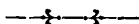


GAZETA LEKARSKA

I. W SPRAWIE DOSZCZĘTNEGO OPEROWANIA PRZEPUKLIN PACHWINOWYCH SPOSOBEM BASSINI'EGO.

Podał

Edward Gliksman.



Sprawa doszczętnego leczenia przepuklin coraz większe budzi zainteresowanie. Liczne prace statystyczne ostatnich czasów dowodzą, że pod ochroną aseptyki operacja radykalna przepukliny bardzo nieznaczne przedstawia niebezpieczeństwo, a z bogatego materiału statystycznego widzimy, w jak wielkiej liczbie przypadków całkowite wyleczenie przez czas dłuższy stwierdzanem bywało. To też dziś stanowczo powiedzieć możemy, że o skuteczności operacyi doszczętniej stanowi przedewszystkiem metoda, jaką dla danego przypadku wybieramy. Olbrzymia literatura tego przedmiotu uwalnia mnie od rozpatrywania całego szeregu sposobów doszczętnego operowania przepuklin, jakie dotychczas były zalecane. W ostatnich czasach największą popularnością cieszą się zmodyfikowany sposób CZERNY'ego i metoda MAC-EVEN'a.

Jeden i ten sam rodzaj przepukliny, szczególnie przepukliny pachwinowej, przedstawia tyle odmian, tyle indywidualnych własności, że tembardziej dziwnymi się wydają wysiłki rozmaitych autorów w kierunku wynalezienia jednego ogólnego sposobu dla przepuklin pachwinowych, udowych i pępkowych zarazem. Sposób BASSINI'ego (*Arch. LANGENBECK. T. 40*), którego w podanych przeze mnie przypadkach używałem, jest oparty ściśle na stosunkach anatomicznych okolicy pachwinowej, które dla celów leczniczych autor wyzyskuje; ma on na celu odbudowanie fizyologicznych warunków kanału pachwinowego, jaki u osobników zupełnie zdrowych znajdujemy. Postaram się tutaj przedstawić typ operacyi, jak ją nam sam autor podaje, a następnie dopełnić go opisem własnych obserwacyi, zestawień i porównań ze sposobami najbardziej dotychczas używanymi, mianowicie ze sposobami CZERNY'ego i MAC-EVEN'a.

BASSINI w następujący sposób opisuje swoją metodę operacyjną.

Po zachloroformowaniu chorego, naturalnie należycie do operacyi aseptycznej przygotowanego, robi się cięcie skóry ponad przepukliną i obnaża się rozścięgną mięśnia skośnego zewnętrznego brzucha na przestrzeni, odpowiadającej długości kanału pachwinowego, przyczem należy sobie udostępnić pier-

ścię zewnętrzną wraz z wychylającym się z niego workiem przepuklinowym i sznurkiem nasiennym.

Po zatakowaniu krwawienia przecinamy rozciągnę mięśnia skośnego zewnętrznego wzdłuż całego kanału pachwinowego. W ten sposób rozciągnę dzielimy na dwa płaty, górny i dolny, które też od poniżej leżących warstw na pewnej przestrzeni oddzielamy. W polu operacyjnem występuje wtedy szyja worka przepuklinowego wraz ze sznurkiem nasiennym. Podprowadzamy palec pod oba te twory, należy oddzielić sznurek nasienny od worka jak najwyżej, starając się wniknąć poza wrota przepuklinowe, w których otrzewna, worek przepukliny stanowiąca, przechodzi w otrzewną ścienną. Po wprowadzeniu zawartości worka do jamy brzusznej należy szyję jego jak najwyżej podwiązać jednorazowo *en masse*, lub w razie jej szerokości zrobić to samo za pomocą podwójnej, klutej podwiązki. Worek należy następnie wyłuszczyć.

Całkowicie oddzielony już wtedy sznurek nasienny unosimy ku górze i na zewnątrz, a odcinając go za pomocą ostrych haczyków płaty przeciętego rozciągnę mięśnia skośnego zewnętrznego, obnażamy więz Pouparr'a i również na tępo udostępniamy sobie zewnętrzną brzeg mięśnia prostego i potrójną warstwę, złożoną z mięśnia skośnego wewnętrznego, poprzecznego i powięzi prostopadłej Cooper'a. Oddzieliwszy tę warstwę od tkanki łącznej podsurowiczey o tyle, że brzeg jej łatwo może być zbliżonym do więzu Pouparr'a, nakładamy szew węzełkowy, spajający pomienioną warstwę z więzem Pouparr'a na przestrzeni 5—7 ctm.. Szwy radzi Bassini wkuwać na 2—3 ctm. od brzegu pomienionej warstwy potrójnej, t. j. głęboko ją ująwszy, ściągać do więzu Pouparr'a. Dwa pierwsze szwy od dołu zabierają zwykle ze sobą i brzeg zewnętrzną mięśnia prostego brzucha. Szyjąc od dołu ku górze, dochodzimy do miejsca wyjścia sznurka nasiennego i tutaj pozostawiamy pewną przestrzeń wolną od szwu, ażeby w pozostawionym przez nas otworze sznurek swobodnie się mieścił. Jest to otwór niewielki, przepuszcza zwykle nie więcej nad koniec małego palca i on to stanowi pierścień wewnętrzny nowego kanału pachwinowego. Już po nałożeniu tego pierwszego szeregu szwów można zauważyć podczas nadymania się chorego, przy ruchach wymiotnych, lub kaszlu, jak mocną jest ta nowoutworzona ściana, jak silny stawia opór ciśnieniu, powstającemu w jamie brzusznej.

Sznurek nasienny, który dotychczas ku górze i na zewnątrz unosiliśmy, kładziemy na opisaną przezemnie nową ścianę kanału pachwinowego i ponad nim zeszywamy brzegi przeciętego rozciągnę mięśnia skośnego zewnętrznego, pozostawiając u dołu mały otwór, dla wyjścia sznurka niezbędny. Otworek ten będzie zatem pierścieniem zewnętrznym, podskórnym nowego kanału. W końcu zeszywamy ranę skórną doszczętnie. W przypadkach, w których oddzielenie worka było bardzo trudnem, Bassini ranę drenuje.

Rozpatrzmy się teraz w stosunkach anatomicznych, które Bassini przez operację swoją stwarza. Szerokie wrota przepuklinowe, słabo skośny, a nie-rzaz zupełnie prosty kierunek (*hernia directa*) patologicznego kanału pachwinowego: oto wybitne własności każdej przepukliny pachwinowej. Nowy zaś kanał pachwinowy ma kierunek najzupełniej skośny, posiada nieznaczny otwór zewnętrzny

trzny, czyli podskórny (*annul. extern.*). Jego tylna ściana jest wytworzoną przez mocno do więzu POUPART'a przyszytą grubą warstwę potrójną z mięśnia skośnego wewnętrznego, poprzecznego i powięzi prostopadłej COOPER'a. Przednią ścianę nowego kanału stanowią zeszyte płaty przeciętego rozścięgną mięśnia skośnego zewnętrznego. Pomiędzy obiema ścianami swobodnie przebiega sznurerek nasienny. Mamy więc przed sobą normalne, fizyologiczne warunki kanału pachwinowego. Na dowód, że stosunki te pozostają po zagojeniu się rany skórnej, przytacza BASSINI badanie pośmiertne jednego z operowanych jego metodą, a zmarłego 14-go dnia po operacji z powodu zapalenia płuc, które niezależnie od operacji wystąpiło. Rana skóry już 9-tego dnia doraźnie była zagojoną, na preparacie zaś okazało się, że owa warstwa potrójna, tylną ścianę kanału stanowiąca, mocno była do więzu POUPART'a przyrośniętą; brzegi przeciętego rozścięgną mięśnia skośnego zewnętrznego również mocno były sklezione.

Pewnym modyfikacyom ulega operacja BASSINI'ego przy przepuklinie wrodzonej, w której właściwie worka przepuklinowego oddzielnie nie znajdujemy. Zawartość przepukliny mieści się tutaj w rozszerzonej *tunica vaginalis testis propria*, która stanowi jednocześnie worek przepuklinowy. Ponieważ niepodobna tutaj oddzielić worka od jądra i sznurka nasennego — tak mocno są one z otrzewną spojęte — należy więc, odprowadziwszy zawartość przepukliny, wyciąć tylko część worka wolną, część zaś bezpośrednio przylegającą do jądra i sznurka pozostawić. Gdybyśmy i tutaj, jak w przepuklinach zwykłych, nabytych, worek całkowicie podwiązali, zrobilibyśmy tem samem kastracyę jednego jądra (*semicastratio*).

Również pewnym modyfikacyom ulega opisywana przezemnie operacja przy przepuklinie prostej (*hernia directa*), czyli tak zwanej przepuklinie HESSELBACH'a. Przepukliny te rzadko dochodzą do większych rozmiarów, rzadko do moszny zstępują, odznaczają się jednak szerokością wrót przepuklinowych. Worek o szerokiem wejściu nieraz w takich razach bywa rozdwojonym w miejscu, w którym przebiegają naczynia podbrzuszne (*vasa epigastrica*). W tego rodzaju przypadkach należy otrzewną worka poza wrotami przepuklinowemi zeszyć, a worek poniżej szwu, jak zwykle, odciąć i wyłuszczyć. Naczynia podbrzuszne, jeśli te się znajdują w pośrodku rozdwojonego przez nie worka, po uprzedniem podwiązaniu należy przeciąć. Ponieważ nieco odmiennie przedstawiają się stosunki anatomiczne przy przepuklinach wewnętrznych (*hernia indirecta*), radzi więc BASSINI dla trwalszego zamknięcia wrót przepuklinowych ujmować w szew zewnętrzny brzeg mięśnia prostego brzucha.

Sam operowałem doszczętnie 6 przypadków przepuklin pachwinowych zewnętrznych. Jedna pomiędzy niemi była przepuklina wrodzona (*hernia inguinalis congenita testicularis*). Pięć razy miałem do czynienia z przepuklinami wolnemi, nie uwięzionemi, choć niezawsze dającemi się odprowadzić. Raz jeden przepuklina była uwięzioną i radykalną operacyą wykonałem dodatkowo po zrobionej herniotomii. Przypadek najdłużej obserwowany trwa już rok i 4 miesiące, pozostałe zaś idą po sobie w następującym porządku: 2-gi i 3-ci rok i 2 miesiące, 4-ty 4½ miesiąca, 5-ty i 6-ty — 3 miesiące. Z tych tylko

w przypadku 4-tym stwierdziłem rozpoczynający się nawrót cierpienia w 5-ym miesiącu po operacyi. Co wpłynęło w danym przypadku na szybkie wystąpienie nawrotu, postaram się przy opisie operacyi objaśnić.

Przypadek. I. Roman J..., wyrobnik, lat 41, mocno zbudowany, cierpi na obustronną przepuklinę pachwinową: na prawą od lat 14, lewa zaś występować zaczęła przed niespełna 10 laty. Obie razem, zstępując do moszny, dosięgają wielkości głowy dorosłego człowieka, przyczem przepuklina prawa 2 razy większą jest od lewej. Skóra moszny tak jest rozciągniętą, że prącie całkowicie się w niej kryje i tylko koniec jego przez szczelinę wygląda. Prawa przepuklina 5 razy ulegała uwięźnięciu, ostatni raz przed 2 tygodniami, po kilku jednak godzinach przy usilnych staraniach ze strony chorego, ostatni zaś raz i lekarza, bez operacyi udało się przepuklinę wprowadzić. Lewa uległa uwięźnięciu raz jeden przed 2 laty, udało się jednak usunąć je na drodze nieoperacyjnej. Pasek próbował chory nosić niejednokrotnie, nie doznając jednak żadnej ulgi. Przy silniejszym kaszlu prawa przepuklina wysuwała się z pod paska, po stronie zaś lewej pasek wywoływał bóle tak nieznośne, że chory zupełnie użycia jego zaniechał. Wrota przepuklinowe prawe przepuszczają swobodnie 4 palce, lewe zaś 3. Dnia 18. X. 1882 r. operacja radykalna po stronie prawej. Cięcie skóry poprowadziłem przez długość przepukliny, zaczynając je na brzuchu na wysokości *spinæ ilei ant. sup.* Podłożywszy palec przez pierścień pachwinowy zewnętrzny pod rozciągnięto mięśnia skośnego zewnętrznego brzucha, przeciąłem je na przestrzeni, odpowiadającej długości cięcia skórniego, kilkoma cięciami przez powłoki worka doszedłem do ostatniej jego warstwy i stąd udało mi się dość łatwo cały worek odseparować od sznurka nasiennego. Szyję worka oddzieliłem na tępo wraz z tą częścią otrzewnej, która już na przednią ścianę jamy brzusznej przechodzi. Podczas oddzielania worek został w kilku miejscach otworzony. Otwory te tymczasowo zamykałem małymi klampami, aby się od wypadania zawartości worka zabezpieczyć. Po otwarciu worka okazało się, że ten zawiera w sobie dużo sieci, w jednym miejscu cienkiem pasmem przyrośniętą, i pętlicę kiszek, która również w okolicy szyi z workiem była zrośniętą. Oddzieliwszy zrosty, wprowadziłem zawartość worka do jamy brzusznej. Ponieważ szyja worka była bardzo szeroką, nie przewiązałem jej więc, jak radzi Bassini, podwójną klutą podwiązką, lecz przeszyłem 5 razy możliwie wysoko za wrotami przepuklinowemi. Poniżej szwu worek odciąłem i całkowicie wyluszczyłem. Odciągnąwszy sznurek nasienny wraz z jądrem, które przy oddzielaniu worka z moszny zostało wyciągniętem, pozostałą część operacyi wykonałem już ściśle podług opisu Bassini'ego. Ranę skórną zeszyłem doszczętnie z wyjątkiem 1 ctm. w dolnym kącie rany.

