

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. W. Narkiewicz Jodko. Przyczynek do kazuistyki urazowych uszkodzeń oka. — II J. Kosiński. Wewnętrzne nacięcie cewki moczowej (*Uretrotomia interna*) i wyższość operacyi Maisonneuve'a nad innymi metodami doszczętnego leczenia zwężeń cewki moczowej, w 103 przypadkach stwierdzona. (Dalszy ciąg). — III. J. Sz wajc er. Spostrzeżenia nad przebiegiem epidemii gorączki powrotnej w Szpitalu starozakonnym w Warszawie w 1880—1881 r. (Dokończenie). — Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. — List otwarty do Redakcyi. — Wiadomości bieżące. — Do PP. Prenumeratorów. — Na pomnik Mickiewicza. — Dodatek. — Ogłoszenia.

I. PRZYCZYNEK DO KAZUISTYKI URAZOWYCH USZKODZEŃ OKA.

Podał D-r W. Narkiewicz Jodko.

Wypadki uderzenia w okolicę oka, nie należą do bardzo rzadkich, dzięki wielkiej pochopności ludu naszego do wymierzania sprawiedliwości, bez pośrednictwa organów bezpieczeństwa publicznego; ogromna jednak ich większość, prócz sińców i mniejszego lub większego opuchnięcia powiek, gorszych następstw zwykle za sobą nie pociąga, pomijając uderzenia ze wstrząśnieniem (*commotio*) mózgu połączone; do rzadszych też należą uszkodzenia całości, już to kości oczodołowych, już też części miękkich z okolic oka. Pierwsze pociągnąć może wylanie krwi większych rozmiarów, zagrażające integralności funkcyi delikatnych części sąsiednich, jak mózgu i nerwów — drugie, jeśli nastąpiły współcześnie z silnym wydechem np. krzykiem, mogą stać się momentem ułatwiającym powstanie rozedmy (*emphysema*) tkanki łącznej oczodołu i twarzy, stanu przerażającego monstualnem zdefigurowaniem połowy twarzy, w rzeczy jednak niewinnego i po kilkunastu dniach trwania ustępującego bez śladu.

Bywają jednak uderzenia niekoniecznie nawet bardzo silne, ale pociągające za sobą bardzo groźne następstwa. Chcę mówić o przypadkach, w których następstwem zupełna utrata wzroku przy zachowaniu całości gałki powstać może. Nie są to częste przypadki, ale nader ważne, tak pod względem sądowo-lekarskim, jak i ze względu na potrzebną oględność w rokowaniu, przy sposobności obserwowania podobnych w praktyce prywatnej.

Dla tych powodów opiszę szczegółowiej przypadek przed rokiem przeze mnie obserwowany.

W dniu 28 Października 1880 roku przyszedł do mego domowego ambulatoryjum, starozakonny S. I., lat 40 wieku liczący, silnie zbudowany, wzrostu

więcej niż średniego, cieszący się—jak mówił—najlepszym zdrowiem, z bardzo silnym opuchnięciem powiek oka prawego, sięgającym do brzegów oczodołowych. Powieki opuchłe, zaczerwienione, były tak twarde i sztywne, że chory nie był w możności oddalenia jednego brzegu powiekowego od drugiego, przy dotykaniu powierzchni powiekowych najtwardszemi zdawały się być części powiek pokrywające przestrzeń nad i pod gałką, pomiędzy nią a brzegami oczodołu leżące; jednak zdawało się nam, iż po nad gałką, wyczuwamy pewien rodzaj chelbotania, jakby ropień bardzo głęboko leżący.

Uniosłszy unosicielem górną powiekę i odsłoniwszy w ten sposób przednią część gałki (co dosyć silny ból wywoływało) znaleźliśmy powierzchnię oka zupełnie zdrową, tylko lekko surowiczo obrzękniętą łącznicą pokrytą — rogówkę zupełnie przezroczystą, źrenicę doskonale oddziaływającą na światło; ruchy gałki były swobodne, a przy porównywaniu wzajemnego stosunku obu oczu, dostrzegliśmy wysadzenie gałki prawej ku przodowi (może na $\frac{1}{3}$ '') i nieco ku dołowi; chory też wypytywany stwierdził podwójne widzenie z obrazami prostemi, jeden nad drugim położonemi, przy czem obraz prawy był wyższym (a więc *strabismus con— et reorsumvergens*).

Wzrok w oku prawem był zamglony, ale siła do $\frac{20}{50}$ dochodziła przy zupełnie dobrem polu widzenia. Badania wziernikiem można było dopełnić tylko przy uniesieniu powieki górnej unosicielem, z tego powodu wnętrze oka mogłem zbadać tylko pobieżnie i tylko w rysunku prostym: prócz przekrwienia żył i siatkówki nic więcej nie znalazłem.

Chory wypytywany o przyczyny choroby opowiedział, że przed tygodniem, będąc wraz z kilkoma towarzyszami w łaźni, został silnie potracony łokciem w skroń i oko prawe, co dosyć silny ból sprawiło; bez większego na razie opuchnięcia; zimne okłady nieco złagodziły objawy bólu, ale go nie usunęły zupełnie, a opuchnięcie od dnia następnego ciągle się zwiększało, od dwóch zaś dni przyłączył się ból silny rwący i pukający.

Opowiadania te i opisane objawy przemawiały za zapaleniem tkanki łącznej oczodołowej, pochodzenia urazowego, a więc prawdopodobnie umiejscowionem. Za umiejscowieniem też świadczyło przypuszczalne ognisko ropne w głębi oczodołu, pomiędzy górną ścianą tegoż, a gałką nieco po za równikiem tejże. Za istnieniem zaś w tem miejscu ropnego ogniska przemawiało wysadzenie gałki ku przodowi na dół i ku wewnątrz, i zkaż obrazu podwójne proste i jedno nad drugim leżące. Nie mając jednak zupełnej pewności, zaleciliśmy choremu ciągle kataplazmowanie oka przez następne 24 godzin i zgłoszenie się po upływie tego czasu.

Drugiego dnia nabraliśmy pewności co do pierwotnego przypuszczenia i otworzyliśmy ropień w samym środku przestrzeni pomiędzy gałką i ścianą górną oczodołu położoną, a więc po nad górnym szczytowym południkiem oka. Nóż kataraktowy B e e r'a (obecnie do innych celów nie przydatny) dosyć głęboko (2,5 ctm.) wprowadzony, dał szeroki otwór, przez który parę dużych kropel ropy wypłynęło. Przy zgłębianiu otwartej jamy, znaleźliśmy iż była dosyć duża, o ścianach miękkich, t. j. z okostną nie zostającą w żadnym związku, co nas upoważniło do przedstawienia choremu przypadku jako w ogóle małego znaczenia.

Zaprowadziłem do rany knotek ze skubanki i zaleciłem ciągle użycie katalplazmu.

W dniu 30 Października obrzmienie nie zmniejszyło się, powieki zmiękły tak, że chory był w stanie nieco takowe otworzyć, wzrok czyściejszy, podwójnego widzenia nie ma; bóle silne, które dotychczas chorego bez przestanku męczyły, ustąpiły zupełnie, ropienie, ropienie z rany bardzo nieznaczne. Katalplazmy chorego ciągle zmienia, knotek ze skubanki dwa razy dziennie.

Następnego dnia zaniemogłem i chorych przez dni 10 nie przyjmowałem wcale—chory S. I. znikł mi z oczu i dopiero w ostatnich dniach Grudnia przybył w stanie następującym: powieki oka prawego już obrzęknięte nie były, ale przeciwnie, pomarszczoną skórą pokryte, jakby zmały i cieńszymi się wydawały jak ze strony lewej — szczelina zaś powiekowa prawa, na 4 mm. szeroka, stanowczo była węższą od lewej. Bliżej rozpatrując się w szczegółach dostrzegłem, iż kąt wewnętrzny szczeliny powiekowej prawej nie zmienił swego położenia, natomiast zewnętrzny leżał o jakie 5 mm. niżej, jak odpowiedni kąt lewy, ponieważ zaś przy tem i powieka górna była opadniętą (*ptosis*), a dolna ku dołowi ściągniętą, więc i cała szczelina powiekowa leżała niżej niż lewa, a idealnie przedłużona do połączenia z tą ostatnią nie tworzyła linii prostej i do poziomu równoległej, ale krzywą, do poziomej prawym końcem zbliżoną. Przyczyną tego ściągnięcia kąta zewnętrznego powiek prawych ku dołowi była blizna, którą dopiero przy troskliwszem obejrzeniu pomiędzy fałdkami skóry powieki dolnej ukrytą dostrzegłem. Blizna nie zrosnięta z okostną, a więc ruchoma, była owalną, około 3 mm. długą a przeszło 1 mm. wysoką, z drobnymi odnogami do góry i dołu odchodzącymi, które świadczyły, iż otwór, z którego powstała, był znacznie większy i okrągły.

