

GAZETA LEKARSKA.

I. PRZTYKAJĄCY PALEC.

(*doigt à ressort; Schnellender Finger*).

Podał

Władysław Matlakowski.

Mała to, ale ciekawa, choroba palców, u nas, o ile mi wiadomo, nie wspomniana nigdy, przy wykładach, o ile pamiętam, nie wzmiankowana, a której pierwszy przypadek widziałem dopiero obecnie w swoim ambulatoryjum. Zresztą musi ona być nie często widywaną, skoro taki autor jak HUETER *), o ile się pokazuje z jego opisu, sam osobiście jej nie widział, KOENIG **) zaś wspomina zaledwie o jednym przypadku, i to na nodze; w wielu podręcznikach nie ma o niej ani słowa. Cierpienie polega na tem, że przy dobrowolnem zginaniu palców, w pewnym punkcie jeden lub kilka palców zatrzymuje się i dalej, mimo wysiłków chorego, nie zgina się, aż wreszcie, jakby po przewyciężeniu pewnej przeszkody, palec nagle i szybko się zgina; i naodwrot przy dobrowolnem wyprostowaniu, gdy inne palce już są blizkie kresu ruchu wyprostnego, jeden z nich pozostaje zgiętym, i dopiero po największym wysiłku czynnym, lub przy pomocy drugiej ręki nagle się palec prostuje. Autorowie porównywiają ten ruch do spuszczonego scyzoryka, lub kurka u strzelby, do rozprostowującej się a puszczonej sprężyny, stąd nazwy *doigt à ressort*, *schnellender*, *federnder Finger*. W braku odpowiedniejszej wybrałem polską nazwę prztykający palec, chociaż nie jest ona bez zarzutu; jednakowoż i powyższe nazwy cudzoziemskie nie są zupełnie ściśle rzecz malujące; przeciwko niemieckiemu „*schnellen*“ Kurz powstaje z tego samego względu.

X., 45 l. licząca wdowa po felczerze, zauważyła, że od pewnego czasu przy zginaniu i wyprostowywaniu palców, jakby jej coś przeszkadzało, a od kilku tygodni zdarza się często, że czwarty, t. j. pierścieniowy palec u prawej ręki nie chce się zginać wcale, lub naodwrot, jeśli się zgiał, chora go wcale wyprostować nie może bez pomocy drugiej ręki, gdyż w przeciwnym razie pozostaje stale zgietym. Zostawiona bez środków utrzymania z liczną rodziną, zmuszona jest ciężko pracować na kawałek chleba, czego wyraźny ślad widać na obu rękach: skóra na nich gruba i szorstka, wszystkie palce są lekko zgiete, jak u sprac-

*) Grundriss der Chirurgie. 1882, str. 842.

**) Lehrbuch der speciellen Chirurgie. 1886, III. str. 228.

cowanych starych chłopów, i chora wcale nie może wyprostować ich do linii prostej. Pomimo pewnego usposobienia artrytycznego, chora nie przebywała gośćca, ani przymiotu; krępa, niezłej budowy i odżywiania, jest pod innemi względami zdrową. Jeśli kazać chorej rozprostować do *maximum* palce prawej ręki i potem je zginać, to z początku wszystkie palce zgodnie się zginają, lecz skoro dojdą do 45° [mniej więcej], czwarty palec zostaje, pomimo że inne zginają się do *maximum*, i dopiero przy największym wysiłku zgina się i on; naodwrot, jeżeli po zgięciu polecić chorej wyprostowywać, to gdy inne są rozprostowane chory palec pozostaje zgiętym w stawie interfalangealnym pierwszym pod kątem prostym, a wszystkie wysiłki rozprostowania go mają jedynie taki skutek, że paznogciowy członek (*phalanx*) zostaje wyprostowanym; dopiero chora drugą ręką popycha go, pomaga mu, a wtedy jak poruszone ostrze scyzoryka, lub kamień, rzucony z procy, naraz się wyprostowywa. Chora przytem doznaje silnego bólu, a przy robocie to nieposłuszeństwo palca stanowi jej ogromną przeszkodę. Zjawisko powyższe można powtórzyć tyle razy, ile się chce; zrana jest ono zawsze wydatniejsze; czasami chorej udaje się wyprostować palec bez pomocy drugiej ręki. Okiem nie można w palcu i na dłoni zauważyć żadnego zboczenia, lecz jeżeli położyć palec na przebiegu ścięgien 4-go palca na dłoniowej powierzchni *artic. phalangometacarpeae* i kazać chorej wykonywać ruchy zgięcia i wyprostowania, od razu przekonać się można, od czego cała sprawa zależy, a mianowicie wyczuwa się na ścięgnię zgrubienie paciorkowate wielkości małego grochu, które przy wyprostowywaniu zgiętego palca umyka z pod badającego palca ku górze i chowa się w pochwie ścięgnistej, a po zgięciu wyprostowanego palca znowu wyskakuje z wąskiego gardziółka w pochwie i znowu się wybornie wymacać daje. Podczas wysiłku, jaki chora robi, żeby zgięty palec wyprostować, czuć wybornie, jak guzik ten opiera się o wejście do pochwy ścięgnistej — skoro raz tam wejdzie, już go na palcu czuć bardzo niewyraźnie, gdyż wyczuć go trzeba przez skórę i grubą pochwę włóknistą ścięgien zginacza. Cała zatem sprawa jest jasna: zgrubiałe w pewnym ściśle określonym punkcie ścięgno nie może swobodnie wchodzić w pochwę włóknistą, zawadzając się o jej ostry brzeg, wypadający właśnie na dłoniowej powierzchni główki kości śródręcznej (*os. metacarpi*).

Do takiego tłumaczenia doszedłem sam na zasadzie badania swojego przypadku, nie znając wcale odnośnej literatury. Gdy teraz rozczytałem się w niej, przekonuję się, jaka różnaitość zapatrywań panuje co do sprawy tak prostej w większości przypadków. Przebieżmy w krótkości ważniejsze prace.

Pierwszym, który pisał o palcu prztykającym, był NOTTA. Praca jego napisana, jak się wyraża MARCANO [↵]), „pod natchnieniem“ NÉLATON’a, zawiera cztery spostrzeżenia do których dodał w późniejszym czasie jeszcze jedno. (*Recherches sur une affection particulière des gaines tendineuses de la main caractérisée par le développement d’une nodosité sur le trajet des tendons fléchisseurs des doigts et par l’empêchement de leurs mouvements*, Archives générales de Médecine 1850 r. str. 142 — i *Note sur une affection particulière de la gaine des doigts de la main*

[↵]) Du doigt à ressort. Progrès Médical. 1884. Nr. 16, 17 i 19.

désignée sous le nom de doigt à ressort. *Union médicale* 1854, str. 631). Ponieważ NOTTA w swoich przypadkach widział guziczek na dłoni na wysokości ścięgna zginaczów tam, gdzie się ich pochwa ścięgnista kończy i tworząc ślepy worek zagina na ścięgna, przeto mechanizm palca przytkającego przedstawiał sobie w ten sposób, że zgrubienie (*engorgement*) tego ślepego końca zahacza się o brzeg rozścięgna i zatrzymuje ruch palca. W podręczniku NÉLATON'a ▲) znajdujemy jedno spostrzeżenie i ku wielkiemu zdziwieniu czytamy, że to jest pierwsza obserwacja, znana autorowi, dotycząca danego cierpienia, i że przytkający palec zależy ma od ciał ruchomych, podobnych do tych, jakie spotyka się w stawach. O spostrzeżeniach NOTTY i o jego odmiennem tłumaczeniu nie ma ani słowa. Tę sprzeczność MARCANO stara się objaśnić w ten sposób, że tylko dwa pierwsze tomy podręcznika NÉLATON'a są jego dziełem osobistem; piąty pisany przez uczniów nie zawiera wzmianki o obserwacjach NOTTY. BUSCH, podając dwa nowe spostrzeżenia, nie dodał nic nowego, gdy tymczasem DUMAREST, którego pracę odszukał MARCANO, ogłosił trzy własne przypadki, z których jeden jest bardzo ważny, gdyż w przeciwieństwie do ogromnej większości znanych spostrzeżeń, guziczek zahaczający się znajdował się nie po nad fałdą palcowodłoniową, lecz na palcu na wysokości fałdki między paznogciowym i średnim członkiem wskaziciela i przytkającą częścią był ostatni członek palca. W drugim spostrzeżeniu, również bardzo ważnem, cierpienie powstało po skaleczeniu ręki, nieco poniżej nad fałdą palco-dłoniową palca pierścionkowego; w obu zatem razach tłumaczenie NOTTY nie mogło być wystarczającym. Potem HAHN [1874 r.] ogłosił nowy przypadek, lecz nad mechanizmem się nie zastanawiał. Dopiero MENZEL, od którego pochodzi nazwa „*federnder Finger*“ podając nowy przypadek, skreślił wyborną pracę ∞), stanowiącą punkt wyjścia dla dalszych prac niemieckich. Wbrew przypuszczeniu, zawartemu w podręczniku NÉLATON'a, powód przytkania widzi on w zgrubieniu zapalnym ścięgna, a samo zjawisko doświadczałnie powtórzył na trupie, wywołując sztuczne zgrubienie ścięgna przez obwiązanie go nitką; samo jednak zgrubienie ma nie wywołać do wywołania zjawiska, trzeba oprócz tego albo zwęzić pochwę ścięgnistą, przewiązując ją, albo wycinać w niej okienko. Następnie OSKAR BERGER ogłosił 5, FIEBER cztery, VOGT dwa przypadki, z których w jednym objaw przytkania powstał po silnej dystorsji w stawie paluchodłoniowym; z tego powodu VOGT przypuszcza, że powodem było rozerwanie pochwy i wynaczynienie między włókienkami w ścięgnię zginacza. Uczeń VOGT'a, FELICKI w rozprawie inauguracyjnej [Greifswald 1882] dorzuca dwie nowe obserwacje i oprócz powyższego tłumaczenia swojego nauczyciela, przypuszcza, że w innych razach zgrubienie ścięgna bywa spowodowane przez wysięk zapalny; takie nierówne ścięgno, zawadzając nierównościami o *aponeurosis palmaris*, wywołuje objaw przytkania. Potem idzie wyborna praca BLUM'a ☿), który dał nowe trzy spostrzeżenia i zebrał poprzednie w liczbie XIX [nie objął trzech DUMAREST'a]. Zwró-

▲) *Elémens de pathologie chirurgicale*. 1859. T. V. str. 933.

