

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. J. JEGOROW. Przyczynek do nauki o zwoju ocznym (*ganglion ophthalmicum*). Doniesienie tymczasowe. — II. D-r FUNK. Kilka uwag dotyczących leczenia łuszczycy (*psoriasis*). — III. K. SZADEK. Teoryja wstecznego zarażenia się matki przymiotem od płodu (*Théorie „choc en retour“*). Studium krytyczne [Dalszy ciąg]. — IV. Wł. ORŁOWSKI. Sprawozdanie z oddziału chirurgicznego mężczyzny w szpitalu Dzieciątka Jezus z 1885 r.. — *Notatki lekarskie*. 7. A. MALINOWSKI. Puchlina osierdzia w przebiegu zapalenia nerek po szkarlatynie. — *Dział sprawozdawczy*. 24. ROSENBACH. Etyjologija tężca (*tetanus*). — 25. DEICHLER [Frankfurt nad Menem]. O pasorzytach pierwotniakach (*protozoa*) w śluzie kokluszowym. Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Ogłoszenia.

Z PRACOWNI PROF. DOGIELA.

I. PRZYCZYNEK DO NAUKI O ZWOJU OCZNYM (*ganglion ophthalmicum*).

DONIESIENIE TYMCZASOWE.

Podał

J. Jegorow.

W obecnej chwili nauka o oku należy do działów fizjologii najwięcej opracowanych, pomimo to jednak niektóre odnośne pytania dotychczas nie zostały wyjaśnione, a nawet stosunkowo niewiele nad nimi się zastanawiano. Do takich właśnie należy zaliczyć pytanie o fizjologicznem znaczeniu zwoju ocznego (*ganglion ophthalmicum*, *s. ciliare*, *s. lenticulare*, *s. oculomotorii*, *s. Schacheri* etc.). W dostępnej mi literaturze nie napotkałem specjalnych badań w tym kierunku zwróconych, a jeżeli znajdujemy opisy doświadczeń nad zwojem ocznym, to ten ostatni służy jedynie za punkt wyjścia pewnych objawów, które są właściwemi innym także częściom stanowiącym zawartość oczodołu.

Poglądy, wypowiedziane przez niektórych autorów o znaczeniu zwoju ocznego, opierają się raczej na przypuszczeniach aniżeli na naukowo stwierdzonych faktach. Prócz tego i anatomiczne opisy zwoju, o którym mowa, pomimo licznych poszukiwań, wiele pozostawiają do życzenia, a zwłaszcza badacze nie przyszli dotychczas do pewnych i zgodnych wyników.

Wobec takich braków w nauce o oku, przedsięwziąłem za radą prof. DOGIELA szereg anatomo-fizjologicznych poszukiwań, postawiwszy sobie za za-

danie wyjaśnić o ile można budowę anatomiczną zwoju ocznego i stosunek jego do sąsiednich nerwów, jak niemniej znaczenie fizjologiczne tego zwoju dla przyrządu wzrokowego. Niektóre wyniki mej pracy pozwolę sobie przytoczyć w niniejszej wzmiance, którą należy uważać za tymczasowe doniesienie, albowiem wyczerpujące sprawozdanie z poszukiwań opóźnić się musi z przyczyn odemnie niezależnych. Jedną z takich przyczyn było niepodobieństwo dostania pewnych zwierząt, których zbadanie mojem zdaniem powinno dostarczyć cennych wskazówek do wyjaśnienia kwestyi, o którą nam idzie.

Z uwagi na rozmiary niniejszego artykułu niepodobna szczegółowo przytaczać literatury przedmiotu, w krótkości więc tylko wspomnę, do jakich wyników dojść można na podstawie tego, co dotychczas było wiadomem o zwoju ocznym z podręczników anatomii i fizjologii układu nerwowego, a także, ze specjalnych prac, mających za przedmiot zbadanie anatomii tego zwoju u rozmaitych zwierząt.

Zdania autorów są następujące:

1. Zwój oczny należy do piątej pary nerwów czaszkowych, czyli do nerwu trójdzielnego, a mianowicie do pierwszej jego gałęzi ocznej (*ramus ophthalmicus trigemini*). Zdanie to wypowiedziane jest przez większą część badaczy.

2. Zwój oczny należy do układu sympatycznego, a mianowicie do końca głowowego wielkiego nerwu współczulnego. Pogląd ten podzielają: Fr. ARNOLD, AEBY, KRAUSE, RAUBER, Cl. BERNARD, RETZIUS i inni.

3. Zwój oczny uważany jest za jeden ze zwojów mózgoworodzeniowych, a w szczególności należyć ma do nerwu okoruchowego wspólnego (*n. oculomotorius*). Takie jest zdanie VALENTIN'a, BUDGE'go, SCHWALBE'go i innych.

Wobec przytoczonej różnicy zdań, zmuszony byłem zająć się przedewszystkiem zbadaniem stosunków anatomicznych.

Droga, którą szedłem, była porównawczą i z kolei poszukiwania swe dokończywałem na rybach, ziemno-wodnych, ptakach i ssących, biorąc po kilka egzemplarzy z każdego z tych rządów zwierząt.

Badanie polegało na makroskopowem i drobnowidzowem preparowaniu w $\frac{1}{2}$ procentowym roztworze kwasu octowego; szczegóły metody, jak i wyników dotyczących różnych rodzajów zwierząt, podane będą następnie w obszernej pracy, obecnie zaś przytoczę niektóre ogólne wnioski, do jakich doszedłem na podstawie własnych poszukiwań.

1. Zwój oczny jest utworem stale napotykanym; znajdowałem go u każdego z badanych zwierząt, przeciwne zaś zdanie niektórych anatomów mogło zależyć tylko od niedokładnego preparowania.

2. Wielkość i postać zwoju ocznego są niestałe; różnice napotyka się nawet u zwierząt jednego i tego samego gatunku.

3. Ilość zwojów nie ogranicza się na jednym z każdej strony; zdarzają się mianowicie zwoje dodatkowe i to bardzo często u rozmaitych zwierząt.

4. Do wytworzenia zwoju przyczyniają się zapewne włókna nerwowe ruchowe, czuciowe i sympatyczne. Udział dwóch pierwszych rodzajów włókien nerwowych może być zawsze wykazany, co się zaś tyczy włókien sympatycznych, to stwierdzić się one dają w niektórych tylko przypadkach.

5. Ścisłejszy związek zwoju z jednym lub drugim nerwem nie może jeszcze dowodzić, że zwój należy wyłącznie do tego nerwu.

6. W miejscu złączenia się włókien nerwu okoruchowego i pierwszej gałęzi nerwu trójdzielnego napotykamy niemal zawsze komórki zwojowe, które albo umieszczone są pomiędzy włóknami nerwowymi, albo też stanowią utwory oddzielne.

7. Nagromadzenia komórek zwojowych, napotykane w przebiegu nerwu okoruchowego, nie dowodzą jeszcze, że zwój do tego nerwu należy, ponieważ podobne gromady komórek znajdujemy również i pośród gałęzi noso-rzęskowej nerwu trójdzielnego (*ramus naso-ciliaris n. trigemini*). Oprócz tego część włókien tej gałęzi przechodzi zawsze w pień nerwu okoruchowego.

8. Włókna, idące do zwoju ocznego z nerwu okoruchowego, biegną w tym ostatnim nie w postaci oddzielnego pęczka [SCHWALBE], lecz rozsiane są w całej grubości nerwu. Włókna te w pewnej odległości od zwoju zbierają się i dochodzą do niego bezpośrednio, lub też tworzą uprzednio gałązki nerwowe mniej lub więcej długie (*radix brevis s. motoria* autorów). W pierwszym razie zwój ściśle przylega do nerwu okoruchowego, w drugim zaś znajdujemy go w pewnej od tego nerwu odległości. Ilość nerwowych gałązek, łączących zwój z nerwem okoruchowym, waha się od 1 do 5, a niekiedy i więcej.

9. Połączenie zwoju ocznego z nerwem trójdzielnym odbywa się w ten sposób, że włókna nerwu dochodzą do zwoju albo bezpośrednio, oddzielając się od pierwszej gałęzi nerwu trójdzielnego i tworząc gałązkę dosyć znacznej długości (*radix longa s. sensitiva* autorów); albo też włókna odchodzące od pierwszej gałęzi nerwu trójdzielnego, dołączają się najprzód do pnia nerwu okoruchowego i dopiero dosięgają zwoju ocznego, tworząc jedną lub dwie gałązki łączące zwój z nerwem okoruchowym.

10. Komórki nerwowe zwoju ocznego są albo otoczone bardzo grubą torebką (*capsula*), obfitującą w jądra i nader gęsto oplecioną włóknienkami nerwowymi, albo też przedstawiają się w postaci nagich komórek ściśle jedna do drugiej przylegających. Komórki mają po dwa lub więcej wyrostków. Wyrostki te w początku przedstawiają się jakby przedłużenie protoplazmy, która następnie przechodzi w nić osiową (*Axencylinder*). Wyrostki niekiedy rozdzielają się i to albo w pobliżu komórki albo też w znacznej od niej odległości.

Co się tyczy części fizjologicznej mojej pracy, to nie chcę przedwcześnie przytaczać wyników niezupełnie jeszcze ukończonych doświadczeń, które jednak niezadługo zapewne pozwolą mi na wyczerpujące opisanie poszukiwań nad zwojem ocznym.

II. KILKA UWAG DOTYCZĄCYCH LECZENIA ŁUSZCZYCY

(*psoriasis*).

Podał

D-r F u n k.

Im mniej skuteczna terapija, tem bogatszą jest w środki—stara ta prawda stwierdza się i na leczeniu łuszczycy. Każdy podręcznik podaje tu obszerny spis środków zewnętrznych i wewnętrznych, w części zbytecznych, w części wprost szkodliwych. O kantarydach, zepsutej nalewce maisowej i t. p., nie zapomniano i w najnowszym podręczniku chorób skórnych (*Ziemssen's Handbuch der spec. Pathologie T. XIV*). Nawet tak niebezpieczny kwas pyrogallusowy figuruje dalej w leczeniu łuszczycy, choć próby z nim robione opłacono życiem kilku ludzi.

Celem niniejszej pracy będzie uproszczenie leczenia łuszczycy, ograniczenie jej do środków istotnie odpowiednich i postawienie ścisłych wskazań i przeciwwskazań dla tychże środków. Przedewszystkiem jednak pragnę zwrócić tu uwagę na pewne mało lub wcale nieuwzględniane strony leczenia łuszczycy.

Istota łuszczycy nie jest znana, wiemy tylko, że łuszczyca jest często [może zawsze] cierpieniem dziedzicznym i że na skórze usposobionych dziedzicznie osobników mogą powstać wykwity łuszczycy wskutek różnorodnych podrażnień skóry. Niekiedy objaw ten występuje w sposób tak jaskrawy, że wryte igłą na skórze litery i figury nabierają cech wykwitu łuszczycowego [KOEБNER]. Zwykle umiejscowienie łuszczycy na łokciach i kolanach zależy prawdopodobnie od częstych urazów i ciągłego tarcia na tych miejscach. Dla tej samej przyczyny łuszczyca umiejscowić się może na odcisku pod lewym kolaniem u szewców, na czole w miejscu uciskanem przez brzeg kapelusza, na wewnętrznej powierzchni uda, przylegającej do moszny i drażnionej przez pot [WUTZDORF ¹⁾]

O wykwitach łuszczycy, powstałych na miejscach skóry przyżeganych, drażnionych [gorczyką, jodyną i t. d.], rozdrapanych, na bliznach po szczepieniu ospy i t. d. wspomina wielu autorów.

Takim właśnie czynnikiem drażniącym mogą być środki zewnętrzne, stosowane przy łuszczycy i połączone ze stosowaniem ich procedury mechaniczne [silne wcieranie].

W świeżym przypadku łuszczycy, lub przy świeżym powrocie, już samo silne wcieranie środków może wpłynąć na rozszerzenie się choroby, chociażby śro-

¹⁾ To ostatnie bardzo rzadkie umiejscowienie łuszczycy widziałem w przypadku, o którym poniżej zrobię wzmiankę z innych względów: zajęte były tu wewnętrzne powierzchnie obu ud na całej przestrzeni przylegającej do moszny. Łuszczyca [dziedziczna w rodzinie chorego] pozostawała wyłącznie na tem miejscu w ciągu 10 lat. Gdyby nie świeże wykwity, rozpoznanie tego przypadku nie byłoby łatwe, brak swędzenia tylko wyróżniał go od częstego na tych miejscach *eczema marginatum*.

dek użyty nie wywoływał widocznego podrażnienia. To też często łuszczyca daje całą seryję recydyw właśnie w czasie leczenia i z winy leczenia.

Daleko lepiej znanym jest szkodliwy wpływ podrażnienia skóry, wywołanego przez chryzarobinę lub inny energiczny środek; na miejscach uległych zapaleniu łatwo powstają świeże wykwity łuszczycy [Kaposi i inni].

Nie umiemy jeszcze powstrzymać lub uprzedzić wysypki łuszczycowej, łatwo zaś możemy ją wywołać u chorych łuszczycowych; okoliczność ta powinna być cenną wskazówką przy leczeniu łuszczycy. Pierwszą więc zasadą przy leczeniu tego cierpienia będzie unikanie podrażnień skóry jakiegokolwiek rodzaju [grube procedury przy usuwaniu łusek, silne wcieranie, nieoględne stosowanie silnych środków]. Ci, którzy sądzą, że skóra łuszczycowego osobnika znosi wszystko, radzą między innymi zdzierać łuski ostrą łyżeczką, albo niszczyć je roztworem *kali caustici*; za ledwie dowodzić trzeba, jak niestosownem jest podobne postępowanie.

Po odrzuceniu środków zbytecznych lub szkodliwych, przedstawia się leczenie łuszczycy w następującej formie:

I) Łagodne środki zewnętrzne: obojętne tłuszcze (*axungia benzoinata*), łagodne maście (*ung. zinci benzoinatum*, *ung. glycerini* i t. d.) i woda w postaci długotrwałych kąpeli ciepłych i okładów. Za pomocą tych prostych środków można wiele zdziałać przy łuszczycy.

II) Pobudzające środki zewnętrzne (*stimulantia ext.*); pierwsze miejsce zajmuje tu chryzarobina, która w odpowiednich przypadkach działa tak szybko i pewnie, że czyni inne środki tej kategorii zbytecznymi; odnosi się to nawet do dziegcia (*ol. cadinum*; *ol. fagi*, *ol. rusci*). Gdzie wskazane są środki energiczne przy łuszczycy, najlepiej jest stosować chryzarobinę.

