo spadku ciepłoty, przestanek z temperaturą poniżej $37,0^{\circ}$ C. trwa przez pięć dni. 4. VIII. rano $37,0^{\circ}$ C., wieczorem $39,0^{\circ}$ C.. 5. VIII. rano $39,0^{\circ}$ C., wieczorem $39,2^{\circ}$ C.. D. 6. VIII. rano $39,0^{\circ}$ C., wieczorem $41,0^{\circ}$ C.. 7. VIII. rano $36,5^{\circ}$ C.. Drugi przestanek trwa 11 dni, potem 18. VIII. Ciepłota rano $40,0^{\circ}$ C., wieczorem $39,8^{\circ}$ C., 19. VIII. rano $38,7^{\circ}$ C., wieczorem $40,6^{\circ}$ C.. 20. VIII. rano $37,0^{\circ}$ C., wieczorem $36,8^{\circ}$ C..

41 -stopniową ciepłotę widzieliśmy w tym przypadku tylko w ostatni dzień drugiego napadu; podobnie w trzecim napadzie dopiero w ostatni dzień wznosi się ciepłota do $40,6^{\circ}$ C.; w obu razach po tak ciągłym wznoszeniu się, odrazu opada niżej 37 -miu stopni i napad kończy się. To samo widzieliśmy we wszystkich dziesięciu przypadkach, a ztąd wnioskować możemy, że bardzo wysoka ciepłota jest jednocześnie zapowiedzią rychłego końca napadu. Wniosek ten dotyczy tylko przypadków z nadmiernie wysoką ciepłotą, przy niższych zaś stopniach, a nawet przy 40 -stu, ciepłota przez kilka dni trzyma się na jednakowej wysokości, z uwzględnieniem naturalnie wahań rannych i wieczornych:

W większości przypadków ciepłota nie dosięga pierwszego zaraz dnia najwyższego szczytu, lecz powiększa się z każdym dniem napadu, jednak te różnice nie są wielkie, zwykle wynoszą $0,5^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$ — $1,0^{\circ}$ — $1,0^{\circ}$ C.. Różnice do dwóch stopni dochodzące [porównujemy naturalnie wieczorną ciepłotę jednego dnia z taką drugiego dnia], są już rzadkością. Również i różnice między ciepłotą ranną a wieczorną tegoż samego dnia w przebiegu napadu nie przenoszą w większej ilości przypadków 1° — $1,5^{\circ}$ C., lecz widzieliśmy kilka ciekawych krzywych, w których te różnice dochodziły do dwóch a nawet trzech stopni.

XVII. Marchewka Ryfka, 13 lat. Ciepłota III napadu.

25. VII. 1880 r. Ciepłota rano $36,6^{\circ}$ C., wieczorem $40,0^{\circ}$ C.. 26. VII. rano $37,0^{\circ}$ C., wieczorem $40,0^{\circ}$ C.! 3 stopnie różnicy. 27. VII. rano $38,0^{\circ}$ C., wieczorem $41,4^{\circ}$ C.! W nocy ciepłota $35,5^{\circ}$ C., koniec napadu i choroby.

W obserwacjach N. 15, 16 i 17, widzimy spadek ciepłoty, cechujący koniec napadu. Następuje on nagle, podobnie jak nagle nastąpiło podwyższenie

się ciepłoty. Widzimy w przytoczonych historyjach chorób, że różnica pomiędzy ciepłotą ostatnich chwil napadu, a ciepłotą poprzednią wynosi aż 5, a nawet sześć stopni [N. 17, ciepłota 41,4°—35,5° C.]. Takie wyraźne k r y t y c z n e zakończenie napadu spotykamy dosyć często u dzieci, nie zawsze jednak; w wielu przypadkach spostrzegany zakończenie *per lysin*, t. j. że ciepłota z najwyższego swego natężenia spada do 38 C., a dopiero na drugi dzień spada do 37° C., a potem jeszcze niżej.

Niekiedy zdarza się też, że ciepłota w końcu napadu spada do 37° C., ale nazajutrz znowu wznosi się o stopień; dopiero po dwudniowych wahaniach ostatecznie spada do 37° lub 36° C., i na tej wysokości pozostaje w ciągu całego przeistanku. Takie zakończenie możnaby nazwać p s e u d o k r y t y c z n e m; obserwowałem je tylko sześć razy. W przebiegu całej choroby najczęściej tak bywa, że wszystkie napady kończą się *per crysin*, nagłym spadku ciepłoty; w wielu jednak razach jeden napad kończy się *per crysin*, a inny *per lysin*, jak np. w obserwacji N. 16. [C. d. n.]