∞) *Archiv f. klin. Chir.* XII. 1874.

☿) *Archives générales de Médecine*. 1882. T. I, str. 513.

ciwszy się do anatomii ręki [SAPPEY i własne dyssekcje], przekonał się, że ścięgna zginaczy są utrzymane na palcach w pochwach włóknistych, których koniec górny [t. j. od strony dłoni] tworzy ostry kant, znajdujący się na 2—3 ctm. ponad fałdą palcowo-dłoniową. Lecz pochwa ta nie jest jednostajnie tęgą na całej swej długości. Już SAPPEY zwrócił na to uwagę, że są one bardzo tęgie na przestrzeni między stawami członkowemi, słabe naprost tych stawów. BLUM i QUENU przekonali się, że są one włókniste, grube, chrupiące pod nożem nie tylko na przestrzeni trzonów kości palców lecz i na prost stawów palcowo-dłoniowych. BLUM powtarzał doświadczenia MENZL'a i doszedł do wniosku, że wystarcza do wywołania objawu samo zgrubienie ścięgna, zawadzające się o krawędź górną [dośrodkową] pochwy włóknistej ścięgien zginaczy. Na paluchu obie kosteczki trzeczskowe są przymocowane do pierwszego członka i do siebie nawzajem więzem obrączkowym, tworząc ciasny kanał, przy wejściu którego może zahaczać się guziczek na ścięgnię. BLUM także poddał krytyce tłumaczenie NOTTY, według którego zgrubienie miało mieć swe siedlisko w *cul de sac* worka maziowego ścięgna, a miało się zahaczać o ostry brzeg pasemka poprzecznego *aponeuroseos palmaris*; na paluchu nie ma zamkniętego worka maziowego, ani owego pasemka, a przecież na nim właśnie najczęściej obserwowano przytkanie [11 razy, wskaziciel 1, środkowy 1, pierścinkowy 10, i mały 2 razy]. Sam guziczek zdaniem BLUM'a zawsze tkwi w ścięgnię. ANNANDALE i HERRACZ dorzucili nowe przypadki, nie dotykając tłumaczenia, tymczasem ROSER utrzymuje, że nierówności ścięgna zginacza głębokiego, zahaczając o brzeg w otworze ścięgna zginacza powierzchownego, wywołują przytkanie. MARCANO $\triangle$) w 1884 r. ogłosił bardzo porządną pracę o tym przedmiocie, a w niej podał znaną sobie literaturę, trzy własne spostrzeżenia, oraz wyniki badań na trupie, które nie różnią się od wyników MENZL'a i BLUM'a; konstatuje on, że guziczek na ścięgnię zginacza wywołuje zjawisko przytkania, zahaczając się o krawędź pochwy włóknistej ścięgna na wysokości stawu palco-dłoniowego, lecz zarazem ściślej określa i słusznie warunki; na paluchu guzik ścięgna zawadza się o wejście do rowka między trzeczskami; w przypadkach traumatycznych o bliżnę w pochwie. Co do natury samego zgrubienia, to w ogromnej większości, jest ono zdaniem MARCANO, pochodzenia gościcowego, lecz niewątpliwie bywa i skutkiem przerostu zapalnego. Zwraca on uwagę na ciekawy a bardzo mało znany punkt anatomii patologicznej, mianowicie na przewlekłe zmiany chorobowe samych ścięgien, czego przykłady przytacza; zachodzą one nie tylko na zginaczach, lecz i na innych mięśniach, tam jednak uchodziły uwagi, nie wywołując ciekawego zjawiska, które zwróciło na siebie uwagę spostrzegaczy. LUDWIK REHN $\square$) opisał dwa dalsze przypadki, prawie identyczne z moim; tak samo zjawisko z rana bywa najwyraźniejsze; tak samo wyczuwa się po zgięciu palca guziczek na dłoni, tuż po nad stawem palco-dłoniowym, tak samo nie można go wymacać, po wyprost-

$\triangle$) Du doigt à ressort. Progrès médical. 1884. Nr. 16, 17 i 19. Nazwisko jego błędnie cytują Niemcy jako MAREANO. [Ctblt. f. Chir. 1884. Nr. 16 i 1886. Nr. 29].

$\square$) Zwei Fälle von schnellendem Finger und ihr Mechanismus. Ctblt. f. Chir. 1884. str. 260.

waniu palca, gdy guziczek wejdzie w pochwę; w pierwszym przypadku REHN mógł stwierdzić obecność dwóch zgrubień; jednego na ścięgnię zginacza powierzchownego, drugiego na ścięgnię zginacza głębokiego; tak samo zauważył, że przytknięcie silniejszym bywa przy wyprostowaniu palca niż przy zginaniu. Co do mechanizmu samego objawu, REHN zgadza się z BLUM'em.

Jak widzimy, dotychczas wszyscy autowie wnioski swoje opierali na spostrzeżeniach klinicznych i na dyssekcjach zdrowych palców na trupie. Pierwszy dopiero LEISRINK (◊) w jednym przypadku typowym w celach leczniczych, nałożywszy opaskę ESMARCH'a, obnażył ścięgno cięciem na guziku; wynik podajemy dosłownie, ponieważ niezupełnie rozumiemy niektóre wyrażenia: „pochwa ścięgniasta przedstawiała się rozciągnięta na kształt przepukliny; jeżeli się zgięło palec, to z pomiędzy [!] widełek ścięgna zginacza powierzchownego, wyskakuje guziczek, który z powodu grzybowatej postaci w owe rozwidlenie szczelnie wchodzi. Okazał się on jako „*Sehnenduplikatur* [!]?“ zginacza głębokiego. Guzik został poprostu odcięty (*abgeschnitten*), ścięgno nanowo zeszyte (*die Sehne wieder genäht* !)?“.

Jak widzimy w opisie tym nie ma ani śladu niemieckiej ścisłości, a brak też nieocenionej francuzkiej drobiazgowości obserwacji klinicznej. Że mechanizm przytknięcia niezawsze bywa, jak powyżej, opisany, świadczy bardzo ciekawe spostrzeżenie KOENIG'a (⊕), dotyczące palca u nogi, po o d j ę c i u k t ó r e g o okazało się, że powodem przytkania, była nierówna wyniosłość na chrząstce kości palcowej; przy pewnem ustawieniu więzy boczne stawu naprężały się niesłychanie z powodu, że ta wyniosłość oddalała ich punkta przyczepu; za łada popchnięciem albo w kierunku zgięcia, lub wyprostowania, palec przykał, a więzy się uwalniały. Prawie takie same spostrzeżenie podał STEINTHAL z kliniki CZERNE'go (♂) pod szumnym tytułem; zasługi francuzów albo pominął milczeniem, albo, nie czytając ich, na słowo CANNSTADT'a przyjął, że nic nowego nie przynoszą. Tymczasem ze swym pożytkiem przekonałby się, że obserwacja KOENIG'a i jego własna bardzo się różnią od tego, co powszechnie zowią *doigt à ressort*; a mianowicie w jego przypadku chodziło o następstwa przebytego zastrzału, skutkiem którego powstało zgięcie stałe pod kątem prostym w obu stawach międzyczłonkowych środkowego palca; palec odjęto i d o p i e r o w t e d y okazało się, że można wywołać w obu stawach przytkanie, zależące od niejednostajnego napięcia więzów, skutkiem przesunięcia ku powierzchni dłoniowej przyczepów więzów bocznych. W obu tych ostatnich przypadkach, dodać mogę, jednym słowem najlepiej objaśnić mechanizm, jeżeli porównać go do przytkania ostrza w scyzoryku. Że pomimo takich drobiazgowych i z punktu klinicznego klasycznych prac, jak francuzkie NOTTA'y, BLUM'a, MARCANO, mechanizm przytkającego palca nie jest powszechnie znanym, świadczy praca ALFONS'a von ROSTHOORN'a (≡). Autor właściwie pisze, nie o zajmującym nas

◊) Ueber schnellender Finger. Cblt. f. Chir. 1884. str. 755.

⊕) Lehrbuch der speciellen Chirurgie. T. III, str. 228.

♂) Ueber Mechanismus des schnellenden Fingers. Ctbltt. f. Chir. 1886, str. 497.

≡) Die Synovialsäcke und Sehnenscheiden in der Hohlhand. Archiv. f. klin. Chir. 1887, Tom XXXIV, str. 813.

przedmiocie; zauważył on, że w Niemczech bardzo niedokładne mają pojęcie o anatomii pochw ściegnistych i worków maziowych ręki; więc po klasycznych pracach GOSSELIN'a i innych francuzów, przedsięwziął pracę, mającą na celu „na podstawie szeregu sumiennych spostrzeżeń, pozyskać powszechne uznanie dla poglądów i wyników badań GOSSELIN'a, w szczególności zaś dla jego anatomicznego typu podstawowego worków maziowych“. Dodajmy, że ROSTHORN jest *Operationszögling*'iem u BILLROTH'a. Otóż autor ten przypuszcza, że prztykanie palca powstaje, gdy „guzik zgęszczonej mazi skutkiem nadmiernego ruchu palca nagle dostaje się pod więz pochwowy“ ścięgną zginacza.