Chory mógł bardzo łatwo zamknąć oko, ale roztworzyć szczeliny powiekowej więcej niż na 4 mm. przy największem wysileniu nie był w stanie. Pochodziło to stąd, że mięsień obrączkowy powiek (*orbicularis*) swoją czynność wykonywał mniej lub więcej prawidłowo, unosiciel zaś powieki górnej—czy to obecnością ogniska zapalnego w jego blizkiem sąsiedztwie, czy też zranieniem podczas otwierania ropnia—został nadwyreżonym i w czynności swojej bardzo upośledzonym.

Oko samo leżało teraz nieco głębiej w oczodole niż lewe, miało ruchy zupełnie swobodne i różniło się od zdrowego tylko nieznacznym rozszerzeniem źrenicy i zupełną ślepotą.

Badanie wziernikowe wykazało zanik nerwu wzrokowego, daleko posunięty, z zagłębieniem płaskim brodawki i zupełnym prawie zanikiem naczyń siatkówki i tylko dolna połowa tętnicy na samej brodawce dała się dostrzedz, żyła zaś nieco wyraźniej i w obu swych rozgałęzieniach, ale także nader zniechęcona i tylko w tylnej półkuli siatkówki dawała się wysledzić.

Chory opowiedział, iż na trzeci dzień po bytności u mnie, a na piąty po przecięciu ropnia, bez widocznej przyczyny, dostał dreszczu, potem gorączki i powieki znowu mu puchnąć zaczęły. Lekarz, do którego się udawał (nie mogąc do mnie się dostać), zapisał mu masę jodową, którą wcierał przez dni kilka przy coraz to bardziej puchnących i twardniejących powiekach; potem z polecenia tegoż lekarza stawiał 2 razy pijawki i katalplazmował, już to za pomocą sie-

mienia Inianego, już też kataplazmami Hamiltona. Dopiero w 4 tygodnie po dreszczu pękł wrzód pod okiem, ropy bardzo dużo odplynęło, poczem bóle ustały i powieki pomału puchlinę tracić poczęły, a rana po 4-ch tygodniach zgoiła się bez żadnej lekarskiej pomocy. Przed trzema dniami, gdy, przy odwiązywaniu ciągle dotychczas zawiązywanego oka, chciał siły wzroku spróbować, przekonał się, że okiem tem nic nie widzi.

Zejsście podobne obserwowałem już kilkakrotnie, ale zawsze w kilka lub kilkanaście lat po wypadku, tak, że musiałem uzupełniać opowiadanie chorego własną fantazyją; zawsze przypisywałem wielkie znaczenie sile uderzenia, lub prawdopodobieństwu wstrząśnienia mózgu. Obserwacja niniejsza, jakkolwiek też niezupełna, bo chory w najważniejszym okresie choroby nie był widzialnym, jest jednak o tyle pouczającą i charakterystyczną, że daje dosyć dobry obraz przebiegu całej sprawy i pozwala braki dosyć prawdopodobnie uzupełnić.

W następstwie uderzenia powstało rozlane zapalenie tkanki łącznej oczodołowej, a otwarcie przemień dosyć prędko utworzonego ropnego ogniska zmniejszyło sprawę zapalną, przy pomyślnych zaś warunkach w dalszym przebiegu możeby i usunęło zupełnie; inaczej się jednak stało, przyszedł nowy jakiś moment szkodliwy, zapalenie się wzmogło i nowy się ropień tworzyć zaczął. Prędkie rozpoznanie takowego i przecięcie możeby ponownie na korzystne ukończenie sprawy zapalnej wpłynęło, ale choroba sama sobie zostawiona rozszerzyła się, przeniosła na pochwę nerwu wzrokowego i współcierpienie zapalne tego ostatniego sprowadziła.

Zapewne tą kolejną doszło do zejścia opisanego, chociaż może być, że znaczne rozciągnięcie nerwu (następstwo wysadzenia galki), współczesne z naciskiem na obwód nerwu przez nacieczoną produktami zapalnymi tkankę łączną oczodołową, było ostatnią przyczyną zmian w odżywianiu nerwu, prowadzących do zaniku.

Panujące obecnie pojęcia o powstawaniu zaniku nerwu wzrokowego, na częstych obserwacjach oparte, prędkiej za pierwszym niż za ostatniem przypuszczeniem przemawiają. Jakkolwiek jednak była geneza powstania zaniku nerwu wzrokowego, każdy się na to zgodzi, że jeżeli co mogło pomódz w danym przypadku, to tylko prędkie usunięcie prawdopodobnej przyczyny choroby nerwu, a więc przyspieszenie końca zapalenia przez otwarcie ogniska ropnego.

II. WEWNĘTRZNE NACIĘCIE CEWKI MOCZOWEJ

(URETROTOMIA INTERNA)

i wyższość operacji Maisonneuve'a nad innymi metodami doszczętnego leczenia zwężeń cewki moczowej, w 103 przypadkach stwierdzona.

Skreślił Professor **J. Kosiński**.

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 48).

Aby operacja miała być niebezpieczną, przeciw temu świadczą liczne moje spostrzeżenia. W żadnym przypadku, ze 103 przezemnie operowanych, nie miałem żadnej ciężkiej komplikacji, ani krwotoku, ani zatok ropnych, ani uremii

lub posocznicy i nie straciłem ani jednego chorego skutkiem operacji, a jeżeli dwóch z tej liczby umarło (jeden na 5, drugi na 8 dzień), to żadną miarą operacja przyczyną ich śmierci nie była, lecz ciężkie choroby, podczas których wypadło zrobić uretrotomię z powodu niezmiernie silnego zwężenia organicznego cewki moczowej i zatrzymania uryny. Nigdy nie potrzebowałem chorego trzymać w łóżku dłużej, po zrobieniu operacji, jak dni kilka, a po dwóch tygodniach zwykle operowani moi już mogli do swoich zajęć wracać. Tylko w przypadkach powikłanych przetokami moczowemi, fałszywemi drogami lub zatokami ropnemi, kuracja przedłużała się, stosownie do ważności powikłania i jego oddziaływania na cały ustrój chorego. Takie wyniki operacji, doświadczeniem stwierdzone, nie mogły mnie nie przekonać, że ani rozszerzanie doraźne, ani uretrotomija zewnętrzna, ani jakakolwiek bądź inna metoda uretrotomii wewnętrznej, tak pod względem korzyści, jak i bezpieczeństwa, z metodą *Maisonneuve'a* równać się nie może.

Jeżeli mówię że operacja *Maisonneuve'a* mniej jest niebezpieczną od każdej innej operacyjnej metody leczenia zwężenia cewki, a twierdzenie moje popieram licznymi przykładami, to oczywiście następuje pytanie, dla czego uretrotomija ta jest bezpieczniejszą od każdej innej uretrotomii wewnętrznej? Na to odpowiedzieć, zdaje mi się, łatwo; dla tego—że żadnym innym uretrotomem nie jesteśmy w stanie przecięcia zrobić tak gładko, bez żadnego ubocznego obrażenia, przygniecenia lub zmiżdżenia cewki, nacięcie to przedstawia ranę równą, wrzecionowatą, bez żadnego podziurawienia błony śluzowej i nie dającą żadnych powodów do utworzenia zatok ropnych lub moczowych; że wreszcie operacja, trwając bardzo krótko, usuwa chorobę odrazu, czego nie każdym narzędziem zrobić można, szczególnie jeżeli cewka ma dwa, trzy lub więcej zwężeń, a w końcu wykonanie operacji po założeniu świeczki nitkowatej jest zapewnione, gdyż chirurg żadnego zawodu podczas jej wykonania spotkać nie może, gdy tymczasem ta sama uretrotomija, wykonywana innemi narzędziami, spotyka liczne zawody; albo cięcie za małe lub za wielkie, albo przy kilku strykturach, kilka osobnych operacji robić wypada, jak naprzykład z narzędziem *Civiale'a*, *Stilling'a* i wszystkimi temi, które przecinają tylko od przodu ku tyłowi. *Thompson* niesłusznie, zdaniem mojem, nie chce narzędzia *Maisonneuve'a* używać, a woli narzędzie *Civiale'a*, dlatego, że w ogóle, jak powiada, nie lubi takich narzędzi, któremi się operacja robi mechanicznie, bez dokładnej świadomości o tem, jak wielkie się robi nacięcie, czy tyle przeciął ile zamierzał i t. p., czego, jak mówi, narzędziem *Maisonneuve'a* osiągnąć nie można. Nie wdając się w rozbiór ujemnych stron narzędzia *Civiale'a*, nie mogę już tylko dla tego podzielać zdania *Thompson'a*, że chcąc dowolnie i ze świadomością kierować każde poruszenie ręki swojej i narzędzia podczas robienia cięcia, trzeba mieć pole operacji widocznem. W cewce zaś, jako miejscu dla oka niedostępnem, każdym narzędziem robi się cięcie po omacku i mechanicznie. Jeżeli już idzie o to, ażeby można operować ze świadomością tego, co, gdzie i jak się nacina cewkę, to trzebaby było oddać pierwszeństwo operacji, robionej za pomocą endoskopu, jak to radzi *Grünfeld*. Lecz ten sposób operacji tylko w rzadkich, jak mi się zdaje, przypadkach zastosowanie swoje znajdzie.

