

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. PRZYCZYNEK

do rozpoznawania, oraz leczenia
ropnego zapalenia migdałka podniebiennego, oraz językowego,
ze szczególnem uwzględnieniem
ropnia okołomigdałkowego.

Napisał

Dr. Jan Sędziań

b. asystent przy oddziale chorób gardłanych i płucnych w szpitalu S-go Ducha w Warszawie.



Jeżeli w kwestyi powyższej, o której u nas między innymi pisał Sokołowski ¹⁾, zabieram i ja głos, czynię to z następujących względów:

1) cierpienie to — zwłaszcza ropień okołomigdałkowy — jest niesłychanie częsty w naszym klimacie;

2) mają z niem do czynienia nie tylko specjaliści laryngolodzy, lecz i lekarze ogólni, zwłaszcza na prowincyi praktykujący, dla których może nie będzie bez korzyści niniejszy przyczynek, dotyczący rozpoznawania, oraz leczenia tego cierpienia.

¹⁾ Ból gardła i jego znaczenie dyagnostyczne przy cierpieniach „jamy gardzielowej“. Odczyt kliniczny r. 1894.

Pod nazwą ropnia okołomigdałkowego (abscessus peritonsillaris s. peritonsillitis acuta abscedens) rozumiemy sprawę zapalną ostrą z zejściem w ropień — sprawę umiejscowioną w tkance łącznej, znajdującej się między migdałkami podniebiennymi (ich górne odcinki) — z jednej, a podniebieniem miękkim z drugiej strony. Stosownie do tego, czy sprawa ta umiejscawia się w przednim odcinku t. j. między łukiem przednim a migdałkiem, lub między tym ostatnim a łukiem podniebiennym tylnym, rozróżniamy dwie postaci tego cierpienia:

1) o wiele częstszą — abscessus peritonsillaris anterior i

2) o wiele rzadszą — „ „ posterior.

Ropień okołomigdałkowy należy odróżniać od ropienia ograniczonego do samej tkanki migdałka podniebiennego (tonsillitis acuta abscedens), które to cierpienie znacznie rzadziej się spotyka.

Jak już wspomniałem na wstępie, ropień okołomigdałkowy jest u nas niesłychanie częstym cierpieniem.

Że tak jest dowodzą najlepiej cyfry:

na 8500 chorych w ciągu niespełna 8 lat spostrzegalem to cierpienie 235 razy t. j. prawie 2,8⁰/o.

Jeszcze większą odsetkę podaje Sokołowski (l. c.) ze swego ambulatoryum przy szpitalu Ś-go Ducha, gdyż przeszło 3,3⁰/o (na 4420 chorych — 147 razy), oraz Wróblewski ¹⁾ (na 650 chorych — 21 razy t. j. przeszło 3,2⁰/o).

Natomiast ropień w samej tkance migdałka (tonsillitis abscedens) spotyka się o wiele rzadziej. Ja np. spostrzegalem go tylko 32 razy, czyli że stosunek ropni okołomigdałkowych do tego cierpienia wynosi jak 8 : 1.

Jeżeli z powyższemi danemi porównamy cyfry, podawane z niektórych klinik zagranicznych, to zostaniemy po prostu zdumieni kolosalną różnicą.

I tak Jurasz ²⁾ prof. laryngologii w Heidelbergu, na przeszło 4000 chorych ambulatoryjnych spostrzegał to cierpienie t. j. ropień okołomigdałkowy zaledwie 8 razy (!). Natomiast autor ten jest jedynym, który widywał o wiele częściej ropień samego migdałka (28 razy).

¹⁾ Sprawozdanie za rok 1890 z ambulatoryum dla chorych z cierpieniami nosa, gardła i krtani w szpitalu Ewangelickim w Warszawie. Kronika Lek. 1891, p. 157.

²⁾ Die Krankheiten der oberen Luftwege — 1891, p. 124.

Chiari ¹⁾ z Wiednia również podaje bardzo niewielką cyfrę odnośnych chorych, gdyż tylko 32 — ropnia zaś migdałka 8.

