

GAZETA LEKARSKA.

Z ODDZIAŁU GINEKOLOGICZNEGO SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE.

I. PRZETOKA JELITO-MACICZNA.

(*Fistula intestino-uterina*).

Opisał

Dr Jakób Rosenthal,
ordynator oddziału.

W literaturze o przetokach jelito-macicznymy znajdujemy bardzo mało wiadomości. SCHROEDER, BREISKY, WINCKEL, HOFMEYER, MARTIN, HEGAR i KALTENBACH, FRITSCH, KLOB, w podręcznikach swoich, ani słowem o nich nie wspominają, opisując tylko i to dość pobieżnie przetoki jelito-pochwowe. WINCKEL jednak w dziele swoim: „*Pathologie und Therapie des Wochenbettes. 1878*“, wzmiankuje o nich w następujących wyrazach: „Bardzo rzadko zdarzają się otwory na wewnętrznej powierzchni macicy, komunikujące z jelitami i przez które zawartość kiszek wypływa do pochwy [przypadki SIMPSON'a, SCHARLAU'a i DEMARQUAY'a]“ i dalej: „Istnienie przetoki jelito-macicznej można tylko wtedy przyjąć, jeżeli z całą pewnością zostało dowiedzionem i stwierdzonem, że w pochwie nie ma żadnych obrażeń i że z ust macicznych wyciekająca wydzielina zawiera cząstki kałowe, albo niewątpliwe resztki pokarmów“. HORWITZ [Rukowództwo k patologii i terapii żeńskiej połowój sfery. 1882] również wspomina o powyższych trzech przypadkach. Specyjalną pracę o przetokach tych napisał D-r L. H. PÉRIT, p. t. „*De l'anus contre nature iléo-vaginal et des fistules intestino-utérines*“, za którą Akademia Medyczna w Paryżu przyznała nagrodę HAGUIER'a 1881, a drukowaną w *Annales de Gynécologie. 1882—1883*. Pozzi w najnowszym podręczniku swoim (*Traité de gynécologie clinique et opératoire. 2. Édit. 1892. str. 975*), odwołując się do powyższej pracy PÉRIT'a, wspomina w odesyłańcu o przetokach jelito-macicznymy w tych wyrazach: „ograniczę się do wzmianki o przetokach jelito-pochwowych, będących bardzo rzadkimi uszkodzeniami i których symptomatologia dotychczas jeszcze nie jest dostatecznie określona“.

Przeoglądając specyjalne *Archiv'y*, *Zeitschrift'y* i *Centralblatt'y*, znalazłem w № 26 *Centralblatt für Gynäkologie* z r. 1892 opis przypadku przetoki jelito-macicznej operowanej przez SMYLY'go, pomieszczony w sprawozdaniu z czynności Brytańskiego Towarzystwa ginekologicznego.

Ponieważ, jak z powyższego widać, cierpienie to należy do nadwyzczaj rzadkich, przeto, sądząc, iż oddam przysługę szanownym Czytelnikom Gazety Lekarskiej, zanim przystąpię do skreślenia przezemnie spostrzeganego i operowanego przypadku, w krótkości zaznajomię ich z powyższymi czterema przypadkami, a zarazem wyjawię swój własny pogląd na nie.

1-o. **Przypadek SIMPSON'a** ¹⁾. Pewna dama po pierwszym porodzie zaczęła gorączkować i zapadła na zapalenie miejscowe w miednicy, które zakończyło się wytworzeniem obszernego ropnia. W rok prawie po porodzie przywiezioną została do Edynburga i powierzoną na pewien czas mej pieczy. Znalazłem wtedy jeszcze znaczne zgrubienie, bolesne za uciskiem, po stronie lewej miednicy, która to okolica była właśnie siedliskiem zapalenia tkanki komórkowej miedniczej. Szyjka maciczna i cała macica były w górę uniesione i pochylone ku tej samej stronie. Badając współcześnie palcami ręki prawej przez sklepienie pochwy i ręką lewą umieszczoną na zewnątrz na okolicy biodrowej lewej, mogłem z łatwością stwierdzić znaczne zgrubienie i zrosty macicy i kiszki w okolicach miedniczej i biodrowej lewej. Od czasu do czasu pojawiały się odpływy ropiaste z ust macicznych; niekiedy po tych odpływach w pochwie znajdowały się małe ilości materii kałowych, co dowodziło istnienia komunikacji między przewodem kiszkowym, może zgięciem essowatem, a jamą macicy. Badając ostrożnie szyjkę maciczną cienkim zgłębnikiem, mogłem wykazać drogę przetokową, dążącą z jamy szyjki ku okolicy biodrowej lewej; lecz przebieg tej przetoki nie mógł być śledzonym na większej odległości. W przypadku tym istniała skłonność do odnawiania się przypadłości zapalnych, a niektóre recydywy były nadwyzczaj gwałtowne. Chorą następnie wywieziono na południe Anglii, gdzie, jak sądzę, skutkiem odnowienia się sprawy zapalnej, umarła. Mój przyjaciel, prof. LAWRIE z Glasgowa, kilkakrotnie tę chorą obserwował. [dosłowne tłómaczenie].

2-o. **Przypadek SCHARLAU'a** ²⁾. Joanna H., 34-letnia pierwiastka, z miednicą ogólnie zwężoną, po bezowocnych usiłowaniach odebrania dziecka kleszczami, przyczem nastąpiło rozstąpienie prawego spojenia krzyżo-biodrowego, rozerwanie sklepienia pochwy, pęknięcie szyjki macicznej i pochwy, rozwiązana została za pomocą wymóżdżenia główki dziecka i kefalotrypsyi. W położu zapalenie otrzewnej i zgorzel pochwy; zapalenie wnętrza macicy; sposoczenie tejże (*putrescentia uteri*). Samowolne przedziurawienie dna macicy z przedziurawieniem kiszki do niej przyrosłej. Śmierć 16 dnia po porodzie.

Przedziurawienie to macicy stwierdzonem zostało na stole sekcyjnym, lecz z przebiegu położu, bardzo szczegółowo opisanego, dopatrzyć się nie można owej przetoki jelito-macicznej. Podczas całego położu nie zauważano wydzielania się kału przez pochwę, a jakkolwiek notowano: „odpływy bardzo cuchnące zmieszane z krwią w rozkładzie i częściami zgorzelinowemi oddzielającymi się od pochwy“, to przy podobnem zniszczeniu, jak powyższe, nie dziw, że odchody [nb. w r. 1865, a więc przed epoką antyseptyczną] były bardzo cuchnące. Przytem

¹⁾ Clinique obstétricale et gynécologique par Sir James Y. Simpson traduit par le D-r CHANTREUIL. 1874. str. 768.

²⁾ Monatschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten. 1866. T. 27. str. 1.

stolec wciąż wydzielal się drogą naturalną, a nawet były rozwolnienia, co też miało miejsce w dniu śmierci, w którym notowano: „kilkakrotne mimowolne stolce czarno zabarwione“.

Z protokołu sekcyjnego wyjmujemy następujące dane: „Kiszki mało wzdęte, krezki sklezione z pętlcami kiszek, z przednią ścianą brzucha i z macicą za pomocą łatwo oddzielających się zrostów; kiszki cienkie, wielokrotnie między sobą sklezione, są głęboko do małej miednicy, na prawo od macicy, weśnięte i tam również przyrosłe; jedno nad macicą leżące jelito cienkie jest doń przyrosnięte za pomocą grubego włóknistego wysięku. Po oddzieleniu pętlcy jelita cienkiego, przyklejonego do dna macicy, znajdujemy w macicy otwór wielkości złotego [*gulden-grosse Perforationsöffnung*, — a więc wielkości monety dawnej pięciosrebrnikowej], o brzegach cienkich, nierównych, brudno-zabarwionych, któremu odpowiada mały otworek w ścianie jelita do macicy przyklejonego, tak, iż istniała komunikacja między jamą macicy i przewodem kiszkowym. W szyjce macicy znajduje się wiele, częścią głęboko w tkankę przenikających, naddarć. Powierzchnia wewnętrzna macicy pokryta jest rozmięklą, strzępiastą, czarniawą, zgorzelinową (*putrescierende*) substancją, która w części zmywa się strumieniem wody, w części zaś zwiesza się w czarniawych strzępach z ścian macicy. Mięsień w dolnym odcinku macicy jest dobrze zachowany, dość twardy i dość ostro odgraniczony od zgangrenowanej błony śluzowej; im dalej jednakże ku górze, tem coraz głębiej sprawa zgorzelinowa zapuszcza się w tkankę mięśniową; na tylnej ścianie macicy mianowicie znajduje się zagłębienie (*Höhlung*) wielkości talaru prawie, które dochodzi do otrzewnej. W samym dnie mięsień, na przestrzeni większej niż monety talarowej zupełnie jest zniszczony i jama macicy oddzieloną jest od jamy brzusznej zaledwie tylko przez zgrubiałą otrzewną; otrzewna sama zaś jest o tyle zniszczoną, o ile dno macicy pokryte jest przez przyrosłą doń pętlcę jelita cienkiego“.

Porównyując opis przebiegu sprawy położowej i protokół sekcyjny, przychodzi do wniosku, że otwór w jelicie cienkiem zrobiony był sztucznie przy odklejaniu od macicy, gdyż: 1-o wielkość jego nie odpowiadała wielkości przedziurawienia macicy, które było wielkości dzisiejszej monety srebrnej 20 kopiejkowej; 2-o stolce podczas całego porożu aż do śmierci, pomimo rozwolnienia, oddawane były drogą naturalną, a przy najmniejszej przetoce jelito-maciczej niemożliwym jest, aby przez cały czas porożu nie spostrzeżono kału, wydobywającego się przez pochwę, który tak łatwo rozróżnić nawet w wypływie najbardziej zgorzelinowym i 3-o wewnątrz macicy podczas oględzin pośmiertnych nie było pokryte kałem, co jest niepodobieństwem przy przetoce jelito-maciczej, lecz masą zgorzelinową, rozpadową błony śluzowej, której część splukano wodą, a część której pozostała się w strzępach na ścianach macicy.

3-o. **Przypadek DEMARQUAY'a** ¹⁾ należy do bardzo ciekawych. DEMARQUAY opisuje go jako przetokę jelito-maciczną, gdy tymczasem VERNEUIL w 8 lat później wykazuje, że przypadek ten jest przetoką jelito-pochwową.

¹⁾ Gazette médicale de Paris. 1867 p. 341 i Annales de Gynécologie. T. XVIII. str. 421.

Przypadek ten, według opisu DEMARQUAY'a, jest następujący: Aleksandryna B., akuszerka, 36 lat mająca, wstąpiła do oddziału DEMARQUAY'a w 1867 roku. Przed 6-ma tygodniami rodziła po raz ósmy; poród był bardzo trudny, trwał trzy dni i przyzwany lekarz musiał założyć kleszcze. Według matki, dziecko sta-
wiało się do porodu w 1-em położeniu czaszkowem i nie miało żadnej wady roz-
wojowej; dlatego też obwinia zabiegi operacyjne jako jedyną przyczynę powstałej
przetoki. Przyznaje jednakże, że trzeba było dziecko sztucznie odebrać i że
przetoka nie ujawniła się w pierwszych dniach po porodzie. Podczas pierwszych
15-tu dni chora nie dostrzegła nic nieprawidłowego w swym stanie. Prawda, że
uskarżała się na nieco boleści w brzuchu, na małe zapalenie macicy (*peu de mé-
trite*), jak mówi; lecz nie miała wymiotów, ani nie spostrzegła żadnego objawu,
znamionującego zapalenie otrzewnej, powstałe przez przedziurawienie. Stolec
miała naturalne; łaknienie i siły wróciły; zaczęła wstawać, gdy zauważyła, że od-
daje kał przez pochwę. W ciągu czterech dni oddawała stolec przez pochwę
i odbytnicę; później przestawała oddawać tą ostatnią drogą. Od tego czasu stan
chorej nie zmienił się i obecnie kał, który pani B. oddaje przez pochwę, jest na
wpółpłynny, żółtawy, prawie bez zapachu; odchód ten powiększa się w 3 godziny
po jedzeniu; gdy się zmniejsza, to jest zmieszany z cieczą lepka, żółto-zieloną,
mającą wygląd i skład żółci. Pomijając sposoby użyte przez DEMARQUAY'a dla
stwierdzenia, że przetoka dotyczy jelita cienkiego, przytaczam badanie części
płciowych, które podaje w tych słowach: „Zwierciadłem macicznym badana
pochwa nie przedstawiła żadnego otworu. Lecz za to z otworu szyjki macicznej
wycieka coraz nowy płyn, w miarę oczyszczania szyjki za pomocą gąbeczki.
Szyjka maciczna jest obrzmiała; warga jej tylna jest rozszczepioną, warga przed-
nia wystaje nad rozszczepieniem [czyli jest dłuższą od wargi tylnej], lecz nie
przeszkadza wsunięciu palca. Tenże w jamie macicy wyczuwa, w miejscu przej-
ścia szyjki w ciało, na przedniej ścianie macicy otwór przewodu, przez który
z łatwością przechodzi zgłębnik metalowy. Koniec zgłębnika tego wyczuwa się
przez ściany brzuszne w okolicy podpępkowej. Zgłębnik wprowadzony do pę-
cherza nie napotyka poprzedniego zgłębnika i stwierdza odchylenie pęcherza na
prawo, a macicy na lewo“.