Przeciwwskazania dla środków pobudzających zewnętrznych są następujące:

a) Świeża ostra łuszczyca, środki pobudzające przynoszą tylko szkodę. Zwraca na to uwagę DUHRING (*Diseases of the Skin* 1883); znajduję też wzmiankę o tem w sprawozdaniu z ostatniego zjazdu dermatologów amerykańskich [1885]. Świeże przypadki najlepiej leczyć łagoduemi tłuszczami i kąpielami (DUCKWARTH). To samo dotyczy

b) Każdego przypadku łuszczycy ze świeżemi recydywami, a to z przyczyn wyluszczonych powyżej.

c) Trzecie przeciwwskazanie dla środków pobudzających skórę stanowi *psoriasis confluens (v. universalis)*. Rozumiemy pod tem mianem łuszczycę, której wykwity, zajmąwszy całą lub prawie całą powierzchnię skóry, zlały się w jednostajne zaczerwienienie. Typowe cechy łuszczycy zacierają się mocno w tych ciężkich przypadkach, naskórek łuszczy się obficie miękkimi dużemi płatami, cały obraz przypomina bardzo *pitiriasis rubra*. Podobny przypadek mam obecnie w leczeniu.

Chory [40-letni Artur Kob...] w ciągu 10 lat miał tylko wspomniane wyżej *plaques* na wewnętrznej powierzchni ud; od paru miesięcy cała seryja recydyw; znaczna część skóry zajęta. Nagle, w ciągu jednej nocy, zmienia się obraz choroby. Wykwity zlewają się w jednostajną czerwonosć, obejmującą prawie całą powierzchnię skóry, naskórek zaś łuszczy się obficie dużemi, miękkimi płatami,

które garściami zbierać można w łózku ¹⁾). Łagodne środki zewnętrzne [obfite smarowania *ung. gliceryni* i dwugodzinne kąpiele codziennie], arsenik do wewnątrz i *folia Jaborandi* [z początku codziennie, następnie dwa razy tygodniowo] spowodowały szybkie wyleczenie.

Energicznie środki miejscowe mogą wyrzucić przy *psoriasis confluens* najfatalniejsze skutki. Skóra tych chorych nie znosi nawet tranu; pod wpływem tego środka mogą powstać, jak zauważył KAPOSI, obszerne obnażenia z naskórka, niezmiernie bolesne, z objawami zapaści, jak przy ciężkich oparzeniach ²⁾.

Skóra przy *psoriasis confluens* nie poci się nawet po silnych dawkach pilokarpiny. Tylko gdy skóra zblednie pod wpływem opisanego leczenia, pot wywołany przez pilokarpinę zaczyna przedzierać się przez chorą skórę, co prawdopodobnie przyspiesza wyleczenie. W przypadkach uporczywych rozlanej łuszczycy należy, nie zwlekając, stosować arsenik podskórnie.

d) Przeciwwskazane są środki miejscowe pobudzające i przy ł u s z c z y c y u d z i e c i. Mamy tu do czynienia oczywiście ze świeżymi formami, musimy także uwzględnić delikatność skóry i łatwość otrucia. Zresztą łagodnymi środkami [tłuszczem i kąpielami] można zawsze usunąć objawy łuszczycy u dzieci.

W przewlekłych przypadkach łuszczycy, bez świeżych powrotów, można i należy stosować pobudzające środki miejscowe. Jakkolwiek rzadkiem jest powstawanie n a b ł o n i a k a (*epithelioma*) na starych brodawkowato wybujałych wykwitach łuszczycy ³⁾, okoliczność ta zmusza jednak do energicznego leczenia starych wykwitów. Chryzarobina jest tu najodpowiedniejszym środkiem, a stosowana w traumatycynie [roztwór gutaperki 10% w chloroformie] drażni bardzo mało skórę. Pędzłujemy tym przetworem niezbyt energicznie wykwity łuszczycowe, po starannym usunięciu łusek [tłuszczem, kąpielami]: przy objawach podrażnienia skóry zawieszamy stosowanie chryzarobiny, podrażnienie zaś łagodzimy kąpielami. Zdaniem naszym wszelkie maście dziegciowe, siarkowe, rtęciowe, i t. d., których długi spis znajduje się w każdym podręczniku, są tu zupełnie zbyteczne.

I chryzarobina nie chroni od powrotów łuszczycy, choćbyśmy stosowali środek ten w ciągu 4-ech tygodni, t. j. do usunięcia najdrobniejszych śladów choroby [UNNA], albo nawet na całej powierzchni skóry [SCHULTZ w Kreuznach ⁴⁾]. Całe więc obecne leczenie łuszczycy jest tylko objawowem.

¹⁾ Francuzcy i włoscy dermatologowie nazywają to przeistoczeniem łuszczycy w *dermatite exfoliatrice v. herpétide maligne exfoliatrice*. Ale łuszczycą zostaje w tych przypadkach łuszczycą, a zmiana eech zewnętrznych zależy właśnie od zlania się wykwitów, od drażliwości zajętej w ten sposób skóry na bodźca zewnętrzne i od znacznego upośledzenia czynności skóry. Leczenie natomiast tej postaci jest np. u GUINAUR (*Leçons cliniques sur les maladies de la peau 1876* i *Nouvelles leçons clin. 1879*) bardzo trafne i daje najlepsze wyniki.

²⁾ Pomimo to zalicza KAPOSI tran do środków obojętnych, macerujących naskórek [przy łuszczycy]. Tymczasem tran drażni chorą skórę bardzo często i powinien być wykreślony wreszcie z rzędu obojętnych tłuszczów. Dostę powiedzieć, że tran, stosowany przez czas dłuższy, powoduje rozpad swoistych tworów wilka.

³⁾ WHIRRE. Psoriasis-verruca-epithelium. (*Americ. Journal of med. Sciences. 1885 Jainar*).

⁴⁾ Niebezpieczne to próby, L. BROCO widział przypadek śmierci w szpitalu „Saint-Louis” wskutek stosowania chryzarobiny na całej powierzchni skóry [ostre otrucie, na skórze rozlana ery-

III) Środki wewnętrzne. Do wewnątrz podajemy przy łuszczycy arszenik. Środek ten także nie powstrzymuje powrotów choroby, działa zaś powolnie i wogóle mniej pewnie niż środki zewnętrzne. Według DÜHRING'a, w ostrych przypadkach łuszczycy, z uczuciem swędzenia i palenia w skórze, arszenik może nawet pogorszyć sprawę. Bardzo odpowiedni jest arszenik w obszer-nych, przewlekłych przypadkach i przy *psoriasis confluens*. Stosowany podskór-nie działa szybciej i pewniej. Przy łuszczycy u dzieci rzadko zachodzi istotna potrzeba stosowania arszeniku.

III. TEORYJA WSTECZNEGO ZARAŻENIA SIĘ MATKI PRZYMIOTEM OD PŁODU

(*Théorie „choc en retour”*).

STUDYJUM KRYTYCZNE,

opracował

D-r Karol Szadek [z Kijowa].

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 21].

II. K a z u i s t y k a.

Pierwsze spostrzeżenia podane zostały przez TRONCIN'a, SEMANAS'a i LAUGIER'a, są one jednak niedokładne. We wszystkich tych trzech przypadkach niepodobna wykluczyć istnienia uprzednio pierwotnych cierpień przymiotowych; możebnem jest, iż nie zwrócono na nie uwagi, czy to że były przeoczone przez chorych, czy też z powodu ich skrytego umiejscowienia [na szyjce macicznej]. We wszystkich trzech przypadkach choroba ojca była powodem, iż dzieci rodziły się z objawami przymiotu; w przypadkach SEMANAS'a i LAUGIER'a i drugorzędne objawy przymiotu wystąpiły u matek podczas karmienia, w przypadku zaś TRONCIN'a w cztery lata po urodzeniu przymiotowego dziecięcia i ujawniły się jako guziczki (*papulae*) i pęcherzyki (*pustulae*) na całej powierzchni ciała. U wszystkich trzech kobiet stan ich zdrowia przed wystąpieniem ogólnych objawów przymiotu niedostatecznie został zbadany [szczególniej w przypadku TRONCIN'a] i dla-tego nie możemy tych trzech przypadków uznać za niewątpliwe.

W czterech przypadkach, opisanych przez BALFOUR'a ¹⁰⁷⁾, u kobiet, zapłodnionych przez syfilityków, drugorzędne objawy przymiotu wystąpiły podczas ciąży. Ze względu na to, że w dwóch przypadkach mowa jest o stwardnieniu warg sromnych, w trzecim zaś i czwartym chore przedtem nie znajdowały się w obserwacji, a więc objawy pierwotne łatwo mogły przejść niepostrzeżenie, musimy uznać przypadki BALFOUR'a za wątpliwe i nie dowodzące możności zara-

thema]; w drugim przypadku u VIDAL'a chryzarobina wywołała rozlane zapalenie skóry (*dermatite exfoliatrice*) z wysoką gorączką.

¹⁰⁷⁾ L'Union médicale. 1858. XII. 97. p. 387.

żenia się matki od płodu; daleko prawdopodobniejszym jest przypuszczenie, że matki te uległy zarażeniu jeszcze przed ciążą [w jednym przypadku objawy przymiotu wystąpiły u matki w 6-ym tygodniu ciąży ¹⁰⁸], w drugim w 7-ym miesiącu były już objawy łuszczycy, czyli powrotna forma okresu łepieżowego ¹⁰⁹].

Podobnie z pomiędzy dziewięciu przypadków, przytoczonych przez DIDAY'a ¹¹⁰) w jego: „*Exposition des nouvelles doctrines sur la syphilis*,” żaden nie może służyć za dowód na korzyść teorii „*choc en retour*,” nie mówiąc już bowiem o tem, że w żadnym z nich nie można z pewnością wyłączyć istnienia uprzednio pierwotnych objawów przymiotu, w niektórych przypadkach obserwowano występowanie guziczków na błonach śluzowych części płciowych, a wiadomo że u kobiet rzadko pierwotnym objawem przymiotu bywa wyraźne stwardnienie przymiotowe; często bardzo proces chorobowy rozpoczyna się od pojawienia się małych owrzodzeń lub guziczków, które można bardzo łatwo wziąć za guziczki błon śluzowych okresu łepieżowego [w dwóch przypadkach obserwowano guziczki na wargach większych ¹¹¹) w jednym przypadku na wardze dolnej istniał duży guzik [pierwotny?], pokryty białym nalotem; prawdopodobnie w tym przypadku zarażenie nastąpiło przez usta ¹¹²]. Prócz tego, wystąpienie drugorzędnych objawów przymiotu w początkach ciąży wskazywało niewątpliwie, że zarażenie nastąpiło przed poczęciem i nie za pośrednictwem płodu ¹¹³). W jednym przypadku brak zupełnie danych, na mocy których możnaby twierdzić, iż chora przedtem nie przechodziła pierwszego okresu przymiotu, gdyż DIDAY widział chorą już podczas ciąży i to z rozwiniętymi objawami wtórnymi. Wywiady zebrane wyłącznie od chorych nie mają decydującego znaczenia; jedna chora twierdziła, iż pierwszym objawem przymiotu były u niej strupy (?) na głowie ¹¹⁴), co nie jest bardzo prawdopodobnem. Spostrzeżenie СЕРКА, cytowane przez DIDAY'a ¹¹⁵), zostało tu zaliczone wskutek nieporozumienia, ponieważ w przypadku tym nie było wcale ciąży, a żona zaraziła się od męża podczas spółkowania, przy którym nastąpił krwotok; w miesiąc potem wystąpiły u niej zwykle objawy drugorzędne; wcale nie dowiedziono, iż objawu pierwotnego nie było. Pozostałe spostrzeżenia DIDAY'a, z powodu wielkiej ich niedokładności, są zupełnie nieprzekonywające ¹¹⁶). chociaż w jednym przypadku, jak zapewnia DIDAY, niepodobną było wynaleźć żadnych śladów szankra, ani zajęcia gruczołów, co jednak nie wyłącza przypuszczenia, iż pierwotny objaw mógł być umiejscowiony na szyjce macicznej. We wszystkich przypadkach DIDAY rozpoczął obserwować chore dopiero wtedy, gdy wystąpiły ogólne objawy przymiotu, nie można więc wyłączyć przypuszczenia,

¹⁰⁸) Przypadek I.

¹⁰⁹) Przypadek II.

¹¹⁰) P. DIDAY. *Exposition des nouvelles doctrines sur la syphilis*. Paris. 1858.

¹¹¹) ...quelques plaques muqueuses des grandes lèvres... [I obser. p. 466] ...en Mars 1850. Sa femme de plaignait se souffrir aux grandes lèvres... [III observ. p. 468].

¹¹²) ...Celle-ci présente aussi à la lèvre inférieure une plaque large, recouverte d'un enduit blanchâtre très adhérent... [obs. IV. p. 468].

¹¹³) Obs. II, p. 467; obs. VIII et IX, p. 474—475.

¹¹⁴) Obs. V. p. 469—470.

¹¹⁵) Obs. VII. p. 471.

ż istniały uprzednio objawy pierwotne; prawdopodobnie we wszystkich tych przypadkach zarażenie nastąpiło zwykłą drogą, od męża, nie zaś od płodu.

Z 50 przypadków, omawianych przez HUTCHINSON'a, żaden nie jest niewątpliwym, gdyż prawie we wszystkich brak danych odnośnie uprzedniego stanu zdrowia rodziców chorych [szczególniej tyczy się to anamnezy matek], prócz tego: 1) w 17 przypadkach nie było żadnych objawów przymiotu u matek. 2) Obserwowane u matek w 10 przypadkach ogólne objawy przymiotu [w 5-u starcia nabłonka w kątach ust, w 5-u wysypki przymiotowe umiejscowione na ograniczonych odcinkach ciała], ze względu na ich formę i umiejscowienie, uznać można za powroty choroby, występujące po niedopatrzonych wysypkach i innych drugorzędnych objawach. 3) W wielu przypadkach brak zupełnie danych odnośnie do przymiotu u ojców; u matek zaś spostrzegano w tych przypadkach ogólny upadek odżywiania, małokrwistość, wypadanie włosów, białe upławy i t. p., objawów zaś swoistych wcale nie spostrzegano ¹¹⁷⁾. 4) W tych przypadkach, w których można przyznać, iż u matek wystąpił przymiot, nie można się zgodzić na to, że obserwowane u nich lepieżowe i inne późne formy przymiotu były pierwszymi objawami choroby i rozwinęły się po niedawnem zarażeniu matki przez płód. 5) W jednym przypadku [odnoszącym się do rodziny fryzjera] nie ulega najmniejszej wątpliwości, iż matka nabyła przymiot od swego męża, nie zaś od płodu. Na podstawie więc danych powyższych, musimy się zgodzić z LINDWURM'em, który o obserwacjach HUTCHINSON'a wyraził się ostro, lecz sprawiedliwie, w sposób następujący: „*eine derartige Beveissführung muss doch geradezu als eine willkürliche bezeichnet werden.*“ Również nie są dowiedzione przypadki MARGRIT'a i BEYRAN'a. W pierwszym ¹¹⁸⁾ matka, zapłodniona przez syfilityka, już w drugim miesiącu ciąży przedstawiała zupełnie rozwinięte ogólne objawy przymiotu: „*impetigo capillitii*“, guziczki na całym ciele. Płód wcale nie był badany, tak, że nawet nie wiadomo, czy przedstawiał jakiegokolwiek oznaki choroby. Jeżeli zresztą przypuścimy, że płód był przymiotowy, to jeszcze daleko prawdopodobniejszym będzie, iż matka zaraziła się nie od płodu, lecz od męża, podczas spółkowania ¹¹⁹⁾. Przypadek BEYRAN'a ¹²⁰⁾ odnosił się do 29-o letniej kobiety, której pierwsze dziecko urodziło się zdrowem; mąż tej kobiety wkrótce potem zaraził się przymiotem, następnie zaś ona urodziła dziecię dotknięte już przymiotem. W dwa miesiące po porodzie wystąpiła u niej różyczka, „*impetigo capillitii*“, oraz włosy poczęły wypadać. Chociaż autor za-

¹¹⁶⁾ Obs. VI. p. 476; obs. VIII et IX, p. 474—475; obs. X, p. 476—477.

