

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. T. DUNIN. Parę uwag o przebiegu zapalenia opłucnej u suchotników. — II. Wł. MATLAKOWSKI. Trzydzieści sześć przypadków przetok moczowych [Ciąg dalszy]. — III. J. ZABEUDOWSKI. Przyczynki do leczenia za pomocą mięsienia [Ciąg dalszy]. — *Dział sprawozdawczy.* 49. RIEHL i PALTAUF. Brodawkowa postać gruźlicy skóry (*Tuberculosis verrucosa cutis*). — KARG. Łasieczniki gruźlicze w tak zwanym *Tuberculum anatomicum*. — List otwarty. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Odpowiedzi Redakcyi. — Ogłoszenia.

I. PARĘ UWAG

O PRZEBIEGU ZAPALENIA OPŁUCNEJ U SUCHOTNIKÓW.

[Rzecz czytana w Towarzystwie Lekarskim Warszawskim w Czerwcu r. b.].

Skreślił

Dr Teodor Dunin.

Kwestyja, którą poruszyć zamierzam, nie jest bynajmniej nową, ale pomimo ważnego znaczenia praktycznego, dotychczas w podręcznikach nie była należycie uwzględnioną, a niektóre jej szczegóły stanowczo błędnie są podawane ¹⁾. Wiadomą jest rzeczą, że zapalenie opłucnej towarzyszy często suchotom płuc; niektórzy, jak np. FIEDLER w 83% wszystkich przypadkach wysięku opłucnej każą podejrzewać gruźlicę płuc, co oczywiście jest przesadą. Z tem wszystkim dwie te choroby bardzo często idą z sobą w parze. Nie mówimy tu wcale o zapaleniu zlepnem opłucnej, owym nieodłącznym towarzyszem suchot, a które o tyle tylko ma praktyczne znaczenie o ile chroni suchotników od innych bardziej groźnych powikłań, np. odmy piersiowej (*pneumothorax*). Mamy tu na myśli wysięki opłucnej, których stosunek do sprawy suchotniczej może być rozmaity; mówimy oczywiście jedynie ze stanowiska klinicznego, bo ze stanowiska anatomo-patologicznego nie ma w tym względzie różnicy. Dla anatomo-patologa wystarcza fakt, że sprawie gruźliczej w płucach towarzyszy często zapalenie wysiękowe opłucnej, dla klinicysty zaś jest rzeczą pierwszej wagi wiedzieć w jakich okresach suchot zdarza się to powikłanie, jaki ma przebieg i jaki wpływ wywiera na postępek zasadniczego cierpienia.

¹⁾ Obszerniejszy rozbiór tej kwestyi znalazłem jedynie w lekcjach klinicznych TROUSSEAU'a, aczkolwiek zawarte tam poglądy także niezupełnie są wyczerpujące. Nadto JACCOUD (*Curabilité et traitement de la phthisie pulmonaire 1881*) opisuje pewien szczególny rodzaj suchot, w którym sprawa zapalna [?], umiejscowiona w dolnych płatach, ma być następstwem dawniej przebytego zapalenia opłucnej. Opis ten z wielu względów za wątpliwy uważać należy.

Pod tym względem, jak powiadam ze stanowiska klinicznego, odróżniam trzy rodzaje faktów, a mianowicie:

1) Zapalenie opłucnej bywa gruźlicze, t. j. wysiękowi towarzyszą gruźelki prosówkowe. Wogóle biorąc gruźlicze zapalenie opłucnej jest cierpieniem dość rzadkiem, szczególnie też jeżeli wyłączmy te przypadki, w których gruźelkom nie towarzyszy wysięk, jak to mianowicie bywa często w suchotach płuc, oraz te, które są częściowym wyrazem ogólnej gruźlicy prosówkowej. W obu tych przypadkach mają gruźelki jedynie anatomiczne znaczenie, do godności zaś objawu klinicznego się nie wnoszą. Na 574 protokołów sekcji, wykonanych w tutejszym instytucie anatomo-patologicznym, które to protokoły w tym kierunku badałem, znalazłem 17 razy zanotowane zapalenie opłucnej gruźlicze, co stanowi nieco mniej niż 3% wszystkich śmiertelnych przypadków. Jeżeli przyjmiemy ¹⁾, że śmiertelność szpitala Dzieciątka Jezus wynosi 14%, tedy powyższej liczbie sekcji odpowiada 4100 chorych, t. j. że lekarz ma szanse spotkać zapalenie gruźlicze opłucnej 17 razy na 4,100 chorych, czyli 1 na 241 chorych. Stosunek ten jednak okaże się o wiele większym, jeżeli, jak powiadam, wykluczmy te przypadki, w których gruźelki nie zdradzają niczem swej obecności, a więc nie mają żadnego znaczenia klinicznego. Z 17 powyżej przytoczonych przypadków, 3 razy gruźlica opłucnej była częściowym objawem ogólnej gruźlicy, 4 razy zaś była prostym anatomicznym powikłaniem suchot płuc, w żadnym zaś z tych 7 przypadków płynnego wysięku nie było. Jeżeli więc wykluczmy te przypadki, to okaże się, że lekarz ma szanse spotkania się z wysiękiem opłucnej przyrody gruźliczej 10 razy na 4100 chorych, czyli raz na 410 chorych. Z 17 sekcji, o których mowa, tylko w 4-ech w płucach nie znaleziono zmian gruźliczych, t. j. ognisk serowatych, wszelako w 2-ch z nich istniały ogniska rozrostu tkanki łącznej bez ognisk serowatych, a nadto w jednym próchnienie kręgów i gruźlicze zapalenie otrzewnej; tylko w 2 ch przypadkach zanotowano, że płuca zupełnie zdrowe; z tych w jednym istniało gruźlicze zapalenie gruczołów chłonnych oraz także zapalenie otrzewnej, a tylko 1 na 17 zapalenie gruźlicze opłucnej było jedynym w całym ustroju wyrazem zakażenia gruźliczego i w ogóle jedyną sprawą patologiczną. Do tego przypadku mógłbym dodać drugi dawniejszy, z mej własnej obserwacji pochodzący.

Tak więc w 10 przypadkach na 4100 chorych istniało wysiękowe zapalenie opłucnej gruźlicze. Gdyby nie zejście zawsze śmiertelne, bo o ile wiem nie notowano dotychczas zapalenia gruźliczego opłucnej z pomyślnem zejściem, przypadki te nie różniłyby się wcale od ostro przebiegających zapaleń zwyczajnych, o których niżej będzie mowa. Ani charakter gorączki, nie mający w zapaleniu opłucnej w ogóle żadnego stałego typu, ani tembardziej objawy fizyczne nie dają żadnej podstawy do odróżnienia zapalenia gruźliczego od niegruźliczego. Badanie samego wysięku na laseczniki, wobec dużej ilości płynu, a przypuszczalnie małej ilości laseczników, także nie daje pewnego i stałego kryterjum. Pozostaje więc tylko charakter wysięku, który dać nam może przybliżone pojęcie o przyrodzie sprawy zapalnej. Powiadam przybliżone, utarte bowiem zdanie, że gruźliczemu zapaleniu opłucnej towarzyszy wysięk krwawy jest jednym z tych błę-

¹⁾ KRAJEWSKI. Pam. Tow. Lek. r. 1866. Z. 1.

dów rozpowszechnionych między lekarzami, które źródło swe czerpią w niedostatecznej znajomości anatomii patologicznej. Jest faktem niezawodnym, że gruźlica płucnej towarzyszy niekiedy wysięk krwawy, ale stałego stosunku między temi dwoma zjawiskami nie ma wcale. Bo najpierw wysięk krwawy istnieć może bez gruźlicy, jak to widzimy w białaczce (*leucaemia*), gnilec (*scorbutus*), niedokrwistości złośliwej, nowotworach płucnej, wadach serca, a co więcej nawet w suchotach płuc, o czym niżej będzie mowa; a powtóre gruźlica płucnej bardzo często towarzyszy wysięk surowiczy lub rzadziej ropny, na co dotychczas zbyt mało zwracano uwagi. I tak na 10 powyżej przytoczonych przypadków, badanych po śmierci, 7 razy wysięk był surowiczym [z domieszką włókniaka lub bez], 2 razy krwawy, a 1 raz ropny. Do tego mogę dodać 3 przypadki z mej własnej obserwacji stwierdzone sekcją, w których 2 razy wysięk był surowiczy, a 1 raz krwawy. Wszystkie te trzy wysięki krwawe zdarzyły się u osób, nie cierpiących na suchoty, kiedy tymczasem u żadnego z suchotników, którzy zmarli przy objawach zapalenia płucnej gruźliczego, nie znaleziono wysięku krwawego. Jak więc widzimy, objaw ten ma bardzo tylko ograniczone znaczenie. Zresztą są inne dowody, przemawiające za tem, że gruźelki same przez się odgrywają podrzędną tylko rolę przy powstawaniu wysięku krwawego, który zależy raczej od ogólnych warunków ustroju i pewnych szczególnych, istniejących w płucnej. Mianowicie wiadomo, że gruźelkom innych błon surowiczych, jako to otrzewnej, opon mózgowych, towarzyszy wysięk surowiczy, a nigdy krwawy. Bardzo więc być może, że dość znaczne ciśnienie ujemne, panujące w jamie płucnej [wynoszące 10 do 30 mm. rtęci], powoduje, przy ogólnym upadku odżywiania, łatwiejsze pękanie naczyń krwionośnych.

2) Druga grupa zawiera te przypadki, w których u suchotnika zdeklarowanego, t. j. z mniej lub więcej posuniętymi zmianami i objawami suchot [kaszel, gorączka, krwioplucie i t. d.] rozwija się wysiękowe zapalenie płucnej. Przypadki te wogóle choć nie są bardzo rzadkimi, w stosunku jednak do ogromnej ilości suchotników nie należą do częstych, co pochodzi ztąd, że przy cokolwiek wyżej posuniętych zmianach następuje zrost obu listków płucnej, przez co nie pozostaje miejsca dla wysięku. Przebieg tych przypadków bywa najrozmaitszy, stosownie do charakteru przebiegu samych suchot. Gdzie te ostatnie przebiegają szybko, z ciągłą gorączką, tam wysięk płucnej jeszcze stan pogarsza i może przyspieszyć śmierć. Mylnem by jednak było sądzić, że zapalenie płucnej stanowi bardzo groźne powikłanie dla suchotników, np. tak jak odma piersiowa. Przeciwnie, jeżeli suchoty przebiegają bardzo powoli, jeżeli znajdują się w okresie stacyjonarnym, wtedy i zapalenie płucnej może przebiegać łagodnie, bez znacznego podwyższenia ciepłoty, a wysięk może wessać się zupełnie, nie pozostawiając żadnego po sobie śladu i nie wywarłszy żadnego szczególnego wpływu na postęp cierpienia płuc. Pomyślnego jednak wpływu wysięku na stan sprawy w płucach, o jakim wspominają niektórzy autorowie, nie zauważyłem wcale.