Na drugi dzień po operacyi ciepłota ciała 39,4° C., moszna zaczerwieniona, obrzękła, mocno naprężona. 3-go dnia ciepłota 40,1° C.. Usunąwszy kilka szwów w dolnym końcu rany i zrobiwszy przeciwotwór w mosznie, wypuściłem znaczną ilość ropiasto-krwawego płynu. Po założeniu drenu chory więcej już nie gorączkował. W 4-ym tygodniu rana była zagojoną z wyjątkiem małej prze-

toki, tą ostatnią rozciąłem w 6 tygodni później przyczem z dna jej usunąłem podwiązkę, która ropienie podtrzymywała. 6-go dnia rana doszczętnie była zagojoną, tak, że mogłem przystąpić do operacji na stronie lewej. Długi czas po operacji, bo jeszcze w pół roku, jądro było powiększone, sznurek nasienny zgrubiał, nacieczony, lecz przy ostatnich oględzinach chorego, a więc w rok i 4 miesiące, okolica pachwinowa prawa przedstawia się zupełnie prawidłowo, przy kaszlu i nadymaniu się stawia silny opór, wypuklania żadnego nie stwierdziłem.

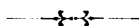
Przypadek II. Karol M..., lat 24, przekupień, wątłej budowy, cierpi na przepuklinę pachwinową prawą wielkości jaja gęsiego. Do moszny przepuklina nie wstępuje. Guz przepuklinowy daje się łatwo odprowadzić do jamy brzusznej. Wrota przepuklinowe przepuszczają 2 palce. Cierpienie jest stosunkowo niedawne, trwa 8 miesięcy, sprawia choremu dolegliwości przy chodzeniu, kaszlu, który stale go trapi, hypochondyczne zaś usposobienie utrzymuje go w ciągłej obawie o następstwa przepukliny. 20. XII. 1892 r. operacja radykalna. Zaznaczę tylko, że w przypadku tym oddzielenia worka udało się dokonać bardzo łatwo, gdyż zostawał on w luźnym związku z otaczającymi tkankami, co można objaśnić tem, że cierpienie było dość świeże, i że przepuklina ani razu dotychczas nie uległa uwężgnięciu, ani też miejscowej sprawie zapalnej (*peritonitis herniae*). Zawartość worka sieci i kiszki udało się odprowadzić bez otwarcia worka. Po wysokiem podwiązaniu szyi po za bramą przepuklinową *en masse* podwójną klutą ligaturą, worek całkowicie wyciąłem. Zamknięcie wrót ściśle podług Bassini'ego. W przebiegu pooperacyjnym na 6-ty dzień przy ciepłocie 39°,0 został otwarty w środkowej części rany niewielki ropień. W 3 tygodnie po operacji znalazłem ranę doszczętnie zagojoną, jądro i sznurek nasienny w stopniu lekkiego nacieku. Przy oględzinach chorego w rok i 2 miesiące nie znalazłem ani śladu nawrotu, a nawet okolica pachwinowa prawa o wiele oporniejszą się okazuje przy silnym kaszlu, niż odpowiednia okolica lewa, gdzie nigdy przepukliny nie było.

Przypadek III. Lewą przepuklinę, opisaną w przypadku 1-szym operowałem dnia 2. I. 1893 r. Worek był do tego stopnia z otaczającymi tkankami zrośnięty, że odseperowałem go tylko w okolicy szyi, odsunawszy na zewnątrz sznurek nasienny. Zawartość worka udało się uwolnić dopiero po przecięciu silnego przewężenia, jakie w dolnej połowie worka się znajdowało. Zawartość przepukliny stanowił kawał sieci z obficie rozrośniętym tłuszczem, który też po starannem podwiązaniu odciąłem. Po wysokiem, jak zwykle, podwiązaniu worka wyciąłem tylko jego szyję, część zaś poniżej leżącą, a mocno do jądra przyrośniętą, pozostawiłem niewyluszczoną. Wreszcie w niczem nie odstąpiłem od podanego wyżej typu. Przebieg pooperacyjny bez wszelkich zaburzeń, rana 9-go dnia była doszczętnie *per primam* zagojoną. Przy ostatniem badaniu chorego w rok i 2 miesiące po operacji nawrotu nie znalazłem. Chory uwolniony od obustronnej przepukliny czuje się zadowolonym, paska żadnego nie nosi i jest w stanie ciężko fizycznie pracować.

II. PRZYPADEK OSTREJ RZEŻĄCZKI W POŁOGU.

Podał

Kazimierz Kraków,
asystent oddziału.



Dnia 19 listopada 1893 r. przywieziono na nasz oddział Maryannę S., 23 lat licząc, która dnia 9 listopada odbyła poród kleszczowy przy pomocy kolegi D. Miesiączkowanie rozpoczęło się w 16 roku życia, odtąd za-
wyczaj miesiączka pojawia się regularnie, bez bólów, trwa po 3 dni i przy-
pada co 4 tygodnie. Chora pochodzi z rodziny zdrowej: rodzice jej zdrowi,
oboje żyją. Ostatnią miesiączkę miała chora w początkach lutego 1893 r.,
a zatem powiła dziecię donoszone. Podczas ciąży chora czuła się dobrze.
W połowie ciąży zauważyła, że z pochwy wypływa obfity, żółtawy płyn gry-
zący, który drażnił zewnętrzne części płciowe i wywoływał przez to bóle w ce-
wce moczowej przy oddawaniu moczu. Z porady lekarza chora robiła prze-
strzykiwanie pochwy przepisany płynem, poczem wypływ się zmniejszył.

Dnia 8 listopada o godzinie 10-ej rano odeszły wody w bardzo małej
ilości; bóle ciągle się zwiększały, jednak główka dziecka, która przodowała,
nie mogła przejść przez kanał miednicy. O godzinie 2½ w nocy zawezwano
kol. D., który kleszczami dziecko wyjął. Zaraz po operacji chora czuła się
względnie dobrze, dopiero wieczorem tegoż dnia, t. j. 9 listopada, dostała
silnych dreszczy, w nocy ciepłomierz wskazywał 39° C., przytem pojawiła
się silna bolesność dolnej części brzucha. Zawezwany powtórnie tenże kole-
ga zalecił zimne okłady na brzuch, a przedtem 8 pijawek na dolną część
brzucha; wewnątrz zalecił chininę, którą chora przyjmowała przez 5 dni
zrzędu, przyczem ciepłota rano bywała zwykle 38° C., wieczorami zaś do-
chodziła do 39° C.. Według zapewnienia chorej, wypływ z macicy był obfity,
lecz mało cuchnący. Ordynujący lekarz zalecił przepłukiwanie wnętrza ma-
cicy roztworem sublimatu, czego sam dokonywał codziennie i przestrzykiwa-
nie pochwy roztworem nadmanganianu potasu, co wykonywała akuszerka;
oprócz tego codziennie tamponowano pochwę gazą jodoformową. Przy wymie-
nionej terapii stan chorej nie zmieniał się na lepsze; przeciwnie choroba po-
stępowała: tak, 11-go listopada chora uczuła silny ból w prawym przedra-
mieniowo napięstkowym stawie, oraz zauważyła w okolicy tego stawu obrzęk,
który się stopniowo powiększał, a ból stawał się nie do zniesienia. Z tego
powodu dnia 19 listopada chora przybyła na nasz oddział wraz z dzieckiem.

U dziecka znaleziono *ophthalmo blennorrhoeam*, *pemphigum bullosum* na
całym prawie ciele, oraz ropienie w pępku; dziecko na pozór wydawało się
niedonoszonem z powodu twarzy starczej (*facies senilis*). Tego rodzaju stan
dziecka oraz *pemphigus bullosus*, który zauważono u matki, zrodził podejrze-
nie syfilisu, z tego powodu nie chciano chorej przyjąć do szpitala. D-r NEUGE-

BAUER jednak, mając na uwadze stan bardzo groźny, przyjął chorą [bez dziecka] na swój oddział.

Powierzchnowne badanie chorej wykazało, co następuje: wzrost średni, odżywianie nędzne, tętno drobne, 120 uderzeń na minutę, niezwykle blask twarzy, brzuch nie wzdęty, kolor skóry ciała żółtawy.

Przy bliższem badaniu chorej zauważyliśmy, że brzuch, okolica pośladkowa, oraz wewnętrzna górna część ud, są pokryte przez *pemphigus bullosus*, oprócz tego na brzuchu 8 ran po pijawkach, silnie zaognionych, dokoła w niektórych znaczne podskórne wylewy krwi. Prawy staw przedramieniowo-napięstkowy silnie obrzękły i bolesny, jednak nie zaczerwieniony. Przy wymacywaniu brzucha łatwo wyczuwało się powiększoną macicę, sięgającą prawie do pępka. Badanie części rodnych wykazało, że macica znajdowała się w stanie *subinvolutionis*, jama jej szeroko otwarta, otwór szyjki przepuszczał łatwo dwa palce, tak, że palcem łatwo można było się przekonać, że w jamie macicy żadnych pozostałości łożyska nie było. Wypływ z macicy był uderzająco obfity, surowiczy, szarawy i bardzo mocno cuchnący.

Przy badaniu zewnętrznych części rodnych zauważyliśmy niezaszyte pęknięcie krocza pierwszego stopnia, pokryte nalotem zielonawo-szarawym.

Na zasadzie tych danych rozpoznaliśmy: *endometritis septica puerperalis*.

Nie mając pewnych danych co do syfilisu, wykluczaliśmy ten ostatni, natomiast powstało podejrzenie rzeżączki, opierające się na równoczesnem zachorowaniu matki i dziecka, które, jak wyżej wspominałem, miało *pemphigum bullosum* na ciele, *ophthalmo-blennorrhoeam* oraz ropienie w pępku, *omphalorrhoeam purulentam*. Przebieg choroby był bardzo ciężki: chora leżała na oddziale przez 5 tygodni.

Zaraz po przybyciu chorej zastosowaliśmy miejscowy sposób leczenia, a mianowicie: przepłukiwania wnętrza macicy oraz pochwy roztworem sublimatu 1:4000—2 razy dziennie, oprócz tego wewnątrz przepisywaliśmy *antipyretica*, jak: salol i chininę, ewentualnie *laxantia salina*. Po tej interwencji nazajutrz, t. j. dnia 20-go listopada, ciepłota wynosiła przez cały dzień 38° C., 21-go listopada wieczorem podniosła się do 38,8° C., nazajutrz rano 38° C., wieczorem 39° C., 23-go listopada rano 38° C., wieczorem 39° C., 24-go listopada rano 38° C., wieczorem 39,8° C.. Tego dnia zauważyliśmy wyraźne chęłbotanie płynu w prawym stawie przedramieniowo-napięstkowym, skutkiem czego D-r STANKIEWICZ zrobił cięcie wzdłuż ropnia i ropę wypuścił. 25-go listopada rano 37,8° C., wieczorem 38,6° C.. 26-go listopada rano i wieczorem 37,8° C.. 27-go listopada rano 38° C., wieczorem 39° C.. Tego dnia zauważyliśmy ropień w okolicy lewego stawu obojczyko-mostkowego, który też został przecięty. Nazajutrz dnia 28-go listopada ciepłota 38,2° i następnie przez trzy dni spadała litycznie do 36,8°; w przeciągu tych dni chora zaczęła uskarżać się na bolesność w cewce moczowej. Mocz, wypuszczany katecterem, był mętny z domieszką ropy, co pozwoliło zdyagnozować: *cystitis et urethritis purulenta*. Dla usunięcia tego cierpienia przepłukiwaliśmy codziennie pęcherz roztworem kwasu bornego 1:500. Przepłukiwania robiłem przez trzy tygodnie, dopóki chora nie zaczęła sama i bez bólu oddawać mocz

czysty. 1-go grudnia ciepłota ciała znowu podniosła się do 38,4° C., wtedy okazał się ropień na tylnej powierzchni lewej ręki pomiędzy 1-szym i 2-gim palcem. Po przecięciu tego ropnia ciepłota ciała spadła do normy. 5-go grudnia ciepłota znowu podniosła się do 39,4°; wtedy zauważyliśmy czwarty ropień na tylnej powierzchni lewego ramienia. Po przecięciu tego ropnia, ciepłota znowu spadła. Od tego dnia ciepłota ciała trzymała się w mierze: wieczorami do 38° C. (*maximum*), rano do 37° C..