¹¹⁷⁾ Powoływanie się HUTCHINSON'a na skuteczność leczenia w tych przypadkach prawie że nie wzmacnia problematyczność rozpoznania przymiotu, jeżeli pamiętać będziemy, że samo polepszenie warunków higienicznych, dobre życie, dobre pomieszczenie, zachowanie czystości, mogło się przyczynić do poprawy zdrowia. [Wiadomo, że w Anglii szpitale są urządzone wspaniale i higienicznie].

¹¹⁸⁾ L' Union médicale. 1862. p. 114—118.

¹¹⁹⁾ Autor widocznie nie badał części płciowych, co widać z następujących jego słów: „*puis B. m'avoue qu' il avait de semblables boutons à la vulve... l. c. p. 116.*“

¹²⁰⁾ Także 1861. p. 456—458.

pewnia, iż w chwili porodu na częściach płciowych matki brakowało wszelkich objawów przymiotu, jednakowoż brak anamnezy, pozwalającej wyłączyć z wszelką pewnością istnienie uprzednio objawów przymiotu u matki, pozwala przypuszczać, iż pierwotne stwardnienie zostało w tym razie przeoczonem.

W przypadku von BUREN'a ¹²¹⁾, mężczyzna dotknięty przymiotem ożenił się ze zdrową dziewczyną i miał z nią czworo dzieci, z których pierwsze, urodzone w r. 1859, było zupełnie zdrowem; druga dziewczynka była idyotką, cierpiała na paraplegię i wczesnie zmarła; matka, która karmiła oboje dzieci, po urodzeniu drugiego dziecięcia [w Październiku 1860 r.] poczęła chorować, wychudła, utworzyło się u niej na języku charakterystyczne (?) owrzodzenie, oraz gummat na wardze większej, wielkości orzecha włoskiego. Trzecie dziecko, które w tym czasie przyszło na świat, przedstawiało objawy przymiotu dziedzicznego na skórze i błonach śluzowych jamy ustnej i nosa, a w piątym roku życia cierpiało na gummata na kończynach dolnych. Czwarte dziecko urodziło się zdrowe. Przypadek ten jest wątpliwym, ponieważ: 1) brak dokładnych danych o poprzednim stanie zdrowia matki ¹²²⁾ tak, że nie można wyłączyć u niej wcześniejszego pojawienia się przymiotu; 2) objawy chorobowe u matki nie są dostatecznie charakterystyczne dla przymiotu ¹²³⁾; 3) nie mogła matka zarazić się przymiotem od pierwszych dwojga dzieci, dlatego że u nich nie było wyraźnych oznak przymiotu, oraz dlatego, że obserwowane u matki objawy późnego przymiotu każą przypuszczać, iż zarażenie nastąpiło dawniej. Przypadki opisane przez FRAENKEL'a są bardzo niedokładne i także niczego nie dowodzą: w jednym z nich brak pewnych danych dla wyłączenia uprzednich objawów przymiotu u matki; w przypadku tym kobieta, która urodziła dwoje dzieci nieżywych, poczęła cierpieć na ozenę, po trzecim porodzie; w drugim przypadku, u kobiety, która urodziła dziecię nieżywe, ze zmianami wstawowych końcach kości, wystąpiły łepieże płaskie na wargach większych, innych zaś objawów przymiotu nie było; w trzecim przypadku [bardzo krótko i niedokładnie opisanym] u matki obserwowano oddawna łepieże [jakie?]; anamnezy br k zupełnie ¹²⁴⁾.

We wszystkich siedmiu przypadkach, podanych przez BRYANT'a ¹²⁵⁾, pochodzenie przymiotu matek które rodziły po kilkoro dzieci przymiotowych, można objaśnić zwykłym zarażeniem przez męża. Wszystkie te kobiety spostrzegł BRYANT już wtedy, gdy miały późne recydywy przymiotu, a BRYANT wnioski swe, iż zarażenie nastąpiło w tych razach od płodu, opierał jedynie na opowiadaniu matek. Przypadków więc tych nie możemy uważać za dowiedzione. W obserwacji opisanej przez DIEULAFOY ¹²⁶⁾ nie wyłączonej możliwości uprzedniego pierwotnego zarażenia się matki, pierwszy raz bowiem widział ją lekarz wtedy,

¹²¹⁾ Americ. Journ. of syphilis. I. 1870. January. p. 18—20.

¹²²⁾ Matka, o ile się zdaje, nie była badaną ani razu od dnia wyjścia za mąż, aż do chwili pojawienia się u niej wrzodu na języku i gummatu na wardze [l. c. p. 18].

¹²³⁾ a characteristic ulcer upon the side of the tongue, of at least six months duration she had also a gummy tumor the side of a hickory nut, in the left labium majus" p. 18—19.

¹²⁴⁾ l. c. II, VII, X fälle.

¹²⁵⁾ Med. Times and gaz. 1872. July. 27.

¹²⁶⁾ Violet l. c. p. 42.



gdy już przedstawiała ogólne objawy przymiotu [w 3-m miesiącu ciąży]; w przypadku tym matka mogła być zarażoną podczas spółkowania.

W przypadku opisanym przez LANCERAUX ¹²⁷⁾ żona syfilytyka — do owego czasu zdrowa, zachorowała w kilka miesięcy po urodzeniu dziecka nieżywego, na przymiot guziczkowy (*sypilis papulosa*); następnie wystąpiły owrzodzenia błony śluzowej jamy ustnej, wskutek których nastąpiło przedziurawienia podniebienia miękkiego. I tu także nie można wyłączyć pierwotnego stwardnienia przymiotowego, które być mogło umiejscowionem na części pochwowej macicy i dlatego uszło uwagi obserwatora.

W przypadku TARNOWSKIEGO ¹²⁸⁾ żona syfilytyka, przedtem zdrowa, urodziła jedno dziecko zdrowe i dwoje przymiotowych; w 14 miesięcy po ostatnim porodzie wystąpiły u niej objawy przymiotu [guzy na kończynach dolnych i zapalenia okostnej piszczeli]. Brak tu danych pozwalających wyłączyć inne objawy pierwotne, które mogły być przeoczone.

Oba przypadki MASON'a ¹²⁹⁾ nie są zbyt przekonywającemi na korzyść teorii *choc en retour*, gdyż w żadnym z nich niepodobna wyłączyć możliwości przebycia przedtem pierwszorzędných objawów przymiotu. Prócz tego, w jednym przypadku przymiot wystąpił odrazu u matki podczas ciąży, pod postacią objawów trzeciorzędných, a więc był pochodzenia dawniejszego, tak, że w żadnym razie zarażenie matki nie mogło nastąpić po zapłodnieniu; o uprzednim stanie zdrowia matki brak danych.

(D. c. n.)

IV. SPRAWOZDANIE

z oddziału chirurgicznego mężczyzn w szpitalu Dzieciątka Jezus z 1885 roku.

podał

D. r. Władysław Orłowski,
starszy ordynator tegoż szpitala.

Prawdopodobnie dla wielu z grona czytającej publiczności będzie pewnego rodzaju niespodzianką, ogłoszone drukiem sprawozdanie lekarskie o ruchu chorych w oddziale chirurgicznym mężczyzn w szpitalu Dzieciątka Jezus. Wśród nas utrwał się niejako, od lat już wielu, zwyczaj nie podawania do wiadomości ogółu choćby najbardziej treściwych, a tworzących pewną całość, wyników naukowej działalności lekarzów ordynujących.

Ze śmiercią ś. p. LE BRUN'a ustały sprawozdania roczne ze szpitala Dzieciątka Jezus. Nie grzeszyły one zawsze ściśle naukową wartością, do czego przyczyniał się brak należytego współdziałania lekarzów ordynujących, w każdym jednak razie ogłaszane stale, peryjodycznie, były dowodem sumienności i poczu-

¹²⁷⁾ Rosyjskie tłumaczenie TARNOWSKIEGO p. 610—611.

¹²⁸⁾ LANCERAUX. Rutководство к изуч. сифилиса. Тłумacz. TARNOWSKIEGO, str. 612.

¹²⁹⁾ Archiv of dermatology. 1877. p. 376.

cia obowiązku szanownego profesora, którego liczne prace inne, ściśle naukowej treści, odpowiednio cenione były.

Sprawozdania lekarskie są obowiązujące w myśl § 593 ustawy szpitalnej z r. 1842: „Po ukończeniu roku przed 14 Stycznia, lekarze ordynujący składają Naczelnemu lekarzowi swoje uwagi, tak co do charakteru leczonych, jako też użytych sposobów leczenia, wykonanych operacyj i szczegółowych wypadków chorobnych, nakoniec co do ulepszeń, jakieby pod względem lekarskim zaprowadzić można w szpitalu, Uwagi te służyć będą za materyjał do rocznego sprawozdania Głównemu Inspektorowi służby zdrowia, radzie głównej opiekuńczej zakładów dobroczynnych.

Przyczem naczelny lekarz nie omieszka wymienić lekarzy, którzy ważniejsze spostrzeżenia i uwagi przedstawiają.“

Zastanawiając się nad przyczyną pewnego rodzaju zaniedbania, że się tak wyrazić muszę, tego działu obowiązków kolegów szpitalnych, nie mamy znowu prawa stanowczo potępiać ogółu; usprawiedliwionych do pewnego stopnia znajdzie się wielu. Rozwój w ciągu lat ostatnich piśmiennictwa lekarskiego, mnożące się komunikaty w Towarzystwie Lekarskiem, najwymowniejszym są dowodem pracy sumiennej licznego zastępu kolegów, korzystających z całą umiejętnością z materyjału, jaki sale szpitalne dostarczają zwykły. Nie usprawiedliwia to jednak w zupełności braku peryjodycznych sprawozdań lekarskich, zadaniem których, obok wielu innych, wywiązać się z długu i względem społeczeństwa, o który poniekąd domagać się ma ono prawo.

W roku przeszłym z inicjatywy PP. Kuratora szpitala Dzieciątka Jezus R. T. WIEŁUJEWA i Inspektora lekarskiego szpitali cywilnych R. R. S. WALTERA, ogłoszono drukiem „Pierwsze sprawozdanie lekarsko-statystyczne ze szpitala Dzieciątka Jezus za rok 1883,“ opracowane z całą starannością przez lekarza miejscowego KRAJEWSKIEGO. Autorowi za wzór służyły sprawozdania roczne z wiedeńskiego ogólnego szpitala „*Aerztlicher Bericht des K. K. Allgemeinen Krankenhauses zu Wien.*“

Dział pierwszy, t. j. część ogólna, stanowiący statystykę szpitalną, rzeczywiście z wielu względów obecnym wymaganiom zadość uczynić może, w dziale jednak drugim, obok ogromu podjętej pracy, uderzającym jest brak współdziałania ze strony naczelnego lekarza a za nim i lekarzów ordynujących; jest to sprawozdanie kliniczne, w którym gdzieniegdzie tylko zaledwie ze wzmianką o użytkowaniu materyjału w celach klinicznych spotkać się można, sprawozdań szczegółowych z pojedynczych oddziałów nie ma zupełnie. Słowem dział ten służyć może za dowód więcej, jak nie wiele w tym razie zdziałać może praca pojedyncza.

Milczenie lekarzów ordynujących ma jeszcze inną ujemną, a często nawet nader niedogodną stronę: otwiera ono pole do uwag o ich działalności kolegów, niepracujących samodzielnie w szpitalu; uwagi te, niezawsze przychylnie, nie grzesząc ścisłością, mogą wytworzyć prawdziwy zamęt w pojęciach publiczności nielekarskiej, a nawet i lekarskiej o pracy, uzdolnieniu, a w końcu i o sumiennosci niejednego ordynatora szpitala.

Głośny w roku przeszłym artykuł w odcinku Kroniki Lekarskiej N. 8 i następne „Dla czego w naszych oddziałach chirurgicznych rezultaty są gorsze niż za granicą, skreślił W. H. KRAJEWSKI“, wymownym jest tego dowodem.

Co prawda, z całą otwartością wyznać muszę, iż nie rozumiem dotąd, dla kogo właściwie artykuł ten był pisany.

Ze względu na treść, odznacza się on wprawdzie oryginalnością, jest pierwszym tego rodzaju w literaturze naszej, a o ile się zdaje, nawet i w zagranicznej. Kwestyje organizacyi służby lekarskiej, u nas dotąd obowiązującej, kwestyje uzdolnienia, sumiennosci, a w końcu i odpowiedzialności lekarzów ordynujących, zasady leczenia przeciwnilnego, stanowią w pracy całej istną mieszaninę, z której śmiało twierdzić mogę, żaden z nas, ani z jednego zdania nie skorzystał. Ze względu jednak, iż w opracowaniu całym autor o działalności ordynatorów oddziałów chirurgicznych wypowiada swe osobiste przekonania i poglądy, a te przecież są dowolne, żadna więc polemika w tym kierunku, zdaniem mojem, nie może mieć miejsca.

