

GAZETA LEKARSKA.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

I. PRZYPADKOWY DO CIĄŻY ZAMACICZNEJ.

Podał

Władysław Matlakowski.

Gdy przed kilku laty z powodu operowanego przez siebie przypadku ciąży zamacicznej poruszyłem w Towarzystwie Lekarskiem ten ciekawy, a nigdy przedtem nieporuszany w niem przedmiot, napotkałem na zdanie nieprzychylnie dla chirurgicznej interwencji wogóle, a zalecające wyczekiwanie, które, zdaniem niektórych członków, powinno doprowadzić do *lithopaedion*, lub do jakiegoś szczęśliwego wyklucia się części obumarłego płodu drogą ropienia, lub też, oczywiście, do śmierci. Jedna okoliczność dodawała mi otuchy, a mianowicie ta, że przeciwnikom czynnego postępowania, a zwolennikom wyczekiwania z jego przeróżnemi zejściami, nieznaną była w całej rozciągłości rozległa kazuistyka i cały szereg prac w tym zakresie, które pod wpływem powszechnego rozwoju chirurgii powstały i zmieniły do niedawna panujące poglądy. U nas tylko, gdzie życie umysłowe leniwo płynie, a wymiana ciekawych spostrzeżeń rzadko miewa miejsce, temat ciąży zamacicznej uważany jest za akademicki; gdzieindziej jest on przedmiotem ciągłego opracowywania w pismach, roztrząsania na zjazdach i w towarzystwach, oraz przedmiotem operacji w klinice. Nietylko LAWSON TAIT, który od Stycznia 1883 r. do 25 Września 1888 r., operował 42 razy z dwoma zejściami śmiertelnymi [↖]), lecz i inni chirurdzy, którzy mniejszym rozporządzają materyjałem od sławnego i szczęśliwego Birminghamskiego operatora, raz poraz ogłaszają nowe spostrzeżenia. I u nas nie brak przypadków ciąży zamacicznej, nie dochodzą jednak one, nie mówiąc o nierozpoznanych, do świadomości publicznej i co najwięcej słyszy się o nich przypadkowo przy rozmowach okolicznościowych. Przypadek zdarzył, iż na nową ciążę zamaciczną nie czekałem zbyt długo i doświadczenie nabyte przy pierwszej operacji tego rodzaju nie poszło na marne; wszystko zresztą złożyło się pomyślniej teraz; chorą z rozpoznaniem ciąży macicznej przysłał do mnie D-r WOLBERG z Łodzi, za co mu składam serdeczne podziękowanie. Dla chorej, jako żydówki, zarząd szpitala zrobił wyjątek, przyjmując ją, co głównie zawdzięczam p. D-owi Ko-

[↖]) Lectures on ectopic pregnancy and pelvic haematocoele. 1888, str. 45.

BYLAŃSKIEMU, naczelnemu lekarzowi, który był łaskaw porobić mi wszelkie ułatwienia; wreszcie po dokonanej operacyi już nie spotkały mnie przykrości i posądzenia, możliwe tylko u nas, gdy widziano coś skandalicznego w tem, że wówczas ciąża zamaciczna nie została rozpoznaną, podczas gdy literatura posiada nieprzeliczony szereg pomyłek, popełnionych przez najślawniejszych akuszerów, ginekologów i chirurgów w obrębie tego tak trudnego przedmiotu.

W. R., lat 36 licząca kobieta, inteligentna z pewnem wykształceniem. Przed dwunastu laty wyszła za mąż, lecz po pięcioletniem pożyciu, nie zaszedłszy ani razu w ciążę, rozwiódła się z pierwszym mężem, i dopiero mniej więcej półtora roku temu powtórnie wstąpiła w związek małżeński. Miesiączka ukazała się około 16-go roku życia i przychodziła prawidłowo co miesiąc, trwając 5—6 dni i nie sprawiając żadnych przypadłości. Dopiero mniej więcej 11½ miesięcy temu zmienił się typ miesięczny, a mianowicie w ciągu pięciu z rzędu miesięcy krwawienie pojawiało się często, co tydzień, co dziesięć dni, nie obficie, w kształcie plam na bieliźnie. Ponieważ chora przed 16 laty przebywała pierwszą ciążę i obeznaną była z jej objawami, przeto samej zdawało się, że jest w brzemiennym stanie. Gdy już liczyła, że jest mniej więcej w piątym miesiącu ciąży, i owo skąpe krwawienie ustało i pokazało się znowu aż po 3—4 miesiącach później, czyli mniej więcej przed 2½ miesiącami; wtedy odeszło z niej z krwią, bez boleści coś, co porównywa do kawałka wątroby; krwotok był nieobfity i od tej pory już się więcej nie pojawił. Z początku przez kilka miesięcy chora miewała uporczywe wymioty oraz nieznaczne boleści, które jednak przypisywała ciąży; gorączki nigdy nie było. Przed 12—14 tygodniami dopiero dostała silnych boleści, które trwały kilka tygodni, a jednocześnie wystąpiły męczące wymioty po wszelakim jadłe; potem objawy te ustały i tylko pozostał ból znośny w okolicy podżebrza lewego i w nadbrzuszu, który trwa dotychczas. Chora od samego początku uważała się za brzemienną, sama ruchy dziecka czuła i inne kobiety je widziały. D-r ADOLF WOLBERG prócz ruchów stwierdził bicie serca płodu i obecność ciąży postawił na gruncie pewności mniej więcej w 8-mym miesiącu; chora, jak mi to łaskaw był w liście donieść, miała nieustanny ból w podżebrzu lewym i wymiotowała wszystko, co zjadła lub wypila. Gdy — mniej więcej 11 miesięcy od początku ciąży — poród nie następował, rozpoznanie ciąży zamacicznej stało się łatwem i nie ulegającym wątpli-

O STANIE LARYNGOLOGII W LONDYNIE

na podstawie osobistych spostrzeżeń.

Skreślił

D-r Jan Sędziak,

były asystent szpitala Ś-go Duchy w Warszawie.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 39].

2) Westminster Hospital — naprzeciwko Westminster Abbey, założony w roku 1719, zawiera łóżek 215. Opiekunką szpitala jest królowa Wiktoryja. oraz książę Walii. Dochody w ostatnim roku [1888], licząc w to roczne składki i t. d., wynosiły w r. 1888 pokaźną sumę 125,000 rs.. Ilość ogólna chorych w r. 1888 — 2,684 wewnętrznych, oraz 22,359 zewnętrznych.

Personel lekarski przedstawia się imponująco: 4 konsultantów [2 lekarzy terapeutów — 2 chirurgów], 3 ordynatorów terapeutów i 3 chirurgów. Lekarzy dla zewnętrznych chorych 2. Asystentów lekarzy 2. Chirurg dla przy-

wości, chociaż stan macicy również pewnie i dawniej o tem świadczył. O wyraźnym zmniejszeniu się brzucha w ostatnich czasach chora nie wspomina.

Wysoka, szczupła, śniada, zdrowego wyglądu, z wyrazem cierpienia w twarzy. Smuga słabo zabarwiona; obie sutki wiotkie i flakowate; z brodawek wycisnąć można krople rzadkiego mleka. Obwód brzucha przez pępek wynosi 90 ctm., od spojenia łonowego do pępka 2 ctm, od tego ostatniego do wyrostka mieczykowatego 17½ ctm.. Brzuch bardzo wypukły w okolicy pępkowej, pępek płaski; prawa połowa brzucha wypuklejsza u dołu ponad więzmem POUTPART'a, nieco bardziej płaska w podżebrzu; lewa wręcz naodwrot. Ściana brzuszna mocno obciągnięta na guzie, który jest gładki, wogóle niebolesny przy macaniu z wyjątkiem dwóch miejsc, mianowicie ponad spojeniem i w okolicy *scrobiculum*. Guz jest prawie wszędzie jednostajnie napięty, daje uczucie niewyraźnego chęłbotania, jednakże wzdłuż mięśni prostych nad pępkiem jest twardszy niż gdzieindziej, a nadto na prawo od smugi w części brzucha podpępkowej daje uczucie delikatnego trzeszczenia (*crepitatio*). Wogóle jest on zupełnie nieruchomy, głęboka tylko jego część zaledwie cokolwiek przesunąć się daje. Przy opukiwaniu odgłos w granicach guza zupełnie tępy; ponad kolcem biodrowym prawym, ponad grzebieniem biodrowym prawym, w okolicy lędźwiowej prawej, wzdłuż ostatnich żeber prawych, w dołku podsercowym i wzdłuż łuku żeberowego lewego odgłos tympaniczny; w okolicy lędźwiowej lewej niewyraźnie bębnysty. Wysłuchiwanie uchem i stetoskopem nie odkrywa żadnego szmeru. Części płciowe zewnętrzne zmian żadnych nie przedstawiają, błona śluzowa pochwy i sromu zwyczajnego zabarwienia. Macica leży dość nisko; część pochwowa krótka, mała; wargi wywinięte (*ectropion*), twarde; ujście bardzo małe, tak, że nie można wprowadzić końca palca; płytkie boczne pęknięcia po pierwszym porodzie; macica przechylona w całości na prawo i ku przodowi, gdzie przez sklepienie przednie wybornie trzon jej niepowiększony wymacać można; jest on mało przesuwalny. Ponad macicą i przez sklepienie prawe wyczuwa się elastyczno-twardy guz bardzo niedokładnie; tylne sklepienie i boczne lewe są miękkie i nic szczególnego nie przedstawiają; guz zatem nie ma żadnego bliższego stosunku do pochwy, jest w z wiązku z prawymi dodatkami macicy, leży prawie całkowicie ponad wejściem do miednicy małej; dół DOUGLAS'a nie jest zajęty przez sprawę zapalną.