Następnie podczas całego pobytu chorej u nas ciepłota tylko 3 razy wzmożła się, mianowicie: dnia 11-go grudnia wieczorem 38,8° C., dnia 27-go grudnia 38,8° C.; dnia 28-go grudnia rano 36,6° C., wieczorem 39° C.; następnych dni ciepłota spadała, remisje bywały tylko na 0,3—0,4. W tym czasie stosowaliśmy prawie codziennie kąpiel. Dnia 26-go stycznia 1894 roku chora wypisała się ze szpitala względnie zdrową, z ankilozą w prawym stawie przedramieniowo-napięstkowym i z ropiejącymi ranami po pijawkach na brzuchu.

Kilkorazowe podniesienia ciepłoty podczas rekonwalescencji chorej 11-go 27 i 28-go grudnia tłumaczą się zaburzeniami w przewodzie pokarmowym, gdyż *laxantia* ciepłotę do normy doprowadzały.

Z polecenia D-ra NEUGEBAUERA, podejrzującego chorobę o rzeżączkę na zasadzie nietypowych objawów gorączki septyczno-puerperalnej, oraz na zasadzie objawów zauważonych u dziecka, jak: *ophthalmo-blennorrhoea duplex* oraz ropnie w pępku i *pemphigus bullosus multiplex*, przeprowadzono badania drobnowidzowe wydzielin z pochwy chorej oraz z przeciętych ropni. Drobnowidzowe badania wykryły w wydzielinie gonokoki i streptokoki. A zatem rezultaty, osiągnięte przy badaniu drobnowidzowym, potwierdziły, że podejrzenia D-ra NEUGEBAUERA były zupełnie trafne. Mieliliśmy zatem do czynienia z gorączką połogową na tle rzeżączki.

Przytoczyłem tu szczegółowy opis przebiegu choroby naszej chorej, jako potwierdzający trafne spostrzeżenia prof. LEOPOLD'a, z którego pracy referat spotykamy w № 7 Medycyny z roku 1894, przez kolegę Rogowicza napisany. W referacie tym są cytowane przypadki gorączki połogowej u kobiet, które urodziły bez sztucznej pomocy i nie były poprzednio wcale badane, a zatem u których o infekcji zewnętrznej mowy być nie mogło. Nasza chora była wielokrotnie badaną, następnie podległa operacji akuszerskiej [były nakładane kleszcze], zatem w danym przypadku nie możemy mówić wyłącznie o tryprowej infekcji. Prawdopodobnie tu miało miejsce zakażenie mieszane; przypadek ten jednak, według mego zdania, jest bardzo pouczającym z tego względu, że i w danym razie przebieg gorączkowy okresu połogowego nie zależał od osób, podczas porodu pomocy udzielających. Nie ulega wątpliwości, że w pochwie zawsze można wykazać bakterie ropotwórcze, które jednak nie wywołują reakcji, dzięki odporności tkanek organu. Jeżeli zaś tkanki te są w stanie podrażnienia wskutek obecności gonokoków, to i reakcja ze strony streptokoków i innych ropotwórczych mikroorganizmów jest ułatwioną. Tego rodzaju infekcja mogła mieć miejsce i w naszym przypadku bez infekcji spowodowanej przez rękoczynny lekarza lub akuszerki.

Nie tylko prof. LEOPOLD zwrócił uwagę na daną kwestyę [patrz sprawozdanie z posiedzeń Drezdeńskiego Towarzystwa Ginekologicznego], ale i D-r KROENIG z Lipska w № 8 *Centrablatt für Gynäkologie* z r. 1893 podał artykuł w kwestyi rzeżączki u kobiet w okresie połogowym. On to na zasadzie swoich klinicznych badań przyszedł do tegoż wniosku, co i prof. LEOPOLD w kwestyi gorączki połogowej na tle tryprohem, oprócz tego zaznaczył, że w takich razach przebieg tej gorączki jest mniej ciężki, rokowanie co do życia chorej prawie zawsze jest pomyślnem; gdy przy czysto septycznych gorączkach bywa przeciwnie. Co się tyczy rokowania pod względem zupełnego wyzdrowienia, to to jest mniej pomyślnem, gdyż obecność tryprowego zarazka wywołuje często następne choroby, skoro z *endometrium* nastąpi zakażenie jajowodów, jajników, oraz otrzewnej.

Przebieg gorączki połogowej u naszej chorej oraz rezultat wyraźnie potwierdzają zdanie prof. LEOPOLD'a, i D-ra KROENIG'a. Na szczególną uwagę w danym przypadku zasługują powikłania w stawach (*synovitis gonorrhoeica multiplex*), charakterystyczne, jak to już oddawna w klinikach chirurgicznych wiadomo, dla rzeżączki. Co się tyczy powikłań następnych (*entfernte Folgen*) w dalszym przebiegu, to dotychczas u wzmiankowanej chorej ich nie zauważyłem, a dodać tu mi wypada, że chorą mam po dziś dzień w ciągłej obserwacji.

III. PRZYCZYNEK

DO KWESTYI LECZENIA MIĄSZOWEGO ZAPALENIA GARDŁA

(*angina parenchymatosa*).

Podał

D-r Bohdan Korybut-Daszkiewicz [z Siedlec].

Dość częste przypadki mięszowego zapalenia gardła, zdarzające się przeważnie wczesną wiosną i jesienią w praktyce mojej, a występujące poniekąd epidemicznie [raczej endemicznie] w niektórych pobliskich wioskach, dały mi możność wypróbowania wielu, jeśli nie wszystkich, zalecanych zabiegów terapeutycznych. Niestety, wszelkie płukania, pędzlowania, inhalacje i t. d., a nawet łykanie lodu i zewnętrzne stosowanie pijawek na szyję i kompresów ogrzewających nie dawały mi rezultatów zadawalających; większość bowiem mych chorych, względnie dość wcześnie nawet szukających rady, w ostateczności narażaną bywała na konieczność interwencji chirurgicznej, t. j. przecięcia ropnia, który pomimo licznych terapeutycznych zabiegów nigdy prawie nie omieszczał się zjawić. Zniechęcony tem niepowodzeniem, zacząłem próbować wspomnianych wprowadzić w niektórych podręcznikach¹⁾, lecz niezbyt zachwalanych, nacięć [skaryfikacji].

¹⁾ EICHENHORST w drugim tomie swego wykładu Patologii i Terapii Szczegółowej wcale o stosowaniu nakłuć w przebiegu omawianego cierpienia nie wspomina. — JACCOUD uważa, że na-

Te ostatnie nie zawiodły moich oczekiwań; gdy bowiem, jak wyżej wspomniałem, przy innych zabiegach sprawa nieraz kończyła się zropieniem, od czasu kiedy zacząłem stosować skaryfikacje, a to przynajmniej w 50 przypadkach w ciągu dwóch lat ostatnich, ani razu ropnia w gardle, po uprzednim stosowaniu nakłuć, nie miałem potrzeby przecinać.

Skaryfikacje robiłem zwykłym, „bistouri“, okręciwszy go nitką, tak, że sam koniec jego zaledwie na przestrzeni 3—5 millimetrów obnażonym zostawał; ilość nakłuć wahała się zwykle między dziesięcioma a dwunastoma, stosownie do natężenia zapalenia; starałem się zwykle, by w przybliżeniu łyżka krwi z porobionych nakłuć wypłynęła.

Nakłucia robiłem na całej przestrzeni tylnej części podniebienia, o ile było ono zajęte przez sprawę zapalną, i w migdałkach po stronie chorej.

Nieraz wypadało powtórzyć ten rękoczyn kilka [2—3] razy w ciągu przebiegu choroby.

Wobec bardzo nieznacznego zagłębiania się improwizowanego skaryfikatora w chorą tkankę nigdy nie miałem obawy zranienia *art. carotidis internae* i wogółności otrzymania, jako komplikacji, poważniejszego krwotoku.

O ile przy pierwszej propozycji nieraz napotykałem pewne trudności ze strony chorego, który, obawiając się interwencji noża, dość silny zwykle stawiał opór, o tyle przy następnych takich samych zabiegach najczęściej chętnie moja propozycja przyjmowaną bywała, a to z tego powodu, że subiektywnej poprawy, i to bardzo znacznej, chory zaraz po pierwszym posiedzeniu zwykle doznawał i wogółności nie zauważyłem nigdy zbyt silnych skarg w trakcie wykonywania tej niewinnej operacji, tak, że nawet dzieci bez wielkiego oporu i trudności w ten sposób leczyłem. Mówiąc nawiasem, muszę dodać, że z omawianem cierpieniem u dzieci nadzwyczajnie rzadko zdarzało mi się spotykać.

Najczęściej, po ukończeniu zabiegu, radziłem mym chorym łykanie kawałków lodu [czego jednak większa ich część, o ile wiem, nie robiła z powodu przesądu — „aby się nie zaziębić“] i płukanie roztworem kwasu borowego lub soli BERTHOLLET'a.

Nie wspominałbym o tym zabiegu przez niejednego już rekomendowanym, gdyby nie ta okoliczność, że, jak dotąd, przy dość znacznej liczbie chorych [około 50 skaryfikacjami leczonych], od czasu używania wspomnianych nakłuć, ani jednego zejścia w ropienie przy omawianem cierpieniu nie spotkałem; naturalnie, mówię tu o chorych, u których jeszcze objawów istniejącego ropnia nie było, chociaż i tu nawet, lekkie nakłucia ułatwiały samoistne otwo-

cięcia sprawiają mniejsze skutki, niż przystawienie pijawek pod uszami, lub w dołku zażuchwowym. — KOENIG w swej Chirurgii Szczegółowej [T. I, str. 442] radzi czekać z nacięciami, które uważa za bardzo bolesne, do czasu zupełnego zjawienia się objawów ropnia, by go wtedy przeciąć. — HUETER znów, wprowadzając nie uważa nacięć za odrębny zabieg terapeutyczny, jednak nieudatnej próbie przecięcia ropnia [co radzi bardzo wcześnie uskutecznić], a więc kończącej się tylko na głębokim nakłuciu, przypisuje własność zmniejszenia bólu i natężenia zapalenia. — NIEMAYER w swem dziele również nie przypisuje skaryfikacyom zbyt wielkiego znaczenia.

rzenie się ropnia zwykle na drugi dzień po skaryfikacjach, co należy, szczególnie w praktyce prowincjonalnej, do rzeczy nader pożądaných.

Wszelkie pędzlowania i t. d. stanowczo w praktyce mej przy leczeniu omawianego cierpienia, jako niepożyteczne, zarzuciłem i obecnie wyłącznie prawie skaryfikacje stosuję. Pomyślny rezultat, jaki otrzymywałem przy ich używaniu, ośmiela mnie do zaproponowania Szanowym Kolegom zwrócenia baczniejszej uwagi na ten pożyteczny, choć dość rzadko stosowany, sposób. Wobec tego, że technika sama nie nasuwa żadnych trudności, sędzę, że sposób ten przez każdego lekarza praktyka z łatwością i wielką, jak mniemam, dla chorych korzyścią stosowanym być może.

Wobec trudności przewidzenia, czy zwykłe, lecz silne nieżytowe zapalenie gardła nie przyjmie charakteru mięszsowego i tu proponowałbym również skaryfikacje.

Siedlce. 24 kwietnia. 1894 roku.

NOTATKI LEKARSKIE.

5. Obrzęki skóry w przebiegu blednicy, przyczynek do leczenia tejże.

W końcu stycznia r. z. wezwano mnie do panny W. P..., nauczycielki, która przybyła ze wsi dla leczenia się.

Od kilku już lat czuła się osłabioną, była blada, mało jadła, męczyła się przy chodzeniu, nie miała regularności, ale że przy tem, jak sama mówi nabierała tuszy, więc się pocieszała tem, że to są zapewne objawy „nerwowe“. Wprawdzie zalecono jej kilka razy żelazo i nawet miewała się zwykle po użyciu tegoż lepiej, ale nie mogła go długo znosić, a nie widząc nigdy trwalszej poprawy, nie przyjmowała go nigdy systematycznie przez czas dłuższy. Za to mieszkając na wsi, a słysząc i czytając, że ruch na świeżem powietrzu, zimne kąpiele, rozrywki i wycieczki są skutecznem lekarstwem na „choroby nerwowe“, używała tych metod *larga manu*, oczekując przynajmniej, że zapobiegnie przez to tyciu. Ale ani tuszy nie ubywało, ani stan zdrowia się nie poprawiał. Doszła wreszcie do tego, że nie mogła nic jeść z powodu braku łaknienia i z powodu nudności, nie mogła czytać i pracować z powodu szumu w uszach, zawrotów głowy i osłabienia, a przechadzek musiała zaniechać nie tylko z powodu duszności przy ruchu, ale i z powodu obrzmienia i bólu w lewej nodze. Gdym chorą widział po raz pierwszy była woskowo bladą, twarz miała pełną, nalaną; takiem również było całe ciało. Chora, lubo młoda [ma lat 21], robi wrażenie osoby starszej, mocno otyłej. Przy bliższem jednak badaniu okazuje się, że to jest poprostu obrzęk skóry na całym ciele w połączeniu z obfitością dziwnie miękkiego tłuszczu.