Inni autorowie, jak np. Morell Mackenzie ²⁾, który przy każdej sposobności popiera swoje wywody bogatą niezmiernie statystyką, nie podają żadnych cyfr odnośnie do tego cierpienia.

Że ropień okołomigdałkowy zagranicą — zwłaszcza zaś w Anglii spotyka się niezmiernie rzadko, o tem naocznie miałem sposobność się przekonać ³⁾.

Czemu przypisać należy częstość tego cierpienia w naszym klimacie? Trudno coś stanowczego orzec — prawdopodobnie jest to właściwością naszego klimatu, usposabiającego szczególnie do cierpień gardlanych.

Podług lat kolejno cyfry moje przedstawiają się, jak następuje:
W roku 1890 spostrzegłem ropień okołomigdałkowy 26 razy

"	1891	"	"	"	7	"
"	1892	"	"	"	13	"
"	1893	"	"	"	42	"
"	1894	"	"	"	45	"
"	1895	"	"	"	40	"
"	1896	"	"	"	24	"
"	1897	"	"	"	38	"
Razem w ciągu lat 8					—	235 razy.

Z powyższych cyfr żadnych ważniejszych wniosków nie można wyprowadzać, gdyż:

- 1) corocznie na jakieś parę miesięcy wyjeżdżałem na kurację;
- 2) w roku 1891 byłem prócz tego dwukrotnie ciężko chory — tem też tłómaczy się ta wyjątkowo mała cyfra spostrzeganych wówczas przezemnie przypadków.

Na jedno tylko chciałbym zwrócić uwagę — a mianowicie na niezwykłą częstość ropni okołomigdałkowych w latach: 1893, 1894 i 1895 (przeszło połowę wszystkich przypadków). Nie przypominam sobie nic szczególnego w stanie zdrowotnym Warszawy w owych latach, wiem tylko jedno, że i w ambulatoryum d-ra Sokołowskiego w roku 1894 spostrzegano niezwykłą ilość ropni okołomigdałkowych,

¹⁾ „Ueber die Localisation der angina phlegmonosa“. Wien, kl. Woch. 1889, p. 820.

²⁾ Die Krankheiten des Halses und der Nase. B. I. p. 72.

³⁾ porównaj mój feljeton: „O stanie laryngologii w Londynie“. 1889. Gaz. Lek.

w tym bowiem roku, jak donosi Łogucki ¹⁾ asystent oddziałowy, dokonano 56 operacji otwarcia tego rodzaju ropni.

Fakt, że w roku 1890, w którym rozpocząłem moją specjalną praktykę w Warszawie, spostrzegałem to cierpienie stosunkowo dość często — zwłaszcza w zimowych miesiącach i na wiosnę — sędzę wytłómaczyć sobie można tem, że wówczas srożyła się u nas influenza, która niewątpliwie usposabiać musiała do tych spraw chorobowych.

Co się obecnie tyczy poszczególnych miesięcy, to dane cyfrowe przedstawiają się w sposób następujący:

W miesiącu	styczniu	spostrzegałem	ropień	okołomigdałkowy	23	razy
"	lutym	"	"	"	13	"
"	marcu	"	"	"	19	"
"	kwietniu	"	"	"	18	"
"	maju	"	"	"	9	"
"	czerwcu	"	"	"	30	"
"	lipcu	"	"	"	25	"
"	sierpniu ²⁾	"	"	"	4	"
"	wrześniu	"	"	"	17	"
"	październiku	"	"	"	37	"
"	listopadzie	"	"	"	22	"
"	grudniu	"	"	"	18	"

I na cyfrach powyższych również zbyt wiele nie możemy się opierać przy wprowadzaniu wniosków z powodów wyżej wspomnianych (wyjazd, choroby).

Uderzającą jest jedynie częstota tego cierpienia w miesiącu październiku, oraz czerwcu, jakoteż bardzo mała cyfra w maju.