Narządy wewnętrzne [serce, płuca] zdrowe; wypróżnienia opieszale; oddawanie moczu odbywa się prawidłowo, moczu bywa mało, jest mętny, błądy,

chodnich 1. Asystentów chirurgów 3. Akuszer 1, asystent akuszer 1. Chirurg uszny 1 [BLACK chorych rocznie 260]. Dermatolog 1. Chirurgów dentystów 2. Chirurg oczny 1. Chirurg ortopedyk 1. Laryngolog 1 [HAVILLAND HALL]. Patolog 1. Miejscowych lekarzy (*residents officers*) 5, [starszy i młodszy lekarz wewnętrzny, starszy i młodszy chirurg, oraz akuszer]. W szpitalu tym, jak we wszystkich innych, odbywają się wykłady ze wszystkich gałęzi medycyny teoretycznej, oraz praktycznej, [zwykle następnie ogłaszane drukiem w „*British Medical Journal*“, oraz „*Lancet*“]. Oprócz tego raz na tydzień w tym, jak i we wszystkich szpitalach, odbywają się naukowe posiedzenia lekarzy szpitalnych [oraz jedno walne roczne zebranie, rodzaj kongresu]. co uważam również za bardzo pożyteczne. Szpital własnym kosztem drukuje zbiorowe prace lekarzy szpitalnych; na pożyteczność tego zwyczaju już nieraz zwracałem uwagę. Oddział laryngologiczny mieści się w suterenie; prowadzi doń korytarz z ławkami, na których chorzy przychodni oczekują swej kolei. Sam gabinet obszerny, widny [światło pada z góry] z podłogą kamienną, część tylna, przeforsztowana, służy do badania ogólnego. W gabinecie są 3 lampy zwykłe [jak w szpitalu na Golden-Square], jedna przy środkowym stole dla HAVILLAND HALL'a. W narzędzia gabinet jest dość ubogo zaopatrzony. Porady udziela się tylko raz

przy staniu nie klaruje się zupełnie; przy zagotowaniu opalizuje; posiada małą ilość białka; cylindrów nie zauważono. Kończyny dolne nie opuchnięte.

Operacja. Dnia 4 Czerwca 1889 r. o godzinie 8½ zrana w obecności kol. JAWDYŃSKIEGO, CIECHOMSKIEGO, KONDRATOWICZA, WOLBERGA [syna], GULIŃSKIEGO, KUNIEWICZA, HANDELSMANA, ROGOZIŃSKIEGO, SAWICKIEGO, BORSUKA, SŁUPECKIEGO, BRUNERA, oraz naczelnego lekarza KOBYLAŃSKIEGO, przystąpiłem do operacji. Chora została uspioną chloroformem, od którego w ciągu operacji kilkakrotnie miała gwałtowne napady wymiotów, które bardzo przeszkadzały przy operacji. Cięcie w smudze od pępka do spojenia, po przecięciu otrzewnej stwierdzam zrost luźny, lecz na całej przestrzeni między przednią ścianą brzucha i guzem od dołu, między siecią i guzem od góry, oraz między siecią i ścianą brzuszną; zrosty wszędzie błoniate, nitkowate, nabrzękle galaretowato płynem klejowatym, brudnawo żółtawym, wypełniającym także i oka i szczeliny między zrostami. Wsunąwszy palce ku górze w tę masę zrostów luźnych, przekonywam się o zrośnięciu guza z trzewami od góry; wsunąwszy rękę pod lewą połowę ściany brzusznej i rozrywając sklepienia i zrosty, przekonywam się, że z tej strony guz daje łatwo się oddzielić, zarówno od przodu, jak i od dołu biodrowego, oraz udaje mi się dotrzeć ręką do zagłębienia DOUGLAS'a, gdzie przekonywamy się, że guz nie wchodzi i że nie ma zrostu ścisłego od tyłu z odbytnicą i z *flexura sigmoidea*. Ku dołowi guz dochodzi aż do poziomą kości łonowej i nie znajduje się w związku z pęcherzem, którego nie widać. Guz od przodu, o tyle o ile go widać w otworze cięcia brzusznego, jest dość gładki, z licznymi podkrywanymi zrostami, a po jego powierzchni przedniej od dołu i z lewa, ku górze i na prawo w ukos przebiega listwa, ½ ctm. wysoka, spłaszczona, twarda, podobna do mocnej płaskiej fałdy; ku dołowi i na lewo zbiega ona po guzie ku macicy, na prawo i ku górze ginie na guzie. Gdy po przekłuciu trójgranicem wypłynęło mało brudnego płynu, przeciąłem worek płodowy cięciem równoległym do smugi, wypuściłem resztę cieczy okołopłodowej z kłaczkami *vernix caseosa*; przez ten czas pole operacyjne było obłożone obcisłe ręcznikami, a ściana brzuszna mocno przyciśnięta do guza. Wtedy wprowadziłem palec do worka i natrafiłem na rączkę. Ułożenie płodu było następujące: główka w prawym dole biodrowym [tam, gdzieśmy wyczuwali owo delikatne trzeszczenie i widzieli wypukłość]; pośladki w lewym podżebrzu [gdzie była druga wypukłość]; grzbiet na lewo i nieco w tył i ku dołowi; brzusek i zgięte kończyny zwrócone na prawo, nieco

na tydzień, t. j. we Środę o godzinie 9-ej rano. Chorych ilość niewielka, jak wogóle w oddziałach szpitali ogólnych; w r. 1888 było tylko 200 nowo przybyłych chorych. 1-szy raz widziałem w Londynie rynoskop DUPLAY-CHARRIER'a. Do polipów nosa używa HALL galwanokaustycznej pętli. Pomimo tak szczupłego materiału w sprawozdaniu z r. 1888, D-r HAVILLAND HALL podaje kilka ciekawych przypadków, np. wyprysk w jamie ustnej [2 przypadki], cierpienia *tonsillae lingualis* i t. d., oraz wiele cennych uwag.

*

*

*

3) Guy's Hospital, mieszczący się na St. Thomas Street-Borough. [w bliskości słynnego londyńskiego mostu], założony w roku 1721, jest trzecim z rzędu co do rozmiarów szpitalem [1-szy London Hospital, 2-gi Bartholomew's]. Zawiera 690 łóżek. Szpital, wewnątrz niezwykle praktycznie urządzone, zawiera kilka wspaniałych muzeów; szpital, oprócz ogólnych sal, posiada oddziały dla chorób ocznych, usznych [D-r PURVES], zębów i t. d., wreszcie gardła, ten ostatni otwarty dopiero w r. 1887, pozostaje pod kierunkiem jednego z asystentów chirurgów, D-ra SYMONDS'a. SYMONDS znany jest w literaturze, jako wynalazca bardzo praktycznych rur przełykowych, między innymi pisał o intubacji

ku górze i ku przodowi. Pociągając za nóżki, martwy płód wydobyłem z worka, poczem zaraz do czysta wypłukałem jamę ciepłym roztworem soli, zaraz poczem zaszyłem jaknajściślej otwór w worku, ażeby nie zanieczyszczać jego zawartością pola operacyjnego. Wtedy brudne ręczniki zostały usunięte, brzuch, rana i worek zmyte 3% roztworu kwasu karbolowego.

Wobec wyraźnych śladów rozpoczynającego się gnicia, widziałem, że koniecznem jest wycięcie worka. Jak powiedziałem wyżej, worek oddzielony już został od przedniej ściany brzusznej, dalej na lewo od dołu biodrowego lewego; następnie od góry odrywałem go od sieci, chwytając w kleszczyki każdy pęczek krwawiący; bez wielkiej trudności udało mi się odłuszczyć worek od pętlic kiszek; natomiast trudniej znacznie szło oddzielanie worka od kręzek, t. j. od tyłu w okolicy części lędźwiowej kręgosłupa. Tutaj w okolicy *m. ileo-psoas* połączenie worka z tylną ścianą brzucha było tak ściśle, że nie można było odłuszczać palcami na tępo; nie chcąc skałeczyć ważnych naczyń (*a. et v. iliaca*), starałem się, o ile można, trzymać worka płodowego, był on jednak w tem miejscu tak cienki; iż ciągle przy oddzielaniu przedzierał się i widać było kruchą, niekrwawiącą tkankę łożyska. W ten sposób ostrożnie pracując, oddzieliłem cały worek z wyjątkiem od strony macicy, z której prawym rogiem był w najściślejszym związku, tak, że otrzewna macicy, a nawet zdawało się, że w części jej tkanka wyciągnięta przechodziła w worek płodowy, w tem miejscu jędrniejszy i grubszy niż gdzieindziej; zkąd też szły główne naczynia i było ich najwięcej, tak, że gdy w innych miejscach przy oddzielaniu worka krwawienie było niewielkie i punktami, tu krwawienie było bardzo żywe. Po oddzieleniu worka od dołu biodrowego prawego, jak rzekłem, utworzyła się szypuła gruba jak dwa palce, za pomocą której worek łączył się z prawym rogiem macicy. Szypułę tę, przebijając igłą, podzieliłem na kilka pęczków i każdy podwijałem mocnym jedwabiem i obciąłem. Teraz przyszła najzmutniejsza część operacji: podwidywanie i obkluwanie krwawiących punktów na sieci, krezce, kiszce, w dole biodrowym i około macicy. Na szczęście w dole DOUGLAS'a, biodrowym lewym i między macicą i pęcherzem nie potrzebowałem wcale troszczyć się o krwawienie, gdyż albo zrostów tu nie było, albo były bardzo luźne i już przestały krwawić. Po załatwieniu się z krwawieniem i usunięciu licznych kleszczyków hemostatycznych, zapęnlających pole operacyjne i gąbek, zauważyłem, że pewien sznurek, biegnący z góry na dół i z tyłu ku przodowi po dole biodro-

krtni. Wizyty dla chorych zewnętrznych gardlanych odbywają się raz na tydzień w Piątek o 2 po południu. Chorych nowo przybyłych bywa około 500 rocznie [SYMONDS, jako chirurg, posiada własnych 6 łóżek]. Ma on 2 [półrocznych] asystentów, jednemu z nich, mianowicie D-rowi RANESAY A. BREMNER'owi [w nieobecności D-r SYMONDS'a, który był wówczas na urlopie], zawdzięczam szczególne, dotyczące tak urządzenia specjalnego oddziału, jako też i całego szpitala.