Domagają się tylko sprostowania niektóre cyfry i fakty przez autora podane: Na str. 358, autor wyraźnie zastrzega, iż z opisu swego wyklucza oddziały kliniczne, jako znajdujące się u nas wcołwiek lepszych warunkach, „tak pod względem materalnym, jako też personelu przyjmującego udział w pracy około chorych“, gdy tymczasem już przedtem, na str. 346 przytacza cyfrę wykonanych w całym szpitalu operacyj, a zatem i w klinice szpitalnej 263, i odsetkę śmiertelności 14,5%. Połączenie to w jedną całość wszystkich operacyj w szpitalu i obliczenie odsetki śmiertelności, nie wpływa wprawdzie na jej zmianę w pojedynczych oddziałach, lecz i to mogłoby mieć miejsce, utrudnia jednak o wiele i wprost wikła wyjaśnienie, dlaczego rzeczywiscie w danym roku sprawozdawczym w oddziałach szpitalnych śmiertelność pooperacyjna jest większą lub mniejszą. Cyfry podane przez autora należą do urzędowej statystyki szpitalnej i tam każdy je znajdzie, tu zaś projektowanym był opis przeciętnego oddziału szpitalnego, a zatem i cyfrę wykonanych operacyj, odsetkę śmiertelności, pojedynczo z oddziałów szpitalnych podać należało. Czytający byłby poinformowanym dokładnie, iż w oddziale chirurgicznym mężczyzn wykonano 89 operacyj, przekonaliby się dalej, iż w liczbie tych były trzy, dokonane na umierających, którym, według zasad przyjętych, odmówić pomocy nie zawsze mamy prawo. Podwiązanie tętnicy biodrowej zewnętrznej u rannego w bójce nożem, a przywiezionego do szpitala bez żadnej nadziei życia i który zakończył je w godzinę po operacyi, wkluczone do ogólnej cyfry, winno być szczególowo omówionem.

Do tejsz kategorii należą: otwarcie jamy brzusznej, z powodu zamknięcia światła kiszek, u chorego prawie bez tętna, u którego znaleziono zgorzel kiszki na znacznej przestrzeni i przecięcie klatki piersiowej u chorego prawie bez życia, który tranzlokowanym był do oddziału z powodu wysięku ropnego w opłucnej, a który z powodu duszności, błagał wprost o pomoc operacyjną. Otóż przytaczając odsetkę śmiertelności pooperacyjną pojedynczych oddziałów chi-

rurgicznych, zdaniem mojem, należało wyjaśnić niektóre szczegóły, brak których, przy tak małej cyfrze operacyj jak 89, znakomicie wpływa na odsetkę wogóle.

Ze szczegółami powyższemi autor artykułu dokładnie był obznajmionym, pracował bowiem u mnie wtedy w oddziale, a w dodatku dziwnym zbiegiem okoliczności, dwie pierwsze operacje wykona sam, bez mego osobistego współdziałania, nawet i wiadomości, jako dyżurny w szpitalu, w godzinach powizytowych i ja obu chorych nie widziałem zupełnie.

Z liczby 14 zmarłych po operacjach odetnijmy 3 umierających, do czego w sprawozdaniu klinicznym faktycznie mamy prawo, a cyfra 14 zmniejszy się do 11. odsetka zaś śmiertelności z 15 spadnie na 12, dowód o ile w statystyce klinicznej gołe cyfry doprowadzić mogą do wniosków błędnych.

Bez porównania trudniej jeszcze rozstrzygnąć, dlaczego autor pisząc, jak się sam później wyraża, pod wpływem wrażeń parotygodniowej naukowej wycieczki do Wiednia i zestawiając działalność naszą i rezultaty nasze porównawczo z rezultatami w Wiedniu, zaniedbał przytoczyć cyfry statystyczne wiedeńskie.

Na czem więc opierał swe porównanie?

Przytoczył, iż u nas śmiertelność pooperacyjna wynosi 14, iż amputacje dały 35% śmiertelności, resekcje 16,6%, herniotomije 38%, złamania powikłane 25%, lecz dlaczego pominął cyfry szpitala ogólnego w Wiedniu?

Należało przedewszystkiem podać je na samym wstępie i we wnioskach swych stanowczo już opierać się na cyfrach. Brak ten odczuwa się nader dotkliwie.

W roku sprawozdawczym operacyj w szpitalu ogólnym w Wiedniu wykonano 1607, a z liczby operowanych umarło 158, odsetka więc wypadnie 10,17%

Resekcje dały . . . 13,1%, (wykonano 38, umarło 5).

O rezultacie u 3-ch chorych nie ma wzmianki.

Herniotomije 44,2%, [wykonano 52, umarło 23].

Tracheotomije. . . . 68%, „ 27, „ 17.

Amputacje uda . . . 30,3 %, „ 33, „ 10.

Amputacje wogóle. . 15% „ 102, „ 15.

Złamań powikłanych oddzielnie zestawionych nie ma, obliczona tylko śmiertelność wogóle po złamaniach kości, która przechodzi 5%, [złamań kości wogóle było 294, umarło 15], odsetka więc również jest poważną.

Rezultaty wogóle nie tak świetne, przy niektórych operacjach gorsze nawet niż u nas (*haerniotomia*), przewagę znajdujemy tylko przy amputacjach wogóle, co znowu może być wypadkowem, a to z powodu nader małej u nas liczby amputacyj, które właściwie nie mogą służyć za podstawę do obliczeń statystycznych.

U mnie np. w oddziale wykonano amputacyj większych i mniejszych 18, umarło 3; odsetka więc 16,6%.

Różnica śmiertelności pooperacyjnej jest jeszcze o wiele mniej wydatną, jeżeli zestawimy ją w pojedynczych oddziałach.

I tak w oddziale 1-m chirurgicznym pr. WEINLECHNER'a operacyj wogóle 193, umarło 21, a zatem odsetka 10,8%, w oddziale 3-im chirurgicznym pr. DITTEL'a operacyj 202, umarło 19, odsetka więc 9,4%.

Zestawiając cyfry te z cyfrą pojedynczego jak mój oddziału, wypada: w oddziale chirurgicznym mężczyzn szpitala Dzieciątka Jezus umarło w porównaniu z oddziałami szpitala ogólnego w Wiedniu około dwóch chorych więcej.

A przecież wyższości organizacji służby lekarskiej szpitala ogólnego nad organizacją naszą, której dni prawdopodobnie, mówiąc nawiasem, są policzone, zaprzeczyć niepodobna. Z tego względu szpital ten stoi po nad szpitalami całej Austrii i autor sam niejednokrotnie ją podziwia.

To było w roku sprawozdawczym 1883.

Łaskawy czytelniku, cofnijmy się o rok jeden w tył, zajrzyjmy do sprawozdania z roku 1882. W oddziale pr. WEINLECHNER'a wykonano operacyj 208, z liczby tej umarło 34, odsetka śmiertelności 16,2%. W oddziale pr. DITTEL'a operacyj 193, umarło 21, odsetka więc 10,6%. Cyfry urzędowe, WEINLECHNER jednak, tak srogo jak my, a nawet wcale sądzonym nie był.

Z kolei idąc nie mogę pominąć wzmianki autora [str. 343] o chorych z rakiem żołądka, których w r. 1883 przebywało w szpitalu 17, „a niepodobna, aby we wszystkich tych przypadkach [słowa autora] choroba była tak posuniętą, aby już nic działać nie można było, a jednak wszyscy ci chorzy wybyli ze szpitala bez żadnej próby leczenia chirurgicznego“. Zarzut więc, iż nie kuszono się nawet o usunięcie na drodze operacyjnej raka żołądka. W oddziale chirurgicznym mężczyzn w ciągu roku 1883 nie było ani jednego chorego z rakiem żołądka. Chorzy wzmiankowani byli w szpitalu, zgadzam się, nie ulega kwestyi żadnej, lecz byli w oddziałach wewnętrznych, z kądem więc pewnego rodzaju odpowiedzialność ordynujących w oddziałach chirurgicznych?

Wreszcie i autor sam dowiedział się o ich pobycie, bezwątpienia, dopiero przy opracowaniu statystyki szpitalnej. Jak zaś trudnym jest wogóle wybór chorych do tego rodzaju operacyj i jakiej wymaga oględności ze względu na wskazania, najlepiej przekonywają cyfry szpitala ogólnego w Wiedniu. Resekcyj odźwiernika w ciągu 1883 wykazano 3, z operowanych umarło 2, wyzdrowiał 1, chorych zaś z rakiem żołądka było 74, z których umarło 30, wyszło niewyleczonych 29, z pewnego rodzaju poprawą 14, a wyzdrowiał wyżej wzmiankowany po operacji 1. Cyfry same przez się dosyć wymowne, chociaż jak w tym razie, rzeczywiście być może zbyt liczne, przedewszystkiem bowiem jak już wzmiankowałem, chorych z rakiem żołądka w oddziale chirurgicznym nie widzieliśmy zupełnie.

By zakończyć z cyframi, należy zwrócić uwagę na wykazaną ogólną śmiertelność w oddziałach chirurgicznych szpitala Dzieciątka Jezus. Tu znowu, wbrew założeniu, wbrew podjętemu przez autora zadaniu, by podać opis przeciętnego oddziału szpitalnego, pomieszano kliniki i oddziały szpitalne razem; należało więc przytoczyć obliczenia pojedynczo z każdego oddziału, a przedewszystkiem nie wkluczać chorych umierających, dla których istnieją przecież oddzielne rubryki.

W oddziale chirurgicznym mężczyzn, pozostawało z roku 1882 chorych 54 w ciągu r. 1883 przybyło 715, razem więc było w oddziale 769. Z liczby tej zmarło 56, czyli jak przez autora podano, odsetka śmiertelności 7,2%. Lecz nie wyłączono 11 zmarłych, którzy nie byli wcale przedmiotem leczenia, lecz przybyli jako umierający; nie podobna przecież umierającego, który przybył np. ze strzaskaną czaszką, a oddechał w szpitalu dobę lub nawet dwie, wliczyć do cyfry zmarłych a l e c z o n y c h w oddziale. Po odtrąceniu więc 11, pozostanie zmarłych 45, czyli odsetka 5,8%. I tu więc widocznym jest brak ścisłości obliczeń.

W końcu niepodobna przemilczeć o prawdziwej klęsce oddziałów chirurgicznych, o nieuniknionej wprawdzie, lecz do pewnego tylko stopnia, tranzlokacji chorych z oddziałów wewnętrznych z niektórymi chorobami zewnętrznymi.

Odleżyny, wrzody goleni, najważniejszą zwykle odgrywają tu rolę; dotknięci niemi paralitycy, z chorobami narządów klatki piersiowej, jamy brzusznej, przybywają najczęściej bez żadnej nadziei utrzymania ich przy życiu do oddziałów chirurgicznych, cyfra ich zwykle jest pokazną i przy obliczeniu odsetki śmiertelności poważną odgrywa rolę.

Kliniki szpitalne, korzystając z prawa wyboru, chorych podobnych nie przyjmują, ciężar więc cały spada na oddziały szpitalne. Przy obliczeniach odsetki śmiertelności, o szczegółach tych nie ma nawet wzmianki, autor zaś, obznajmiony z tem dokładnie, boć już od lat paru pozostaje w szpitalu, zamiast odpowiednich obliczeń, jak tego wymaga wprost ścisłość sprawozdawcza, z wielkim dowcipem, w przekonaniu rozumie się własnym, śmiertelność w naszych oddziałach chirurgicznych zestawia z odsetką śmiertelności przeszłego stulecia oddziałów chirurgicznych w Kopenhadze.

Być może było to dowcipem, boć i określenie dowcipu jest bardzo różnem, w każdym jednak razie było nader ważnem z innych i to wcale poważnych względów. Dowodzi bowiem niemal dotykalnie, a otwarcie mówiąc, jak i wszystkie inne obliczenia przez autora podane, jak wogóle obosieczne być mogą, że się tak wyrażę, gołe cyfry statystyczne.

Aerztlicher Bericht des K. K. allgemeinen Krankenhauses zu Wien vom Jahre 1884, na str. 20, obejmuje obliczenia statystyczne za pierwsze stulecie istnienia zakładu, t. j. od dnia 16 Sierpnia 1784 r. do dnia 15 Sierpnia 1884 r. Z obliczeń tych okazuje się, iż w okresie od roku 1784 do końca 1790 odsetka śmiertelności leczonych w szpitalu była 10,74%, w okresie zaś od początku roku 1881 do 15 Sierpnia 1884—12,84%.

Rzeczywiście ciekawe byłyby, oparte na tych cyfrach, wnioski autora znanego nam feljetonu; dla nas są one dowodem więcej, o ile głębokich i poważnych wymagają studyjów prace na polu statystyki, której zadania są tak różne.

Chwywanie zaś cyfr w przelocie, bez świadomego a ściśle określonego celu, nieogłędne zestawianie ich na niewłaściwym miejscu, nie ma racji bytu i wprowadza w błąd dokładnie niewtajemniczonych w szczegóły przedmiotu.

Po załatwieniu się ze statystyką, zmuszeni jesteśmy przejść jeszcze do innych cyfr, lecz dotyczących wprost kwestyi zajęć lekarzów ordynujących.

Na str. 334 powiedziano: „Chirurg u nas zawiaduje zwykle oddziałem zawierającym 70 do 80 łóżek, przeciętnie przybywa dziennie 2 świeżych chorych,

roczny ruch wynosi 500—600, dodajmy do tego, iż każdy prawie ordynator prowadzi przy swym oddziale ambulatoryjum, w którym przewija się od 5-u do 6-u tysięcy chorych rocznie, a będziemy mieli obraz całego ciężaru zadania, jakie na nim spoczywa i t. d..“

Na stronie następnej i dalszych: „Chirurg oddziałowy zaledwie jest w stanie wykonać potrzebne operacje, obejrzeć nowych chorych, na resztę nie ma czasu, opatrywanie chorych pozostaje przeważnie w rękach pomocników t. j. głównie felczera i t. d..“

„Chirurg niemiecki zawiaduje zwykle mniejszym niż u nas oddziałem, [20—30 łózek] i t. d..“

„Chirurg niemiecki może być pewnym, że jego *Zögling* wymyje ręce, zanim się dotknie chorego, jak nasz chirurg tego, że jego felczer wetknie brudną sondę do rany świeżo przybyłego chorego, chociażby ta wgląd mózgu drążyła i t. d..“

Oddział chirurgiczny mężczyzn szpitala Dzieciątka Jezus, największy ze wszystkich oddziałów chirurgicznych szpitalnych w Warszawie, zawiera tylko 60 łózek, oddział kobiet 55. Oddziały chirurgiczne szpitali *ś-go Rocha*, *Ewangelickiego*, na *Pradze*, zaledwie dochodzą do 30; liczebnie najwięcej zbliżone są do szpitala *Dzieciątka Jezus* oddziały chirurgiczne szpitala *Starozakonnych*, lecz w każdym razie, jeżeli się nie mylę, są o wiele mniejsze.