Zdaje się również, że wiosna, a zwłaszcza jesień szczególnie usposabiają do ropni okołomigdałkowych. Zresztą żaden miesiąc, żadna pora nie jest wolną od tego cierpienia. Zauważyłem przytem, że niekiedy po jakiej dłuższej przerwie — przychodziły dnie, że naraz miewałem po 2—3 a nawet raz jeden 5 chorych z ropniem okołomigdałkowym. Jakiejś jednak epidemii domowej nie miałem sposobności spostrzegać.

Przechodzę obecnie do wieku moich chorych:

Między 1—10-tym rokiem życia spostrzegałem to cierpienie 2 razy

¹⁾ „Przyczynek do etyologii ropnia okołomigdałkowego“. Gaz. lek. 1895, p. 1084.

²⁾ W miesiącu tym, a po części wrześniu byłem stale nieobecny w Warszawie.

Między 10—20-tym rokiem życia	spozrzegałem to cierpienie	48	razy
„ 20—30	„ „ „ „	95	„
„ 30—40	„ „ „ „	51	„
„ 40—50	„ „ „ „	25	„
„ 50—60	„ „ „ „	10	„
„ 60—70	„ „ „ „	2	„
„ 70—80	„ „ „ „	2	„

Tym sposobem najczęściej ropień okołomigdałkowy zdarza się w wieku dojrzałym — między 20 a 30-tym rokiem życia (prawie w połowie przypadków) — w ogóle zaś między 10 a 50-tym.

Wyżej lat 60-ciu oraz poniżej 10-ciu należy do rzadkich, chociaż znane są w literaturze przypadki ropni okołomigdałkowych resp. migdałków u bardzo małych dzieci, a nawet ssawców (Reid ¹⁾ spozrzegał to cierpienie u 7-miesięcznego dziecka. Taylor ²⁾ u 8, Katterfeld ³⁾ u 12-to, wreszcie Clark ⁴⁾ u 14-to miesięcznego dziecka).

Najstarszy z moich chorych miał lat 76. Cohen ⁵⁾ spozrzegał ropień okołomigdałkowy u 80-cio letniej chorej.

Wreszcie co do płci, to w moich przypadkach mężczyzn było 139, kobiet zaś 96, a więc przewaga była po stronie mężczyzny.

Zdaje się, że nie będę dalekim od prawdy, jeżeli objaśnienie tego faktu, jakoteż częste występowanie ropnia okołomigdałkowego w wieku dorosłym powiążę z nadużyciami w paleniu, oraz napojach wysokowych, co, jak wiadomo w ogóle usposabia do cierpień górnego odcinka dróg oddechowych.

Również i ten fakt, że mężczyźni dorośli wskutek swoich zawodowych czynności więcej są narażeni na wpływy zewnętrzne (zaziębienie), gra tu bezwątpienia również dużą rolę.

Ropień okołomigdałkowy spotyka się przeważnie wśród biednej ludności, chociaż i zamożniejsza klasa nie jest wolna od tego cierpienia.

Etiologia. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że jak to już

¹⁾ „Angina tonsillaris phlegmonosa chez l'enfant“. Arch. de lar. 1880.

²⁾ „A severe case of quinsy in a child 8 months old“. I. C. f. lar. 1890 — VIII.

³⁾ „Tonsillar abscess. Glottisoedem. Tracheotomie bei einem 1 Jahr alten Kinde mit glücklichem Ausgange“. Deut. med. Woch. 1886—28.

⁴⁾ „Acute tonsillar abscess (quinsy)“. N. Y. med. Jour. 1890—26 IV.

⁵⁾ „Abscess of the tonsil in octogenarian“. Phil. med. New. 1884 p. 186.

w r. 1891 zauważył słusznie Rice ¹⁾ do ropnia okołomigdałkowego usposabiają zrosty łuków podniebiennych z migdałkami — zwykle jako następstwo poprzednich spraw zapalnych w tych ostatnich, przy czem powstawanie w tych razach ropnia da się bardzo łatwo tłómaczyć zatrzymywaniem się wydzieliny migdałka (z krypt), resp. drażnieniem otaczającej tkanki łącznej.