Gabinet laryngologiczny znajduje się na dole na lewo w bocznym pawilonie. Jest to dość obszerny pokój [2-gi mniejszy z ławkami służy za poczekalnię], zawiera 5 lamp gazowych z kondensatorami, środkowa dla SYMONDS'a. Do dezynfekcji używają tu sublimatu [1:5000]. Pierwszy raz w Londynie widziałem pincetę krtaniową [KRAUSE'go, v. HERYNGA] do waty, rynoskop również DUPLAY'a. Również widziałem tu po raz pierwszy skrobaczkę HARTMANN'a do adenoidalnych wyrostów. Wogóle wyznać muszę, że większość narzędzi, używanych w londyńskich szpitalach, są albo angielskie, albo amerykańskie; niemieckich, oraz francuzkich bardzo mało widziałem, idzie to w parze ze znanym konserwatyzmem lekarzy angielskich.

Dla ogólnego badania służy część gabinetu, oddzielona parawanem.

*

*

*

wym, przecięty, na który przy odłuszczeniu worka nałożone zostały kleszczyki, nie jest żadnym naczyniem, lecz prawdopodobnie moczowodem. Przewód ten oddzielony na znacznej rozciągłości od tylnej ściany brzucha, mający światło kalibru kruczego pióra, a ścianę jak żyła podkolanowa, nie wydzieliał żadnego płynu [po zdjęciu kleszczyków]. Dla pewności na oba końce znowu nałożyłem kleszczyki i umieściłem nazewnątrz jamy brzusznej.

Przekonawszy się, że nigdzie nie krwawi, nie oglądając już macicy, dla pośpiechu [dla tego też o stanie lewego jajnika i moczowodu nic powiedzieć nie mogę], przystąpiłem do opatrzenia rany. Mając na uwadze znaczną liczbę obkłuć i podwiązań grubych pęczków tkanki, szeroko okrwawioną i pozbawioną otrzewnej powierzchnię tylnej ściany brzucha, *resp.* dołu biodrowego prawego, dalej możliwość wsączenia się płynu z worka płodowego przy manipulacjach, postanowiłem zapewnić odpływ wydzieliny z jamy otrzewnej. W tym celu otworzyłem szeroko sklepienie tylne pochwy, i podczas gdy pomocnik naprężał mi dół DOUGLAS'a palcami wprowadzonymi do niego, otworzyłem otrzewną i wsunąłem gruby pasek gazy jodoformowej. Nie mając czem zamknąć i pokryć braku w otrzewnej w ścianie tylnej brzucha, pozostawiłem ją obnażoną, a zrobiwszy toaletę jamy brzusznej, zaszyłem ranę w smudze białej kilkunastu szwami. Dwa szwy w dolnej połowie rany pozostawiłem niezawiązane; przez to miejsce wyprowadziłem końce przeciętego prawdopodobnie moczowodu, a wprowadziłem pasek gazy jodoformowej. Na końcu przypuszczalnego moczowodu nałożyłem kleszczyki hemostatyczne, mające na celu czasowe niedopuszczenie moczu do opatrunku i do rany, zanim ta się niezagoi i zanim nie usunie się z brzucha gazy. Na wszystko nałożyłem suty opatrunek z gazy jodoformowej i waty. Operacja trwała 2¼ godziny; chora przyszła do siebie po operacji dość łatwo.

[C. d. n.]

4. London Hospital znajduje się na Mile End [w bliskości White Chapel]. Jest to największy szpital w całej Wielkiej Brytanii, posiada 800 łóżek. Zewnętrzny wygląd okazały, chorych wewnętrznych w r. 1888 było 8,863, zewnętrznych 95,760. W szeregu licznych oddziałów specjalnych jest uszny, pod kierunkiem D-ra WOAKES'a [ojca] pozostający. Wspominaliśmy już o nim, mówiąc o personelu lekarskim szpitala specjalnego [C.]. Oddział chorób gardłanych prowadzi MARK HOVELL, chirurg szpitala na Golden Square, o którym również wspominaliśmy w swoim czasie. Oba oddziały, przeznaczone jedynie dla chorych przychodnich, mieszczą się obok siebie na dole [w prawym pawilonie]. Wizyty odbywają się w jednych godzinach, t. j. raz na tydzień [w Sobotę o 9-ej rano]. Gabinety lekarskie, bardzo obszerne, składające się z 2-ch pokoi, [dla ordynatora, oraz asystenta], zawierają po kilka lamp dla studyjujących lekarzy, lub studentów, liczba chorych, zwłaszcza usznych, bardzo znaczna [brak mi więcej szczegółowych danych statystycznych]. Dodać winienem, że w szpitalu tym pierwsze wykształcenie ogólnolekarskie otrzymał SIR MORELL MACKENZIE.

*

*

*



II. TRZY PRZYPADKI TORBIELI SUROWICZYCH ZAOTRZEWNIOWYCH (*Cystae serosae retroperitoneales, praevertebrales*).

Napisał

D-r Med. E. Przewoski.

Opisano dotąd stosunkowo niewiele nowotworów, przedstawiających się w postaci torbieli w tkance łącznej zaotrzewniowej [przed tylną ścianą jamy brzusznej i pomiędzy listkami kretek]. Wogóle należą one do zjawisk rzadkich. Nasze wiadomości o ich budowie, sposobie powstawania i topograficznem rozmieszczeniu są jeszcze bardzo niedostateczne. Z tego powodu trzy spostrzeżenia, jakie ogłaszam, mogą mieć wartość teoretyczną i praktyczną.

W tkance łącznej zaotrzewniowej i kręzkowej spotykamy w postaci torbieli następujące twory ¹⁾:

a) Więcej lub mniej złożone torbiele skórzaste (*dermoid-cystoma*), podobne do analogicznych torbieli jajnika. LEBERT przytacza dwa przypadki takich torbieli skórzastych, zawierających tylko tłuszcz i włosy. SCHULTZER opisuje jeden przypadek torbieli skórzastej w krezce u 15-letniej dziewczyny. Torbiel ta, oprócz tłuszczu i włosów, zawierała jeszcze 12 zębów. CRUVEILHIER mówi, że DUPUYTREN znalazł także podobną torbiel w krezce pewnego mężczyzny. Dalej, należeć tu mają jeszcze spostrzeżenia EPPINGER'a i KUESTER'a.

¹⁾ Nie zaliczamy tu torbieli, biorących początek z trzustki, jako stanowiących zmianę patologiczną ściśle określonego narządu. Dalej, bąblowce, opisywane często przez Francuzów pod nazwą: „*kystes hydatiques*“, odnosimy do pasorzytów. Również nie włączamy tu prostych wylewów krwi do tkanki łącznej i ich następstw („*kystes sanguins*“).

5. St. Mary's Hospital mieści się na Dambridge place, zawiera 281 łóżek, zostaje pod patronatem królowej. Jest to jeden z nowszych szpitali [liczy bowiem obecnie 39-ty rok istnienia, gdyż założony został w roku 1851]. Przy nim [podobnie, jak w 9 jeszcze innych większych szpitalach, np. St. Thomas, Westminster, Guy's, Bartholomews, London i t. d.], znajduje się t. zw. „*medical school*“ z muzeami, laboratoryjami, wykładami dla studentów i t. d.. Personel lekarski składa się z 31 lekarzy, mniej więcej w tym rodzaju, jak w Westminster Hospital, t. j. 6 konsultantów [z tych 3 chirurgów i 3 wewnętrznych], 6 lekarzy ordynatorów [3 chirurgów i 3 wewnętrznych], 3 lekarzy wewnętrznych i 3 chirurgów dla zewnętrznych chorych, 2 akuszerów [1 asystent], 2 ocznych, 1 uszny [FIELD w Poniedziałek i Czwartek o 3-ej po południu], jeden skórny, jeden lekarz dentysta, jeden elektroterapeuta, jeden laryngolog [D-r SCANES SPICER we Wtorek i Piątek o 1½ po południu]. Po 1 lekarzu i chirurgu dla dzieci [zewnętrznych]. Jeden dla ortopedyi, wreszcie 1 dla anestezyi.

W r. 1888 w szpitalu było: 3,293 chorych wewnętrznych i 14,487 zewnętrznych. Wypadkowych przeszło 12,000. Razem około 30,372. Dochód ogólny w r. 1888 wyniósł przeszło 210,000 rs.. Oddział dla chorób gardłanych [zewewnętrznych], pod kierunkiem D-ra SCANES SPICER'a od niedawna pozostający,

b) Jelito-torbiele (*enterocystoma*), to jest wrodzone, napełnione płynem worki, których ściana więcej lub mniej zupełnie posiada budowę ściany kiszek. Takie torbiele nabyte przedstawia u dorosłych to, co nazywają: *hydrops processus vermicularis*. Ze względu na swe powstawanie są to torbiele z zatrzymania wydzieliny. Dotąd utrzymują, że punktem wyjścia ich wyłącznie prawie bywa *diverticulum MECKELI*. Znajdywano je jeszcze z zachowaniem połączeniem ze światłem kiszek [ROTH, TIEDEMANN, BUCHWALD, JANICKE], albo też w stanie zupełnego odsznurowania [przypadki RAESTELD'a, ROSER'a [?], ROTH'a, HENNING'a?].

c) *Cystae chylosae*, które cechują się tem, że zawartość ich jest biaława, gęsta, mniej więcej podobna do czystego mleka. Ściana tych torbieli, zwykle dosyć gruba, składa się z tkanki łącznej z wieloma przestrzeniami limfatycznymi. Wyściela je od wewnątrz jednowarstwowy, delikatny śródbłonek, jakkolwiek tego śródbłoneka często odszukać nie zdołano. Torbiele takie dochodzą niekiedy do wielkości głowy dziecka i zawierają od 700 do 800 grm. płynu [BRAMANN]. Siedzibą ich jest krezka kiszek cienkiej. Duże takie torbiele rozciągają zupełnie kreskę i z przodu przylegają do kiszek, a z tyłu do kręgosłupa. Punktem wyjścia tych torbieli bywa albo rozszerzenie *cysternae chyli* przy nieprzepuszczalności lub zwężeniu przewodu piersiowego (*ductus thoracicus*), albo też *chylangiomas cavernosa* [nowotwory takie opisali w krezce: WEISCHELBAUM, SABOURIN, BOLLINGER]. *Cystae chylosae* obserwowali DENTU, TILLAU, WERTH i niektórzy inni.

d) Torbielaki z różnie wyglądającą zawartością, wysłane nabłonkiem rzęskowym. Taki torbielak obserwował w 1881 r. H. COBLENTZ ¹⁾ u 49-letniej kobiety. Nowotwór leżał na wysokości pępka z lewej strony za górną częścią *S-romani* i najmocniej był zrosnięty z ciałem drugiego kręgu lędźwiowego. Składał się on z głównego worka wielkości orzecha kokosowego i zawartych w jego

¹⁾ VIRCHOW's Archiv. Vol. 84, pag. 27.

zawiera 2 pokoje, oraz poczekalnię ogólną z ławkami, na których umieszczone są nazwiska lekarzy, udzielających porad w różnych specjalnościach w tymże czasie. 1-szy obszerny gabinet ze stołem po środku dla SPICER'a, w przeległym [ciemnym] pokoju 2 lampy zwykle gazowe dla studentów, oraz lekarzy. Porad w roku zeszłym udzielono około 3,600. D-r SPICER, autor wielu prac w dziedzinie laryngo-rynologii, między innemi: „*the tonsills (faucial, lingual, pharyngeal and discrete), their referations and relations to affections of the throat and nose*“, oraz autor bardzo praktycznego schematu [w r. 1887] do badań krtani, gardła, nosa i uszu, coś w rodzaju BRESGEN'owskich [Frankfurt nad Menem].