Lewa kończyna dolna zwłaszcza mocno jest obrzęknięta, pokryta skórą naprężoną, lśniącą, bolesną na dotyk. Chora zdaje się nie wiedzieć, że jest spuchniętą na całym ciele, uważając, że obrzękiem dotkniętą jest tylko jedna noga. W jamach ciała przesięku wykryć nie można. Błony śluzowe niesłychaniej kredowej białości, paznokcie sinawe. Ciepłota ciała 36°, tętno około stu,

bardzo miękkie. Chorą do tego stopnia męczy wszelki ruch i wzruszenie, że przy badaniu kilka razy była blizką omdlenia. Płuca normalne. Nieznaczne rozszerzenie tępości serca w wymiarze poprzecznym. Przy wierzchołku daje się słyszeć dość głośny szmer skurczowy, w żyłach szyjowych głośne buczenie. Brzuch, pokryty obrzękłą skórą i grubą warstwą tłuszczu, nie pozwala na wyczuwanie śledziony i wątroby. Mocz błądy nie zawiera ani białka, ani cukru. Wypróżnienia kołowe, twarde, nie zawierają żadnych charakterystycznych jaj pasorzytów. Ściślejszego badania krwi nie przeprowadzałem; skonstatowałem tylko, że ciałka czerwone są bardzo blade, jednakowe, wielkości normalnej, układają się w rulony mniej, niż to bywa normalnie; stosunek białych ciałek do czerwonych nie zdaje się być zwiększony. Pomimo tych braków w badaniu krwi [nie określałem ilości hemoglobiny, ani ciężaru właściwego i t. d.] nie ulegało wątpliwości, że mamy do czynienia z ciężką postacią blednicy. Tylko uderzająco rozległe obrzęki, obejmujące skórę całego ciała, mogły nasuwać pewne wątpliwości. Obrzęki skóry, jak wiadomo, zdarzają się tylko w ciężkich postaciach blednicy, są zwykle przelotne (*oedema fugax*) i zajmują zwykle tylko kończyny dolne. Takich rozmiarów obrzęki, jakie widzieliśmy w danym przypadku, każą myśleć o chorobie Bright'a lub wadzie serca. Pierwszą z tych chorób wyłączał zupełny brak białka w moczu. Co się tyczy cierpienia serca, to lubo dalszy przebieg, mianowicie zupełna poprawa przy odpowiednim leczeniu, wyłączała istnienie jakiejś sprawy stałej, organicznej, nie można zaprzeczyć, że w danym razie istniało osłabienie mięśnia sercowego (*insufficiencia muscularis cordis*) takie, jakie się spotyka po nadmiernych wysiłkach fizycznych u ludzi do tego usposobionych (t. zw. *Ueberanstrengung des Herzens*). Cały obraz kliniczny za tem przemawiał [duszność, częstość tętna, obrzęki, rozszerzenie prawego serca, szmer skurczowy przy wierzchołku], a okoliczności, opowiedziane przez chorą, przypuszczenie to usprawiedliwiają. Przypadek ten posiadał wszystkie cechy blednicy typu sercowego (*chlorosis cardiaca*), tak dobrze opisanego w pracy GLUZIŃSKIEGO. [O blednicy i jej leczeniu. Przegl. Lek. 1892].

Nie wdając się w szczegóły przebiegu choroby, który był zresztą zupełnie pomyślny, powiem słów parę o leczeniu. To ostatnie, proste i łatwe w lżejszych postaciach blednicy, staje się nieraz trudnem zadaniem w przypadkach ciężkich. Pomijając już trudności rozpoznawane [gdy blednica koniec końców okazuje się gruźlicą lub wadą serca], ale nieraz nietolerancja żelaza prawdziwa lub wmówiona, ciężkie objawy niestrawności, przesadne poglądy na potrzebę ruchu i uważanie blednicy za chorobę, która wcale nie wymaga leżenia w łóżku, są powodem przewleknięcia choroby i doprowadzania chorych do stanu prawdziwie rozpaczliwego, jak to miało miejsce w moim przypadku.

Prosta logika i zdrowy rozsądek nakazały mi tym razem zastosować, obok swoistego leczenia [żelazo], jak najściślejszą kurację WEIR-MITCHEL'a. Ponieważ chorą męczył wszelki ruch, jak również rozmowa, wzruszenia, odwieziny znajomych, czytanie i t. d., skazałem ją na zupełny spokój i odosobnienie. Wobec absolutnego braku łaknienia i nudności, a nawet wstrętu do jadła, zaleciłem jej mleko co godzina po $\frac{1}{8}$, $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$, wreszcie po całej szklance.

Jednocześnie podałem żelazo w lekkiej postaci (*liq. ferri album.*). Chora w końcu 1-go tygodnia wypijała już po 2 kwarty mleka dziennie. Gdy mleko zaczęło się przykrzyć i zjawiała się chęć do jedła, zacząłem stopniowo dodawać inne pokarmy, przy czym chora doszła do częstych i obfitych porcyi bez szkody dla trawienia. Wkrótce zmieniłem przetwór żelaza [pigułki BLAUD-NIEMAYER'a z dodatkiem *ac. arsenic.*]. Począwszy od 3-go tygodnia, stan chorej zaczął się dość szybko poprawiać, tak, że gdy po 6 tygodniach wstała z łóżka, trudno ją było poznać. Barwa skóry stała się zupełnie normalną, błony śluzowe żywo zabarwione, obrzęki zupełnie znikły, pozostał tylko lekki obrzęk stóp, a po dłuższem chodzeniu — i goleni. Najbardziej zdziwiło to chorą i jej otoczenie, że pomimo wybornego łaknienia i obfitego jedzenia obok braku ruchu, znacznie zeschupiała. Przez cały czas leżenia w łóżku chorej wykonywano jej masaż całego ciała. W dalszym ciągu zaleciłem powstrzymanie się od zajęć obowiązkowych na kilka miesięcy, pobyt na wsi. Wkrótce znikł szmer w sercu i buczenie w żyłach. Obecnie dowiaduję się, że chora ma się zupełnie dobrze.

Wiem, że podobne leczenie takich przypadków blednicy nie jest żadną nowością. O potrzebie spokoju, nienadużywaniu ruchu przy blednicy i niedokrwistości pisał NIEMEYER, piszą szczególnie autorowie angielscy, począwszy od WEIR-MITCHEL'a, a u nas GŁUZIŃSKI i DUNIN. [Przyczynek do leczenia blednicy. Nowiny Lekarskie 1892], ale sądzę, że przypadek, opisany przezemnie, jest wymowną ilustracją tych poglądów i dlatego go ogłaszam.

A. Puławski.

6. Tuberculum solitare w prawej odnodze mózgu.

Dnia 4. XII. r. z. przybył do szpitala D. Jezus [sala 30] Konstanty Ł..., wyrobnik, 33 lata. Choruje od lat dwóch na ogólne osłabienie, kaszel [bez krwioplucia], poty, brak łaknienia. Prócz tego przed 8 tygodniami zaczął widzieć podwójnie, potem zauważył opadanie prawej powieki górnej, które szybko się wzmagało. Przed dwoma tygodniami zaczął mu dokuczać silny ból w całej prawie kończynie dolnej, począwszy od guza kulszowego aż do pięty; ból ten tak jest silny, że nie pozwala choremu chodzić i to go skłoniło do udania się do szpitala. Do syfilisu się nie przyznaje. Przy badaniu znalazłem stan bezgorączkowy, wychudnienie, bladość skóry. W prawem płucu na znacznej przestrzeni z tyłu od góry stępienie odgłosu wypukowego, wydech oskrzelowy, liczne rżenia wilgotne, *bronchophonia*. To samo z przodu nad i pod obojczykiem. W płwocinie laseczники Koch'a w obfitości. Serce i inne narządy prawidłowe.

Prawa powieka górna opuszczona tak, że zakrywa $\frac{3}{4}$ gałki ocznej i jest zupełnie nieruchoma, źrenica jest widocznie szersza niż po stronie lewej, słabo oddziałuje na światło. Ruchy gałki ocznej ograniczone są ku stronie nosowej, tak, że źrenica nie jest w stanie przejść po za linię środkową, ruchy te również są ograniczone ku górze. Od strony skroniowej chory widzi podwójnie. Mamy więc przed sobą bez wład wszystkich gałazek nerwu oko-ruchowego wspólnego.

Mięśnie twarzowe funkcjonują prawidłowo, czucie na skórze twarzy zachowane. Co się tyczy prawej kończyny dolnej, to mamy do czynienia z typowym *ischias*, z charakterystycznymi punktami bolesnymi. Czucie i odruchy normalne.

W pierwszej chwili sądziłem wraz z kolegami, którym chorego pokazywałem [CHEŁCHOWSKI i WINIARSKI], że chory przedstawia *neuritis* dwóch nerwów *n. ischiadici* i *n. oculomotorii*, prawdopodobnie pochodzenia toksycznego [gruźlica], ale po niedługim pobycie chorego w szpitalu rozpoznanie się wyjaśniło. Począwszy od 17. XII., chory zaczął się skarżyć na osłabienie w kończynie górnej lewej. Badanie wykazało znaczne i równomierne osłabienie ruchów czynnych w całej kończynie, które codzień się wzmacniało. Chory nie był w stanie unieść lewej ręki po nad głowę, ani ucisnąć podanej ręki, ani utrzymać żadnego przedmiotu. Przy usiłowaniu wykonywania ruchów dowolnych daje się zauważyć wyraźny bezwład. Obok tego żadnych bólów, parestezyi, ani zmian w czuciu. Kończyna dolna po tej samej stronie żadnych zmian nie przedstawia. Nie ulega wątpliwości, że porażenie nerwu oko-ruchowego po stronie prawej i porażenie kończyny górnej po stronie lewej zależało od jednej przyczyny, mianowicie od sprawy, która zajęła jądro nerwu okoruchowego i włókna piramidalne, idące do przeciwległej połowy ciała, właściwie do kończyny górnej. Tem miejscem mogła być prawa odnoga mózgu (*pedunculus cerebri*). Jakiej sprawy tu się spodziewać należało, trudno było powiedzieć z pewnością, ale w obec tego, że chory miał gruźlicę płuc, można było z wielkim prawdopodobieństwem oczekiwać gruzełka odosobnionego (*tuberculum solitare*) w oznaczonym wyżej miejscu.

W ciągu dalszego pobytu chorego w szpitalu zmiany w płucach i w stanie ogólnym stopniowo się pogarszały i to dość szybko. To samo można powiedzieć o kończynie górnej lewej, która przeszła w stan zupełnego bezwładu. Objawy w prawym oku również stały się wydatniejsze: opuszczenie powieki i rozszerzenie źrenicy i bezwład porażonych mięśni oka doszły do *maximum*; kończyna dolna lewa zmian nie przedstawiała, ból w prawej kończynie dolnej bez porównania się zmniejszył przy użyciu antypiryny i po przypaleniu PAQUELIN'em. Chory zmarł d. 8. I. 1894. Badanie pośmiertne, łaskawie dokonane przez prof. PRZEWOSKIEGO, wykazało—obok daleko posuniętej gruźlicy w płucach, *perichondritis tuberculosa* w krtani i wyjątkowo małego serca—w prawej odnodze mózgu przy przejściu na most ognisko ostro odgraniczone od zdrowej tkanki, wielkości orzecha łaskowego. Przy badaniu drobnowidzowem, również przez D-ra PRZEWOSKIEGO dokonaniem, okazało się, iż był to gruzełek odosobniony (*tuberculum solitare*); innych zmian mózg nie przedstawiał.

W obszernej monografii DALICHOVA (*Die Aetiologie und ätiologische Diagnostik der Oculomotorius-Paralyse mit Berücksichtigung der pathologischen Anatomie. Zeit. f. klin. Med. 1893 B. XXII*) znalazłem wzmiankę, iż w literaturze opisano dwa podobne przypadki: UHTHOFF w 1886 i KRAFT-EBING w 1889 r.