Bezpośrednią zaś przyczyną, jak zwykle w sprawach ropnych, są ropotwórcze bakteryje (*streptococcus pyogenes*, *staphylococcus aureus et albus*) — zwykli mieszkańcy jamy ustnej, przenikający do tkanki migdałków, bądź z zepsutych (*caries*) zębów, bądź z serowatych mass (czopków), zawartych w wielu razach w kryptach przerosłych migdałów.

Na to ostatnie zwłaszcza kładzie nacisk Schmidt ²⁾.

Acz rzadko drobnoustroje te mogą przedostawać się i z jam sąsiednich — mianowicie nosowych, na co wskazują powikłania sprawą zapalną lakunarną resp. ropną migdałów po operacjach nosowych, lub w jamie nosogardzielowej.

Ziem spostrzegął ropień okołomigdałkowy, jako następstwo ropnia w zatoce szczękowej górnej.

Bakteryologicznem badaniem ropy w tem cierpieniu zajmował się specjalnie u nas Łogucki ³⁾. Autor ten doszedł do ciekawych rezultatów — mianowicie badając bakteryologicznie (hodowle) ropę w 11 przypadkach ropni okołomigdałkowych — stale w początkowych okresach znajdował paciorkowce (*streptococci*), przy długotrwałych zaś ropniach — gronkowce (*staphylococci*), wreszcie w pośrednich fazach — pomieszane gronkowce z paciorkowcami.

Stwierdza to znany fakt, który i ja, z okazji badań bakteryologicznych w 30 przypadkach *tonsillitidis lacunaris acutae*, miałem sposobność skonstatować ⁴⁾ mianowicie że gronkowce, początkowo wcale, lub tylko w bardzo nieznacznej będąc ilości — przerastają w dalszym ciągu coraz bardziej paciorkowce.

Stosunkowo dość często, gdyż w 21 przypadkach, widywałem zejście w ropień torebkowatego zapalenia migdałków podniebiennych

¹⁾ „The etiology of the disease known as suppurative tonsillitis and its surgical treatment“. N. Y. med. Rec. 1891 31 I.

²⁾ Die Krankheiten der oberen Luftwege — 1894 p. 236.

³⁾ loco citato.

⁴⁾ „Przyczynek do etyologii t. zw. angina follicularis“ — (według odczytu rzymskiego). Nowiny Lekarskie 1894.

(tonsillitis lacunaris s. follicularis acuta): toż samo Rosenberg ¹⁾, oraz Sokołowski ²⁾.

Spostrzegano też (Schmidt ³⁾, oraz ja w jednym przypadku) ropień okołomigdałkowy po dyfteryście, jakoteż w zajęciu gardła przy szkarlatynie (dyfteryt streptokokkowy). Widywałem też to cierpienie po grypie, oraz raz jeden w gościu mięśniowym.

Stosunkowo często też widywałem ropień okołomigdałkowy przy przerosłych migdałach (47 razy), zwłaszcza zaś przy t. zw. tonsillitis caseosa. Wreszcie i ciała obce (ość, kość) mogą wywołać ropienie w tkance migdałowej, lub w otaczającej tkance łącznej.

W ogromnej większości przypadków ropień okołomigdałkowy bywa jednostronny, w moich przypadkach nieco częściej po stronie lewej (123 przypadki), jak prawej (106 przyp.).

Wyjątkowo jednak może być i z obu stron (5 razy w moich przypadkach), przyczem rzadziej jednocześnie, zwykle dopiero po ustąpieniu sprawy ropnej (po samoistnem pęknięciu ropnia lub przecięciu) z jednej strony. Schmidt ⁴⁾ spostrzegł przypadek, w którym pierwotny ropień prawego migdałka przeniósł się na lewy, poczem znowu powrócił na poprzednie miejsce t. j. prawy migdał.

Tworzenie się ropnia po 2 razy na tymże migdale niejednokrotnie miałem sposobność spostrzegać.

W ogóle niektóre osoby, po większej części w moich przypadkach o wybitnych cechach zoltów, odznaczają się szczególnem usposobieniem do ropni okołomigdałkowych resp. ropnego zapalenia migdałków, przyczem raz przebyte cierpienie zdaje się niewątpliwie usposabiać do ponownych zapadań.