Skutkiem tego badania niejednokrotnie ponawianego, DEMARQUAY nie waha
się rozpoznać przetokę jelito-maciczną; „fakt, według słów jego, jeżeli nie je-
dyny, to nadzwyczaj rzadki w nauce, sądząc po bezwoonych poszukiwaniach
naszych“.

VERNEUIL¹⁾ w 1875 r. znalazł u pani Aleksandryny May . . . , akuszerki,
47-letniej, po 7-ym porodzie przebyłym przed 8-iu laty, przetokę jelito-pochwową.
Chora ta podała anamnezę zupełnie taką samą, jaką napisał DEMARQUAY, a za-
razem zeznaje, że w r. 1867 leżała w oddziale DEMARQUAY'a, który mocno pochwą
jej zatamponował [co podaje DEMARQUAY w swoim opisie]. Oto dosłowne badanie
części płciowych, uskutecznione przez VERNEUIL'a i PÉTIT'a: „Okolica sromu
jest zaczerwieniona i gdziegdzie z nabłonka obnażona, brodawki warg mniej-
szych są znacznie przerosłe, wejście do pochwy jest bardzo zwężone, ścięgniście.

¹⁾ Annales de Gynécologie. 1882. T. XVIII, str. 425.

Wszystkie te części, wystawione bezustannie na działanie płynnego kału, są do tego stopnia nadczułe, że dotyk ich i wprowadzanie narzędzi jest nadzwyczaj dla chorej bolesnem. Jama pochwy nie mniej jest zwężoną. Błona śluzowa zdaje się być zgrubiałą, lecz wszędzie jest miękką, bez śladu stwardnień bliznowatych. Sklepienia pochwy są prawidłowe, część pochwową zajmuje zwykle swe położenie i zdaje się być znacznie rozrośniętą“.

„Po przemyciu i oczyszczeniu z kału sromu i pochwy, założono zwierciadło krótkie dwuramiennie i odkryto otwór sztuczny w wierzchołku sklepienia tylnego pochwy, więcej na lewo, w odległości 2 ctm. od ust macicznych. Rozpoznać ten otwór można z małego wklęsnięcia, z którego wypływa płyn gęsty, brunatnozielonawy, zupełnie do smółki dziecięcej podobny. Oto bardzo ściśły opis powyższego otworu: przedstawia się on ograniczony dwiema wargami: jedną przednio-wewnętrzną, drugą tylno-zewnętrzną. Wargi te są równe, długie około 2 centymetrów i przylegają do siebie jakby wargi ust zamkniętych. Są one lekko wwinęte na wewnątrz, w ten sposób, iż nie można widzieć ani błony śluzowej jelitowej, ani też miejsca spojenia obu błon śluzowych. Szpara, którą ograniczają, jest lekko skośną z prawej strony ku lewej i z tyłu ku przodowi; można ją łatwo rozsunąć za pomocą zgłębnika, przyczem ma miejsce obfity wypływ płynu kałowego. Ściągnąwszy część pochwową szczypczykami MUSEUX'go do sromu, można było zbadać otwór ten palcem wskazującym, który, wszedłszy doń, stwierdza równość i cienkość warg taką, iż palec zdaje się być objętym ostrą obrączką. Dalej wsunięty palec wchodzi do obszernego przewodu, skośnie przebiegającego z dołu do góry i z prawej strony ku lewej; jest to koniec górny jelita, albowiem usunięcie palca powoduje wypływ mas kałowych“.

Dalszego ciągu badania nie podaję, gdyż nie ma ono dla nas wielkiego znaczenia; nawiasem dodam tylko, że VERNEUIL starał się kilkakrotnie usunąć tę przetokę na drodze operacyjnej, lecz bezskutecznie. Przytaczam tylko dosłownie, w jaki sposób PÉTIT tłómaczy pomyłkę DEMARQUAY'a: „W obu tych opisach [DEMARQUAY'a i naszym] zachodzą pewne różnice, lecz są one małoznaczne: w obu opisach jest mowa o akuszerce imieniem Aleksandryna, choć o różnych nazwiskach; ale jeden mógł podać nazwisko panięńskie, drugi zaś nazwisko męzowskie. Poród siódmy według VERNEUIL'a, ósmy według drugiego, miał miejsce w 39 roku życia według jednego, w 36 zaś roku życia według drugiego. Lecz w obu przypadkach poród odbył się w tych samych warunkach: powolny przebieg porodu, zastosowanie kleszczy czwartego dnia, dziecko bardzo duże, następnie objawy *pelveoperitonitidis* znikające około 10 dnia i zjawienie się około 15 dnia wycieku kałowego z pochwy, położenie przetoki w obu razach z lewej strony. W obu opisach chora w r. 1867 leczyla się na oddziale DEMARQUAY'a, tamponowano jej pochwę i t. d.“.

„Pozostaje do wyjaśnienia, w jaki sposób DEMARQUAY mógł mniemać, iż ma do czynienia z przetoką jelito-maciczną i do wykazania, że rzeczywiście się mylił. Sądzę, iż nie można ani na chwilę przypuścić, aby przetoka, znajdująca się w 1867 r. w szyi macicy, mogła zmienić swe siedlisko w ten sposób, żeby w roku 1875 znajdowała się w sklepieniu tylnem pochwy. Sądzę raczej, iż DEMARQUAY, badając pochwę zwierciadłem, wszedł niem od razu w sklepienie tylne i że uwa-

żał za usta maciczne otwór odbytu pochwowego (*anus vaginal*) i małe wypadnięcie błony śluzowej jelitowej za szyję maciczną obrzmiała, o wardze tylnej rozszczepionej, wardze przedniej wystającej nad rozszczepieniem. To wyjaśnia w zupełności, że DEMARQUAY mógł wprowadzić do szyi macicznej palec swój na głębokość $2\frac{1}{2}$ ctm., a także na palcu zgłębnik metalowy. W jaki sposób, bez tej hipotezy, można wierzyć, aby w sześć tygodni po porodzie, a więc wtedy, gdy macica osiągnęła już swe zwykłe wymiary, ponieważ długość jej nie wynosiła więcej niż $5\frac{1}{2}$ ctm., palec DEMARQUAY'a mógł tak łatwo przeniknąć przez szyję maciczną? Nie widzimy zresztą innego sposobu wyjaśnienia różnicy w rozpoznaniu, istniejącej między dwoma chirurgami, którzy obserwowali i opisali ten przypadek. Dodać winienem, że VERNEUIL, poznawszy opis tego przypadku DEMARQUAY'a, zupełnie się zgodził na powyższe moje zapatrywanie⁴.

4-o. **Przypadek SMYLY'go.** Kobieta 30-letnia, po szóstym porodzie. Zaniedbane położenie poprzeczne, obrót utrudniony; pęknięcie macicy. We dwa dni po porodzie kał odchodził przez pochwę. Próbowano bezskutecznie zamknięcia przetoki za pomocą operacji plastycznej. Przy badaniu SMYLY znalazł znaczne pęknięcie na lewo w szyi macicy, które przechodziło na długość $\frac{1}{2}$ cala na sklepienie pochwy. Przez pęknięcie to cały kał się wypróżniał. Kał ten miał cechy papki i żółte zabarwienie, tak, że nie ulegało wątpliwości, iż istniało połączenie z jelitem cienkim. Prostnica była próżną i nie komunikowała z powyższym otworem. SMYLY uważał za rzecz niebezpieczną zamknięcie plastyczne przetoki, gdyż nie wiedział, czy kiszki, poniżej niej znajdujące się, są drożnymi i dlatego postanowił naśladować sposób ROUX, który tenże już w r. 1828 podał dla operacji *anus praeternaturalis*. Dokonał laparotomii i znalazł pętlicę jelita biodrowego zrosniętą z tylną ścianą macicy. Z łatwością można było odłuszczyć kiszkę i wtedy znaleziono otwór w dolnej części macicy, który przedewszystkiem został gazą jodoformową zatkany. Jelito znajdowało się w takim stanie, że S. dość znaczną część jego wyciął (*resectio*), a końce za pomocą płyt kostnych metodą SENN'a z sobą połączył. Dolna część kiszki była tak zwężoną, iż z trudnością można było weń wprowadzić płytę kostną. Przebieg pomyślny zakończony wyzdrowieniem¹).

Zastanawiając się nad powyższymi przypadkami, jedynymi, powtarzam, jakie znalazłem w literaturze dawnej i nowiej, widzimy, iż przypadek DEMARQUAY'a, opisany jako przetoka jelito-maciczna, był przetoką jelito-pochwową, czyli t. zw. odbytem pochwowym (*anus vaginal*), który jakkolwiek nie często się zdarza, lecz do rzadkości nie należy.

Przypadek SCHARLAU'a z powodów, które przy opisie jego przytoczyłem, jest zdaniem mojem nader problematycznym. Przypadek SIMPSON'a—opierając się na opisie jego—był przetoką jelito-maciczną, a ściśle biorąc, jelito-szyjową, lecz

¹) Już po napisaniu artykułu tego, znalazłem w „Żurnale akuszerstwa i żeńskich bolezniej” (Referat w *Centralblatt f. Gynäk.* 1892, Nr. 6), przypadek przetoki jelito-szyjowej [Sluczaj operacji entero-cerwikalnej fistuły] opisany przez RACZYŃSKIEGO, a operowany na klinice prof. v. OTTA. Operacja polegała na zaszcyciu ust macicznych (*Hysteroctleisis*), według pomysłu podanego niegdyś przez JOBERT DE LAMBALE. Rezultat był zadawalający. Chora po wyzdrowieniu oddawała gazy i stolec drogą prawidłową, a krew miesięczkowa również odchodziła przez odbytnicę.

na nieszczęście nie sprawdzoną przez operację, lub na stole sekcyjnym. Jedyne przypadek rozpoznany za życia, a stwierdzony przy operacji, jest przypadek SMYLY'go, który nie ulega wątpliwości. Przypadek mój, do opisu którego przystępuję, jest również za życia rozpoznany, nawet z oznaczeniem okolicy siedliska przetoki i stwierdzony przy operacji.

Przypadek ten jest następujący:

Sara G..., z osady Stoczek, guberni Siedleckiej, zamężna, lat 20 licząca, przybyła do oddziału mego w dniu 16 lipca 1892 r., uskarżając się na wyciekanie kału przez pochwę, po porodzie czasowym przed 4-ma tygodniami odbytym.

Wywiady dały następujące dane: w 15 roku życia przebyła tyfus; pierwszy raz regularność pojawiła się w 18 roku i przychodziła co 4 tygodnie, trwając umiarkowanie 3—5 dni. Przed 15 miesiącami wyszła za męża i w pół roku później zaszła w ciążę. Podczas ciąży doznawała bólei w brzuchu, które same przez się ustępowały i po pewnym czasie znowu się ponawiały. Poród trwał 2 doby; po urodzeniu żywego dziecka, przyrośnięte łożysko wezwany lekarz odkleił. Po porodzie, czując się zdrową, dziesiątego dnia wstała z łóżka; piętnastego zaś dnia po porodzie spostrzegła wydzielanie się kału przez pochwę. Wypróżnienia drogą naturalną przez odbytnicę zupełnie po kilku dniach ustały; mocz oddaje świadomie.

Badając chorą, znalazłem osobę wzrostu wysokiego, blondynkę; skóra i błony śluzowe widocznie nadzwyczaj blade; kończyny dolne lekko obrzmiałe, pokład tłuszczowy niezbyt obfity. Płuca i serce nie nieprawidłowego nie przedstawiają. Brzuch nieco wzdęty, za uciskiem niebolesny, smuga biała zabarwiona, na skórze brzucha blizny porodowe. Nad spojeniem łonowem, więcej ku stronie lewej wyczuwa się guz niewielki, za naciskiem którego wylewa się kał z pochwy. Wargi większe zaczerwienione, w niektórych miejscach obnażone z naskórka; błona śluzowa sromu i pochwy zaczerwieniona, pokryta wypływającym kałem. Część pochwowa równa; usta maciczne zewnętrzne, poprzeczne, przepuszczają palec, który dochodzi do ust macicznych wewnętrznych. Dotykkiem nie znaleziono żadnego uszkodzenia przegrody odbytniczo pochwowej i sklepień pochwy. Guz w brzuchu, o którym powyżej wspomniałem, okazał się być ciałem macicy. Wprowadziwszy zwierciadło pochwowe, zauważyłem wypływ masy kałowej z części pochwowej macicy; przytem badanie oczne potwierdziło brak jakiegokolwiek uszkodzenia ścian pochwy i sklepień.