3) Najwięcej praktycznego interesu budzi trzecia grupa faktów. U człowieka po większej części młodego, dotychczas zupełnie zdrowego, nagle przy gwałtownym bólu, silnej gorączce, ogólnym stanie przypominającym do pewnego stopnia t. zw. *status typhosus*, rozwija się zapalenie płucnej. Pomimo ostrego

początku, właściwego cierpieniom stenicznym, idyopatycznym, choroba zaciąga się na kilka tygodni, chory wciąż gorączkuje, a wysięk pozostaje bez zmiany. Po wypuszczeniu wysięku, nawet w razie kiedy takowy więcej się nie zbiera, gorączka się nie zmniejsza ¹⁾; toż samo może się zdarzyć nawet po dobrowolnem wessaniu się wysięku. Wreszcie po kilku tygodniach lub nawet miesiącach, gorączka zaczyna zwolna się zmniejszać i chory powraca powoli do zdrowia. Powrót jednak nie bywa zupełny; pozostaje osłabienie, kaszel i wreszcie po upływie pewnego czasu gorączka znowu powraca, zjawiają się poty, a badanie fizykalne wykazuje niewątpliwe oznaki gruźlicy płuc. W innych przypadkach tego okresu względnego polepszenia nie bywa wcale i już po kilkotygodniowym trwaniu wysięku pokazują się zmiany w wierzchołkach płuc, a chory z jednej choroby przechodzi bezpośrednio w drugą; wysięk tymczasem może się wessać, albo też po wypuszczeniu więcej się nie zbierać. Ilość i charakter wysięku bywają rozmaite. I tak, czasami wysięk bywa tak znaczny, że zajmuje całą jamę opłucnej, uciska płuco i odsuwa sąsiednie narządy. Zdarza się to jednak bardzo rzadko; taki przypadek widziałem wspólnie z kol. ANDERSEM. Młody, 24-letni felczer, dotychczas zupełnie zdrowy, zachorował przy tak gwałtownych objawach, a mianowicie dreszczach, kluciu w boku i gorączce, że w pierwszej chwili można było prędzej podejrzывать krupowe zapalenie płuc, aniżeli zapalenie opłucnej. Mniej więcej na 10 dzień, kiedy chorego widziałem, obecność wysięku nie ulegała już żadnej wątpliwości. Na całej przestrzeni klatki piersiowej od przodu i od tyłu z lewej strony odgłos był zupełnie tępy, śródpiersie i serce przesunięte, brak drżenia głosowego, oddech oskrzelowy oddalony (*souffle bronchique*). Wypuściliśmy natychmiast, pomimo obecności gorączki, znaczną ilość wysięku surowiczego. Po pewnym czasie jednak wysięk znowu się zebrał, a drugie wypuszczenie dało już wysięku surowiczo-ropny. Gorączka wciąż trwała bez przerwy, nieco tylko słabsza. Wobec tego doradziliśmy choremu poddać się operacji radykalnej, którą też wykonał kol. MATLAKOWSKI w szpitalu Dzieciątka Jezus. W kilka tygodni po operacji chory zmarł przy objawach ostrej gruźlicy. Badanie pośmiertne wykazało obecność ostrej gruźlicy i kilka starych odosobnionych ognisk gruźliczych w płucach. Po większej części jednak wysięk bywa nieznaczny, a czasami nawet tak mały, że pomimo długiego trwania choroby, wahałem się czy warto wypuszczać tę trochę płynu. W tych to ostatnich przypadkach niestosunek natężenia i trwania gorączki oraz objawów ogólnych do ilości wysięku jaskrawo rzuca się w oczy; a jednak i w tych razach, w pierwszych tygodniach, a nawet miesiącach, najskrupulatniejsze badanie płuc może w nich żadnych zmian

¹⁾ W całym niniejszym artykule miałem na uwadze jedynie wysięki surowicze i krwawe, a nie myślałem wcale o ropnych. Czyniłem to zaś z następujących względów. Najpierw doświadczenie moje co do stosunku zapalenia ropnego do suchot płucnych nie jest tak duże. Wogóle, biorąc pod uwagę jedynie to co sam widziałem, powiedziałbym, że nie ma pomiędzy gruźlicą płuc a zapaleniem ropnem opłucnej tego ścisłego związku, co pomiędzy suchotami a zapaleniem surowiczym opłucnej, jeżeli rozumie się pominiemy przypadki powstałe wskutek przedziurawienia opłucnej. Po drugie jestem zdania, że wogóle zapalenie opłucnej ropne i surowicze nie są do tego stopnia jednorodnymi chorobami etjologicznie, aby je razem traktować było można. Widać to już z tego, że zapalenie ropne zdarza się o wiele częściej u dzieci, kiedy znowu zapalenie surowicze u nich do rzadkości należy.

nie wykrywać. Rodzaj wysięku także może być rozmaitym. Najczęściej wysięk bywa surowiczny, niekiedy jednak z tak olbrzymią ilością włókniaka, że cały płyn po wylaniu na miednicę w przeciągu kilku minut krzepnie na masę, podobną do galarety lub lepiej *agar-agaru*. Taki w włóknik bogate wysięki wydają mi się zawsze podejrzane, widziałem je bowiem 3 razy, z tego u 2-ch chorych później rozwinęły się suchoty, a jeden 15-letni chłopiec dotychczas wprawdzie jest zdrow, ale brat jego zmarł na suchoty. Czasami zdarza się, że wysięk bywa krwawy, wprawdzie nie tak silnie jak to znajdujemy przy zapaleniu gruźliczem lub w innych cierpieniach, ale wyraźnie choć słabo zabarwiony krwią. Byłbym skłonny przypuszczać, że w tych razach domieszka krwi nie istnieje od razu w samym wysięku, lecz że przy istniejącej słabości naczyń, wskutek powstającego ciśnienia ujemnego podczas wypuszczania, naczynia pękają i krew dostaje się w niewielkiej ilości do wysięku. Opieram się zaś na tem, że czasami zabarwienie krwawe pokazuje się dopiero przy końcu wypuszczania albo za drugim przekłuciem; raz zaś widziałem, że przekłucie próbne szpryką Pravaz'a dało wysięk czysty surowiczny, przekłucie zaś — lekko krwawy. Przypadki te należy odróżniać od zapalenia gruźliczego, t. j. od obecności gruźleczków na opłucnej, kiedy bowiem to ostatnie daje absolutnie złe rokowanie, to w pierwszym razie dalsze losy chorego zależą od tego, jaki będzie przebieg cierpienia płuc, t. j. suchot. Że zaś w przypadkach tych nie miałem do czynienia z gruźlicą opłucnej, lecz ze zwykłym zapaleniem opłucnej, o tem wnoszę z tego, że chorzy powracali na pewien czas do zdrowia, przynajmniej względnie, a wysięk więcej się nie zbierał, coby nie mogło mieć miejsca, gdyby zapalenie opłucnej było przyrody gruźliczej.

Z powyższego zatem widać, że istnieje cały szereg zapaleń opłucnej, które, rozpoczynając się u ludzi na pozór zupełnie zdrowych, ostatecznie po mniej lub więcej długim przeciągu czasu prowadzą do suchot. Cechą tych zapaleń jest ostry początek, silna i długotrwała gorączka, niezbyt obfity po większej części wysięk, lecz trudno ulegający wessaniu. Początek choroby bywa zatem taki, jaki cechuje wszystkie choroby steniczne, rozwijające się u ludzi zdrowych, jest to to co Francuzi nazwaliby *pleuresie franche*, kiedy tymczasem w rzeczy samej ten właśnie początek robi cierpienie bardzo podejrzane.

Muszę tu jeszcze raz położyć wyraźny nacisk na to, o czem już wspomniałem w pracy mej p. t. „O operacyjnem leczeniu wysięków opłucnej“, a mianowicie, że pierwotne zapalenie opłucnej, u ludzi zupełnie zdrowych, rozwija się najczęściej powoli, z nieznacznym bólem, dusznością i niewielkim odczynem gorączkowym. Wyjątki od tego pravidła mogą się niewątpliwie zdarzyć i ja sam je widywałem choć wogóle rzadko. Przytem, jeżeli samodzielne zapalenie opłucnej rozpoczyna się ostro, wtedy okres gorączkowy trwa conajwyżej kilka dni, a wyjątki pod tym względem zdarzają się tak rzadko, że należy uważać za podejrzany każdy przypadek, który rozpoczął się ostro i w którym gorączka trwa parę tygodni; jeżeli nadto wysięk jest nie obfity, gorączka przeciąga się i to nawet po zniknięciu wysięku, jeżeli wreszcie ten ostatni okaże się zlekka krwią zabarwiony, to możemy niemal napewno podejrzewać istnienie sprawy gruźliczej w płucach. Ztąd też rokowanie w takich przypadkach winno być nadzwyczaj oględne, a chory po ustąpieniu wysięku traktowany wprost jako suchotnik.

Zachodzi wreszcie pytanie, jak należy uważać ten stosunek zapalenia opłucnej do suchot; czy ta ostatnia choroba jest tylko następstwem pierwszej, czy też pierwsza jest wprost tylko objawem drugiej, t. j. suchot. Nie ulega wątpliwości, że zapalenie opłucnej w tych razach zależy już tylko od istniejących, choć niezem nie objawiających się ognisk gruźliczych w płucach. Bo najpierw chorzy tacy aczkolwiek uważali się za zupełnie zdrowych, co nawet stwierdzali lekarze znający ich poprzednio, to jednak, przy troskliwym ich dopytywaniu się, przyznają, że przechodzili czasem jakiś kilkodniowy niezbyt oskrzeli gorączkowy, że czasami w płwocinie pokazywały się żyłki lub kawałki krwi, na co jednak nie zwracali żadnej uwagi, te bowiem objawy na ich ogólny stan nie wpływały wcale. Nieraz też w rodzinie chorego istnieje usposobienie dziedziczne do suchot, co wszystko pozwala nam przypuścić, że już przed wystąpieniem zapalenia opłucnej istniały zmiany w płucach. Z drugiej znowu strony zapalenie opłucnej pierwotne u ludzi istotnie zdrowych może przy długim trwaniu wysięku sprowadzić niedodmę płuc z zapadnięciem klatki piersiowej (*retrecissement thoracique*), rozrost tkanki łącznej w płucu, rozszerzenie oskrzeli, ale do suchot, jeżeli prowadzi, to chyba bardzo tylko rzadko. Zresztą zmiany zachodzące w płucach przy wysięku mogą być uwarunkowane jedynie dwoma momentami, a mianowicie siłą mechanicznego ucisku. *resp.* wielkością wysięku i powtórę czasem trwania tego ostatniego. Tymczasem przypadki, o których mowa, cechują się właśnie tem, że wysięk bywa często bardzo nieznaczny, pomimo tego po pewnym przeciągu czasu rozwijają się suchoty, bez względu na to czy wysięk był usunięty wcześniej lub nie.