NOTATKI LEKARSKIE.

12. Podwiązanie tętnicy i żyły podobojczykowej prawej.

Podwiązanie tętnicy podobojczykowej należy w ogóle do rzadkich operacyj, wykonywanych tylko wobec bardzo ważnych wskazań życiowych. W przeważnej ilości przypadków podwiązanie tętnicy wykonywano wskutek ran postrzałowych okolicy ramienia, połączonych z jednoczesnem zranieniem gałęzi bocznych lub pnia głównego tętnicy pachowej i podobojczykowej, znacznie rzadziej wskazania stanowiły tętniaki tętnicy pachowej lub nawet dolnego odcinka podobojczykowej; najrzadziej przystępowano do podwiązania tej tętnicy przy wyluszczeniach złośliwych nowotworów w okolicy ramienia lub łopatki. Pierwszy raz powyższą operację dokonał ROMSDEN w 1809 r., a w kilka lat później DUPUYTREN. Obaj wymienieni chirurgowie podwiązywali tętnicę powyżej obojczyka i w zewnętrznym jej odcinku. COLLES w 1813 r. wykonał podwiązanie wewnętrznego odcinka tętnicy z prawej strony, a podwiązanie tętnicy w tem miejscu z lewej strony uważał za niemożliwe. W następnych latach tętnica ta od czasu do czasu była podwiązywana tak, że podług obliczeń BERGMAN'a ¹⁾ już do roku 1877 było zanotowanych w literaturze 84 podwizań tętnicy podobojczykowej przy ranach postrzałowych okolicy pachowej lub ramienia; u 68 chorych podwiązano tętnicę powyżej obojczyka i w zewnętrznym jej odcinku, z tej liczby zmarło 48 czyli 70% śmierci; w pozostałych 16 przypadkach podwiązano tętnicę poniżej obojczyka, z zejściem śmiertelnem wszystkich operowanych. Od tego czasu ilość podwizań tętnicy poniżej obojczyka znacznie się zwiększyła tak, że BUENGER ²⁾ w 1885 r. zebrał już 46 przypadków podwiązania tętnicy poniżej obojczyka; nie przytacza on jednak dokładnie wyników operacyj, co nie pozwala nam ściśle wywnioskować stosunku zejść niepomysłnych do wyzdrowień. W każdym jednak razie podwiązanie tętnicy poniżej obojczyka, podług zdania większości chirurgów jak HUETER'a, KOENIG'a, HEINEKE'go i innych, daje znacznie gorsze wyniki od podwiązania powyżej obojczyka; samo wykonanie tej operacji nasuwa tak wielkie trudności, że większość operatorów stanowczo

1) Jahres-Bericht SCHMIDT'a v. 1877

2) Die Schussverletzungen der Art. infraclavicularis Dissert. Dorpat. 1885.

zaleca wykonywać podwiązanie powyżej obojczyka; do tych przyłącza się i HUETER, którego nie zachęciły nawet 2 dobre wyniki, otrzymane po podwiązaniu tętnicy w dole MORHENHEIM'a, jakie wykonał, wyłuszczając złośliwe nowotwory z okolicy pachowej.

Jednoczesne podwiązanie tętnicy i żyły podobojczykowej raz tylko było zanotowane w roczniku SCHMIDT'a za rok 1875; dokonane ono było przez WILL'a przy ranie postrzałowej tętnicy i żyły pachowej i zakończyło się śmiercią. Cytując statystykę powyższych przypadków, zwracałem uwagę tylko na wyniki co do życia lub śmierci, w jakim stanie jednak znajdowała się kończyna pod względem używalności u tych, którzy pozostali przy życiu, nie mamy wiadomości; przynajmniej w tych źródłach, z jakich czerpałem powyższe dane, nie było o tem wzmianki. Sądzę, że przypadek, który zamierzam podać w krótkości czytelnikom, będzie właśnie interesujący ze względu na powikłanie i na rezultat ostateczny, po podwiązaniu jednoczesnem tętnicy i żyły podobojczykowej prawej poniżej obojczyka.