7. Przyczynek do kazuistyki zgorzelowego zapalenia przełyku (*Oesophagitis gangraenosa*).

Filip Leb..., wyrobnik, wieku lat 25, wypił d. 24 sierpnia 1891 roku przez pomyłkę stołową łyżkę ługu sodowego gryzącego [25%]. Uczuwszy silny ból w ustach i w gardzieli, udał się natychmiast do jakiegoś felczera, który mu zalecił pić „wodę z sodą“. W ciągu pierwszych kilku dni chory mógł połykać, chociaż z trudnością, mleko i wodę, a później i to stało się niemożliwym. Wówczas chory przybył do mnie [d. 2. września], prosząc o radę. Przy badaniu znalazłem silne zaczerwienienie w jamie gardzieliowej i biały nalot na podniebieniu miękkim, na migdałach i na tylnej ścianie gardzieli. Chory uskarża się na zupełną niemożność połykania nawet płynów i na mocny ból w gardzieli i w piersiach. Okolica żołądka na ucisk nie bolesna. Stolce normalne. Ze strony dróg oddechowych i serca żadnych zmian niema. Przepisałem choremu smarowanie gardzieli roztworem taniny z gliceryną z dodatkiem kokainy. Nazajutrz [d. 3 września], t. j. na 11-y dzień po wypiciu ługu, chory wrócił do mnie uradowany, z oznajmieniem, że teraz już nie ma żadnej trudności w połykaniu; po drugim posmarowaniu bowiem gardzieli, zakrztusiwszy się, zwymiotował „kiszkę“, która mu przedtem uniemożliwiała połykanie pokarmów. Przytem pokazał mi przyniesioną ze sobą w słoiku rurkę błoniastą, której kształt i rozmiary natychmiast dały mi poznać, że jest to błona śluzowa przełyku, całkowicie oddzielona.

Chory powiedział mi, że wypił już parę szklanek mleka i herbaty bez żadnego prawie bólu i uważa się za zdrowego. Nie dzieląc naturalnie optymistycznego zapatrywania się chorego na tę sprawę i przewidując w blizkiej przyszłości zwężenie przełyku, posłałem go natychmiast do miejskiego szpitala z propozycją—wobec niechybnie grożącej choremu głodowej śmierci—zrobienia mu gastrostomii. Brak wszelkich objawów toksycznego zapalenia żołądka przemawiał za możliwością uratowania chorego. Chirurdzy nie zdecydowali się na operację i chory, przebywszy w szpitalu miejskim w Baku pół roku, zmarł, jak było do przewidzenia, głodową śmiercią d. 4 marca 1892 roku. Jak widać z karty szpitalnej, już w kilka tygodni po wypadku cienki zgłębnik żołądkowy trudno było przepchnąć, a jednak pokarmy płynne chory mógł połykać z coraz większą trudnością w ciągu 6-ciu miesięcy. Sekcyi nie robiono.

Błona śluzowa przełyku zwymiotowana przedstawia cylinder całkowity, nigdzie nie uszkodzony, lekko rozszerzający się w dolnej części, odpowiadającej wpustowi. Zaczerwienienie błony jest najsilniejsze u dołu i na małym odcinku błony śluzowej żołądka. W górnej zaś części błona jest bardzo cienką i kończy się długimi strzępami. Długość cylindra wynosi 22 ctm. szerokości $2\frac{1}{2}$ do $3\frac{1}{2}$ ctm., grubość ścianek od 1 do 2 mm..

Opisany przypadek jest rzadki i ciekawy ze względu na to, że płyn żrący nie zniszczył zupełnie błony śluzowej przełyku, jak to zwykle bywa. Działanie płynu było widocznie zmniejszone wskutek nieustannego połykania wody, a szybki odczyn zapalny rozwinął się głównie w warstwach głębszych.

Tkanka podśluzowa uległa ropnemu zapaleniu, które ze wszech stron podminowało błonę śluzową i spowodowało całkowite jej oddzielenie się.

Wiestnik obszczest. Gigieny i t. d. cytował w sierpniu 1891 roku opis podobnego przypadku, obserwowanego przez D-ra PUECH (*the journal of Laryngology and Rhinology*. 1891 r. w marcu).
Michał Pietkiewicz.

8. Rzadki przypadek bradykardii wysokiego stopnia.

Mężczyzna otyły, przeszło 60 lat mający, z wyraźną arteryosklerozą, od kilku lat cierpiący na nieznacznego natężenia napady duszności i skarżący się od pewnego czasu na zawroty i omdlewania, w dniu 25 marca w nocy, zbudzony ze snu, zaledwie wstał z łóżka, upadł na ziemię i stracił przytomność, a zaniesiony do łóżka przedstawiał, jak mi to szczegółowo opowiadała żona jego, objawy przypominające napad apoplektyczny: nieprzytomność, śpiączkę, oddech chrapliwy. Po kilkunastu minutach odzyskał przytomność, nie mogąc jednak zdać sobie sprawy, co się z nim działo.

Na drugi dzień rano, wezwany do chorego, znalazłem go siedzącego w fotelu z blade-woskową cerą twarzy; skarżył się na ogólne osłabienie i uczucie ciśnienia w okolicy serca. Przy wymacywaniu tętnicy promieniowej zwrócił moją uwagę w pierwszej chwili zupełny brak tętna; trzymając jednak palec na tętnicy przez nieco dłuższy czas, wyczułem uderzenie tętna, poczem nastąpił długi przestanek; takich uderzeń tętna wyliczyłem 18 na minutę.

Po kilku dniach, t. j. 30 marca, chorego przedstawiłem kilkunastu kolegom, którzy stwierdzili zwolnienie tętna do 20 uderzeń na minutę, a przy wysłuchi-waniu serca kilkanaście uderzeń na minutę silniejszych i tyleż słabszych za-rodkowych.

W kilka dni potem, t. j. 5 kwietnia, chory dostał nowego napadu udaro-wego, w następstwie czego tego dnia, już po odzyskaniu przytomności, zakończył życie przy objawach synkopalnych.

Mieliśmy zatem w przypadku tym do czynienia z tak zwaną bradykardią, t. j. zwolnieniem tętna od 18--20 uderzeń na minutę w połączeniu z napadami omdlewania i napadami podobnymi do udarowych, a zatem z ową trójką przypadłości, pierwszy raz opisaną przez ADAMS'a, a następnie STOKES'a i dlatego znaną pod nazwą choroby STOKES-ADAMS'a.

Bradykardia taka w połączeniu z napadami synkopalno-apoplektycznymi jest przypadłością wyłącznie spostrzeganą przy arteryosklerozie i stanowi odrębną postać, raczej odrębny typ (*type bradycardique* HUCHARD'a), pod jakim objawia się niekiedy arteryoskleroza. STOKES czynił ją zależną od zwyrodnienia tłuszczowego mięśnia sercowego; HUCHARD zaś uważa chorobę ADAMS-STOKES'a za objaw cierpienia opuszkowego, polegającego na małokrwistości opuszki, spowodowanej arteryosklerozą naczyń mleczka przedłużonego.

Pod względem rozpoznawczym zaznaczyć wypada, że napady, spostrze-gane przy chorobie STOKES-ADAMS'a, wielkie przedstawiają podobieństwo do napadów prawdziwie udarowych i za takie w pierwszej chwili mogą być wzięte, lecz krótkie ich trwanie, szybki powrót przytomności, brak wszelkich

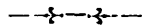
porażeń obok bardzo znacznego zwolnienia tętna przekonywa, że nie mają one wiele wspólnego z prawdziwym udarem zależnym od wylewu krwi.

Pod względem rokowania *bradycardia*, a szczególnie w połączeniu z napadami pseudoapoplektycznymi, stanowi objaw bardzo poważny. Jakkolwiek znane są i cytowane przez HUCHARD'a przypadki choroby STOKES-ADAMS'a trwające wiele miesięcy, a nawet lat, należą one jednak niewątpliwie do rzadkich; najczęściej bowiem przewidzieć należy szybkie zejście śmiertelne. Przedstawiając kolegom przypadek powyżej opisany, przepowiedziałem zejście śmiertelne w bardzo szybkim czasie.

Kutno, d. 22. IV. 1894.

F. Arnstein.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



54. G. Muscatello [Strasburg]. O naczyńniakach pierwotnych w mięśniach ruchu dowolnego.

Względnie częstymi są przypadki, gdzie naczyńniak, biorąc początek w skórze lub tkance łącznej podskórnej, szerzy się następnie wgłąb na powięź i mięśnie; natomiast do bardzo rzadkich należą naczyńniaki, których siedliskiem pierwotnem są mięśnie dowolne. VIRCHOW w swej pracy o nowotworach powiada, że raz tylko widział taki przypadek [naczyńniak brzuśca palucha], autor zaś zdołał odnaleźć w literaturze 12 podobnych przypadków, ogłoszonych różnymi czasy.

Z uwagi na powyższe szczegóły autor podaje badania swoje nad trzema przypadkami naczyńniaków, z których jeden był przez niego operowany, dwa zaś inne były mu dostarczone dla zbadania.

Przypadek 1. U dziesięcioletniej dziewczynki zauważono przed kilku miesiącami w lewej okolicy międzyłopatkowej ograniczone wypuklenie, które stopniowo dosięgło wielkości połowy jaja kurzego. Przy badaniu stwierdzono spoistość guza twardo-elastyczną, powierzchnię jego nieco zrazikową i ruchomość minimalną; skóra nad guzem niezmieniona i przesuwalna; przy skurczach mięśnia kapturowego guz porusza się tak, jak gdyby stanowił jedną całość z mięśniem. Co do rozpoznania, wahano się między tłuszczakiem włóknistym i mięsakiem głębokich warstw tkankowych. Po przecięciu skóry i obnażeniu mięśnia kapturowego przekonano się, że guz, wielkości gołębiego jaja, jest ściśle związany z tymże mięśniem i na sąsiednie tkanki nie przechodzi; barwa guza brunatno-czerwona, na powierzchni jego widać żółtawe pasemka.

Przy badaniu guza, całkowicie wraz z kawałkiem mięśnia wyciętego, stwierdzono, co następuje: guz składa się z tkanki mięsnej, poprzecinanej w różnych kierunkach na powierzchni, jako też i w głębi łącznotkankowymi pęczkami i pasmami; z przekroju guza wypływa spora ilość krwi; gołym okiem zauważyć się dają wśród łącznotkankowych pasemek liczne światła drobnych i większych naczyń krwionośnych; żadnej otoczki guz nie posiada, przeciwnie tkanka no-

wotworowa przechodzi stopniowo w tkankę zdrowego mięśnia. Poza tem drobnowidz wykazał, że w obwodowych częściach guza pęczki mięśniowe są porozsuwane; omięsna (*perymysium*) wszędzie zgrubiała i obfituje w komórki tłuszczowe; tętnice, żyły i naczynia włoskowate są rozszerzone, ściany ich zgrubiałe, wreszcie ilość naczyń pomnożona. W środkowej części nowotworu niezliczone naczynia włoskowate, wijąc się wężykowato, tworzą całe kłębki przeróżnego kształtu; wokoło kłębków leży tkanka łączna omięsnej, same zaś pęczki mięśniowe są porozsuwane i spłaszczone.

Najciekawsze szczegóły znaleziono w naczyniach: zgrubienie ścian w drobnych tętniczkach odbyło się głównie kosztem błony wewnętrznej i zewnętrznej; komórki śródbłonkowe są napęczniałe i układają się najczęściej w dwie warstwy, wystając niekiedy do światła naczyniowego; błona okienkowata (*membr. fenestrata*) bardzo zgrubiała; błona środkowa—mięsna—cokolwiek zgrubiała wskutek pierwiastków łącznotkankowych. Tkanka łączna błony zewnętrznej buja; światło tętnic znakomicie rozszerzone. Zmiany w naczyniach żylnych są takie same, lecz w mniejszym stopniu, niż w tętnicach.

Naczynia włoskowate otoczone są cieniutką warstwą włókienkowatej tkanki łącznej, czyli rodzajem *adventitiae*; ściany naczyń włoskowatych tworzą się z dwóch lub trzech warstw napęczniałych komórek śródbłonkowych, w których często trafiają się figury mitotyczne, szczególnie w naczyniach włoskowatych spotykał autor niejednokrotnie zarodkowe, opatrzone jądrem wypustki, kierujące się ku otaczającym tkankom, szczególnie ku komórkom stłuszczonym omięsnej; autor uważa zjawisko powyższe za pączkowanie naczyń włoskowatych

Opisany nowotwór należy do t. zw. naczyńniaków bujących (*angioma proliferum* VIRCHOW'a), ponieważ sprawa chorobowa polegała tutaj nie tylko na rozroście już istniejących naczyń, lecz przeważnie na bujaniu ich, o czem świadczą najwymowniej liczne figury kinetyczne i obecność wypustek pączkujących. Najpoważniejszy udział w nowotworzeniu naczyń przypisać należy komórkom śródbłonkowym; one również powodowały stopniowe rozszerzanie się tychże naczyń, które dochodziło do olbrzymich rozmiarów.