Kał wyciekający z pochwy jest napół płynny, żółty, jakby z żółcią zmieszany, nie bardzo cuchnący, posiadający wszelkie cechy papki; wypływa w większej ilości w kilka godzin po jedzeniu, a także za uciskiem macicy przez powłoki brzuszne.

Rozpoznanie przy tych danych nie przedstawiało trudności. Mielśmy do czynienia z przetoką kałową jelito-maciczną (*fistula intestino-u'erina*). Dla stwierdzenia tego, a mianowicie czy przetoka dotyczy kiszki cienkiej, a nie grubej, wiano przez odbytnicę do okrężnicy litr wody, zabarwionej błękitem metylenu; ani z pochwy, ani z macicy nie pokazuje się płyn zabarwiony, co wyłącza połączenie odbytnicy lub kiszki grubej z macicą albo pochwą.

Następnie dla przekonania się, w której okolicy macicy znajduje się przetoka, wypełniono szczelnie jamę szyi i ciała macicy gazą jodoformową. Po 48 godzinach kanał szyi był tak rozszerzony, że można było do jamy macicy wprowadzić palec, przyczem stwierdzono, że otwór przetokowy znajduje się w samym dnie macicy i z łatwością przepuszcza palec śledzący. W ciągu 48 godzin, podczas których macica była zatamponowaną, wypróżnienia odbywały się drogą naturalną przez odbytnicę, jakkolwiek część wypróżnień płynna przedostawała się przez macicę, w której leżąca gaza jodoformowa była kałem przesiąkniętą.

Wskazanie było jedno, to jest usunięcie przetoki na drodze operacyjnej, na co proszeni przeze mnie na naradę kol. CHWAT i FR. NEUGEBAER również się zgodzili.

Z operacją postanowiliśmy się wstrzymać do 7-go tygodnia, w tem przekonaniu, iż macica jest jeszcze w okresie połogowym i zupełna inwolucya jej nie jest jeszcze ukończoną.

Tymczasem chora coraz więcej z sił zaczęła opadać; obrzęk kończyn dolnych znacznie się powiększył; wystąpiły dreszcze w nieregularnych odstępach z podniesieniem ciepłoty ciała, sięgającym do 39,5° C., poczem następowały intermisyje, po których, po dreszczach, ciepłota ciała znowu

się podnosiła; jednym słowem, mieliśmy do czynienia z poczynającą się septycemią. Sądząc, że stan ten powodowany i podtrzymywany jest wysianiem materji kałowych, postanowiliśmy nie czekać dłużej i w dniu 16 sierpnia przystąpiłem do operacji przy łaskawej pomocy kol. CHWATA, NEUGEBAUERA i JUROWSKIEGO i w asystencji kol. LEBENSBAUMA, WARSZAWSKIEGO, WAWELBERGA i GLÜCKSMANA.

Po otwarciu jamy brzusznej ująłem macię i wydobyłem ją na zewnątrz. Do dna macicy na szerokość 5—6 ctm. przyklejonom było jelito biodrowe (*ileum*), kąty zaś z obu stron, utworzone przez jelito i ciało macicy, wypełnione były niewielką ilością łatwo oddzielającego się wysięku. Stosując się do planu, na narzędzie zrobionego, oddzieliłem tępo jelito od macicy palcami i trzonkiem noża. Wtedy znaleźliśmy w jelicie dwa otwory: jeden, który był w połączeniu z otworem macicy, drugi więcej na lewo, który był zamknięty przez wyżej wspomniany wysięk i, przy odłuszczeniu jelita ujawnił się, jakkolwiek jest możliwem powstanie jego podczas samego odłuszczenia. W samym dniu macicy znaleźliśmy otwór o brzegach nierównych, szaro-brudno nacieczonych, przez który wskazywał łatwo do jamy macicy przechodził.

Otwory w jelicie zamknąłem szwem LEMBERT'owskim; na otwór zaś w macicy, po głębokiem okrwawieniu takowego, nałożyliśmy pięć szwów jedwabnych głębokich, zajmując nimi i otrzewną pokrywającą macię.

Po oczyszczeniu jamy brzusznej, zeszyliśmy katgutem osobno otrzewną, mięśnie i powięzie, w końcu zaś skórę brzucha szwem jedwabnym.

Operacja wraz z chloroformowaniem trwała 2½ godziny.

Przebieg pooperacyjny, jak się można było spodziewać, robiąc operację w podobnych warunkach, był jak najgorszy; jakkolwiek bowiem ciepłota ciała nie była podwyższoną, jednakże tętno małe, 140—150 uderzeń na minutę wynoszące, jakoteż wszelkie oznaki zapadu (*collapsus*) wskazywały na silne zakażenie septyczne. Środki podniecające, zastosowanie hypodermoklizy z 1 litra roztworu fizyologicznego soli kuchennej nie wywarły żadnego wpływu na stan chorej, która w dniu 18 sierpnia, w 42 godzin po operacji, życie zakończyła.

Ogłędzin pośmiertnych dokonał łaskawie kol. ELSEMBERG, przyczem znaleziono: w jamie miednicy płyn żółty, cuchnący, liczne zrosty dość mocne między kiszkaami cienkimi i przyrost kiszek za pomocą zrostów zorganizowanych do ścian miednicy. W odległości 20 cali od zastawki BAUHIN'a na cienkich kiszkaach dwa otwory, na których szwy podczas operacji nałożone dobrze się trzymają. Błona śluzowa kiszek przekrwiona. Macica w miejscu zeszycia barwy szaro-brunatnej; szwy na niej trzymają się dobrze; po przecięciu macicy, cały jej mięsień jest szaro-zielonawo nacieczony, kruchy. Błona śluzowa wnętrza macicy nieprzekrwiona, szaro-zielonym cuchnącym natem pokryta. Rozpoznanie: *Putrescentia musculi uteri. Endometritis chronica cachec. Peritonitis adhaesiva.*

Według PÉTTA'a, przetoki jelito-maciczne i jelito-pochwowa powstają: a) przez uwięźnienie (*incarceratio*) pętlicy jelita w otworze pękniętej macicy lub pochwy, b) przez rozlanie się zapalenia tkanki łącznej miednicy na jelito, wskutek czego nastąpiło przyrośnięcie tego ostatniego do macicy lub pochwy, c) przez pęknięcie worka ciąży zewnątrz-macicznej jednocześnie do jelita i do pochwy, d) przez przejście raka macicy na jelita cienkie lub grube.

Przyczyną więc powstania tego kalectwa, podobnie jak przy wszystkich innych przetokach, oprócz spraw chorobowych jest uraz (*trauma*). W przypadku SMYLY'go, zaniedbane położenie poprzeczne, ciężki obrót z pęknięciem szyi macicy; w przypadku moim ręczne odklejenie łożyska. Czyby przy tem ostatniem nastąpiło przedziurawienie macicy palcem? Przypuszczenie to muszę potwierdzić, gdyż pęknięcie macicy w samym dniu podczas porodu jest prawie niemożliwem. Przy ogłędzinach pośmiertnych znaleziono dość mocne dawne zrosty między jelitami, a zarazem przyrost jelit do ścian miednicy za po-

mocą zrostów zorganizowanych, a więc dawno wytworzonych. Tłómaczy to nam owe częste bóle, na które chora uskarżała się podczas ciąży, bóle, powodowane przemijającymi zapaleniami otrzewnej. Że zaś chora po porodzie czuła się zdrową i na żadne bóle się nie uskarżała, a pomimo tego wytworzyła się przetoka na tle zapalenia otrzewnej i ograniczonej zgorzeli jelita, to nie powinno nas dziwić; chora bowiem mogła nawet lekko gorączkować, co złożono może na karb t. zw. a bardzo wygodnej „gorączki mleczej“, z drugiej zaś strony wiemy, że przebyte kilkakrotnie zapalenia *resp.* podrażnienia otrzewnej, wywołują pewien stopień nieczułości tejże, tak, iż nowe zapalenie, szczególnie na małej przestrzeni, przechodzi prawie bezboleśnie i niepostrzeżenie dla chorej.

Co się tyczy leczenia, to zdaje się, że operacya na drodze kolotomii była jedynie wskazaną. Wynik jej, jak w tym przypadku, był niepomysłnym; za przyczynę tego uważać należy posocznicę (*septicaemia*), podczas której operowano, spowodowane nią wycieczenie chorej, a głównie zaś pozostawienie organu sposoczałego, jakim była macica. Sądzę, że w podobnym przypadku, operując podczas posocznicy, bezwarunkowo należałoby w zupełności usunąć macicę metodą FREUND'a-MARTIN'a, gdyż nie można wiedzieć, o ile mięsień macicy jest sposoczniała i czy w dalszym ciągu nie będzie podtrzymywać sprawy septycznej.

Zresztą, nie można *a priori* stawiać aksjomatu, że w ten lub inny sposób należy operować. Wszystko zależy od tego, co znajdujemy podczas operacyi i na wszystko trzeba być przygotowanym, przystępując do rękoczynu. Operacya w ten lub ów sposób dokonana z dobrym skutkiem u jednej chorej, u innej musi być, czy to skutkiem powikłań, czy też innych przyczyn, zmodyfikowaną, a nawet w zupełności zmienioną.

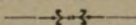
Dlatego też niemożliwym jest przy podobnych operacyach stawiać to lub owo jako pewnik, a w każdym przypadku kierować się trzeba własną intuicyą i pomyslowością, mając tylko na celu uratowanie chorej.

Z KLINIKI CHIRURGICZNEJ PROF. KOSIŃSKIEGO W WARSZAWIE.

II. Przyczynek do leczenia operacyjnego urazowego przedziurawienia kiszek bez uszkodzenia ścian zewnętrznych brzucha.

Podał

D-r Franciszek Kijewski.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 22].

Z pomiędzy 10 przytoczonych przezemnie przypadków urazu jamy brzusznej, w 8 nastąpiło pęknięcie kiszek, a w 2 oderwanie od krezki. W tej liczbie przyczyną wywołującą uszkodzenie przewodu pokarmowego było 5 razy uderzenie kopytem konia i raż nogą.

Ze statystyki THOMAS'a MORTON'a i COULL MACKENZIE'go ¹⁾ wynika, że

¹⁾ Traité de chirurgie. DUPLAY et RECLUS. 1892. Tom VI, str. 349.

w liczbie kontuzji brzucha uszkodzenia kiszek zajmują stosunkowo niewielkie miejsce—na 345 przypadków zaledwie 31 razy przewód pokarmowy uległ zranieniu. Stosunek ten się znacznie zmieni, jeżeli będziemy brali pod uwagę wszystkie przypadki zakończone wyzdrowieniem nawet bez pomocy chirurgicznej.

Z pomiędzy przyczyn wywołujących, według obliczeń CHAVASSE'a, pierwsze miejsce zajmuje uderzenie kopytem konia—na 149—36 razy, dalej ucisk spowodowany przez przejście kół pojazdów przez brzuch—23 razy na 149, uderzenie nogą człowieka, kijem i t. p.. Najczęściej ulegają zranieniu кишки cienkie w środkowej części (*jejunum-ileum*) według CHAVASSE'a 106 razy, następnie grube—19 razy, dwunastnica zajmuje trzecie miejsce—7 razy, a kiszka stolcowa zaledwie raz jeden na 149 przypadków.

Uszkodzenia podobne przewodu pokarmowego wybornie są opracowane w podręcznikach i monografiach ¹⁾, dlatego też nie myślę tu powtarzać ani anatomii patologicznej, ani przebiegu i objawów, byłaby to próżna strata czasu. Zajmują mnie żywiej wskazania, których trzymać się powinniśmy przy leczeniu podobnych obrażeń.