1887 rok przyniósł cały szereg spostrzeżeń. Najprzód KURZ (∞) ogłosił przypadek prawie identyczny z moim i z przypadkiem REHN'a. EULENBURG (Δ) opisał jedno spostrzeżenie, w którym cierpienie powstało w palcu pierścionkowym obu rąk, najprawdopodobniej od nacisku przy noszeniu broni; w drugim przypadku zajęte były oba paluchy i oba małe palce. Autor w tłumaczeniu objawu idzie za MENZEL'em. BERNHARDT (∨) opisał dwa przypadki o tyle interesujące, że nie mógł wyczuć żadnego zgrubienia na ścięgnach. Nakoniec SCHMIT (∩) zestawił w *Bulletin général de thérapeutique* 69 przypadków; na nie- szczęście mamy pod ręką chude streszczenie tej pracy, a z niego wyjmujemy, co następuje: 1-o kliniczne spostrzeżenie, o ile się zdaje, dowodzi, że anatomiczną przyczynę prztykania palca, w znacznej większości przypadków, stanowi obrażenie [*Verletzung*! prawdopodobnie chciał sprawozdawca powiedzieć zaburzenie], utworzenie guzika w ścięgnię“; 2-o „we zględzie przyczynowym zajęcie wywiera na powstawanie choroby, co najmniej, taki sam wpływ, jak skaza artrytyczna“.

Nie mamy zamiaru pisać monografii, więc pomijamy mnóstwo szczegółów. Zauważymy tylko w krótkości, że jako przyczynę wywołującą rozmaici autorowie francuzcy uważają: gościec, artrytyzm, oraz odmienne od nich zapalenie ścięgien; dalej urazy jak: rany [przyp. DUMAREST], dystorsja [przyp. VOGT'a], wysiłki [BLUM, przy otwierania okna], upadnięcie [przyp. FIEBER'a], zmęczenie [przyp. EULENBURG, noszenie broni, przyp. FIEBER'a gra na fortepianie] i t. d.. Że ciężka robota ręczna, połączona z ujmowaniem twardych przedmiotów, może wywołać poważne i uparte zapalenie ścięgien, tego dowód miałem na jednej pannie 20-kilko letniej, u której od długiego zajmowania się wycinaniem z watsonu form do abażurów nożycami, powstało nadzwyczaj bolesne zgrubienie ścięgną zginaczy średniego palca na całej prawie długości, połączone ze znacznem ograniczeniem ruchów. I u chorej z prztykającym palcem przyczyną cierpienia była ciężka praca, której ślady widać w zmianach naskórka, skóry i rozścięgną, od czego wszystkie palce pozostały tylko zgięte.

Najczęściej dotkniętym bywa paluch, potem palec pierścionkowy. Choroba ta nawiedza najczęściej ludzi dojrzałych od 30 – 50 roku życia, lecz zdarza

∞) Federnder Finger. Ctrblatt. f. Chir. 1887, str. 116.

Δ) Streszczenie w Ctblatt f. Chir. 1887, str. 954.

∨) Streszczenie w Cblatt f. Chir. 1887, str. 959.

∩) Streszczenie w Cblatt f. Chir. 1887, str. 634.

się i u dzieci [BERGER widział u 5 letniego] i u starców [FIEBER u 71-letniego osobnika]. Wbrew BLUM'owi, MARCANO przekonał się, że przeważnie spotyka się ją u kobiet; na 32 przypadki było 23 kobiety.

Z leczeniem załatwimy się krótko; mięsienie, wcierania maści, kąpiele, elektryczność, [BERGER], wypoczynek, zaprzestanie ciężkiej pracy, najczęściej, lubo niezawsze, prowadzą do celu. W naszym przypadku właśnie widzieliśmy w ciągu dwóch tygodni ogromną poprawę. Co do operacyjnej pomocy, to już w podręczniku NÉLATON'a autor, wychodząc z błędnego przypuszczenia, że powodem prztykania jest guzik ruchomy, radzi usuwać go sposobem, jaki GOYRAND podał dla ciał ruchomych kolana ♀). NOTTA opowiada, że NÉLATON zaproponował jednemu choremu *débridement* na wysokości zgrubienia ścięgna. VOGT i FELICKI radzą cięcie podłużne i wycięcie guzika. BLUM i MARCANO również widzą w niej jedyny środek w przypadkach uporczywych; widzieliśmy wreszcie, że LEISRINK z powodzeniem je wykonał.

II. PRZYPADEK ZŁAMANIA KRTANI Z ZEJŚCIEM POMYŚLNEM.

[Rzecz czytana wraz z demonstracją chorej na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego 18. III. r. b.].

Podał

D-r Alfred Sokołowski,
ordynator szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.

Poniżej opisany przypadek, który przez dłuższy przeciąg czasu spostrzegałem wspólnie w szpitalu Ś-go Ducha z kol. BUKOWSKIM, ordynatorem kliniki chirurgicznej, podaję do wiadomości publicznej: 1) ze względu na rzadkość podobnych cierpień, które nietylko laryngologa, lecz i chirurga zająć mogą, tem więcej, że sprawa pomimo licznych powikłań zakończyła się pomyślnie, 2) że wkrótce po dokonaniem złamaniu, oraz w ciągu całego czasu obserwacji, wykonano wielokrotnie badania wziernikiem krtaniowym, umożliwiające spostrzeganie pewnych bardzo ciekawych i charakterystycznych szczegółów.

Józefa Młot, lat 20 licząca, wiejska dziewczyna, została w dniu 3 Stycznia 1888 roku pochwyconą przez tryb sieczkarni za fartuch, zarzucony na plecy, a w przedniej części szyi związany na supeł [wedle zwyczaju miejscowego]. W tej chwili poczuła silny ból w okolicy krtani, połączony z mocną dusznością, a wkrótce potem wystąpił silny, duszący kaszel z wykrztuszaniem obfitej ilości krwi, trwający kilka godzin. Tegoż dnia w nocy, chorą mił sześć przywieziono do Warszawy do naszego szpitala, gdzie dnia następnego rano wspólnie z kol. BUKOWSKIM chorą szczegółowo obejrzeliliśmy, znalazłszy stan następujący:

♀) L. c. str. 954.

Chora, dobrze zbudowana, przedstawia na twarzy obraz znacznej sinicy i obrzęku; duszność wielka, oddech mocno przerywany silnym, duszącym kaszlem, głos zupełnie ochrypnięty, stan bezgorączkowy. Jest ona zupełnie przytomną i z wielką trudnością, z powodu ciągłego kaszlu, lubo dosłyszalnym szepem opowiedziała nam wyżej przytoczoną anamnezę. Kaszlowi wyżej wzmiankowanemu towarzyszyło obfite wyrzucanie ropiastej płwociny.

Cała szyja jest mocno obrzmiała, przy obmacywaniu wyczuwa się wszędzie obecność powietrza (*crepitatio subcutanea*). Przy badaniu za pomocą dotykania okolicy krtani, a mianowicie lewej chrząstki tarczowej, wyczuwa się wyraźne zagłębienie, idące pionowo z góry na dół, przyczem przy głębszym ucisku chora uczuwa ból gwałtowny, a jednocześnie wyczuwa się wyraźne trzeszczenie. Prawa chrząstka tarczowa, chrząstka obrączkowa, jakoteż w przedniej części kość gnykowa zdawały się zmian nie przedstawiać, o ile to przy silnem obrzmieniu skóry można było wyczuć. Na klatce piersiowej żadnych obrażeń wynaleźć nie można było, szmery oddechowe przedstawiały się prawidłowo. Chociaż badanie wyżej podane, wykazywało jasną przyczynę sprawy, t. j. złamanie krtani i od niej zależne wyżej wzmiankowane wszystkie objawy, postanowiliśmy jeszcze, o ile to by było możliwem, zbadać wnętrze krtani przy pomocy lusterka; badanie z wielką trudnością dokonane, dało nam obraz następujący: nagłośnia nieznacznie obrzmiała i czerwona, w głębi poniżej widać dwa grube czerwone wały, odpowiadające górnym brzegom chrząstki tarczowej, idące w kierunku, odpowiadającym strunom fałszywym, wały te wypełniają całe wnętrze krtani, zakrywając wnętrze, wał lewy jest znacznie grubszy od prawego. Tylnej ściany nie można było widzieć. Potwierdziło ono jednakże nasze badanie, dokonane za pomocą badania zewnętrznego; opisane grube wały uważałem za nadłamane i wpukłone wewnątrz górne części obu chrząstek tarczowych. Co się stało z tylną ścianką krtani, *resp.* z tylną częścią chrząstki obrączkowej, wobec niedokładnego z konieczności badania krtaniowego, trudno było wiedzieć. Wobec wyraźnego rozpoznania złamanie krtani, wobec silnej duszności, połączonej z sinicą, wskazane było natychmiastowe przecięcie tchawicy, które też bezwzględnie przez kol. BUKOWSKIEGO zostało wykonanem. Po przecięciu skóry i części miękkich, na miejscu, odpowiadającym dolnemu kątowi chrząstek tarczowych, okazał się otwór, powstały ze zmiążdżenia tych ostatnich i części przedniej chrząstki pierścieniowej i prowadzący wprost do krtani. Otwór ten został nieco tylko rozszerzonym ku dołowi, poczem z łatwością wprowadzoną weń została gruba rurka tracheotomiczna. Tym sposobem zamiast projektowanego przecięcia tchawicy, dokonaniem zostało z konieczności przecięcie krtani (*laryngotomia inferior*). Jednocześnie podczas dokonywanej operacji, wydzielili się dwa nierówne odłamki chrząstki, wielkości mniej więcej grochu. Chora natychmiast po dokonanej operacji zaczęła oddechać swobodnie. Przebieg pooperacyjny nie przedstawiał nic nadzwyczajnego — chora w ciągu trzech pierwszych dni umiarkowanie gorączkowała [38,5]. Kaszel pozostał z wyrzucaniem ropiastej płwociny, która w ciągu następnych dwóch tygodni zaczęła przyjmować powoli suchy charakter, a jednocześnie co dni kilka w płwocinie zaczęły pokazywać się drobne odłamki zmartwiałych chrząstek. W połowie czwartego tygodnia