Przypadek 2. Ośmnastoletnia panna zauważyła od kilku miesięcy guzik na przedniej powierzchni dolnej czwartej części uda. Przy badaniu okazało się, że guzik, tkwiący głęboko wśród mięśni, jest wielkości jaja gołębiego, niebolesny, nie tętni i nie zmniejsza się; spoistość guza twardo-elastyczna. Guz wycięto wraz z kawałkiem mięśnia czterogłowego, z którym był ściśle związany.

Na przekroju guza widać, że obwodowa część jego składa się przeważnie z tkanki mięsnej, w środku zaś znajduje się ognisko łącznotkankowe, od którego rozchodzą się promienisto pęczki takiejże tkanki; drobnowidz wykazał, że w danym przypadku najistotniejsze zmiany zaszły w tętnicach, których ściany są wyraźnie zgrubiałe, mniejsze—w żyłach, a nieznaczne tylko w naczyniach włoskowatych, których bujanie jest dość małe.

Grubość ścian w tętnicach dochodzi do 125 μ przy świetle, wynoszącą zaledwie 12 — 15 μ ; w niektórych zaś tętniczkach światło prawie jest nie-

widzialne. Zgrubienie ścian jest skutkiem rozrostu i bujania pierwiastków mięśniowych [nie tak, jak w przyp. 1] we wszystkich trzech warstwach ścian tętniczych. Toż samo, w mniejszym stopniu, tyczy się żył. Światło naczyń włoskowatych jest prawidłowe, lecz ściany ich zgrubiałe; składają się one z jednowarstwowego śródbłonka i z grubej warstwy łącznotkankowej, pośród której spotykamy komórki mięśniowe, tak, że naczynia te sprawiają wrażenie drobnych tętniczek.

Tkanka łączna, stanowiąca miąższ nowotworu, również obfituje w pierwiastki mięśniowe, bądź odosobnione, bądź skupiające się w ognisku.

Przypadek 3. Zdrowy, silny, 28-letni mężczyzna zauważył jeszcze przed pięciu laty nieduży guzik w okolicy prawej, bocznej części klatki piersiowej; stopniowo guz urósł do wielkości pięści, nie sprawiając dolegliwości. Guz nie zupełnie gładki, nieruchomy, nie ściśle ograniczony, spistości miętko-elastycznej. Przypuszczono, iż jest to głęboki tłuszczak. Podczas operacji przekonano się, że guz jest w związku z mięśniem zębatym przednim; przechodzi na dolny brzeg mięśnia piersiowego dużego; skóra, tkanka podskórna i okostna żeber nie zajęte sprawą chorobową.

Na zewnętrznej powierzchni usuniętego guza przeciągają liczne, wężykowate naczynia krwionośne o wygładzie żylnym, z zawartością w części płynną, w części skrzepłą. Na przekroju guza widać wśród grubej stłuszczonej omięsnej bardzo liczne otwory, mianowicie światła naczyń, których średnica dochodzi do 4—7 mm.. W niektórych skrzepach znajdują się kamienie żylne (*phleboliti*).

Badanie drobnowidzowe wykazało, że pośród łącznotkankowego podściełiska, które powstało wskutek rozrostu omięsnej, znajdują się przeważnie naczynia żylne o ścianach cienkich i nadmiernie rozciągniętych, co uwydatniło się w budowie warstwy środkowej, t. j. mięsnej, która nie przedstawia jednolitej ciągłości, lecz widać w niej przerwy i rozwłóknienie pierwiastków mięsnych. Jest to, jak przypuszczał VIRCHOW, skutek zmniejszenia się odporności ścian naczyń w następstwie rozrostu tkanki łącznej kosztem elementów mięsnych. Tętnice nieliczne cechują się wyraźnym przerostem warstwy średniej; naczynia włoskowate umiarkowanie bujają, a w niektórych miejscach tworzą zbite kłębki.

Powyższy nowotwór ma wszelkie cechy t. zw. naczyniaka żylnego (*angioma venosum*).

Porównywając badania własne z odnalezionymi w piśmiennictwie lekarskim, MUSCATELLO wnioskuje:

Istnieją cztery odmiany naczyniaków: 1-o Naczyniaki włoskowate [przypadek 1], które posiadają skłonność do obfitego bujania i szybkiego wzrostu. 2-o Naczyniaki tętnicze, cechujące się, prócz rozwoju naczyń, nowotworzeniem włókien mięsnych zarówno w ścianach naczyń, jak i w otaczającej tkance łącznej [przyp. 2]. 3-o Naczyniaki żylne, w których, równolegle do bujania naczyń, spostrzegamy rozszerzenie żył, zanik ich ścian, zakrzep i tworzenie się kamieni żylnych. 4-o Naczyniaki jamiste (*angioma cavernosum*),

opisane przez VIRCHOW'a, VINCENT'a, ROBIN'a i innych, gdzie istnieje cały układ przestrzeni, wypełnionych krwią i kamieniami żylnymi.

Objawy podmiotowe naczynek mięśni są po większej części małoznaczne; spostrzegano jednakże bolesność dużą, drętwienie kończyn, uczucie mrowienia. Przedmiotowo stwierdzano, że guz zwykle bywa małych rozmiarów i niewyraźnie odgraniczony; powierzchnia guza mniej lub więcej nierówna, skóra nad guzem nie zmienia się. Spoistość guza przeważnie miękka i elastyczna, chociaż można wyczuwać miejsca twarde [kamienie]; czasem przy długotrwałym ucisku objętość guza zmniejsza się, zupełnie jednakże zniknięcie guza w tych warunkach należy do rzadkości [przyp. MAGON'a]. Naczyniaki te są ruchome w stanie zwolnienia mięśnia, całkiem zaś nieruchome, gdy mięsień jest skurczony. Tętno w guzie spostrzegał raz tylko LISTON, lecz wówczas, gdy nowotwór był jeszcze bardzo mały.

Rozpoznawanie naczyniaka mięśni napotyka prawie zawsze na trudności; wykluczać każdorazowo należy tłuszczaka i mięsaka międzymięśniowego.

(*Virch. Arch. T. 135. Z. 2.*).

W. Żurkowski.

55. Niebergall. O uszkodzeniu żyły udowej wspólnej przy więzie Poupart'a, jego skutkach i leczeniu.

Zdania co do leczenia uszkodzeń żyły udowej wspólnej powyżej ujścia żyły udowej głębokiej oraz golemio-udowej zaskórnej są dotychczas podzielone, a częstokroć wprost sprzeczne. Autor zebrał w dostępnej mu literaturze przypadki zranienia żyły udowej we wspomnianem wyżej miejscu i zestawił w obszernej swej pracy historye chorób tychże przypadków, wreszcie rozpatrzył krytycznie i ocenił poszczególne zabiegi lecznicze.

Ponieważ w celach leczniczych stosowano przeważnie podwiązanie samej żyły udowej, lub też żyły udowej oraz takiejże tętnicy, przeto autor zebrane przez siebie przypadki dzieli na dwie grupy odnośnie dwu powyższych sposobów postępowania.

I. Podwiązanie samej żyły udowej, według mniemania wielu, pociąga za sobą zgorzel kończyny, zależną od zastojów żylnych, jako też od obecności zastawek w tych żyłach, które mogłyby wyrównać krążenie przez żyły miednicy. Autor przekonał się jednak, że w warunkach zwykłych zastawki w istocie stanowią tamę dla krążenia w kierunku odwrotnym, natomiast przy zamknięciu światła żyły, a więc silnem przekrwieniu żylnem znaczne wzmocnienie się ciśnienia jest w stanie przewyciężyć opór zastawek i krążenie po pewnym przeciągu czasu wyrównać. W 25 przypadkach podwiązania żyły udowej wspólnej przy wyłuszczeniu nowotworów udało się ani razu nie nastąpiła zgorzel, w 10 zaś przypadkach podwiązania w następstwie urazu w jednym tylko [10%] i to w tych jeszcze czasach, gdy powikłania przyranne były rzeczą powszechną.

II. Podwiązanie jednocześnie obu naczyń udowych, t. j. żyły i tętnicy, przedsiębrane bądź po zranieniu obu pni, bądź też tylko samej żyły w celu uregulowania dopływu krwi z jej odpływem, według statystyki autora [na 16 przypadków przy wyłuszczeniu guzów zgorzel w 10

[62,3%], a na 8 pochodzenia urazowego w 4 (50%)], daje wyniki nierównie gorsze, zależne właśnie od podwiązania tętnicy, które, sprowadzając niedokrwistość oraz brak ciśnienia w układzie żylnym kończyny, uniemożliwia przezwyciężenie wspomnianych wyżej zastawek żylnych, a zarazem wywołuje miejscową niedokrwistość w obwodowych częściach kończyny i ich zgorzel, zwłaszcza w przypadkach obfitych krwawień uprzednich, słabej działalności serca, oraz sprawy miażdżycowej naczyń. Dlatego też autor radzi podwiązywać tętnicę i żyłę w tych tylko razach, gdy oba pnie są zranione; wówczas jednak przygotowanym być należy na możliwość obumarcia kończyny.

Przy podwiązanej samej tylko żyły udowej tuż przy więzie POUPART'a starać się należy o uniknięcie krwawienia wtórnego oraz o możliwie szybkie wyrównanie się krążenia żylnego. W tym celu podwiązać należy żyłę poniżej i powyżej miejsca jej zranienia, odcinek żyły pomiędzy podwiazkami wyciąć, kończynie zaś nadać położenie pionowe.

Do podwiązania jednak żyły udowej wspólnej w omawianem miejscu uciekać się należy w tych tylko razach, gdy żyła przeciętą jest całkowicie, lub gdy uszkodzoną jest na znacznej przestrzeni. W przypadkach zaś zranienia żyły w kierunku podłużnym lub skośnym, przy uszkodzeniach nieznacznych, wreszcie przy słabej działalności serca, utracie sprężystości ściany naczynia, t. j. w warunkach mało sprzyjających utworzeniu się krążenia ubocznego w układzie żylnym kończyny, starać się należy nie pozbawiać kończyny głównego jej pnia żylnego, natomiast zastosować takie środki, jak: ucisk, podwiazkę ścienną, szew żylny, pochwycenie miejsca zranionego kleszczykami i pozostawienie tychże na czas pewien. Z powyższych środków, według autora, z prawdziwym pożytkiem stosować można tylko szew żylny, a zwłaszcza kleszczyki, które pozostawione w ranie na 24 godziny sprowadzają już zlepienie się błony wewnętrznej ściany naczynia, powikłań zaś żadnych wobec postępowania przeciwnego nie dają.

W. Łapiński.

(*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*. 1893. Band 37. Heft. 3 u. 4).

56. F. Löbel [Wiedeń]. Przypadek zgorzeli samoistnej w następstwie bezwładu urazowego nerwu łokciowego.

Jedenastoletnia dziewczynka, padłszy na szybę, skaleczyła sobie dość głęboko łokciowy brzeg dolnej trzeciej części przedramienia prawego. Rana cięta zagoiła się pod opatrunkiem, który zdjęto czwartego tygodnia; lecz wówczas otaczający zauważyli, iż chora nie może włączyć kończyną i że na dłoni oraz na dłoniowej powierzchni piątego i czwartego palca potworzyły się pęcherze, które po pewnym czasie pękły, a na ich miejscu powstały owrzodzenia. W cztery miesiące po wypadku chorą badano na klinice i stwierdzono stan następujący: na miejscu byłej rany istnieje dość głęboka blizna; palce prawej ręki ułożone w kształcie szpon wskutek skurczu mięśnia wyprostnego palców wspólnego i zginacza palców; jest to układ typowy dla bezwładu nerwu łokciowego. Mięśnie międzykostne znacznie zanikły. Czynność ruchowa przedstawiała wyraźne zboczenia, mianowicie: zginanie ręki łokciowe oraz zginanie trzech ostatnich palców wysoce ograniczone; tak samo rozsuwanie

i zbliżanie palców. Zginanie członczków podstawowych, tudzież wyprostowanie końcowych, dla czterech ostatnich palców całkowicie zniesione; mięsień ksobny palca wielkiego nie był porażony, prawdopodobnie wskutek niepełnego przecięcia nerwu łokciowego.

Czucie w okolicy rozgałęzienia nerwu łokciowego wyraźnie osłabione.

Na dłoni, u brzegu łokciowego, widać owrzodzenie, wielkości dziesiątki miedzianej; brzegi wrzodu są strzępiaste, dno pokryte ziarniną i małą ilością ropy. Na brzuścu palca piątego i na łokciowej powierzchni czwartego widać czerwono-brunatne, pęcherzykowate wzniesienia.