Zasada, jaką się obecnie kierują przy drążących ranach brzucha, a szczególnie postrzałowych, aby niezmiernie szybko uciekać się do interwencji chirurgicznej w celu wczesnego odnalezienia jelita uszkodzonego i nałożenia nań szwu lub też wycięcia, nie da się zastosować w całej rozciągłości do przypadków kontuzji brzucha z obrażeniem przewodu pokarmowego, gdyż uszkodzenia takie mogą być nader różnorodne. Tu często, szczególnie w pierwszym okresie, należy zachowywać się wyczekująco, kierować się wielkością siły mechanicznej, jaka spowodowała uszkodzenie, baczyć starannie na objawy i dopiero po dokładnem rozpatrzeniu wszystkich warunków przystąpić do energiczniejszej pomocy chirurgicznej. Już nasze spostrzeżenia dostatecznie przekonywają, jak są rozmaite wskazanie do zabiegów operacyjnych w podobnych przypadkach.

Małe uszkodzenia kiszek, ograniczające się do wynaczynień w ścianę kiszki [MOTY, DUPLAY et RECLUS], często bardzo nie wymagają żadnego zabiegu chirurgicznego. Nawet nieznaczne zranienie kiszek, jeżeli tylko zawartość ich

1) CHAVASSE. Études sur les contusions et ruptures de l'intestin sans lésion apparente des parois abdominales. Archives de médecine et de pharmacie militaires. 1884. T. IV. Nr. 13, 14, 15.

B. BECK. Ueber Darmzerreissung nach heftiger Erschütterung und Quetschung des Unterleibes. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 1879. B. 11, str. 201—217.

B. BECK. Weitere Fälle von Darm- und Leberzerreissung in Folge von Hufschlag auf den Unterleib, sowie von Blasenruptur durch Sturz. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1881, str. 1—43.

GRÖNINGEN. Darmverletzungen und Darmerkrankungen, Deutsche militärärztl. Zeitschrift. 1890. Hft. 7. str. 456.

M. PONCET [Val de Grâce]. Contusion de l'abdomen, avec lésion d'intestin, par les projectiles de guerre. Congrès français de chirurgie. Mars. 1888. Revue de Chirurgie. 1888.

VOLK. Zwei Fälle von traumatischer Ruptur des Colon transversum. Dissert. München. 1890. Centrblatt für Chir. 1891. Nr. 8.

HERMES. Ruptur des Dünndarmes; Querriss des Netzes, Abriß des Mesenteriums nach schwerer Verletzung. Centralblatt für Chirurgie. Nr. 16. 1892.

M. MOTY. Étude sur les contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval. Revue de Chirurgie. 1890.

nie dostała się do jamy otrzewnej, a miejsce uszkodzone zdążyło się skleić bądź to z pętlą kieszki sąsiednią, bądź to z siecią również bez żadnych operacji może się skończyć pomyślnie. W przypadkach pęknięcia kieszki z przedostaniem się zawartości jelit do jamy otrzewnej, wybucha groźne zapalenie tej ostatniej doprowadzające niemal zawsze do zejścia śmiertelnego. CHAVASSE przytacza 97% śmiertelności przy ciężkich uszkodzeniach kieszek, cyfra to poważna i mogła zniewolić lekarzy dla uratowania życia choremu nawet do zabiegów nader śmiałych. W wyjątkowych tylko przypadkach po pęknięciu kieszki powstać może ograniczone zapalenie otrzewnej, wytwarza się wtedy ognisko ropne, które dopiero w następstwie wymagać będzie odpowiedniego leczenia operacyjnego.

Niezmiernie trudne ma zadanie chirurg w tych razach, gdzie zwykle objawy kliniczne nie wystarczają do określenia, czy mamy tylko mocną kontuzję kieszki, czy też pęknięcie jej. Pierwsze objawy są zwykle tak jednakowe, występują tak niewyraźnie, że niewiele można wnioskować o stanie kieszki, przy znacznych uszkodzeniach jelit niekiedy tylko występują gwałtowne objawy swoiste dla przedziurawienia, w większości zaś kiedy z objawów klinicznych przekonać się możemy, że w rzeczy samej kieszka uległa rozdarciu, zapalenie otrzewnej jest w całej pełni i znacznie pogarsza nam rokowanie.

Przy pęknięciach kieszek z jednej strony przeświadczenie o uszkodzeniu, które doprowadza do niechybnej śmierci, jeżeli pozostawione będzie swojemu losowi, z drugiej znów nawoływania chirurgów, jak: MIKULICZ, OBERST, KROENLEIN, TRZEBICKY ¹⁾ i innych, wpłynęły stanowczo na zmianę leczenia przedziurawień kieszki przy kontuzjach brzucha.

Otwarcie jamy brzusznej i zeszyte kieszki zaczęli uważać jako zabieg niezbędny, ratujący życie choremu. Dopiero w roku 1883 BOULLLY ²⁾ odważył się pierwszy wykonać laparotomię i wyciąć kawałek jelita przedziurawionego u młodego człowieka, którego uderzył koń kopytem w brzuch. Operację wykonał w 23 godzin po wypadku, gdy już były wyraźne objawy zapalenia otrzewnej. Trzeciego dnia po operacji szew kieszki się rozszedł, powstała przetoka kałowa, chory zmarł dopiero po 10 dniach skutkiem rozlanego zapalenia otrzewnej, spowodowanego przez porozrywanie zrostów i przedostanie się kału do jamy otrzewnej przy nieostrożnem badaniu palcem.

Następnie w 1884 r. CHAVASSE otworzył jamę brzuszną, po uderzeniu kopytem w brzuch. Operacja 3 dnia przy objawach zapalenia otrzewnej, znaleziono kieszkę grubą zgniecioną. Śmierć następnego dnia.

W 1885 r. BARDELEBEN ³⁾ przytacza laparotomię podjętą w celu ratowania chorego, który upadł z wagonu tramwajowego na brzuch. Znaleziono pęknięcie kieszki i zapalenie otrzewnej; otwór w kiszce zaszyto; śmierć w 24 godzin. Operacja wykonana w 3 dni po wypadku.

¹⁾ TRZEBICKY. O operacyjnem leczeniu ostrego zapalenia otrzewnej. 1887. Pam. Tow. Lek. War.

²⁾ BOULLLY. Coup de pied de cheval, rupture de l'intestin grêle sans contusions des parois abdominales, peritonite suraiguë, laparotomie, réséction et suture de l'intestin, mort au 10 jour. Revue de chirurgie. 1883.

³⁾ BARDELEBEN. Ueber Ileus. Berlin. Klin. Wochenschr. 1885. Nr. 25 i 26.

TRZEBICKY, l. c. str. 15.

W tymże roku OWEN podaje przypadek laparotomii wykonanej już przy objawach zapalenia otrzewnej następnego dnia po uderzeniu w okolicę pępka. Kiszka cienka przedziurawiona, szew; śmierć po 6 dniach ¹⁾.

Piąty przypadek ZAGÓRSKIEGO w r. 1889, operacja 5 dnia po wypadku, a śmierć 8-go po operacji.

Szósty przypadek SZTEYNERA—w 1887 r. zakończony śmiercią.

W 1889 r. POSTEMPSKI ²⁾ również wykonał laparotomię w przypadku pęknięcia kiszki z zejściem niepomysłnym.

Jak widzimy, pierwsze te próby dały wyniki ujemne, wszystkie przypadki zakończyły się śmiercią.

Do roku 1892 JALAGUIER ³⁾ podaje na 14 znanych mu laparotomii podjętych przy kontuzjach brzucha z ciężkim uszkodzeniem kiszki zaledwie 2 przypadki z zejściem pomyslnem.

W pierwszym wykonał laparotomię MOTY w roku 1889 u żołnierza, którego uderzył koń kopytem w brzuch; operacja w 11 godzin po wypadku; szew na kiszkę, wyleczenie ⁴⁾. Drugi przypadek zakończony wyzdrowieniem należy do CROFT'a, chirurga angielskiego, który w 1889 r. otworzył jamę brzuszną u chłopca 14-letniego po uderzeniu kopytem w brzuch. CROFT znalazł pęknięcie kiszki cienkiej i rozdarcie krezki, wyciął uszkodzoną część kiszki i krezki i nałożył szew. Wyleczenie. Operacja była wykonana w 15 godzin po wypadku ⁵⁾.

Następnie JALAGUIER w 1892 r. w *Société de chirurgie* przedstawił młodą 12-letnią dziewczynę, której otworzył jamę brzuszną z przyczyny ropnego zapalenia otrzewnej, powstałego po upadnięciu na brzuch. 5 go dnia po wypadku operacja; okazało się, że kiszka ślepa uległa pęknięciu ⁶⁾.

Również MICHAUX miał zejście pomyslnie pomyslnie po laparotomii, podjętej u chłopca w 26 godzin po kontuzji brzucha z przedziurawieniem kiszki grubej ⁷⁾. Dalej NÉLATON na jednym z posiedzeń Towarzystwa chirurgicznego przedstawił w 1882 r. chorego, u którego skutkiem kopnięcia kopytem w brzuch pękła kiszka cienka; w 10 godzin po wypadku laparotomia ⁸⁾. W 1893 r. na 7 zjeździe chirurgów francuskich MICHAUX (*de Paris*) mówił o chorym, któremu wykonał laparotomię po gwałtownym uderzeniu w brzuch; operacja w 14 godzin po wypadku. W okolicy kontuzji znalazł przedziurawienie kiszki grubej szerokości 1½ ctm.; ranę kiszki zaszył i otrzewną oczyścił, nastąpiło wyzdrowienie ⁹⁾.

¹⁾ TRZEBICKY, l. c. str. 17.

²⁾ POSTEMPSKI. Contributo alle laparotomie eseguite per traumi addominali. Bull. della reale accad. med. di Rome. 24. II. 1889. Centralblatt. 1890. Nr. 11.

³⁾ DUPLAY et RECLUS. Traité de chirurgie, str. 365.

⁴⁾ MOTY. Contusions de l'abdomen. Revue de Chirurgie. 1890, str. 880.

⁵⁾ DUPLAY et RECLUS. Traité de chirurgie. 1892, str. 365, The Lancet. 1890.

⁶⁾ JALAGUIER. Péritonite purulente consécutive à une rupture traumatique de cœcum. Laparotomie médiane; lavage du péritoine. Guérison. Bull. et mem. de la société. de Chir. de Paris. T. XVII. Centralblt. f. Chir. 1892. Nr. 32.

⁷⁾ Revue de chirurgie. 1892, str. 180.

⁸⁾ Revue de chirurgie. 1892, str. 979.

⁹⁾ La semaine médicale. 1893. Nr. 20. Septième congrès français de chirurgie tenu à Paris du 3—8 avril. 1893.

Jestem przekonany, że nie zebrałem wszystkich odnośnych spostrzeżeń, ale i te wystarczają, aby wykazać, że laparotomia w podobnych przypadkach może uratować życie choremu, jeżeli tylko będzie podejmowana w warunkach odpowiednich. Obecnie też kwestya leczenia zranień przewodu pokarmowego przy kontuzjach brzucha stanęła tak, że jeżeli objawy kliniczne pozwalają nam wnioskować o przedziurawieniu kiszki, t. j. jeżeli mamy wymioty żółciowe często powtarzające się, bolesność brzucha, zwiększającą się przy ucisku w ograniczonym miejscu, bębnicę, lub napięcie powłok brzusznych, ciepłotę cokolwiek podniesioną, to należy przystąpić do laparotomii, uszkodzoną pętlicę kiszki odszukać i w miarę potrzeby nałożyć na nią szew, albo ją wyciąć. Objawy te wskazują już na zajęcie otrzewnej i dlatego spieszyć się wypada, aby jamę otrzewnej oczyścić od zawartości jelit i przez to przeszkodzić wchłanianiu się produktów septycznych. Ztąd też wszyscy niemal nawołują do szybkiej pomocy: wynik pooperacyjny będzie o tyle pomyślniejszym, o ile pomoc będzie okazana prędej.

W zupełności podzielić należy zdanie JALAGUIER'a ¹⁾, aby laparotomię wykonywać bezpośrednio po przypadku w tych razach, w których po kontuzji brzucha występują wymioty krwawe, oraz nader gwałtowne wzdęcie brzucha. Również spieszyć należy z operacją, jeżeli wstrząs trwa zbyt długo, tętno małe, częste, ciepłota prawidłowa lub niższa, bolesność wybitna w jednym miejscu brzucha, powiększająca się przy ucisku. W tych warunkach, mówi JALAGUIER, jeżeli zranienie kiszki nie jest zupełnie pewne, to przynajmniej bardzo możliwe, a ciężki stan chorego upoważnia nas do interwencji.