Niektórzy chirurgowie są w zasadzie przeciwni uretrotomii wewnętrznej i we wszystkich przypadkach organicznego zwężenia cewki, gdzie rozszerzaniem systematycznym rady dać sobie nie mogą, uciekają się do uretrotomii zewnętrznej. Twierdzą oni, że lepiej jest mieć całą grubość cewki przeciętą, aniżeli tylko warstwę jej wewnętrzną. Zdaniem ich rana otwarta nie tak łatwo się może wikłać zatokami, a więc i ropnicą, niż nacięcie wewnątrz cewki zrobione. Może to jest słuszne, o ile się tyczy innych metod uretrotomii wewnętrznej, lecz operacja *Maisonneuve'a*, jak moje wszystkie przypadki pokazały, na taki zarzut nie zasługuje. W żadnym bowiem z tych przypadków ani następczych zatok, ani ropnicy niespostrzegalem. Przytem, jak już wspomniałem, uretrotomija zewnętrzna, przy niemożliwości robienia jej na zgłębniku (*boutonnière Syme'a*), jest operacją nieraz bardzo trudną; leczenie zaś następcze pooperacyjne jest zawsze długie; a widzieliśmy już jak krótko trwa takowe po uretrotomii wewnętrznej.

W ostatnich latach chciano zastąpić uretrotomiję wewnętrzną, przez rozszerzenie doraźne (*dilatation forcée*). Znamy bardzo wiele narzędzi w tym celu proponowanych przez rozmaitych autorów. Niektóre z nich próbowałem, lecz w żaden sposób nie mogę sobie przekonać, ażeby obrażenie cewki, spowodowane rozszerzaniem doraźnym, było mniej ważne i niebezpieczne, niż obrażenie po uretrotomii. Nadto widziałem smutny bardzo przypadek w klinice nieżyjącego *O. Weber'a*, wielkiego zwolennika rozszerzania. Do kliniki Heidelbergskiej przybył pacjent ze zwężeniem niezbyt znacznym, gdyż Nr. 6—7 świeczki łatwo można było wprowadzić. *O. Weber* proponował mu rozszerzenie doraźne, które, jak się podczas lekcji wyrażał, zawsze mu (w 7-miu poprzednich przypadkach) świetne dawało rezultaty. Pacjent był w kwiecie wieku i z kąd innąd cieszył się najlepszym zdrowiem. Po zrobionem ze zgodą pacjenta rozszerzeniu, w kilka dni porobiły się straszne zatoki ropne w międzykroczu, rozszerzające się na wszystkie strony. Przypadek ten zakończył się bardzo prędko śmiercią pacjenta, przy objawach ropnicy. Zdarzył się on w chwili, kiedy sam znakomity anatomo-patolog i chirurg zachorował na dyfteryt gardła i w parę dni zgasł z wielkim żalem wszystkich i prawdziwym przerażeniem kolegów i uczniów, będących podówczas w Heidelbergu. Autopsya operowanego, którą robił także już nie żyjący *Heine*, wykazała obszerne ropne zatoki w okolo cewki między powięziami miednicy, oraz zmiany w płucach, właściwe ropnicy. Lecz choćbyśmy w tym przypadku chcieli szukać jakiejś innej, może przypadkowej przyczyny ropnicy, w każdym razie, każdy się zgodzić może, że rozszerzanie zwężonej organicznie cewki nie może inaczej działać, jak rozdierając mniej lub więcej tkanki i miażdżąc je. A wiadomem jest, że takie obrażenie o wiele jest niebezpieczniejsze, od równej i gładkiej rany, której cięte brzegi nie uległy stłuczeniu.

Wspomniałem wyżej, że skaryfikator narzędzia *Maisonneuve'a* powinien być zwrócony ku górnej ścianie cewki moczowej i przecinać ją na linii środkowej. Temu szczegółowi operacyi szczególną ważność przypisuję. Są niektórzy chirurgowie, którzy radzą przecinać zawsze ścianę dolną. Inni mówią, że tam przecinać trzeba, gdzie się największe stwardnienie i zgrubienie cewki znajduje, a ponieważ może to być raz w jednym, drugi raz w drugim miejscu, przeto trzeba, najprzód dobrze rozpoznawszy te warunki, nacinać bądź z jednej

lub drugiej strony, bądź na górnej bądź na dolnej ścianie. Niekiedy nawet radzą robić kilka mniejszych nacięć, zamiast jednego głębszego. Co do mnie, uważam podobne specjalizowanie cięcia jako zupełnie zbyteczne, i pod tym względem w zupełności podzielam zdanie tych znów chirurgów, między innymi doświadczonego w tym względzie G u y o n'a, którzy zawsze radzą nacinać górną ściankę. We wszystkich też moich przypadkach inaczej cięcia nie prowadziłem, jak po ścianie górnej.

Wprawdzie M a i s o n n e u v e, podając swój instrument, proponował kilka jego odmian dla nacinania tej lub owej ścianki cewki. Był tam przewodnik mający rowek na stronie wypukłej, dolnej; był skaryfikator, nacinający cewkę z prawej lub z lewej strony. Lecz sam autor, zdaje się, bardzo prędko wszystkich tych odmian zaniechał, a pozostał tylko przy narzędziu, którem się nacina górną ściankę cewki. Ponieważ i dziś jeszcze w fabryce Collin'a znajdują się uretrotomy M a i s o n n e u v e'a w rozmaitych pierwotnych odmianach, dobrze więc jest, kupując sobie narzędzie, wyraźnie oznaczyć, jakiego się rodzaju żąda. Nie radziłbym szczególnie używać odmiany przeznaczonej do przecięcia ścianki dolnej; pomijając bowiem niewłaściwości nacinania ścianki dolnej cewki ze względów anatomicznych, sama operacja, tem narzędziem robiona, może chirurgowi przykry uczynić zawód. W narzędziu tem rowek przewodnika znajduje się na stronie wypukłej (*convex*); posuwany w takim rowku skaryfikator, którego rączkę stanowi stalowy pręcik, zginający się jak sprężyna w kierunku zakrzywienia przewodnika, może łatwo wyskoczyć z rowka, szczególnie jeżeli narzędzie nie jest bardzo dokładnie wykonane. Taki przypadek miał D o l b e a u, w tym właśnie czasie, kiedy operacja M a i s o n n e u v e'a zaczynała w Paryżu zjednywać sobie uznanie; skaryfikator, opuściwszy rowek przewodnika, idąc w kierunku niewłaściwym zrobił głęboką fałszywą drogę w międzykroczu, ku kiszce prostej. To dało powód chirurgowi do potępienia tak narzędzia, jak i operacji, co bardzo ujemnie wpłynęło na los tej uretrotomii. I w istocie, w pierwszych latach metoda ta nie cieszyła się wielką wziętością u chirurgów francuzkich. Dziś, zdaje mi się, że wyłącznie tylko metodą M a i s o n n e u v e'a uretrotomija wewnętrzna we Francyi się robi. Wszelkie inne metody, jako mniej właściwe, są prawie zaniechane.