Dziesiątego dnia pobytu w szpitalu owrzodzenie na dłoni poczęło zbliżniać się, natomiast utworzyło się na czwartym palcu na miejscu pęcherzyka; po pewnym czasie oba owrzodzenia zbliżniły się, lecz powstawały jeszcze później i goiły się samodzielnie.

Ponieważ w opisanym przypadku można było wykluczyć wszelkie cierpienia pochodzenia ośrodkowego (*tubas*, *myelitis*, *syryngomyelia* etc.), jak również cierpienie nerwów obwodowych i histeryę, nie mówiąc już o *herpes zoster gangraenosus* [KAPOSI], przeto zmiany troficzne należało postawić w bezpośredniej zależności od przecięcia nerwu łokciowego.

Objawy takie, o ile nie rozwijają się na gruncie neurytycznym, należą do rzadkości.

(Wien. kl. Woch. Nr. 19. 1894).

W. Żurkowski.

56. E. Herczel. O leczeniu operacyjnem wielkich braków przegrody pęcherzo-pochwowej.

Rozległe przetoki pęcherzo-pochwowe wymagają zazwyczaj wielokrotnego operowania; całkowite bowiem zamknięcie braku, polegające na okrwawieniu brzegów jego i zwykłym zeszytciu, pociąga za sobą nader silne napięcie i, co za tem idzie, przecięcie tkanek nitką.

Wobec tego TRENDLENBURG radzi braki większe pokrywać płatem, wyciętym z tylnej ściany pochwy, a za pomocą mostka, z nią połączonego, który po przesunięciu ku górze i przodowi na 180° przyszywa do okrwawionych brzegów przetoki; skoro płat już przyjmie się, przecina mostek i łączy go z odświeżonym tylnym brzegiem przetoki.

BARDENHEUER [1892] za pomocą cięcia po nad spojeniem łonowem odpreparował pęcherz od macicy i zeszył brzegi przetoki; sposób ten jednak należy mieć na uwadze raczej przy wysoko położonych i niedostępnych przetokach, aniżeli w przypadkach wielkich braków przegrody.

DITTEL wreszcie w takich razach dokonywa laparotomii, oddziela pęcherz i zaszywa przetokę.

H. opisuje przypadek przetoki pęcherzo-pochwowej 5 ctm. długości, 5½ szerokości, poczynającej się na 1½ ctm. powyżej ujścia zewnętrznego cewki, a kończącej się w odległości 1 ctm. od części pochwowej macicy; w przypadku tym autor postanowił oddzielić pęcherz od pochwy i każdy narząd zeszyć oddzielnie. W tym celu poprowadził z obu stron przetoki dwa od 2 do 3 ctm. długości cięcia poprzeczne, aby tym sposobem odseparować pęcherz; oddzielanie pęcherza

wśród tkanek niepodatnych i bliznowatych oraz w bliskości moczowodów, stanowiło najmnozniejszą część rękoczynu.

Po oddzieleniu pęcherza H. zeszył go 14 szwami w kształcie litery Y, unikając najzupełniej napięcia ścian; następnie przeprowadził dwa, 3 ctm. długości, cięcia zwalniające na bocznych ścianach pochwy, okrwawił brzegi przetoki i tę zaszył w kształcie litery H.

Zagojenie nastąpiło przez rychłozrost.

Autor przychodzi do wniosku, że sposób powyższy oddzielenia pęcherza, zalecany już dawniej przez WOELFLER'a w przypadkach wysoko położonych przetok pęcherzo-pochwowomaciczy, z pożytkiem stosowany być może, szczególnie w przypadkach wielkich braków przegrody pęcherzo-pochwowej.

(Wiener klin. Wochschr. 1894. Nr. 15).

W. Łapiński.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie kliniczne z dnia 20. III. 1894.

ZIELIŃSKI EDWARD mówił o *tenonitis*, jako o chorobie zakaźnej. Rzecz ta była wydrukowaną w Gazecie Lekarskiej. [№№ 22 i 23 r. b.].

W dyskusyi KAMOCKI zaznacza, że *tenonitis* zawsze uważaną jest za chorobę zakaźną i leczoną bywa środkami wewnętrznymi, choć przypadków z tak ciężkimi objawami, jak to opisuje prelegent, nie widział. Prawdopodobnie *tenonitis*, opisana przez prelegenta i typowa *tenonitis*, znana dobrze okulistom, nie są jedną postacią chorobową.

GERNER [syn] jest zdania, że *tenonitis* w przypadkach, podanych przez ZIELIŃSKIEGO, należy uważać za jeden tylko objaw zakażenia ogólnego.

ZIELIŃSKI odpowiada, że poglądy autorów na tę sprawę są różne: jedni uważają ją za ogólną, inni za miejscową, a jeszcze inni zupełnie ją w podręcznikach pomijają. O gorączce i ogólnem osłabieniu wspomina już i SZOKALSKI, natężenie jednak objawów ogólnych bywa różnego stopnia; często chorzy pomimo wysokiej gorączki chodzą, skarżąc się głównie na oczy. W spostrzeżeniach prelegenta objawy oczne zniknęły 3-go dnia, bóle trwały 3—4 tygodni.

Wice-Prezes SOKOŁOWSKI obserwował kilka przypadków wspólnie z prelegentem; wobec nadzwyczaj ciekawej sprawy radzi, aby prelegent szczegółowo opisał wszystkie kliniczne objawy tej odrębnej zupełnie formy nozologicznej, przypominającej do pewnego stopnia tyfus.

Posiedzenie kliniczne z d. 3. IV. 1894.

NEUGEBAUER przedstawił dwie chore, dotknięte całkowitem opadnięciem macicy *cum cysto- et proctocoele, et cum inversione vaginæ completa*: jedną 20-tego dnia po operacyjnem wyleczeniu, drugą przed operacją. Pierwsza z nich, szpitalna posługaczka A. S., rodziła raz *sponte*. Już w 3-im tygodniu po porodzie macica pokazała się *extra vulvam* i od tego czasu wśród stałej, ciężkiej pracy coraz więcej się opuszczała. (*Prolapsus uteri completus*). Dnia 14 marca w oddziale ginekologicznym szpitala Ewangelickiego N. przystąpił do operacji:

Resectio labii oris uteri unius cujusque bilateralis, propter coloboma oris uteri bilaterale, kolporrhaphia anterior, kolporrhaphia posterior. 20 dnia po operacji chorej pozwolono powrócić do swego zajęcia. Macica utrzymana *in pelvi, perineum* wysokości 5 ctm.. Druga chora ma być operowaną za kilka dni. Ze względu na wiek chorej [52 lat] i utratę krwawień od lat czterech, N. zdecydował się na pośrodkowe zeszytanie pochwy według sposobu L. NEUGEBAUERA. Przy badaniu u chorej tej stwierdzono: *prolapsus uteri completus, cysto- et rectocèle sc. cum inversione totali vaginae.* Wskutek dyslokacji pęcherza *cystitis purulenta.* Chora w 15 roku życia wyszła za mąż, pierwszy peryod miała po ślubie; dzieci nie miała. W 34 roku życia wyszła za mąż powtórnie; w rok potem nastąpił pierwszy poród przy pomocy kleszczy. Od 17 lat trwa już opadnięcie macicy, stopniowo się powiększa, od 5 miesięcy różne dolegliwości, a zwłaszcza zaburzenia przy oddawaniu moczu tak się wzmogły, że chora zniewoloną została do szukania pomocy w szpitalu. (Autoreferat).

EDWARD ZIELIŃSKI przedstawił preparat miednicy osteomalatycznej, pochodzącej od kobiety 43-letniej, zmarłej w szpitalu Ś-go Ducha.

Następnie NEUGEBAUER miał wykład p. t.: „Wynicowanie macicy, rzut oka na historię i kazuistykę“ oraz demonstrował 2 preparaty anatomiczne, pochodzące ze zbioru prof. BRODOWSKIEGO: 1-o *Inversio uteri* wskutek fibromatu wielkości małego jabłka (*fibroma submucosum pedunculatum*), przypadkowo wykrytego przy sekcji przez prof. PRZEWOSKIEGO. 2-o Preparat operacyjny, pochodzący od kobiety wiekowej. Jeden z ginekologów przy przecięciu szypuły polipa, przeciął jednocześnie częściowo wynicowane dno macicy: powstał tedy otwór drążący do jamy otrzewnej w ścianie macicy. Chora zmarła wskutek zapalenia otrzewnej i krwotoku. Wśród ściany macicy znaleziono włókniaka interstycjalnego, wielkości jaja kurzego. W lejku częściowo wynicowanej macicy leżą środkowe końce obu trąbek macicznych oraz więzów obłych. Pomimo wielkości nowotworu właściwej szypuły nie było, tworzyło ją natomiast wynicowane dno macicy. (Autoreferat).

W dyskusji THIEME zaznacza, że jakkolwiek niewątpliwie najczęstszą przyczyną wynicowania macicy jest nieumiejętne pociąganie za sznurek, to jednak mogą być i inne tej sprawy przyczyny. W jednym np. przypadku spostrzegano wynicowanie *spontaneo modo*; odprowadzenie macicy w tym razie dokonane zostało natychmiast z pomyślnym skutkiem. W innym przewlekłym przypadku wynicowanie nastąpiło wskutek tego, że, gdy łożysko nie odchodziło, chora uklekała w łóżku i nadeła się; leczenie kolpeurynterem odniosło skutek pożądaný. W 3-im wreszcie przypadku przyczyną wynicowania był polip. W celach rozpoznawczych tego cierpienia bardzo ważnem jest badanie zgłębnikiem.

Rogowicz opisuje przypadek wynicowania macicy, w którym po bezskutecznem stosowaniu kolpeurynteru napełnionego wodą i po bezowocnych próbach repozycji pod chloroformem udało się osiągnąć wyleczenie po dwu dniach noszenia kolpeurynteru napełnionego powietrzem, który wprowadzony został do pochwy przy jednoczesnem uciskaniu na dno macicy i po nadaniu jej właściwego położenia.

WINAWER opisuje ostry przypadek wycinowania równie pod wpływem tylko tłoczni brzusznej, która wywiera toż samo działanie, co i pociąganie za sznurek pępkowy.

Prof. PRZEWOSKI mówił, co następuje: W wykładzie swoim kol. NEUGEBAUER starał się objaśnić powstawanie wycinowania macicy w końcu porodu lub zaraz po porodzie. Jako główny powód usposabiający przytacza on zwiótczenie ścian macicy, a powód przyczynowy widzi w momentach mechanicznych, jak pociąganie za pępowinę, nacisk kiszek od góry i t. d.. Wszystko to jest zrozumiałe. Ale kol. NEUGEBAUER nie objaśnia mechanizmu wycinowania się macicy nieciężarnej. A jednak takie przypadki około $\frac{1}{10}$ części wszystkich przypadków stanowią. Wyjaśnienie tych przypadków jest o wiele trudniejsze. Otóż np. w jaki sposób nastąpiło wycinowanie się macicy nieciężarnej w przypadku demonstrowanym przez kol. NEUGEBAUERA, a wziętym z Instytutu Patologicznego? Tu macica niewiele powiększona; ścianki jej niezwiótczałe i z błony śluzowej samego dna macicy wyrasta polip, wielkości małego jaja kurzego. Dodam, że to wycinowanie się macicy znalazłem przypadkowo na sekcji u kobiety 80-letniej, u której trwały tylko częste krwawienia z narządów płciowych, ale która umarła skutkiem zupełnie innej choroby, zdaje się, zapalenia płuc. Nie ulega wątpliwości, że miało tu miejsce coś w rodzaju rodzenia się nowotworu, i pociągania przez nowotwór za dno macicy, ale dlaczego ten nowotwór już się rodził? Widziałem nowotwory stosunkowo ogromne, a jednak spokojnie pozostawały na miejscu. Otóż dla wyjaśnienia tego przypadku chyba przypuścić należy wielką drażliwość macicy. Już drażniło ściany macicy i wywoływało ruchy porodowe to, co w zwykłych warunkach jeszcze zupełnie w ten sposób drażnić nie powinno. Inna kwestya, jaką chciałbym jeszcze poruszyć, to mianowicie zapatrywanie się kol. NEUGEBAUERA na istotę shoku. NEUGEBAUER, w myśl znanego powszechnie doświadczenia GOLTZ'a, uważa szok za paraliż serca, spowodowany przez silne podrażnienie *nervi vagi*. Wielu sądzi obecnie, że taka hipoteza jest niedostateczna. Wypowiedziano więc w ostatnich czasach dużo innych, które mniej lub więcej zwróciły na siebie uwagę. Z najbardziej znanych wymienię dwie, a mianowicie: H. FISCHER dowodzi, że szok jest odruchowym bezwładem nerwów naczynioruchowych; pod wpływem takiego bezwładu krew zbiera się w rozszerzonych żyłach całego ciała i głównie w jamie brzusznej i chory umiera z powodu gwałtownej niedokrwistości mózgu; GROENINGEN znowu w 1888 r. wykazuje braki takiego poglądu i stara się wykazać, że szok jest stanem niezmiernego zmęczenia się, czy wyczerpania mlecza pacierzowego i przedłużonego pod wpływem gwałtownych podrażnień. Rozumie się, że wszystkie te i podobne hipotezy są omówieniami rzeczy nieznannej. Przyjdzie niezawodnie czas, gdy zamiast więcej lub mniej dowiecipnych tłómaczeń można będzie wykazać materyalne zmiany. (Autoreferat).