*

*

*

6) Bartholomew's Hospital mieści się na West Smithfield, założony w r. 1123, jest drugim z kolei co do rozmiarów, gdyż zawiera 750 łóżek. Przecięciowo bywa chorych wewnętrznych rocznie 6,000, zewnętrznych zaś 150,000! Personel lekarski składa się z mnóstwa lekarzy ogólnych, chirurgów, oraz ich asystentów, między innemi jest tam 8 miejscowych lekarzy wewnętrznych, oraz 10 miejscowych chirurgów. Wszyscy oni są roczni, akuszerzyjni zaś półroczni, pensja ich wynosi 250 rubli rocznie. O pożyteczności podobnego urządzenia,

ścianach wielu małych woreczków. Zawartość głównego worka stanowił płyn białawy, podobny do mleczka, w małych workach płyn był rzadki, prawie bezbarwny, przezroczysty.

Torbielak, wysłany nabłonkiem rzęskowym, znalazłem i ja także przypadkowo na trupie 38-letniej kobiety. Torbielak, ten był jedukomorowy, wielkości małego jaja kurzego i leżał w więzie śledziono-przeponowym (*lig. phrenicocolienale*) na wysokości średniej części wnęki śledziony. Ścianę torbielaka stanowiła dosyć gruba, biaława, mocna błona, złożona z włóknistej tkanki łącznej z małą domieszką włókien sprężystych. Gładką wewnętrzną powierzchnię błony wyścielał dosyć wysoki jednowarstwowy nabłonek wałeczkowy z wyraźnymi i długimi rzęskami. Zawartość torbielaka tworzył gęsty, prawie przezroczysty, mocno-ciągły płyn, który pod drobnowidzem zawierał wiele złuszczo-nych komórek nabłonka rzęskowego. Od śledziony i innych blizkich narządów torbielak był oddzielony za pomocą luźnej tkanki łącznej. Nieco mocniejsze było spojenie zewnętrznej jego powierzchni z listkami otrzewnej, tworzącej więz śledziono-przeponowy.

e) Torbiele z zawartością surowiczą (*cystae serosae*), wysłane jednowarstwowym nabłonkiem płaskim. Takich torbieli opisano dotąd bardzo niewiele. MESNER w 1850 roku przedstawił tego rodzaju torbiel wielkości jaja kurzego w *Société anatomique* w Paryżu. KLEBS znalazł podobną torbiel z dosyć grubemi, włóknistymi ściankami tuż przy lewej miedniczce nerkowej (*Handbuch der path. Anatomie. Bd. I, pag. 332*). Dalej, analogiczne torbiele obserwowali PÉAN, WATT i niektórzy inni. Torbiele te, jak powiedziano, charakteryzują się przeważnie cienką, błoniastą ścianą o wewnętrznej powierzchni gładkiej, wysłanej przez jednowarstwowy, delikatny nabłonek, podobny do śródbłónka błon surowiczych. Zawartość ich stanowi płyn rzadki, jak woda, bynajmniej nieciągły, przezroczysty, blado-żółtawy. Czasami płyn ten przybiera nieco oddmienny wygląd skutkiem domieszki wylanej krwi. Otóż, z tego ostatniego działu torbieli obserwowałem trzy przypadki, a mianowicie:

sądzę, zbyt cennym byłoby mówić. Zastosowanie go u nas, o ile byłoby to możliwem, przyniosłoby ogromne korzyści dla młodych lekarzy naszych. Prócz tego jest 2 stałych rocznych asystentów do chloroformowania z pensją 500 rubli [starszy] i 250 rs. [młodszy], 2 asystentów elektroterapeutów [trzymiesięcznych] i t. d.. Szpital zawiera oddziały dla różnych chorób, między innymi dla uszów [CUMBERBATCH] i gardła, pod kierunkiem jednego z asystentów, chirurgów, BUTLIN'a pozostający. Ten ostatni znanym jest przedewszystkiem ze znakomitej monografii o chorobach języka [w r. 1885, tłómaczonej na niemiecki w r. 1887 przez BEREGSZASZY'ego]. Gabinet dla chorób gardlanych składa się z 2 pokoi, oraz poczekalni. W 1-szym pokoju jest lampa, oraz stół z podręcznymi narzędziami i lekami dla BUTLIN'a, w drugim jest 7 lamp gazowych dla studentów i lekarzy. W roku zeszłym 1888 chorzy byli przyjmowani tylko raz na tydzień, obecnie zaś dwa razy [we Wtorki i Piątki o 2½ po południu]. W pierwszej połowie roku obecnego [1889] było nowo przybyłych chorych 425.

*

*

*

Oto są najważniejsze szpitale ogólne, w których znajdują się *throat departments*, o pozostałych kilku dostatecznie będzie powiedzieć słów kilka:

I. U Stangreta Sebastyjana, wyrobnika, lat 70, znalazłem na trupie wielką torbiel surowiczą, jako jedyną ważną zmianę patologiczną. Chory wstąpił do szpitala Dzieciątka Jezus dnia 20 Lipca 1889 roku, uskarżając się na ból w brzuchu, nudności i taki brak apetytu, że od trzech tygodni pił tylko małe ilości mleka.

Stangret powiada, że przed trzema laty zauważył pierwsze objawy obecnej choroby, a przedtem był zdrow zupełnie. Najpierw powoli zaczął mu puchnąć brzuch, a potem mocno obrzękły nogi. Jednocześnie chory miewał kaszel i doświadczał od czasu do czasu duszności. Do żadnych nadużyć *in Baccho et in Venere* chory się nie przyznaje.

Przy badaniu w szpitalu uderzał przedewszystkiem ogromny brzuch, dający uczucie chęłbotania. Sam chory był mocno wyniszczony, ale dobrej budowy i wzrostu. Na nogach zauważono wyraźny obrzęk. W płucach przy wysłuchiowaniu znaleziono oddech zaostrozony oraz niewiele suchych rzężeń i trzeszczeń. Płwocina obfita, śluzowo-ropiasta. Oddechów 40. Serce pokryte płucami. Tętno czyste. Tętno 96. Przepona mocno podniesiona. Stolce nieobfite, półwodniste. Moczu bardzo mało o ciężarze właściwym 1,018. Mocz oddziaływa kwaśno, daje osad bardzo nieznaczny i zawiera ślady białka. Przy próbnem przekłuciu wydobyto z brzucha płyn surowiczy, zupełnie przezroczysty, o bardzo małym ciężarze właściwym. Ponieważ granice wątroby z powodu nagromadzenia wielkiej ilości płynu w brzuchu trudno było oznaczyć, przeto myślano, że chory cierpi na marskość wątroby.

7-go dnia pobytu chorego w szpitalu wypuszczono z jamy brzusznej 13,5 litrów płynu surowiczego, o ciężarze właściwym 1,005. Po wypuszczeniu płynu nie można było jeszcze wyczuć ani wątroby, ani śledziony. Chory uskarżał się na nudności, ból w brzuchu, a dnia 1 Sierpnia umarł.

Przy badaniu pośmiertnem na mocno wyniszczonym trupie znaleziono zmiany zależne od przewlekłego zapalenia błony śluzowej grubych i drobniejszych oskrzeli, z wyraźną rozedmą (*emphysema*) tkanki płucnej przy wierzchołku i na przednich brzegach. Dolne części płuc na wpół uciśnięte, przez mocno podniesioną przeponę. Prawe serce trochę powiększone. Śledziona mała, blada. Wątroba znacznie zmniejszona, płaska i przyparta do przepony. Powierzchnia jej gładka. Na rozkroju jest ona blada i rozrywa się ze zwykłą łatwością. Pęcherzyk żółciowy zawiera bardzo mało żółci.

7) St. George's Hospital — Hysle Park Cornar — zawiera 353 łóżek, dla chorób gardła jest oddział [zewnątrzny], pod kierunkiem D-r WHIPHAM'a pozostający [we Czwartek o 2 po południu]; jest on jednocześnie lekarzem wewnętrznym szpitala. Dla usznych chorób jest DALBY.

8) Middlesex Hospital — wprost Berner Street — zawiera 310 łóżek.

Dla usznych i gardlanych chorób jest D-r HENSMAN — we Wtorki o 9 rano.

9) University College Hospital — Gower Street — zawiera 207 łóżek. Dla chorób gardła i uszu D-r POLLARD [Poniedziałek i Czwartek o 9 rano] od niedawna [kilku miesięcy], poprzednio zaś dla gardła D-r POORE, [dla uszu BARKER].

Prócz tych szpitali istnieją jeszcze w Londynie 3 specjalne szpitale dla chorób gardła, krtani, nosa i uszu [patrz t. zw. *Medical Directory*]; są one jednak czysto prywatnego charakteru. Do nich należą:

1. *Municipal throat and ear Infirmary*, lekarz GORDON HOLMES, autor znacznej monografii o historii laryngologii.