Z obserwacji, jakie poczyniłem na przypadkach przezemnie operowanych, nie jestem w stanie przytoczyć żadnego ważniejszego powikłania, bądź podczas wykonania operacji, bądź w czasie przebiegu pooperacyjnego. Pooperacyjny okres we wszystkich przypadkach był prawie niezmiennie jednokowy. Po nacięciu cewki ukazuje się z niej zwykle trochę krwi, która po założeniu kateteru już nie wypływa. W ciągu pierwszych godzin mocz bywa trochę zabarwiony krwią; czasem trwa to przez cały dzień. Większego krwotoku nigdy nie miałem. Ból nigdy nie jest wielki. Jeżeli osoby drażliwsze uskarżają się na bolesne palenie w cewce (najczęściej przy końcu zewnętrznym), to ból ten daje się usmierzyć zimnemi okładami. Zwyczajnie po kilku lub kilkunastu godzinach występuje lekkie zapalne nacieczenie prącia: cewka u swojego wylotu przedstawia się nieco napuchniętą,

tak samo i napletek. Okłady zimne z wody gulardowej z lodem, starannie i często zmieniane, zapobiegają mocniejszemu zapaleniu. Po usunięciu (po upływie 24—36 godzin) kateteru zwykle obrzęk prędko ustępuje; zaś z cewki zaczyna wypływać, w małej zresztą ilości, ciecz ropiasto-śluzowa, z początku nieco zabarwiona krwią, a następnie czysta, żółtawa. W kilka dni zwykle wpływ ten zmniejsza się i ginie. Oddawanie moczu po wyjęciu kateteru bywa czasem połączone z paleniem i bólem, ale trwa to zwykle bardzo niedługo. Zdarza się często, że na 3—4 dzień pacjent doznaje paroksyzmu dreszczu, z podniesieniem ciepłoty ciała do 39° i 40° C., po którym następuje obfity pot, pokrywający całe ciało. Paroksyzm taki zwykle się już nie powtarza i nie mogę go sobie inaczej tłumaczyć jak gorączką traumatyczną. Nie umiem sobie objaśnić, dla czego gorączka ta zjawia się tak późno po operacji. Spostrzegalem ten objaw mniej więcej raz na trzy lub cztery przypadki. Większa część chorych przebywa okres pooperacyjny bez gorączki, lub z nieznacznym tylko podniesieniem ciepłoty ciała i bez dreszczy.

Wspomnę jeszcze słów parę o kilku przypadkach nie z mojej praktyki, lecz z praktyki innych chirurgów. Są one pouczające i dobrze jest zachować je w pamięci. Przy powierzchownej ocenie rzucają one cień na uretrotomię *Maisonneuve'a*, lecz — jak zobaczymy — niesłusznie. O powikłaniu, jakie miał *Dolbeau* z uretrotomem nacinającym dolną ścianę cewki, wspomniałem. Prof. *Girsztowt*, robiąc uretrotomię narzędziem zwykłym, nacinającem cewkę u góry, bądź przez pośpiech i nieogłędność, bądź przez nieobeznanie się dostateczne z narzędziem, nie włożył dobrze skaryfikatora do rowka przewodnika, gdy skaryfikator doszedł do połowy cewki, uwiązał w rowku tak, że operator używszy większej siły dla cofnięcia skaryfikatora ułamał pręcik. Pozostawiony skaryfikator trzeba było wyjąć z cewki przez wykonanie przecięcia cewki. W tym jednak razie nie można obwiniać ani operacji, ani narzędzia, była to tylko nieostrożność operatora. Inny przypadek, bardzo nieprzyjemny, do którego byłem proszony na konsultację, zdarzył się *D-rowi G.* z narzędziem wadliwie wykonanem w fabryce, a nabytem w Brukselli.

Po założeniu świeczki nitkowatej i przyszlubowaniu do niej przewodnika, ten ostatni, przechodząc z pewną trudnością przez miejsce zwężone w cewce, ułamał się. Nie można było wyjąć go inaczej jak przez przecięcie cewki na międzykroczu po zachloroformowaniu chorego. Przewodnik ten był tak kruchy, że łamał się w palcach na kawałki przy najmniejszym użyciu siły. Wina tu więc nie operatora, ani operacji lecz fabrykanta instrumentu ¹⁾.

Byłem także raz zaproszony na konsultację przez *D-ra O.*, do pacjenta, u którego na 6-ty czy 7-my dzień po operacji powstał z cewki moczowej krwotok nader mocny i uparty.

¹⁾ Uretrotom *Maisonneuve'a* z fabryki *Collin'a*, w Paryżu, jest ze wszech miar dokładnie i trwale zbudowany. Przewodnik powinien być zrobiony ze stali miękkiej, która się otrzymuje przez powtórne hartowanie w oleju i powolne ochładzanie. Daje się on zginać i utrzymuje formę jaką się mu nada. Taki przewodnik może się pogiąć w cewce, lecz się nie złamie.

— Katetry elastyczne najlepsze są (i innych nieużywam), te, które pochodzą z fabryki *de la Motte'a*, jako mające najwłaściwszą giętkość, gładkość i trwałość.

Chory znajdował się w stanie ostrej bezkrwistości. Krwotok ustał przy energicznem stosowaniu lodu na międzykrocze i prącie, oraz zażywaniu kwasu siarczanego do wewnątrz; rzecz się skończyła pomyślnie. Przyczyny tak późnego krwotoku trzeba było szukać w owrzodzeniu rany i nadżarciu naczyń.

Oprócz tych kilku przypadków, mogących na niekorzyść metody lub narzędzia przemawiać, a w istocie przy bliższem rozpatrzeniu rzeczy żadną miarą ujemnej strony operacji nie stanowiących, nie znam innych niepowodzeń przy wykonaniu operacji, lub podczas przebiegu okresu pooperacyjnego.

Nie jestem w możności wyliczać tu szczegółowo przypadki operacyj moich i historję tych przypadków tu przytaczać. Niezmiernie by to powiększyło rozmiary tej pracy, w której zamierzyłem wypowiedzieć moje przekonanie o wartości uretrotomii *M a i s o n n e u v e ' a*, tylokrotnie przezemnie stwierdzonej.
(D. n.)

III. Spostrzeżenia nad przebiegiem epidemii gorączki powrotnej w Szpitalu starozakonnych w Warszawie w 1880—1881 r.

Podał **Jakób Szwajcer**, lekarz-asystent tegoż szpitala.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 48).

Przechodząc do *chronologii* gorączki powrotnej u nas, muszę przede-wszystkiem zauważyć, iż co do ilości jej napadów, cyfry nasze nie są zbyt ściśle, z przyczyny, iż chorych trudno bardzo zatrzymać w szpitalu do następnego napadu, pomimo wszelkich ostrzeżeń, iż takowy prawdopodobnie się powtórzy. Niekiedy chorzy wracali po kilku dniach, gdy byli zmuszeni do tego, częściej zaś pozostawali w domu. Tem się tłumaczy, iż, jak się z kart szpitalnych okazuje, na 140 chorych, mieliśmy tylko 47 z dwoma napadami, 8 z trzema; reszta zaś chorych przechodziła w szpitalu po jednym tylko napadzie. Czwartego nie widziałem wcale. Pewne dane mam tylko o 11 chorych, zarażonych w samym szpitalu. Z nich jeden napad był u 5, dwa zaś — u sześciu. Trzeciego napadu żaden z nich nie przechodził. Pod tym względem dane nasze bardzo się różnią od cyfr, przytoczonych dla 22 chorych przez *D u n i n a*, który najczęściej widywał po 3 napady (14 razy u 22 chorych). Natomiast cyfry nasze zgodniejsze są z danymi innych autorów: *L e b e r t ' a* ¹⁾, który w epidemii 1869 r. prawie nigdy trzeciego napadu nie widział, *M u r c h i s o n ' a*—raz na 14 przypadków, a z nowszych *P a s t a n ' a* ²⁾—3 razy na 100; *G i r g e n s o h n ' a* ³⁾—5 na 100; *Z o r n ' a* ⁴⁾—6 na 100 i t. d. W ogóle trzeba powiedzieć, że dane co do ilości napadów są nadzwyczaj niepewne i różnią się bardzo u różnych autorów. Z tablicy *O k s ' a* ⁵⁾

1) *Z i e m s s e n*. Handbuch der spec. Pathol. u. Therap. Bd. II. T. I.

2) *V i r c h o w ' s* Arch. T. 47.

3) *Deutsch. Arch. f. klin. Medic.* 1876.

4) *Petersburg. Medic. Zeitschr.* T. IX. 1865.

5) „*Wraacz*“ Nr. 3. 1881 r.

okazuje się, że kiedy u jednych (Litten, Zorn) ilość przypadków, które ograniczyły się na jednym tylko napadzie wynosi zaledwie 1,5%, to u innych (Girgensohn, Popow) takowa dochodzi od 37%—57,6%. Cokolwiek mniejsze różnice spotykamy odnośnie do drugiego i trzeciego napadu u tychże autorów.