Lekarze ordynujący w oddziałach chirurgicznych szpitala *Dzieciątka Jezus*, od lat dawnych, nie przyjmują chorych przychodnich, obowiązki te spełniają lekarze miejscowi, lub asystenci pracujący w oddziałach. Ilość 5 do 6000, w obu więc oddziałach 10—12000, przewijających się rocznie chorych przychodnich chirurgicznych, jest prawdopodobnie plodem bujnej wyobraźni autora; być może, chciał on powiedzieć, w ciągu lat kilku, dziennie bowiem w ambulatoryjum szpitalnym chirurgicznym, przewija się zaledwie kilku chorych, cyfra 8—10 jest wyjątkową. W roku przeszłym 1885 nie doszła ona do tysiąca.

Operacyj w oddziale chirurgicznym mężczyzn, które od lat dwudziestu paru oznaczone są ściśle w księdze operacyjnej, wykonywa się ilość tak szczupła, iż zwykle ośm miesięcy do roku słyszeć się dają odgłosy tylko westchnień pracujących w oddziale na brak czynności, stanowiących jakiś interes naukowy.

Że jest tak, a nie inaczej, przekonać się łatwo: większych i mniejszych operacyj wykonano w ciągu lat 10, włącznie do końca 1885 roku, idąc kolejno: 40, 47, 48, 51, 70, 54, 64, 89, 73, 98, razem 634; przecięciowo więc wypada rocznie około 63 operacyj, czyli średnio nie wiele więcej, nad jedną operację na tydzień; dodajmy, iż w liczbie wykazanych co najmniej $\frac{2}{3}$ jest operacyj mniejszych, jak wyluszczenie palca, wycięcie wrosniętego paznokcia, przekłucie wodnej puchliny jądra i t. d., a otrzymamy w rezultacie, iż operacyj, wymagających więcej czasu, przypada zaledwie jedna na dwa tygodnie.

Na mocy więc jakich danych oparte są przytoczone powyżej twierdzenia autora i cyfry, zrozumieć nie podobna, faktycznie bowiem lekarze ordynujący w oddziałach chirurgicznych szpitala *Dzieciątka Jezus* zmęczeni są wprost fizyczną pracą przy opatrunkach chorych, podczas paru miesięcy zimowych, co zależy od natężenia mrozów, gdy wszystkie łóżka w oddziałach są zajęte i tu brak

odpowiednio uzdolnionej obsługi najwięcej się odczuwa; następnie zaś przybywają dwa miesiące letnie wakacyjne, po zamknięciu klinik uniwersyteckich, w których cały materiał gromadzi się w salach szpitalnych, i w których ordynujący w oddziałach chirurgicznych pracują z zajęciem o wiele większem. W miesiącach zaś pozostałych, Bogiem a prawdą uskarżać się można, lecz tylko na brak czynności.

Zkąd wreszcie poczerpniętą jest wiadomość, iż chirurg niemiecki zwykle zawiaduje mniejszym niż u nas oddziałem?

W szpitalu ogólnym w Wiedniu, oddział 1-y chirurgiczny zawiera łóżek 106, oddział 2-gi łóżek 106, oddział 3-ci łóżek 104, pomijam oddziały kliniczne 1-y i 2 gi, łóżek 84 i 85. W szpitalach *Rudolph-Stiftung, Wieden*, liczebnie nader zbliżonych do szpitala Dzieciątka Jezus, oddziały chirurgiczne mają 70 do 80 łóżek. Toż samo jest w berlińskim *Charité, Bethanien*, toż samo w Hamburgu i we wszystkich innych ogniskach większych. W szpitalach małych, liczba łóżek dla chorych zewnętrznych stosunkowo rozumie się musi być mniejszą, to jednak sądzę nie potwierdza bynajmniej myśli autora.

Kończąc odpowiednio powziętemu celowi sprostowanie cyfr i faktów powyżej przytoczonych. zmuszony jestem zaprzeczyć publicznie twierdzeniom autora, dotyczącym roli młodszych kolegów, pracujących w oddziałach naszych; współdziałal ich w zajęciach oceniam wprost przeciwnie, a gorliwej ich pomocy zawdzięczam wiele.

Nie są to więc „popychadła“, jak autor artykułu mieć chce [str. 402] i nazywa ta, w przekonaniu mojem, nawet figurować w pracy poważnej nie ma prawa. Zaprzeczam publicznie twierdzeniu drugiemu, iż opatrywanie chorych pozostaje głównie w rękach felczera, lub że felczer wtyka brudną sondę do rany świeżo przybyłego chorego, „choćby ta wgląd mózgu drażyła.“ W szpitalu Dzieciątka Jezus, a bezwątpienia i we wszystkich innych szpitalach warszawskich, felczer etatowy jest tylko ślepym wykonawcą danych mu zleceń, za niewykonanie których odpowiednio bywa karconym. Sondowanie przez felczerów ran świeżo przybyłych chorych należy do tradycji, wyrażenie też autora o ranach drażących do mózgu jest bezwątpienia frazesem, obliczonym na efekt dla nieznających rzeczy.

A jednak sumując wszystko co dotąd powiedzianem było i zestawiając z pozostałą, a znaną nam treścią na samym wstępie przytoczonego artykułu, nie podobna jest odmówić mu pewnego rodzaju i strony dodatniej, a nawet pożytecznej: być może stanie się on bodźcem i to potężnym do ogłaszania sprawozdań lekarskich. Opracowane peryjodycznie w swoim czasie, jak to kiedyś miało miejsce, jak tego w końcu wymaga prawo, przy współdziałaniu naczelnego lekarza, obowiązkiem już którego będzie wytworzyć pewną całość, wobec tak znacznych ułatwień, jakie od roku już są wprowadzone przez władze szpitalne, to jest urzędowych sprawozdań statystycznych, sprawozdania lekarzy ordynujących bez wątpienia odpowiedzą godnie swemu zadaniu i przyczynią się niemało do rozstrzygnięcia licznych kwestyj naukowych, tu u nas, na gruncie naszym własnym.

Co do mnie, to wyznaje szczerze, że do sprawozdania z oddziału wcale nie byłem przygotowanym i z tego powodu czytelnik napotka liczne i to różnego rodzaju niedokładności, przyczyną zaś ich wadliwość i nieściśłość w prowadzeniu ksiąg oddziałowych, których usunąć w roku przeszłym było już niepodobna; a jednak pomimo licznych usterek, przyczynić się ono może wiele do uzupełnienia sprawozdania urzędowego. Stopniowo zaś w miarę udokładnienia kontroli i ksiąg oddziałowych, sprawozdania, jeżeli i nadal pojedynczo tylko ogłaszać je wypadnie, będą o wiele dokładniejsze i o wiele więcej zadaniu swemu zadość uczynić będą mogły.

Nie szczędziliśmy trudów, nierozłącznych zwykle z tak znaczną stratą czasu, w celu ścisłego przeprowadzenia w oddziale zasad leczenia przeciwnigilnego, odpowiednio dzisiejszym naukowym wymaganiom, a jednak pomimo najusilniejszych zabiegów naszych, jeżeli postęp w kierunku tym rzeczywiście jest już widocznym, dotąd jeszcze z niejednym przekroczeniem spotkać się można. Przyczyną przekroczeń tych, obok braku wykształcenia, jest obojętność lub nawet wprost niechęć i niedbalstwo posługaczy szpitalnych, a szczególnie tak zwanych pomocników felczerskich, bez których w oddziale niekiedy obejść się trudno, a których w końcu na mocy obowiązujących przepisów nie przyjąć do oddziału nie mamy prawa.

| | |
|---|-------|
| Chorych w dniu 13 Stycznia 1885 r. pozostawało w oddziale | 57 |
| w ciągu r. 1885 przebyło | 645 |
| | <hr/> |
| razem. | 702 |
| | |
| Z nich: wyzdrowiało , | 306 |
| wyszło niezupełnie uleczonych | 287 |
| umarło | 56 |
| pozostało w d. 13 Stycznia 1886 r. , | 53 |
| | <hr/> |
| razem. | 702. |

Odsetka śmiertelności wypada wogóle 7,9%. W liczbie 56 zmarłych znajduje się 12, którzy przybyli umierający, po odjęciu więc ich, odsetka śmiertelności leczonych w oddziale, właściwie jest 6,2%. Należy jednak zwrócić uwagę, iż cyfra 56 zmarłych obejmuje ośmiu, którzy tranzlokowani byli z innych oddziałów, bez żadnej nadziei wyleczenia, co w dalszym ciągu sprawozdania wykazanem będzie.

Znaczna ilość chorych, zamieszczonych w rubryce „niezupełnie uleczonych“, pochodzi stąd, iż dotąd jeszcze w urzędowej kontroli oddziałowej figurują tylko rubryki: zupełnie uleczony, niezupełnie uleczony, tranzlokowany, umarł. Chorzy więc z ranami lub wrzodami niezupełnie zagojonymi zamieszczani są w rubryce „niezupełnie uleczony.“

I. C z a s z k a i u s z y .

Chorych 57, wyzdrowiało 29, niezupełnie uleczonych 18, umarło 9, pozostał 1.

a) U s z k o d z e n i a .

Chorych 52, wyzdrowiało 25, niezupełnie uleczonych 17, umarło 9, pozostał 1. Przeważną przyczyną uszkodzeń głowy były pobicia, powodujące niekiedy rany i stłuczenia nawet z obnażeniem kości, wszystkie jednak zakończyły się pomyślnie. Zmarli zaś nieomal wszyscy przebyli w oddziale około 24 godzin, przywożeni byli najczęściej przez policję, nieprzytomni, niekiedy nie można było nawet dowiedzieć się, w jaki sposób powstały uszkodzenia. Jeżeli chory przywiezionym był do szpitala w godzinach powizytowych, lekarz ordynujący nie widząc go, na karcie wizytowej zastrzegał tylko dochodzenie sądowe. Władze sądowe protokółów sekcyjnych nie przesyłają, tym więc sposobem i rozpoznanie uszkodzeń bardzo często było niedokładnem a nawet mylnem. Przyczyną uszkodzeń podobnych najczęściej były przejechania na kolejach żelaznych, upadnięcia z rusztowań przy budowie lub restauracji domów i t. p..

† 1). N. N. lat około 50.

Vulnus capitis cum fractura ossis parietalis. Erysipelas faciei. Głuchoniemy przybył d. 19. I. umarł d. 21. II. sekcya sądowa.

† 2). Karwański Hipolit lat 50.

Znaleziony nieprzytomny na 3-ej wiorście kolei Warszawsko-Wiedeńskiej po przejściu pociągu.

Commotio cerebri. Fracturae costarum 5, 6, 7, 8 lateris sinistri. Contusio abdominis. Przybył dnia 26. II. umarł d. 28. II., sekcya sądowa.

3) †. Gajderowicz Adam lat 35.

Przypadkowe uderzenie w głowę przez spadający ciężar żelazny przy robotach kanalizacyjnych. *Fractura basis ossium cranii.* Przybył d. 5. III. umarł 6. III., sekcya sądowa.

4) †. Dąbrowski lat około 50.

Przypadkowe upadnięcie z wysokości 2-go piętra. *Commotio cerebri.* Przybył dnia 30. V. umarł 1. VI., sekcya sądowa.

5) †. N. N. lat około 19.

Przypadkowe upadnięcie z okna 2-go piętra. *Fractura basis ossium cranii* Przybył i umarł dnia 1. VI., sekcya sądowa.

6) †. Sabla Jan lat 38. *Vulnera capitis. Fractura ossium cranii.* Przybył dnia 3. VI. umarł d. 4 VI., sekcya sądowa.

7) †. Parylski Antoni lat 35.

Pobity. Przybył nieprzytomny z oznakami pobicia na głowie i twarzy z różą na twarzy. *Contusiones. Erysipelas faciei.* Przybył dnia 25. VI. umarł d. 30. VI., sekcya sądowa.

8) †. N. N. lat około 50.

Przygnieciony ścianą walącego się domu. *Fractura basis ossium cranii.* Przybył i umarł d. 29. VII., sekcya sądowa.

9) †. N. N. lat około 30.

Przypadkowe upadnięcie ze znacznej wysokości. *Vulnera capitis. Fractura basis ossium cranii. Fractura ossium antibrachii sinistri.* Przybył i umarł dnia 25. VIII., sekcja sądowa.

b) Nowotwory.

Chorych 1 wyzdrowiał 1.

U chorego w obu przewodach usznych zewnętrznych znaleziono znacznej objętości polipy, które pomyślnie usunięto.

II. Twarz. Jamy ust i nosa.

a) Uszkodzenia.

Chorych 14, wyzdrowiało 5, niezupełnie uleczonych 8, umarł 1.

Najczęstszą przyczyną uszkodzeń były jak i w dziale poprzednim pobicia, chorzy dostarczani byli przez policję, lub przychodzili sami, przeważnie w celu uzyskania świadectw, wymaganych przy skargach przez władze sądowe.

† Staniszewski Karol lat 36

Przejechany przez wagon kolei konnej. *Vulnera faciei. Fractura maxillae superioris et inferioris. Fractura brachii et ossium cruris.* Przybył d. 8. IV. umarł d. 9. IV., sekcja sądowa.

b) Zapalenia przewlekłe.

Chorych 8, wyzdrowiało 2, niezupełnie uleczonych 4, umarł 1, pozostał 1.

† Dębiewski Mikołaj, włościanin wieku lat 40. Do szpitala przybył dnia 27. IV.. Po zbadaniu chorego okazało się: Na twarzy z lewej strony, w okolicy gałęzi wstępującej szczęki dolnej przetoki, z których wydzielala się ogromna ilość cuchnącej ropy. Przy badaniu zgłębnikiem z łatwością dawał się wyczuć ruchomy martwak kości. Obok cierpienia tego znaleziono obustronne zapalenie płuc, chory nadzwyczaj osłabiony, nie był w stanie określić początku i przebiegu choroby. Dnia 2. V. połączono za pomocą cięcia dwie przetoki i wydobyto wzmiankowany już martwak kostny. Chory zmarł dnia 9. V. przy objawach wzrastającego zapalenia płuc.

c) Nowotwory.

Chorych 21, wyzdrowiało 8, niezupełnie uleczonych 12, pozostał 1.

1) Chory u którego przy zbadaniu okazały się ziarniniaki przymiotowe (*gummata*) na podniebieniu twardem, odesłany był do szpitala ś-go Łazarza.

2) Chorych z rakowcem (*cancrois*) wargi dolnej 4. Wszyscy operowani byli z powodzeniem z wytworzeniem wargi dolnej.

3) Chory z rakowcem wargi dolnej przechodzącym na dziąsła i szczękę dolną 1. Nowotwór wycięto i wypiłowano środkową część szczęki pomiędzy zębami siecznymi. Chory nie zgodził się na operację wtórną.