Dwu — lub trzykrotne zapadanie nie należy do zbyt rzadkich.

Mam od pewnego czasu w leczeniu chorego, lat 40 kilka mającego — wynędzniałego, który już od lat kilku co pewien czas nieważne częste ropnie okołomigdałkowe. Początkowo zdarzały się one parę razy do roku i tylko po jednej (prawej) stronie, następnie coraz częściej — w ostatnim zaś półroczu niemal co miesiąc. Ostatnio znowu zostałem wezwany do niego z powodu obustronnego o niezwykle ciężkim tym razem przebiegu. Prawy ropień okołomigdałkowy pękł sam, lewy w dniu następnym przeciąłem.

Objawy. Początek cierpienia mniej, lub więcej ostry—zwłaszcza

¹⁾ Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und des Kehlkopfes“. 1893 p. 105.

²⁾, ³⁾, ⁴⁾ loco citato.

przy ropnem zapaleniu migdałków. Gorączka zwykle niezbyt znaczna (38° C. wieczorami), choć czasami dochodzi do $39,5^{\circ}$ C. i wyżej. Za to objawy ogólne, jako to osłabienie, wynędznienie, apatya, bardzo silnie wyrażone. Już pierwsze wejrzenie na takiego chorego, lub chorą wskazuje, że mamy do czynienia z ciężkiem cierpieniem, przytem już „par distance“ z pewnych objawów, wysoce charakterystycznych dla tego cierpienia, możemy prawie na pewno postawić rozpoznanie ropnia okołomigdałkowego. Mianowicie twarz tego rodzaju chorych wyraża cierpienie, wzmagające się przy każdej próbie połknięcia śliny, przyczem ból rozchodzi się w kierunku ucha po stronie zajętej — głowę przytem sztywno trzymają, zwykle nieco skośnie nachyloną. Mowa też utrudniona, oraz wysoce dla tego cierpienia charakterystyczna — z wybitnym odcieniem nosowym. Czasami też narzekają na ból w zębach. Przyjmowanie pokarmów, a nawet napoi jest prawie niemożliwe, połączone ze strasznymi bólami. Nie więc dziwnego, że chorzy tacy już po kilku dniach zmieniają się nie do poznania. Utrudnia też mowę, oraz połknięcie, a nawet w wielu razach i badanie, istniejący bardzo często szczękoscisk (trismus). Niekiedy dochodzi on do takiego stopnia, że formalnie łyżeczki nie udaje się nam wprowadzić przez zwarte silnie obie szczęki. Jest to objaw wysoce charakterystyczny dla tego cierpienia — spotyka się niesłychanie często (w większej połowie moich przypadków — mianowicie 144 razy).

Jest on zależny od surowiczego nacieczenia sąsiedniej tkanki łącznej — zwłaszcza otaczającej m. pterygoideus int.

Czasami też płyny wylewają się przez nos wskutek porażenia podniebienia miękkiego.

Gruczoły chłonne na szyi często też bywają bolesne i obrzmiałe, czasami nawet w podszczękowych dochodzi do ropienia. Obiektywnie znajdujemy różne zmiany zależne od tego, czy sprawa zapalna umiejscawia się w przednim odcinku, czyli też między migdałem, a tylnym łukiem, wreszcie w samej tkance migdała.

Przy pierwszej postaci, jak to już wspominałem, najczęstszej — znajdujemy zwykle po jednej stronie podniebienie miękkie, a zwłaszcza odpowiedni łuk przedni silnie zaczerwieniony, oraz obrzmiały — języzek też w wielu razach obrzęknięty — niekiedy bardzo znacznie pod postacią grubego, niekształtnego wałka (Rosenberg niesmacznie przyrównywa go do penis'a, w czasie erekcyi). Jest on zwykle skierowany ku stronie zajętej. W dalszym przebiegu, gdy sprawa zapalna się nie rozchodzi, co nawiasowo mówiąc bardzo rzadko się zdarza, wypukła się przedni łuk podniebienny — zwłaszcza jego gór-

ny odcinek. Tak zw. fossa supratonsillaris się wyrównywa (Killian¹), co wskazuje na zbieranie się w tem miejscu ropy, przyczem migdał sam bywa mniej lub więcej wypchnięty ku dołowi i wewnątrz. Czasami najwięcej wypuklona część łuku wykazuje zabarwienie żółtawe, co odpowiada zawsze nagromadzeniu się w tem miejscu ropy i jest wskazówką do wykonania w tym punkcie przecięcia ropnia.

