

GAZETA LEKARSKA.

ZE SZPITALA DZIECIĄTKA JEZUS I PRACOWNI BAKTERYJOLOGICZNEJ W TYMŹE SZPITALU.

I. NIEZWYKŁY PRZYPADEK PRZEWLEKŁEJ NOSACIZNY U CZŁOWIEKA.

Podał

M. Jakowski.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 46].

Przez czas pobytu poza szpitalem chory początkowo pracował jako palacz w piekarni, lecz rzucił to zajęcie po kilku dniach z powodu, jak powiada, bólu w piersiach i bicia serca. Zmienił więc rodzaj pracy i wziął się do wyrobku, a w końcu był pomocnikiem stróża i czuł się przytem bardzo dobrze; nie miał żadnych wykwitów na skórze, aż dopiero w początkach Września, na trzy tygodnie przed powtórnem przybyciem do szpitala, zauważył na lewej łydce dość rozległe zaczerwienienie skóry, na miejscu którego wkrótce wytworzyła się dość duża biaława krosta, bolesna na dotyk i z której po pęknięciu wydzielilo się dużo ropy. Równocześnie zauważył, że jądro lewe zaczęło więcej puchnąć, zaczął mu dokuczać silniejszy ból, a wreszcie po paru dniach na skórze moszny zauważył lekko zaczerwienioną krostę, która po 4 dniach pękła, przez tydzień wydzielala dużo rzadkiej ropy i odtąd, zarówno jak wrzód na łydce, nie goi się. Nie można było napewno dowiedzieć się od chorego, czy przez czas przebywania poza szpitalem miewał dreszcze i gorączkował i czy przynajmniej w ostatnich czasach, przed zjawieniem się obu tych owrzodzeń, gorączki nie było. Jedynie tylko chęć szybszego zagojenia obu wrzodów spowodowała go do szpitala, gdyż zresztą czuł się dobrze i był najzupełniej w stanie pracować.

Badanie, podjęte w dniu przybycia chorego, wykazało: odżywianie bardzo dobre, stan bezgorączkowy, tętno 72 pełne, oddechów 20. W narządach oddechania i krążenia żadnych zбочeń nie znaleziono. Brzuch lekko wzdęty. Wątroba i śledziona nie powiększone. Wypróżnienia codzienne. Na skórze lewej łydki, na tylnej jej powierzchni, wrzód niezbyt głęboki, wielkości trojaka miedzianego, o brzegach gładkich, mało nacieczonych, o dnie pokrytem wątlą, bladą ziarniną, wydzielającą nieco surowiczo-ropnej cieczy. Na przedniej powierzchni znacznie powiększonego i twardego lewego jądra widać wyniosłość, o postaci płaskiej, wielkości średniego kartofla, pokrytą w części zeschniętymi strupami, a w części bladą ziarniną, lub dość gęstą, ciągnącą się ropą; wyniosłość ta wychodzi na zewnątrz przez odpowiedniej wielkości zniszczenie w skórze moszny; brzegi tego owrzodzenia moszny mają zabarwienie sinawe i słabo są tylko z jądrem zrosnięte. Gruczoły chłonne pachwinowe lewe powiększone.

Ze względu na trudność przeprowadzenia odpowiedniego leczenia na oddziale wewnętrznym, chory zaraz 1. X. 88. przepisany został na oddział chirurgiczny, na którym przebywał przez 3 przeszło miesiące.

Owzrządzenie na łydce lewej w 3 niespełna tygodnie, po przepisaniu chorego na oddział chirurgiczny, zupełnie się zagoiło. Jądro wprowadzić bardzo pozwoli się zmniejszało przy antyseptycznych okładach, lecz zmniejszenie to ulegało żadnej kwestyi. Stan ogólny był bardzo dobry. Chory opowiadał, że mniej więcej co dni 12 miewał dreszcze i gorączkę, trwającą 1—2 dni, kończącą się zazwyczaj potami, na karcie jednak szpitalnej zaznaczono podczas pobytu w oddziale chirurgicznym ogółem cztery razy takie podskoki ciepłoty, 16. X., 1. XI. i 29. XI. [ciepłota sięgała od 39° do 40° C.] i jeszcze jedno w miesiąc po operacyi w dniu 6. I. 89. z podskokiem ciepłoty do 39° C.. Chory, oprócz leczenia miejscowego [okładów antyseptycznych na owrzodzenia], miał jeszcze zalecone używanie jodoformu do wewnątrz, lecz używał go parę tylko tygodni, gdyż użycie to, z polecenia ordynatora oddziału, zostało następnie wstrzymanem. Jak długo używał, nie mamy pod tym względem szczegółowych danych.

W tym czasie, a mianowicie 7. X. dokonałem poszukiwań bakteryjologicznych k r w i, m o c z u i p ł y n u, wyciągniętego wyjałowioną strzykawką z pogranicza guza w jądrze lewem — lecz dało ono wynik ujemny, gdyż laseczników nosaciznowych nie otrzymałem.

W Grudniu roku zeszłego, po naradach ordynatora oddziału D-ra ORŁOWSKIEGO z prof. BARANOWSKIM i prof. BRODOWSKIM, postanowiono dokonać usunięcia lewego jądra, tem bardziej, że sam chory domagał się operacyi. Co do natury sprawy w jądrze panowała różnica zdań, gdyż przyjmowano ją albo za wytwór nosaciznowy, albo za zmiany natury przymiotowej, lub gruźliczej, lub wreszcie za jakiś złośliwy nowotwór. Przypuszczano, że jedna z tych trzech ostatnio wymienionych spraw istnieć mogła obok nosacizny, której żadnych namacalnych dowodów w danej chwili nie było, a która jednak niemylnie została potwierdzoną przez wynik badania bakteryjologicznego, podjętego d. 10. V. 88. Taki był pogląd prof. BRODOWSKIEGO i D-ra ORŁOWSKIEGO; prof. BARANOWSKI skłaniał się do pierwotnego swego rozpoznania nosacizny.

Operacyi wycięcia lewego jądra dokonał D-r ORŁOWSKI dnia 5 Grudnia 1888 r.. Wycięte jądro w tej chwili umieściłem w wyjałowionem naczyniu szklanem i przenieśliem natychmiast do pracowni mojej, na tymże korytarzu szpitala istniejącej. Wobec prof. BRODOWSKIEGO i kol. CIĄGLIŃSKIEGO dokonałem niezwłocznie hodowli z kawałka zwyrodnionej tkanki. Kawałek ten odcięty został na pograniczu ogniska ropnego wyjałowionemi narzędziami. Hodowle zrobiłem na płytkach z agarem i żelatyną i po 24—48 godzinach w ciepłocie hodowlanej: otrzymałem na płycie z agarem rozrzucone nieliczne ogniska bakterij nosaciznowych, które, po przeniesieniu do probówek z żelatyną, agarem, agarem glicerynowym i na kartofel, dały typowy obraz hodowli laseczników nosacizny, zarówno co do wyglądu zewnętrznego, jak i pod drobno-widzem. Z tych to hodowli dokonałem potem całego szeregu szczepień i z ich charakteru wyprowadzam poniżej pewne wnioski co do historii rozwoju i innych cech bakterij nosaciznowych ¹⁾.

Rana po operacyi zagoiła się *per primam intentionem* w ciągu dni pięciu. Chory przebywał jeszcze na oddziale chirurgicznym do dnia 12 Stycznia 1889 r., przyczem żadne nowe wykwyty skórne się nie zjawiały. Czy gorączkował częściej przez ten czas, nie mamy żadnych pewnych danych; wiadomo tylko, że 6. I. ciepłota podniosła się rano do 39° C..

Stan chorego w dniu 12. I. 1889 r. b. był następujący: odżywianie wyborne [waga 152 funty], stan bezgorączkowy, tętno 80, dość pełne. W narządach oddechania i krążenia nic nieprawidłowego nie wykryto. Trawienie dobre. Wątroba i śledziona nie powiększone. Na skórze nigdzie nie widać żadnych

¹⁾ Szczegóły tych badań zamieszczam w drugiej części artykułu.

wykwitów. Gruczoły chłonne nie powiększone nigdzie, pachwinowe poprzednio zauważone — zniknęły. Na skórze moszny różowawa blizna po kastracyi.

Od tej daty do chwili wypisania się ze szpitala [19. III.] chory cztery razy gorączkował, raz w ciągu dwóch dni [13 i 14 I.], przyczem ciepłota sięgała poza 40° C. i trzy razy po jednym dniu [21. i 29. I. i 19. II.] z podskokami ciepłoty od 39—40° C.. Przed podnoszeniem się ciepłoty zawsze bywały dreszcze, a po spadku poty; śledziona miernie się powiększała, sięgając górną granicą tępości do VIII żebra. Prócz tego chory uskarżał się od czasu do czasu na ból w boku lewym, podobnie jak za pierwszego swego pobytu w szpitalu i na wędrujące bóle w mięśniach kończyn i klatki piersiowej. Nigdzie przez cały ten czas nie zauważono żadnych nowych wytworów chorobowych, ani na skórze pod postacią wykwitów, ani w tkance mięśniowej w formie nacieczeń. Wypróżnienia były przez cały czas leniwe. Waga ciała w ciągu 2-ch miesięcy [do 14. III.] podniosła się do 162 funtów. Chory używać zaczął od razu po powrocie na salę szpitalną 32, jodoformu, po 2 grany dziennie, a ogółem w czasie powtórnego pobytu wyżył przeszło 130 granów. [Badania moczu wykazywały jod w 2 godziny po użyciu kapsułek jodoformowych]. W czasie gorączkowania podawano chininę, a od 25. I. do czasu wypisania się wziął 32 kąpiele parowe.

Chory w ciągu Marca kilkakrotnie domagał się wypisania ze szpitala, co też zostało uskutecznione przez władzę szpitalną, na usilne jego żądanie, bez wiedzy ordynatora oddziału.

Mniej więcej w miesiąc po wyjściu chorego ze szpitala widziałem go na mieście. Zapytywany o zdrowie mówił, że się ma dobrze i że dreszczów nie miewa; twierdził, że żadne wykwity skórne już się nie pojawiały. Od tej pory straciłem go z oczów i, mimo usilnych starań, nie mogłem go już w tych czasach ¹⁾ nigdzie odszukać.