A. N. lat 23 przybyła w Grudniu 1884 r. do Kliniki chirurgicznej w Szpitalu Dzieciątka Jezus. Chora budowy dobrej, z układem kostnym i mięśniowym niezłe rozwiniętym, tkanki tłuszczowej ilość umiarkowana. Dotychczas nie przechodziła ona żadnych chorób. Od 3 tygodni zauważała nabrzmiewanie okolicy pachowej prawej połączone z dość gwałtownym bólem; wieczorami dostawała silnych dreszczów; w chwili przybycia do szpitala znajdujemy dość znaczne rozlane obrzmienie okolicy pachowej prawej, sięgające ku górze aż do samego obojczyka, a ku wewnątrz do linii sutkowej. Skóra w tem miejscu mocno zaczerwieniona, ucisk sprawia ból dotkliwy, chęłbotanie głębokie. Mieliśmy więc do czynienia z ropniem głębokim, rozpościerającym się pod mięśniem piersiowym wielkim. Po dokładnem wymyciu 5% roztworem kwasu karbolowego okolicy zajętej sprawą chorobową i po uspieniu chorej, jeden z ordynatorów kliniki wykonał najpierw cięcie w dole pachowym długości 5 cent.; wyszła znaczna ilość dość gęstej ropy; po wprowadzeniu do rany palca przekonaliśmy się, że jama ropnia sięga do samego obojczyka. Postanowiono wtedy wykonać przeciwotwór poniżej obojczyka, w kierunku równoległym do tego ostatniego; pomimo całej ostrożności i posuwania się włąb tylko warstami, uległo zranieniu jedno z większych naczyń, jakie mianowicie, trudno było rozstrzygnąć w danej chwili wobec znacznego krwotoku, który udało się zatamować, ujawszy w pincetę hemostatyczną miejsce krwawiące w głębi. Wobec trudności natychmiastowego podwiązania w głębi rany, a jednocześnie i osłabienia znacznego chorej po utracie obfitej ilości krwi, pincetę pozostawiono w ranie *à demeure*. Na ranę nałożono opatrunek jodoformowy. Przez pierwsze 4 dni chora miała się niezłe; pinceta pozostawała w ranie, tętno w tętnicy promieniowej z trudnością daje się wyczuwać; 5go dnia zrana nastąpił obfity wtórny krwotok, pomimo tego, że pincety nie zdejmowano; w obec podobnego powikłania, po uspieniu chorej, rozszerzyliśmy poprzednią ranę poniżej obojczyka, usuwając jednocześnie pincetę; gwałtowny natychmiastowy krwotok, jaki nastąpił po zdjęciu pincety, dostatecznie nas przekonywał, że mamy do czynienia z raną tętnicy podobojczykowej. Naturalnie nie pozostało nam nic innego, jak podwiązanie tętnicy podobojczykowej, które też i natychmiast wykonaliśmy z prof. JEFREMOWSKI'm, bezpośrednio prawie pod obojczykiem. Krwotok znacznie się zmniejszył, ale nie ustał zupełnie; przy dokładnem zbadaniu dostrzegliśmy, że krew wydobywa się obok tętnicy z żyły podobojczykowej, którą również bezzwłocznie podwiązaliśmy, oddzielając ostrożnie sploty nerwów, które w tem miejscu otaczają zewsząd pochwą naczyńniwą. Krwotok zupełnie ustał. Widocznem teraz było, że w czasie wykonania przeciwotworu musiały uleść zranieniu i tętnica i żyła, i że pinceta w pierwszej chwili, ujawszy miejsca zranione, wstrzymała krwotok, po kilku dniach jednak prawdopodobnie usunęła się nieco, co dało powód do wtórnego krwotoku. Obmywszy dokładnie