Po otwarciu jamy brzusznej w takim razie, jeżeli nawet nie znajdziemy przedziurawienia jelita, a tylko zgniecenie ściany, to laparotomia wczesna przyniesie korzyść choremu, gdyż zgniecenie takie grozi zgorzelą kiszki, wczesne zaś usunięcie tego miejsca przyspiesza wyleczenie i zabezpiecza od grożącego niebezpieczeństwa przedostania się zawartości do jamy otrzewnej. Wracając do naszych spostrzeżeń, zaznaczyć muszę, że w pierwszym laparotomię można było wykonać znacznie wcześniej, chory by na tem mógł zyskać, gdyż jama otrzewnej prędej byłaby oczyszczona, a przez to przebieg pooperacyjny mógłby być łagodniejszy. W drugim znów przypadku na powolnem postępowaniu chory nie stracił, ale też i okoliczności były nader sprzyjające, gdyż nastąpiły szybko zrosty z otaczającymi pętlicami kiszek i zawartość jelit nie przedostawała się do jamy otrzewnej.

Ale co robić w przypadkach wątpliwych, jeżeli nie mamy wyraźnych objawów przedziurawienia? Czy zachować się wyczekująco, czy też przystąpić do otwarcia jamy otrzewnej?

Znane są spostrzeżenia, w których wstrząs [szok] nie trwa zbyt długo, ani jest nader silny, bolesność brzucha nieznaczna, bębniczy niema, tętno jednak powyżej 100, oddech przyspieszony i zwolna występuje zbiór objawów, jakie przytacza VERCHÈRE przy tak zwanej przez niego *septicémie intestino-peritonéale*, roz-

¹⁾ DUPLAY et RECLUS, l. c., a także: Société de chirurgie. Séance du 12 avril, 1893. Laparotomie dans les cas moyens de contusions de l'abdomen. La semaine médicale. 1893, Nr. 23.

wijającej się skutkiem zranienia jelita ¹⁾; chorzy tacy umierają, jeżeli pozbawieni będą odpowiedniej pomocy chirurgicznej.

Mając to na względzie, BOIFFIN ²⁾ na ostatnim zjeździe chirurgów francuskich przemawiał za laparotomią próbną wcześniej podejmowaną właśnie w takich przypadkach wątpliwych; z poglądem tym zgadza się również MICHAUX. Naturalnie, że, uciekając się do laparotomii próbnej, w niektórych razach można okazać znakomitą usługę choremu, ale znów z drugiej strony, jeżeli weźmiemy pod uwagę tę okoliczność, że przy urazie brzucha często bardzo pierwsze objawy występują nader gwałtownie, wkrótce jednak słabną i chory szybko przechodzi do zdrowia, to chirurg powinien dobrze rozpatrzyć wszystkie warunki, zanim przystąpi do otworzenia jamy brzusznej. MOTY jest zdania, że przy kontuzjach brzucha spowodowanych przez uderzenie kopytem konia nie należy posługiwać się laparotomią próbną w celach rozpoznawczych; według niego wyczekiwanie i leczenie środkami odpowiednimi zawsze jest wskazane w przypadkach wątpliwych. JALAGUIER również nie radzi przystępować do laparotomii próbnej, lecz zachować się przez pewien czas wyczekująco, aż ciężkie pierwsze objawy się nie zmniejszą.

Jeżeli wstrząs szybko przechodzi, a mamy wątpliwości co do zranienia jelita, również nie spieszyłbym z laparotomią próbną, czekałbym raczej aż wystąpią więcej przekonywające nas objawy, ale skoro ukaże się szereg symptomatów, o jakich wspomina VERCHÈRE, nie zaniechałbym otwarcia jamy brzusznej. Przy laparotomii próbnej potrzeba jednak baczyć starannie, aby zabieg nasz w razie nie znalezienia przedziurawienia nie zaszkodził choremu, aby nie naraził go na nowe niebezpieczeństwo wynikające z samej operacji, gdyż szukanie uszkodzonego miejsca często jest nader trudne; dlatego też laparotomię próbną przy kontuzji brzucha wykonywać należy tylko przy odpowiedniej pomocy. MIKULICZ, omawiając kwestyę laparotomii w przypadkach przedziurawienia żołądka i jelit, powiada, że wygórowanem żądaniem ścisłego rozpoznania nie należy się przecież krępować, bo tam, gdzie niebezpieczeństwo chwilowo jeszcze zażegnane, niedostatek zupełnie pewnego rozpoznania nie upoważnia do zaniechania laparotomii, a ktokolwiek godzi się na cięcia próbne w przypadkach nowotworów brzucha, bezpośrednio niezagrażających życiu, nie może potępić cięcia próbnego w cierpieniu bezwarunkowo prawie przyprawiającem o śmierć ³⁾.

Nie będę zatrzymywał się tu nad przeciwwskazaniami do zabiegów operacyjnych w ciężkich przypadkach urazu brzucha, przypominam tylko że zbyt niska ciepłota ciała i małe, częste, ledwo wyczuwalne tętno, przy mocno rozwiniętym zapaleniu otrzewnej przemawiają przeciw operacji.

Zestawiając wszystko wyżej przytoczone, wyprowadzam następujące wnioski co do leczenia operacyjnego przy kontuzjach brzucha z obrażeniem przewodu pokarmowego.

¹⁾ MIKULICZ l. c. Przegląd lekarski. 1885. str. 209.

²⁾ VERCHÈRE. Septicémie intestino-péritonéale suite de plaies de l'intestin. Congrès français de chirurgie. 1888. Revue de chirurgie. 1888.

³⁾ La semaine médicale. 1893.

1) Lekkie uszkodzenia zwykle nie wymagają leczenia operacyjnego, ale w przypadkach tych należy mieć na względzie tę okoliczność, że po upływie pewnego czasu może nastąpić przedziurawienie kiszki.

2) Przy zgnieceniu ściany kiszki rzadko są wskazania do natychmiastowego zabiegu operacyjnego, wykonać go można później, gdy wystąpią objawy przedziurawienia, chociaż laparotomia wcześniej podjęta w tych razach nie może zaszkodzić choremu.

3) Po ustąpieniu wstrząsu przy pierwszych objawach przedziurawienia jelita natychmiast należy otwierać jamę brzuszną.

4) W niektórych razach laparotomia jest wskazana bezpośrednio lub w krótkim odstępie czasu po wypadku [przy wymiotach krwawych, długotrwałym szoku i t. p.].

5) Laparotomie próbne są usprawiedliwione w wyjątkowych razach i winny być dokonywane wyłącznie w takich miejscach, gdzie jest zapewniona pomoc odpowiednia i warunki dobre operowania.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

SCLERODERMIA.

(TWARDZIEL SKÓRY).

Podał

Maksymilian Biro.



Klasyfikacya jest rzeczą sztuczną. Tylko w umyśle naszym ukazają się przegródki, pomiędzy które staramy się ułożyć opisy zjawisk, aby się łatwiej oryentować. Niekiedy radzibyśmy byli usunąć niektóre przegródki, gdyż dane go faktu pomiędzy niemi umieścić nie możemy. Twardziel skóry należy właśnie do tych form chorobowych, dla których bardzo trudno znaleźć miejsce w przyjętej klasyfikacyi, a to wskutek jej różnorodnych objawów, dotyczących rozmaitych narządów. Trudno orzec, czy to choroba skórna, wewnętrzna, czy specjalnie nerwowa. Z tego to powodu musi ona obchodzić każdego prawie lekarza bez względu na jego specjalność.

Początek choroby jest tak mało charakterystyczny, że chory od niedawna cierpieniem dotknięty, chyba przypadkowo trafi do specjalisty. Niewiele zaś ma czasu chory do stracenia, gdyż tylko w początkowej fazie choroby można się spodziewać dobrych wyników z zastosowania odpowiednich środków leczniczych. Sądę więc, że nie będzie bezużytecznem zestawienie istniejących danych o wskazanej chorobie.

Wzmianki o objawach cierpienia, któremu GINTRAC [1847] nadał nazwę *sclerodermia*, znajdujemy u HIPPOCRATES'a, GALEN'a, BALL'a, ORIBASIIUS'a, AVICENNY, PAWŁA z Eginy, A'TIUSZA, ZACUTUS'a, LUSITANUS'a, DIEMERBROECK'a, HELWECYUSZA, STALPARTUS'a van der VIEL, JOHN'a MACHIN'a, VATER'a, CURZIO'a, CURRIE'a, HALLER'a, LORRY'ego, ALIBERT'a, STRAMBIO'a, CASANOVA, HENKE'go, BAERMANN'a, PIERQUIN'a, FONTANETTI'ego.

Pierwszy dokładny opis choroby zawdzięczamy THIRIAL'owi [1845]. Następnie ukazały się monografie VERNEUIL'a, LASÈGUE'a, GRISOLLE'a, FORGET'a,

GINTRAC'a, RILLIETA, BARTHEZ'a, GILLETE'a, ARNING'a, BOUTTIER'a i LEWIN'a
Sclerodermia zdarza się przeważnie u kobiet [BOUTTIER] [3:1]. Ukazuje się u ludzi rozmaitego wieku [13 miesięcy do 76 lat] i rozmaitych warstw społecznych. Wpływ rasy i klimatu nie został dotychczas rozstrzygniętym. Z czynników etyologicznych zaznaczyć należy zaziębienie, wahania ciepłoty i przemoknięcie ciała. Prawdopodobnie ulegający tej chorobie mają pewne do niej usposobienie, wyliczone zaś czynniki uważać musimy tylko za jej powody. Sprzyjającym dla niej gruntem mają być osobniki, dotknięte zółtami, blednicą, małokrwiistością, zapaleniem nerek, ogólnem wycieńczeniem, wadą serca. Zjawia się ona następczo po malarii, gościecu, szkarlatynie. Na trzy choroby zwłaszcza kładą szczególny nacisk w szeregu czynników etyologicznych: na zapalenie płuc, malarię i różę. Niektórzy przemawiają za urazowem pochodzeniem cierpienia. Zdarzały się wybuchy tej choroby po ropniach, owrzodzeniach i ciężkich porodach. HOPPE-SEYLER broni pasożytniczego pochodzenia choroby. Badania jednak WALTERS'a, NICOLAIER'a i DINKLER'a nie potwierdzają jego poglądu. MERY sądzi, że są dwa rodzaje twardzieli skóry: jeden pochodzenia trofoneurotycznego, drugi zakaźnego.

Gdy w szeregu zjawisk pewnego gatunku spostrzegamy, że niektóre z tych zjawisk stale występują z nieco różnemi od reszty właściwościami, kierowani zmysłem klasyfikacyjnym, mimowoli myślimy o utworzeniu w danym szeregu pewnych podszeregów, a czasami nawet o rozbiściu go na szeregi samoistne. Objawy, właściwe sklerodermii, ukazują się często wyłącznie na palcach, niekiedy na ograniczonej przestrzeni, innym razem w formie rozlanej; nieco odmiennie znów przedstawiają się u dzieci, niż dorosłych. To też podług niektórych istnieje oddzielna forma, *sclerodactylia*, „*morphea*“, *sclerodermia diffusa i circumscripta*; inni odróżniają *sclerodermia neonatorum* i *adultorum* [GILLET, PASTURANT, AUSPITZ, LIEHR]. HENOCH utrzymuje, że *sclerema neonatorum* występuje w postaci istnej sklerodermii, lub też obrzęku, że czasami obie formy ukazują się jednocześnie, a w innych razach zjawiają się następczo.

HEBRA odróżnia dwie formy, z których jedna odpowiada twardzieli dorosłych, a druga się od niej tem różni, że powiklaną bywa przez obrzęk.

Na jakikolwiek podział sklerodermii na oddzielne formy trudno się pisać; ani przebieg [WOLTERS, SIEBERT, FRUCHTMANN, BRETON, NEUMANN, PIFFARD, BOUTTIER, BERNHARDT, SCHWABACH, HARDY, GRAHAM, DUCKWORTH, MONSCHAU, PLATE; WERNICKE, MOSLER, ECKSTROEM, GRISOLLE, BINZ, LIEHR, HOLLEFREUND, HALLER, CRUSE, DICKINSON, SCHULTZE], ani dane anatomo-patologiczne nie usprawiedliwiają podziału jej na twardziel noworodków i dorosłych. AUSPITZ uważa je za jedną formę chorobową; ostry jej przebieg u noworodków z zejściem śmiertelnem objaśnia on słabą odpornością ustroju.

To samo da się powiedzieć o sklerodermii ograniczonej i rozlanej. Obie formy mogą występować u jednego osobnika i jedna forma może przejść w drugą. Badania anatomo-patologiczne również przemawiają za tożsamością sprawy w obu formach [WOLTERS].

Spostrzeżenia kliniczne i badania anatomo-patologiczne nie wystarczają też do uznawania „*Morphea*“ za oddzielną formę chorobową. Niektórzy utożsamiają istotę choroby twardzieli i zanik utwarzy [ROMBERG, EULENBURG, GAJKIEWICZ], inni kombinację tych form uważają za prosty przypadek [BALL].