Najniespodziewaniej w dniu 1. XI. roku bieżącego miałem sposobność znowu widzieć naszego chorego, który przed wyjazdem z Warszawy na prowincyję, dla odbycia służby wojskowej, pokazał się w szpitalu. Błasiak twierdził, że od czasu wypisania się powtórnego ze szpitala czuł się dobrze i żadnych wykwitów skórnych nie miał. Badając, znalazłem stan ogólny zupełnie dobry, żadnych zbroceń w narządach wewnętrznych, a na skórze żadnych wykwitów. Od początku choroby upłynęło już prawie 19 miesięcy.

Wyniki badań bakteriologicznych, szczegóły których zaraz przytoczę, przekonały nas więc, że mieliśmy w danym przypadku do czynienia z nosacizną o przebiegu przewlekłym i niezupełnie odpowiadającym nielicznym, istniejącym dotąd, opisom tej postaci choroby. Odpowiednią będzie rzeczą na tem miejscu podnieść i rozejrzeć kilka szczegółów co do niektórych objawów, a wreszcie co do leczenia.

Objawy miejscowe, w postaci wykwitów skórnych [wysypki] i obrzęku goleni, wystąpiły w naszym przypadku dość wcześnie od początku choroby, bo, jak chory opowiadał, już w 5 dni po zachorowaniu. W początkowym okresie były one dość obfite [w miesiącu Kwietniu i pierwszej połowie Maja r. 1888] i polegały na tworzeniu się guzików, przechodzących szybko w krosty, zawierające ropę, pękające i dość szybko zasychające następnie, i na powstawaniu dość rozległych nacieczeń głębszych w tkance mięśniowej, przeważnie w sąsiedztwie

¹⁾ W Lipcu 1889 r..

stawów; ta ostatnia postać wytworów nosaciznowych nie dochodziła do ropienia, jak to najczęściej bywa, zwłaszcza w nosaciznie o przebiegu więcej ostrym, lecz przeciwnie po dłuższym lub krótszym czasie [do miesiąca i więcej] ulegała wessaniu bez śladu. Że nacieczenia w mięśniach [okołostawowe] były istotnie natury nosaciznowej, przekonali nas hodowle, dokonane z jednego takiego nacieczenia w dniu 10. V. 88.. Umieszcwienie sprawy w postaci głębokiego owrzodzenia na goleni, gojącego się niezmiernie uparcie i powoli, a zwłaszcza umiejscowienie w jądrze należą do objawów, prawdopodobnie daleko rzadziej napotykanych; szczególnie co do umiejscowienia w jądrze, nie napotykamy w znanych opisach przewlekłej nosacizny żadnej wyraźnej wzmianki. Że jednak była ona także natury nosaciznowej, nie zaś jakąś sprawą dodatkową zapalną, lub nowotworową, przekonali hodowle i szczepienia na zwierzętach, dokonane z hodowli, otrzymanych z wyciętego jądra [5. XII. 88.]. Umieszcwienie to sprawy chorobowej najprawdopodobniej istniało już w chwili przybycia chorego do szpitala, gdy zauważono po raz pierwszy obrzmienie jądra, a więc w 3 tygodnie po zachorowaniu. Sprawa tutaj doszła do ropienia, dopiero jednak mniej więcej po 5 miesiącach trwania. Wystąpienie objawów miejscowych s z y b k i e odpowiada większości opisów tej choroby; w przypadku KERNIG'a ¹⁾, o którym nadmieniałem na początku, objawy te wystąpiły dopiero w 3 miesiące i polegały również na nacieczeniu w mięśniach, które się rozeszło bez zropienia.

G r u c z o ł y c h ł o n n e nie były zajęte wyraźnie i dopiero, gdy nacieczenie w jądrze przeszło w ropienie, wystąpił wyraźny obrzęk gruczołów chłonnych pachwinowych lewych. Brak wyraźnego zajęcia gruczołów podawany jest przez wszystkich prawie autorów, piszących o nosaciznie.

O katarze w nosie i „kroście“ początkowo chory nie wspominał i dopiero zapytywany parokrotnie, przypominał je sobie. Czy więc można uważać objaw ten za pierwszy przejaw cierpienia, i czy wogóle możebną jest rzeczą powiedzieć coś pewnego o czasie zarażenia się, oraz o okresie inkubacji — wątpię, wobec chwiejnych pod tym względem odpowiedzi chorego i wobec braku pewnych danych, kiedy mógł uleść zakażeniu w stajni, gdzie i przed i po rewizji policyjno-lekarskiej znajdować się mogły konie, dotknięte nosacizną.

Bóle w stawach i kończynach, podobne do reumatycznych, zazwyczaj podawane jako charakterystyczny objaw przy opisach nosacizny, wystąpiły w naszym przypadku jaskrawo w samych początkach cierpienia i potem czas jakiś jeszcze przetrwały. Najstalszym był ból w lewym boku i podżebrzu, który jeszcze pod koniec drugiego pobytu chorego w szpitalu od czasu do czasu się powtarzał i którego naturę i uporczywość wytłómaczyć sobie jest niezmiernie trudno. Badanie narządów oddechowych ani razu nie wykryło śladu zajęcia opłucnej, w dolnych ustępach klatki piersiowej. Ś l e d z i o n a, której rozmiary były prawidłowe na ogół, niekiedy tylko, właśnie podczas tych bólów, chwilowo się powiększała, nie było to jednak zjawisko stale towarzyszące skargom chorego. W przypadku KERNIG'a znaleziono na sekcji zrosty i ślady zawałów w w śledzienie. Przypuszczalnie podobny fakt mógłby mieć miejsce i w naszym

¹⁾ KERNIG. Zeitschr. f. kl. Med. XII. 1887.

przypadku, gdyż innego przypuszczalnego wytłómaczenia tego uporczywego i stale powtarzającego się bólu właśnie w okolicy śledziony podać nie sposób. Dodam jeszcze, że w mięśniach klatki piersiowej i brzucha, ani w tej samej okolicy, ani w jej pobliżu, żadnych nacieczeń przez cały czas pobytu chorego w szpitalu nie zauważono.

Gorączka, o ile ze ścisłego mierzenia podczas pobytu na sali 32 wniesć możemy, zachowywała się bardzo rozmaicie. Przy pierwszym wystąpieniu w szpitalu wykwitów skórnych była przez dni 7, a potem przez dni 6, prawie codzienną o typie remitującym. Gdy następnie znaczna większość objawów miejscowych zniknęła, chory gorączkował od czasu do czasu, przyczem ciepłota na czas krótki podnosiła się do 38°—38,6° C.. Stałego pewnego typu zauważyć nie było można; bywały przerwy w początkach i środku Maja r. 1888 po 2, 3 do 4 dni, później, pod koniec tego miesiąca i w Czerwcu, przerwy dochodziły dni 6, 8, a nawet 10. Za drugim pobytom, podczas przebywania na oddziale chirurgicznym, chory twierdził, że miewał napady co dni 12, o ile to jednak było prawdą, trudno orzec wobec braku danych dokładnych co do zachowania się ciepłoty w tym czasie. Po powrocie na salę 32 napady gorączkowe powtarzały się i trwały 1—2 dni, przyczem ciepłota sięgała przeszło 40° C.; podczas drugiego pobytu na oddziale, i to pod koniec, przerwy bezgorączkowe trwały znacznie dłużej, po dni 20 i więcej.

KERNIG przypisuje pewne znaczenie, w rozpoznawaniu przewlekłej nosacziny, takim właśnie przerwom, trwającym w jego przypadku przeciętnie po dni 7. O ile brak jest objawów miejscowych, mogących wytłómaczyć powstawanie gorączki, nie ulega kwestyi, że uchwycenie pewnego typu w przypadkach przewlekłych może mieć pewne, duże nawet, znaczenie; jednak nie można go po czytać za stanowcze i rozstrzygające. Wogóle, kwestyja gorączki przy przewlekłej nosaczynie dużo posiada braków i mało znajdujemy szczegółów o jej charakterze i przebiegu u autorów, którzy tę kwestyję opracowywali [BOLLINGER ¹⁾, KORANYJ ²⁾, JACCOUD ³⁾]. Dla tego też niezmiernie pożądane są spostrzeżenia, gdzieby na punkt ten w obserwacyi zwracano baczną uwagę.

Co do niektórych jeszcze cech gorączki w naszym przypadku, mamy do zaznaczenia, że *acme* gorączki, jak wskazują ścisłe mierzenia, dokonywane kilkakrotnie w ciągu dnia, nie przypadało w pewnej określonej porze, lecz widzimy je raz o godzinie 8 rano, drugim razem o 4, a wreszcie za trzecim razem o godzinie 6-ej po południu. Zwrócono na to uwagę dopiero po powrocie chorego z oddziału chirurgicznego na salę 32, i dla tego też tylko przy trzech ostatnich podskokach ciepłoty szczegół ten uwzględnionym został. Przed napadami gorączkowymi u chorego naszego obserwowaliśmy słabe, lub nieco silniejsze dreszczyki, lecz dopiero od końca Maja; po napadach takich bywały poty nieraz bardzo obfite. Według istniejących opisów, przy napadach gorączkowych podczas przewlekłej nosacziny dreszczów zazwyczaj nie bywa. Przy podniesie-

¹⁾ BOLLINGER.. W III Tomie ZIEMSEN'a „Handbuch d. speciell. Pathol. u. Therapie“.

²⁾ KORANYJ. Handb. d. allgem. u. speciell. Chirurgie. PITHA u. BILLROTH. I.

³⁾ JACCOUD. Wykład patologii szczegółowej. III.

niach ciepłoty spostrzegaliśmy równocześnie powiększanie się śledziony, jakkolwiek nie był to objaw stale towarzyszący napadom gorączkowym.

We krwi, zawierającej dość sporo ciałek białych, ani przy badaniu drobnowidzowem, ani przy próbach hodowli, laseczników nosacizny nie znalazłem.

Co do leczenia, to stosowanemi były następujące środki: z samego początku salicylan sodu, a następnie od czasu do czasu chinina i stale jodoform do wewnątrz, podczas pierwszego i drugiego pobytu chorego w szpitalu; przez pewien czas chory miał zalecone kąpiele ciepłe, podczas pierwszego pobytu, i parówki, których użył 32 podczas drugiego przebywania na oddziale; prócz tego zewnętrznie stosowano okłady z kwasu karbowego, maść z jodku potasu, maść jodoformową na owrzodzenia goleni, wreszcie wcierania szaruchy i opaskę uciskającą FRICKE'go na jądro, podczas pierwszego pobytu. W Grudniu 1888 r. dokonano wycięcia chorego jądra.