kaszel ustąpił zupełnie, płwocina straciła zupełnie charakter cuchnący. Oddech był ciągle swobodny, próbowano nawet od czasu do czasu zatykać i wyjmować rurkę, po kilku jednak godzinach występowała zawsze duszność, która zmuszała do ponownego założenia rurki. Stan ogólny chorej przedstawiał się stale wybornym. W końcu czwartego tygodnia po dokonanej operacji byliśmy w stanie zbadać dokładnie chorą lusterkiem krtaniowem. Obraz krtaniowy był następujący: nagłośnia zmian nie przedstawia, poniżej jej widać dwa grube czerwone wały, odpowiadające zupełnie kierunkowi strun rzekomych, przy głębokim wdechu wały te w przednim kącie nie schodzą się, pozostawiając mniej więcej trójkątną ciemną szparę. Wały te ruchome są i przy wydawaniu głosu zbliżają się do siebie, zakrywając zupełnie światło krtani, przy głębokim zaś wdechu poniżej owych wałów, zwłaszcza zaś z prawej strony, widać, acz niezbyt wyraźnie, częściowo struny prawdziwe białawego koloru, o powierzchni nieco nierównej. Kierunek więzów nagłośnio-nalewkowych, które, zwłaszcza zaś ich części nagłośniowe, bardzo niewyraźnie się przedstawiają, zdaje się być zmienionym o tyle, że fałdy owe nie idą skośnie, od zewnątrz do wewnątrz, lecz prawie prostopadle od przodu ku tyłowi, i od góry ku dołowi dość znacznie. Przyczyna tej zmiany kierunku owych więzów leży w tem, że obie chrząstki SANTORINI'ego nie znajdują się w ich właściwem miejscu, lecz są rozsunięte, tak, że przestrzeń między nimi wynosi podwójną zwykłą odległość między chrząstkami SANTORINI'ego. Chrząstki te przy wydawaniu głosu również wykonywają ruchy ku wewnątrz, jednak nigdy ku sobie dostatecznie się nie zbliżają, pozostawiając znaczną przestrzeń, około $2\frac{1}{2}$ centymetra szerokości mieć mogącą.

Co się tyczy tylnej ściany krtani, mianowicie przestrzeni międzyna-lewkowej (*rimula*), to przedstawia się ona przedewszystkiem bardzo blado zabarwioną, częściowo, zwłaszcza w porównaniu z zabarwieniem strun fałszywych, ruchomą przy wydawaniu głosu, bliżej ku lewej stronie tylna ścianka przedstawia szparę pionową. Uderzającym jest stosunek poziomu tylnej ścianki krtani do strun fałszywych i chrząstek SANTORINI'ego, mianowicie leży ona znacznie od nich niżej, jakby na dolnem piętrze. Wreszcie otwór, prowadzący do krtani, przedstawia się w postaci romba, około 1 centymetr średnicy mającego, tchawicy nie widać zupełnie.

Obraz ten wielce niewyraźny wyjaśnialiśmy sobie w następujący sposób: wały owe, sądząc z ich kierunku ruchomości przy wydawaniu głosu, uważaliśmy za zgrubiałe struny fałszywe wpuklone do wewnątrz krtani wskutek nadłamania i nadcięcia obu chrząstek tarczowych; ciemną szparę, w przednim ich kącie się znajdującą, uważać należy za częściowy brak blaszki średniej chrząstki tarczowej, o czem przekonaliśmy się już przedtem podczas tracheotomii. Pod niemi prawdopodobnie znajdowały się struny prawdziwe, których części nieznaczne widać było w obrazie. Natomiast zupełnie niezrozumiałem było dla nas położenie tylnej ścianki, leżącej głęboko i tworzącej nieznaczny otwór, stanowiący wejście do krtani. W celu przekonania się o wielkości i rozszerzalności tegoż otworu, wprowadzaliśmy doń różnej grubości rozszerzadła SCHROETTER'owskie: nawet Nr. 7 wchodził swobodnie. Po wyjęciu

jednak rozszerzał, otwór na nowo zwężał się, przyjmując kształt i wielkość pierwotną.

Obraz ten krtaniowy stale pozostawał w ciągu 2 następujących miesięcy. Chora czuła się zupełnie dobrze, oddechając przez rurkę zupełnie swobodnie. Próby jednakże wyjmowania rurki stale pozostawały bez skutku. Zastanawiając się nad danym obrazem, przyszedłem do wniosku, że, być może, mieliśmy obok złamania chrząstek tarczowych jednocześnie i złamanie tylnej części chrząstki obrączkowej, i że owa niewyraźna tylna ścianka jest workiem błony śluzowej po wydzielonych zmartwiałych częściach chrząstek, a być nawet i bardzo może, że resztki takowych jeszcze się w niej znajdują, wywołując tym sposobem stale objawy zwężenia. Sądziłem więc, że najwłaściwiej będzie rozciąć ku górze chrząstki tarczowe, to jest w dalszym ciągu zrobić rozszczep krtaniowy, częściowo już dokonany, a przekonawszy się o istotnym stanie rzeczy, postąpić odpowiednio. Rozszczep więc krtani przedewszystkiem miał mieć znaczenie rozpoznawcze. Kol. BUKOWSKI, w zupełności podzielając ten pogląd, wykonał w dniu 4. IV. rozszczepianie krtani (*laryngofissura*), t. j. po zachloroformowaniu chorej, przedłużywszy ku górze część od rurki tracheotomicznej aż do *membrana hyothyreoidea* i rozszerzywszy rozszczepione części zapomocą rozszerzaczy, przekonaliśmy się, że tylna część krtani, t. j. tylna część chrząstki obrączkowej, zupełnie nie istnieje, natomiast to, co przyjmowaliśmy za tylną ściankę krtani, jest przednią ścianką dolnego ustępu gardziela, o czym najlepiej przekonać się można było, wprowadzając zgłębnik przełykowy. Nigdzie resztek chrząstki obrączkowej wymacać się nie dało. Zgrubiałe wały były, jak to i z obrazu nabraliśmy przekonania, zgrubiałymi strunami fałszywymi. Tym sposobem rozszczep krtani dał nam litylko bardzo ważne wnioski rozpoznawcze, wyjaśniwszy w zupełności obraz wewnątrz-krtaniowy. Interwencji chirurgicznej żadnej więcej przedsięwziąć nie można było, rana zewnętrzna została zeszytą, rurka zaś tracheotomiczna nadal pozostawioną. Rękoczyn ów nie miał żadnych komplikacji, a chora czując się zupełnie dobrze, w końcu Czerwca z rurką wypisała się. W ciągu tych 3 miesięcy otwór krtaniowy stale pozostawał bez zmiany, próby wydobywania rurki, wielokrotnie uczynione, wywoływały po upływie kilkunastu godzin znowu duszność, co i zniewoliło wreszcie do pozostawienia rurki na stałe.

Taż chora zgłosiła się znowu do szpitala w końcu Stycznia roku bieżącego [1889]. Obraz krtaniowy przedstawiał się przy badaniu wówczas najzupełniej tak, jak to powyżej opisanym został. Po wyjęciu rurki tracheotomicznej widać dokładnie otwór, znajdujący się w środkowej części chrząstki tarczowej, tuż pod owymi zgrubiałymi strunami fałszywymi, które widać najzupełniej, jak przy wydawaniu głosu schodzą się z sobą; strun prawdziwych nie widać. Natomiast widać dokładnie przednią ścianę na miejscu, odpowiadającą zniszczonej tylnej ścianie krtani [część chrząstkowa], o czym najzupełniej przekonać się można, wprowadzając jednocześnie do przełyku gruby zgłębnik; wówczas bowiem ściana ta się wpukla, a palcem przez otwór zewnętrzny można wyraźnie wyczuć zgłębnik. Chora nawet przy zamkniętej rurce oddecha obecnie swobodnie. Sądząc, że w takich razach rurkę swobodnie będzie można wyjąć, zatkaliśmy takową korkiem, Rurka dotychczas w ciągu

prawie 3 tygodni jest stale zamkniętą, chora pomimo to oddecha najzupełniej swobodnie; sędzę więc, że ją będzie można usunąć, co też i mam zamiar uczynić wkrótce ¹⁾. Dodać winienem, że z wyjątkiem kilku dni po wykonaniu rozszczepienia krtani, przez cały przeciąg czasu chora łykała zupełnie swobodnie.

Złamania krtani, wogóle biorąc, należą do rzadkości; poznane one zostały dokładnie dopiero od czasów MORGAGN'ego, który pierwszy opisał odpowiedni przypadek. Kilka przypadków dosyć pobieżnie opisał MALGAIGNE, CAVASSE i inni. Dopiero jednakże pierwszy GURLT na podstawie zebranych przez siebie i z całej literatury 43 przypadków, oraz doświadczeń eksperymentalnych, ogłosił w roku 1864 w pracy swej „o złamaniach kości“. (*Handbuch der Lehre von den Knochenbrüchen. Zweiter Theil str. 317*) wyborny rozdział, dotyczący złamań krtani. Praca ta, acz stosunkowo krótka, jest tak wybornie obrobioną, że stanowi istotne i niemal jedyne źródło, z którego, o ileśmy się mogli przekonać, późniejsi autorowie, tak w podręcznikach chirurgii jako też i laryngologii, czerpali odpowiedni materiał, a prace ich są niczem innym, jak tylko streszczeniem pracy GURLT'a [HENOQUE, DUPLAY i FOLLIN, G. FISCHER, MACKENZIE, SOLIS COHIN i inni].