Cierpienie palców w przypadku MIRAULT'a na zasadzie danych anatomo-patologicznych WOLTERS zalicza do sklerodermii. BALL, HALLOPEAU, DUFOUR, LÉPINE, LAGRANGE, SENATOR, EMMINGHAUS uważają sklerodaktylię za formę oddzielną.

Dla niespecjalistów miałyby w danem cierpieniu szczególne znaczenie objawy zwiastunne. W większości opisanych przypadków niestety ich nie podano.

Na fakt ten, warto było by zwrócić szczególną uwagę, nie można bowiem być pewnym, czy we wskazanych przypadkach chorzy ich w samej rzeczy nie doznawali, czy też zamilczano o nich ze względu na to, że występowały całe miesiące lub lata przed ukazaniem się właściwych objawów cierpienia.

Opisano jednak cały szereg przypadków z objawami zwiastunniemi. Najczęściej ukazują się w okresie zwiastunnym objawy skórne, dość często neuralgie [GAJKIEWICZ] lub zaburzenia naczynio-ruchowe, czasami *asphyxia*, bardzo rzadko gorączka. Spotykamy wówczas swędzenie stałe lub przemijające, niekiedy wraz z uczuciem gorąca lub zimna, darcie, klucie, uczucie pelzania mrówek, koła („zona”) większych i mniejszych pęcherzyków (*Pemphigus*), wzmożoną lub zmniejszoną czynność gruczołów potowych; neuralgie, często występujące zupełnie na innych miejscach, niż te, które zostają później dotknięte cierpieniem. lekkie zaczerwienienie [GAJKIEWICZ], szybko znikające, niekiedy pozostawiające po sobie nieznaczne łuszczenie lub miejscową bladłość skóry z uczuciem zimna lub zdrętwienia, plamy sine, przechodzące później w białe i kombinujące się wówczas z obrzękiem [BOUQUIER]. Po tych objawach zaczyna się dopiero właściwa sprawa chorobowa.

Wyraża się ona objawami skórnymi, mięśniowymi, zaburzeniami ze strony układu naczyniowego, narządów oddechowych, przewodu pokarmowego, nerek i układu nerwowego.

Najwybitniejsze objawy spostrzegać się dają ze strony skóry i oto dlaczego największą uwagę zwrócili na chorobę tę dermatologowie.

Zmianie ulegają: zabarwienie skóry, jej konsystencya, działalność wydzielnicza jej gruczołów, uwłosienie i ciepłota.

Po nad wszystkimi objawami skórnymi dominuje zmiana konsystencyi. Jest to jedyny objaw skórny w danem cierpieniu, który występuje stale.

Konsystencya skóry zmienia się w większości przypadków trzykrotnie i odpowiednio do zachodzących w niej zmian, można 3 odróżnić fazy: fazę obrzęku, stwardnienia i zaniku.

Lecz, jak i w innych cierpieniach, nie w każdym przypadku spostrzega się wszystkie fazy i nie zawsze fazy przebiegają z jednakiem natężeniem.

Niekiedy obrzęk jest znaczny, w innych razach ledwo dostrzegalny, w pewnych przypadkach długotrwały, w innych znika tak szybko, że go lekarz nie ma sposobności zauważyć. We wszystkich zaś przypadkach, w jakich obrzęk występuje, zawsze się tem odznacza, że dotknięcie nie pozostawia na obrzękłych częściach zagłębienia.

W wielu razach najmocniej występuje naprężenie skóry i jej sztywnienie. Na skutek tego często zostają utrudnione, a nawet i uniemożliwione, wszelkie ruchy [GAJKIEWICZ].

Stwardniałe części nie odgraniczają się ostro od zdrowych. Ogniska stwardniałe powiększają się w kierunku ku obwodowi, łączą się z sąsiednimi, niekiedy zaś, prawa szerzy się przeskokami.

Powierzchnia skóry jest gładką, fałdy i t. d. prawie zupełnie znikają; nadzwyczaj trudno ująć skórę w fałdę i wyczuć przez nią tętno, czasami nie sposób nawet wkluć w nią igłę [GAJKIEWICZ]. Niekiedy skóra robi po prostu wrażenie drzewa, kamienia, marmuru.

Ku stwardniałym ogniskom schodzą się fałdy i przez to ściąganie zdrowej skóry ku dotkniętym ogniskom sąsiednie części ulegają szarpaniu. Skóra staje się za ciasną dla części głębiej leżących, uciska je, jak ciasny futerał. Gdy stwardnienie szerzy się około stawów, kończyny nabierają pewnego stałego położenia, nie mogą wykonywać ruchów. Utrudnienie ruchów niekiedy powstaje wskutek zmian w mięśniach. Gdy stwardnienie dotyczy twarzy, powieki nie mogą dokładnie przykryć oczu, ustaje wszelka mimika; twarz nabiera wyglądu maski. Przejście stwardnienia ze skóry twarzy na błonę śluzową ust i języka

utrudnia wymowę. Staje się również utrudnionem i oddechanie wskutek stwardnienia skóry, pokrywającej klatkę piersiową. Zesztywnienie szyi spowodza unieruchomienie głowy; człowiek staje się podobnym do posągu.

Przy *sclerodermia circumscripta* zmiany różnią się tylko od opisanych pod względem ilościowym.

Następuje trzeci okres. W niezmiernie rzadkich przypadkach przerost znika i wszystko powraca do stanu prawidłowego; najczęściej jednak po przerostcie następuje zanik skóry. Skóra staje się bardzo cienką, niekiedy jak papier. Jest ona w dalszym ciągu zrośnięta z głębszemi warstwami, nie daje się ująć przeto w fałdę; przykurczenia stają się jeszcze większe. Człowiek ma wygląd szkieletu, obciągniętego cienką, mocno doń przylegającą skórą, powieki są krótkie, nie pokrywają gałek ocznych, nos cienki i długi, wargi wąskie, utrudniające otwieranie ust; ulegają zanikowi w większym stopniu jeszcze błony śluzowe.

Zmiana konsystencji skóry jest objawem stałym, charakterystycznym, spostrzeganym przez wszystkich badaczy. Inne zmiany mogą tylko poprzedniej towarzyszyć, więc właściwie choroby nie cechują.

Niektóre z nich są w pewnym, jakkolwiek luźnym, związku z cierpieniem, inne zaś nie wspólnego z chorobą nie mają. Pewne objawy ukazują się w niektórych okresach cierpienia, przy pewnym jego natężeniu, przy pewnych jego formach, inne zaś występują zupełnie niezależnie. Oto przyczyna sporu badaczy co do objawów choroby, oto przyczyna niezgodności ich opisów.

W pewnej zależności od okresu i natężenia choroby pozostaje wydzielnicza działalność, uwłosienie, stan ciepłoty skóry i stan jej wrażliwości.

W pierwszym okresie cierpienia zdolność wydzielnicza skóry jest normalną, wzmaga się w okresie obrzęku, a w okresie zanikowym jest zmniejszoną, a niekiedy nawet zupełnie zniesioną [przypadki KOEBNER'a, GAJKIEWICZA, PAULICKIEGO, SPIELER'a, KOEHLER'a]

W niektórych przypadkach włosy są całkowicie zachowane w innych na pewnych tylko częściach ciała, w innych znów całkowicie zniszczone. Stan włosów prawdopodobnie zależy od stanu naczyń skóry i stanu gruczołów łojowych.

Ciepłota skóry jest w pierwszym okresie cierpienia wzmozoną, w późniejszych normalną, a w końcu nawet subnormalną.

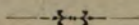
Stan wrażliwości skóry, zdaniem WOLTERS'a, zależnym jest od natężenia cierpienia. Taki jedynie wniosek można rzeczywiście wyprowadzić z najróżnorodniejszych zdań autorów o tym przedmiocie.

Zupełnie niezależnym od okresu i natężenia cierpienia, najmniej stałym objawem jest odmienne zabarwienie skóry. Niektórzy badacze uznają je za objaw nieważny, inni zupełnie go nie uznają, inni spostrzegali go w słabym stopniu. Ci badacze, którzy spostrzegali odmienne, niż w stanie normalnym, zabarwienie skóry, nie zgadzają się co do samej barwy. Opisują plamy białe, czerwone, których części środkowe w późniejszych okresach stają się białemi, fioletowe, z czasem stające się brunatnemi u obwodu, lilijowo-brunatne na świeżych ogniskach cierpienia, a ciemniejsze na starszych, żółtawo-białe, czerwone brunatne, podobne do plam wątrobianych [GAJKIEWICZ]. Niekiedy występują wybroczyny, petocie, purpura. Na skórze, dotkniętej twardzielą często spostrzegamy owrzodzenia lub inne zmiany, jak: *erythema*, *zona*, *impetigo*, *ecthyma*, *eczema*, *acne*, rozszerzenie żył, *anasarca*, pokrzywkę, *lichen tropicus*, chorobę ADDISON'a, ospę, różę, ropnie.

Niektórzy uznają powyższe objawy za charakterystyczne dla twardzieli, inni tylko za jej powikłania.

W takiż sam sposób podzielone są zdania co do spotykanych przy twardzieli zakłóceń ze strony innych narządów, jak: układu naczyniowego, narządów oddechowych, trawienia, nerek i układu nerwowego. [C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



76. Bernhardt. O drgawkach klonicznych, ograniczonych do mięśni łydkowych (*mm. peron. longus et brevis*).

U chłopca 11-letniego, z nerwowej pochodzącego rodziny, po przebyciu szkarlatyny wystąpiły drgawki kloniczne, ograniczone do wymienionych dwu mięśni kończyny dolnej prawej. Drgawki te odbywają się 130—140 razy na minutę, bez żadnej przerwy, dniem i nocą, nawet przy staniu i chodzeniu, obu tych aktów wszakże nie utrudniają. Oprócz zwykłych oznak skurczu odpowiednich mięśni, zdradzają się one jeszcze szmerem, powstającym od uderzenia ścięgna kurczącego się mięśnia w rowek kości po za *malleolus ext.* Ruchy dowolne wszystkie przy tem są zachowane, niema nigdzie żadnych bólów, ani znieczuleń, nawet w obrębie czuciowych gałązek *n. peronei superficialis*. Pobudliwość elektryczna mięśni, drgawką dotkniętych, całkowicie prawidłowa. Z tyłu w dolnej $\frac{1}{3}$ części goleni znajduje się blizna po usuniętej operacją przed laty ośmiu igle, tam wpechniętej, ucisk wszakże na tę bliznę nie sprawia żadnego bólu i nie wywiera na drgawki żadnego wpływu. Nieco powyżej główki *tibiae* z tyłu znajduje się punkt bolesny, ucisk wszakże, ani nawet anoda strumienia galwanicznego, zastosowanego na to miejsce z dość dużą siłą i przez czas dłuższy, nie wpływają wcale na drgawki, które ustępują tylko pod wpływem silnego prądu przerywanego i tylko podczas trwania prądu, wywołującego silny toniczny skurcz mięśni dotkniętych. Zmiana pozycyi stopy z *pes vulgus* na *varo equinus*, jak również ucisk tuż poza *malleolus ext.* na ścięgno, okazują się także chwilowo skutecznymi.

Za przyczynę tego ciekawego przypadku trudno przyjąć ciało obce, wetknięte przed 8 laty, gdyż drgawki wystąpiły dopiero przed niespełna rokiem. Główną uwagę pod względem etyologicznym zwrócić tu należy na szkarlatynę, jeszcze zaś więcej na dziedziczność nerwową, która jeszcze przed wybuchem tej infekcyi powodowała u chorego różne zaburzenia nerwowe, jak: bóle głowy i objawy należące do histeryi (*chorea magna*).

Pod wpływem leczenia, polegającego na zimnych nacieraniach, umiarkowanych dawkach bromku potasu [1—2 gr. dziennie], stawianiu od czasu do czasu stopy w pozycyi *pedis varo-equini* nastąpiło wyleczenie. W niektórych podobnych razach trzeba robić naciąganie nerwu, przecięcie ścięgna i leczyć ogólnie układ nerwowy.

Z wielce nielicznych w literaturze przypadków tego rodzaju, bardzo podobnym do danego jest przypadek DUCHENNE'a, ze względu na istniejącą współcześnie płasawicę. JOBERT DE LAMBALLE opisał drgawki w *m. peroneus brevis* pod wpływem zaziębienia, CONCATO drgawki w stopie, przypuszczalnie zależne od poprzedzającego zapalenia stawów, LAQUER „*Redialiskrampf*“, KLEMPERER i KOCH drgawki w *m. ilco—psoas* i *sartorius*, FR. SCHULTZE wreszcie dwa razy: 1) w *m. pectoralis* i *mm. supinatores femoris*; 2) objawy spastyczne przeważnie w *m. tensores fasciae latae*, jak również w mięśniach wyprostnych uda i *mm. recti abdominis*.