Chcemy tu zwrócić uwagę na systematyczne podawanie jodoformu, którego chory, z porady prof. BARANOWSKIEGO, wyżył ogółem przeszło 400 granów, podczas obu swych pobytów. I podczas pierwszego, i podczas drugiego przebywania Blasiaka na oddziale, przy dłużej trwającym używaniu jodoformu zauważyć się dawała stała poprawa zarówno w stanie ogólnym, gdyż waga ciała się powiększała [podczas każdego pobytu o 10 funtów], napady gorączkowe bywały rzadsze, jak i co do objawów miejscowych, gdyż w owym czasie żadne nowe wykwity skórne nie zjawiały się. Chory znosił jodoform dobrze, żadnych zaburzeń w trawieniu środek ten nie wywoływał; w dwie godziny po przyjęciu można go było wykazać w moczu. Sądzimy, że używaniu tego środka antyseptycznego do wewnątrz przypisać należy wpływ znaczny na przebieg cierpienia, niestety jednak dalsza obserwacja, wbrew życzeniu naszemu i bez naszej winy, przerwana została w połowie Marca 1888 r. Pozostało nam w pamięci wrażenie, że najwyraźniejsza poprawa z przerwą miesięczną w poruszeniach gorączkowych, nastąpiła pod wpływem jednoczesnego używania jodoformu i kąpieeli parowych.

Wobec zdarzających się, a wspominanych przez BOLLINGER'a przypadków nosacizny przewlekłej u człowieka, trwającej od roku do 4 nawet lat, nie można żadną miarą uważać przypadku tego za skończony, względnie mówiąc, wyleczony, jakkolwiek chory wypisał się bez najmniejszych objawów miejscowych, w stanie odżywiania i sił świetnym, i ostatnia przerwa bezgorączkowa trwała cały miesiąc ¹⁾. Ponieważ trudno przypuścić napewno, aby chory ten nanowemu mógł być przedmiotem naszej obserwacji, a przypadek sam, ze względu na niezwykle przebieg i na to, że badanie bakteriologiczne uzasadniło rozpoznanie, a zwłaszcza dowiodło, że i tak niezwykle objaw, jak guz w jądrze, był natury nosaciznowej, uważaliśmy za stosowne podzielić się tą interesującą obserwacją z szerszym kołem kolegów.

¹⁾ O stanie zdrowia chorego naszego w 7 miesięcy po wyjściu ze szpitala, już wspomnieliśmy w opisie historii choroby.

Przechodzę z kolei do szczegółowego opisu wyników swych poszukiwań bakteriologicznych, podjętych z okazji opisanego przypadku.

Podczas pierwszego pobytu chorego na oddziale podjęte były trzykrotnie próby hodowli: 16. IV., z świeżo powstałej nie otwartej jeszcze krosty, 10. V., ze świeżego nacieczenia około stawu barkowego i 12. V. z moczu.

W hodowli ze świeżo powstałej k r o s t y, dokonanej na płytach żelatynowych, a następnie przeniesionych do probówek z żelatyną i agarem zwykłym, nie udało mi się wyosobnić laseczników nosaciznowych i otrzymałem jedynie dwie postacie bakterij ropotwórczych (*staph. pyog. aureus* i *albus*). Próba hodowli z moczu, dokonana w tenże sposób, nie dała żadnych dodatnich wyników; otrzymałem w nich mikroorganizmy [koki] nieruchome, układające się w grona i dające w probówkach z agarem hodowlę, podobną do *staph. pyog. albus*, lecz dalsze obserwacje przekonały, że były to najprawdopodobniej mikrokoki, które przypadkowo zanieczyściły hodowlę. Bakterij nosaciznowych w moczu nie znalazłem, a z tem większem uprzedzeniem zwracałem na to uwagę, że już otrzymałem hodowle tych bakterij ze świeżego nacieczenia, o czem zaraz wspomnę, i że, jak wiadomo, bakteryje te w moczu widzieli różni autorowie, jak WEICHSELBAUM ¹⁾, PHILIPOWICZ ²⁾, KIEMAN ³⁾ i inni.

Hodowli ze świeżego nacieczenia w tkance mięśniowej dokonałem z wszelkimi koniecznymi ostrożnościami. Po wymyciu skóry wodą ciepłą z mydłem, a następnie eterem, sublimatem i jeszcze raz eterem, pomagający mi kolega ujął mocno palcami przez skórę nacieczone i wyraźnie odgraniczone miejsce, po obu brzegach podłużnego jego wymiaru, w tym celu, aby je unieruchomić, gdyż inaczej igły żadną miarą wkłóć nie było można. Po unieruchomieniu wkłółem na głębokość 3 prawie ctm. dobrze wyostrzoną igłę wyjałowionej strzykawki PRAWAZ'a i wyciągnąłem zaledwo kroplę surowiczno-krwawego płynu. Z płynu tego niezwłocznie dokonałem hodowli na płytach żelatynowych i agarowych i pierwsze pozostawiłem w zwykłej ciepłocie, a drugie umieściłem w ciepłocie hodowlanej. Po 24 godzinach na płytach agarowych rozwinęły się bardzo drobne szaro-białawe połyskujące punkciki. Rozejrzane pod drobnowidzem punkciki te składały się z krótkich, wielkością swą odpowiadających lasecznikom gruzliczym, lecz nieco grubszych laseczek, ułożonych pojedynczo przeważnie, lecz niekiedy połączonych po dwie pod kątem mocno rozwartym, oraz z mniej licznych owalnych koków, grubością nie przewyższających wspomnianych laseczników. Prócz tego rozwinęło się kilka ognisk barwy jasno-żółtawej, złożonych z dużych okrągłych mikrokoków, stanowiących bez kwestyi przymieszkę z powietrza, co nieraz zdarzało się uważać w hodowlach, dokonywanych w naszej pracowni. Po 48 godzinach wspomniane szaro-białawe punkciki powiększyły się nieco i przyjęły odcień opalizujący, a pod drobnowidzem owalnych koków już nie spostrzegałem, lecz całe pole widzenia wypełnione było opisanymi

¹⁾ WEICHSELBAUM. Zur Aetiologie der Rotzkrankheit des Menschen. Wien. med. Woch. 1885. Nr. 21—24.

²⁾ PHILIPOWICZ. Ueber das Auftreten pathog. Mikroorg. im Harne. Wien. med. Blätt. 1885. Nr. 22 i 23.

³⁾ KIEMANN. Acuter Rotz. Tod. Wien. klinische Woch. 1888. Nr. 25 i 26.

laseczkami. Na pierwszy rzut oka zarówno laseczniki, jak owalne koki, zdawały się bardzo ruchliwemi, lecz po przyjrzeniu się dłuższemu, ruch ten, jak słusznie twierdzą LOEFFLER ¹⁾, BAUMGARTEN ²⁾ i inni badacze, okazał się tylko dość silnym ruchem molekularnym, gdyż ani ruchów naprzód, ani ruchów szrubowatych nie można było dostrzedz. Na płytach żelatynowych nie się nie rozwinęło.

W tym czasie przeniósłem opisane kolonije do probówek z żelatyną, agarem i agarem glicerynowym, oraz na kartofel. W probówkach z żelatyną [przez nakłócie] nie się nie rozwijało w zwykłej cieplecie, po wstawieniu zaś do termostatu [ciepłota 37°—38° C.], żelatyna się rozpuszczała i wśród niej po 24 godzinach można było dostrzedz cienkie, ciągnące się smugi, jakby niteczki, barwy białoszarawej, pozostała zaś żelatyna nieco była zmętniona. W probówkach z agarem rozwój następował w cieplecie hodowlanej już po 24 godzinach w postaci drobnych punkcików szarobiaławych, opisanych tylko co przy hodowlach na płytach, i rozwijających się wzdłuż śladu pociągnięcia igłą po powierzchni gruntu; punkciki te codziennie się powiększały i stopniowo zlewały ze sobą, tak, iż po 4—5 dniach stanowiły jedną szarobiaławą matową smugę, szeroką na 3—4 milimetrów. Na agarze glicerynowym, przygotowanym według przepisu NOCARD'a i ROUX, rozwój następował bardzo szybko, gdyż już po 24 godzinach, wzdłuż śladu igły platynowej, na powierzchni rozwijała się dość szeroka 4—5 milimetrów szerokości mająca szarobiaława, nieco przejrzysta smuga, która po paru dniach jeszcze się nieco rozszerzyła. Zgodnie więc ze zdaniem KRANZFELD'a ³⁾ przekonałem się, że agar glicerynowy jest bardzo dogodnym gruntem dla hodowli nosaciznowych, jakkolwiek w cieplecie pokojowej bakterije nosacizny rosną na tym gruncie tylko niezmiernie powoli i bardzo nieznacznie. Wreszcie, co najważniejsza, po przeniesieniu na wyjałowiony kartofel, otrzymałem typowy obraz hodowli nosaciznowych. W cieplecie hodowlanej już po 24 godzinach zaczęła się wytwarzać cieniutka, przezroczysta żółtawa warstewka, która stopniowo grubiała, nabierała konsystencji śluzowej, ciągnącej się, i ciemniała tak, iż barwa jej po dniach 5 lub 6 była żółto brunatnawa z odcieniem nieco czerwonym. Na innych gruntach odżywczych hodowli tym razem nie robiłem.

Obraz drobnowidzowy był takiż sam, jak przy badaniu hodowli na płytach. I tu po 24 godzinach obok laseczników spostrzegałem owalne koki, nie przechodzące grubością laseczek, i które można było przyjąć za najkrótsze postacie laseczek. Zgodnie więc ze zdaniem WASILIEWA ⁴⁾ wypadało, iż w pierwszych okresach rozwoju bakterije nosacizny mogą mieć postać owalnych koków, *respective* bardzo króciutkich laseczek, o czym przekonać się można, jak autor ten wyraźnie zaznacza, przy powiększeniu, sięgającym 1500. W hodowlach wśród rozpuszczonej żelatyny, a także na agarze glicerynowym obserwowałem po dniach 3—4 rozwój długich nitek, przewyższających swą długością niekiedy do 10 razy zwykłą długość laseczek, a szerokością równych

¹⁾ LÖFFLER. l. c.