Sposób, w jaki rozwijają się wysięki opłucnej przy istniejących lecz ukrytych zmianach w płucach, jest niewiadomy. W przypadkach, w których robiłem sekcje, nie pozostało ani śladu wysięku, oba listki opłucnej się zrosły, gruzelków nie było wcale. Wiadomo też, że zlepane zapalenie opłucnej rozwija się nieraz i tam, gdzie ognisko chorobowe w płucu nie przylega wcale do opłucnej; czy stosuje się to i do wysiękowych zapaleń — tego powiedzieć nie umiem.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO KOBIECEGO W SZPITALU DZ. JEZUS.

II. TRZYDZIEŚCI SZEŚĆ PRZYPADKÓW PRZETOK MOCZOWYCH.

Podał

Władysław Matlakowski,
ordynator tegoż oddziału.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 39].

Spostrzeżenie I. *Fistula vesico-uretero-utero-vaginalis; colpocleisis.*

Stokowska Maryjanna, 25 l., mężatka, włościanka przybyła do oddziału dnia 6. II 1883 r.

A n a m n e z a. Chora przed 8-u tygodniami odbyła poród, poraz drugi; pierwszy raz było poronienie; poród trwał trzy doby i ukończony został przez babę, która wydobyla martwe dziecko.

Stan ogólny. Kobieta niskiego wzrostu, chuda, delikatnej budowy; miednica wązka. Ekcema na pośladkach, udach i sromie. Wejście do pochwy ciasne; pochwa zwięziona; brak prawie całkowicie przegrody pęcherzo-pochwowej; górny brzeg tej ogromnej dziury stanowi część pochwowa, czerwona, krwawiąca, podzielona bliznowatymi brózdami na brodawkowate wzniesienia. W kątach braku u góry widoczne ujścia moczowodów, powciągane w obręb bliznowato zmienionej błony śluzowej górnego brzegu przetoki; moczowody te udaje się wybornie przesondować do takiej głębokości, do jakiej wystarcza *bougie filiforme*.

Z powodu choroby, nie mającej nic wspólnego z przetoką, musiałem poczekać z operacją; chora bardzo delikatnej i wrażliwej natury łatwo zapadała na zdrowiu, tak że staranniejsze zbadanie jej odbijało się bólem głowy i rozstrojem. Wobec wielkiego braku w przegrodzie pochwo-pęcherzowej, niewygodnego powikłania ze strony moczowodów, których ujścia wypadłyby w linii okrwawienia, wobec trudności ściągnięcia górnego brzegu i zbliżenia go z dolnym, postanowionem zostało zaszycie pochwy.

1-a O p e r a c y j a. 4. VI. 1883 r.; wraz z kolegą KONDRATOWICZEM okrwaliśmy dookoła błonę śluzową pochwy powyżej wchodu i zeszyliśmy odpowiednie powierzchnie [przednią z tylną] siedmiu szwami miedzianymi posrebrzanymi. Wkrótce po operacji wezwano mnie do szpitala, z powodu zatrważających objawów spowodowanych przez krwotok. Chorą znalazłem w stanie następującym: skóra biała, pokryta zimnym potem; nos, język, kończyny zimne; tętno nitkowate, 140; wymioty. Krwi ani kropla nie przesączyła się przez zeszytą pochwę, lecz wypełniła skrzepami całą jamę pochwo-pęcherzową; bez straty czasu ułożyliśmy chorą na łóżku w położeniu litotomicznem, zdjęliśmy wszystkie szwy, poczem wygarnąć było można skrzepy i obejrzeć pole operacyjne; cała rana krwawiła nieznacznie, tu i owdzie mocniej kilka punktów, które dotknięto żegadłem PACQUELIN'a; wtedy dopiero w lewym kącie rany trysnęła tętnica, którą ujęto w kleszczyki KOEBERLÉ'go i podwiązano, z obawy zaś by podwiązka nie ześliznęła się, kleszczyki pozostawiono. Stan chorej był tak groźny, że zrobiłem przygotowania do przetoczenia roztworu soli kuchennej; tymczasem zaś zastosowano: podskórną eter i roztwór chlorku sodu, rozcieranie ciała, ogrzewanie kamionkami z wodą i t. p. Po tem groźnem powikłaniu chora z wolna powracała do dawnych sił, tak że operację musiałem odwlec na długo.

2-a Po powrocie do Warszawy postanowiłem operację wykonać w dwóch posiedzeniach; w tym celu w d. 6. VIII. zeszyłem lewą połowę wejścia do pochwy trzema szwami metalicznymi; okrwawienie z powodu licznych marszczek błony śluzowej, delikatności tkanek i obawy zbyt głębokiego okrwawienia, które mogłoby dać powód do krwotoku, było mozolne — wynik tej częściowej operacji był pomyślny.

Przy 3-ciej o p e r a c y i okrwawiłem prawą połowę wejścia do pochwy i zaszyłem 3-ma szwami jedwabnymi; krwawienie było bardzo żywe i zmniejszyło się dopiero po zawiązaniu nitek.

Chora po operacji przez pewien czas gorączkowała; ból przy oddawaniu moczu, który zawiera krew, ulega rozkładowi; srom zaczerwieniony, szwy głęboko pochowane w fałdach obrzękłej błony śluzowej, tak że wyjąłem je dopiero 11-go dnia, kiedy obrzmienie się zmniejszyło. Skutkiem tych powikłań, oraz mocnego kaszlu, jakiego chora dostała, pozostał mały otworek, przez który w nocy, kiedy chora zasnęła, moczył wypływał. Z początku przyżegałem brzegi żegadłem PACQUELIN'a, lecz gdy to nie prowadziło do celu, d. 25. XI. wykonałem 4-ą o p e r a c y j ę, a mianowicie zeszyłem okrwawione brzegi przetoki 3-ma szwami metalicznymi. Znowu ból w brzuchu, rżnięcie aż do okolic lędźwiowych, mocz z krwią, ciepłota do 40°; po kilku dniach objawy gorączkowe i ból w brzuchu ustąpiły, lecz

ból przy oddawaniu moczu i krwawy mocz pozostały pomimo kąpieli nasiadowych, przestrzykiwania pęcherza i t. p. leczenia.

27. XII. 1883 chora opuściła szpital uleczoną z przetoki, lecz z nieprzyjemnymi zaburzeniami przy oddawaniu moczu.

Spostrzeżenie II. *Fistula vesico-utero-vaginalis; consutio; sanatio.*

Ceculska Franciszka, 38 l., zamężna, włościanka z Rypina, przybyła do oddziału d. 27. II. 1883.

A n a m n e z a. Przed 4-ma laty ostatni poród, który trwał 3 doby i był bardzo ciężki; dziecko donoszone urodziło się przy pomocy akuszerki, która wyciągała je „łakiem do grap“, a kiedy to narzędzie nie pomogło, nożem porozrzywała dziecko i częściami je wydobyła. Po tej strasznej operacji, O. chorowała przez 14 tygodni.

S t a n o g ó ł n y dobry, odżywianie wyborne; miednica wązka. Na udach, pośladkach i sromie *eczema*.

D o s t ę p do pochwy łatwy; wejście rozciągliwe; pochwa średnich rozmiarów. M a c i c y ani wymacać palcem, ani też ujrzeć przy pomocy zwiernika nie można; jedynie przy badaniu dwoma rękami wyczuwa się ponad sklepieniem pochwy guzowatość, która prawdopodobnie jest macicą; na miejscu części pochwowej znajduje się gładkie sklepienie pochwy, przechodzące w tylną ściankę.

P r z e t o k a wielkości rubla, posiada brzegi dość podatne i grube; palcem wprowadzonym przez przetokę do pęcherza wyczuwa się macicę.

P r z y g o t o w a n i a miały na celu oczyszczenie chorej i wyleczenie z ekcemy; przez ten czas chora miała miesiączkę, przy której okazało się, że krew odchodzi wraz z moczem przez przetokę.

1-sza o p e r a c y j a, 21. III. Okrwawiłem brzegi przetoki i zeszyłem je 5-u szwami miedzianymi, poczem wprowadziłem cewnik *à demeure*. Trzeciego dnia chora miała ziębienie, gorączkę, ból w okolicy pęcherza; mocz mętny z krwią z trudnością przechodzi przez cewnik. 28. III zdjąłem szwy; pozostała się nieznaczna dziurka, przez którą jednak wypływa cała ilość moczu. Z początku przyżegałem jej brzegi cienkim żegadłem PACQUELIN'a, gdy atoli nie widziałem przez to żadnej poprawy, przystąpiłem do 2 ej o p e r a c y i. Dnia 11. IV. okrwawiłem ponownie brzegi i zeszyłem je 3-ma szwami srebrnymi; znowu chora dostała bólu w podbrzuszu, wydymania tak mocnego, że natychmiast musi oddać mocz, który ku koncowi jest mętny i zawiera dużo ropy. Skutkiem atoli w części niedokładności zeszycia, w części zaś silnego wydymania się chorej, pozostała znowu mała przetoka.

3-ą o p e r a c y j ę, już z pomyślnym skutkiem, wykonałem 12. VI. 1883, okrwawiwszy przetokę i zeszywszy brzegi 4-ma szwami miedzianymi. Przed opuszczeniem szpitala, które nastąpiło d. 27. VI, stan był następujący: chora oddaje mocz 2—3 razy w nocy, a 3—4 razy w dzień, przytem nie doświadcza już wydymania. Krew miesięczna odpływa wraz z moczem i wtedy chora ma ból w brzuchu i częściej musi oddawać mocz.

Spostrzeżenie III. *Fistula vesico-utero-vaginalis; degeneratio fibrosa vaginae; colporrhaphia; sanatio.*

Pruszczyńska Bronisława, lat 26, włościanka, służąca, przybyła do oddziału 13. III. 1883.

A n a m n e z a. W połowie Grudnia 1882 r. odbyła pierwszy poród, przy którym płód rozerwano, chcąc go wydobyć, tak że tułów z kończynami pozostał w rodzącej; mimo to lekarz odjechał, a pozostawioną część wyciągnęła akuszerka. P. przebywała potem długi i ciężki połów, po którym, gdy się podniosła, zauważyła, iż mocz wypływa mimowolnie.

S t a n o g ó ł n y niezły, chora średniego wzrostu, delikatnej budowy.

Miednica zwężona. Dostęp do pochwy dość łatwy; części płciowe zewnętrzne stulone i ściągnięte; na prawej wardze sromnej duży czyrak; wejście niezmiernie ciasne, tak że z trudnością, a z bólem dla chorej można wprowadzić dwa palce, tuż zaraz jednak powyżej pochwa jest ciasna, a ścianki tak niepodatne, że nawet końca palca wprowadzić nie można, skutkiem czego położenia, wielkości i właściwości przetoki, oraz macicy określić nie można.