ranę, nałożyliśmy opatrunek z gazy jodoformowej, a dla pobudzenia czynności serca, wstrzyknęliśmy chorej parę strzykawkę eteru pod skórę. Bezpośrednio po operacji nie wyczuwano tętna w tętnicach promieniowej i łokciowej. Z dalszego przebiegu choroby zwrócić tylko uwagę na ważniejsze objawy. W ciągu pierwszych 2 tygodni chora czuła się znacznie osłabioną: tętna w tętnicach promieniowej i łokciowej nie wyczuwamy; czucie w skórze palców i ręki znacznie upośledzone; ruchy palców bardzo ograniczone, skóra na tych ostatnich przyjmuje odcień sino-fioletowy; w niektórych miejscach tworzą się pęcherze z zawartością surowiczą. Rana zaczyna się pokrywać dobrą ale bladą ziarniną. W następnych tygodniach czucie w palcach zaczyna powracać z wolna do stanu prawidłowego; ruchy swobodniejsze; zabarwienie skóry traci odcień fioletowy. Rana w 6 tygodni po operacji zaczyna się zablizniać. Tętna jednak w obu tętnicach przedramienia nie wyczuwamy. Chora przez cały ten czas nie gorączkowała. Nagle w 3im miesiącu po operacji ciepłota podniosła się do 40° C., chora uczuła ból w prawem ramieniu; jednocześnie zauważyliśmy rozlane obrzmienie obejmujące cały obwód ramienia; staw łokciowy również nieco obrzmiały i bolesny. Stosowaliśmy w pierwszej chwili lód, a chinię do wewnątrz. Po tygodniu, na zewnętrznej powierzchni ramienia wyczuliśmy niewyraźne głębokie chełbotanie. Zrobiono cięcie do samej kości; ropy wyszło znaczna ilość; okostna na znacznej przestrzeni zniszczona, kość ramieniowa w wielu miejscach obnażona. Opatrunek jodoformowy. W kilka dni po tej operacji rana poniżej obojczyka zupełnie się zagoiła, rana zaś na ramieniu zablizniła się dopiero w miesiącu Maja bez oddzielania się martwaków. Wtedy zaczęliśmy stosować prąd przerywany i jednocześnie kąpiele słone; kuracja ta trwała przez 6 tygodni, dłużej nie było potrzeby jej stosować, gdyż chora swobodnie władała już ręką; czucie prawidłowe. Tętna jednak w tętnicach przedramienia nie wyczuwaliśmy; wytworzyć się musiały inne oboczne drogi krwionośne, które zasilają prawą kończynę chorej.

A. Gabszewicz.

Wiadomości bieżące.

Porządek dzienny posiedzenia biologicznego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, mającego się odbyć w dniu 26 Października 1886 r. o godz. 6½ wieczorem.

I. KRAMSZYK Juljan. Sprawozdanie z czynności Komitetu higieny publicznej.

II. BUJWID. Demonstracja bakterji cholery azjatyckiej w hodowlach na płytce i w bulionie.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich.

Przegląd lekarski. Nr. 42. BARAŃCZ. Przyczynę do chirurgii jelit. Resekcja znacznej części jelita [36 ctm.] w przypadku przepukliny uwięźniętej zgorzelą dotkniętej. Wyleczenie. — BLUMENSTOK. Sprawa Ritter'ów. — PRUS. Przyczynę do nauki o fizjologii gruczołu tarczowego.

Medycyna Nr. 42. ZAGÓRSKI. Dwie laparotomije wykonane I-o przy urazowie przedziurawieniu jelita bez jednoczesnego uszkodzenia ściany brzusznej i II-o przy objawach zapalenia otrzewnej i niedrożności jelit.

Do dzisiejszego N-u Gazety dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów prospekt „Wykład chorób dzieci“.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою Варшава 9 Октября 1886 г. Druk K. Kowalewskiego Królewska. Nr. 29

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej

FARMAKOLOGIIA

professorów Notnagel'a i Rossbach'a

Cena dzieła wynosi Rs. 6, z przesyłką Rs. 6 k. 50.

Nabywać takowe można w Redakcyi Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 119, oraz w innych Redakcyjach warszawskich czasopism lekarskich i we wszystkich księgarniach. 0—1

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku nakładem „Gazety Lekarskiej“ dzieło pod tytułem:

CHOROBY SERCA

D-ra OSKARA WIDMANA

prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.

Dzieło to opatrzone licznymi drzeworytami w tekście zawiera 24 arkusze druku

Cena dzieła wynosi rs. 3., z przesyłką rs. 3 kop. 30.

Nabywać można u wydawcy „Gazety Lekarskiej“

MARSZAŁKOWSKA 119.

0—1

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku dzieło pod tytułem:

PSYCHIJATRYJA,

czyli nauka o chorobach umysłowych,

oryginalnie napisana przez

D-ra Med. Rothe'go

Naczelnego lekarza Zakładów dla Obłąkanych w Warszawie.

Autor, znany jako gorliwy pracownik na polu psychiatrii, mając na względzie studentów prawników, oraz szerokie koło lekarzy praktyków, napisał dzieło, mogące zaspokoić wszelkie wymagania lekarzy praktyków, tak pod względem rozpoznawania, jako też pod względem leczenia chorób umysłowych. Dzieło zawiera 18 arkuszy druku.

Cena Rs. 1 kop. 80, z przesyłką Rs. 2.

Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej Marszałkowska Nr. 119.

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.