²⁾ BAUMGARTEN. Lehrbuch d. patholog. Mykologie. 1888. str. 664.

³⁾ KRANZFELD. Zur Kenntniss des Rotzbacillus. Centr. f. Bact. u. Par. 1887. II. Nr. 10.

⁴⁾ WASILIEW. Baktjerii sapa. Trudy obszez. russk. wraczej. Za rok 1885—1886. str. 153.

tym ostatnim. Wreszcie już w hodowlach 2—3 dniowych w żelatynie, na agarze i agarze glicerynowym, spostrzegałem luźne owalne i okrągłe nieco połyskujące ziarenka; nie wiem jednak, czy uważać je można za zarodniki, gdyż odczynu barwnego zarodników, według sposobu podanego przez NEISSER'a dla laseczników gnilnych i karbunkułowych, nie posiadały. BAUMGARTEN ¹⁾) w krótkim komunikacie z roku zeszłego podaje, że ROSENTHAL'owi udało się w ten sposób zabarwić zarodniki w starych hodowlach na kartoflu. [D. n.]

II. ZESTAWIENIE 25 PRZYPADKÓW OTWARCIA JAMY OTRZEWNEJ PRZY CHOROBACH NARZĄDÓW RODZAJNYCH KOBIECYCH NIEZAPALNEGO POCHODZENIA.

[SZEREG TRZECI].

Podał

Władysław Matlakowski.

I-o SIEDEM OWARYJOTOMII.

Spostrzeżenie 51. *Cystoma ovarii sinistri; accretiones largae cum flexura sygoidea; laparotomia; consutio cystidis ad vulnus abdominis; sanatio.*

J....ska Emilja, lat 40, żona urzędnika z Niekłania, przybyła do oddziału dnia 10 Paźdz. 1888. Przed trzema mniej więcej laty pojawiło się zatrzymanie moczu, a potem częste i utrudnione oddawanie, połączone z silnem wydymaniem; dolegliwości te zwolna ustąpiły, ale zawsze od tej pory chora zmuszona była częściej oddawać mocz, a od kilku miesięcy oddawanie moczu stało się tak częstem, że nagabanie pojawia się co kilka minut wraz z bolesnem dęciem. Co do guza, to chora początku jego dobrze nie pamięta, ale od kilku lat już uważała, że brzuch jest twardy i nigdy nawet po wypróżnieniu nie mięknie. W ostatnich czasach guz stał się widocznym, pojawiły się bóle w krzyżu, w udach, a zaparcie stolca doszło do najwyższego stopnia, częstokroć w połączeniu z bolesnem wydymaniem. Miesiączkowanie odbywało się aż dotychczas prawidłowo co miesiąc, trwając po 5—6 dni; ostatnia miesiączka była skąpszą od innych. Chora rodziła 3 razy, ostatni raz przed 9 laty.

Oddawanie moczu bardzo bolesne, bardzo częste, połączone z nadzwyczajnem wydymaniem, przyczem moczu odchodzi bardzo mało. Mocz, badany przez D-ra MAYZLA, prócz obfitego mętu śluzowo ropiastego, okazał się w składzie swym dość prawidłowym. Inne narządy zmian wyraźnych nie przedstawiają.

Średniego wzrostu, chuda, blada, z wyrazem cierpienia w twarzy, do tego wyleknięta. Przy badaniu z kol. KONDRATOWICZEM w mieszkaniu prywatnem chorej znaleziono, co następuje: Brzuch miernie powiększony w dolnej połowie, gdzie wyczuwa się guz twardy, niezupełnie równy, bardzo naprężony, niedający uczucia falowania, jakby z bardzo niewyraźnem chęłbotaniem, sięgający ku górze prawie do podżebrzy, powyżej pępka, ku dołowi dochodzi z obu stron i ściśle przylega [zwłaszcza z lewej] do więzów POURART'a, od których ściśle odsunąć się nie daje, w okolicy nadłonowej wchodzi za kość łonową, szczelnie do niej przystając i wcale poruszonym z miejsca tu być nie może. Górna część guza nieco się buja z boku na bok. Pomiedzy górną częścią guza i ścianą brzu-

¹⁾ BAUMGARTEN. Bacteriol. Mittheilungen. Centr. f. B. u. Par. 1888. III. Nr. 13.

szą przez cienką ścianę brzuszną wyczuwa się pętlice kiszek, które prawdopodobnie są z guzem zrosłe, gdyż się od niego odsunąć dają tylko na pewną odległość, a puszczone powracają w pierwotne miejsce. Srom sino przekrwiony, obrzmiały, pokryty śluzem, z licznymi żyłami. Macica od przodu przyparta do spojenia łonowego, przy badaniu obu rękami daje się dokładnie wymacać: jest ona powiększona, trzon ponad i poza spojeniem łonowym; część pochwowa spłaszczona, gruba, z szeroko roztwartemi ustami. Guz zaś wyczuwa się przez sklepienie tylne oraz boczne, zwłaszcza lewe i tu jest on twardo elastyczny, a poza sklepieniem tylnem ku odbytnicy wyczuwa się dwie jego odrośle. Tu guz zgola nie daje się poruszyć, ani do góry popchnąć, szczelnie wypełnia, tamponuje, że tak rzec, jamę miednicy małej. Macica z guzem niestopiona w jedną masę, ale blisko zrosła tylną powierzchnią trzonu; część pochwowa i szyja wolne. Badanie przez odbytnicę nic nowego nie dorzuca.

Co do natury, guz wydawał się torbielą lub mięśniakiem, lecz co ważniejsza, że jako zupełnie nieruchomy przedstawiał się najniepomyślniej co do rokowania w miednicy małej i nacisku na trzewa tam zawarte przy niezłym stanie ogólnym nakazywały szukać koniecznie drogi ratunku. Chorej i jej mężowi przedstawiono konieczność cięcia próbnego, na które się zgodzili.

D. 12. X. 1888 w obecności i przy pomocy kol. KONDRATOWICZA, CIECHOMSKIEGO, BORSUKA, GULIŃSKIEGO, ROGOZIŃSKIEGO i WINAWERA otworzyłem jamę brzuszną w smudze białej; zaraz ukazał się guz, a przed nim zrosła z nim macica z przebiegającym po guzie wyciągniętym twardym brzegiem wolnym więzu szerokiego prawego. Wprowadziwszy rękę do jamy brzusznej, przekonałem się, że guz ściśle zrosły z tylną powierzchnią macicy, dalej z boczną lewą stroną miednicy aż do więzu POUPART'a, dalej wzdłuż brzegu wolnego lewego *m. psoa-tis*, od tyłu z *promontorium*, wreszcie najściślej z kiszka grubą, z *flectura sigmoidea*. I tylko z prawej strony guza między nim i ścianą miednicy z największą trudnością można wcisnąć palce do jamy miednicy małej. Ściana guza twarda, napięta, pstra. W ten sposób badanie wykazało, że mamy do czynienia z torbielą lewego jajnika przyrośniętą, a w części wrośniętą między listkami więzu szerokiego. Przekłuwszy guz i wypuściwszy płyn szaro-czokoladowy, brudny, gęstawy, jeszcze raz zbadałem stosunki; przekonawszy się jednak o nieprzezwyciężonych trudnościach wycięcia, przyszyłem ściankę torbieli do otrzewnej dolnego kąta cięcia w ścianie brzusznej, zaszyłem górną część tegoż cięcia, a przyszywszy jeszcze skórę do torbieli, przeciąłem ją, wymyłem gruntownie jamę; wprowadziłem dwa grube dreny i ranę opatrzyłem gazą jodoformową.

Chora szybko przyszła do siebie; już na drugi dzień wyraźnie zaznacza, że rzadziej oddaje mocz i bez bólu. Przebieg bez gorączki, bez wymiotów i czkawki z tętnem 80; w kilka dni po operacji zaczęło wypływać bardzo wiele cieczy surowiczej przez dreny, tak, że trzeba było codziennie zmieniać opatrunek; w dwa tygodnie po operacji wyjąłem po raz pierwszy dreny, a wprowadziwszy jeden palec do torbieli, a drugi do pochwy, przekonałem się, że obie te jamy przegrodzone są bardzo cienką przegrodą w okolicy sklepienia tylnego. Od tej pory stale smarowano ścianę kanału [po wyjęciu drenów] nalewką jodową, przestrzykiwano roztworem sublimatu.

Dnia 9. XI. Chora opuściła szpital z ogromną poprawą w stanie ogólnym, z brzuchem małym, miękkim i niebolesnym, ze znaczną ulgą w oddawaniu moczu; dreny w kanale pozostały i przez nie zaleciłem dalsze przemywanie kanału antyseptykami.

D. 20. XII. Chora przedstawiła mi się; jama o tyle zmniejszyła się, iż pozostał tylko kanał rozmiarów drenu, który usunąłem; przy badaniu obu rękami, prócz pewnej odporności w sklepieniach bocznych, nie znalazłem guza wcale, tylko *residua* po przebytej operacji. 24. I. 89 miałem listowną wiadomość od

męża chorej, iż u niej rozwija się cierpienie umysłowe z odcieniem manii prześladowczej; chora dotąd żyje i jest umysłowo cierpiącą.

Spostrzeżenie 52. *Cystis dermoidalis ovarii dextri; torsio pedunculi. ovarioto-mia; sanatio.*

P....ska Maryja, l. 58, przeniesiona z oddziału D-ra WÓJCIKIEWICZA, d. 4. XI. 1888.

Rodziła 3 razy, ostatni raz przed 20 laty; od tej pory ustało miesiączkowanie; od roku zaczęła ukazywać się macica w sromie, a oddawanie moczu bolesne. Przed tygodniem chora dostała bólesci w brzuchu, szczególnie z prawej strony. Guz jakoby zauważyła przed kwartalem. W ostatnich czasach chora miewała uporczywe zaparcie stolca, od czasu do czasu zaś krew w wypróżnieniach.

Średniego wzrostu, żółtawo-biała, otyła; skóra wiotka. Brzuch duży, w dolnej części wyczuwa się guz wielkości główki dziecka, zajmujący przeważnie prawą połowę brzucha, sięgający na 2 palce poniżej pępka, nie dochodzący do więz. POUPART'a; ruchomy, dający uczucie niewyraźnego chęłbotania; granic guza i stopnia przesuwalności z powodu grubego pokładu tłuszczu oraz ciągłego naprężenia ściany brzusznej określić nie można; przy macaniu chora doznaje żywego bólu. Przy badaniu przez pochwę, przy napchnięciu guza ku jamie miednicy ręką przez ścianę brzuszną, druga ręka wyczuwa dolny odcinek guza przez sklepienie przednie i prawe; macica nie znajduje się w żadnym związku z guzem; sklepienie tylne i lewe puste.