2. *Sentli Belgavia dispensary for diseases of the throat, chest and ear* — lekarze CRANE i PHILIPPS [chirurg]. Wreszcie:

3. *Metropolitan ear and throat infirmary*, chirurdzy PICKELT i NESBITT.

Zaraz pod wątrobą widać wielki, owalny, chęlboczący guz, który wypełnia całą prawą połowę jamy brzusznej. Guz górnym końcem przypiera mocno do dolnej powierzchni wątroby, dolnym nieco zaostrozonym wchodzi do jamy małej miednicy, prawym brzegiem opiera się o kręgosłup i przechodzi nad jego przednią powierzchnię. Nad guzem, to jest na jego przedniej powierzchni, leży uniesiona otrzewna wraz z kiszka ślepą i kiszka grubą wstępującą. Za guzem widać nerkę prawą wraz z nadnerczem, dalej miedniczkę nerkową i moczowód. Cała kiszka cienka, a także poprzecznicą, dwunastnicą z głową trzustki i odźwiernikową część żołądka przepchnięte są na lewo. Przyrosły brzeg krezki kiszek cienkiej jest w części uniesiony przez guz, w części również przepchnięty na lewo.

Przy bliższem badaniu okazuje się, że cały guz jest torbielą jednokomorową, oddzieloną od wszystkich otaczających narządów przez luźną tkankę łączną. Daje się on od wszystkich tych narządów, a także od pokrywającej otrzewnej bardzo łatwo odłuszczyć. Nie można dostrzedz najmniejszego związku pomiędzy torbielą, a kiszka ślepą, miedniczką, moczowodem prawym, pęcherzem moczowym i t. d..

Torbiel ma ścianę, utworzoną przez włóknistą, białawą, mocną błonę, której grubość wynosi w różnych miejscach od 0,5 do 1 milim.. Pod drobnowidzem widać, że błona składa się wszędzie z włóknistej, dosyć zbitej tkanki łącznej, obfitującej we włókna sprężyste. Wewnętrzna powierzchnia ściany torbieli jest wszędzie zupełnie gładka, błyszcząca, a pokrywa ją jednowarstwowy, cienki delikatny nabłonek, podobny do śródbłonka błon surowiczych. Na preparatach, otrzymywanych za pomocą zeskrobywania, łatwo się można przekonać, że komórki tego nabłonka są cienkie, blaszkowate z owalnym delikatnie zarysowanym jądrem, około którego dostrzega się nieco drobnoziarnistej protoplazmy.

Zawartość torbieli stanowi płyn surowiczy, zupełnie przezroczysty, lekko żółtawy z odczynem słabo-alkalicznym. Całkowita ilość jego wynosi 8750 ctm. sześć.. Ciężar właściwy płynu jest 1,005. Pod względem chemicznym płyn nie różni się zupełnie od przesięku, znajdującego się u tegoż osobnika w małej ilości w jamie otrzewnej. Białka płyn zawiera 2,1 grm. na litr. Przy staniu płyn daje nieznaczny kłaczkowaty osad, w którym widać pod drobnowidzem trochę komórek podobnych do bezbarwnych ciałek krwi, nieco złuszczonej płaskich komórek nabłonka, prócz tego nieco więcej lub mniej mocno stłuszczo-

Na tem ograniczamy nasze notatki o szpitalach londyńskich. Być wprawdzie może, że zbyt szczegółowo są podane; sędzę jednak, że każdy lekarz, a zwłaszcza specjalista laryngolog wiele w nich ciekawego odnaleźć może. Być może, że powyższe notatki zachęcą niejednego z młodych kolegów do studyjów w Anglii, z których jestem przekonany moralnie, wiele by mógł skorzystać, będąc tak zadowolonym, jak ja nim jestem.

Na zakończenie słów kilka o dwóch lekarzach, specjalistach, którzy aczkolwiek nie mają już szpitala, jednak pracują na niwie laryngologicznej. Mam tu na myśli PROSSER JAMES'a — autora bardzo wielu cennych prac, między innymi: „*laryngoscopy and rhinoscopy*“, — oraz PERCY KIDD'a, wiele piszącego w kwestyi guzów gruczolanych krtani.

W roku 1888 założonem zostało w Londynie stowarzyszenie lekarzy, specjalistów, Wielkiej Brytanii: „*British laryngological and rhinological Association*“. Prezydentem jest SIR MORELL MACKENZIE. Vice Prezydentami — LENNOX BROWNE [Londyn], SMYLY [Dublin], oraz HUNTER MACKENZIE [Edynburg], sekretarzem towarzystwa jest GEORGE STOKER. Posiedzenia odbywają się 4 razy do roku [3 w Londynie, pozostałe w jednym z miast W. Brytanii]. Ostatnie posiedzenie, na które otrzymałem zaproszenie, odbyło się 26 Czerwca 1889 r.

nych, ziarnistych takichże komórek, nieco drobnych kropelek wolnego tłuszczu i bardzo mało drobnutkich kryształków cholestearyny.

Otrzewna nad torbielą i na całej swej rozciągłości cienka, gładka, błyszcząca, bez zrostów, a w jamie swej, jak wspomniano wyżej, zawiera około 1 litra surowiczego przesieku o ciężarze właściwym 1,005.

Obie nerki zwykłej wielkości, blade, nadto prawa trochę spłaszczona skutkiem ucisku przez leżącą nad nią torbiel. Miedniczki nerkowe obu nerek, a także oba moczowody, pęcherz moczowy, jądra, przyjadrza, *vasa deferentia*, pęcherzyki nasienne, przewody wytryskowe, *prostata*, *uterus masculinum* i cewka moczowa, prócz bladłości, nie przedstawiają żadnych zmian widocznych. Przewód pokarmowy, także tylko małokrwisty i nadto uległ przemieszczeniom, jak wyliczono wyżej. Trzustka blada. *Anaemia cerebri et meningum*.

Na całym więc trupie, oprócz torbieli surowiczej, przewlekłego zapalenia błony śluzowej oskrzeli i niewielkiej rozedmy płuc, nie znaleziono zmian ważniejszych; ponieważ rozedma płuc nie była tak znaczna, iżby śmierć spowodować mogła, przeto zejście śmiertelne w wysokim stopniu zależało od obecności w jamie brzusznej wielkiej torbieli i wywołanych przez nią mechanicznych następstw długiego ucisku.

Powyższą torbiel opisałem na pierwszym miejscu, ponieważ była największa i stała się przyczyną ważnych zaburzeń w ustroju. W dwóch innych mych spostrzeżeniach analogiczne torbiele surowicze były nierównie mniejsze i tylko przypadkowo zostały znalezione na trupie.

II. Kuśmierski Władysław, lat 56 liczący, zmarł dnia 13 Kwietnia 1888 roku w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie. Był to mężczyzna dobrego wzrostu i dobrej budowy. Zachorował on na kilka tygodni przed śmiercią. Głównie dokuczały choremu obrzęki kończyn dolnych z białkomoczem i innymi oznakami przewlekłego zapalenia nerek. Nadto cierpiał on na dosyć uparty i długotrwały kaszel, połączony czasami z dusznością.

Na wyniszczonym trupie znaleziono: dosyć znaczny obrzęk dolnych i po części górnych kończyn. Płuca powiększone blisko o $\frac{1}{4}$ swej objętości, blade, rozedmowe przy wierzchołkach i po brzegach, a w tylnych częściach mocno obrzękłe. *Bronchitis chronica*. Wyrażna *hypertrophia excentrica cordis dextri et sinistri*. W osierdziu około 50 ctm. sześć. płynu surowiczego. Ślady *endoaortitidis deformantis chronicae*.

we wspaniałym hotelu Langham wśród dość licznie zebranych lekarzy, specyjalistów. Na popołudniowym posiedzeniu [3 godzina], oprócz wstępnych zwykłych kwestyj, oraz demonstracji niezwykle ciekawego chorego po operacji mięsaka prawej połowy twarzy — MARK HOVELL i WRIGHT WILSON [nieobecny] czytał rzecz o „*diseases of the glandular strictures of the pharynx and nasopharynx*“, po czem nastąpiła ożywiona dyskusja, w której przyjmowali udział, oprócz prezydenta, LENNOX BROWNE, DUNCLAS GRANT, GEORGE STOKER, BOND i t. d. z Anglii, oraz specjaliści z prowincyi. Wieczorne posiedzenie [o 8 $\frac{1}{2}$] rozpoczął prezydent odczytem o „*gouty sore throat*“ zakończoną również dyskusją [GEORGE STOKER, DUNDAS GRANT i t. d.]. Dalej D-r HUNT [z Liwerpola] odczytał „*Lupus of the throat and nose*“. W dyskusji nad tym przedmiotem zabierali głos: prezydent, STOKER, GRANT, HOVELL i t. d.. Nakoniec prof. MAYS COLLIER mówił o „*the hyo-epiglottic membrane*“, przedstawiając odpowiedni preparat anatomiczny, jakoteż rysunek. W tem miejscu wspomnę o zwyczaju okłaskiwania nie tylko prelegentów, lecz nawet przyjmujących udział w dyskusji.

Na zakończenie znani „*instrumentmakers*“ angielscy [WEISS, MEYER i MELTZER, COXETER i THISTLETON] demonstrowali cały szereg narzędzi specyjalnych.

W jamie otrzewnej około 1500 ctm. sześć. płynu surowiczego, przezroczystego. Otrzewna wszędzie gładka, cienka, o błyszczącej powierzchni. Wątroba trochę powiększona, muszkatolowata skutkiem zastój krwi. Śledziona blisko dwa razy większa od prawidłowej, twarda, na rozkroju ciemno-czerwona (*tumor cyanoticus*).

Nerka lewa nieco zmniejszona, twarda. Powłokę jej oddziera się z trudnością. Powierzchnia drobno-ziarnista, czerwona. Istota korowa wyraźnie ścięciwała, czerwona, dosyć twarda, a miejscami zawiera drobne torbiele. Piramidy ciemno-czerwone (*Nephritis diff. chronica*). Miedniczka lewa i lewy moczowód, oprócz wyraźnego nastrzyknięcia, nie przedstawiają żadnych innych zmian widocznych.