W wielu razach cała ta okolica, zwłaszcza zaś migdałek, pokryta jest pianistą wydzieliną, jakby nalotem, co daje powód niewprawnemu badaczowi do mylnego przypuszczenia sprawy błonnicowej.

W ogóle do bardzo dokuczliwych bólów, uniemożliwiających chorym absolutnie przyjmowanie już nie tylko stałych pokarmów, lecz nawet płynów, dołącza się również męczące ustawiczne odpluwanie gęstej, ciągnącej się wydzieliny resp. śliny. Język mocno obłożony. Foetor ex ore. Apetytu nie ma — dreszcze, bóle głowy i apatya.

Przy abscessus peritonsillaris post. obraz nieco inaczej się przedstawia. Przedewszystkiem, jak już wspomniałem, sprawa ta o wiele rzadziej się zdarza. Schmidt²) podaje stosunek, jak 98 na 2. Ja na 235 przypadków ropni okołomigdałkowych tylko 7 razy spostrzegąłem umiejscowienie ropnia w tylnym odcinku.

W ogóle — muszę zaznaczyć, że przypadki te zazwyczaj odznaczają się większem natężeniem, oraz dłuższym przebiegiem.

W tych razach przy badaniu znajdujemy okolice przedniego łuku podniebiennego, oraz sam migdał niezmienione, lub bardzo mało, natomiast tylny łuk jest mniej, lub więcej obrzmiały i zaczerwieniony — migdał sam wypchnięty ku przodowi i wewnątrz, oraz po części ku dołowi.

Języczek również w jednym z moich przypadków był mocno obrzęknięty. Rzadziej natomiast spostrzegąłem szczękościsk.

Zresztą objawy ogólne (gorączka, osłabienie etc.), jak przy pierwszej postaci. Bóle bardzo dokuczliwe. Przy ropnem zapaleniu samej tkanki migdałka podniebiennego, znajdujemy zaczerwienienie i obrzmienie przedewszystkiem wyrażone na samym migdałku, który też wystaje mniej, lub więcej znacznie zpoza łuków. W późniejszych okresach w pewnem miejscu zauważyć możemy znaczniejsze wypuklenie,

1) „Zur Behandlung der angina phlegmonosa s. peritonsillitis abscedens“. Münch. med. Woch. 30. — 1896.

2) loco citato.

palec wyczuwa tam obecność ropy (chełbotanie). Bywa to również więcej w górnej połowie migdałka, czasami jednak i w dolnym (Klingel ¹⁾).

I tu również objawy ogólne nie różnią się od opisanych powyżej. W moich przypadkach rzadziej tylko widywałem szczykościsk, większą natomiast gorączkę, w ogóle więcej wyrażony ostry początek cierpienia. Za to przebieg zwykle krótszy — częściej też wydobyć się ropy spontaneo modo przez jedną z istniejących krypt.

Przebieg ropnia okołomigdałkowego po większej części ciężki, lecz niezbyt długotrwały. Sprawa w tych rzadkich niezmiernie przypadkach, gdzie nie dochodzi do ropienia, trwa parę dni. Zwykle nieco dłużej tydzień, rzadziej więcej, choć spostrzegałem przypadki, trwające 2 tygodnie. W tych ostatnich razach były to przypadki nieoperowane, w których po samoistnem pęknięciu wytworzył się znowu na tem samym miejscu ropień (a nawet w jednym z moich przypadków, dotyczącym 30 kilkoletniej żony adwokata, po trzykroć).

Zwykle w końcu tygodnia — około 6-go dnia, podczas gdy wszystkie objawy: bóle, utrudnione łykanie, szczykościsk etc. doszły do najwyższego stopnia — następuje opróżnienie ropnia, albo spontaneo modo (to ostatnie w paru moich przypadkach nastąpiło podczas badania palcem), albo sztucznie za pomocą noża.