4) Chorych operowanych już poprzednio z odrodzonym rakowcem wargi dolnej, przechodzącym na szczękę lub przybyłych do szpitala ze zniszczeniami spowodowanymi przez nowotwór, przechodzącymi zakres pomocy chirurgicznej 5.

5) Torbielo-gruczolak (*cysto-adenoma*) wielkości małego orzecha laskowego, na wardze dolnej. Nowotwór wycięto, chory wyszedł zdrow.

6) Mięsak czarny (*melano-sarcoma*) na policzku.

Sapyła Jan włościanin, wieku lat 56. Do szpitala przybył dnia 28. II.

Po zbadaniu chorego okazało się: na prawym policzku guz ruchomy, niebolesny, o szerokiej podstawie, wielkości pomarańczy, zajmujący cały prawie policzek od powieki dolnej. Na części guza najbardziej wystającej, głęboko sięgające owrzodzenie, z którego wydziela się płyn posokowaty, cuchnący; z wydzieliną, często bez żadnej widocznej przyczyny, odchodzi znaczna ilość krwi. Stan ogólny dobry. Dnia 7. III. wykonano wycięcie guza. Chory pozostawał do dnia 29. III., wyszedł z raną pooperacyjną prawie zupełnie zagojoną. Badanie guza wykazało budowę mięsaka czarnego.

7) Z liczby dwóch chorych, dotkniętych rakiem języka, jeden wypisanym był bez żadnej pomocy operacyjnej, z powodu znacznego zniszczenia w jamie ust, przechodzącego na podniebienie miękkie i ściany gardzieli i jednoczesnego powiększenia gruczołów chłonnych podszczękowych.

Carcinoma linguae. Ligatura arteriae lingualis. Excisio. Jardel Ludwik konduktor kolei Warszawsko-Terespolskiej, wieku lat 47. Do szpitala przybył dnia 6. VII. Po zbadaniu chorego okazało się istniejące od trzech miesięcy rakowate owrzodzenie lewej połowy języka, głęboko sięgające i przechodzące za łuk podniebienny przedni. Gruczoły chłonne podszczękowe nie powiększone, stan ogólny dobry. Dnia 10. VII., po uprzednim podwiązaniu tętnicy językowej, wyciąłem całą lewą połowę języka, wraz z częścią łuku podniebiennego. Chory wyszedł dnia 27. VII. z ranami pooperacyjnymi zupełnie zagojonymi.

8) U trzech chorych znaleziono polipy nosa, jeden z nich poddał się operacyi, dwóch pozostałych wyszło nieuleczonych.

9) Chory z rakowcem na nosie nie poddał się operacyi.

10) U dwóch chorych z wilkiem na nosie przechodzącym na policzki, zastosowane były nacięcia i wyłyżeczkowanie, następnie zaś przypalanie rozczysem chlorku cynku. Chorzy wyszli ze znacznem polepszeniem.

d) R ó z n e c h o r o b y.

Chorych 8, wyzdrowiało 5, niezupełnie uleczony 1, umarło 2.

1) Operacyja plastyczna wrodzonej wargi zajęcej wykonaną była dnia 2. VI. u ośmioletniej dziewczynki, przebywającej w oddziale infirmaryi, Wiktoryi Cholewickiej; rana pooperacyjna po paru tygodniach zagoiła się zupełnie.

2) Druga tegoż rodzaju operacyja, wykonana dnia 19. VI. u kilkotygodniowego niemowlęcia z oddziału podrzutek, pozostała bez skutku, szwy bowiem z powodu ciąglego płaczu i niepokoju dziecka, poprzerywały brzegi rany.

3) *Neuralgia nervi trigemini, Neurectomia nervi maxillaris inferioris.*

Ostrowski Jan tapicer, wieku lat 45. Do szpitala przybył dnia 18. III. Po zbadaniu chorego okazało się, iż od lat kilku cierpi na straszne nerwobóle lewej połowy twarzy. Przed laty trzema, z powodu iż miejscem najboleśniejszem była okolica nerwu nadoczodołowego przy samem wyjściu z kanału, z kąd bóle rozchodziły się po czole i twarzy, przecięto mu podskórnice nerw nadoczodołowy. Ulga w cierpieniach była natychmiastowa, lecz już w parę tygodni wszystko powróciło do dawnego stanu. Chory z prośbą o pomoc przybył do mnie w końcu 1883 r. Wyciąłem, po dokładnem odpreparowaniu, przeszło $\frac{1}{2}$ cala gałęzi nadoczodołowej. Rana pooperacyjna wkrótce się zagoiła, bóle ustały zupełnie. W końcu jednak

1884 roku powrócili znowu, lecz już w rozgałęzieniach nerwu szczękowego dolnego. miejscem najboleśniejszym była okolica otworu przedniego kanału zębodołowego. Stan chorego był rozpaczliwy, najmniejsze poruszenie ust było niekiedy dostatecznym, by spowodować cierpienie, ztąd niemożność przyjmowania pokarmów, bezsenność, chory jak obłąkany biegł po pokoju z kąta w kąt, lewą ręką uciskając na otwór zewnętrzny kanału zębodołowego i ucisk ten niekiedy chwilową przynosił mu ulgę. Postanowiłem wyciąć część nerwu szczękowego dolnego przed wejściem do kanału zębodołowego. Operację wykonałem dnia 20. III. w sposób podany właściwie przez WARREU'a, lecz nieco zmieniony, a mianowicie: cięcie części miękkich wykonanem było półkolisto, nieco wydłużone z podstawą zwróconą ku górze i dochodziło wprost do kości, następnie ostrą skrobaczką oddzieliłem wraz z okostną cały płat ku górze. W dalszym ciągu operacji skorzystałem z trafnej bardzo uwagi HUETER'a, iż otwór tylny kanału zębodołowego znajduje się na 1 ctm. powyżej linii, odgraniczającej gałąź wstępującą od trzonu, t. j. linii idącej od kąta żuchwy, w kierunku połączenia brzegu przedniego gałęzi z brzegiem górnym trzonu. Na centymetr więc niespełna powyżej wzmiankowanej linii trepanem o średnicy około 12 m. m., w samym środku gałęzi wstępującej, wyświdrowałem otwór i tym sposobem trafiłem wprost na nerw, przy samym wejściu do kanału zębodołowego i po oddzieleniu go za pomocą szczypcyków od naczyń, o ile to było możebnem, wyciąłem na przestrzeni 1½ ctm. Brzegi rany zeszyłem, pozostawiając otwór na cienki sączek. Krwotok podczas operacji był mało znaczący, żadne z naczyń nie było podwiązane. Chory pozostawał w szpitalu do dnia 5. IX., wyszedł z raną pooperacyjną części miękkich prawie zupełnie zagojoną. Następstwa operacji były nader pomyślne, z chwilą jej wykonania ustały wszelkie cierpienia, widziałem chorego w parę miesięcy później, pracuje szczęśliwie w swym zawodzie i na nic bynajmniej się nie uskarża. Jak długo-trwałą jednak będzie ta błoga w cierpieniu przerwa, rozumie się przewidzieć jest niepodobna.

1 †. Marciniak Andrzej lat 40 *pustula maligna*. Przybył dnia 26. VIII. umarł d. 28. VIII.

2 †. Szolonski Bolesław lat 20. *Pustula maligna. Tetanus*. Przybył dnia 12. XI. umarł. 21. XI.

Tranzlokowany z kliniki chirurgicznej. Na karcie wizytowej oznaczono, iż chory jeszcze przed wejściem do kliniki, u siebie w mieszkaniu miał wyciętą czarną krostę na policzku i że wkrótce wystąpiły objawy szczękocisku i tężca.

III. S z y j a i k a r k .

Chorych 31 wyzdrowiało 9, niezupełnie uleczonych 19, umarło 3.

a) Z a p a l e n i a p r z e w l e k ł e .

Chorych 5, wyzdrowiało 1 niezupełnie uleczonych 3, umarł 1.

1) *Stenosis laryngis. Tracheotomia.*

Weydemayer Konrad wyrobnik, wieku lat 28. Do szpitala przybył dnia 14. VI. z objawami duszności, z powodu zajęcia krtani, nie pozwalającymi na za-

dną zwłokę. Chory z największym wysiłkiem zdołał wyjaśnić, iż zachorował nagle na dzień przed przybyciem do szpitala. Natychmiast po przybyciu wykonano przecięcie tchawicy. Badanie krtani w dni kilka wykazało zwężenie szpary głosowej z powodu obrzęku i obrzęk nagłośni, chory teraz dopiero wyznał, iż od kilku już tygodni cierpiał na chrypkę i pewną trudność w oddechaniu, i że stan ten nagle się pogorszył. W oddziale pozostawał do dnia 20. VII. następnie zaś tranzlokowanym był dla kuracyi dalszej do oddziału specjalnego szpitala ś-go Rocha.

1 †. *Perichondritis laryngea. Necrosis cartilaginum. Tracheotomia.*

Rutkowski Józef lat 44, tranzlokowany z kliniki szpitalnej przybył dnia 23 VI. r. 1884 umarł 4. VII.

b) N o w o t w o r y:

Chorych 5, wyzdrowiał 1, niezupełnie uleczonych 2, umarło 2.

1) *Cystis colli. Excisio.*

Nalazek Stanisław, włościanin wieku lat 25. Do szpitala przybył dnia 6. V. Przy badaniu chorego okazało się: na szyi z prawej strony około brzegu wewnętrznego mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego, niemal na wysokości chrząstki tarczowej, guz podskórny, ruchomy, niebolesny, chełbocący, wielkości jaja kurzego. Początku rozwoju guza chory nie był w stanie określić, twierdził tylko, iż miał go bardzo już dawno, i że obecnie, z powodu iż mu zawadza przy ruchach głowy i szyi, prosi o operację. Dnia 15. V. wyciąłem guz, chory wyszedł dnia 26. V. z raną pooperacyjną prawie zupełnie zagojoną. Guz okazał się torbielem, o ścianach grubych, zawartości dosyć płynnej, przez krew mocno i jednolicie zabarwionej, napozór zbliżonej i to bardzo do czystej krwi. Zdaniem jednak kolegi PRZEWSKIEGO, zawartość ta rzeczywiście była tylko zabarwioną przez wyznaczynioną krew.

2) Nieuleczonych wyszło dwóch chorych, z których jeden dotkniętym był mięsakiem limfatycznym (*lympho-sarcoma*), zajmującym kolisto okolice podszczękowe i przechodzącym na szyję. U drugiego zaś znaleziono na szyi poniżej lewego ucha kaszak (*ateroma*) wielkości orzecha tureckiego. Chory ten nie zgodził się na operację.

† 3. *Struma fibrosa. Exstirpatio.*

Baltzer Józef wyrobnik z okolic Warszawy, wieku lat 26. Do szpitala przybył dnia 6. VII. Przy badaniu chorego okazało się: na szyi ogromnej wielkości wole, istniejące 5 lat, zajmuje ono całą okolice przednią szyi i przechodzi na okolice boczne, od przodu opuszcza się półkulisto na klatkę piersiową, pokrywa kość piersiową do połączenia chrząstek 3-go żebra prawej i lewej strony, wogóle zwróconem jest bardziej ku prawej stronie, gdzie pokrywa trzecią wewnętrzną część obojczyka. Od góry wypełnia okolice podszczękowe i z lewej strony dochodzi do samego ucha, gdy z prawej kończy się za kątem żuchwy. W górno-zewnętrznych częściach widocznem jest tętnienie znacznie powiększonych tętnic tarczowych górnych, od tyłu zaś, po za guzem z obu stron tętnienie tętnic domózgowych. Całe wole twarde guzowate, guzy tworzą oddzielne zrazy, szczególnie wydatne w częściach górno-zewnętrznych, gdzieniegdzie oddzielone głębokimi bruzdami. Skóra po nad całym guzem wszędzie ruchoma, nigdzie nie

tworzy przyrostów. Chory budowy ciała dobrej, lecz znacznie osłabiony, skóra blada, wargi, łącznice oczne nadzwyczaj blade, głos słaby, chrypowaty; chrypka ta niekiedy się wzmacnia, a przy najmniejszym zmęczeniu, występują objawy duszności. Wole w ostatnich czasach stało się nader dokuczliwym dla chorego, z powodu samego ciężaru, czyni go prawie niezdolnym do wszelkiej pracy fizycznej, i z tych to względów chory stanowczo prosi o pomoc operacyjną. D. 18. VII. przystąpiłem do całkowitego wycięcia wola cięciem półkolistym, wypukłością zwróconem ku dołowi, od środka którego przeprowadziłem drugie cięcie pionowe. Oddzielenie części górnej guza nie przedstawiało wielkich trudności, gdy przeciwnie części dolnej, z powodu nadzwyczaj mocnych zrostów z tchawicą i krtanią, było nadzwyczaj mozolnem, szczególnie ze strony prawej, gdzie guz wchodził nieco po za tchawicę. Zrosty z tchawicą i krtanią były tak mocne, iż usunięcie ich, na całej niemal przestrzeni, dokonaniem być mogło, li tylko za pomocą noża. Tętnice tarczowe dolne podwiązałem w sposób zalecony przez KOCHER'a, o ile można dośrodkowo; zrosty, twardość guza nie dozwalały dokładnie śledzić do samego końca za nerwem wstecznym prawym, co z lewej strony okazało się o wiele łatwiejszem. Utrata krwi podczas operacji, pomimo wszelkich naszych zabiegów, była dosyć znaczną, chory po ukończeniu operacji był mocno osłabionym. Na drugi dzień t. j. dnia 19. VII. zmieniono opatrunek, z powodu przesiąknięcia go płynem krwawo-zabarwionym. Chory był nadzwyczaj niespokojnym, głos o wiele słabszym niż przed operacją, chwilowo nawet trudno było go zrozumieć. Niepokój, ciągle rzucanie się na łóżku w ciągu dnia stopniowo się wzmacniały, chwilowo przychodziły napady duszności i wśród objawów tych chory zmarł w nocy z dnia 19 na 20.

Przy otwarciu zwłok nie wykryto żadnych widocznych zmian w krtani i tchawicy, również nie wykryto zmian w innych narządach, któreby dokładnie wyjaśnić mogły przyczynę śmierci, przypuścić więc należy, iż śmierć nastąpiła w skutek nie bardzo nawet znacznego obrzęku głośni, który jednocześnie tłoczy i objawy duszności, wśród których chory zakończył życie.

Badanie wyciętego wola wykazało przeistoczenie włókniste, czyli tak zwane *struma fibrosa*.

† 4. Maryanowski Stanisław lat 10. *Lymphomata colli. Phthisis pulmonum*. Przybył dnia 14. VIII. 1884 r. umarł d. 17. IV.