Jak tylko co wspomniałem, przypadki złamań krtani są bardzo rzadkie: GURLT z całej literatury zestawiał 43; resztę przypadków znanych do roku 1881 zebrał FISCHER (*Deutsche Chirurgie Lief. 44 str. 79*), zestawivszy razem z przypadkami GURLT'a 75; kilka przypadków zostało ogłoszonych między 1881 a 1884 [MACKENZIE, ROC-SOYONS], poczynając zaś od roku 1884, w piśmie: *Centralblatt für Laryngologie* zanotowane zostały do ostatnich czasów tylko 4 przypadki [KNAGGS, SCHOTOK, LANE i BESNER]. Tym sposobem w całej literaturze znajdziemy zanotowanych nie więcej nad 80 do 90 przypadków, co razem wzięwszy, utwierdzić może w przekonaniu o rzadkości powyższego cierpienia. Jeśli jednakże z punktu klinicznego cierpienie jest rzadkiem, inaczej ma się rzecz, podobno, z punktu widzenia anatomo-patologicznego, o czym przekonywa praca ARBUTHNOT LANE z Londynu, który w pracy swojej, ogłoszonej na posiedzeniu towarzystwa patologicznego w Londynie (*Brit. med. Journ. 1885*), starał się dowieść o częstości złamań krtani i kości gnykowej, napotykanych na stole sekcyjnym; na sto bowiem trupów, badanych w tym kierunku, znalazł złamania u 9-ciu. Odczyt ten był bodźcem do ożywionej dyskusyi, wynikiem której było wybranie komisji, złożonej z kilku członków, która, przepatrzywszy preparaty LANE'a, przysłała do wniosku o słuszności poglądów autora, że złamania kości gnykowej i chrząstki tarczowej daleko częściej występują, aniżeli dotychczas powszechnie w nauce przyjmowano, że jednakże obrażenia te w większości przypadków za życia tak małe dają objawy, iż łatwo bywają przeoczone. Podobne również zdanie wypowiedział lekarz sądowy PATENKO TH. (*Vierteljahresschrift für gerichtliche Medicin. Band. 41. 1884 r.*). Lekarz ten na podstawie szcze-

¹⁾ W kilka dni po demonstracyi chorej w Towarzystwie rurkę wyjąłem; po kilku jednakże dniach zaczęła występować duszność, która zmusiła znowu do wprowadzenia rurki i z nią chorą wkrótce szpital opuściła.

gółowych badań anatomo - patologicznych i doświadczeń przyszedł do wniosku, że w praktyce sądowo-lekarskiej złamania krtani spotyka się stosunkowo często i że momentem sprzyjającym temu jest skostnienie niektórych, lub wszystkich chrząstek krtani. Mniej więcej do podobnych wniosków doszedł w swej niezmiernie ciekawej doświadczałnej pracy znany wiedeński lekarz sądowy prof. HOFFMANN (*Zur Kenntnis der Entstehungsarten von Kehlkopffrakturen. Wiener medizinische Wochenschrift, Nr. 44 i 45. 1886*), twierdząc, że najczęstszą przyczyną owych złamań bywa: oprócz powieszenia, duszenie ręką, jako też i przyczyny pośrednie, t. j. przerznięcie szyi niezbyt ostrym instrumentem, upadek na głowę ze znacznej wysokości.

Co się tyczy mechanizmu złamania krtani, to GURTL rozróżnia dwa główne rodzaje: albo ucisk działa z obu stron na krtani [duszenie], a wówczas prawidłowe wgięcia chrząstek tarczowych zwiększają się nieraz do tego stopnia, że ściany boczne krtani niemal się z sobą stykają, przyczem jednocześnie chrząstki nalewkowe spłaszczają się, lub też chrząstka tarczowa bywa spłaszczoną z przodu ku tyłowi, wciśnięta ku trzonom kręgów, przyczem jednocześnie chrząstka obrączkowa jest również spłaszczona z przodu ku tyłowi. Tym sposobem oba powyższe mechanizmy dają inny obraz zmian; i tak: przy obustronnym ucisku na krtani znajdujemy złamania głównie pod postacią złamań podłużnych chrząstki tarczowej, oderwanie nieraz całej połowy tejże chrząstki i jeśli jednocześnie i chrząstka pierścieniowa została dotknięta, to następuje albo złamanie podwójne, t. j. po jednym z obu stron, albo pojedyncze środkowe w przedniej części chrząstki obrączkowej. Przy mechanizmie drugiego rodzaju, a mianowicie przy zgnieceniu krtani z przodu ku tyłowi, złamania bywają różnorodne; oprócz bowiem podłużnych i ukośnych złamań chrząstki tarczowej i podwójnych złamań chrząstki obrączkowej, występują często liczne złamania ze zmiażdżeniem niektórych chrząstek, często przytem bywają złamane i wielkie rogi chrząstki tarczowej, jako też zwichnięcia w stawie nalewko-obrączkowym, a nawet rozerwanie błony obrączkowo-tarczowej. Mechanizm ten ostatni, wybornie opisany, daje się w zupełności zastosować do naszego przypadku; w nim bowiem po gwałtownem szarpnięciu z przodu ku tyłowi i przygnieceniu krtani do kolumny kręgowej nastąpiło złamanie skośne z odłupaniem części lewej chrząstki tarczowej, jednocześnie zaś zmiażdżenie prawie zupełne chrząstki obrączkowej ze zwichnięciem w obu stawach nalewko-obrączkowych. Co się tyczy przyczyny, to najczęstszą, jak to już wyżej wzmiankowałem, jest duszenie, dalej zgniecenie szyi przez przejechanie, zaciśnięcie mocne szyi przy zakładaniu zbyt obcisłego kaftana u obłąkanych (*Zwangsjacke*), dalej upadek ze znacznej wysokości, uderzenie mocne w okolicę krtani, na przykład, kopytem końskim, wreszcie jeden z autorów [BEIGEL, cytowany przez FISCHER'a] podaje, że wskutek nadmiernego krzyku nastąpiło oderwanie się obu strun prawdziwych z miejsca ich przyczepienia.

Co się tyczy częstości złamania różnych części krtani, to FISCHER podaje następujące dane na 75 złamania:

- | | |
|----------------------------------|---------|
| 1) Chrząstki tarczowej | 29 razy |
| 2) Obrączkowej | 11 „ |

3)	Tarczowej i obrączkowej	9 razy
4)	Gnykowo-tarczowej	3 „
5)	Gnykowo-tarczowo-obrączkowej	2 „
6)	Gnykowo-tarczowej i tchawicowej	1 „
7)	Tarczowo-obrączkowej i tchawicowej	3 „
8)	Tarczowo-tchawicowej	1 „
9)	Obrączkowo-tchawicowej	2 „
10)	Wszystkie części krtani	14 „
Razem		75 razy

O b j a w y złamania krtani są zwykle bardzo gwałtowne: szybko występuje mocna sinica i duszność, drobne tętno, silny niepokój, jednocześnie chorzy wyrzucają obficie pienisto-krwawą plwocinę, podczas ciągłego, męczącego kaszlu; głos bywa mocno ochrypnięty, lub też występuje bezgłos zupełny; mówienie i łykanie sprawiają choremu ból żywy, jednocześnie zjawia się zazwyczaj i podskórna rozedma szyi, która nieraz rozszerza się i na całe ciało. Później w niektórych przypadkach, jak to miało miejsce i w naszym przypadku, występuje odpluwanie ropnej, mocno cuchnącej plwociny, zależnej od wydzielania się zmartwiałych chrząstek. Bywają jednakże przypadki, w których nie występują wcale owe groźne objawy; najwyżej zjawia się lekka chrypka, a jedynie badanie przez dotykanie wykazuje obecność złamania. Za pomocą przedmiotowego badania okolicy szyi, znajdujemy w mniejszym lub większym stopniu zniepodobnienie okolicy krtani, wyczuwa się trzeszczenie, lub też oddzielne odłamki krtani pod palcami i jednocześnie przy ujęciu oddzielnych chrząstek krtani wyczuwa się niezwykłą ich ruchomość, szczególnie z góry ku dołowi.

Badanie wziernikiem krtaniowym rzadko było wykonywane; SCHROETTER (*Laryngologische Mittheilung*, 1875) podaje, że widział na drugi dzień po złamaniu krtani ciemne wynaczynienie krwi, które poczynąło się w prawej *vallecula*, rozciągało się po brzegu wolnym nagłośni, więzie nalewko-nagłośniowym, schodząc na odpowiednią nalewkę; jednocześnie wszystkie te części były mocno obrzmiałe, przez co wejście do krtani było silnie zwężone; we wnętrzu krtani wynaczynienie sięgało od nagłośni przez prawą połowę tylnej ścianki aż do lewej bocznej ścianki; obie struny były umiarkowanie czerwone i obrzmiałe.

MACKENZIE przy opisie jednego przypadku złamania krtani, przez siebie spostrzeganego (*Die Krankheiten des Halses str. 543. 1880 r.*), a dotyczącego złamania na linii pośrodkowej chrząstki tarczowej, opisuje, że badanie wziernikiem krtaniowym wykazało tylko silny obrzęk i zaczerwienienie nagłośni.

W naszym przypadku, w którym zaraz dnia następnego szczegółowo mogliśmy krtan zbadać, spostrzegany obraz wziernikowy wyżej opisanym został.