Co się tyczy trwania każdego napadu i przestanku, to jak się okazuje, zachodzi między nimi pewien stały stosunek. Co do napadów, to, każdy następny jest krótszy od poprzedniego; z przestankami zaś dzieje się odwrotnie, t. j. każdy następny jest dłuższy od poprzedniego. Poniższa tabliczka wykazuje stosunek ten w przeciętnych cyfrach jak następuje:

Napady i przestanki	Ilość dni	Przeciętna	Przeciętna Dunina
1 napad	4 — 11	6,5 dla 122 przyp.	6,5
1 przestanek	3 — 11	6,8 dni	7,5
2 napad	2 — 6	3,3 dla 47 przyp.	4,0
2 przestanek	4 — 9	7,4	8,7
3 napad	1 — 5	2,4	3,7

Z tabliczki tej widzimy, że, jakkolwiek pojedyncze przypadki nie zawsze stosunkowi temu między napadem a przestankiem odpowiadają, przeciętne jednakże w zupełności z nim się zgadzają.

Długość trwania wszystkich napadów i przestanków, jako też ilość jednokowo długotrwałych jednych i drugich, pokazuje następująca tabliczka:

Ilość dni	1 napad	1 przestanek	2 napad	2 przestanek	3 napad
1	—	—	—	—	2
2	—	—	13	—	3
3	—	1	15	—	2
4	4	2	13	1	—
5	25	2	3	—	1
6	39	11	3	2	—
7	27	11	—	—	—
8	13	7	—	2	—
9	9	3	—	3	—
10	3	1	—	—	—
11	1	1	—	—	—

Przechodzę z kolei do wyników badania drobnowidzowego. Przedmiotem jego były: krew, ślina, masy wymiotne i moc. Badanie krwi uskuteczniłem w większości spostrzeganych przezemnie przypadków, podczas napadów i przestanków. Do badania posiadałem tylko drobnowidz Nachetta, z okularzem Nr. 3, i syste-

mem 5. Preparaty demonstrowałem od czasu do czasu kollegom szpitalnym. Odsyłając po bliższe szczegóły o spirochetach we krwi do pracy Dunina, powiem tylko, że widywałem takowe we wszystkich przypadkach, jakkolwiek często kilka preparatów u jednego i tego samego chorego rozpatrywać byłem zmuszony. Najlepszym sposobem do odszukania spirochetów w podobnych razach, to jest gdy ilość ich jest nieznaczna, były dla mnie charakterystyczne ruchy czerwonych ciałek krwi, które najczęściej wykonywają ruchy oscylacyjne, zależne od poruszeń przyczepionych doń spirochetów. Wpatrując się dłużej w takie poruszające się ciałko, widzimy, że po pewnym czasie spirochet odzepia się od niego i staje się wtedy widocznym. Nie spostrzegłem nigdy, aby ilość spirochetów była w jakimś stosunku prostym lub odwrotnym do wysokości gorączki, lub do danego napadu. Natomiast kilka razy zauważyłem, iż ilość ich *caeteris paribus* większa jest u osób wątłych, wyniszczonych i mieszkających w ciasnych zarażonych mieszkaniach. Przykładów takich widziałem kilka, u osób do jednej rodziny należących i razem mieszkających. Przypuścić więc można, że ilość tych pasorzytów u danego chorego zależna jest przede wszystkim od koncentracji zarazki, a bardzo być może, od pewnej wrażliwości osobistej i usposobienia do przyjęcia takowego. Co się tyczy stosunku liczebnego spirochetów do pojedynczych dni napadów, to, aczkolwiek nie często, mogłem jednak w kilku przypadkach zauważyć, iż ilość tworów powiększa się ku końcowi napadu. W dwóch przypadkach widziałem spirochety podczas *pseudocrisis*, gdy ciepłota spadła była do 36° C. Fakt ten, jak zobaczymy niżej, ma ważne znaczenie w kwestyi, tyczącej się przyczyny obumierania spirochetów.

Co do obecności spirochetów we krwi podczas przestanków, zdania autorów są podzielone. Podczas gdy jedni: Heidenreich¹⁾, Moczutkowski, Dunini i inni, pomimo tak licznych i sumiennych badań, nigdy ich nie napotykali, drudzy, jak: Litten, Unterberger²⁾, Birch-Hirschfeld³⁾, obecność ich stwierdzili. Ten ostatni napotykał spirochety na drugi dzień po przełamie. W licznych dosyć pod tym względem moich poszukiwaniach, udało mi się raz jeden niewątpliwie widzieć je pierwszego dnia przestanku, nazajutrz po potach. Były one bardzo nieliczne, zaledwie kilka na polu drobnowidzowym i to nie w każdym. Ruchy ich były w ogóle bardzo leniwe i słabe. Z trzech kierunków ruchu, jakie spirochetom przypisują, t. j. szrubowatego, bocznego i postępowego, tego ostatniego wcale nie widział. Ruch boczny wyrażał się bardzo leniwem wahanem w jedną i drugą stronę. Ruch szrubowy, naokoło osi, był ledwie dostrzegalny.

U tegoż samego chorego, dzień przedtem, t. j. ostatniego dnia napadu, widziałem spirochety w ogromnej massie z nadzwyczaj żywymi ruchami i dziwnie między sobą poplątane. Na jednym mianowicie polu kilkanaście sztuk środkowymi swymi obrotami zahaczyło się o siebie tak, że z połączenia tego powstała figura, przypominająca kształt pająka. Zahaczone o siebie, skupione ra-

1) Klinische u. Mikroskopische Untersuchungen über den Parasiten des Rückfallstypus. 1877 r.

2) „Medycyna“ Nr. 29. 1880 r.

3) Deutsch. Arch. f. klinische Medic. 1874. pag. 346, str. 36.

zem tworzyły jakby tułów jego, a swobodne części, żywo poruszające się, przedstawiały się na kształt odnóg tegoż.

Thomson¹⁾, pomimo licznych i starannych poszukiwań, spirochetów podczas przestanków nie znajdował. Dodaje jednak, iż nie widać ich dla tego, ponieważ znajdują się w nader małej liczbie. Ten sam autor natomiast na świeżych preparatach wysuszonych, zabarwionych fuksyną i przechowanych w balsamie kanadyjskim widywał odłamki spirochetów, z mniejszą ilością obrotów, niż zwykle, jakoteż drobne ziarenka. Przypuszczenie więc, według jego zdania, iż spirochety rozpadają się na kawałki i ziarenka, jest bardzo prawdopodobnem.

Żywotność spirochetów jest bardzo znaczna. Jak się z nowszych badań nad nimi okazuje, mogą one dożyć do 40 nawet do 120 dni. Śmierć chorego nie powoduje zaraz śmierci spirochetów. Heidenreich i Dunin widzieli je w 24 godzin po śmierci. Ciekawszy jeszcze fakt opowiada Albrecht²⁾, który znalazł spirochety w znacznej liczbie we krwi serca 7-miesięcznego dziecka. urodzonego z matki, chorej na gorączkę powrotną, trzeciego dnia drugiego napadu. Dziecko przyszło na świat żywem i żyło jeszcze przez 8 godzin. Rozbiór zwłok dziecka wykonany został w 38 godzin po śmierci.

Co się tyczy warunków powstawania, rozwoju i obumierania spirochetów, to kwestyja ta jest jeszcze dotychczas bardzo ciemną. Niektórzy nawet zupełnie w istnienie ich nie wierzą. Arndt utrzymuje, a Lambl³⁾ przypuszcza, iż spirochety są to cienkie niteczki protoplazmatyczne, pochodzące z krążków krwi pod wpływem wysokiej ciepłoty i zalicza je do odmiany krążków — *schizoglobulia*. Przypuszczenia te upadają między innymi i wobec tego faktu, iż podobne zupełnie twory oddawna już znajdowano w wodzie (*spirochete plicatilis*) i podług nowszych poszukiwań Łapczyńskiego⁴⁾, różnią się tylko rozmiarami i rozczłonkowaniem (*Gliederung*) od *spirochete recurrentis*.