Przygotowania. Przedewszystkiem rozciąłem i opatrzyłem naftaliną duży czyrak na prawej wardze sromnej; następnie chora brała codziennie kąpiel ciepłą nasiadkową. 29. III. wprowadzono do pochwy, celem rozszerzenia jej, gąbkę prasowaną, po której całą noc chora miała znaczny ból. 31. III. znowu wprowadzono gąbkę, po której, gdy nie było widać skutku, 3. IV. zrobiono po dwa nacięcia na obu bocznych ściankach pochwy i wprowadzono 3-ą gąbkę; chora miała silny ból przez cały dzień i noc gorączkowała. 7. IV. oraz 9. IV. założono gąbki. Pod wpływem tego postępowania pochwa rozszerzyła się o tyle, iż można dojsć palcem do dna pochwy, palec swobodnie wchodzi do jamy pęcherza, który z jamą pochwy tworzy jedną jamę; o macicy nie pewnego powiedzieć się nie da, z powodu ciasnoty i niemożności badania.

Operacja. Gdy dalsze leczenie przygotowawcze gąbkami, kąpielami oraz wstrzykiwaniem do pochwy nie przyniosły pożądanego skutku, d. 11. V. 83. wykonane zostało zaszycie pochwy, ku czemu okrwawiono części miękkie wchodu pochwy, a następnie zeszyto pięciu szwami z posrebrzanego drutu miedzianego. Po zdjęciu szwów 8-go dnia znalazłem, że na pewnej przestrzeni brzegi się nie zrosły.

2-e posiedzenie d. 3. VI. okrwawiłem i zaszyłem pozostałą przetokę 3-ma szwami metalicznymi i 1 jedwabnym. Chora doświadcza silnego parcia, rżnięcia i bólu w cewce, przez którą odchodzi gęsty śluz z ropą. Siódmego dnia zdjęto szwy, otwór zarósł, poczem chora w dalszym ciągu dostawała kąpiele ciepłe oraz przetrzykiwania pęcherza, celem zmniejszenia dolegliwości, a mianowicie parcia na mocz, rżnięcia i bólu.

Wynik. Wyszła z oddziału zdrową d. 28. VI. 1883, w stanie następującym: oddawanie moczu rzadsze, 3—4 razy w nocy i tyleż razy w dzień, bez parcia i rżnięcia; mocz prawie czysty nie zawiera ropy, ani krwi. Z wyniku operacji chora zadowolona.

Spostrzeżenie IV. *Duo fistulae vesico-vaginales; consutio; sanatio.*

Bieńkowska Józefa, 26-letnia niezamężna włościanka, przybyła do szpitala 13. VI. 1883.

Anamneza. Przetoka powstała podczas pierwszego porodu, który odbyła cztery miesiące temu; płód był w położeniu główkowem, urodził się martwym; B. po porodzie ciężko chorowała.

Stan ogólny. Drobnej budowy, niskiego wzrostu, chuderława; miednica wązka. Na pośladkach, udach oraz wargach sromnych obszerna *eczema*. Węjskie do pochwy ciasne i niepodatne. Pochwa w kształcie ciasnego i krótkiego, bo 4 ctm. mierzącego worka ślepo zakończonego; na dnie tego worka na lewo od płaszczyzny pośrodkowej strzałkowej otwór przetoki, prowadzącej do pęcherza, a prawdopodobnie i do macicy, której jednak wyczuć nie można, z powodu, że otwór nie przepuszcza palca; przez sklepienie tej skróconej pochwy również macicy wymacać się nie udaje. Na prawo od powyższej przetoki znajduje się druga, ukryta w zagłębieniu ścianki pochwy, w średnicy $\frac{1}{4}$ ctm. mająca, oddzielona od pierwszej dość szerokim mostkiem. Brzegi przetok ostre, cienkie i niepodatne, w mniejszym stopniu to samo powiedzieć można o ściankach pochwy wogóle.

I-a operacja. 3. VII. okrwawiłem brzegi lewej, większej przetoki i zeszyłem je 3-ma szwami metalicznymi; gdy po tygodniu zdjąłem je, znalazłem przetokę zagojoną.

2-a o p e r a c y j a. 16. VII, okrwawiłem brzegi mniejszej przetoki prawej i połączyłem je 3-ma szwami metalowymi.

30 Lipca 1883 r. chora opuściła szpital na własne żądanie; przy badaniu znalazłem, że na dnie pochwy znajduje się zagłębienie lejkowate, w którym tkwią dwa malutkie otworki, zaledwie przepuszczające zgłębnik najcieńszy, przez które mocz wypływa pomimo woli chorej w łóżko, gdy śpi, w dzień zaś musi często go oddawać lecz może go zatrzymywać.

15 Sierpnia 1883 r. chora powróciła do oddziału, gdzie jej wykonałem operacje w dniach 19. IX, 6. XI, 29. XII 1883; oraz 31. I. 1884, które wszystkie dla wielkich trudności technicznych pozostały bez pożądanego skutku; dopiero w d. 3. V. okrwawiwszy brzegi bardzo obszernie, tak, że wyciąłem blizny po poprzednich operacjach, oraz połączywszy je 4-ma szwami jedwabnymi, osiągnąłem nareszcie zupełne zagojenie przetok, poczem Bienkowska opuściła szpital 27. V. 1884 zdrową o tyle, że w dzień dowolnie mocz oddaje, w nocy jednak, z powodu niedostateczności zwieracza, często się zdarza pomimowolne wypłynięcie moczu z pęcherza.

Spostrzeżenie V. *Fistula vesico-vaginalis; stenosis summa vaginae consutio.*

Malasa Agnieszka, 19-letnia, żona włościanina, przybyła do oddziału dnia 4. VII. 1883.

A n a m n e z a. 23. III. odbyła pierwszy poród, który trwał 3 doby i ukończony został przez felczera przez wydobycie martwego płodu kleszczami; w 7 dni potem zaczął płynąć mocz pomimowolnie.

S t a n o g ó l n y. Kobieta średniego wzrostu, dobrego odżywiania, delikatnej budowy; miednica zwężona.

Wejście do pochwy dość obszerne; w połowie długości pochwy silne z wężenie pierścieniowate, od tyłu w kształcie twardej fałdy wystającej na kształt sierpu do światła pochwy. Ponad tą fałdą tylna ściana pochwy tak silnie pociągnięta w tył *ad excavationem sacri*, że jej palcem dosięgnąć nie można. W przedniej ścianie górnego piętra pochwy znajduje się p r z e t o k a, przepuszczająca duży palec, o brzegach grubych i podatnych.

O p e r a c y j a z powodu mojego wyjazdu znacznie się odwlokła i dopiero d. 5. IX. 1883 została przedsięwzięta, nie dała atoli zupełnie zadawalającego wyniku, poczem chora na własne żądanie opuściła szpital z przetoką dnia 14. X. 1883 roku.

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

Krajewska Juljanna, 27-letnia mężatka, przyła do oddziału 9. VIII. 1883 r.

A n a m n e z a. Przed 4-ma miesiącami K. odbyła poród, który ukończyć wypadło kleszczami, poczem dziecię w 2 dni później zmarło. Przez 3 tygodnie, jak opowiada chora, czuła się zupełnie zdrową i dopiero po upływie tego czasu zaczął płynąć mocz z pochwy.

S t a n o g ó l n y zadawalniający.

Dostęp łatwy, wejście obszerne, całe krocze uległo rozdarciu, a błona słuzowa odbytnicy wypukła się do pochwy. *Eczema* warg sromnych i ud.

Na 4 ctm. ponad otworem sromnym znajduje się p r z e t o k a, z otworem poprzeczno-owalnym, 1 ctm. w największym wymiarze posiadającym.

O p e r a c y j a 14. VIII, po oczyszczeniu chorej za pomocą kąpieli, kolega KRAJEWSKI, zastępujący mnie podczas wyjazdu latem, dokonał operacji, okrwawiwszy przetokę i zeszywszy ją 4-ma szwami.

W y n i k. Po zdjęciu szwów, przy staniu i chodzeniu mocz jeszcze wypływa pomimowolnie, sądzono tedy, że szew gdzieś puścił, gdy jednak w kilka tygodni po operacji badałem chorą, znalazłem, że nigdzie otworu w bliznie i w okolicy byłej przetoki nie widać, ani też przy wstrzykiwaniu do pęcherza nigdzie

płyn, lub bulki powietrza się do pochwy nie przedostają; chora więc wyszła ze szpitala zdrową co do przetoki d. 2. IX. 1883 r., wypływanie zaś moczu przypisać zmuszony byłem niedostatecznej czynności zwieracza.

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

Murawska Maryjanna, 22 letnia służąca, niezamężna, z okolic Płocka, przy-
do oddziału d. 10. X. 1883 r.

Anamneza. Przed 7-u tygodniami odbyła pierwszy poród, który cią-
gnął się 3 doby i ukończony został przez wydobycie płodu żywego i donoszonego
przez wiejską babę. M. utrzymuje, że jakoby dopiero w 3 tygodnie po porodzie,
po przyniesieniu kubła wody, „wszystko” się w niej opuszcilo i że zaraz od tej po-
ry zaczął ciec mocz pomimowolnie.

Stan ogólny: dobrze zbudowana, niska, zdrowo wyglądająca kobieta;
brzuch duży, rozdęty.

W miednicy nie można zauważyć nieprawidłowości. **Dostęp łat-**
wy, wchód do pochwy dosyć obszerny.

Pochwa bardzo krótka, ciasna, lecz ścianki podatne. **Macica** znaj-
duje się nisko, część pochwową małą, niebardzo ruchoma, na wargach nad-
żarcia.

W odległości $\frac{3}{4}$ ctm. od części pochwowej i w sklepieniu przednim znaj-
duje się **przetoka**, przepuszczająca gruby zgłębnik; brzegi przetoki grube,
wywinięte.

Operacja. Po zwykłych wstępnych przygotowaniach, 25. X. wpro-
wadziłem wziernik NEUGEBAUERA, okrwawiłem brzegi przetoki i zeszyłem je
3-ma szwami z drutu posrebrzanego.

Wynik. Po zdjęciu 6-go dnia szwów, przetoka okazała się zagojoną
i chora opuściła oddział 13. XI. 1883 r.

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

Mędrzejewska Magdalena, 30 letnia służąca, przybyła do oddziału d. 26.
XI. 1883 r.

Anamneza; przed 6 u tygodniami pierwszy poród, który trwał dwie doby
i zakończył się siłami natury.

Stan ogólny: dobrej budowy i odżywiania. **Miednica** prawidłowa.
Silna ekcema sromu, ud i pośladków.

Wejście do pochwy obszerne; **dostęp łatwy;** **pochwa** obszerna i po-
datna; na przedniej ścianie na wysokości *orificii vesicalis urethrae* przetoka
przepuszczająca cewnik srebrny, z grubemi, podatnemi brzegami.

Operacja 29. XI. 1884 r., po zwyczajnych przygotowaniach okrwawi-
łem szeroko brzegi przetoki i zeszyłem je trzema szwami metalowemi.

Wynik. 6-go dnia szwy zdjąłem, a 10. XII. 1883 r. M. opuściła szpital,
jako uzdrowiona. [C. d. n.]

III. PRZYZYNY DO LECZENIA ZA POMOCĄ MIĘSIENIA,

przez

D-ra J. Zabłudowskiego,

asystenta przy królewskiej chirurgicznej klinice uniwersyteckiej prof. BERGMANN'a w Berlinie.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 39].