Stan ogólny chorej nieszczególny, lekki *status subfebrilis*, bóle w okolicy guza; tony serca czyste, tętno słabe, stale około 90—100; narządy oddechania prawidłowe; mocz białka ani cukru nie zawiera; oddawanie prawidłowe. Rozpoznanie: torbiel jajnika prawego; nie zupełnie jasne są zaburzenia w stanie ogólnym i ból w okolicy guza.

D. 9. XI. 88. Chora została z trudnością i niezupełnie uśpioną, poczem w obecności kol: BORSUKA, BRUNERA, CIECHOMSKIEGO, GULIŃSKIEGO, HANDELSMANA, JAMIOŁKOWSKIEGO, KUNIEWICZA, KIBERSZTOWICZA [z Ostrowia], KANCLERZA [z Łomży], ROGOZIŃSKIEGO, WITKOWSKIEGO oraz OBREŃSKIEGO przystąpiłem do operacji. Cięcie w smudze; guz zrosły z siecią; świeże przyklejenia kiszek cienkich do ściany torbieli; zrost podwiązano, przyklejone pętlice poodrywano; nakłucie guza trójgrańcem POTAIN'a; wydobyć z zewnątrz; okazało się skręcenie szypuły guza naokoło jej osi 6 razy. Szypuła bardzo gruba, obrzękła; podobna do pępowiny; pomiędzy kolanami skrętów zrosty. Szypułę odkręcono, podwiązano, odcięto, przypalono i wpuszczono; toaleta gąbkami płynu krwisto-brudnego; szew ściany brzusznej.

Torbiel wielkości główki noworodka, górna część ściany biała, bliznowata, twarda, mocna, dolna tak cienka i przeświecająca, że zrodziła się obawa pęknięcia przy wyciąganiu torbieli z brzucha, lub przy badaniu. Zawartość gęstawa brudno-czokoladowa z kryształami cholestearyny. Część wewnętrznej powierzchni torbieli, odpowiadająca szypule, jest nierówna, jakby gruczołowata, twarda, podobna do powierzchni *condyloma acuminatum*, tylko z drobniejszych wyniosłości się składająca, usiana wynaczynieniami; w niej p. dziekan BROPOWSKI znalazł budowę, przypominającą *epithelioma*. Przebieg idealny bez wymiotów, czkawki, gorączki, bólesci, przy tętnie 80—90; 7 dnia pierwsze wypróżnienie; 8-go wyjęto szwy; *prima intentio* na całe przestrzeni.

D. 7. XII. 88 opuściła szpital.

Przypadek ten godny uwagi ze względu na skręcenie, które było powodem zaburzeń w stanie ogólnym chorej [stan podgorączkowy, bóle w brzuchu tętno przyspieszone, bladość] i spowodowało sklepanie z guzem wszystkich pętlic jelita, które się z torbielą stykały.

Spostrzeżenie 53. *Cystoma utriusque ovarii; ovariotomia; sanatio.*

Ostr...cka Maryja, 1. 49, od kilku lat szukając porady na bardzo silne krwawienia miesięczne u jednego z ginekologów, dowiedziała się, że ma guz, który znajdował się nad sklepieniem tylnym i z powodu swej twardości robił wrażenie w połączeniu z nadzwyczajnie obfitem miesiączkowaniem mięśniaka macicy. Dopiero przed dwoma laty jednocześnie z ustaniem miesiączki zauważyła powiększenie brzucha, który od tej pory prawie niewidocznie, lecz ciągle się zwiększał. Chora rodziła 5 razy, ostatnie dziecko przed 12-u laty. Chorą poraz pierwszy widziałem w Kwietniu 1888, a rozpoznawszy ogromną torbiel jajnikową, doradzałem operację, która atoli ze względów rodzinnych musiała być odłożoną. W końcu Listopada, gdy się chora nanowo zgłosiła, znalazłem stan następujący: osoba średniego wzrostu, niezłego odżywiania, czująca się zupełnie zdrową i doznająca jedynie duszności i uczucia ciężaru przy chodzeniu i robocie. Narządy wewnętrzne, jak: serce, płuca i nerki, zdrowe; oddawanie moczu prawidłowe, kału—opieszale; chora nie przebywała [sądząc z objawów] zapaleń otrzewnej, nogi nieopuchnięte.

Brzuch ma w obwodzie przez pępek 98 cm., od pępka do wyrostka miedzykowatego 18, a do spojenia łonowego 25; brzuch niejednostajnie wypukły, z pewnem spłaszczeniem, odpowiadajacem mniej więcej smudze; lewa połowa mocniej wypukła od prawej. Guz wszędzie daje jednostajne, bardzo wyraźne uczucie chęłbotania i falowania, odgłos tępy przy opukiwaniu; tylko w okolicach lędźwiowych, oraz w dołku i w okolicy ostatnich żeber lewych odgłos bębny; w prawym podżebrzu tępość guza zlewa się z tępością wątroby. Przy takim wypełnieniu brzucha nie można nic powiedzieć o ruchomości guza. Macica mała; przez sklepienie tylne i boczne wyczuwa się guz chęłbocący, nie mający bliższego związku z macicą.

D. 1. XII. 88 po łatwym uspianiu chorej przy pomocy kol. BORYSOWICZA, CIECHOMSKIEGO i KONDRATOWICZA przystąpiłem do operacji. Cięcie w smudze, przepuszczając rękę; guz nigdzie nie przyrosły; nie ma *ascites*; nakłucie trójgrańcem, wypuszczenie zawartości klejowatej, z kilku komór biało-przezroczystej, z jednej kawowo-ciemnej, na wpół przezroczystej; wyciągnięcie zmniejszonej torbieli lewego jajnika, podwiązanie szypuły wraz z bardzo wydłużonym jajowodem, wpuszczenie szypuły do jamy otrzewnej.

Przy badaniu macicy znalazłem torbiel, wychodzącą z prawego jajnika, wielkości pięści, zaklinowaną szczelnie w jamie miednicy małej, zkąd z właściwym szelestem chlupnięcia wyciągnąłem ją, nakłutem igłą POISSON'a, a wyciągnąwszy zawartość klejowatą i zmniejszywszy, wydobylem na zewnątrz, podwizałem szypułę, obciąłem, przypaliłem i wpuściłem do jamy otrzewnej.

Torbiele wielokomorowe zawierały razem 12 litrów płynu klejowatego; na wewnętrznej powierzchni ściany dużych komór liczne przegrody, niepełne ściany, listwy i smugi, oraz wtórne komórki.

Przebieg idealny bez gorączki, bez wymiotów i czkawki, bez bólei przy tętnie 76—80. 7-go dnia zdjąłem szwy: *prima intentio* bez kropli ropy w ranie, lub około szwów; 4-go dnia obfite 7 wypróżnień po ławatywie. Chora w trzy tygodnie wstała z łóżka i od tej pory cieszy się zupełnem zdrowiem.

Spostrzeżenie 54. *Cystis dermoidalis ovarii dextri; contemptum globosum; tor-sio pedunculi; accretiones cum mesenterio; degeneratio cystoidea ovarii sinistri ovario-tomia bilateralis.*

Goldwasser Chana, 40 lat, żona kupca z Ostrołęki, przysłana do mnie przez kol. T. STĘPNICKIEGO z Wyszkowa, wstąpiła do oddziału d. 30. I. 1889.

Rok temu, chora, która dotychczas była zdrową i urodziła szczęśliwie 9-o dzieci [ostatnie przed 2½ laty], bez widocznego powodu dostała silnych bólei w podbrzuszu, zaparcia stolca, wymiotów i gorączki; wezwany wtedy lekarz znalazł guz, o którym chora dotychczas nie wiedziała. W dwa miesiące

potem chora przebyła drugi napad boleści, tylko słabszy od pierwszego. Od tej pory chora zwracać zaczęła uwagę na guz, który mogła swobodnie przesuwac; cięższa praca i jazda sprawiała ból; od czasu zaś do czasu przychodziły boleści silne, wymioty i zaparcie stolca, a wtedy guz bywał dla chorej nieruchomy i bardzo bolesny. Miesiączkowanie prawidłowe typu $\frac{6-8}{28}$ d. nie ustawało, nawet podczas karmienia. Wypróżnienia i oddawanie moczu prawidłowe. W moczu nieznaczna ilość białka; serce i płuca zdrowe.

Status praesens. Wysokiego wzrostu, dobrego odżywiania, brzuch [przy pierwszym badaniu w domu ogromny, skutkiem rozdęcia pętlic kiszek, widocznie się zarysowujących], po opróżnieniu kanału pokarmowego mały, ściana jego zapadła wspiera się na widocznym zdala guzie, wielkości głowy dorosłego, kształtu nerkowatego; guz ten jest bardzo ruchomy, nie bolesny przy badaniu, gładki, dający uczucie szczególnego rodzaju chębotanie [jakby przez cienką warstwę płynu wyczuwało się stałą zawartość]; przy badaniu obu rękami wyczuwa się taśmowatą szypułę, wychodzącą z prawego jajnika. Macica duża, część pochwy gruba, usta otwarte; *ante flexio*; przez sklepienie tylne czuć guz wielkości jaja gęsiego, stanowiący torbiel lewego jajnika.

Na podstawie owej szczególnej konsystencji guza i owego chębotania postawiłem rozpoznanie torbieli skórzakowej, której szypuła uległa skręceniu, na co najwyraźniej wskazywały napady bólów, wymiotów, zaparcia i gorączki, trwające po 2—3 tygodni.