(Berl. klin. Woch. Nr. 17. 1893).

Mieczysław Goldbaum.

77. Dinkler. O zasadności i skuteczności leczenia wiađu rdzenia rťcią.

Nauka FOURNIER-ERB'a o etyologicznem znaczeniu syfilisu dla wiađu rdzenia, pomimo podawania jej w wãtpliwosć ze wzgľedu na wielokrotnã bezskutecznořć leczenia swoistego, utwierdza się coraz więcej nietylko na podstawie

klinicznych spostrzeżeń, lecz i danych anatomo-patologicznych, wykazujących współcześnie sprawy syfilityczne i stwardnienie tylnych pęczków w przypadkach, przebiegających pod postacią typowego władu rdzenia. Pomimo to w praktyce zauważyć się daje pewna obawa przed szkodliwymi jakoby skutkami środków przeciwsyfilitycznych, obawa niezem nienzasadniona w obec znacznie przeważającej ilości przypadków, zakończonych poprawą. RUMPF, EISENLOHR, BENEDIKT, STRUEMPELL, HAMMOND, SCHULZ i wielu innych, oświadczyli się stanowczo za swoim leczeniem władu, które u niektórych badaczy, jak np. BENEDIKT'a, doprowadziło w pewnej liczbie przypadków do zupełnego nawet wyleczenia. Jedyny tylko TARNOWSKI odmawia takiemu leczeniu słuszności, twierdząc, że wład rdzenia powstaje wskutek wrodzonego usposobienia, syfilis przeto odgrywa tu tylko rolę czynnika osłabiającego osobniki predysponowane.

Przyjrzyjmy się rezultatom, osiągniętym tak w praktyce prywatnej, jak i w klinice przez ERB'a, w 71 przypadkach władu rdzenia, stanowiących przedmiot pracy, którą streszczam.

Na 71 przypadków, leczonych wcieraniami szaruchy i jodkiem potasu, otrzymano w 58-iu poprawę, 11-tu nie osiągnięto żadnego skutku. 2 zaś zakończyły się śmiercią w 2—7 miesięcy po wcieraniach szaruchy. Jeśli zważymy, że w jednym z dwu ostatnich przypadków były ciężkie objawy mózgowe, te zaś w połączeniu z władem rdzenia, jak wykazał NAUNYN na licznych spostrzeżeniach, nie ustępują pod wpływem leczenia rtęciowego; że po największej części następstwem leczenia rtęcią była poprawa stanu ogólnego chorych, której towarzyszył przyrost wagi; że wreszcie jeden z tabetyków w ciągu lat 6-iu wtarł około 4000 gramów szarej maści, bez szkodliwych następstw: jeśli zważymy to wszystko, wtedy zejście fatalne w pomienionych dwu przypadkach przypisać będziemy musieli albo zbyt małej ilości zużytej rtęci, albo nieskuteczności jej, co zawsze wobec różnych warunków, konstytusji chorego, czasu trwania choroby i t. d. przewidywać należy.

W 58 przypadkach z poprawą nie wszystkie objawy ulegały jednakiemu polepszeniu; zaburzenia czuciowe: parestezye i bóle neuralgiczne, jak również obiektywne zmiany dotykowe lub bólowe, znikały zupełnie, lub też występowały rzadziej i z mniejszą siłą. Bardzo uporczywymi były tylko t. zw. *crises*, zarówno *gastriques*, jak *vésicales*, *anales*, *laryngées* i t. d.. Ataksya ustępowała również zupełnie lub zmniejszała się, tylko na różny przeciąg czasu, nie wykazując wszakże żadnego związku z przebiegiem zaburzeń czuciowych. Zaburzenia ruchowe, od łatwego nużenia się do wysokiego stopnia parezy, poprawiały się tak dalece, że w niektórych przypadkach chorzy, którzy poprzednio bez znużenia nie mogli chodzić kilka minut, szli dość łatwo kilka godzin, a nawet wchodzili na góry. Odruchy ścięgniste zatrzymywały się na różnych stadyach, zwykle ich zupełny zanik poprzedzających, często zaś nawet powracały po zupełnym ich zaniku. Z zaburzeń narządu wzrokowego, najłatwiej się poprawiały porażenia mięśni zewnętrznych oka, znacznie rzadziej występowała poprawa w mięśniach wewnętrznych; leniwa reakcyja źrenic stawała się niekiedy znów żywą, a nawet zupełny jej brak bywał niekiedy z jednej lub obu stron usunięty.

Nawet zanik nerwu wzrokowego ulegał często zbawiennemu działaniu rtęci. W jednym przypadku chory, który z powodu ambliopii sam kroku zrobić nie mógł, po 56 wcieraniach, po 5,0 każde, mógł się nawet ślizgać. Ze strony pęcherza i odbytu, jak również sfery płciowej, dawała się także zauważyć poprawa tak pod względem objawów podrażnienia tych narządów (*ischuria*, *polucye*) jak i ich osłabienie (*incontinentia*, *obstipatio*, *impotentia*). Wreszcie zauważyć należy, że zwykłą rzeczą u tych chorych był przyrost wagi o 4—5 kgr. w ciągu 1—1½ miesiąca, nawet przy zwykłej dyecie.

(Berl. klin. Woch. 15, 16, 17, 18, 20).

Mieczysław Goldbaum.

78. A. Bargebuhr. Ascites chylosus et chyloformis.

Autor opisuje przypadek, obserwowany na klinice prof. SENATOR'a, dotyczący 51-letniej kobiety, oddawna kaszłającej, u której z powodu wodnej puchliny w ciągu 2 miesięcy 3-krotnie wypuszczano po 8 litrów płynu. Przy przyjęciu chorej do kliniki rozpoznano gruźlicę płuc i złośliwą sprawę, odbywającą się w otrzewnej i narządach brzusznych. Przez czas pobytu w klinice chora całkiem nie gorączkowała, raz tylko po wstrzyknięciu tuberkuliny ciepłota ciała podskoczyła następnego dnia do 38,3° C. Mocz wydzielal się w prawidłowej ilości i nie zawierał składników patologicznych.

Zaraz nazajutrz okazała się, z powodu silnej duszności, potrzeba wypuszczenia płynu z jamy brzusznej; ilość wypuszczonego, mętnego, mleczno-białego, zlekką połykującego płynu wynosiła 9000 sześc. cm., ciężaru właściwego 1,009, o odczynie zasadowym; pod drobnowidzem wykryto nieliczne krople tłuszczu, twory komórkowe i pojedyncze leukocyty. Podczas pobytu chorej w klinice jeszcze 6 razy rękoczyn ten musiano powtarzać, tak, że w przeciągu 38 dni wypuszczono jej w 7 posiedzeniach 59 litrów płynu, który posiadał mniej więcej te same własności, zawierał 0,3—0,5% cukru, tłuszczu zaś bardzo mało. Po upływie tego czasu chora zmarła. Rozpoznanie anatomiczne brzmiało: *Phthisis pulmonum partialis ulcerosa. Carcinoma pancreatis cum disseminatione. Peritonitis carcinomatosa. Carcinomata submiliaria peritonei et hepatis. Carcinomata metastatica hepatis. Infiltratio carcinomatosa vasorum lymphaticorum intestinorum. Ascites chylosus. Atrophia fusca myocardii.* Autor sądzi, że miał tu do czynienia z *ascites chylosus*, ponieważ płyn zawierał cukier, a już SENATOR zwrócił uwagę, że tam, gdzie w płynie z jamy otrzewnej znajduje się cukier w ilości, dającej się oznaczyć, mamy do czynienia z mleczkiem (*chylus*), naturalnie, jeżeli przedtem wykluczono możliwość cukrową. Ponieważ przy badaniu pośmiertnem nie stwierdzono żadnych rozleglejszych uszkodzeń naczyń chłonnych, lub mlecznych, przeto wnioskuje autor, że mleczko mogło się dostać do jamy brzusznej drogą przesiąkania przez osłabione ścianki naczyń.

Następnie zajął się autor zestawieniem 75 odnośnych przypadków, notowanych w literaturze, z których 5 ogłoszono w języku łacińskim, 28 w niemieckim, 22 we francuskim, 19 w angielskim i 1 we włoskim. Po odrzuceniu 7 przypadków, jako niezbyt jasnych, pozostałe 63 dzieli autor podług systemu SENATOR'a na 2 kategorie puchliny brzusznej: 1) puchlina brzuszna mleczkowa (*ascites chylosus*) i 2) puchlina brzuszna tłuszczowa (*ascites chyloformis s. adiposus*). Do pierwszej kategorii, t. j. do *ascites chylosus* zalicza autor 48 przypadków, z których w 15 stwierdzono pęknięcie naczyń mlecznych lub chłonnych; dwa razy przedziurawienie naczyń mlecznych wskutek obecności *filariae sanguinis hominis*. Wiek, płeć, rasa, zatrudnienie i warunki życiowe nie wywierają żadnego wpływu na występowanie choroby.

Do grupy *ascites chyloformis s. adiposus* zalicza autor 20 przypadków, z których 2 prawdopodobnie są mieszane.

Najczęstszą przyczyną [7 razy] okazała się gruźlica [gruczołów, otrzewnej, prosówkowa], rak narządów brzusznych [4 razy], marskość wątroby [3 razy]; 1 raz przyczyną była nadmierna zawartość tłuszczu we krwi (*lipaemia*).

Z zestawienia okazuje się, że wyniki, jakie z badania chemicznego płynów przy obu wzmiankowanych postaciach otrzymano, bardzo się od siebie różnią; zresztą przypadki, w których badanie to uskuteczniiono, nie są zbyt liczne. Ciężar właściwy, podany w 23 przypadkach, wahał się pomiędzy 1007 a 1026, przeciętnie wynosił 1016. Różnicy w odczynie i w ciężarze właściwym płynów w przypadkach *ascites chylosus* z jednej strony a *ascites chyloformis* z drugiej zauważyć nie można.

Rozpoznanie jest trudne i niemożliwe bez obejrzenia otrzymanego drogą przekłucia płynu. Objawy są takie same, jak i przy zwyczajnej puchlinie ogólnej. Rokowanie przy *ascites chylosus* jest złe [z 48 pacjentów zmarło 34, wyleczono 6, stan się polepszył u 1, w 8 przypadkach nie podano zejścia]. Leczenie polega tylko na usuwaniu niebezpiecznych objawów i na podtrzymywaniu sił.

(*Deutsches Archiv für klin. Med.* Band 51. Heft 2 u. 3. S. 161—192).

Józef Winiarski.

79. Behring, Boer i Kossel. O leczeniu błonicy za pomocą surowicy leczniczej.

Leczenie ludzi surowicą owiec uodpornionych przeciwko błonicy zostało rozpoczęte dopiero po przeprowadzeniu uprzednich doświadczeń na zwierzętach. Świnkom morskim, po zaszczepieniu dziesięciokrotnej najmniejszej zakaźnej dawki dwudniowej hodowli laseczników błonicy, autorzy wstrzykiwali „prawidłową leczniczą surowicę“ pod skórę w stosunku 1 : 5000 wagi [czyli 1 : 50000 po zaszczepieniu zwykłej zabójczej dawki]. Objawy z początku u tych zwierząt występowały też same, co i u nieleczonych, lecz po 8 dniach u zdrowiejących zwierząt na miejscu nacieczenia powstawał strup, po odpadnięciu którego u jednych zwierząt pozostawała promienista blizna, nieporosła włosom, u innych zaś, które można już uważać za uodpornione na potem — nie pozostawało żadnego śladu na miejscu zakażenia. Podobne wyniki otrzymano też przy szczepieniu, zamiast hodowli, jadu błonicowego w ilości 0,8 ctm. sześć., tylko surowicy trzeba było wstrzykiwać więcej, w stosunku 1 : 100, np. na 500 grm. wagi, dla uleczenia zakażonego zwierzęcia wystarczyło 0,1 ctm. sześć. surowicy, a dla zatrutego trzeba było 5 ctm. sześć.. Z 11 dzieci, leczonych tą metodą, zmarło 2 [18%, a zwykła śmiertelność 50—60%], z których jedno pomimo zniknięcia nalotów i laseczników zmarło wskutek zwyrodnienia tłuszczowego serca i innych narządów, drugie zaś było jednocześnie dotknięte gruźlicą. Wstrzykiwano dzieciom po 20 ctm. sześć., poczem przebieg stawał się łagodniejszym, choć tylko dwa przypadki były lżejsze. Sposób otrzymania surowicy ilustrują autorzy następującym przykładem: owcy o wadze 54 kilg. upuszczano w odstępach 14 dniowych po 250—500 ctm. sześć. krwi i gdy się okazało, że surowica posiada dostateczną odporność, upuszczono 750 ctm. sześć. krwi, którą wstawiono na 2 dni do lodowni; otrzymaną surowicę zlano do flaszki, posiadającej na dnie chloroform, a po wyklarowaniu się surowicy dodano 0,6% kwasu karbolowego. Płyn taki jest zupełnie nieszkodliwym dla ludzi. Potem należy określić: 1) siłę uodpornienia i 2) siłę leczniczą surowicy przeciw zakażeniu, oraz 3) siłę uodpornienia i 4) siłę leczniczą przeciw zatruciu. W tym celu brano 5 świnek morskich i szczepiono im 10-krotną minimalną dawkę 2-dniowej hodowli laseczników, t. j. zamiast 0,0025 ctm. sz. 0,025 ctm. sz., a na 14 godziny przedtem wstrzykiwano 3-em z nich średniej wielkości po 0,1; 0,01 0,0002 ctm. sz. surowicy; dwóch świnek największą i najmniejszą, nie leczono dla kontroli. Tak samo postępowano ze świnkami zatrutymi 0,8 ctm. sz. jadu, surowicy tylko wstrzykiwano im po 1—3 ctm. sz.. W ogóle dla określenia leczniczej siły surowicy przeciw zatruciu wstrzykiwano 6 razy więcej, niż dla uodpornienia. Na zasadzie tak prowadzonych z zachowaniem wszelkich ostrożności doświadczeń autorzy twierdzą, że 1) leczenie surowicą, zastosowane przed wybuchem pojedynczych objawów, zapobiega chorobie, 2) wstrzymuje dalszy rozwój już wybuchłej choroby i 3) usuwa ciężkie objawy i ułatwia zwrot ku lepszemu.