Nerka prawa z moczowodem i miedniczką przedstawiają się tak samo.

Pęcherz moczowy i narządy płciowe nie przedstawiają nic szczególnego.

Przy wyjmowaniu nerki lewej przed dolną jej połową i przed miedniczką zauważono guz okrągły, wyraźnie chęlboczący, wielkości głowy nowonarodzonego dziecka. Przednią częścią guz wchodził pomiędzy dwa listki *mesocoli descendentes*, a przed nim w kierunku z góry na dół zstępowała kiszka gruba zstępująca. Ze wszystkimi sąsiednimi narządami guz był połączony tylko za pomocą luźnej tkanki łącznej i dał się wyłuszczyć bardzo łatwo. Po rozcięciu, guz okazał się torbielą jednokomorową. Ścianę torbieli tworzyła dosyć mocna, włóknista, biaława, wszędzie jednostajnie gruba [około $\frac{1}{2}$ milimetra] błona z wewnętrzną powierzchnią zupełnie gładką, błyszczącą. Drobnowidzowe badanie ściany torbieli pozwoliło przekonać się, że składa się ona tylko z dosyć zbitej, włóknistej tkanki łącznej z niewielką ilością włókien sprężystych. Wewnętrzna powierzchnia błony była wysłana jednowarstwowym płaskim nabłonkiem, zupełnie przypominającym śródbłonek błon surowiczych. Zawartość torbieli składała się z płynu zupełnie przezroczystego, surowiczego, blado-żółtawego, bynajmniej nieciągliwego. Płyn oddziaływał słabo-alkalicznie, a ciężar właściwy jego wynosił 1,011. Morfologiczne składniki zawartości torbieli były mniej więcej takie same, jak w torbieli surowiczej poprzedzającej. Nie znaleziono tylko kryształków cholestearyny.

Cały przewód pokarmowy, oprócz jasno wyrażonego miejscamizastoju żylnego i niewielkiego przemieszczenia przez torbiel ku przodowi кишки grubej zstępującej, nie przedstawiał żadnych zmian ważniejszych. Toż samo trzustka.

III. Modzelewski Aleksander, żebrak, lat 78. Na kilka tygodni przed śmiercią wylew krwi do mózgu z wyraźnym, połowicznym, prawostronnym bezwładem. Śmierć nastąpiła nagle skutkiem ogromnego, powtórnego wylewu krwi do mózgu.

Na trupie znaleziono: na goleni lewej *ulcus chronicum calosum*. Dosyć mocna *endarteriitis nodosa deformans chronica* w tętnicach na podstawie mózgu. *Lacuna apoplectica* z lewej strony, zajmująca przednie części *nuclei lenticularis, capsulae internae et externae*. Nowy, zupełnie świeży wylew krwi z prawej strony we wzgłówek wzrokowy i w znaczną przylegającą od zewnątrz część istoty białej. Dalej, płuca powiększone więcej niż na $\frac{1}{3}$ część swej objętości, mocno rozedmowane, blade, suche i od tyłu trochę przekrwione. *Bronchitis chronica*. Duża *hypertrophia excentrica cordis dextri*. Otwór żylny prawy przepuszcza swobodnie cztery palce. W aorcie trochę guzków starej sprawy ateromatycznej. Śledziona niewiele powiększona, ciemno-czerwona, dosyć twarda. W nieco powiększonej wątrobie śródki zrazików ciemno-czerwone i zapadłe od zastojowego przekrwienia. *Induratio cyanolica renum*. Miejscami mniej, miejscami więcej wyrażone żylne przekrwienie ścian miedniczek nerkowych, moczowodów, pęcherza moczowego i przewodu kiszki. *Gastritis catarrhalis chronica*. Otrzewna nigdzie nie przedstawia żadnych zmian ważniejszych. Dosyć znaczny zanik starczy narządów płciowych. Nakoniec za kiszką grubą zstępującą i przed dolnym koń-

cem nerki lewej guz jajowaty wielkości jaja kurzego. Guz ten jest jasno ograniczony i ze wszystkimi sąsiednimi narządami połączony za pomocą luźnej tkanki łącznej. Mocniejszego związku guza z miedniczką lewą, lub z kiszka grubą zstępującą nigdzie stwierdzić nie można. Guz chęlbocze i wyraźnie prześwieca. Przy trochę mocniejszym nacisku podczas wyjmowania guz pęka i wylewa się z niego płyn surowiczy, przezroczysty, słomkowego koloru bez najmniejszej ciągliwości. Ściany guza, badane bliżej, składały się z cieniutkiej, białawej, włóknistej błony o zupełnie gładkiej, błyszczącej wewnętrznej powierzchni. Błonę tworzyła włóknista, dosyć zbita tkanka łączna z domieszką włókien sprężystych. Wewnętrzna powierzchnia była wysłana delikatnym, jednowarstwowym, płaskim nabłonkiem, podobnym do śródbłonka błon surowiczych. I w tym przypadku była więc torbiel surowicza zupełnie analogiczna z dwiema poprzednio opisanymi.

Wszystkie trzy opisane powyżej torbiele surowicze, różniące się wielkością, zbudowane były tak samo i topograficznie zajmowały jedno i toż samo miejsce. Pod względem topograficznego położenia zachowywały się podobnie, jeżeli nie wszystkie analogiczne torbiele, opisane przez autorów, to przynajmniej w znacznej części. Inne leżały więcej w krezce kiszek cienkiej. Otóż, zdaje mi się, że sam fakt ukazywania się torbieli surowiczych w jednej i tej samej okolicy upoważnia do zrobienia z pewnym stopniem prawdopodobieństwa wniosku o sposobie ich powstawania. Okolica nerek jest miejscem żywych i znanych przemian morfologicznych w życiu zarodka. Tu leżą najpierw ciała WOLF'a z przewodami WOLF'a i MUELLER'a, które potem przetwarzają się stopniowo w narządy moczowe i płciowe dorosłego osobnika. Jakies resztki tych narządów zarodkowych mogą się stać punktem wyjścia torbieli, tak np., jak resztki pozostałego nabłonka pomiędzy zrastającymi się łukami skrzelowymi u zarodka stają się niejednokrotnie punktem wyjścia przetok, chrząstniaków, torbielaków skórzastych i raków rogowatych na szyi.

Równie dobrze możnaby przypuścić, że obok przejściowych narządów zarodkowych niekiedy wytwarzają się małe narządy zarodkowe dodatkowe, tak np., jak obok śledziony — śledziony dodatkowe, jak obok nadnercza — nadnercza dodatkowe i t. d.. Te dodatkowe narządy zarodkowe mogłyby w ciągu życia osobnika stawać się czasami przyczyną rozwoju pewnych nowotworów. Zupełnie w taki sam sposób możnaby tłumaczyć powstawanie torbielaków zaotrzewnowych, wysłanych nabłonkiem rzęskowym.

Torbiele surowicze, leżące bliżej linii pośrodkowej, niezawodnie mogą powstawać i inaczej. Powodem ich wytwarzania się może być prawdopodobnie proste rozszerzenie przestrzeni limfatycznych, lub też przechodzą w nie *cystae chylosae* skutkiem przemian w ich zawartości i zmian w ścianach, utrudniających dopływ świeżego mleczka. Wydaje mi się zupełnie nieprawdopodobnem dawne przypuszczenie KLEBS'a (*Handbuch de pathol. Anatomie, Bd. I, pag. 332*), i nie sądzę, żeby kiedykolwiek torbielaki skórzaste mogły się zmieniać w torbiele surowicze.

III. WYROŚLE ADENOIDALNE W NOSOWEJ CZĘŚCI GARDZIELI.

Vegetationes adenoideae in parte nasali pharyngis.

Opisał

Władysław Wróblewski,

ordynator kliniki terapeutycznej szpitalnej.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 39].

Te cztery przypadki zestawilem razem, aby powiedzieć kilka słów o dusznicy, która była w nich najważniejszym objawem. U wszystkich prawie autorów, piszących o wyrosłach adenoidalnych, znalazłem wprost wzmiankę tylko, że widywali przypadki, powikłane astmą; nigdzie jednak nie ma dokładnego opisu badania takich chorych. Mam tu na myśli: *rhinitis hypertrophica*, którą znalazłem u wszystkich czterech moich chorych. Wiadomo nam dobrze, że przerostowa forma kataru nosa w większości przypadków nie bywa samodzielna, lecz jest tylko powikłaniem, lub wyrazem innych cierpień [choroby płuc, serca i t. d.]. Wyżej już zaznaczyłem, jak często spotykamy ją jako powikłanie u chorych, dotkniętych przerostem migdałka gardzielowego. Według mego przekonania, bezpośrednią przyczyną astmy jest tu *rhinitis hypertrophica*, mianowicie ucisk muszel na przegrodę nosową, a obojętną jest rzeczą, że przerost ten spowodowany został wyrosłami; gdyż u danych osobników taki przerost, wywołany jakąbądź inną przyczyną, powodowałby astmę. Przekonała mnie o tem ta okoliczność, że natychmiast po przypaleniu muszel nosowych napady astmy ustępowały na czas jakiś; powracały one wprawdzie później, lecz zawsze w stosunku prostym do zmniejszenia przerostu muszel, *resp.* ucisku ich na przegrodę. Ustępowała dusznica zupełnie wtedy, gdy przerost zupełnie wyleczonym został przez usunięcie jego przyczyny, t. j. wyrosli adenoidalnych. Nie mam zamiaru poruszać obszerniej w tej pracy teorii HACK'a o nerwicach zwrotnych, tembardziej, że kwestyja ta była już kilkakrotnie w naszej literaturze wyczerpująco traktowaną. Dla przypomnienia jej sobie polecam ciekawym odczytanie pracy HERYNGA ¹⁾. Aby rozjaśnić to, co wyżej powiedziałem, przytoczę kilka z ostatnich wniosków, do jakich doszedł HERYNG na zasadzie swoich badań: „Istnieje związek przyczynowy pomiędzy całym szeregiem zaburzeń nerwowych zwrotnych, a cierpieniami nosa. Wykazanie tego związku jest niespożyta zasługą HACK'a. Zależność tych stanów dotąd stwierdzić mogłem w następujących przypadłościach: duszność, zawroty głowy, nerwoból nadoczodołowy, kaszel krtaniowy, kichawica, kurcz krtani fonacyjny i oddechowy. *Rhinitis chronica hypertrophica* może być przyczyną *aphoniae spasticae*, może zarówno, jak obecność małych polipów, wywołać kurcz głosi, lub n a p a d y d u s z n o ś c i, wreszcie t. zw. *dyspnoeam spasticam*. To samo wywołuje kolbiaste obrzmienie [moje spostrzeżenie II], lub torbiel muszli średniej, wyrosłe kostne przegrody nosowej, lub zrosty muszel z przegrodą, wreszcie każdy ncisk dłużej trwający