U chorej H. w ciągu 6-tygodniowego leczenia skombinowanego, mogliśmy
zauważyć następujące zjawiska polepszenia: chora, która ledwo mogła chodzić,
tyle nabrała sił, że przez ciągłe usługi swe, oddawane ciężko chorym, stała się
bardzo użytecznym członkiem towarzystwa szpitalnego. Apetyt wzmógł się, tak

że do dawnej diety jej również można było dodać dwie większe bułeczki; wypróznienia prawidłowe, chora nie czuje już bólu w żołądku, ilość moczu podniosła się do 2300, waga ciała do 46 kilogramów. Do przepłukiwań żołądka potrzebną jest obecnie mniej aniżeli połowa używanej do tego dawniej ilości cieczy. Zaznaczyć również należy, że po dwuletniej przerwie powróciła znowu miesiączka. Ponieważ z jednej strony przez cały czas trwania skombinowanego leczenia, badania porównawcze chemiczne trawienia nie wykazały żadnej szczególnej zmiany takowego i ponieważ z drugiej strony nie można przypuszczać, ażeby wskutek ciśnienia zewnętrznego wywołaniem zostało bezpośrednio silniejsze wchłanianie przy panującym i tak już w takich żołądkach bardzo znacznem ciśnieniu, przeto energiczniejsze przyswajanie materii pożywczych przypisać należy przetłaczaniu zapomocą mięsienia większej ilości miazgi pokarmów do kiszki.

Ze spostrzeżeń powyższych wyciągnąć możemy ten wniosek, że jakkolwiek pompka żołądkowa w leczeniu zwężeń odźwiernika główną odgrywa rolę, to jednak mięsienie potężnym jest środkiem pomocniczym przy leczeniu tych chorób. Ważniejszym jeszcze czynnikiem byłoby, rozumie się, mięsienie w takich przypadkach zwężeń odźwiernika, w których choroba jest jeszcze świeżą, i zwężenie nie tak daleko posunięte. W takich razach można się spodziewać, że rozszerzenie zacieśnionego miejsca, zapomocą miazgi pokarmowej, byłoby daleko energicznijszem.

Podczas gdy w tych przypadkach widzieliśmy skutki mięsienia w zaburzeniach w przechodzeniu pokarmów — a więc, że tak powiem, w zakłóceniach w sferze ruchowej, mieliśmy w ostatnich czasach często sposobność widzieć wpływ mięsienia na cierpienia żołądka i kiszki, wywołane zakłóceniami w sferze czuciowej. U osób histerycznych i neurastenicznych często mamy do czynienia z miejscowymi nerwicami, którym towarzyszą niekiedy wprawdzie bardzo lekkie, zawsze jednak wyraźne przykurczenia mięśni dowolnych i od woli niezależnych. Powstające przytem uczucie bólu należy sobie tłumaczyć w ten sposób, że powstaje ono wskutek uwężenia włókien nerwowych pomiędzy skurczonem otoczeniem. Są np. osoby, cierpiące na trwające przez lata całe uczucia nienormalne w stawie kolanowym. Przy badaniu tego stawu uderzającym jest, że w żadnem położeniu staw kolanowy nie jest zwolniony, choćbyśmy nawet prosili chorego, ażeby nie napręzał wcale mięśni. Staw pozostaje zawsze sztywnym, jakkolwiek przy chodzeniu nie można wykryć wniem nic nieprawidłowego. Przy bliższem jednak badaniu łatwo odkryć i inne jeszcze zjawiska nerwowe, tak że ośmieliłbym się te napięcia miejscowe uważać za patognomoniczne dla neurastenii. W wyjątkowych tylko razach, obok sztywności stawu, występuje lekki obrzęk, odznaczający się jednakże tem, że nie jest zależnym od żadnych dających się wykazać przyczyn i występuje w nieregularnych odstępach czasu, po czem znów znika bez śladu; jest więc i on natury czysto naczynioruchowej.

Takie same zjawiska spotykamy w rozmaitych miejscach przewodu pokarmowego; nerwicom w rozmaitym stopniu rozwiniętym, począwszy od uczucia ściskania albo naprężenia, aż do kłujących albo świdrujących, daleko rozchodzących się bólów, towarzyszą kurcze, rozprzestrzenione częstokroć na

mniej alco więcej znaczne obszary kanału pokarmowego. Choćby nawet chory leżał przytem na wznak, z jak najbardziej zgiętymi kolanami i oddychał z otwartymi ustami [tę postawę bowiem daje się zwykle choremu przy mięsieniu, w tym celu ażeby mięśnie brzucha zwolniały], to jednak żołądek przy obmacywaniu robi wrażenie twardego kłęba, *respective* część *colon* albo *S romani* robi wrażenie twardego grubego wału. Kurcze te odznaczają się peryjodycznem swem zjawianiem się i trwają częstokroć po kilka godzin. Jakkolwiek przerwy nie zawsze przychodzą jednocześnie ze zwolnieniami, to jednak stoją w wyraźnym związku. W przypadkach, gdzie taki stan kurczowy trwał lata całe, otrzymujemy również jako zjawisko wtórne zakłóconego przez długi czas krążenia, zmiany anatomiczne. Te ostatnie objawiają się w zgrubieniu ścian żołądka i kiszek. Takie stany kurczowe można uważać za erekcje *sui generis*, są one analogiczne ze znaną w patologii sprawą priapizmu. I tam bardzo często mamy do czynienia tylko z idyopatycznie powstałym podrażnieniem w ośrodkach nerwowych, a więc także są to zjawiska częściowe ogólnego cierpienia nerwowego.

Od kilku tygodni znajduje się w mojej kuracyi, często przez najznakomitszych klinicyśłów tutejszych zauważony, przypadek nader silnej i kilka lat już trwającej nerwicy *S romani*, która może być w związku ze skurczem tej części kiszek.

Prof. D-r med. SCH. [polecony mi przez prof. LITTEN'a], liczący lat 46, po silnem wzruszeniu psychicznem, poczuł w roku 1872 podczas prelekcji nagle ból w lewej połowie poprzecznicy. Ból występował sam przez się, za pomocą naciśnięcia nie można go było wywołać. W następnych dniach, nowe wzruszenia wywoływały znowu podobne do pierwszego napady. Wkrótce potem chory zauważył, że w położeniu poziomem ciała albo po wypiciu niewielkich ilości wody, a następnie po niewielkiem nawet napełnieniu żołądka pokarmami, bóle zmniejszały się. Był to ból kłujący, dochodzący do pępka. Stan ten trwał przez 4 tygodnie codziennie, mniej więcej od godziny 4 do 8 do południa, czyli przez cały czas trawienia w kiszce. W roku 1873 ból zjawił się znowu. *Typus recurrens*. Po trzech tygodniach, w których ból zjawił się codziennie, nastąpiła 4—8 tygodniowa przerwa. Lecz i podczas tej przerwy miewał chory od czasu do czasu lekkie napady bólu. Dwukrotna podróż do Maryjnenbadu w roku 1877 i 1878 pozostała bez skutku. W roku 1879 udał się chory do Kissingen, gdzie brał kąpiele błotne. Wywołany kąpielami błotnemi ucisk kiszek, pogorszył stan chorego, używana przez jakiś czas woda Rakoczy spowodowała biegunkę i chory znacznie opadł na ciele. W roku 1880 ból tak dalece się wzmógł, że chory był zmuszony na pół roku wziąć urlop. Lekarz jego, D-r STRUCK dyrektor państwowego Instytutu Zdrowia, przypisywał cierpienie nienormalnym procesom fermentacyjnym w kiszce i jako środki przeciwfermentacyjne zalecił wewnętrzne użycie sublimatu w postaci proszku. Lecz i to pozostało bez skutku. Wtedy zauważył już chory, że ból wzmagał się przy silniejszym napięciu kiszek. W roku 1881 ból w *S romanum* trwał we dnie i w nocy. Chory udał się tedy do stacyi klimatycznej Wiesen, gdzie tylko poziome położenie ciała sprawiało mu ulgę. Stan jego tak dalece się jednak w Wiesen pogorszył, że zmuszonym był powrócić

do domu. Inny lekarz, D-r P., którego się chory radził, postawił rozpoznanie nerwicy i stosował arszenik, powiększając dawkę aż do 20 kropeł dziennie, lecz bezskutecznie. Przez 8 tygodni stosowano prąd galwaniczny, następnie co wieczór ciepłe kąpiele nasiadowe, a do użytku wewnętrznego — jod. FRERICHS rozpoznał skurczenie się krózki kiszki poprzecznej, która jakoby spowodowała przekręcenie, a więc i zwężenie odpowiedniej części kiszki i zalecił pigułki podług zwykłej swej formuły.

Rp. *Extr. belladonnae* 0.24.

Pulv. rhei 4.0

Extr. rhei 2.0

Ol. menth. piper. gutt. 5

60 pigułek, 1 pigułka na dzień.

Przytem codziennie zimne nacierania. Wskutek tego leczenia nastąpiło niewielkie polepszenie, po krótkim jednak czasie dawne cierpienie znów powróciło. D-r STRUECK zalecił znowu jako środek przeciwniejący trzy razy dziennie *Bismutum salicylicum* tyle, ile się zmieści na końcu noża. Obok tego chory brał dalej pigułki FRERICHS'a. Przez dwa lata nie było wcale bólu, potem znów wystąpił na nowo w formie napadów na przestrzeni całego brzucha. Chory sądzi, że jedną z przyczyn, z których cierpienie powróciło, był jednorazowy *abusus in Baccho*. Po kilku miesiącach nastąpiła przerwa trzymiesięczna, podczas której chory był zupełnie wolnym od bólu. Prof. SENATOR proces ten chorobowy uważał za *fibroma recti*. Wreszcie rozpoznano przewlekłe zapalenie kiszki prostej [infiltracja ścianek]. Zalecono mięsienie. Badanie podmiotowe wykazuje zupełnie równomierne, 20 ctm. mniej więcej długie zgrubienie ściany *S romani*, które znika bez wyraźnych granic; całe *S romanum*, a niekiedy cała kiszka wpada peryjodycznie w stan silnego napięcia. Chory dobrze odżywiony, robi wrażenie zdrowego człowieka i oddaje się bez przerwy swemu zawodowi. Wstrzymywanie się przez dłuższy czas od napojów wysokowych i od palenia tytoniu pozostaje bez skutku. Chory od dzieciństwa już oddawał się nadmiernie pracy umysłowej i z tego powodu, będąc jeszcze w gimnazyjum, cierpiał na migrenę i zawrót głowy, jakoteż na następujące, wyraźnie nerwowe objawy: niekiedy zaciemniało mu się przed oczyma, powoli ginął mu z oka jeden przedmiot po drugim, tak, że w końcu miał tylko mgłę przed oczami; powoli z mgły tej zaczynały się wyłaniać otaczające go przedmioty, aż znowu powracało prawidłowe widzenie, po czem następowały wymioty i trwający przez kilka godzin ból głowy. Takie napady miewał prawie dwa razy na tydzień, ustały one dopiero po dojrzałości płciowej. W roku 1871 cierpiał znowu przez miesiąc na silny bardzo ból głowy, wskutek czego prof. WESTPHAL zalecił mu wstrzymywanie się od nadwężającej pracy umysłowej i od palenia tytoniu.