R o k o w a n i e przy złamaniu krtani jest bardzo groźnem; pod tym względem zgadzają się autorowie. Na 71 przypadków, cytowanych przez FISCHER'a, śmierć nastąpiła w 56. Szczególniej ma się to dotyczyć złamania chrząstki obrączkowej; na 28 przypadków złamania tej ostatniej, zebranych przez DURHAM'a (SOLIS COHEN — *Encyclopédie internationale de Chirurgie T. VI. str. 42*) wszystkie zakończyły się śmiercią. To samo twierdzi FISCHER. Nasz przypadek przeczy temu najwyraźniej, w literaturze zaś odnalazłem jeszcze jeden

analogiczny przypadek z zejściem pomyślnem, opisany przez TREULICH'a w roku 1876, a pomieszczony w streszczeniu w *Centralblatt für Chirurgie N. 14.* tegoż roku. 38-letni parobek został przez konia złapanym zębami za szyję, mocno ugryzionym, przyczem jednocześnie podniesionym i silnie wstrząśniętym; stracił przytomność; po odzyskaniu jej nie mógł mówić, ani też łykać. Wskutek silnej duszności, autor dokonał przecięcia tchawicy, przyczem znalazł między chrząstką tarczową i obrączkową szeroki otwór, *lig. conoideum* było przerwane. Chrząstka obrączkowa w dwóch miejscach była złamaną, przyczem część średnia, przednia chrząstki była zupełnie oddzieloną. Lewa połowa chrząstki tarczowej była również złamaną. Tchawica była poprzecznie oderwaną i opadłą, tak, że między nią a krtanią była przestrzeń wolna na cal długa. W istniejący otwór *lig. conoidei* autor założył rurkę tracheotomiczną. Chory słabo gorączkował; w przebiegu wydzielaly się powoli części obumarłe chrząstki obrączkowej i tarczowej. Po 3-ch i pół miesiącach chory wyzdrowiał zupełnie. Chrząstki tarczowe pozostały mocno niesymetrycznymi; błona śluzowa krtani była mocno czerwoną i zgrubiałą, tak samo struny głosowe; głos silnie ochrypnięty, oddech pozostał swobodnym.

L e c z e n i e. Chociaż zejście pomyślne bywa rzadkie, lekarze zgadzają się pod tym względem, że przy każdym złamaniu krtani obszerniejszem, połączonem z dusznością, należy wykonać bezzwłocznie przecięcie tchawicy. Na 16 przypadków wyzdrowienia, które figurują w statystyce 69 przypadków DURHAM'a, w 9 dokonano przecięcia tchawicy. Zresztą słusznie, kładąc wielki nacisk na tracheotomię, powiada SOLIS COHEN, że lepiej robić ją tam, gdzie pozornie wydaje się być niepotrzebną, aniżeli dozwolić na smutne zejście bez dokonania takowej. Po dokonaniu tej ostatniej należy starać się złączyć złamane części; w tym celu jeśli zachodzi potrzeba, należy przeciąć błonę tarczowo-obrączkową, a złamane części nastawić przy pomocy kateteru, lub nawet małego palca. Jeśli części złamane chrząstki tarczowej nie chcą dobrze się zetknąć, wtenczas należy je wyłuszczyć. Zresztą bliższe szczegółowe opisanie postępowania czysto chirurgicznego w tych razach znajduje się w podręcznikach chirurgicznych.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

24. Czerny. Ueber die Vornähung der rückwärts gelagerten Gebärmutter.

25. Terrier. Fixation de la paroi antérieure de l'utérus à la face postérieure de la paroi abdominale antérieure dans le traitement du prolapsus utérin.

I. Jak wiadomo, pierwszy KOEBERLE przyszył kikut, powstały po odcięciu guza jajnika w ranie ściany brzusznej w celu usunięcia istniejącego u chorej wypadnięcia macicy i tem dał bodziec do nowego szeregu usiłowań, mających na celu operacyjne leczenie tak częstych cierpień, jak tyłozgięcie i wypadnięcie macicy. P. MUELLER, KUHN, HALBERTSMA, HENNIG i STAUDE, KELLY, SKENE KEITH, KLOTZ, OLSHAUSEN, SAENGER, LEOPOLD, VEIT podali nowe spostrzeżenia, albo też nowe sposoby i stworzyli nową operację. CZERNY, który na 146 owaryjotomij także 3 razy miał sposobność przez przyszycie szypuły usunąć ty-

łożęcie, podaje nadto w wyżej wymienionej pracy swoje cztery operacje, specjalnie a nie przygodnie [podczas owaryjotomii] dokonane dla usunięcia wadliwego położenia macicy.

Spostrzeżenie 1. 26-letnia kobieta, od 8 lat cierpiąca na gwałtowne bóle w podbrzuszu i pęcherzu; mocż mętny, z krwią i ropą, miesiączka nieprawidłowa; macica powiększona, w tył zgięta; *parametria* bolesne. Rozmaici lekarze stosowali rozmaite środki i manipulacje bez skutku. CZERNY wykonał laparotomię; wyciął przyrosłe jajniki, uwolnił macicę z pośród błon wrzekomych i przyszył macicę do otrzewnej; w dwa lata potem znaleziono macicę w położeniu nadanem, poprawę w stanie ogólnym, ale zaburzenia w moczu pozostały bez zmiany.

Spostrzeżenie 2. 22-letnia panna, silne zaburzenia w miesiączkowaniu, bezsenność, pogńeńbienie duchowe, ze skłonnością do zadumy, kurcze pęcherzowe, mocż wydziela się z bólem kroplami; od 1½ roku wprowadza cewnik; kilkakrotne rozszerzanie cewki wziennikami SIMON'a; przemijająca poprawa, *incontinentia*. Stosowano niemal wszystko [faradyzacja, miesienie, hydroterapija, wianki, elektryczne kąpiele, morfina i t. d.] bez skutku; tyłozgięcie i przewlekłe zapalenie jajników. Laparotomija, oswobodzenie od zrostów jajników i macicy, wymniszenie, przednią powierzchnię macicy przyszył CZERNY do dolnego kąta rany, zajmując igłą otrzewną i powięź. Blisko w dwa lata potem znalazł C. macicę w położeniu prawidłowem, lecz stan ogólny godny litości skutkiem morfizmu.

Spostrzeżenie 3. 34-letnia mężatka, silne bóle w podbrzuszu, krwotoki, napady nerwowe, bóle głowy i t. d.. Długie leczenie przez FREUND'a [wyskrobywanie; rozciąganie parametryjów, wstrzykiwanie kokainy i t. d.]; tyłozgięcie. CZERNY zrobiwszy laparotomię, oswobodził od zrostów macicę i jajniki, te ostatnie wyciął, a macicę do ściany brzusznej przyszył. W 1½ roku potem znaleziono macicę w przodozgięciu; poprawa w stanie ogólnym znaczna; lecz bywają jeszcze bóle głowy, nóg, osłabienie.

Spostrzeżenie 4. 36-letnia wyrobnica, bóle w brzuchu; nieprawidłowości w miesiączkowaniu, częste bolesne oddawanie moczu, zaparcie stolca, odbijanie. Wszelkie leczenie [przestrzykiwanie macicy, tampony jodoformowe, wianki, wyskrobywanie macicy, odjęcie części pochwowej i t. d.] bez skutku. Operacyja jak wyżej. W rok potem znaleziono macicę w położeniu prawidłowem, a chora wolna od wszelkich przypadłości.

Autor tłumaczy się, że dlatego we wszystkich przypadkach wyciął jajniki, ponieważ znalazł w nich zmiany, nie mógł więc postąpić jak KLOTZ, SAENGER i LEOPOLD, którzy poprzestali na samem przyszcyciu macicy. Co się tyczy wskazań do operacji, to chociaż dotychczas nieznany jest ani jeden przypadek śmierci, mimo to radzi być bardzo ostrożnym; niezawsze można z góry przewidzieć, czy się uda uwolnić przyrosłą macicę, czy zrosty są trudne do rozerwania, czy krwawienie będzie znaczne, czy trzeba będzie wyciąć jajniki i jajowody. Radzi tedy najprzód wypróbować leczenie dyjetetyczne, objawowe i ortopedyczne; jeśli chora nie znosi wianka, CZERNY jest za operacją ALEXANDER'a, która niesłusznie, zdaniem jego jest lekceważoną w Niemczech; według niego jestto „elegancka operacyja“ a skombinowana z kolpoperyneorafiją może zapewnić lepszy wynik, niż wianek. Przy tyłozgięciu macicy i przyrośnięciu jej w tem wadliwem położeniu, jeśli leczenie paljatywne nie może zła usunąć i cierpienie czyni życie nieznośnem, przyszcycie macicy do ściany brzusznej po uprzednim oswobodzeniu jej od zrostów jest zupełnie usprawiedliwionem. Jeśli wyniki, otrzymane przez KLOTZ'a, SAENGER'a i LEOPOLD'a, którzy przyszywali macicę z zachowaniem jajników, okażą się trwałemi, w takim razie operacyja wskazaną będzie i przy tyłozgięciu ruchomem, skoro wszystkie usiłowania z wiankami zawiodą. CZERNY uważa za zbytcezne ścinanie i okrwawianie [P. MUELLER i KUHN] trzonu macicy, równie jak i zalecone przez SAENGER'a zeskrabywanie przybłonka otrze-

wnej na macicy; samo przyszywanie wystarcza do wywołania zrostów. Gani także sposób KLOTZ'a, który po oswobodzeniu macicy od zrostów, wstawiał w brzuch w dół DOUGLAS'a, poza macicą, rurkę szklaną i codziennie ją obracał, aby zapobiedz powstaniu zrostów i usuwał ją dopiero po 3—4 tygodniach; nie dziwnego, że dwa razy widział powstanie przepukliny; zapadające do dołu DOUGLAS'a pętlice jelit spełniają to samo zadanie.

Co do samej metody, to sposób KOEBERLE'go jest również wystarczający, jak się o tem CZERNY przekonał w kilku przypadkach; ponieważ z powodu krótkości kikutów rzadko udaje się umieścić oba w ranie, przeto pozostaje poprzestać na wszyciu jednego; pociąga to za sobą nieznaczne nachylenie boczne macicy i skręcenie, ale bez żadnych złych następstw. LEOPOLD przyszywa macicę, przeprowadzając 3, lub 1 nitkę jedwabną pod pokrowcem surowiczym; końce nitki przesywa przez całą grubość ściany brzusznej i służą one do zamknięcia rany brzusznej. OLSHAUSEN przyszywa 2—3 szwami katgutowymi wpuszczonymi części macicy w okolicy więzów obłych i szerokich do listka ściennego, CZERNY nieco zmodyfikował te sposoby, a mianowicie: przeprowadza on igłę nawleczoną katgutem przez powięź i listek ścienny jednej wargi rany, potem przez macicę około jej dna, potem przez listek ścienny i powięź drugiej wargi rany brzusznej; takich szwów robi 2—3, poczem je wiąże; wreszcie zamyka cięcie w ścianie brzusznej w zwykły sposób.