¹⁾ Nerwice zwrotne, wywołane cierpieniem jam nosowych. Gazeta Lekarska. 1885 rok.

między przegrodą nosa a muszlami (*Druckneurose*). Dotyczy to zarówno muszli średniej jak i dolnej, bez względu na rozległość miejsca uciskowego, lub konsystencyję ciała uciskającego.“

V. Pan Br., lat 20 liczący, od dzieciństwa nosem nie oddecha — we śnie chrapie. Od 4 lat zaczął słuch w prawem uchu tracić, na co się leczył dwa lata bezustannie, w końcu zaniechał, gdyż żadnej poprawy nie doznał. Na płuca zapada bardzo często, parę zim przepędzał w Meranie. Mówi bardzo niewyraźnie — przez nos. Cera blada. Nos mały, wązki. Usta wciąż otwarte i niemożność zamknięcia ich dłużej, niż na minutę. Klatka piersiowa paralityczna. Leczy się ciągle. Badałem go po raz pierwszy 4. I. 1889.

N o s. Wszystkie muszle silnie obrzmiałe przylegają do przegrody nosa. W nozdrzu lewem są one czerwone — w prawem białoszare. Zgłębnikiem bardzo łatwo dają się uciskać.

C z ę ś ć t y l n a j a m y n o s o w e j wypełniona wyrosłami adenoidalnemi w postaci sopli, wyrastających ze sklepienia i tylnej ściany.

G a r d z i e l. Tylne ścianie dosyć blada z mnóstwem granulacyj. Migdały czerwone, bardzo duże.

K r t a ń. Struny prawdziwe różowe.

P ł u c a. Oddech w szczytach nieco osłabiony, kilka rozrzuconych wilgotnych rzeżeń.

G r u c z o ł y c h ł o n n e szyi powiększone.

L e c z e n i e. W trzech posiedzeniach, co dwa tygodnie, usunąłem wszystkie wyrosłe adenoidalne nożem GOTTSTEIN'a, kleszczami SCHECH'a i LOEWENBERGA i skrobaczką HARTMANN'a. Przypaliłem muszle dwukrotnie i zniszczyłem granulacje w gardzieli galwanokauterem. Leczenie to trwało od 5. I. do końca Lutego. Wycięcie migdałów pozostawiłem na później, gdyż chory miał na miesiąc wyjechać; po powrocie jednak znalazłem migdały tak zmniejszonymi, że wycinanie ich uznałem za zbyteczne. Ostatni raz widziałem go w maju. Migdały jeszcze mniejsze, niż poprzednio. Ogólny stan wyborny; chory utył, ma znacznie lepszy apetyt i cerę, mówi wyraźniej, usta otwiera jeszcze często, lecz to z powodu wieloletniego przyzwyczajenia. Kaszlu zupełnie tej wiosny nie miał, co dotąd bywało zawsze. Słuch w prawem uchu [bez żadnego odpowiedniego leczenia] poprawił się o tyle, że zegarek mój słyszy obecnie z odległości 10 ctm., a poprzednio słyszał go zaledwie z 2 ctm..

VI. Michał Je., 6 lat wieku mający, przysłany do mnie przez D-ra ADAMA CIĄGLIŃSKIEGO, jest bardzo źle odżywiony, błądy. Oddawna nosem nie oddecha. We śnie chrapie. Często się zrywa przestraszony i potem okryty. Mówi przez nos. Skłonny do kataru i kaszlu.

N o s jest wązki, mały, lecz muszle bez zmian. Kanały nosa są o tyle obszerne, że od przodu widać wyrosłe adenoidalne, a zwłaszcza gdy małe robi ruchy połykowe.

C z ę ś ć t y l n a j a m y n o s o w e j cała wypełniona soplami wyrosłi, które zwieszają się aż do podstawy podniebienia miękkiego.

Migdały nieznacznie powiększone, zresztą żadnych innych zmian w gardzieli i krtani nie znajduję.

Leczenie. Małec jest niezwykle rozsądny i cierpliwy, tak, że pozwolił na pięciokrotne wprowadzenie narzędzi do gardzieli i tym sposobem na jednym posiedzeniu usunąłem [nożem GOTTSTEIN'a i kleszczami LOEWENBERG'a], przy łaskawym udziale kol. CIĄGLIŃSKIEGO, prawie wszystkie wytwory adenoidalne. Przy przestrzykiwaniu nosa po operacyi płyn wychodził drugą dziurką pełnym strumieniem.

Krótki stosunkowo czas trwania choroby jest tu zapewne przyczyną, że żadnych powikłań ze strony sąsiednich narządów nie spotykamy.

VII. Lucyjan Or., lat 10 liczący, przysłany mi przez D-ra SIERAGOWSKIEGO, oddecha zawsze przez usta, mówi bardzo niewyraźnie i przez nos. Skłonność wielka do nieżyków nosa i oskrzeli. W części nosowej gardzieli wyrosłe adenoidalne w postaci dwóch sopli, dochodzących do połowy nozdrzy tylnych.

Z powikłań w narządach sąsiednich zaznaczyć trzeba lekki nieżyt gardzieli i osłabienie słuchu w uchu prawem.

Badałem go pierwszy raz 12. XI. 1888 r.. Na proponowaną operacyję rodzice malca nie zgodzili się, lecz leczenie ogólne prowadzone w ciągu całej zimy żadnego polepszenia nie sprowadziło. Na lato wyjechał do Ciechocinka. Przypadek ten interesującym jest z tego względu, że badałem ojca chorego, który od kilku lat począł słuch tracić, ma katar zawsze i przy najmniejszym zmęczeniu musi przez usta oddechać. Wysokoku najmniejszych ilości nie znosi: jeden kieliszek wina powoduje natychmiast takie zatkanie nosa, że tylko ustami może oddechać.

Pan Or..., liczący lat 42, ma wyrosłe adenoidalne, siedzące więcej na bocznych ścianach części tylnej jamy nosowej. *Rhinitis hypertrophica. Pharyngitis chronica.* Lewem uchem słyszy mój zegarek z odległości 10 ctm — prawem z 5 ctm.. Pan Or. wkrótce ma się poddać operacyi, gdyż słuch koniecznie potrzebnym mu jest przy jego zajęciach, leczenie zaś terapeutyczne, które dotąd prowadził, żadnej ulgi nie przyniosło.

VIII. Bronisław Żel., lat 14 liczący, zgłosił się do mnie 1. II. 1889 roku. Skarży się na to, że ma nos zawsze zatkany i musi ustami oddechać. We śnie chrapie zawsze. Mówi przez nos. Bóle głowy ciągłe. Z powodu ciągłego zapadania na zdrowiu i niezdolności do nauk musiał szkoły opuścić.

Gruzoły chłonne na szyi powiększone. Rynoskopija przednia wykazuje muszle nosowe powiększone, czerwone.

Rynoskopija tylna. Tyłne końce muszel białoszare znacznie powiększone. Sklepienie gardzieli bez zmian, a z tylnej ściany od samej góry mnóstwo wyrosła adenoidalnych w postaci jednolitej, guzowatej masy, która przy badaniu palcem bardzo łatwo krwawi.

W gardzieli bardzo dużo granulacyj, niektóre dochodzą wielkości pół grochu. Migdały nieco powiększone.

4. II. Usunąłem część wyrosła nożem GOTTSTEIN'a. Ból lekki trwał przez jedną dobę — krwawienie przez 2 doby. 7. II. usunąłem doszczętnie wyrosłe kleszczami LOEWENBERG'a, nożem GOTTSTEIN'a i paznogciem. Po przestrzyknię-

ciu nosa płynem chłodnym krwawienie ustało. Płyn przechodzi drugą dziurką zupełnie swobodnie.

1. III. *Cauterisatio concharum et granulationum pharyngis galvanocauterio.*

Ostatni raz badałem go w maju. Oddecha nosem. Bóle głowy ustały.

IX. Pani Wo., lat 25 licząca, zgłosiła się do mnie 4. IX. 1888 r.. Osoba bardzo dobrze zbudowana, dosyć pełna, lecz cera twarzy blada, wargi grube, usta przeważnie otwarte. Sypia zawsze z otwartymi ustami. Bardzo często bywają nieżyty nosa. Lewe nozdrze od kilku lat stale zatkane. Stan ten wydawał jej się znośnym, aż do czasu, gdy rozpoczęła naukę śpiewu, co miało miejsce przed rokiem. Pomimo doskonałego rozwoju klatki piersiowej, płuc i krtani, głos w śpiewie wychodził zawsze matowym, bezdźwięcznym, a po jakichś 10 minutach była tak zmęczoną, że dalej śpiewać nie mogła. Od pół roku leczy się bezskutecznie.

Rhinoscopia anterior. Muszle nieco obrzmiałe, czerwone. W nozdrzu lewym z muszli średniej wyrasta polip śluzowy wielkości orzecha laskowego.

Rhinoscopia posterior. Jama nosogardzielowa niezwykle obszerna, lecz w większej części wypełniona wyrosłami adenoidalnymi i polipem. Polip duży, białoszary, zakrywa całe nozdrze tylne lewe i zwiesza się aż do podstawy podniebienia miękkiego. Ze stropu gardzieli w części niezaskłoniętej polipem, t. j. po stronie prawej widać dużo wegetacji adenoidalnych w postaci masy, składającej się z licznych małych sopli.

Gardziel. Lekkie zaczerwienienie błony śluzowej i kilka drobnych granulacji.