Ze względu na długotrwałość procesu chorobowego, na brak wyniszczenia i wszelkich mniej albo więcej wydatnych zgrubień kiszki, jakoteż powiększenia gruczołów w sąsiedztwie, ze względu na to, że zgrubienie znajduje się wysoko [rak występuje w kiszce prostej o wiele niżej], ze względu na regularność wypróżnień stolcowych i na normalną objętość kawałów kału, mogliśmy twierdzić, że nie mamy tu do czynienia z nowotworem złośliwym. Mianowicie też *carcinoma gelatino-*

sum, odznaczające się powolnym przebiegiem, można wykluczyć z powodu jednolitego ucieczenia ścian. Przeciwno przewlekłemu otruciu wysokiemi albo tytunem przemawia ta okoliczność, że wstrzymywanie się przez dłuższy czas od napojów wysokowych i od palenia pozostało bez skutku. Owrzodzenia [dysenterya przewlekła], jako też zmiany przymiotowe wykluczała etiologia. Co się tyczy przymiotu (*gummata*), to ważną jest okoliczność, zakomunikowana mi ustnie przez profesora anatomii patologicznej, D-ra SCHUETZ'a, że podług spostrzeżeń VIRCHOW'a i jego własnych, syfilomy takie w odbytnicy zdarzają się wogóle tylko u kobiet.

Ogólna nerwowość chorego, napady występujące w postaci paroksyzmów [często bowiem cierpienie ustawało zupełnie na lat kilka], zjawienie się zgrubienia w kilka lat dopiero po pojawieniu się cierpienia, zmienny charakter zgrubienia — niekiedy bywa ono bardzo wyraźne, niekiedy ledwo dostrzedz je można — jako też łatwo występujące skurcze kiszki, wskazują na charakter nerwowy tego cierpienia, któremu towarzyszą, przez wpływy naczynioruchowe wywołane, zmiany anatomiczne w postaci zgrubienia ścian. Sądząc po zrobionych dotychczas w podobnych przypadkach doświadczeniach, przypuszczać należy, że pod wpływem mięsienia, stan napięcia zostanie osłabionym, a tem samem zmniejszą się i spowodowane przez napięcia bóle. Jakkolwiek po tak krótkim czasie stosowania mięsienia u tego chorego, nie możemy jeszcze wyrzec stanowczego zdania, to jednak zauważyć należy, że bóle wraz z skurczami po kilkotygodniowym stosowaniu mięsienia daleko rzadziej i słabiej występują.

VI.

Neurastenia i mięsienie. Uwagi o metodzie Playfair-Mitchell'a.

W przytoczonych wyżej przypadkach mieliśmy do czynienia z formami chorób, którym towarzyszą dotykalne — w dosłownem znaczeniu — zmiany anatomiczne. Ośmielę się przytoczyć tu jeszcze kilka doświadczeń na polu chorób, które jakkolwiek nie mają dotykalnej podstawy anatomicznej, jednakże zatruwają życie chorym, a jeszcze bardziej ich otoczeniu i które częstokroć są przedmiotem długo trwającego leczenia. Mówię tu o neurastenii, do której, ażeby nie rozdzielać zanadto, zaliczam i histeryję wraz z podrażnieniem rdzeniowem. Momenty bowiem, które uwzględniać należy przy leczeniu wszystkich tych chorób, pozostają prawie zawsze te same. Zbierać doświadczenia co do zachowywania się neurastenii wobec rozmaitych metod leczenia można tem łatwiej, że właśnie cierpiący na takie choroby chętnie się poddają wszelkim nowym metodom leczenia — bo spróbowali już wszystkich znanych metod. Około 1875 r. [kiedy zacząłem specjalnie zajmować się praktyką mięsieniową], mięsienie, przy leczeniu ciężkich chorób, przez lekarza samego wykonywane, było czemś nowem. Uciekano się do mięsienia, gdy wszelkie inne sposoby leczenia nie wywołały pożądanego skutku. Inaczej dziś, kiedy mięsienie zyskało prawo obywatelstwa w leczeniu i kiedy często leczenie zaczynamy od mięsienia. Obecnie wykonywający mięsienie lekarz traci pogląd ogólny na zachowywanie się rozmaitych zastosowanych już poprzednio sposobów leczenia wobec danej sprawy patologicznej. Dawniej pano-

wała metoda leczenia LING'a [szwedzka] zapomocą mięsienia; wykonywano ją w specjalnych zakładach. Posiedzenie trwało zwykle godzinę mniej więcej, mięsienie wykonywał jeden, częściej dwaj felczerzy. Chory pozostawał w ubraniu, manipulacje mięsieniowe polegały głównie na klepaniu brzegami rąk i wygniataniu mięśni. Szwedzką tą metodą posilkują się i dziś jeszcze w Niemczech nauczyciele gimnastyki szwedzkiej, naprz. pp. NICANDER w Hanowerze, KELGREEN w Baden-Baden i dawni pomocnicy tego ostatniego w wielu miejscowościach Niemiec i Austrii. Tak samo wykonywa mięsienie Dr SCHREIBER w Aussee [w Styrii]. Tak zwane szwedzkie zakłady gimnastyczne prawie wyłącznie mają do czynienia z neurastenią [inni pacjenci zwykle nie udają do takich zakładów] i wykazują bądź co bądź dosyć znaczny procent zapomocą mięsienia wyleczonych, *resp.* takich, u których nastąpiło polepszenie. W ostatnich latach byliśmy w stanie procent zapomocą mięsienia wyleczonych powiększyć znacznie przez użycie mięsienia, przy którym stosowano się do przytoczonych niżej zasad. Tak np. niedawno z dobrym skutkiem leczyłem dwie panie, matkę i córkę, [polecone mi przez prof. KRASSOWSKIEGO z Petersburga], które z powodu rozwiniętych w wysokim stopniu napadów histerycznych — matka z powodu *globus histericus* i utrudnionego oddechania była zmuszoną sypiać w postawie siedzącej, córka zaś pomimo dobrego odżywiania tak dalece osłabione miała mięśnie, że przez wiele lat nie pokazywała się pieszo na ulicy — poddawały się przedtem najrozmaitszym kuracjom, między innemi też kuracyi mięsieniowej u wszystkich bardziej znanych w Europie specjalistów. [D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

49. Riehl i Paltauf. Brodawkowa postać gruźlicy skóry (*Tuberculosis verrucosa cutis*).

Karg. Laseczniki gruźlicze w tak zwanym *Tuberculum anatomicum*.

RIEHL i PALTAUF podają opis spostrzeganego przez nich, a dotychczas nieznanego cierpienia skóry, zasługującego na wyróżnienie ze względu na właściwy mu przebieg, zmiany anatomiczne i etjologię.

Na grzbietowej powierzchni ręki lub palców, na fałdach międzypalcowych, rzadziej na dłoni lub przedramieniu [przeważnie u mężczyzn] spostrzedz można wysypkę, pod postacią blaszek (*plaques*), wielkości soczewicy do talara, okrągłej, owalnej lub też pelzającej formy, skutkiem zetknięcia się wzajemnego tych blaszek. Powiększają się one w kierunku odśrodkowym: na obwodzie zmiany są najświeższe, podczas gdy środek przedstawia *stadium acneos et decrementi* procesu, skutkiem czego każdy wykwit składa się z następujących części:

1) Najwięcej na zewnątrz znajdująca się obwódka szerokości kilku milim. jest barwy żywo-czerwonej, znikającej zupełnie pod uciskiem palca, od zewnątrz mało lub prawie wcale nie wzniesiona ponad powierzchnią zdrowej skóry, natomiast nieznacznie wzniesiona w kierunku ku środkowi. Powierzchnia obwódki gładka, błyszcząca, ujście gruczołów oraz torebki włosowe wyraźne.

2) Sąsiednia więcej na wewnątrz położona część wykwitu przedstawia mnóstwo drobnych krostek (*pustulae*) wielkości jagły lub najwyżej ziarenka konopi, nieprawidłowo rozsianych, z powodu cienkiej pokrywy łatwo pękających i zasychających w strupki i łuski. Barwa więcej żyłnego przekrwienia niezupełnie znikająca pod uciskiem palca; powierzchnia gładka.

3) Natomiast następna, najbardziej na wewnątrz posunięta część wykwitów posiada powierzchnię chropawą tworzącą nieznaczne wyniosłości, wzrastające co do ilości i długości w miarę zbliżania się ku środkowi, gdzie tworzą brodawki dość duże, pokryte grubą warstwą zrogowaciałego naskórka, który wypełnia i zagłębienia u podstawy brodawek; w tej części również bywa mnóstwo drobnych pęknięć, nadżar i pryszczyków, z których przy bocznym ucisku łatwo występuje ropa w postaci kropli, co nadaje tworowi temu pozór sita. Takim jest *acme* procesu. Przebieg dalszy jest następujący. Po dość długiej rozmaitości zresztą przerwie, brodawki środkowe, zatem najstarsze, stają się stopniowo więcej płaskimi, ilość drobnych pryszczyków zmniejsza się, znika zupełnie; natomiast zjawia się miękka, ruchoma blizna w postaci siatki lub sita, z obwodowymi białymi włóknami i środkowymi więcej czerwonymi plamami, które nie są czem innym jak obficie unaczynioną i mniej dotkniętą cierpieniem tkanką. Jednocześnie obwódka czerwona rozszerza się, przechodzi cały szereg zmian kolejno po sobie następujących, skutkiem czego wykwit się powiększa. Cierpienie trwa do 15 lat; dotyczy ono zdrowych, silnych w kwiecie wieku osobników (19—45 lat), stykających się często z bydłem, i pozostaje czysto miejscowym; w jednym tylko przypadku nastąpiło obrzmienie gruczołów pod pachą po silnym przyżeganiu wykwitów. Chorzy uskarżają się z początku jedynie na wrażliwość przy dotyku, przechodzącą później w lekką bolesność. W żadnym z 14 obserwowanych przypadków, cierpienie nie było ani dziedzicznym ani rodzinnym.