(*Deutsche med. Wochenschrift.* Nr. 17, 18. 1893).

L. W.

Wiadomości bieżące.

— Aleuronat, przygotowywany z pszenicy przez HUNDHAUSEN'a, stanowi tani, obfitujący w białko środek odżywczy, który dodany do innych pokarmów zwiększa ich pożywność. Otóż D-r EBSTEIN podaje sposoby przygotowania z niego chleba o 27,5 i 50% zawartości białka [w suchej substancji]. W tym celu poleca wziąć 600 grm. pszennej mąki, 150 aleuronatu, 20 drożdży, 0,5 litra mleka, $5\frac{1}{2}$ grm. soli i 1 grm cukru. Po dobrem zmieszaniu aleuronatu i mąki przy 30° C. i następnem dodaniu letniego [30° C.] z drożdżami i cukrem mleka, wstawia się wyrośnięte [przy 30° C.], niezbyt ngniecione ciasto do pieca na $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ godziny, poczem upieczony chleb można już tegoż dnia spożywać. Dla otrzymania żytniego chleba bierze się 1200 grm. mąki, 300 aleuronatu, 30 kwaśnego ciasta, 12 soli i 1,5 litra letniej wody. W celu przygotowania chleba zawierającego 50% białka bierze się po 250 grm. aleuronatu i mąki pszennej, 350 grm. mleka, 40 drożdży, 4 soli, białko z 2-ch jajek i 1 grm. cukru. Prócz tego możliwe są jeszcze rozmaite inne kombinacye. Chleb, przygotowany w ten sposób, jest bardzo smaczny i zasługuje, podług autora, na zalecenie przy cukromoczu i innych wyniszczających cierpieniach. (*Deutsche medicinische Wochen. Nr. 18. 1893*).

L. W.

— Badania krwi przy syfilisie były już wielokrotnie robione, jednakże rozmaici badacze do różnych dochodzili wniosków; świeżo zajęli się tą kwestyą prof. NEUMANN i D-r A. KONRIED. Badali oni u 160 chorych dotkniętych syfilisem parokrotnie krew na zawartość w niej czerwonych i białych ciałek krwi i na ilość hemoglobiny, przyczem doszli do następujących wniosków: 1) w okresie pierwotnego syfilitycznego wrzodu ilość hemoglobiny zmniejsza się o 15—30%; zmniejszenie to trwa podczas pojawiania się wysypki oraz na początku leczenia, pod wpływem którego jednak ilość hemoglobiny stopniowo powraca do stanu prawidłowego; natomiast ilość czerwonych krążków w okresie pierwotnego syfilitycznego wrzodu pozostaje niezmienną, z chwilą wystąpienia jednak wtórnych objawów syfilisu ulega zmniejszeniu o $\frac{1}{3}$ prawidłowej ilości, pod wpływem zaś swoistego leczenia powraca do stanu prawidłowego; 2) przy starych i nieleczonych wtórnych objawach syfilisu zawartość hemoglobiny ulega zmniejszeniu do 45—70%, ilość zaś czerwonych ciałek również zmniejsza się o $\frac{1}{3}$ prawidłowej liczby; pod wpływem swoistego leczenia ilość czerwonych krążków powraca do stanu prawidłowego, podczas gdy zawartość hemoglobiny wprawdzie się powiększa, do stanu prawidłowego jednak nie powraca; 3) przy trzeciorzędnych objawach syfilisu również zawartość hemoglobiny, jak i ilość czerwonych krążków krwi ulega zmniejszeniu; liczba tych ostatnich wynosi w tym okresie przeciętnie 4,000,000; tak samo, jak i przy wtórnych objawach, pod wpływem swoistego leczenia, liczba czerwonych ciałek dosięga prawidłowych granic, ilość zaś hemoglobiny powiększa się, lecz do stanu prawidłowego nie powraca; 4) ilość białych ciałek krwi zwiększa się równolegle ze zmniejszeniem podczas choroby liczby czerwonych krążków i na odwrót, w miarę wzrastania ilości czerwonych ciałek stopniowo powraca do stanu prawidłowego. (*Wiener klin. Woch. 1893. Nr. 19*).

J. W.

— F. KUHN na zasadzie doświadczeń nad antyseptycznem działaniem benzonaftolu na zewnątrz ustroju, zarówno jak i na zasadzie obserwacji klinicznych, twierdzi, że środek ten wcale nie wywiera w kiszczach działania antyseptycznego, jakie mu przypisują: YVON, BERLIOZ, DOMINICI, GILBERT, EWALD, BRÜCKE i inni. (*Deutsche med. Woch. 1893. Nr. 19*).

J. W.

— L. STEFANOWICZ opisuje w Nr. 20. *Wiener klin. Wochen.* z r. b., obserwowane przez siebie przypadki zapalenia nerek, powstałego w przebiegu zimnicy (*nephritis malarica*). We wszystkich trzech przypadkach udało się mu wykryć plazmodye zimnicy, a mianowicie w 2-ch miały one postać *Haemamoeba malaricae*, w trzecim zaś *Laverania malaricae*. Ogólny stan chorych był bardzo ciężki, obrzęki znaczne, w moczu mnóstwo białka i liczne wałki nerkowe. Pod wpływem przeciwwzimmicznego leczenia [3 razy dziennie po 0,5 *chinini hydrochlorici*] stan chorych szybko się poprawiał; po upływie krótkiego przeciągu czasu [20—22 dni] chorzy całkiem wyzdrowieli.

J. W.

— YAMAGIWA. Wpływ tuberkuliny na przebieg gruźlicy u świńek morskich i królików. Wnioski: 1) Wstrzykiwania tuberkuliny na przebieg gruźlicy u świńek morskich i królików ani dodatniego, ani ujemnego wpływu nie wywierają. 2) Ogniska gruźlicze pod wpływem tuberkuliny nie ulegają nekrozie. 3) W ogniskach gruźliczych u zwierząt leczonych widzieć można niekiedy więcej ciałek białych, niż u zwierząt kontrolujących. 4) U dwóch królików sprawa gruźlicza, powstała na miejscu wstrzykiwania laseczników KOCH'a, mogła być uwa

żaną za wyleczoną tuberkuliną. 5) Laseczniki gruźlicze, przeszczepione z ogniska metastatycznego w płucach jednego leczonego królika śwince morskiej, rozwijały się dalej. (*Virch. Arch. B. CXXXIX*).
A. Ch.

— Dnia 6 czerwca r. b. obchodzono jubileusz 50-letniej działalności lekarskiej i społecznej D-ra LUDWIKA NATANSONA.

Jubilat urodził się w Warszawie w r. 1822; medycynę studiował w Wilnie i w Juryewie [Dorparcie]; od r. 1843 rozpoczyna się działalność jego w Warszawie. Obok rozległej praktyki zajmował się zawsze kwestyami naukowymi i społecznymi. Jako bardzo ważną jego zasługę należy przede wszystkim zaznaczyć założenie wspólnie z HELBICHEM i LE BRUNEM w r. 1847 „Tygodnika Lekarskiego“, pierwszego czasopisma lekarskiego polskiego, jeżeli pominiemy „Pamiętnik“, organ naszego Towarzystwa Lekarskiego. W piśmie tem czynny brał udział jako współpracownik, zaznajamiając czytelników pisma z najnowszymi zdobyczami wiedzy, co ważnem było w kraju, od kilkunastu lat pozbawionym uniwersytetu. Pismo to prowadził aż do chwili, kiedy z otwarciem Akademii Lekarskiej znalazły się nowe siły; redakcyę złożył wtedy w ręce prof. HOYERA.

Brał też czynny udział w pracach Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, którego przez trzy lata był prezesem [1863—1865], a przedewszystkiem w komitecie sanitarnym, któremu przez cały czas trwania tegoż prezydował. Nie możemy wliczać wszystkich prac piśmiennych jubilata; w tym względzie odsyłamy czytelnika do „Słownika lekarzów polskich“, gdzie bibliografia NATANSONA zajmuje kilka kolumn druku. Niepodobna wszakże tu pominąć tej okoliczności, że jubilat w „Krótkim rysie anatomii ciała ludzkiego, 1858“ ustalił terminologię anatomiczną polską.

Ostatniem jego dziełem oryginalnem jest obszerny wykład „Hygieny popularnej“.

Nie mniej ważne są zasługi jego rozliczne na polu higieny publicznej. We wszystkich najważniejszych ulepszeniach sanitarnych, jakim w ostatnich latach kilkudziesięciu uległa Warszawa, jubilat brał udział bardzo czynny, a czasami najważniejszy i zasługi jego na tem tak mało u nas uprawianem polu szczególnie godne są zaznaczenia.

Działalność jego nie ograniczyła się na medycynę i higienę; nazwisko jego spotykamy przy bardzo wielu sprawach ogólnego znaczenia, że wymienimy tylko muzeum przemysłowe, szkołę rzemiosł, zarząd gminy starozakonnych [której jest prezesem od r. 1871]. W obecnej chwili za jego przedewszystkiem współudziałem rozpoczętą została budowa nowego wzorowego gmachu dla szpitala starozakonnych.

W uznaniu tych zasług Towarzystwo Lekarskie Warszawskie wręczyło mu w dniu 6 b. m. dyplom na Członka Honorowego, a liczne grono lekarzy Warszawskich w resursie kupieckiej uczciło go biesiadą. Pomiędzy obecnymi widzieliśmy najstarszych i najzasłużeńszych lekarzy warszawskich; większość jednak stanowili młodszy, dając tem dowód, że nie zapomnieli o zasługach, których część do historii już należy.

W czasie uczty prof. BARANOWSKI pierwszy zabrał głos i w obszernym przemówieniu streścił działalność naukowo-społeczną jubilata. Następnie kol. DOBRSKI odczytał nadesłaną mowę kol. ST. MARKIEWICZA [nieobecnego wskutek choroby], w której, podnosząc ważność higieny publicznej, szczegółowo rozwijał działalność NATANSONA na tem polu.

Z kolei kol. ZYGMUNT KRAMSZTYK mówił o działalności NATANSONA jako „budowniczego“ gmachów publicznych [szkoła, muzeum, świątynia, dom przedpogrzebowy, dom urzędowy, a wreszcie nowy gmach szpitala].

Prezes Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, kol. PRZEWOŚKI, odczytał listy i telegramy nadesłane.

W końcu przemawiali jeszcze kol. TRZCIŃSKI i prof. KRYSZKA, a uroczystość zakończył serdecznym przemówieniem jubilat, któremu zasyłały życzenia, by swą pożyteczną działalność długo jeszcze prowadził.

— Zakład hydropatyczno-pneumatyczny przy ul. Oboźnej Nr. 5 z dniem 1 czerwca r. b. przeszedł na własność kol. ADAMA CIĄGLIŃSKIEGO.

Do dzisiejszego N-ru dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych książek“ księgarni E. Wendego za miesiąc kwiecień r. b..