W kwestyi przyczyny zniknięcia *respective* obumierania spirochetów we krwi wypowiedziano, jak wiadomo, rozmaite hipotezy i przeprowadzono liczne doświadczenia, mające na celu wypróbowanie wpływu na życie tych tworów różnych środków lekarskich. Wiadomo także, iż Moczutkowski, odrzucając hipotezę Heidenreich'a, iż przyczyną obumierania spirochetów we krwi jest wysoka jej ciepłota, sądzi, iż śmierć tych pasorzytów powodowana jest zgęszczeniem krwi, jakie powstaje u chorych po obfitych potach i wskutek gorączki. Wszelkie więc środki mocno czyszczące i napotne, przyczyniając się do zgęszczenia krwi, powinny—według niego—niszczyć spirochety, *respective* przerwać napad. Tymczasem, ani Oks⁵⁾ za pomocą środków czyszczących, ani Karstens⁶⁾ i Dunin, wywołując obfite poty: pierwszy zawijaniem chorych w mokre prześcieradła, a drugi za pomocą pilokarpiny, do żadnych pożądaných skutków nie

1) Die deutsche Recurrens-Epidemie der Jahre 1879/80. In. D. 1881.

2) St. Petersburger Medic. Wochschr. 1880. S. 153.

3) „Gazeta Lekarska“ Nr. 23. 1881 r.

4) Centralbl. f. d. Medic. Wissen. 8 Mai. 1880.

5) „Wraacz“ Nr. 3. 1881 r.

6) Ueber Febris recurrens. I. D. 1880. Wzmianka w „Medycynie“ Nr. 30.

doszli. Doświadczenia z chlorkiem pilokarpiny powtórzyłem i ja w kilku przypadkach: kierując się przy tem wskazówkami Dunina, ale również do żadnych dodatnich wyników nie doszedłem. W jednym nawet przypadku ruchy spirochetów po obfitych potach, wydawały mi się jeszcze żywszemi, aniżeli przedtem. Długość napadów żadnej nie uległa zmianie. Po tych kilku próbach dalszych doświadczeń zaniechałem, widząc, iż obfite poty, wywołane pilokarpiną, nie pozostają bez szkodliwego skutku na chorych. Pomijając już, iż same poty, sztucznie wywołane tym sposobem, są bardzo przykre dla chorych, przekonałem się, iż wszyscy w przestankach czuli się bardzo osłabionymi, a powrót ich do zdrowia był daleko powolniejszy. W jednym zaś przypadku, w którym gorączka powrotna dotknęła chorego szpitalnego z przesiękiem w jamie otrzewnej, wskutek marskości wątroby, stosując w celu leczniczym zastrzykiwania podskórne pilokarpiny, obserwowałem, że pierwszy napad przeszedł szczęśliwie, podczas zaś drugiego, wystąpiło silne zapalenie płuc włóknikowe i chory tegoż dnia wieczorem zmarł wskutek obrzęku płuc (*oedema pulmonum*). Jakkolwiek do tak fatalnego zejścia, niewątpliwie przyczynić się mógł znaczny ucisk ze strony powiększonej wątroby, śledziony i przesięku na przekrwione płuca, nie można wszakże wykluczyć zupełnie w danym razie szkodliwego udziału pilokarpiny na obrzęk płuc.

Muszę jeszcze dodać, że i po naturalnych potach, jakie w przebiegu choroby się zdarzają, a głównie podczas *pseudocrisis*, spirochety bynajmniej nie giną, gdyż i to miałem sposobność w 2 przypadkach sprawdzić, o czem zresztą wspomniałem już wyżej.

Co się tyczy wpływu innych środków lekarskich na życie spirochetów, a tem samem na przebieg choroby, to Gerhard w tym względzie, podaje ciekawe, przypadkowe spostrzeżenie swoje, tyczące się działania olejku terpentynowego w gorączce powrotnej. Zaleciwszy choremu w innym zupełnie celu wziewania z *oleum terebinthinae*, wzmiankowany autor spostrzegł, iż zawsze potem następował spadek ciepłoty, przedtem wysokiej, a objętość śledziony zmniejszała się. Po 8 dniach, gdy nastąpił drugi napad, znów zastosowano wziewania. W 2 godziny później, objawy choroby prędko i znacznie się zmieniły: ciepłota spadła, a śledziona zmniejszyła się. W pierwszym napadzie krew zawierała spichorety, po wziewaniach zaś nie można ich było więcej znaleźć. Wyniki podobne spostrzegł Gerhard u 3 chorych. Ze względu na ważność i praktyczne znaczenie tego faktu, postarałem się doświadczenia te powtórzyć. W tym celu robiłem wziewania u 10 chorych moich w różnych napadach. U niektórych w pierwszym i drugim napadzie. Do wziewań brałem 15 kropel *oleum terebinthinae* na 3—4 uncyj wody, każde wziewanie trwało od 10—15 minut. Ciepłota była mierzona bezpośrednio przed każdym wziewaniem, w godzinę i dwie godziny po tem; krew była badana w każdym przypadku przed, po wziewaniu i nazajutrz. Wyniki były następujące: Ciepłota ciała, jak pokazują załączone wyżej krzywe (patrz str. 954) w większości przypadków w godzinę po wziewaniu spadła o 0,2^o—0,8^o C. w następną zaś godzinę zupełnie, albo prawie zupełnie wróciła do poprzedniej wysokości, w jednym tylko przypadku (piątego dnia napadu), spadła o 1,2^o C. Przeciętna długość pierwszego napadu nie różniła się od innych, przeciętne trwanie drugiego napadu wynosiło 2,6 dnia, a więc o 0,7 krócej niż w innych przypadkach.

Zmniejszenia rozmiarów śledziony nigdzie sprawdzić nie mogłem. Co się zaś tyczy spirochetów, to ani u jednego chorego takowe nie znikły, wszędzie można było je łatwo odnaleźć. Jak więc widzimy, ani w jednym przypadku nie spostrzegłem zmian, jakie przytacza Gerhard. Zmniejszenie nieznaczne ciepłoty po wziewaniach, i to nie we wszystkich przypadkach, można przyjąć za zwykłe wahania kilkogodzinne, które podług Lebert'a ¹⁾ w gorączce powrotnej są niekiedy dosyć znaczne. Muszę dodać, że wziewania te są bardzo uciążliwe i przykre dla chorych, dosyć często powodują kaszel i wymioty, zmuszające do przerwania tej manipulacji.

Inne zmiany we krwi u chorych naszych, jak: powiększenie ilości bezbarwnych ciałek, obecność ciałek Obermejer'a i ziarenek, układ ciałek, jak również nieprawidłowy kształt ich, nie przedstawiały nic osobliwego.

Pod koniec już epidemii przedmiotem badania mojego była i ślina u chorych na gorączkę powrotną. Jak wiadomo Steinberg i Cohn pierwsi znaleźli spirochety w śluzie z jamy ustnej u osób zupełnie zdrowych. Koch i Łapczyński ²⁾, którzy szczegółowiej twory te badali, również uważają je za zwykłych mieszkańców jamy ustnej. Ostatni znajdował je nie tylko w spróchniałych zębach, lecz nawet u osób, u których takowe były zupełnie zdrowe i czysto utrzymywane. Tymczasem Rindowski i Bendjako wa ³⁾, badając wielu zdrowych i chorych na inne choroby, nigdy spirochetów w ślinie nie znajdowali, natomiast bardzo rzadko ich brakowało u chorych na gorączkę powrotną. Z tego względu sądzą oni, iż spirochety w ślinie właściwe są tylko chorym na gorączkę powrotną. Inni autorzy jak: Litten, Unterberger, Engel, Moczułkowski, obecności ich dotąd nie stwierdzili. Według Rindowskiego i Bendjako wej spirochety w ślinie nie przez cały czas choroby napotykać można. Niekiedy widywali je tylko podczas napadów, innym zaś razem pod koniec ich, a niekiedy i podczas przestanku, gdy we krwi już ich nie znajdowano. Warunki pojawiania się ich w ślinie nie są jeszcze należyście zbadane.

Co do mnie, to zaledwie u 5 chorych pasorzyty te w ślinie znalazłem; w jednym tylko przypadku podczas przestanku, pierwszego dnia. Odnosi się to do tego samego chorego, u którego i we krwi tegoż dnia je widziałem. Co się tyczy własności tych pasorzytów w ślinie, to nie podaję własnych spostrzeżeń, gdyż za mało posiadam do tego materiału. Łapczyński ⁴⁾ znajdował je w ogóle mniejsze od innych gatunków, chociaż długość ich jest rozmaita. Grubość ich niekiedy równa jest grubości spirochetów we krwi, niekiedy zaś dosięgają grubości *spirochete plicatilis*. Za pomocą systematu immersyjnego Nr. 10 drobnowidzu Hartnack'a można w nich rozróżnić członkowanie (*Gliederung*), czego w *spirochete sanguinis* dotychczas nie udało się znaleźć. Obroty węzownicowatego

1) Ziemszen. Handb. d. speciell. Path. u. Therapie. T. II. T. I.