II. Pierwszym, który uciekł się do umocowania macicy przy wypadnięciu do ściany brzusznej przedniej był P. MUELLER z Bernu [1879]. Po otworzeniu brzucha, ujął macicę w klamp, umieścił w dolnym kącie rany; wypadnięcie po pewnym czasie nastąpiło na nowo. Wynik ten nie zdziwi nikogo, kto widział, jak pień macicy po hysterektomii, po operacyi PORRO i t. d., odrywa się od ściany brzusznej i opada na swoje miejsce. KUHN 1881 starał się udoskonalić operację w ten sposób, że na dnie macicy ponad punktami wyjścia jajowodów robił cięcia okrężne, głębokie na 3 mm., poczem obrzezane dno macicy umieszczał w ranie brzusznej i obszywał je dookoła, przejmując igłą z jednej strony mięsień brzuszny i listek ścienny, z drugiej listek trzewowy macicy i jej mięsień. Zamknawszy jamę brzuszną, wycinał krążek z dna macicy; wpół roku potem dodał jeszcze do tego *colpo-perineorrhaphiam posteriorem* i *elythrorrhaphiam anteriorem*. W rok blisko potem macicę znaleziono w nadanem jej położeniu. Trzecią operację litylko z powodu wypadnięcia przedsięwziął OLSHAUSEN, który przyszył narząd w sposób wyżej podany, zapomocą *fil de Florence*; nastąpiła recydywa. W 1887 HOWARD KELLY rozbiera szczegółowo nowe operacje [ALEXANDER'a i przyszycie do ściany brzusznej macicy], przedsiębrane z powodu wypadnięcia, zastanawia się nad ich niepowodzeniami i dochodzi do wniosku, że wtedy tylko osiągnie się na tej drodze dobre wyniki, jeśli uda się macicy nadać *maximum anteversionis*, i ustalić szyję i część pochwową (*à maintenir en position le point fixe — partie cervico vaginale*). W 1883 r. PHILLIPS, przystąpiwszy do laparotomii z powodu wypadnięcia, znalazł zwyrodnienie torbielakowe jednego jajnika, obciął go, a szypułkę wszął ranę, przeprowadzając nitkę przez całą grubość ściany brzusznej; szew zdjął 12-go dnia; nastąpiło wyzdrowienie.

Sposób, którego użył TERRIER w swoich dwu przypadkach tak mało się różni od wzmiankowanych w pracy CZERNE'go sposobów LEOPOLD'a i CZERNE'go, że dziwić się należy, iż tak poważny operator może rościć pretensyję do oryginalności metody. Cała różnica od metody LEOPOLD'a polega na tem, że u tego ostatniego szwy przechodzą przez całą grubość cięcia ściany brzusznej i przejmują ścianę macicy w części górnej, na wysokości przyczepu więzów obłych i ponad niemi, gdy tymczasem TERRIER przeprowadza je przez warstwy głębsze wargi rany brzusznej [z wyjątkiem skóry] i przejmuje macicę jednym szwem w okolicy przesmyku, drugim, przez trzon, trzecim przez dno, a nadto, że LEOPOLD szyje jedwabiem, a TERRIER grubym katgutem; wreszcie, że LEOPOLD ze-

skrobuje pokrowiec surowiczy na macicy, co TERRIER uważa za zbytczne. Operowana TERRIER'a wstała z łóżka 20-go dnia. W 7 miesięcy potem znaleziono macicę w nadanem jej położeniu; oddawanie moczu prawidłowe. Trzeba dodać, że przed operacją nie było zupełnego wypadnięcia; gdyż usta maciczne znajdowały się w otworze sromnym i nie było wycinowania pochwy, a nadto że badano chorą leżącą i nie ma wzmianki, czy kazano jej nadymać się i kaszlać.

W końcu TERRIER podaje opis operacji, dokonanej przy wypadnięciu jego sposobem przez POLAILLON'a; chora zmarła z zapalenia posocznego otrzewnej.

[Przy rozprawach, jakie z tego powodu wszczęły się w Towarzystwie chirurgicznym w Paryżu POLAILLON dowodził, iż aseptycznie robił operację, jeśli przy sekcji znaleziono macicę odpadłą od ściany brzusznej, katgut uległ wesłaniu. Ciekawy dowód. *Przyp. sprawozdawcy.*]

(*Beitraege zur klin. Chir. 1888. T. 4. str. 164.*)

(*Revue de Chirurgie. 1889. str. 185.*)

Wl. Matlakowski.

26. Ch. Mauriac. Przymiot serca.

Na początku bieżącego stulecia CORVISART, uderzony współbieżnością cierpienia zastawek serca z przymiotowemi wykwitami na narządach płciowych, wyraził przypuszczenie, że oba te cierpienia mogą mieć ze sobą związek, że na zastawkach tak dobrze, jak gdzieindziej mogą powstawać łepieże przymiotowe i był jednym z pierwszych, którzy zaczęli pisać o cierpieniach serca na tle przymiotu. LAENNEC odparł ten pogląd. Pomimo kilku usiłowań, pogląd ten odrzucony przez większość ówczesnych powag naukowych, nie utrzymał się, aż do czasu, kiedy ściślejse badania RICORD'a, LEBERT'a, DITTRICH'a, VIRCHOW'a i WAGNER'a nad trupami syfilityków wykazały, że przypuszczenie to ma za sobą rację bytu, a nie jest wytworem bujnej wyobraźni.

Cierpienia przymiotowe serca należą do najrzadszych z pomiędzy cierpień innych trzew. Liczba dostatecznie wiarogodnych przypadków, jakie posiadamy, nie przekracza cyfry 25—30. Wiek nie ma tu żadnego wpływu. Na 22 przypadki 8 miało miejsce w wieku 20—30 lat, w 13 przypadkach 30—50 lat, a jeden przypadek w 60 roku życia. Według JULLIEN'a przymiot serca rozwija się przeciętnie w 10 lat po zarażeniu. Tymczasem w 6 z wyżej wspomnianych przypadków przymiot trwał dopiero od roku, a w innych od 4—10 lat. A więc w większości przypadków cierpienia serca należą do późniejszych objawów przymiotu i częstokroć występują razem z objawami tego cierpienia w innych narządach. Przymiotowi ulegają oddzielnie lub równocześnie wszystkie części składowe serca: wsierdzie, osierdzie, zastawki, lecz przedewszystkiem tkanka mięśniowa. Wsierdzie prawie zawsze jest wciągnięte w sprawę chorobową, odbywającą się w mięśniu serca; osierdzie ulega temu o wiele rzadziej. Przy oględzinach pośmiertnych serc przymiotowych uderza nas przedewszystkiem to, że tylko ścianki są zmienione, tymczasem otwory i zastawki są najczęściej wolne, a jeżeli są chorobowo zmienione, to prawie zawsze wtórnie. Przymiotowe serce jest powiększonem *in toto*, ścianki są zgrubiałe, a jamy rozszerzone. Zmiany przymiotowe w sercu są tylko częściowe, a co do ich umiejscowienia, nie ma pod tym względem żadnych prawideł. Swoiste to zapalenie mięśnia serca, zresztą, jak każde inne, zmniejsza jego siłę skurczową i odporność ścianek na ciśnienie krwi. Jeżeli w pewnem miejscu ulegną zniszczeniu wszystkie włókna mięśniowe, tworzy się tętniakowate wydeście, którego ścianki stanowią zgrubiałe wsierdzie i osierdzie, a między niemi warstewka stwardniałej, bliznowato zwyrodnionej tkanki mięśniowej.

Jeżeli nie znajdujemy w sercu tkanki ziarninowej, to niesłuchanie wtedy trudno jest odróżnić przymiotowe cierpienie serca od zmian, jakim ono mogło ulegć na tle gośćca, lub zakażenia wyskokowego. Wprawdzie przy gośćcowem

cierpieniu serca mamy przedewszystkiem zmiany w otworach i na zastawkach wprawdzie przy skażeniu wyskokowem widzimy nadmierne nagromadzenie się tkanki tłuszczowej pod osierdziem i w tkance łącznej międzymięśniowej, a włókniste zwyrodnienie włókien mięśniowych jest pierwotnem, a nie następstwem wskutek swoistej, przymiotowej sprawy; jednakże te trzy wywołujące przyczyny tak się mogą wikać, że często niemożebnem jest dojść do pewnych wyników. Wobec istnienia przymiotowego ziarniniaka w sercu, naturalnie, żadnej nie ma wątpliwości. Tylko ziarniniak przymiotowy może przedstawiać masę żółtą, miękką, elastyczną, która wystaje na wewnątrz albo na zewnątrz serca, lub też jest schowaną w jego ściankach. Ziarniniaki serca przedstawiają się pod postacią guzków zaokrąglonych, mniej lub więcej regularnych, różnych pod względem wielkości i liczby. Niektóre są bardzo małe, inne znów są wielkości ziarnka grochu, fasoli, wiśni, a nawet jajka gołębiego. Najczęściej wieloliczne, znajdują się jedne obok drugih w jednej masie lub też grupami, rozsiane bez żadnej prawidłowości; konstytucyi są twardej lub serowatej, koloru szarawego lub żółto-białego, jednostajne na przecięciu, raczej suche, niż wilgotne, jednym słowem: zupełnie podobne do ziarniniaków przymiotowych w innych narządach. Przemiany wsteczne, jakim ulegają przymiotowe ziarniniaki serca, są zupełnie podobne do przemian tych tworów w innych narządach, a mianowicie: zserowacenie, prosty tłuszczowy zanik, lub też rozmiękczenie ziarniniaka z wyłaniem zawartości tegoż, do jednej z jam serca, jak to miało miejsce w przypadku OPOLZER'a (*Wien. med. Wochenschr.* 1860 pag. 65). Ostatecznym wynikiem tych wszystkich spraw są modzelowate blizny. Naokoło ogniska ziarninowego włókna mięśniowe serca ulegają tłuszczowo-włóknistemu zwyrodnieniu, tracą poprzeczne prążki i nakoniec zanikają, przemieniając się w tkankę bliznowatą. Oprócz ziarniniaków pewnej wielkości, znajdujemy w częściach zdrowych mięśnia sercowego, lub też w tych, które uległy włóknistemu zwyrodnieniu, małe ziarenka zaledwie widzialne dla nieuzbrojonego oka; zawsze jednak można w nich za pomocą drobnowidza wykazać serowate ogniska, leżące pośród ziarninowej tkanki, są to t. z. prosówkowate ziarniniaki przymiotowe (*gummata miliaria*). Zmiany w naczyniach przy cierpieniach serca przymiotowych polegają na zapaleniu okołotętniczym, które w następstwie przechodzi na błonę wewnętrzną naczyń.