IV. K o l u m n a k r ę g o w a .

Chorych 8, wyzdrowiało 2, niezupełnie uleczonych 6.

a) Z a p a l e n i a p r z e w l e k ł e .

Chorych 4, niezupełnie uleczonych 4.

1) *Kyphosis, abscessus eongestivus. Punctio. Injectio jodoformi cum glycerina-Incisio.*

Zybert Ludwik czeladnik szewcki wieku lat 14. Do szpitala przybył dnia 30. IV.. Przy badaniu chorego okazało się: od lat już kilku istnieje coraz bardziej się uwydatniające kątowe skrzywienie ku tyłowi kolumny kręgowej,

w okolicy ostatnich kręgów grzbietowych i pierwszego lędźwiowego. Przed kilku tygodniami w okolicy lędźwiowej prawej powstał guz, który powiększając się, stopniowo doszedł do wielkości kurzego jaja. W guzie chełbotanie wyraźne. Chory osłabiony, uskarża się na brak apetytu, niekiedy kaszel, na nieregularne wypróżnianie stolca, czasem rozwolnienia. W płucach u wierzchołków, szczególniej prawego, oddech pęcherzykowy niewyraźny, pod wieczór ciepłota ciała nieco podwyższona.

Dnia 16. V. wykonano przekłucie guza, za pomocą cienkiego trójgrańca i po opróżnieniu ropnej zawartości wstrzyknięto parę uncyj mieszaniny 10% jodoformu z gliceryną. Guz do dnia 22. V. doszedł znowu do poprzedniej swej objętości i z tego powodu wykonano przecięcie guza, po usunięciu zaś ropy, zrobiono drugie cięcie powyżej więz. POUPART'a, na zewnątrz od naczyń, a to w celu przeprowadzenia grubego sączka w kierunku całej jamy ropnej. Stan chorego w tygodni kilka poprawił się znacznie, ropienie jednak niekiedy było dosyć obfite; wyszedł na żądanie rodziców dnia 14. VIII. w celu skorzystania z następcząjącego się kilkotygodniowego pobytu na wsi.

V. Pierś i grzbiet.

Chorych 32, wyzdrowiało 14, niezupełnie uleczonych 16, umarło 2.

a) U s z k o d z e n i a.

Chorych 12, wyzdrowiało 6, niezupełnie uleczonych 5, umarł 1.

Chorych ze złamaniem żeber 4, wyzdrowiało 2, umarło 2.

† 1. Pachła Michał lat 38. *Fracturae costarum et sterni*. Pobity przez byka. Przybył dnia 2. VI. umarł 4. VI.

Drugi zmarły był już wykazany w dziale I lit. a N. 2.

b) Z a p a l e n i a o s t r e.

Chorych 16, wyzdrowiało 7, niezupełnie uleczonych 8, umarł 1.

1) *Pleuritis exsudativa. Thoracocentesis.*

Zasada Wojciech rzemieślnik, wieku lat 49. Do oddziału chirurgicznego tranzłokowauym był dnia 30. XI. z powodu znacznego wysięku w lewej opłucnej. Dnia 5. XII. wypuściłem za pomocą przyrządu POTAIN'a przeszło sześć funtów płynu niezupełnie przezroczystego. Chory wyszedł dnia 1. I. 1886 r., w stanie zadawalniającym; przy badaniu wyczuć można było zaledwie ślady wysięku.

† 2. Bielów Jan lat 31. *Abscessus subpectoralis*. Tranzłokowany z oddziału wewnętrznego przybył dnia 7. III. umarł d. 9. III..

c) Z a p a l e n i a p r z e w l e k ł e.

Chory 1, niezupełnie uleczony 1.

1) *Phtisis pulmonum. Empyema. Thoracotomia.*

Węglowski Filip rzemieślnik, wieku lat 21. Do szpitala przybył dnia 19. V. Przy badaniu chorego okazało się: przed dwoma tygodniami według słów chorego, stopniowo, powolnie, w okolicy pierwszej lewej przestrzeni międzyżebrowej wytworzył się guz, wyraźnie wystający po nad powierzchnię klatki piersiowej. Chory oddawna cierpiał na kaszel, przechodzące bóle, niekiedy nawet bardzo dokuczliwe.

Na trzy dni przed przybyciem do szpitala podczas gwałtownego kaszlu, wypluł ogromną ilość ropy, guz zmniejszył się widocznie. Obecnie przy badaniu, poniżej lewego obojczyka, więcej ku zewnątrz, w przestrzeni międzyżebrowej, znajduje się nieznaczna wyniosłość, chełbotanie w niej wyraźne; przy ucisku w miejscu wyniosłości tworzy się do pewnego stopnia zagłębienie, skóra niezmiennona.

Przy wysłuchiowaniu od tyłu u wierzchołka oddech pęcherzykowy nader niewyraźny, w płwocinach ogromna ilość ropy. Chory nadzwyczaj osłabiony, ciepota ciała około 39° C.. Dnia 21. V. poniżej połowy zewnętrznej obojczyka, w przestrzeni międzyżebrowej wykonałem cięcie, długości około 2 cali, przez które odeszło parę łyżek ropy gęstej, cuchnącej. Badanie dalsze wykazało połączenie obszernej ropnej jamy z płucem. Do otworu wprowadzono gruby sączek. Choremu wewnątrz zalecono środki wzmacniające, wino, odpowiednią dyjetę. Stan chorego każdodziennie poprawiał się widocznie, jednocześnie przy staranem przepłukiwaniu kwasem bornym, zmniejszała się wydzielina ropna. Chory pozostawał w szpitalu do dnia 3. VII., następnie wyjechał na wieś w stanie zupełnie zadawalniającym, w miejscu rany operacyjnej pozostała przetoka przez którą wprowadzany był cienki sączek.

VI. B r z u c h.

Chorych 21, wyzdrowiało 7, niezupełnie uleczonych 9, umarło 3, pozostaje 2.

a) N o w o t w o r y.

Chory 1, wyzdrowiał 1.

1) *Myxo-sarcoma parietis abdominis. Excisio.*

Szadunko Tycyan, służący, wieku lat 20. Do szpitala przybył dnia 18. IV. Po zbadaniu chorego okazało się: w dolnej prawej części ściany brzusznej guz wielkości dużej pięści, formy mniej więcej trójkątnej, spłaszczony, zajmujący przeważnie okolice kanału pachwinowego i przechodzący pod skórą w kierunku sznurka nasiennego na mosznę. Guz twardy, bolesny, ruchomy, lecz ruchomość ta jest dosyć ograniczoną. Początku rozwoju guza chory nie umie dokładnie określić, datuje on jednak zaledwie od 5—6 miesięcy. Stan ogólny chorego dobry.

Dnia 21. IV wycięto guz, wykonanie operacji było utrudnionem. z powodu odnóg sięgających pod rozciągnio mięśnia skośnego wielkiego. Pod koniec gojenia się rany pooperacyjnej, dostrzeżono znowu niewielki guzik na prawo poniżej pępka, wskutek czego chory zmuszonym był poddać się operacji wtórnej. Chory wyszedł z raną prawie zupełnie zagojoną dnia 21. VI.

Badanie guza wykazało budowę śluzo-mięsaka (*myxo-sarcoma*).

b) R ó ż n e c h o r o b y.

Chorych 11, wyzdrowiało 5, niezupełnie uleczonych 3, umarło 3.

1) P r z e p u k l i n y p a c h w i n o w e, p a c h w i n o - m o s z n o w e z a c i ś n i ę t e.

Chorych 4 wyzdrowiało 4.

1) *Hernia inguinalis sinistra congenita, incarcerata, Herniotomia.*

Karpiński Franciszek. Wyrobnik wieku lat 24. Chory, o ile pamięta, używał bandaża od lat dzieciennych, z powodu przepukliny pachwinowej lewej strony. Przepuklina wogóle była łatwo odprowadzalną i nigdy nie dochodziła do znacznych rozmiarów. Dnia 18. I, z powodu nadużyć w jedzeniu wystąpiły obfite wymioty, podczas których powiększyła się znacznie objętość przepukliny, do objawów tych przyłączyły się wkrótce mocne bóle w samej przepuklinie i w całym brzuchu. Stan ten zmusił chorego do przybycia do szpitala, gdzie po stwierdzeniu zaciśnięcia przepukliny wykonano dnia 19 I. po zachloroformowaniu chorego operację krwawą. Już przed operacją dostrzeżono w worku mosznowym brak lewego jądra. Po przecięciu worka przepuklinowego wydzielila się znaczna ilość ciemno zabarwionego płynu, w worku znaleziono pętlicę кишки cienkiej, mocno gazami rozdętej, długości około 5 cali. Zaciśnięcie w szyjce przepukliny, usunięto przy pomocy ostrego narzędzia. Kiszka w rowku, okalającym miejsce uciśnięte, okazała się koloru ciemno-czerwonego, lecz całość ścian nigdzie nie była naruszoną i z łatwością dała się odprowadzić. W kanale pachwinowym powyżej nieco otworu zewnętrznego znaleziono jądro prawie w zaniku, które wycięto. Stan chorego pierwszych dni kilka po operacyi był zupełnie zadawalniający.

Dnia 24. I wystąpiły objawy zapalenia lewej opłucnej. Chory opuścił szpital. Dnia 23. II. z raną pooporacyjną prawie zupełnie zagojoną, lecz z objawami wysięku w opłucnej.

2. *Hernia inguinalis sinistra incarcerata. Herniotomia.*

Grzybowski Andrzej wyrobnik, wieku lat 68. Do szpitala przybył dnia 26. III. Po zbadaniu chorego okazała się przepuklina pachwinowa lewej strony, wielkości małej pomarańczy, od dni 4 zaciśnięta. Chory przez ten czas pozostał bez żadnej pomocy lekarskiej. Przepuklina istniała od lat kilkunastu, bandaża używał, ale nadzwyczaj nieregularnie, a w końcu i bandaż z powodu zupełnego zniszczenia noszonym był tylko dla formy. W dniu przybycia chorego wykonano operację krwawą. Po przecięciu worka przepuklinowego, oprócz niewielkiej ilości płynu, znaleziono małą pętlicę кишки cienkiej, w paru miejscach do worka przyrośniętej. Po oddzieleniu zrostów i po nacięciu w miejscu zaciśnienia, kishkę odprowadzono z łatwością, następnie zaś oddzielono i wycięto worek przepuklinowy a na część pozostałą przy otworze zewnętrznym kanału pochwinowego, nałożono szew z katgutem. Stan ogólny chorego od pierwszego dnia po operacyi był zadawalniający, gojenie rany postępowało prawidłowo.

Dnia 5. IV., na około rany wystąpiły objawy róży, które jednak w dni kilka ustąpiły zupełnie. Chory pozostawał do dnia 20. IV., wyszedł z raną zagojoną, stan ogólny był dobry. (D. n.).

NOTATKI LEKARSKIE.

7. Puchlina osierdzia w przebiegu zapalenia nerek po szkarlatynie.

Nowela Maks, 9 lat liczący, przybył do szpitala dla dzieci w d. 6 Lipca 1885. Chłopiec dobrej budowy ciała, miernie odżywiany, przed kilkoma tygo-

dniami przebywał płonice, przed kilkoma dniami na twarzy i powiekach wystąpił lekki obrzęk. Mocz, wydzielany w dosyć obfitej ilości, zawiera znaczną ilość białka. Stan bezgorączkowy, trawienie dobre, narządy wewnętrzne żadnych zmian nie przedstawiają. Zalecono choremu *chininum tannicum*, przy dyjecie mlecznej.

W d. 8. VII rano stan chorego był bez zmiany. Po południu niespodzianie wystąpił atak duszności i niepokoju, z powodu którego chory przez resztę dnia i noc całą oka nie zmrządził; nie mógł ani leżeć ani siedzieć, tylko stojąc przy łóżku spędził noc całą.

W d. 9. VII. znalazłem go również niespokojnym, oddech przyspieszony z rżeniami tchawicznymi słyszalnymi z oddali, tętno słabe 130. Tętno serca czyste lecz słabe. Górna granica tępości serca prawie na II żebrze, prawa na prawym brzegu mostka. Uderzenie wierzchołka niewyczuwalne. Wydzielina moczu bez zmiany. Białkomocz. Choremu postawiono przyszczydło na okolice serca, do wewnątrz zaś zaleciłem naparstnicę z kamforą i eterem. Nadto w ciągu dnia dwa razy zrobiono podskórne wstrzykiwania eteru z kamforą z powodu słabego tętna. W ciągu dnia niepokój i duszność trwały bez zmiany, zwiększając się nawet po południu i w nocy. Ciężota ranna 37,4°, wieczorna 37,2°.

W d. 10. VII. Rano chory spokojniejszy, duszność ciągle trwa, oddechanie 54, tętno 130 słabe, w płucach rżenia obfite suche i wilgotne. Tępość serca bez zmiany.

W d. 11. VII stan znacznie lepszy, w nocy chory mógł już spać leżący, tętno jeszcze słabe 160, stępienie serca sięga jak dnia wczorajszego, tony serca czyste lecz słabe. Oddechanie 52 na minutę. Mocz oddawany bywa dosyć często, zawiera białko.

W d. 12. VII. Tętno 160, oddechanie 52. Górne granice stępienia serca na IV żebrze, prawa bez zmiany na prawym brzegu mostka. Duszność mniejsza, stan ogólny lepszy. Obrzęk stóp.

W d. 13. VII. Tętno 160, tony serca czyste i dokładniej dają się słyszeć. Górna granica stępienia serca na III żebrze prawie bez zmiany. Postawiono powtórnie przyszczydło, poczem maść drażniącą.

W d. 14. VII. Tętno 160, duszność mniejsza. U wierzchołka serca ton rozkurczowy rozdzielony. Obrzęk stóp wzrasta.

W d. 15. VII. Górna granica stępienia na IV żebrze, prawa na linii środkowej mostka, duszność ustaje, chłopiec ciągle może leżeć. Oddechanie jednak 60 na minutę. Rżenia w płucach znikły, kaszel umiarkowany. Trawienie dobre.

W d. 16. VII. Stępienie serca bez zmiany, tętno 120. Ilość białka w moczu zmniejsza się, obrzęk stóp ustępuje.

W d. 17. VII. i 18. VII. Stan ogólny dobry, stępienie serca dosięga prawidłowych granic, tętno silniejsze 96, tony serca wyraźniejsze, łaknienie i trawienie dobre, stan ogólny zadawalniający.

W d. 23. VII. Obrzęki zupełnie znikły, mocz jeszcze opalizował. W d. 15 Sierpnia, Nowela opuścił szpital w stanie zupełnego zshrowia.