Badania skrawków z preparatów wyciętych lub wyskrobanych wykazały następujące zmiany: znaczne zgrubienie warstwy rogowej naskórka pokrywanej brodawkowymi wyniosłościami i zagłębiającej się pod postacią sopli pomiędzy brodawkami skóry. *Stratum lucidum et granulosum* bez zmian, warstwa Malpigijsza znacznie zgrubiała, zawiera mnóstwo okrągłych komórek. Lecz najważniejsze zmiany znaleźć można w powierzchownych warstwach skóry właściwej. Brodawki znacznie powiększone, zawierają więcej komórek okrągłych niż w stanie normalnym, *stratum vasculosum subpapillare* znacznie zmienione i gdzie niedziele zupełnie zatarte, przedstawia nacieczenie w kierunku poziomym, bądź w postaci ognisk, bądź więcej rozlane. Budowa oddzielnych guziczków odpowiada w zupełności budowie gruzelka: na obwodzie tkanka ziarninowa z okrągłymi komórkami i obfitą siatką naczyń włosowatych, zawierających liczne jądra w swych ściankach; dalej ku środkowi komórki okrągłe owalne lub podłużne z ostro zarysowanymi jądrami, tak zwane komórki epiteloidalne, pomiędzy którymi tu i owdzie znajdują się olbrzymie komórki z licznymi jądrami na obwodzie. Środek gruzelka zajęty przez masy zserowaciałe. Rozlane nacieczenia powstały, jak wskazuje budowa, ze zlania się ognisk, sąsiednie zaś części skóry są tylko nacieczone drobnymi komórkami. Prócz tego w powierzchownych warstwach skóry właściwej widać mnóstwo drobnych krostek w najrozmaitszych okresach rozwoju, wywołujących wypuklenie, pęknięcie i nadżarcia naskórka, skutkiem czego powstały wyżej wspomniane zagłębienia pomiędzy brodawkowymi wyniosłościami, wypełnione masą zrogowaciałego naskórka, ropy i serowatami masami. Głębsze warstwy skóry oraz tkanka podskórna tylko w przypadkach towarzyszącego ostrego zapalenia zawiera drobnokomórkowe nacieczenie. Gruczoły potowe bez zmiany, natomiast gruczoły łojowe i torebki włosowe zanikają następująco w miejscach dotkniętych nacieczeniem gruzelkowym.

Poszukiwanie pasorzytów dało dodatnie wyniki: RIEHL i PALTAUF znaleźli w tych tworach laseczniki gruzlicze oraz kokki. Ostatnie są jednakowej wielkości, układają się po 2, 4 lub w większych grupach, lecz nigdy w postaci łańcuszków; szczególniejsze krostki zawierały mnóstwo kokków, następnie ropa i masy serowate w zagłębieniach pomiędzy brodawkami. Dla wykrycia ich nadawała się metoda podwójnego zabarwienia (*Fuchsyna-Methylenblau*). Laseczniki pod względem wielkości i własności zabarwiania zupełnie odpowia-

dają łasecznikom gruzliczym; znajdują się w komórkach olbrzymich. epitelioidalnych i pomiędzy komórkami ziarninowemi. Ilość i łatwość znajdowania zależy od miejsca i okresu cierpienia; w miejscach odpowiadających *stadium floritionis* w jednym skrawku bywa po 5—6 łaseczników, w miejscach starszych czasem dwa lub trzy skrawki zaledwo zawierają jeden łasecznik. Ropa i miejsca zajęte przez ostre zapalenie a także serowate masy wcale nie zawierały łaseczników gruzliczych. Rozpoznawanie: zmiany histologiczne oraz obecność łaseczników wykazały, iż dane cierpienie zaliczyć wypadł do gruzlicy skóry, stanowi ono jednak odmianę nową w niczem niepodobną do znanych form gruzlicy skóry, jakoto *lupus* i *scrophuloderma*, tembardziej, że w dwóch tych formach gruzlicy skóry, cierpienie zajmuje głębsze warstwy skóry oraz tkankę łączną podskórną; brak objawów ostrego zapalenia w postaci ropni, wyrastanie brodawek poprzedza zwykle proces owrządzenia (*lupus verrucosus*), nareszcie obfitość i łatwość znalezienia łaseczników wyróżnia samo cierpienie od *lupus* i *scrophuloderma*. Dla tego też cierpieniu temu autorzy nadali nazwę *Tuberculosis verrucosa cutis*.

W nowszej literaturze LELOIR podaje opis cierpienia zbliżonego nieco do powyżej opisanego. Mianowicie u osobników mających styczność z bydłem powstają na rękach blaszki (*plaques*) okrągłe lub owalne, płasko wzniesione, barwy wina czerwonego, z powierzchnią przedziurawioną mnóstwem drobnych ropni; w ciągu 8 dni cierpienie dobiega szczytu swego rozwoju i następnie 3 tygodnie wystarczają do zupełnego zabliznienia. Badania drobnovidzowe wykazały przyrodę gruzliczą cierpienia oraz obecność kokków; brak jednak łaseczników gruzliczych oraz szybki przebieg skłoniły RIEHL'a i PALTAF'a do uważania powyższego cierpienia, opisanego pod nazwą (*perifolliculite suppurée et conglomerée en placard*) za modyfikację *tubercul. verruc. cutis* z ostrym przebiegiem.

Za to bardzo zbliżonem do powyższego jest inne cierpienie, znane już oddawna pod nazwą gruzełka anatomicznego (*tubercule anatomique — Leichenwarze*). U studentów medycyny, u posługaczy mających często do czynienia z trupami, powstają na rękach, najczęściej po lekkim zadrażnieniu, małe guziczki, przeistaczające się później w krosty, zasychające i pokryte strupem odpadającym po pewnym czasie. Na powstałej w ten sposób pokrytej naskórkiem powierzchni, powstają wyniosłości i brodawki pokryte grubą warstwą zrogowaciałego naskórka. Cierpienie przebiega nader przewlekłe i kończy się zazwyczaj powierzchowną blizną. Badania, dokonane przez RIEHL'a i PALTAF'a nad *tuberc. anatomicum* u jednego z lekarzy wiedeńskich, Dr. KOLISKO, wykazały budowę zupełnie identyczną z *tuberculosis verrucosa cutis*, oraz obecność łaseczników gruzliczych.

Do podobnych wyników doszedł również dr. KARG w przypadku opisanym niedawno w *Centralblatt f. Chirurgie* N. 32 1885 r. Niejaki A. W. lat 38 posługacz szpitalny, ojciec dwojga zdrowych dzieci, od lat kilku posiada gruzełek anatomiczny na dużym palcu lewej ręki, bez skłonności do zablizniania. Nagle przyłączyły się objawy ostrego zapalenia i jednocześnie powstały 3 guziki podskórne na przedramieniu oraz na przegubie łokciowym, w kierunku *venae basilicae*, oraz obrzmienie gruczołu pod pachą. Badanie wyciętych części dokonane przez Dr. KARG'a, wykazało, że mają one budowę gruzełków i zawierają łaseczniki gruzlicze w stanie wolnym zewnątrz komórek, ropa zaś zawierała *staphylococcus albus* w wielkiej ilości.

Pogląd ten na naturę *tuberc. anatom.* już dzielają CORNIL i RANVIER w swem *Manuel d'histologie pathologique II edit, Tom. II, pag. 852*), nie znaleźli oni jednak komórek olbrzymich oraz łaseczników.

Rokowanie przy *tuberculosis verrucosa cutis* jest pomyślne ze względu na częścione zabliznienie środka, samodzielne jednak wyleczenie prawie jest wątpliwe,

ze względu na dader częste powroty. Cierpienie pozostaje miejscowem pomimo kilkunastoletniego trwania; ilość jednak spostrzeżeń jest jeszcze za małą dla wyprowadzenia jakichkolwiek stanowczych wniosków. Bardzo być może, iż przy sprzyjających warunkach łaseczniki dostać się mogą do krwi obiegu i wywołać ogólną gruźlicę, co tem łatwiej przypuścić, że leżą one swobodnie około komórek olbrzymich.

Leczenie zwykle daje pomyślne wyniki. W pierwszych 10 przypadkach stosowano ucisk za pomocą plastru merkurjalnego lub salicylowego. Już te środki pociągały za sobą znacznie zmniejszanie się brodawek. Najlepiej działało przyżeganie azotanem srebra lub potażem gryzącym po uprzednim wyškrobianiu lub wycięciu. Również galwanokaustyka zdaniem autorów mogłaby oddać znakomite usługi, niszcząc masy gruźlicze i nie dopuszczając przenikania łaseczników do ustroju.

Tuberculosis verrucosa cutis powstaje skutkiem nieznaczących uszkodzeń w rodzaju zadraśnięcia lub nadżarcia naskórka i następczego zakażenia produktami gruźliczej natury, o co nie trudno zwłaszcza u ludzi zajętych hodowlą lub rzezią bydła. Zdaniem RIEHL'a i PALTAUF'a tkanka łączna właściwej skóry nie przedstawia warunków sprzyjających rozwojowi łaseczników (?) oraz dostawianiu się ich do ustroju, skutkiem czego cierpienie, zajmując powierzchowne warstwy skóry, pozostaje czysto miejscowem.

(*Vierteljahrsschrift f. Dermatol. und Syphl. I Hft 1886*).

(*Centralblatt f. Chirurgie N. 32, 1885*).

J. Birenzweig.

LIST OTWARTY.

SZANOWNY PANIE REDAKTORZE!

W N-rze 38 „Gazety Lekarskiej“ r. b. p. D-r DROBNIK, asystent przy katedrze anatomii w Strassburgu, pomieścił wyniki swoich poszukiwań na 50 zwłokach nad stosunkiem nerwu zwrotnego do tętnicy tarczowej dolnej. Bodźcem do tych poszukiwań było niedostateczne uwzględnienie tej okolicy z punktu chirurgicznego [wycięcie wola] zarówno w anatomijach HENLE'go, GEGENBAUR'a, QUAIN-HOFFMANN'a, jako też i w podręcznikach anatomii topograficznej TILLAUX'a oraz chirurgii KOENIG'a, HUETER'a i FISCHER'a. Rzeczywiście opisy w podręcznikach anatomii są bardzo szczupłe, co się tyczy granic, stosunków i innych danych topograficznych, tak ważnych dla chirurga; o nerwie zwrotnym znajdujemy również pod tym względem nie wystarczające dane, nawet u HIRSZFELD'a, który lubi rozwódzić się o stosunkach tworów do siebie. U GRAY'a (*Anatomy descriptive and Surgical, Philadelphia 1883*) powiedziano nawet, że nerwy wsteczne przechodzą poza tętnicami tarczowymi dolnemi. Z tego względu szczegółowy opis podany przez D-a DROBNIKA jest pożądany; szkoda, że autor nie uwzględnił w swej pracy monografij WÖLFLE'a i KOCHER'a, którzy bliżej zastanawiali się nad tym przedmiotem, a nadto dali cenne wskazówki do wycięcia wola, które nietak łatwo sformułować sobie wedle pracy D-r DROBNIKA.