Wówczas w zadziwiająco krotkim czasie — niekiedy w parę godzin już ustępują wszystkie te objawy, chory czuje się jak nowonarodzony — bóle ustępują, chęć do jada wraca, apatya znika.

Nie zawsze jednak sprawa tak szczęśliwie się kończy. Często po chwilowej uldze znowu potęgują się objawy: ból przy łykaniu staje się większym, chorzy, którzy już mogli wcale nieźle otwierać usta, zauważają, że znowu im to przychodzi z trudnością, zjawia się lekka gorączka, która była już ustąpiła, jednym słowem wszystko zdradza ponowne tworzenie się ropnia.

Ma to najczęściej miejsce, gdy otwór, bądź sztuczny, bądź naturalny — jest niedostateczny i zbyt prędko się zasklepia. Zwłaszcza zejście takie widywałem często po przecięciu, po którym nie nastąpiło wylanie się ropnej zawartości, lecz tylko krwi, bądź wskutek zbyt wczesnego dokonania operacyi, bądź wskutek nie dostania się do ropnego ogniska, częstokroć bardzo głęboko położonego.

Oprócz powyższych zejść ropnia okołomigdałkowego, lub ropne-

¹⁾ „Phlegmonöse Angina mit Abscessbildung in der Plica salpingo-pharyngea“. Monat. f. Ohrenh. 1890, p. 966.

go zajęcia samego migdałka, acz rzadko, może też nastąpić zejście w przewlekły ropień. Przypadek tego rodzaju podaje Garel ¹⁾.

Rozpoznanie tego cierpienia z wyjątkiem początkowych okresów gdy objawy, o jakich powyżej wspominałem, są jeszcze mało wyrażone i gdzie możemy myśleć o zwykłym zapaleniu bez zejścia w ropień, nie przedstawia zwykle trudności.

Jak już wspomniałem, często już *ex aspectu* chorego możemy prawie na pewno postawić rozpoznanie ropnia okołomigdałkowego — zwłaszcza na podstawie niezwykle charakterystycznych dla tego cierpienia 2 objawów — mianowicie: nosowej mowy i szczękocisku. Ten ostatni objaw może wprawdzie istnieć i przy zajęciu okostnej szczęki przy cierpieniach zębów, obiektywne jednak badanie usuwa wszelkie wątpliwości, choć przy wysokim stopniu szczękocisku badanie to jest niekiedy wprost niemożliwe.

Od zapalenia migdałka — zwykłego, lub folikularnego, oraz dyfterytycznego łatwo jest ropień okołomigdałkowy odróżnić wobec braku wybitniejszych cech zapalnych samego migdałka, oraz nalotów. Ważnym też dla różniczkowego rozpoznania jest jednostronność cierpienia, oraz niezwykle silny ból przy połykaniu, rozszerzający się do ucha ze strony odpowiedniej.

Odróżnianie ropnia okołomigdałkowego w części przedniej od tylnego — między migdałkiem i łukiem tylnym umiejscowionego, jakoteż od ropnia w samym migdałku — również nie przedstawia znacznych trudności na podstawie danych obiektywnych — powyżej podanych.

Sokołowski ²⁾ wspomina o przypadku skrycie przebiegającego ropnia w migdałku podniebiennym, który dopiero był rozpoznany po dokonanej tonsillotomii.

Schech ³⁾ podaje, że przy ucisku na łuk przedni czasami udaje się precyzyjnie przeczucić ropę ku tyłowi, gdzie też pod postacią kropel pokazuje się przed łukiem tylnym.

Rozpoznanie, czy ropa już się zebrała resp. czy można już przystąpić do jej wypuszczenia — nie zawsze jest łatwym. Najlepiej daje się to uskuteczyć za pomocą badania palcem (*palpatio simplex*,

¹⁾ „Des abcès chroniques enkystés de l'amygdale, consecutifs à l'amygdalite suppurée“. Ann. de mal. de l'oreille. 1889. I.