Bezgorączkowy przebieg choroby, brak szmerów tarcia właściwych w początku ostrego wysiękowego zapalenia osierdzia upoważnia nas do wykluczenia tej choroby, a zarazem do rozpoznania ostrej puchliny worka sercowego. Rozpoznanie to uważamy za słuszne, jakkolwiek w przebiegu choroby brak nam momentów przyczynowych, które klinicyści rutynicznie przy tej chorobie wyliczają. Pedyjatrzy wspominają ogólnikowo o możliwości puchliny worka sercowego przy zapaleniu nerek, dodają jednakże, iż towarzyszy takowa ogólnej puchlinie i występuje pod koniec życia. Powikłanie to w ogóle nawet u dorosłych przy chorobie Bright'a nie jest częstym.

W 292 protokółach sekcyjnych FRERICHS'a znajdujemy wzmiankę o zapaleniu osierdzia tylko w 13 przypadkach, o puchlinie osierdzia ani razu. Z 114 dochodzeń w szpitalu Gdańskim zamieszczonych u ROSENSTEIN'a, 17 razy zanotowano zapalenia osierdzia, a 21 razy puchlinę osierdzia. U dzieci powikłanie to jest niezmiernie rzadkiem, może nas jednak niespodzianie zaskoczyć, nawet wtedy, gdy obrzęki są nieznaczne i przebieg choroby łagodnie się zapowiada.

A. Malinowski.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

24. Rosenbach prof. Etyjologia tężca (*tetanus*).

Wykład na XV zjeździe niemieckich chirurgów w Berlinie, w Kwietniu r. b.

Przed dwoma niespełna laty NICOLAIER w Getyndze, badając drobnoustroje ziemne, przekonał się, że zaszczepienie niektórych rodzajów ziemi sprowadza u myszy, królików i świnek morskich cały szereg groźnych przypadłości, prawie zawsze śmiercią się kończących, które wyrażają się ciągłym skurczem pewnych grup mięśni i powtarzającemi się od czasu do czasu kurczami tężcowemi wszystkich niemal mięśni tułowia i kończyn, tak, że stan ten uważać należy za tężec (*tetanus*).

Oprócz tego NICOLAIER w 88 przypadkach przeszczepił skutecznie chorobę z jednego zwierzęcia na drugie. Przy badaniu drobnowidzowem ropy w miejscu zaszczepienia znajdowano zwykle mikrokokki i rozmaite bacylle, pomiędzy którymi stałe znachodził się cienki drobny lasecznik, cokolwiek dłuższy lecz prawie wcale nie grubszy od laseczników posocznicy myszy, [odkrytej przez Koch'a]. Te drobne laseczniki NICOLAIER uważa za chorobotwórcze, gdyż tylko one wnikały głębiej w tkankę podskórną i znajdują się tu same bez domieszki innych ropnych mikrokoków. Przygotowanie czystych hodowli nie udawało się wówczas, obecnie jednak NICOLAIER znalazł sposób oczyszczania hodowli tego lasecznika. Pierwsze nieczyste jeszcze kultury wywoływały napewno chorobę u myszy i królików.

Otóż ROSENBACH miał sposobność badać ciało człowieka zmarłego z tężca przy zgorzeli z odmrożenia na kończynach dolnych. W skórze blisko linii demarkacyjnej znalezione zostały laseczniki NICOLAIER'a, zaś kawałeczki wzięte ze skóry i zaszczepione królikowi wywoływały charakterystyczny tężec u tego zwierzęcia. Udało się również przeniesienie choroby z królika na królika i z tego ostatniego na mysz. Zdaje się zatem że tężec ludzki jest identyczny z opisanym przez NICOLAIER'a tężcem myszy, królików i świnek morskich i jest nader prawdopodobnem, że choroba zostaje wywołana przez laseczniki NICOLAIER'a. Otrzymanie czystych hodowli dotychczas nie udawało się.

W. Mayzel.

25. Deichler (Frankf. n. M.). O pasorzytach pierwotniakach (Protozoa) w śluzie kokluszowym.

W śluzie wydzielanym przy kokluzie choroby, i tylko przy kokluzie, znajdował DEICHLER stałe pasorzytne twory, monady, należące do pierwotniaków (*Protozoa*), z pozoru podobne do ciałek ropnych, od których wielkością się nie różnią znacznie.

Pasorzyty te są okrągłe, bardziej owalne, często pod kątem zgięte, półksiężycowate lub podkowiaste. Końce półksiężyca zwykle nie stykają się z sobą dokładnie. W przestrzeni zawartej między ramionami półksiężyca, mieści się

pośrodku zwykle lub bliżej brzegu, ruchome ciałeczko, mające postać ziarnistego krążka lub zakręconego wężyka, którego jeden koniec jest prosty i zaokrąglony, drugi zaś zagięty ostry. Ciałeczko to zdaje się być zarodkową formą, wytwarzającą się w komórce macierzystej i wydostającą się na zewnątrz; często bowiem przestrzeń pośrodkowa jest pusta.

Opisane ustroje badane za życia, na stoliku ogrzewalnym, mają postać prostą, wysmukłą; w pewnych warunkach tężeją i skrzywiają się, wtedy zaś są podobne do okrągłej komórki z jądrem. Pasożyty, dopóki są proste okazują bardzo znaczną kurczliwość, większą aniżeli ciała ropne; koniec ostry wydłuża się niekiedy w wyrostek nakształt rzęsy, koniec zaś zaokrąglony wydaje i wciąga wypusteczki na podobieństwo ameby.

Często widzieć można jak pasożyt ostrym końcem zbliża się do komórek i zabiera z nich ziarenka protoplazmy.

Opisane monady są pasożytami, które autor skłonny jest uważać za prawdopodobną przyczynę koklusz, z uwagi że, jak powiedziano, napotykał je tylko w tej chorobie.

W. Mayzel.

(Zisch. f. wiss. Zoolog. 1886. t. 43. zes. 1.)

Wiadomości bieżące.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1886/7 zawakuje sześć stypendyjów, każde po rs. 300 rocznie, z legatu ś. p. D-ra Walentego KOCZOROWSKIEGO, zmarłego w r. 1878 w mieście Piotrkowie, dla młodzieży poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego.

Pierwszeństwo do tych stypendyjów, według osnowy testamentu, mają: a) imienia KOCZOROWSKICH, b) CHILEWSKICH synowie i ich następcy z linii prostej Stanisława CHILEWSKIEGO, w Galicji zamieszkali, c) STROJECCY, synowie po Adolffie STROJECKIM i ich następcy, d) LECHOWSCY, synowie i ich następcy po Kaerprze LECHOWSKIM, e) w braku kandydatów z wyszczególnionych imion, stypendyja nadane być mają innym pilnym studentom medycyny, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego.

Życzący ubiegać się o rzeczony stypendyja winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego [w kancelaryi tegoż Towarzystwa ulica Niecała Nr. 7] najpóźniej do dnia 3 [15] Września r. b. z załączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowem prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*); 5) kandydaci z rodzin uprzywilejowanych przez testatora, oprócz świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów wydziału lekarskiego, złożyć winni nadto należyte, urzędownie poświadczone dowody o swem pochodzeniu z tychże rodzin.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały
D-r Szokalski.

Komitet kasy wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych.

Ś. p. Jan BĄCEWICZ, doktor medycyny, niegdyś członek czynny Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, zmarły w roku 1865, zapisał temuż Towarzystwu, między innymi, kapitał 7,500 rs. przeznaczając procent po 6% na coroczne udzielanie wsparcia 5-ciu wdowom po lekarzach polakach wyznania chrześcijańskiego, a w braku takowych, wdowom po lekarzach innych wyznań.

Komitet kasy wsparcia, działając z upoważnienia Towarzystwa Lekarskiego, za wiadomiami osoby interesowane, że w dniu 12 [24] Czerwca r. b., jako w dniu imieniu testatora, udzielone będą z pomienionego legatu wsparcia 5-u niezamożnym w dwoim po lekarzach — każdej po rs. 90.

Wdowa po lekarzu, któraby życzyła ubiegać się o rzeczzone wsparcie, wiuna być przedstawioną komitetowi przez jednego z jego członków, którymi są: w Warszawie zamieszkali: prezes komitetu D-r GEPNER Bolesław, wice prezes D-r ROGOWICZ Jakób, członkowie komitetu D-r BRAUN Jan, D-r GRANDILEWSKI Michał, D-r GROSTERN Wiktor, D-r KRASZEWSKI Piotr, D-r KRYŻE Władysław, D-r LEWIŃSKI Marceł, D-r MODRZEJEWSKI Edmund, D-r SOKOŁOWSKI Alfred, D-r SZOKALSKI Wiktor, radcowie prawni: mecenas THIEME Karol i rejent ZAWADZKI Stanisław, na prowincyi zaś pp. inspektorowie lekarscy przy rządach gubernijalnych, lub ich zastępcy, a mianowicie: w Kaliszu D-r MERKEL Julijusz, w Piotrkowie D-r MIANOWSKI Ksawery, w Radomiu D-r REWOLIŃSKI Teofil, w Kielcach D-r MICHNIEWICZ Felicyjan, w Lublinie D-r KWAŚNIEWSKI Julijusz, w Siedleach D-r MALUSZYCKI Ignacy, w Płocku D-r OSTROWSKI Władysław, w Łomży D-r LONDYŃSKI Roman, w Suwałkach D-r KOŚCIŃSKI Stanisław.

Każdemu z liczby wyżej wymienionych członków służy prawo przedstawienia jednej kandydatki, z pomiędzy których komitet wybierze 5 wdów po lekarzach i o przyznaniu im wsparcia z legatu D-ra BĄCIEWICZA, stosownie do zastrzeżenia w testamencie uczynionego, ogłosi w pismach publicznych.

Przedstawienia od członków komitetu ze szczegółowemi wiadomościami o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia kandydatek — oczekiwane będą najpóźniej do dnia 3 [15] Czerwca r. b.

Na żądanie udzielane są bliższe informacyje w biurze komitetu w Warszawie [ulica Niecała Nr. 7] na prowincyi zaś w biurach Pp. inspektorów lekarskich gubernijalnych.

Z upoważnienia Komitetu, Członek zarządzający funduszami
D-r Szokalski

Porządek dzienny posiedzenia klinicznego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, odbyć się mającego w dniu 1 Czerwca 1886, jest następujący:

- 1) Kol. LUBELSKI. Sprawozdanie z prac Babińskiego.
- 2) Kol. JAKOWSKI. „O lasecznikach tyfusu brzozowego“.
- 2) Kol. POLAK. O praktyce szczepienia ospy [Ciąg dalszy].

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich.

Medycyna Nr. 21. SZADEK. Przypadek liszaja tęczowego tułowia i kończyn (*herpes iris trunci et extremitatum*).

Kronika lekarska Nr. 9 i 10. WASILJEW. Przyczynek do rozpoznawania i leczenia torbieli więzów szerokich.

NADEŚLANO DO REDAKCYI:

OBALIŃSKI. Wykłady z zakresu chorób dróg moczowych męzkich. [Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie]. Kraków. 1886.

ROSEN. Chemische und pharmacologische Untersuchungen über die Lobelia meotranaefolia. Dorpat. 1886.

Annual report of the board of regents of the Smithsonian Institution... for 1883 Washington. 1885 roku.

HEILPERN. O wartości pożywnej chleba w obec nowoczesnej techniki piekarskiej. [Odbitka z Pamiętnika Tow. Lek. Warsz.] 1886.

Sprawozdanie czwarte z czynności komitetu zarządzającego kasą pomocy dla osób pracujących na polu naukowym imienia D-ra MIANOWSKIEGO. Warszawa 1886.

Do dzisiejszego N-ru GAZETY LEKARSKIEJ dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Prospekt stacyi klimatycznej Zakopane“ i „Regulamin zakładu w Fürstenhofe“.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Доволено Цензурою. Варшава 16 Мая 1886 г. Druk K. Kowalewskiego. Królewska Nr. 29,

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

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

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

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

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

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

T. H. Huxley, Wykład bijologii praktycznej 1883 Rs. 1. Sprawozdania z piśmiennictwa naukowego polskiego w dziedzinie nauk matematycznych i przyrodniczych. Rok I 1882. Rok II 1883. Rok III 1884. po Rs. 1.

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

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

16—2

ZAKŁAD HYDROPATYCZNY STEINERHOF pod Kapfenbergiem w Styrii.

Znany od dawna jako **stacja klimatyczna i kąpiele igliwiowe** cały rok otwarty. Zastosowanie elektryczności i masażu (personel służbowy sprowadzony z Holandyi). Miejscowość położona w pięknej dolinie rzeki **Mür** (Alpy styryjskie) 500 metrów n. p. m. w nader łagodnych zmianach temperatury, od wiatrów zupełnie zabezpieczone, odpowiada wszelkim warunkom pierwszorzędnego zakładu leczniczego. Odległość od Wiednia 4 godziny drogi, od Gracu godzina pociągiem pospiesznym. Urządzenie zakładu wygodne, polska biblioteka i czytelnia, obszerny park starannie utrzymany, spacer w lesie łatwe i nie męczące, wycieczki w bliskie romantyczne góry. W miejscu **stacja kolejowa** (Südbahn), **poczta, telegraf**. Bliższych objaśnień udziela zarząd zakładu.

Listy adresować należy: **An die Direction des Kurortes „Steinerhof“ bei Kapfenberg in Steiermark**

Lekarze zakładowi: Doktorzy **Mikołaj Winnicki, M. E. Mierzwiński**

6—6

Właściciel zakładu: **A. W. Gostkowski.**

NOWE MIASTO NAD PILICĄ

(gub. Piotrkowska, pow. Rawski).

ZAKŁAD WODOLECZNICZY

Racyjonalna hydroterapia,—kąpiele ciepłe, słone, aromatyczne, rzeczne,—wody mineralne, gimnastyka. Leczenie elektrycznością, mlekiem, kefirem.

Gabinet elektryczny zaopatrzone w przyrządy do specjalnego leczenia **Ścisły internat** i eksternat; dyjetetyczne stołowanie. Obok zakładu internat i restauracja dla starozakonnnych.

Utrzymanie całodzienne z leczeniem i kąpielami, w pokojach wspólnych od Rs. 1 kop. 50. w pokojach oddzielnych od Rs. 3.

Komunikacja koleją żelazną Warsz.-Wiedeńską przez Skierniewice, lub Iwangrodzko-Dąbrowiecką przez Opoczno.

Szczegółowe objaśnienia i cenniki w Warszawie w Apteczce H. Kucharzewskiego, Senatorska 480.

Lekarze Zakładu **Jan Bieliński, Leon Rzecznowski.**

10—5