KRYSIŃSKI zwraca uwagę, że z opisów THIEMEGO i WINAWERA nie wiadać, czy sznurek pępkowy nie był zbyt krótki i czy przy samym porodzie nie miało miejsca pociąganie za sznurek; i w obu przypadkach udało się repozytycja, a więc jest ona możliwą w świeżych przypadkach, jeżeli tylko w porę przychodzi. Co się tyczy shoku, któremu przypisuje się zazwyczaj najroz-

maitsze przyczyny raptownej śmierci, to według zdania mówcy śmierć w takich razach w większości przypadków następuje wskutek ostrego zakażenia gnilnego; dlatego też w przypadkach świeżych, jeżeli nie udaje się natychmiastowa repozycja manualna, K. radzi przedewszystkiem zatamować krwotok, a następnie grubą warstwą gazy zabezpieczyć całą powierzchnię od zetknięcia z przedmiotami zakażonymi.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY PANIE REDAKTORZE!

Na uwagi, poczynione przez kol. ZALESKIEGO w Nrze 22 „Gazety Lekarskiej“ z powodu artykułu mego: „Przypadek posokowatego zapalenia szpiku kostnego, powikłanego zgorzelą kości i ropnicą“ czuję się w obowiązku odpowiedzieć słów kilka. Kol. ZALESKI sądzi niesłusznie, że uważam zakażenie z zewnątrz jako jedyny możliwy czynnik, sprawę osteomyelityczną wywołujący i na dowód przytacza nie-uwzględnione przezemnie wyniki poszukiwań SCHNITZLER'a, który stwierdził obecność drobnoustrojów ropy, przebywających bez wywoływania odczynu w ciągu lat wielu w zamkniętych martwych jamach tkanek ustroju. Drobnoustroje te, zdaniem SCHNITZLER'a, KRAUSE'go i innych pod wpływem nieznaczących bodźców, jak małe urazy, krwotoki, a nawet pod wpływem pewnych [jakich?] zboczeń w przemianie materii wyprowadzają tkankę i drobnoustroje z ich równowagi, poczem następuje wówczas wybuch cierpienia osteomyelitycznego. I w moim przypadku bodźcem mógł być też jakiś mało znaczący uraz, który w następstwie wywołał na goleni owrzdodzenie. W takim razie, czyż potrzeba uciekać się aż do teorii S. i szukać przyczyn w jakichś „zboczeniach w przemianie materii“, lub w „utracie równowagi“, czy nie prostszem i nie bardziej prawdopodobnem jest uważać owrzdodzenie za wrota, przez które zarazek przedostał się do ustroju? Ow bodziec, w wielu przypadkach niepochwytny i niewidzialny, w moim przypadku, zdaje się, jest wyraźny zupełnie. Prac, przez kol. Z. przytoczonych, w artykule moim nie pomieściłem, bo nie miałem zamiaru rozpatrywać etylogię mego przypadku z biologicznego punktu widzenia; opisałem przypadek klinicznie, nie chcąc bynajmniej obciążać uwagi czytelnika powodźmi znanych mu zresztą coraz świeższych teorii, o których MAX KAHANE wyraził się, że jako owe muszki letnie jednego dnia rodzą się i giną. Chciałem jedynie, a zresztą rzeczywistość nie odpowiedziała moim chęciom, położyć nacisk szczególny na to, jak poważnie traktować należy każde, choćby najlżejsze nawet obrażenie u osobnika z zadawnionem cierpieniem szpiku kostnego ze względu na możliwość ciężkiej następnej sprawy zapalnej. W szczegóły biologiczne, powtarzam, wchodzić nie miałem zamiaru; znajdzie je sobie każdy nie w konkluzji kazuistycznie opisanego przypadku, lecz w piśmiennictwie na odpowiednim miejscu.

Kol. Z. stara się przekonać, że w przypadku moim ropnica nie nastąpiła zbyt wczesnie. Tymczasem już w dniu zapisania się chorej do szpitala stwierdziłem u tejże rozwój ropnicy, wspominając o mocnym dreszczu, ciepłocie 39°, wreszcie—o przynębieniu ogólnem. Ow dreszcz zaś szóstego dnia po zabiegu [a nie trzynastego, jak podaje kol. ZALESKI] nie był, zdaniem mojem, poczynającej się ropnicy zwiastunem, lecz jednym z dalszych objawów tejże.

Dla odparcia zarzutu, iż przypadek mój jest małoważny, pozwolę sobie „uczy-nić uwagę“ kol. ZALESKIEMU, że, pracując w ciągu dwóch i pół lat na oddziale chirurgicznym jednego z największych w Warszawie szpitali, z pomiędzy wielu przypad-

ków zapalenia szpiku kostnego widziałem raz jeden tylko tak szybko posuwającą się zgorzel kości. Pogląd mój co do niezwykłości przebiegu cierpienia w opisanym przezmnie przypadku potwierdzili starsi i doświadczeni, niż ja, koledzy, czas bardzo długi w dziedzinie chirurgii pracujący.

K. Niedzielski.

Wiadomości bieżące.

— LANDGRAF. Zapalenie jamy ustnej pryszczkowe (*stomatitis aphthosa*), jako jeden z objawów ubocznego działania chininy. LANDGRAF wezwany był do chorego lekarza, który przed 40 godzinami zachorował przy objawach wstrząsającego dreszczu, silnego bólu przy polykaniu i ciepłocie ciała 40,3°. Znalazł: ciepłota 39,6°, tętno 100, pełne i mocne, przytomność zachowana. Chory skarżył się na stały ból w ustach, na ból przy polykaniu i na silne pragnienie. Wargi opuchnięte, błona śluzowa warg i dziąseł pokryta grubym, białym nalotem [nabłonek], oba łuki podniebienne, miękkie podniebienie, błona śluzowa policzków i tylna ściana gardzieli—mocno czerwone, obrzmiałe i usiane białawo-żółtymi plamami, wielkości soczewicy. Niektóre z nich posiadały w środku czerwony punkcik. Łyżką nie udało się nic z tych plam zeskrobać. *Foetor ex ore* podmiotowo większy, niż przedmiotowo. Gruczoły chłonne na szyi nieco powiększone. Na skórze — wysypka petociowa (*petechiae*) [na tułowiu najobfitsza, na przedramionach i goleniach zupełnie mała]. Choremu dokuczają bardzo swędzenie w rękach, które są tylko ledwo zaczerwienione. Sprawa stała się dla autora cokolwiek jasną, kiedy się dowiedział, że chory podczas ostatnich trzech tygodni z powodu zimnicy przyjął około 35 gramów chininy, ostatni zaś proszek 1,0 gramowy przyjął właśnie 2 dni temu. Że wszystkie wyżej wymienione objawy, a nawet zajęcie jamy ustnej w postaci zapalenia pryszczkowatego — *stomatitis aphthosa*, [o którym L. LEWIN w swojej pracy ¹⁾: „O ubocznem działaniu leków” nic nie wspomina] rzeczywiście zależały od ubocznego działania chininy, dowodzi to, że kiedy chory znów w 3 tygodnie potem przyjął chininę i to raz jeden w ilości $\frac{1}{2}$ grama, to już po upływie $1\frac{1}{2}$ godziny wystąpiły, choć nie w tak silnym stopniu, zapalenie jamy ustnej i swędzenie w rękach; wysypki zaś petociowej nie było. Co do chininy, wiadomo zresztą, że chorzy ją dłuższy czas nie raz doskonale znoszą, aż naraz występują rozmaite przykre objawy ubocznego jej działania. W opisanym przypadku trwały one przeszło 12 dni. Po 12 dniach jeszcze widać było ślady zapalenia pryszczkowego. Potem chory prędko się poprawił. (*Berl. klin. Wochenschrift*. 1894. Nr. 1, str. 19).

M. W.

— BUTTERSACK. O wakcynie. B. zdołał w krostach u dzieci, którym świeżo szczepiono ospę, stale wykazać obecność pewnych tworów, dwupostaciowych. Były to: 1) małe, blade ciała, 2) szerokie nici, tworzące delikatną siatkę. Stosunek ciała do nici zależał od wieku krosty badanej. W limfie młodej widzialną była prawie wyłącznie siatka, w okresach późniejszych coraz to bardziej na pierwsze miejsce występowały ciała. Dla utwierdzenia się w mniemaniu o genetycznym pokrewieństwie obu rodzajów tych tworów, B. zaszczerpił sobie i drugiemu lekarzowi limfę, zawierającą tylko owe ciała. Badanie wydzielin z rany zaszczerpionej wykazało [po 6 godzinach] obfite nici; po 24 godzinach — siatkę charakterystyczną, po 3 dniach obfite ciała oddzielne. B. badał limfę wysuszoną, nie zabarwioną, bez użycia systematów immersyjnych. Odczynami chemicznymi dowiódł, że siatka nie jest wytworem osadów włóknikowych. B. stale znajdował twory te zarówno w krostach szczepiennych, jak w limfie ciążącej, i w krostach ospy naturalnej. Hodowla sztuczna nie udawała się dotąd.

Sterling.

¹⁾ L. LEWIN. Die Nebenwirkungen der Arzneimittel.

— D-r FERRAND za pomocą doświadczeń na królikach przekonał się, że przyjęta *per os* gliceryna bardzo szybko zostaje wessaną drogami chłonnemi, zwłaszcza temi, które bieżną od żołądka do wątroby i pęcherzyka żółciowego. Też same doświadczenia wykazały, że gliceryna znakomicie powiększa wydzielanie żółci, a zatem z dobrym skutkiem może być stosowana przy kolce wątrobianej. W dużych dawkach [20—30 grm.] środek ten szybko usuwa kolkę wątrobianą, w małych zaś dawkach [5—15 grm. dziennie] zapobiega ponownym napadom. (*Allgem. med. Central-Zeitung*, 6 Juni).

— W oddziale dla cholerycznych przy szpitalu Dzieciątka Jezus do 23. V ¹⁾ pozostawało 14 chorych na cholere azyatycką. Od tego dnia do 10. VI. przybyło:

ze wsi Wola	16	chorych na cholere		
„ „ Ochota	3	„ „ „		
„ „ Groty pow. Warszawskiego	1	„ „ „		
„ „ Koło gmina Czyste	1	„ „ „		
z Górczewskiej drogi [za rog. Wolską]	1	„ „ „		
z ogrodu p. Siedleckiej [za rog. Jeroz.]	1	„ „ „		
z Warszawy	29	„ „ „		
Razem	52	zmarło	wyzdr.	pozost.
Wraz z pozostałymi było	66	25	20	21

Warszawskie przypadki pochodzą z następujących ulic: Stawki Nr. 43 przybyło 3 chorych; Grójecka ulica [za rogiem Jerozolimską] — z pod Nr. 4 przybył 1 chory, z pod Nr. 6 przybyło 9 chor., z pod N-ru 12 przyb. 1 chory; dalej po jednym chorym z poniżej wymienionych ulic: Towarowa 42, Grzybowska 18, Nowogrodzka 14, Żabkowska 4, Solec 35, Tarczyńska 2, Sienna 78, Ptasia 4, Leszczyńska 9, Rybaki 24, Ostrowska 14, Prosta 52, brzeg Wisły, Szpital Śgo Ducha, Więzienie na Pradze.

Największa śmiertelność jest między chorymi, przybyłymi z Woli, których przywożą najczęściej w stanie konania. Z 16 zmarło 11 chorych. Z warszawskich zaś 29 chorych zmarło 11. Szpital na 7 łóżek w Ochocie jest ciągle czynny. W razie dopiero przepelnienia odwożą chorych do naszego oddziału. Z powodu zwiększonej liczby chorych do oddziału przybyli jako ordynatorzy kol. A. POBIEDIN i E. BIERNACKI.

D-r Wł. Świątecki.

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty na II-gie półrocze r. b., tych zaś Pp. Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Sprostowanie. W N-rze 20 Gazety Lekarskiej na str. 520 wiersz 20 od dołu zamiast HEATH CHIVOST, powinno być HEAT CHRIST; str. 521 wiersz 9 od góry zamiast: „po stronie lewej“, powinno być „po stronie prawej“; str. 522 wiersz 27 od góry zamiast: „nablonkiem jest rzeczą“ powinno być „nablonkiem, w torbieli jest rzeczą“.

¹⁾ Patrz Nr. 22 Gazety Lekarskiej z bieżącego roku.