Krtąń duża, doskonale złożona. Struny prawdziwe długie, białe, lśniące, funkcjonują zupełnie prawidłowo. Tylina ściana krtani po stronie połykowej mocno czerwona, przyczem czerwoność idzie pasem szerokim na 0,5 ctm. po samym środku. Powstała ona wskutek drażnienia wydzieliną, która spływała z jamy nosogardzielowej i w danym miejscu zatrzymywała się dłużej. Po usunięciu wytworów nieprawidłowych z gardzieli nosowej i czerwoność ta znikła.

Inne narządy zbroceń nie przedstawiają.

7. IX. 1888 przystąpiłem do operacji. Po odpowiednim znieczuleniu kokainą, przeprowadziłem przez lewy dolny kanał nosowy platynowy drut pętli galwanoukaustycznej aż do gardzieli; palcem wskazującym wszedłem po za podniebienie miękkie i nasunąłem pętlę na polipa aż do jego podstawy. Potem, zaciskając wolno, puściłem prąd elektryczny; polip, odpalony u samego przyczepu, spadł do gardzieli i został przez chorą wypluty. Długość polipu wynosiła 3,5 ctm., szerokość około 2 ctm.. Ten rękoczyn operacyjny trwał stosunkowo bardzo krótko; gdyż z powodu dużej pojemności gardzieli nosowej za pierwszym wejściem palcami udało mi się pętlę na polipa nasunąć, co wymaga niekiedy bardzo dużej cierpliwości, tak ze strony chorego, jak i lekarza.

Po usunięciu polipa przekonałem się, że i z lewej strony na stropie gardzieli są wyrosłe adenoidalne, choć nieco mniejsze.

Wyrosłe adenoidalne operowałem na kilku posiedzeniach. Używałem tu noża GOTTSTEIN'a, kleszczy SCHECH'a i LOEWENBERG'a, oraz paznogcia. W przypadku tym były one niezwykle twarde i niepodatne, tak, że do ostatecznego

zniszczenia resztki ich przypalałem raz *arg. nitrico in substantia*, natopionem na srebrny zgłębnik, a raz żegadłem galwanicznym. Muszle nosowe i granulacje w gardzieli przypalałem galwanokauterem.

Z a k o ń c z e n i e.

Szereg moich spostrzeżeń wynosi kilka dziesiątków; nie chcąc jednak nad miarę rozszerzać tej pracy, ograniczę się tylko do wyżej przytoczonych, w których starałem się wybrać i uwydatnić fakty, mogące nas w danej chwili interesować. Od czasu, jak zacząłem każdego chorego w danym kierunku badać, przekonałem się, że cierpienie to jest u nas niezwykle rozpowszechnionem, choć niezawsze przyjmuje tak duże rozmiary, aby doprowadzić do poważnych zaburzeń w sąsiednich narządach. Przekonałem się również wielokrotnie, że owe nieżyty gardzieli, nosa, ucha i krtani, leczone niekiedy przez lata całe bez skutku, są spowodowane nieznacznym zaledwie przerostem migdałka gardzielowego. A jednak usunięcie tego nieznacznego przerostu, po następczym zastosowaniu bardzo prostego leczenia, usuwało zarazem i owe przewlekłe nieżyty.

Kwestyja, którą w tej pracy poruszyłem, obchodzi nas wszystkich zarówno, gdyż nie ma lekarza, nie ma specjalności, w którejby się odpowiednie przypadki nie zdarzały. A przecież rozpoznanie jest tak łatwem, nie wymaga żadnych przyrządów i zachodów ¹⁾, tak, że każdy bez wyjątku lekarz może je zrobić. Gdy wszyscy lekarze będą z tą kwestyją obeznani, a w razie potrzeby odpowiednio przygotowują rodziny, w których stale leczą, nie będzie takiej grozy przed słowem „operacyja“. Wtedy większa ilość chorych pozwoli się operować i wiele dotąd nieuleczalnych cierpień będziemy w stanie usunąć, rozumie się, nie sposobem DURET'a i LAVRAND'a, chirurgów z Lille. Panowie ci w najlepszej wierze opisali ²⁾, jako przypadek niezwykle i dotąd nieznany, poprostu wyrosłe adenoidalne, które zoperowali po rozszczepieniu podniebienia, wskutek tego MOURE ³⁾ dodał odpowiedni komentarz, streszczając ich pracę.

¹⁾ Badanie palcem jamy nosogardzielowej.

²⁾ Journ. des scien. méd. de Lille. 3/II. 1888. Hypertrophie de la muqueuse du pharynx nasal

³⁾ Internat. Centralb. für Laryng. etc. Nr. 8. r. 1889. „Es handelt sich um adenoide Vegetationen bei einem 21-jährigen Mädchen, welche für unbekannte Affektion gehalten und mittelst Incision des palati operirt waren! DESPLATS erklärt, dass er die Patientin früher gesehen und das sie an ad. Veg. gelitten habe, man darf heutzutage wirklich nicht mehr mit den Symptomen der ad. Veget. unvertraut sein und die beschriebene Misshandlung des Gaumensegels mit dem Thermocauter gebe eine Idee davon, zu welcher Unzuträglichkeit es führt, wenn man die Existenz der LUSCHKA'schen Drüse im Nasenrachenraume nicht kennt!“
E. I. MOURE.

Ponieważ krytyka ta nie dała się odpowiednio dobitnymi wyrażeniami spolszczyć, przytaczam ją w oryginale.



NEKROLOGIJA.

Dnia 4 Października r. b. zmarł b. profesor anatomii Uniwersytetu Kijowskiego, a od lat 15 Inspektor szpitali cywilnych miasta Warszawy, D-r ALEKSANDER WALTER. Zaslóg zmarłego, jako uczonego i profesora tutaj rozbiegać nie będziemy, natomiast działalność jego, jako Inspektora szpitali, zasługuje na naszą uwagę. Niektóre cechy charakteru zmarłego, jako to: dorywczliwość sądu, uprzedzenie się i szorstkość w obęjściu, sprawiły, że zmarły narobił sobie dużo nieprzyjaciół, mianowicie też w pierwszych chwilach swego pobytu w Warszawie. Atoli każdy nieuprzedzony i stawiający wyżej interes ogólny nad własne sympatyje lub antypatyje, musi przyznać, że działalność jego była pożyteczną dla naszych szpitali. W chwili, kiedy ś. p. WALTER obejmował urząd, szpitale, mianowicie strona ich naukowa, stały bardzo nisko: nie było w nich ani pracowni, ani nawet najpotrzebniejszych narzędzi i odczynników. Administracja zaledwie zwracała uwagę na żądania tych lekarzy, którzy pragnęli podnieść swe oddziały szpitalne do godności instytucyj naukowych i żądanom ich najczęściej zadość nie czyniła. Dziś rzeczy wiele się zmieniły, a zasługa tej zmiany w dużej części należy się prof. WALTEROWI, który zawsze i wszędzie dowodził potrzeby zreformowania oddziałów szpitalnych i był prawdziwym rzecznikiem lekarzy wobec administracyi. Rozumiał on wybornie zadanie szpitali, cenił wysoko zawód lekarza, umiał uszanować pracę i dążył wytrwale do podniesienia naukowej strony szpitali. Najlepszym dowodem tego są reformy, wprowadzone za jego inicjatywą i jego staraniem. Oprócz wielu drobniejszych należą tu: urządzenie pracowni chemicznej szpitalnej, urządzenie pracowni bakteryjologicznej w szpitalu żydowskim, urządzenie oddziałów specjalnych dla chorób nerwowych i krtańowych, uzdrowisko letnie dla suchotników w Mieni, które, niestety, nie wiadomo, z jakiego powodu zamknięte zostało, dalej instytucja lekarzy miejscowych, zaprowadzenie racjonalnej statystyki szpitalnej i inne. Najważniejszą wszakże zasługą zmarłego, za którą całe młodsze pokolenie lekarzy wdzięczne mu być powinno, było wydobycie z pyłu zapomnienia i wprowadzenie w życie ustawy o konkursach, która i przed nim wprawdzie istniała, ale tylko na papierze. Droga konkursów weszła do szpitali kilkunastu lekarzy, którzy nigdy inaczej posady ordynatora zapewneby nie otrzymali, a oni to właśnie dziś przyczyniają się najwięcej do wyrobienia opinii szpitalom i postawienia ich na stopie, mniej więcej odpowiadającej podobnym instytucyjom zagranicą. Nie ulega wątpliwości, że działalność ś. p. WALTERA zesłała się razem z ożywieniem się i u nas ruchu naukowego, ale ruch ten on ocenił i z korzyścią dla szpitali wyzyskał.

W tych dniach zmarła również przełożona siostr miłosierdzia w szpitalu Dzieciątka Jezus, ALEKSANDRA KŁOCZEWSKA. Była to osoba pełna dobroci, taktu i energii. Czyniła dużo dobrego biednym, a taktowne jej postępowanie łagodziło nieraz spory, zachodzące między lekarzami a siostrami miłosierdzia, przyczem zawsze starała się zadość uczynić słusznym żądaniom lekarzy.

Wiadomości bieżące.

— Cholera, która pojawiła się epidemicznie w Mezopotamii, osłabła obecnie w miejscach pierwotnie nawiedzonych; natomiast rozszerzyła się w górę Eufratu i ku północy wzdłuż rzeki Dział na granicy perskiej. Również nad zatoką perską i nad rzeką Karun w Persyi zdarzyły się wypadki cholery. Liczbę zmarłych do d. 3 Września podają na 2413.

— W Assyrze w kilku wsiach o ile sięgają wiadomości z d. 31 Sierpnia pojawiła się dżuma.

— W wojsku austrijackiem poleceno wykonywać próby ze stosowaniem kwasu chromowego [5%] przeciw poceniu się nóg, który to środek okazał się pomocnym w armii pruskiej.

— Zmarł w 61 roku życia, Prof. JULIUSZ JACOBSON, rówieśnik GRAEFFE'go, wykładający okulistykę w uniwersytecie Królewieckim.

Sprostowanie. W N-rze 39 na str. 791, w wierszu 3-cim od góry zamiast: [odciągania wody], powinno być: [uwodnienia].