D. 1. II. 1889 dokonana owaryjotomia w obecności kol. CIECHOMSKIEGO, GULIŃSKIEGO, BORSUKA, KUNIEWICZA, FICKIEGO, HANDELSMANA, SŁUPECKIEGO potwierdziła w zupełności rozpoznanie. Po szerokim otwarciu jamy otrzewnej znalazłem torbiel, zrosłą z siecią dużą, a nadto na przestrzeni równej wszczep czterem poprzecznym palcom z kreską кишки cienkiej w odległości kilku centymetrów od mezenteryjalnego brzegu jelita. Po oswobodzeniu torbieli okazało się skręcenie szypuły od strony prawej ku lewej [od *spina ant. sup. dext.* ku kręgosłupowi] $1\frac{1}{2}$ raza około osi, przyczem wydłużony jajowód świderkowato okręca się naokoło szypuły, a później schodzi na torbiel, gdzie jego *fimbriae* są wyciągnięte w długi grzebień. Szypułę podwiązano jedwabiem i obcięto; podobnie postąpiono z torbielą lewostronną, utwierdzoną na krótkiej szypule, a znajdującą się w dole DOUGLAS'a bez zrostów. Szypuły obcięte wpuszczono, ranę ściany brzusznej zaszyto.

Zawartość torbieli składała się z litra płynu gęstego brudno kawowego koloru od licznych wybroczyn krwi w ścianie torbieli skutkiem skręcenia, z kilkunastu kawałów tłuszczu, kształtu kulistego i jajowatego, wielkości od rozmiarów orzecha włoskiego do wielkości jaja gęsiego i większe, barwy brudno popielato-gliniastej; kule te zawieszono były w owym brudnym płynie; na dnie torbieli leżał zwój włosów, zlepionych tłuszczem w kłęb wielkości małej pięści.

Przebieg wyborny, bez gorączki, wymiotów, czkawki i boleści, przy tętnie 80—90; czwartego dnia wypróżnienie; 7-go zdjęto szwy, *prima intentio* bez kropli ropy. Chora zmarła następnie z lewostronnego zapalenia płuc i opłucnej w czasie gdy miała wyjechać do domu.

Przypadek ten bardzo ciekawy potwierdza moje przypuszczenie, wypowiedziane wyżej o przyczynach zamiany płynnej zawartości torbieli na kule; tu podobnie jak w przyp. ROKITAŃSKIEGO *) było skręcenie szypuły; wywołało ono zapalenie ściany torbieli, wysięk do jej jamy i wynaczynienia krwi, a domieszka tych płynów wpłynęła na zmianę tłuszczu płynnego na stały i kulisty.

*) OLSHAUSEN. Die Krankheiten der Ovarien, str. 402.

LAWSON TAIT, który poświęca osobny, bardzo ciekawy rozdział skręceniu szypuły, czyni zależnem je od działania odbytnicy, pod wpływem ruchów której torbiel zawsze widział skręconą „*form within outward to the right*“ *). Jeżeli dobrze rozumiem to wyrażenie, to i skręcenie w naszym przypadku było w tym samym kierunku.

Dodać muszę, iż zgodnie z tym autorem we wszystkich moich przypadkach uległa skręceniu torbiel była prawostronna.

Spostrzeżenie 55. *Cystoma proliferum ovarii sinistri; ascites; anasarca; ovariotomia; sanatio.*

Tr...wicz Joanna, 48 lat licząca, służąca, przybyła do oddziału d. 2 Marca 1889. Przed trzema kwartałami pojawiły się bólesci w brzuchu, a za niemi niedługo powiększenie jego, które się ciągle wzmagalo. Przedtem była zawsze zdrowa; zamężna; dzieci nie miała; miesiączkowała prawidłowo, bez dolegliwości; miesiączka ustała przed 7-u laty. Chora cierpi na zaparcie stolca bardzo uporczywe; brzuch wtedy powiększa się jeszcze bardziej, szczególnie w nadbrzuszu; występują mdłości, do wymiotów nigdy jednak nie dochodziło. Oddawanie moczu prawidłowe.

Wysokiego wzrostu; twarz wychudzona, oczy błyszczące, wygląd zdrowy; skóra biała; kolosalny obrzęk kończyn dolnych, *anasarca* bardzo znaczna ściany brzusznej, części płciowych. Na brzuchu na lewo od pępka blizna owalna wielkości dłoni, po wycięciu guza przed 15 laty przez prof. KORZENIOWSKIEGO; guz był, jak chora opowiada, „*sarcoma*“. Brzuch znacznie powiększony, skóra napięta, błyszcząca, gruczoły pachwinowe niepowiększone; bardzo wyraźne objawy *ascites*; przez grubo obrzękłą ścianę brzuszną i płyn swobodny w jamie brzusznej wyczuwa się guz elastyczny, kulisty, nierówny, tępy przy opukiwaniu, otoczony z boków i od góry pasem odgłosu bębniściego, przesuwalny, trzymający się okolicy pępkowej, nie wchodzący do miednicy małej, trudny do bliższego wyczuwania z powodu napięcia ścian brzucha. Przez ciasne *orificium hymenale* wyczuwa się macicę małą, od tyłu leżącą, zresztą sklepienia zupełnie wolne; guza się tedy nie wyczuwa, ani jajników znaleźć nie można, również z powodu naprężenia ścian brzusznych. Nadbrzusze mocno wypukłone daje jasny ton bębniasty. Obwód brzucha przez pępek 90 ctm.. Serce i płuca zdrowe; mocz prawidłowy.

Rozpoznanie postawiłem na guz z sieci dużej, lub z krezki, i stawiałem w możliwej zależności od wyciętego kiedyś nowotworu. Chorą badali kol. KRYSIŃSKI, WINAWER, BORSUK i CIECHOMSKI, którzy również skłaniali się więcej ku niejajnikowemu pochodzeniu jego.

D. 9. III. 89. przy pomocy kol. BORSUKA, CIECHOMSKIEGO, KRYSIŃSKIEGO, WINAWERA, oraz pomocnika naczelnego lekarza, D-ra OBRĘBSKIEGO, po zachloroformowaniu otworzyłem szeroko jamę brzuszną cięciem w smudze, poczem wypuściwszy kilka litrów płynu lepkiego, wydobyłem guz wielkości głowy dorosłego człowieka, zupełnie swobodny, śliski, na szerokiej, długiej szypule utwierdzony, a wychodzący, jak to oburęczne badanie wykazało, z lewego jajnika; macica była tak mała i tu w tyle leżała na odbytnicy, że jej po wprowadzeniu ręki do jamy miednicy nie mogłem odrazu znaleźć. Podwiązanie szypuły, obcięcie, obszycie otrzewnej, wpuszczenie. O ile możności, usunięcie gąbkami lepkiego, gęstego płynu z jamy otrzewnej, która przedstawia po skurczeniu się ściany niesłychanie mocne przekrwienie i zaczerwienienie. Zaszycie rany w ścianie brzusznej.

Guz wydobyty, nierówny, miękko elastyczny; niektóre odcinki tak miękkie, jakby ich zawartość wylała się do jamy otrzewnej. Na przekroju przedstawia

*) The pathology and treatment of diseases of the ovaries. 1883, str. 300.

się złożonym z masy małych torbieli, wypełnionych klejowatym, to mleczno białym, to nawpół przeświecającym płynem gęstawym; ściany jam nasiąkłe cieczą, obrzękłe, nieprawidłowe. Przy badaniu, dokonaniem łaskawie przez kol. KRYSIŃSKIEGO, okazała się *cystoma proliferum*. Przebieg przewyborny, bez wymiotów, czkawki, gorączki; bóle w brzuchu zupełnie po operacji ustąpiły, obrzęk na kończynach dolnych w ciągu kilku dni zadziwiająco szybko znikł zupełnie; zjawilo się łaknienie; 5-go dnia wypróżnienie, 7-go zdjęto szwy; rana zagoiła się w całości *per primam* bez kropli ropy około nitek. Najdłużej, bo około trzech tygodni, dawała się wykazać obecność płynu w jamie otrzewnej.

T. zdrową opuściła szpital d. 2. IV. 89.

[C. d. n.]

III. INTUBACYJA KRTANI

(METODA O'DWYER'A).

Napisał

Jan Sędziak,

b. asystent szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 46].

W ostatnich czasach O'DWYER dodał jeszcze jedną [6-tą] rurę o największym kalibrze dla dzieci, starszych nad lat 12. Każda rura składa się z 3 części: główki, szyjki i ciała. Główka ma na celu przeszkodzić wpadnięciu rury do tchawicy; jest ona na górnej swej powierzchni spłaszczona, część jej tylna przedstawia dość znacznie ku tyłowi wystający brzeg, którym rura opiera się na chrząstkach nalewkowych, co przedewszystkiem ma wstrzymywać rurę od obsunięcia się do tchawicy. Główka nie opiera się na strunach prawdziwych, jakby się zdawać mogło, lecz na fałszywych [DILLON BROWN (61)], z czem się najzupełniej zgadzam na podstawie mych doświadczeń na trupach. Główka owa ma w niczem nie tamować czynności nagłośni. W tym ostatnim celu, t. j. dla umożliwienia karmienia dzieci po intubacji, WAXHAM z Chicago (99) zaleca sztuczną nagłośnię oraz małe główki, te ostatnie zaleca również INGALS (169) — w tym razie opierać się ona może na strunach prawdziwych, łatwo jednak rura wpaść może do tchawicy, oraz spowodować owrzodzenia na strunach.

Drugą najwęzszą część rury, t. zw. szyję wstawia się do głośni. Wreszcie trzecia i ostatnia część — to jest ciało rury ma formę podwójnego klina, t. j. ma w średniej części zgrubienie, zmniejszające się w kierunku ku gorze i dołowi. Ma to na celu — utrwalenie rury w jej pozycji w krtani, utrudniając wykrztuszenie jej, oraz wspólnie z główką ma niedopuszczać do wpadnięcia do tchawicy. Ciało [trzon] rury częściowo tylko jest w krtani, sięga ono swym dolnym końcem tchawicy, nie dochodząc zwykle do podziału tchawicy na $2\frac{1}{2}$ ctm. [O'DWYER], co niejednokrotnie miałem sposobność stwierdzić w mych doświadczeniach na trupach. Niektórzy autorowie, jak np. HUBER (157), radzą stosować małe [krótkie rury] dla łatwiejszego wykrztuszania w przypadkach zatkania błoną, co nazywają (49): „*intermittent intubation*“. HOADLEY (85) nawet zmodyfikował rury O'DWYER'a

w tym sensie, że długość ich odpowiada rozmiarom krtani. Inni natomiast autorowie, jak CAILLÉ (84), WITT (187), oraz FLETCHER INGALS z Chicago (169) przeciwnie radzą stosować rury większego kalibru, gdyż duże rury, chociaż, być może, trudniejsze do wstawienia, ciężarem swym, jakoteż i mocniejszym wklinowaniem się w krtan utrudniając wykrztuszanie rur, co stanowi jedną z ujemnych stron intubacji i zraża wielu lekarzy [THOST i inni]. Przytem INGALS (24) utrzymuje, jakoby duże rury trudniej się wypełniały błonami. Na zasadzie dotychczasowych badań byłbym również bardziej skłonny do użycia rur większego kalibru. Na granicy szyjki z główką w przedniobocznej części znajduje się otwór [raczej krótki skośny kanał], przeznaczony dla nitki jedwabnej, długości 18 cali [O'DWYER], od 18—20 cali [HUBER (28)], związanej podwójnie [w pętlicę]. Jej przeznaczeniem jest przeszkodzić wpadnięciu rury do żołądka, w razie fałszywego wprowadzenia rury do przełyku zamiast do krtani. Nitkę ową w rurze dodatkowej [6-ej] największej radzi O'DWYER (36) zawiązać za uszy [u dzieci starszych nad lat 12], a to w celu niedopuszczenia obsunięcia się rury do tchawicy, co mogłoby nastąpić w razie nagłego powiększenia objętości krtani, jakie często ma miejsce w okresie dojrzewania płciowego. Nitka powinna być jedwabna, spleciona (*braided silk*), niezbyt gruba, żeby obturator mógł dobrze wejść w rurę, lecz i niezbyt cienka [łatwo pęka].