Nic nie ma chyba więcej niekreślonego, jak zaburzenia czynnościowe przy przymiocie serca. Cierpienie zwykle pozostaje nierozpoznanem do ostatniej chwili i kończy się prędko niedoskrczem gwałtownie postępującym, lub też nagłą śmiercią. Kołatanie serca, nieregularne uderzenia, żywy ból, lub uczucie ściskania w okolicy serca, uczucie ciężaru na piersiach, duszność, skłonność do omdlenia, groźne objawy zaduszania, jak przy dusznicy bolesnej, tętno słabe, niemiarowe, ziemisty kolor skóry, sinica błon śluzowych, sinica twarzy i kończyn, rozszerzenie żył szyjowych i t. d.; jednym słowem: niedoskrcz pod różnemi postaciami i w różnym stopniu. Oto suma zaburzeń czynnościowych przy przymiocie serca. Co do objawów fizykalnych, to one redukują się do mniej lub więcej zwiększonego obszaru stępienia w okolicy serca, do tonów serca głuchych, przytłumionych, przy których bywa lekki szmer podmuchowy, lub go nie ma. Niewyraźne objawy fizykalne są właściwe cierpieniom mięśnia serca, niepowikłanym cierpieniami zastawek i otworów. Pomimo to zdarzyć się może, że zastawki, zkądinąd niezmiennione, staną się niedostatecznemi wskutek stwardnienia mięśni brodawkowych i bliznowatego skurczenia strun ścięgnistych.

Przebieg przymiotu serca zwykle jest powolny, ale ciągły i zdradziecki. W większości przypadków występują objawy niedoskrczu i prędką śmierć. Przekrwienie zastoinowe wątroby i płuc, obrzęki dolnych kończyn, brzuszna i piersiowa puchlina, wszystko to występuje o wiele rzadziej na tle przymiotu serca.

Określić z pewną ścisłością czas, jak długo chory z przymiotem serca żyć może, jest rzeczą niepodobną, ponieważ nigdy prawie nie można określić początku choroby, a na niespodzianki, jakie mają miejsce przy cierpieniach serca, bez względu na przyczynę wywołującą, zawsze powinniśmy być przygotowani. Pomimo to śmierć nie jest koniecznym skutkiem przymiotu serca, a wyleczenie względne, rzadziej zupełne, jest możebnem.

Nie posiadamy żadnych cech charakterystycznych dla rozpoznania przymiotu serca; kierować się tu musimy wywiadami i obecnością objawów przymiotu, lub śladów po nich w innych narządach. Jeżeli badanie fizykalne wykazuje nam zmiany na zastawkach, lub w otworach serca, to *a priori* na zasadzie tego, cośmy wyżej powiedzieli o przymiocie serca, możemy naturalnie do pewnego stopnia wykluczyć przymiot, a przyjąć cierpienie serca na tle gościca. Wybitne objawy skażenia wyskokowego mogą nam ułatwić właściwe rozpoznanie. Wtórne cierpienia mięśnia sercowego, zależne od zmian w wielkich naczyniach, płucach i t. d., nie przedstawiają żadnych trudności w rozpoznaniu różniczkowem. Leczenie może nam tu dać pewne wskazówki, lecz pamiętać należy, że, jeżeli swoiste leki mają pewien wpływ na ziarniniaki przymiotowe wogóle, a na ziarniniaki serca w szczegól, to wobec włóknisto-zwyrodnionych włókien mięśniowych pozostają bezsilnemi. Z tego widzimy, że dokładne rozpoznanie przymiotu serca jest częstokroć wprost niemożliwem.

Leczenie polegać będzie na podawaniu jodku potasu, lepiej jodku sodu, obok środków wzmacniających i pobudzających czynność serca.

(*La Semaine Médicale* N. 13. 1889).

Edmund Kurella.

Wiadomości bieżące.

— W uniwersytecie w Tomsku na wydział lekarski będą przyjmowani w roku 1889—1890 nie tylko kandydaci którzy ukończyli gimnazya, lecz także wychowawcy duchownych seminaryjów I kategorii po roku 1887. Ci ostatni poddają się tylko egzaminowi z języka rosyjskiego i łacińskiego w zakresie gimnazyalnym.

— DARIER i ABADIE zauważyli, że u chorych tabetyków z zanikiem nerwu wzrokowego, leczonych przez zawieszanie w przyrządzie SAYRE'a, siła widzenia poprawia się znacznie. DARIER zawiesza chorych tylko za głowę, a rzemieni barkowych używa wtedy, gdy chory nie znosi tamtego sposobu. Suspensja trwa 2—3 minut i powtarza się co 2 dni.

— Przeciwno potem nocnym u suchotników poleca O. ROSENBACH [w Wrocławiu] stosowanie na brzuch pęcherza z lodem, średnio wypełnionego, przez kilka godzin w ciągu nocy. Chorzy dobrze znoszą ten środek, zwłaszcza ci, u których wieczorami ciepłota ciała się podnosi, a skuteczność jest widoczna, głównie gdy atropina lub posypywanie ciała pudrem z kwasem salicylowym nie zmniejsza potów. Lód stosować się daje bez szkody przez wiele nocy z rzędu.

— Kreozot według VALENTINI'ego ma być skutecznym przy cukromoczu. [W ilości 4 kropel dziennie, stopniowo dochodząc do 10 kropel].

— Zmarł w Paryżu w d. 9 Kwietnia znakomity chemik CHEVREUL, najstarszy członek akademii francuskiej, w wieku lat 102 [miesiący 8 i 9 dni]. Przebywanie w chemicznych pracowniach nie zdaje się zatem szkodzić zdrowiu, a nawet raczej chroni od szkodliwych wpływów; za tem przemawia podoszły wiek jakiego dożył znakomici chemicy. BUNSEN w Heidelbergu ma lat 77, A. HOFMANN w Berlinie 70, FRESSENIUS w Wiesbaden 67. Ze zmarłych: WÖHLER doczekał się wieku lat 84, DALTON 78, FARADAY 76, GUSTAW ROSE 75, REGNAULT oraz BERTHOLLET 74, GAY-LUSSAC 72, PRISTLEY 71, LIEBIG 70 lat.

— Zmarł w Berlinie w d. 9 Kwietnia D-r GUSTAW ADOLF VON LAUER nadworny lekarz domu cesarskiego pruskiego, w 81 roku życia.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog dzieł lekarskich” księgarni W-go Wendego i S-ki za miesiąc Marzec — Katalog nowych książek za Marzec księgarni W-go Paprockiego — oraz opis „Cieplic Trenczyńskich” w r. 1889.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wł. Gajkiewicz.

Доволено Ценаурою, Варшава 14 Апрелья 1889 г.

Друк K. Kowalewskiego, Królewska Nr. 29.

„VICTORIA“ Naturalna Woda Gorzka

10—8

trzymająca prym pomiędzy wszystkimi wodami gorzkimi, zawiera o 170 gr. stałych i skutecznych części więcej jak Hunyady János, a o 260 gr. więcej jak Pulna i Friedrichshall. *Wodę gorzką Victoria* spróbowałem i uznaję jej znakomitą i szczególnie pewną działalność. *Rzeczywisty Radca Stanu, Profesor Uniwers. D-r D. Lambl.* Prospekta wysyła gratis Dyrekcja. Wien: Stefansplatz. Na składzie we wszystkich aptekach w Warszawie.

D-r F. Chłapowski

ordynuje b. r. jak w latach ubiegłych przez czas sezonu kąpielowego
t. j. od końca Maja w **KISSINGEN** w Bawaryi.

6—1

Docent D-r Smoleński

otwiera Zakład Wodoleczniczy
w Szczawnicy na Miedziusiu d. 20 Maja b. r.

6—1

D-r S. FILIPKIEWICZ

ordynuje jak lat poprzednich
w **Cieplicach Trenczyńskich.**

4—3

D-r W. Bujakowski

stale ordynuje w **Druskienikach.**

6—1

WINO PIOŁUNOWE — GORZKIE

(*Vin de Vermouth*)

przygotowane na winie węgierskiem wytrawnem jak również i na francuskiem
desserowem (słodkiem).

Cena butelki zawierającej 435,0 rs. 1 kop. 50 poleca:

Apteka H. BIERTÜMPFLA

Marszałkowska 133 róg Ś-to Krzyżkiej w Warszawie.

12—2

JODOWO-SOLANKOWE KĄPIELE

BAD HALL

W PÓŁNOCNEJ AUSTRYI

Najsilniejsze na kuli ziemskiej jodowe solanki. Świetne skutki kuracyi
przy wszelkich chorobach skrofulicznych, a także sekretnych i ich następ-
stwach.

Najcelniejsze urządzenie (kuracja kąpielowa i wodna, opakowania,
inhalacje, masaż, kefir). Położenie klimatyczne świetne, stacja kolei
żelaznej, droga przez Linz nad Dunajem.

Sezon od 15 Maja do 30 Września

Dokładne prospekty w kilku językach wysyłane są przez
Administrację zakładu w Bad Hall.

5—3