KOCHER w krótkich słowach opisuje stosunek nerwu zwrotnego do tętnicy tarczowej dolnej: „pień tętnicy tarczowej dolnej przebiega poza nerwem wstecznym, lecz natymias na jego stronie wewnętrznej (*mediale Seite*) między nim i tchawicą zwraca się ku gruczołowi ku przodowi i daje gałęzie na tylnej powierzchni w kierunku ku zewnątrz (*lateralwärts*); w ten sposób nerw jest w stosunku do tętnicy, jaki można sobie uzmysłować, jeżeli poza nerwem wsunąć palec hakowato zgięty i pociągnąć nerw na zewnątrz“, poczem podaje bardzo jasne i bardzo ważne wskazówki praktyczne operowania, a mianowicie mówi on, że na tylnej powierzchni wola wtedy tylko można uniknąć skaleczenia nerwu, jeśli przy wyłuszczeniu ściśle się trzymać powierzchni guza, szczególniej przy oddzieleniu go od tchawicy w obrębie przesmyku (*isthmus*), gdzie połączenie często bywa bar-

do ścisłe. W tym miejscu leży nerw, który wnika do krtani pod *m. laryngo-pharyngeus*, bardzo blisko tchawicy, tak, że przy każdym nieostrożnem cięciu, przy każdym nieumiarkowanym ujmowaniu strzykających naczyń w kleszczyki, może być uszkodzonym. Aby go tedy ominąć, należy obcinać gałązki tętnicy tarczowej dolnej tuż przy samem ich wejściu do gruczołu, nie podwiązując ich wcale, a to jest możliwe tylko wtedy jeśli się uprzednio przedtem podwiązało sam pień tętnicy tarczowej, na zewnątrz (*lateralwärts*) od gruczołu. Należy też unikać wszelkiego szarpania za gruczoł, a przy pośpiesznem operowaniu, jak to przy niedostatecznej hemostazie często się zdarza, co większa jak to nawet podnoszeniem było do wysokości metody, o pewnem ochronieniu nerwu wstecznego nie może być mowy. (*Ueber Kropfextirpation und ihre Folgen. Archiv für klinische Chirurgie* 1883. XXIX Tom. str. 263). WÖLFLE obrazowo wyraża się o stosunku nerwu do tętnicy, mówiąc, że *n. recurrens* zawsze jedzie (*„reitet“*) na jednej z gałęzi tętnicy tarczowej dolnej. Przesyłając tę notatkę mam honor załączyć wyrazy szacunku.

Wł. Matlakowski.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Znaczenie bakterjologii, tej najnowszej zdobyczy wiedzy lekarskiej, jest tak ważne, że rozwozić się nad tem chyba nie ma potrzeby; wie o tem każdy lekarz, wie każdy student medycyny, wie o tem nawet obecnie dość obszerny ogół publiczności.

Chcąc, aby nasi czytelnicy dokładnie i wszechstronnie zapoznali się z przedmiotem, ze wszystkimi metodami badania i ze wszystkimi wynikami, nie szczędziliśmy kosztów i umyślnie uprosiliśmy jednego z naszych członków do sumiennego opracowania tego przedmiotu. Od wielu też miesięcy następuje w Gazecie szereg artykułów kolegi JAKOWSKIEGO z dziedziny bakterjologii.

Ponieważ jednakże w łamach Gazety niepodobna było całego przedmiotu wyczerpać; ponieważ przez tak długi przeciąg czasu dużo nowego na polu bakterjologii działośno; ponieważ wreszcie takie rozrzućenie przedmiotu po różnych numerach Gazety przedstawia mnóstwo niedogodności dla każdego, pragnącego z bakterjologiją dokładnie się zaznaczyć, przeto umyśliliśmy wydać pracę kol. JAKOWSKIEGO oddzielnie, która też wkrótce wyjdzie na widok publiczny, jeszcze przed ukazaniem się *Terapii ogólnej* HOFFMANN'a. Nie będzie to wszakże li tylko prosta odbitka z „Gazety Lekarskiej“; gdyż obok prac, pomieszczonych w Gazecie, znajdzie czytelnik dużo nowego, a więc: przedewszystkiem wstęp ogólny, w którym zapozna się z wiadomościami ogólnymi tej nauki; następnie opis wszystkich przyrządów, których niepodobna było pomieścić w Gazecie; wreszcie, niektóre działy pasorzytów, nie uwzględnionych wcale w „Gazecie Lekarskiej“; w końcu, najnowsze wyniki, jakie od początku pojawienia się pracy o pasorzytach w Gazecie otrzymano w tym kierunku.

Będzie to dzieło dość obszerne, bo zawierać będzie około 14 arkuszy druku i 7 tablic, oprócz rysunków, w tekście pomieszczonych. Spodziewamy się, że wydaniem tego dzieła wielu kolegom bardzo się przysłużymy i wypełnimy zresztą ważną lukę w naszej krajowej literaturze lekarskiej.

Zaznaczyć tu wszakże musimy, że z powodów technicznych nie możemy wydać więcej nad sto kilkadziesiąt egzemplarzy; szanowni więc koledzy, którzyby pragnęli zaopatrzyć się w wymienione dzieło, zechcą łaskawie wcześniej zapisać się u wydawcy „Gazety Lekarskiej“.

— W b. m. opuszcza służbę i stanowisko pomocnika Naczelnego Lekarza szpitala Dzieciątka Jezus sędziwy kolega DORANTOWICZ, dosłużywszy się całkowitej emerytury. Nie wątpimy, iż posadę po koledze DORANTOWICZU obejmie człowiek, który, służąc w pomienionym szpitalu przez blisko ćwierć wieku, położył dla niego znakomite zasługi. Mamy tu na myśli powszechnie szanowanego i wysoce poważanego kolegę ORŁOWSKIEGO, który zajmuje w szpitalu tym od lat 22 stanowisko ordynatora największego z warszawskich oddziałów chirurgicznych

i jest najstarszym jego ordynatorem. Żelazna praca, najsumienniejsze spełnianie obowiązków ordynatora, każą się spodziewać, że kolega ORŁOWSKI zyska za takowe choć tego rodzaju odzroczenie — szpital zaś przez tę nominacyję osiągnie niewątpliwe korzyści.

— W d. 22 b. m. na posiedzeniu komitetu sanitarnego Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego na prezydującego na rok następny wybranym został kol. NATANSON, na sekretarza zaś kol. JAKOWSKI.

Porządek dzienny posiedzenia klinicznego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, mającego się odbyć w dniu 5 Października 1886 r. o godz. 6½ wieczorem.

I. KAMOCKI. Badania anatomo-patologiczne nad oczami dyjabetyków, z demonstracyjami preparatów drobnowidzowych.

II. BUJWID. Wyniki zastosowania metody PASTEUR'a w Warszawie.

III. EISENBERG. Zaszczepienie gruźlicy przy akcji obrzezania, z demonstracyją chorego dziecka i preparatów.

NADESŁANO DO REDAKCYI:

K woprosu o putiach rozprostranienja ciepłoty w czełowieczeskom tiele. W. W. FILIPOWICZ. Odbitka z Nr. 29 Wracza.

Drugi tom dzieła p. t: Wykład chorób dzieci D-ra Adolfa BAGIŃSKY'ego w przekładzie D-ra Wiktoryna KOSNOWSKIEGO,

ODPOWIEDZI REDAKCYI.

W-nemu D-rowi Russowi. Redakcyja Gazety Lekarskiej ma zaszczyt niniejszem zwrócić uwagę D-ra RUSSA, iż wzywianie D-ra GAJKIEWICZA za pośrednictwem ogłoszenia w „Kuryerze Warszawskim“ Nr. 233b z d. 23 Września o nadesłanie adresu było zupełnie niewłaściwem wobec umowy, jaka stanęła między D-rem R. a D-rem G. w dniu 7 Września. D-r Russ zobowiązał się nadesłać w ciągu tygodnia list z wyjaśnieniem odnośnie reklamy, o której było wspomnianem w Nr-ze 36 Gazety Lekarskiej. Redaktor odpowiedzialny Gazety D-r GAJKIEWICZ przyrzekł ten list, przez pośrednictwo obecnego przy rozmowie D-ra MALINOWSKIEGO przysłać na posiedzenie Gazety i — jeżeli Redakcyja uzna za możliwe — pomieścić go w Gazecie. W razie gdyby list został odrzucony, obiecał D-r G. zawiadomić D-ra R. o miejscu swego pobytu. Ponieważ nietylko w ciągu tygodnia, ale w ciągu trzech tygodni D-r Russ nie nadesłał ani słowa ani do Redakcyi Gazety Lekarskiej, ani na ręce D-ra MALINOWSKIEGO, przeto widocznem jest, że jeżeli może być mowa o niedotrzymaniu przyrzeczenia, to nigdy ze strony D-ra GAJKIEWICZA, który obecnie jest zwolniony ze wszelkich zobowiązań, ponieważ D-r Russ nie spełnił swoich w oznaczonym [NB. przez siebie samego] terminie. Nic więc nie upoważniało D-ra RUSSA do ogłoszenia w „Kuryerze Warszawskim“ — tembardziej, że widział się z D-rem GAJKIEWICZEM w wigilię wyjazdu i wiedział dobrze, że tenże wyjeżdża — jak co rok — na 6 tygodni za granicę. Zresztą wiemy, że D-r Russ jest już w posiadaniu żądanego adresu.

Jako obecny przy wspomnianej rozmowie, najzupełniej poświadczam prawdziwość niniejszego przedstawienia rzeczy.

D-r Malinowski.

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

D-ra J. Cohnheima, Odczyty z patologii ogólnej, podręcznik dla lekarzy i studentów, przekład z 2-go wydania 1884, 3 tomy Rs. 5.

S. Jaccoud, Wykład patologii szczegółowej, przekład z siódmego wydania 1884, 3 tomy rs. 13.

Birch-Hirschfeld, Wykład anatomii patologicznej, Część ogólna, przekład z 2-go wydania, ze 118 drzeworyt. 1884. Rs. 2.

H. Haeser, Historyja medycyny, tom drugi. Dzieje medycyny nowożytnej 1886, str. 1062 rs. 5.

Szokalski W. Początek i rozwój umysłowości w przyrodzie 1885, Rs. 3.

T. H. Huxley, Wykład biologii praktycznej, 1883. Rs. 1.

Sprawozdania z piśmiennictwa naukowego polskiego w dziedzinie nauk matematycznych, i przyrodniczych. Rok I 1882. Rok II 1883. Rok III 1884. po Rs. 1.

K. Filipowicz, Wiadomości początkowe z botaniki. 1884. Rs. 1.

Z. D. Everett, Jednostki i stałe fizyczne. 1885. Rs. 1.20.

16—11

DO NABYCIA W ZNACZNIEJSZYCH KSIĘGARNIACH W WARSZAWIE:

Mikroskopija i mikrochemija płwociny w chorobach dróg oddechowych

przez **O. Bujwida**.

Rozprawa nagrodzona medalem złotym i polecona jako podręcznik dla lekarzy i studentów medycyny przez wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego. Cena rubli rs. 1.

Z PRACOWNI PROF. KOCHA

przez **O. Bujwida**.

Opis ćwiczeń bakteriologicznych wykonanych pod przewodnictwem prof. Kocha w Berlinie. Cena kop. 50.

0—a

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku dzieło pod tytułem:

PSYCHIJATRYJA,

czyli nauka o chorobach umysłowych,

oryginalnie napisana przez

D-ra Med. Rothego

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, mające 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 Marszałkowskiej 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.