2) Centralbl. f. d. Medic. Wissen. 8 Mai. 1880.

3) „Wracz“ Nr. 36. 1880 r.

4) l. c.

kształtu spirocheta w ślinie nie są tak równomierne, jak w innych gatunkach, często nawet kształt ich nie jest wcale węzownicowaty, lecz poprostu falisty. Ruchy ich nie są tak żywe: są one więcej wężykowate, faliste. Ruch obrotowy na około osi, jest rzadszy, postępowy zaś po większej części nie tak bystry, jak u dwóch pozostałych gatunków.

Wyniki badania mass wymiotnych i moczu przytoczyłem już wyżej.

Mając na względzie, iż jedną z dróg zakażenia gorączką powrotną jest niewątpliwie woda do picia, w której spirochety często znajdować się mogą, jak to stwierdzili Cohn, Ehrenberg, Perty, przedsięwziąłem zbadanie wody z niektórych domów, które szpitalowi naszemu największy kontyngens chorych dostarczyły. Dotychczas udało mi się zaledwie zbadać pod drobnowidzem wodę, pochodzącą z jednego z większych ognisk zarazy, z domu pod Nr. 9 przy ulicy Miłej. Wyniki moje jednak były ujemne. W osadzie, jaki się utworzył na dnie naczynia z wodą, nic podobnego do spirochetów odszukać nie udało mi się. Nie twierdzę jednak stanowczo, aby ich w niej nie było, gdyż jednorazowa próba jest zbyt niewystarczającą. Łapczyński¹⁾, znalazłszy spirochety (*spirochete plicatilis*) w śluzie, jaki się tworzy na ścianach wiader²⁾ z wodą z rzeki Newy, doszedł bardzo naturalnie do wniosku, iż twory te powinny się znajdować i w rezerwoarach wodociągowych. Przypuszczenie to rzeczywiście się sprawdziło, gdyż nie tylko znalazł je w rezerwoarach, ale nawet w osadzie z wody wodociągowej na dnie karafki. Spirochety te mają się różnić od podobnych tworów we krwi i śluzie nie tylko członkowaniem (*Gliederung*), ale także wielkością i grubością, jak również swojemi różnorodnemi i bardzo żywemi ruchami. Ostatnie te jednak różnice są zazwyczaj przejściowe. Tym sposobem przypuszczenie, jakoby wszystkie te pasorzyty do jednego i tego samego rodzaju należały, a różnice w nich zależne były tylko od ośrodka, w którym się rozwijają, bardzo blizkiem prawdy. W każdym razie *spirochete plicatilis* znajduje się już obecnie w bliższym z nami związku, aniżeli wówczas, kiedy je znajdowano tylko w wodzie bagnistej, ponieważ może wprost z wodą do picia do ustroju naszego się dostać. Ze względu więc na doniosłość praktyczną tego pytania, jako też na ważność jego dla etjologii choroby, wartoby przedsiębrać badanie wody w szerszych rozmiarach.

Leczenie gorączki i powrotnej u chorych naszych, było po większej części tylko wyczekujące i objawowe. Okłady zimne na głowę, obmywania całego ciała zimną wodą, czystą lub z octem, kwaskowate napoje, stanowiły prawie całe postępowanie lekarskie. Przy upadku sił, jak również u chorych wątłych, dobre skutki widziałem z użycia alkoholu w dużych dosyć dawkach. Nie mogę jeszcze przytoczyć dokładnych danych, ale skłonny byłbym tymczasem przypuszczać, iż alkohol oprócz działania pobudzającego, bardzo niekorzystnie musi wpływać na życie spirochetów. Sąd mój ten postaram się później, przy sprzy-

¹⁾ l. c. i., „Wraez“ Nr. 22 1880 r.

²⁾ W Petersburgu są w użyciu wiadra olejno pomalowane, aby rdza na nich nie osiadała, co jednak przeszkadza do utrzymywania ich w należytej czystości.

jających warunkach sprawdzić, na ściśle przeprowadzonych doświadczeniach. Co się tyczy działania innych środków, pilokarpiny, terpentyny, to mowa o nich była już wyżej. W kilku przypadkach duże dawki *natri salicylici* (3iij pro die) żadnego efektu nie wywołały. Zmniejszenie pewne ciepłoty, jakie się po użyciu tego środka jak również i chininy okazuje, trudno odróżnić od zwykłych godzinnych wahań ciepłoty, które, jak już wyżej wspomniałem, w przebiegu gorączki powrotnej bywają dosyć znaczne.

Niedawno Oks¹⁾ w Odessie przeprowadził szereg doświadczeń na 56 chorych nad działaniem kalomelu w gorączce powrotnej. Oks, zalecając wszystkim tym chorym po 3 czterogranowe dawki kalomolu i zestawiając wyniki tego leczenia z danymi, otrzymanymi po zastosowaniu u takiejże liczby chorych *natri salicylici* (3iij pro die) doszedł do wniosków: 1) że przy użyciu kalomelu choroba w 60% ogranicza się tylko jednym napadem i tym sposobem gorączka popowrotna przestaje już odpowiadać swemu nazwisku. Tymczasem przy postępowaniu przeciwgorączkowym prawdopodobieństwo ograniczenia się choroby jednym napadem istnieje tylko w 20%. 2) W przypadkach, w których powroty choroby pojawiają się, przestanki po pierwszym napadzie przedłużają się (o 1½ dnia), drugie zaś przestanki, w tych rzadkich przypadkach, w których choroba miała 3 napady, skracają się. Przy tem trzeci napad w przypadkach leczonych kalomelem nastąpił tylko w 7%, u leczonych zaś przeciwgorączkowo w 32%. 3) Przeciętna długość napadów pozostała ta sama.

Oks nie podejmuje się objaśnić bliżej istoty działania kalomelu w gorączce powrotnej i uważa je tymczasem za swoiste. Własnych doświadczeń nad tym środkiem dotychczas nie miałem sposobności przeprowadzić.

Powikłania i choroby następce były odpowiednio leczone.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie kliniczne d. 6 Września r. b. Perkowski przedstawił chorego, któremu z dobrym rezultatem, przeciął gałązki nerwu uszno-skroniowego, celem usunięcia uporezywego nerwobólu w obrębie nerwu szczękowego dolnego. Prócz tego P. przedstawił innego chorego, którego chcąc uwolnić od silnego nerwobólu całego nerwu trójdzielnego, naciągnął nerw szczękowy dolny od strony jamy ustnej. Jakkolwiek sama operacja nie pociągnęła za sobą nie groźnego, pozostała jednak bezskuteczną, tak, że P. musiał wyciąć kawałek gałęzi nerwu szczękowego dolnego (zębowego dolnego i językowego), aby uwolnić chorego od trapiącego go bólu.

Jasiński przedstawił chorego, który przybył do szpitala *cum gonitide fungosa*, zatoki ropne były liczne i daleko sięgały, tak, że proponowano odjęcie kończyny. Gdy jednak chory na operację nie zgodził się, postanowiono wyczekiwać. Jakoż końce stawowe uda i piszczeli i część rzepki odeszły, powstała *ankylosis*, rany pozagajały się.

Szokalski opowiedział o przypadku ciała obcego (kolec ostu) w rogówce oka, dla wyjęcia którego potrzeba było zrobić przecięcie rogówki. Silne podrażnienie rogówki, łącznicy, *hypopion* i zmętnienie soczewki, jakie—bądź towarzyszyły, bądź wystąpiły po operacji — przeszły po pewnym czasie bez śladu.

¹⁾ „Wracz“ Nr. 3. 1881 r.

Posiedzenie kliniczne, d. 20 Września. Bauerertz przedstawił 60-letniego chorego, u którego od lat 5 istniały charakterystyczne objawy *tabes dorsalis atacticae*. Przy leceniu zimną wodą i elektrycznością, wszystkie one — prócz odruchu ścięgnistego kolanowego — ustąpiły, co jednak nie jest równoznacznem z ustąpieniem zmian anatomicznych w rdzeniu kręgowym, dowodem czego przypadek Schultze'go, wzmiankowany przez B.

Posiedzenie bijologiczne, d. 27 Września. Ochorowicz zdemontrował różne właściwości stanu hypnotycznego.

Wybrano na członków czynnych Towarzystwa: Chrostowskiego Bronisława, Erlicha Jana, Kornilowicza Edwarda, Radziszewskiego Stanisława i Rosenthala Alberta. Na członków związkowych: Domańskiego z Krakowa, Friedmana z Vöslau, Drouineau z Rochelli i Mauria'ca z Bordeaux.