Przechodzimy obecnie do 3-ciej części składowej w komplecie instrumentów O'DWYER'a, t. j. do t. zw. aplikatora. Jest to przyrząd, służący do wprowadzania rur do krtani. Składa się on z rączki drewnianej, oraz części metalowej, zaopatrzonej w pewien rodzaj sprężyny, służącej do uwolnienia obturatora z rury, gdy ona już w krtani się znajduje. Do końca aplikatora przyskrubowuje się t. zw. kolankowate obturatory; ilość ich też sama, co i rur; każdej więc rurze odpowiada właściwy obturator. Górny szerszy jego koniec służy do połączenia [za pomocą szruby] z aplikatorem, dolny zaś w rodzaju owalnej główki, po włożeniu obturatora do rury, powinien z niej wystawać, gdyż służy do łatwiejszego wprowadzenia rury do krtani, jakoteż ma on zabezpieczać od zranienia części miękkich krtani przez dolny mniej więcej ostry brzeg rury. STROERK (11) wymyślił inny przyrząd do wprowadzania rur, rysunek jego znajduje się między innymi w *Journal of laryngology* N. 6. 1887.

4. Ekstraktor, podobnie jak aplikator, składa się z rączki drewnianej, oraz części metalowej, zaopatrzonej na końcu swym przednim w 2 małe karbowane na zewnętrznej powierzchni łyżeczki, które, będąc złożone w postaci wąskiego dzioba, wprowadza się w otwór rury, poczem po naciśnięciu specjalnego urządzenia [sprężyny], łyżeczki się rozchodzą i cisną na boczne ścianki rury, umożliwiając łatwe wyjęcie jej z krtani. Obsunięcie się łyżeczek po gładkich ściankach rury jest niemożliwe z powodu karb, o których wyżej wspominałem.

Wreszcie 5-tą i ostatnią część stanowi metalowa skala [blaszka] do mierzenia rur dla każdego poszczególnego przypadku. I tak: najmniejsza rura ma wielkość, odpowiadającą cyfrze 1 na skali, służy ona dla dzieci, mających rok, lub mniej; następnie rura, dochodząca do cyfry 2, służy dla dzieci od 1 do 2 lat wieku. 3-cia rura, odpowiadająca cyfrom 3—4 na skali, powinna być użytą dla

dzieci w wieku od 2 do 4 lat; następna [4-ta], dochodząca w wielkości swej do cyfr 5 — 7 na skali, odpowiada wiekowi od 4 do 7 lat. Wreszcie 5-ta rura, odpowiadająca cyfrom 8—12, służy dla dzieci od 7 do 12 lat. Wspominaliśmy już, że O'DWYER dodał następnie jeszcze jedno [6-tą] rurę dla dzieci powyżej lat 12. Jakkolwiek skala powyższa zawsze powinna nam służyć za normę w wyborze rury, to jednak w wielu razach wypada nam od niej odstąpić [BLEYER (6)], na co już zwrócił uwagę O'DWYER (36). I tak wiadomo, że u chłopców krtan wogóle jest stosunkowo większą, niż u dziewcząt, z drugiej zaś strony rozwój fizyczny [budowa] dziecka wiele tu znaczy: często naprzykład zdarzyć się może, że u drobnej, delikatnej dziewczynki w wieku lat $3\frac{1}{2}$, Nr. 3 rury [według skali] będzie za wielki, natomiast u dobrze rozwiniętego chłopca w tymże wieku wypadnie zastosować Nr. 4. Po szczegółowem opisanii narzędzi, służących do intubacyi krtani, przechodzimy obecnie do opisanja samej metody.

Dziecko, owinięte w kołderkę, siedzi na kolanach niańki z główką opartą na jej lewem ramieniu, nieco przytem ku tyłowi przechyloną [SMITH i WALDO (18) przeciwnie radzą — ku przodowi]. Rączki dziecka najlepiej związać, nóżki zaś niańka przytrzymywać winna swemi kolanami. Asystent [lub ktoś inny] przytrzymuje silnie rękami główkę dziecka w powyższej pozycyi. Operator ¹⁾ siedzi naprzeciwko dziecka, lewym wskazicielem wchodzi do jamy ustnej [otwartej szeroko za pomocą rozwieracza, wprowadzonego w lewy kąt ust], dochodząc aż do nagłośni. CASSELBERRY (35) radzi dojść aż do chrząstek nalewkowych, z czem się zgadzam na podstawie mych doświadczeń na trupach; przekonały mnie one bowiem, że wtedy zarówno wprowadzenie, jakoteż i wyjęcie jest łatwiejszem, trzeba tylko wprowadzać zarówno aplikator, jakoteż i ekstraktor po przedniej powierzchni wskazującego palca lewej ręki. Następnie pod kontrolą palca wprowadza się ostrożnie rurę, wypełnioną odpowiednim obturatorem, który jest przyszlubowany do przedniego końca aplikatora. O'DWYER radzi, by przy wprowadzaniu rękojeść aplikatora była równoległą do mostka, gdy zaś rura jest już poza nagłośnią, u wejścia do krtani, radzi szybkim ruchem podnieść rączkę do góry pod kątem prostym do poprzedniej pozycyi, t. j. w kierunku prostopadłym do mostka. Rura wtedy lekko wchodzi do krtani, poniżej głośni, z główką opartą na strunach fałszywych, oraz chrząstkach nalewkowych [część wystająca tylna główki]. Większość autorów, między innemi STÖERK z Wiednia, zgadza się na to, że sam akt wprowadzenia rury jest łatwym, z czem i ja również się zgadzam; z wyjątkiem bowiem kilku pierwszych prób [na kilkumiesięcznych dzieciach], następne dały się, mniej lub więcej, łatwo wykonać. Rzecz prosta, że na żywych rękoczyn ten musi być jednak o wiele trudniejszym, niż na trupach.

Z drugiej strony operacyja daje się bardzo szybko wykonać [naturalnie jeżeli operator nabył dostatecznej wprawy przedewszystkiem przez poprzednie

¹⁾ Zaopatrzony w szkła ochronne [BLEYER 6]. Tenże autor radzi przed operacyją przeprowadzić badanie laryngoskopem w celu przekonania się o pozycyi błon, oraz o ogólnych warunkach, co, jakkolwiek nie jest łatwem, do wykonania jednak możliwem,

ćwiczenia na trupach]. Nie powinna ona trwać dłużej nad 10—12 sekund. Wprowadzanie przytem powinno być wykonanem bez najmniejszej siły, delikatnie, w razie jakiegś trudności należy bezwzględnie wyjąć rurę i po pewnym czasie znowu próbować i t. d..

Idzie teraz o to, jak się przekonać, że rura znajduje się w krtani, a nie w przełyku. Gdy rura jest w krtani, to po wyjęciu obturatora [o czem poniżej] następuje zaraz ulga w duszności — sinica powoli ustępuje — na co się wszyscy prawie autorowie zgadzają, zjawia się charakterystyczny, głuchy kaszel [BLEYER (6)], poczem zaraz drugi napad spazmatycznego kaszlu z obfitą wydzieliną [śluz, ropa i t. d.]; przez podanie wody do picia kaszel się powiększa, co zależy od przedostawania się płynu do dróg oddechowych. Gdy zaś rura jest w przełyku, sinica się zwiększa, duszność się również nie zmniejsza, brak charakterystycznego kaszlu, a nitka znika, pociągnięta ciężarem rury, opuszczającej się do żołądka. Do pewnego stopnia dobrem jest zbadanie palcem główki rury, oraz przekonanie się o anatomicznych danych. Najpewniejsze jednak kryterjum obecności rury w krtani, jest zbadanie laryngoskopem [BLEYER], o ile ono da się w tak ciężkich warunkach przeprowadzić. W moich doświadczeniach na trupach zwykle po wprowadzeniu rury do krtani przeprowadzałem badanie laryngoskopowe z następczem wycięciem całej krtani, oraz tachawicy [do podziału] wraz z zawartą w nich rurą.

Wspomniałem powyżej, że, wprowadziwszy rurę do krtani, należy ją uwolnić od obturatora.

Uskuteczniamy to za pomocą przyciśnięcia sprężyny aplikatora, wyjmując go łatwo wraz z przyskrubowanym obturatorem, poczem należy, przeciąwszy nitkę, wyciągnąć ją. Podczas obu tych manipulacyj nie trzeba zaniedbać przyciskania końcem lewego wskaziciela główki rury; łatwo bowiem stać się może, że podczas obu tych czynności rura napowrót z krtani wydostać się może.

Przypuśćmy obecnie, że mamy rurę w krtani przez pewien czas [zwykle około 5 dni] i że wypada nam obecnie ją wyjąć. Jest to, muszę powiedzieć z góry, najtrudniejsza część operacji [SENECA POWELL (78)], o czem już sam O'DWYER wspomina, z czem jednak SOTA Y LASTRA (39) się nie zgadza, tak samo i CHEATHAM (119), który przypuszcza, że dla wydalenia rury często wystarczy przewrócenie dziecka, oraz uderzenie go w kark, jakoteż drażnienie miękkiego podniebienia i gardzieli przy leżącej pozycji.