Posiedzenie kliniczne d. 4 Października. Wybrano na członka honorowego jubilata D-ra Ronthala z Radomia.

Sekretarz doroczny odczytał opis obserwowanego przez Dunina przypadku znieczulenia połowicznego lewego, pochodzenia histerycznego (*hemianaesthesia sinistra*), którem dotknięte były nerwy czucia ogólnego i specjalnego. Próbowano metaloterapii, magnesu i hypnotyzowania — skutek, jakkolwiek widoczny, był jednak krótkotrwałym, tak, że zdaniem D. skutek leczenia był żaden.

O rłowski odczytał opis 3 przez siebie robionych owaryjotomij: 1) 32-letnia Z. A. niezamężna, nieprawidłowo miesiączkująca, przed 4 laty zauważyła w dolnej prawej okolicy brzucha guz niewielki, ruchomy, który rósł powoli powodując niekiedy bóle. W miarę wzrostu guza, stan ogólny chorej pogarszał się (brak apetytu, wymioty, rozwolnienie, duszność, obrzęk nóg i t. d.). Przy wstąpieniu do szpitala 10 Września 1872 znaleziono, prócz przytoczonych objawów cierpienia całego ustroju, brzuch tak dalece duży, iż badanie miejscowe było niemożliwe. W 10 dni później, zrobiono, próbne przekłucie, przezem wypuszczono około 23 funtów cieczy żółtawej, lepkiej, zawierającej dużo cholestearyny i komórek okrągłych nabłonkowych z rzęskami. Po takim wypuszczeniu, można było wyczuć przez ściany brzuszne guz, wielkości głowy ludzkiej, ruchomy, wyjąwszy w prawem podżebrzu, gdzie guz był nieruchomy i przy ucisku bolesny. Prócz niego na prawo, drugi guz wielkości cytryny, ściśle z pierwszym złączony. Macica powiększona i opuszczona. Rozpoznano: *cystis ovarii multilocularis*. Dnia 27 Listopada zrobiono przekłucie po raz drugi; wypuszczono 6 funtów płynu. Operacyi dokonano 12 Grudnia. Guz przyrośnięty był dość silnie; szpikulę po odjęciu guza, wpuszczono do jamy brzusznej. Śmierć drugiego dnia w skutek *peritonitidis*. 2) 33-letnia Z. S., zawsze zdrowa kilkakrotnie rodziła. W kilka tygodni po ostatnim porodzie (w r. 1876) zauważyła w lewej stronie brzucha guz, który ciągle zwiększał się. Do szpitala wstąpiła dnia 24 Kwietnia 1877 r., mocno osłabiona, z puchliną nóg, dusznością, brakiem apetytu, zaparciem stolca. Przy macaniu mocno powiększonego brzucha, wyczuwało się guz, dla dokładniejszego zbadania którego zrobiono dnia 1 Maja przekłucie, przezem odeszło 12 funtów cieczy blade-żółtawej, przezroczystej. Guz był ruchomy. Rozpoznano: *cystis ovarii multilocularis*. Dnia 1 Czerwca wykonano operacyję. Guz na całej przestrzeni był przyrośniętym, płynu wypuszczono 3750 kub. cent. Szpikulę umieszczono na zewnątrz. W 30 godzin potem nastąpiła śmierć, przy objawach *peritonitidis*. 3) 62-letnia panna, zdrowa, prawidłowo miesiączkująca, w Sierpniu 1880 r. zauważyła w dolnej części brzucha na prawo guz wielkości pięści, ruchomy, niebolesny. Guz szybko się zwiększał. Z każdym dniem pogarszający się stan ogólny, zniewolił chorą do szukania pomocy. Dnia 29 Marca r. b. zrobiono przekłucie próbne, wypuszczono 3 1/2 funta płynu czekoladowego, lepkiego. Rozpoznano: *cystoma proliferum*. Owaryjotomiję zrobiono dnia 6 Kwietnia. Zrosty były słabe. Płynu wypuszczono około 6 kwart. Szpikulę wpuszczono do jamy brzusznej. Chora powoli wyzdrowiała.

O., zastanawiając się nad przyczynami ogromnej śmiertelności owaryjotomij dokonanych u nas w pierwszych latach (około 1870 r.), przypisuje ją prócz wadliwości opatrunków — brakowi doświadczenia operującego.

Ochorowicz w dalszym ciągu zdemontrował różne właściwości stanu hypnotycznego i rozbił wpływ, jaki wywrzeć mogą doświadczenia nad hypnotyzmem robione, na postęp psychologii, fizjologii, patologii i terapii.

LIST OTWARTY DO REDAKCYI.

Niniejszem mam zaszczyt zawiadomić, że składka zbierana w imieniu Towarzystwa lekarskiego naszego, pomiędzy kolegami z Warszawy i z Królestwa na album pamiątkowe, które miało być wręczone Szanownemu Prezesowi Akademii Krakowskiej, Józefowi Majorowi, w dzień obchodu jego pięćdziesięcioletniego doktorskiego jubileuszu, wyniosła rs. 441 i że sumę tę osobiście wniósłem do kasy komitetu trudniącego się obchodem podczas ostatniego zjazdu Lekarzy polskich w Krakowie. Że zaś pokazało się później, że summa ta łącznie z innymi składkami w tym samym celu innostronnie uzbieranymi, o wiele przewyższyła koszta albumu, komitet przeto obchodowy postanowił rozdzielić przewyżkę po połowie pomiędzy dwie kassy wsparcia podupadłych lekarzy: galicyjską i naszą. Zgodnie z tem postanowieniem, jako Zarządzający funduszami kassy w Królestwie otrzymałem summę rs. 164 kop. 64, która w duchu ustawy kassy włączonej została do jej funduszu

D-r Szokalski.

Sekretarz stały Tow. Lekar. Warsz.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Dnia 6 Grudnia r. b. D-r Henryk Nussbaum będzie miał lekcję próbną, wymaganą jako jedną z kwalifikacyj na prywat-docenta przy tutejszym uniwersytecie.

— Kolledzy, którzy chcą wziąć udział w lekcjach anatomii mikroskopowej D-ra Mayzla są proszeni o zebranie się w mieszkaniu tegoż (Królewska 25) w Sobotę 10 Grudnia r. b. o godzinie 7½ wieczorem, w celu porozumienia się o dni i godziny wykładów.

— Wydział lekarski tutejszego uniwersytetu zatwierdził w stopniu lekarzy: Bukowskiego Ryszarda, Hewelkego Ottona, Klarnera Jana, Cepryńskiego-Ciekawego Stanisława i Kopytowskiego Władysława. Pierwsi 3 złożyli egzamina *cum eximia laude*.

Chelmo (w Prussach Wschodnich). D-r Rydygier donosi nam, iż w dniu 21 b. m. dokonał w prywatnym swoim zakładzie chirurgicznym, częściowego wycięcia zrakowaciącego żołądka (*resectio ventriculi*). Chora 6 dnia po operacyi czuła się bardzo dobrze i przyjmowała nieco rosółu. Rana brzuszna zagoiła się *per primam* — ciepłota 38,4° C.

Bonn. Zmarł tu w dniu 23 b. m. D-r Wilhelm Busch, professor chirurgii tutejszego uniwersytetu.

Monachium. Założono tu na placu Maksymilijana fundamenta pod budujący się pomnik dla Justusa Liebiga.

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Z powodu zbliżania się terminu składania prenumeraty na rok 1882, przypominamy iż najdogodniej nadsyłać takową wprost do wydawcy, bez żadnego pośrednictwa. Tych zaś pp. prenumeratorów, którzy nie uiścili jeszcze należności za II półrocze r. b., upraszamy o jak najrychlejsze nadesłanie takowej, w celu uniknięcia zwłoki w wysyłce „Gazety Lekarskiej.“

Warunki prenumeraty na rok 1882 pozostają też same co dotychczas.

Na pomnik Mickiewicza złożyli: D-r Roźniatowski, z Mohilewa Podolskiego, rs. 5. — D-r Harasimowicz, z Dunajowiec, gub. Podolskiej, rs. 1. — Razem z poprzednio zebranemi: Rs. 692 kop. 56 i 10 franków w złocie.

Do dzisiejszego N-ru „Gazety Lekarskiej“ dołącza się bezpłatnie dla wszystkich Prenumeratorów prospekt na rok 1882 na pismo: „Tygodnik Powszechny“—zaś dla prenumeratorów prowincjonalnych: „Wykaz rzeczy zawartych w 77-ym tomie Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава 19 Ноябрь 1881 г. Друк К. Ковалевського, Królewska Nr. 23.