Do wyjęcia rury służy wyżej opisany ekstraktor: wprowadzamy go pod kontrolą lewego wskaziciela do otworu rury w pozycji zamkniętych łyżeczek. Nie jest to zbyt łatwo, zdarzyć się mogą obrażenia części miękkich [O'DWYER widywał na trupach nawet przecięcie chrząstki obrączkowej]. Wspomniałem już, że, wprowadzając ekstraktor po przedniej powierzchni palca, opartego na nalewkach, udawało mi się na trupach dość łatwo wprowadzenie wąskiego dzioba ekstraktora do otworu rury, zabezpieczając tym sposobem do pewnego stopnia części miękkie od skaleczenia. Można pomagać sobie w wyjęciu rury, naciskając krtani od zewnątrz lewym wielkim palcem z boku i ku górze (5). STROERK (11) wyciąga rurę z krtani za pomocą nitki. Dla łatwiejszego wprowadzenia ostrego końca ekstraktora HODLEY (85) zmodyfikował górną po-

wierzchnię główki, zrobiwszy ją nieco wklęsłą, talerzykową. Gdy już ekstraktor wprowadziliśmy do rury, łatwo ją wyjąć można, naciskając sprężynę w ekstraktorze, przez co łyżki się rozchodzą i cisną mocno na boczne ścianki rury. Obsunięcie się łyżek od gładkich powierzchni rury nie zdarza się, gdyż zewnętrzne powierzchnie łyżek zaopatrzone są w karby, jakkolwiek możliwość taka nie zupełnie się wyklucza, zwłaszcza w rurach większego kalibru [5—6a.], co zdaje się wypływać z moich doświadczeń na trupach. O'Dwyer przy ekstrakcyi radzi czasem użycie anestezji.

Przegląd bibliograficzny.

Rocznik Lekarski na rok 1890, wydany przez D-ra G. FRITSCHEGO. Rok XI.

Kalendarz Lekarski na rok 1890, opracowany przez BUJWIDĄ, DUNINĄ, GRODECKIEGO, KUNIEWICZĄ, MATLAKOWSKIEGO, POLIKIERA, POLAKA i PUŁAWSKIEGO pod redakcją J. POLAKA.

Dziesięcioletnie istnienie bardzo pożytecznego wydawnictwa kol. ROGOWICZA, p. t.: „R o c z n i k m e d y c y n y p o l s k i e j“ zostało przerwaniem w roku zeszłym. Podobno kol. R. zgodził się na to, aby zebrany przez niego materyjał za rok ubiegły został wydrukowanym w Pamiętniku Tow. Lek..

Byłoby pożądanem, aby raz zaczęta rzecz dobra i pożyteczna była prowadzoną dalej z uwzględnieniem zaniedbanych działów, mianowicie prac higienicznych. Redakcja „Medycyny“ przedsięwzięła wydawanie w dalszym ciągu [jak widzimy z tytułu] rocznika lekarskiego, szkoda tylko, że ograniczyła się na wydaniu kalendarza, który, jak wiadomo, był tylko dodatkiem do wydawnictwa kol. ROGOWICZA, *ad captandam benevolentiam*... kupujących, dla pokrycia kosztów niezyskownego a pożytecznego wydawnictwa. Rocznik lekarski, pod nową redakcją, obfituje w większą ilość artykułów od swego poprzednika. Oprócz zwykłych kalendarzowych działów, spotykamy tu kilka artykułów umiejętnie napisanych przez wytrawnych znawców, mianowicie: krótki zarys badania drobnowidzowego najważniejszych bakterij chorobotwórczych przez kol. M. JAKOWSKIEGO; badanie nerwów przez kol. FABIANĄ; wskazówki do rozbioru moczu przez kol. MAYZLĄ. Jako nowość, spotykamy takse lekarską z r. 1846 dotychczas obowiązującą. Niewielu zapewne lekarzy miało sposobność zapoznać się bliżej z taksą, która zresztą ma tylko znaczenie w sprawach sądowych.

Kalendarz kol. POLAKA odznacza się wielką obfitością materyjału. Mamy tu wskazówki dyjagnostyczne, opracowane według SEIFFERT'a i MUELLER'a z rysunkami. Nie rozumiemy, dla czego, podając rysunek szyi i kończyny górnej z oznaczeniem punktów ZIEMSEN'a do elektryzacji, pominięto kończyny dolne? To samo zresztą popełniono w pracy oryginalnej. Wskazówki terapeutyczne, na podstawie różnych klinik wiedeńskich i kalendarza LORENTZ'a, dalej pożyteczna nowość: spis środków lekarskich, ich cena, postać, dawka i użycie. Oprócz taksy, podano więcej interesujące wyjątki z prawodawstw dotyczących lekarzy. Z artykułów oryginalnych spotykamy: najprostsze metody higienicznych badań pokarmów, napojów i t. d., opracowane przez kol. BUJWIDĄ, przegląd najnowszych postępów w dziedzinie terapii chorób wewnętrznych [DUNIN i PUŁAWSKI].

Artykuł kolegi MATLAKOWSKIEGO o najnowszych zwrotach w antyseptyce i w opatrywaniu ran jest niezmiernie pouczającym i ułatwiającym oryentowanie się w różnorodnych metodach antyseptyki.

Za zasługę poczytujemy wydawcy, że sobie zadał pracę zestawienia bibliograficznego artykułów oryginalnych, umieszczanych w czasopismach lekarskich polskich, jak również i książek za czas od 1-go Lipca 1888 — 1 Lipca 1889. Zastąpi to tymczasowo lukę, powstałą przez zawieszenie wydawnictwa kol. Rogowicza. Również pracowita jest krótka tabelka, wykazująca ilość lekarzy, szpitali, aptek, farmaceutów, felczerów, akuszerów i weterynarzy w guberniach król. polskiego, według danych urzędowych. Już to wogóle staranność o dobre informacje zaleca kalendarz kol. POLAKA. Widzimy to w liście lekarzy, najkompletniejszej i najdokładniejszej z dotyczących ogłoszonych [choć jeszcze i tu nie obyło się bez pewnych braków i pomyłek], jakoteż w skorowidzu zdrojowisk. W notatniku godnym jest uwagi zaznaczenie posiedzeń Tow. Lek. i niektórych obchodzących lekarzy rocznic. Pomimo takiej obfitości materiału, kalendarzyk, dzięki cienkości papieru, drobnemu, lubo wyraźnemu drukowi (*nonpareil*) i cienkiej oprawie, nie jest zbyt gruby i ciężki.

A teraz słówko o kalendarzykach lekarskich wogóle. Oddając sprawiedliwość pracowitości i zabiegom wydawców, którzy się prześcigają w doborze materiału i... szybkości wydawania tych miniaturowych encyklopedyj, zapytujemy, czy potrzeba i czy należy starać się tak dalece o to, aby z prostego *memorandum*, efemerycznego notatnika, robić eliksir wiedzy lekarskiej, ekstrakt poczwórny wiadomości naukowych. Kalendarzyk powinien, co najwyżej, pomagać pamięci przez podawanie łatwo ulatniających się z niej cyfr, odtrutek w rzadszych otruciach, tablic do badania siły wzroku, punktów do elektryzacji, wiadomości o najpierwszych środkach lekarskich, formuł dokumentów urzędowych, niektórych danych z postępowania sądowo-lekarskiego, jednym słowem tego wszystkiego, co na razie może wyjść z pamięci, a bez czego można być dobrym lekarzem. Ale nauczanie o przebiegu najzwyczajniejszych chorób, o prawidłowych granicach płuc i serca, o nieprawidłowych składnikach moczu i t. d. i t. d. nie wiadomo, dla kogo jest pisane. Przecież nie wolno zapominać o rzeczach, które stanowią istotę czyjegoś fachu. Cóż dopiero powiedzieć o terapii? Ta zdaje się być złożoną i drukowaną dla studentów medycyny, którzy leczą podług niej pierwszych swoich pacjentów. Bez tego rodzaju ułatwień lekarz może się obywać i powinien, a wydawcy lepiej uczynią, jeżeli całą uwagę zwrócą na dokładność i obfitość informacji, nie wysilając się na to, aby kalendarz zbliżał się do ideału tak zwanych *Eselbrücke*.

Wiadomości bieżące.

— Od pewnego czasu, obok ospy, która cokolwiek złagodniała, występuje w Warszawie w licznych przypadkach odra, szerząc się zarówno między dziećmi jak i dorosłymi, z przebiegiem jednak przeważnie łagodnym.

— Coraz więcej mnożą się spostrzeżenia, dotyczące chorób ptactwa domowego, a zwłaszcza kur [i gołębi], chorób, mogących się udzielać ludziom. Chodzi tu głównie o dyfteryt i o gruźlicę. W ostatnich czasach BARBIER zwrócił uwagę na to, że przypadki dyfterytu u ludzi mogą zależeć od zarażenia od kur chorych na t. zw. pypeć [dyfteryt guziczkowy]; z tego względu radzi usuwanie kur chorych, a także i nawozu, zawierającego wydzielinę chorego ptactwa.

Co do gruźlicy, dowiedziono już dawniej przenoszenia się tej choroby na kury wskutek zjadania przez nie płwociny suchotników. Obecnie znów D-r DANZIGER podaje ciekawe spostrzeżenie gruźlicy ogólnej prosówkowej u koguta. Kucharka D-ra D. patrosząc koguta, zwróciła uwagę na niezwykłą wątrobę. D-r D. znalazł na powierzchni wątroby guziczki w ilości 20, wielkości soczewicy, koloru żółtawo-białego, drażące wgląd miąższu. Cała otrzewna usiana była takimi guzikami, głównie w przebiegu naczyń limfatycznych. Na błonie surowiczej kiszek, w śledzionie, w osłonach jąder, na błonie śluzowej krtni i tchawicy, w płucach i w nerkach znajdowało się mnóstwo gruzełków, w których znaleziono wielką ilość laseczników gruźliczych. — Wobec niebezpieczeństw dla ludzi, mogących wynikać z zetknięcia lub spożycia mięsa chorego ptactwa domowego, byłoby do życzenia, aby zwracano uwagę na targach na sprzedawane kury i inne ptaki.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wl. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава, 10 Ноября 1889 г.

Друк К. Ковалевskiego, Królewska Nr. 29.