²⁾ loco citato.

³⁾ Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase. — 1890, p. 156.

s. bimanualis), przyczem wyczuwamy wtedy mniej lub więcej wyraźne chęłbotanie. Schmidt radzi w tych razach sondowanie, przyczem jakoby najbardziej bolesny punkt miał stanowić o zebraniu się w tem miejscu ropy, co jest jednak często zwodniczem. O żółtawem zabarwieniu tych miejsc, dostępnych dla oka w wielu razach — miałem już sposobność wspomnieć.

Rokowanie ropnia okołomigdałkowego po większej części bywa zupełnie pomyślne, pomimo niewątpliwie ciężkich objawów, jakie znamionują przypadki tego cierpienia u nas. Ja podobnie, jak i Sokołowski ani razu nie widziałem zejścia śmiertelnego. Mogą się jednak zdarzać i te ostatnie, sądząc z ogłoszonych w literaturze odnośnych przypadków, przyczem zejście śmiertelne może nastąpić wskutek śmiertelnego krwotoku, pochodzącego z nadżarcia ropą tętnicy szyjowej wewnętrznej; w tych razach jedynie podwiązanie tętnicy (art. carotis communis zwykle) może życie choremu jeszcze uratować, jak tege dowodzą przypadki Weinlechner'a ¹⁾, Postempskiego ²⁾, wreszcie Stopy'ego ³⁾.

Drugą przyczyną śmierci przy ropniu okołomigdałkowym, rzadziej przy tonsillitis abscedens może być obrzęk krtani, o czem wspomina między innymi Bloch ⁴⁾. W tych znowu razach jedynie weześnie zastosowane przecięcie tchawicy (tracheotomia) może usunąć niebezpieczeństwo. Tego rodzaju przypadek u 1-rocznego dziecka opisał Katterfeld ⁵⁾.

Samo wreszcie pęknięcie dużego ropnia, zwłaszcza w nocy — może zagrażać życiu chorego. Przypadek tego rodzaju obisał Howell-Way ⁶⁾ (24-letni mężczyzna — obustronne ropne zapalenie mi-

¹⁾ „Unterbindung der linken carotis communis wegen Blutung aus einer Tonsillar-Abscesshöhle“. Wien. med. Bl. 1885. Nr. 53.

²⁾ „Alliatura della carotide commune di sinistra per ulcerazione della carotide interna i seguita a flemmone tonsillare“. Gaz. med. di Roma. 1887. 15 II.

³⁾ „Amygdalite phlegmoneuse, hémorrhagies artérielle et veneuse consécutives-fistule trachéale, ligature de la carotide externe“. J. C. f. tar. B. VIII — p. 71.

⁴⁾ Die Krankheiten der Gaummenmandeln w Heyman'a Handbuch f. Lar. B. II. p. 562.

⁵⁾ loco citato.

⁶⁾ „A case of death by suffocation in phlegmonous tonsillitis“. N. Y. med. Rec. 1888. 25 II.

gdałków podniebiennych. Incisio duplex — z lewego migdałka wy-
 łało się dużo ropy — z prawego tylko krew. Ulga znaczna. W nocy
 śmierć. Sekcya wykazała mnóstwo ropy w krtani — wskutek pęk-
 nienia ropnia z prawego migdała. Wewnętrzne narządy zdrowe —
 Causa mortis — suffocatio).

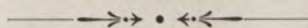
(D. c. n.)

I. PRZYCZYNEK DO NAUKI O CIAŁACH OBCYCH W MACICY

(obejmujący 72 odpowiednie spostrzeżenia).

PODAŁ

Franciszek Neugebauer.



(Dokończenie).

Do tych 70 spostrzeżeń dodaję jeszcze dwa, opisane przez
Mittermaier'a („Fremdkörper im Uterus“. Centr. f. Gyn. 1897. Nr. 48
 p. 1416) dnia 4 XII. 1897 już po ogłoszeniu odczytu mego.

71. W październiku 1897 zgłosiła się do M. 30-letnia kobieta
 o cuchnących wypływach pochwowych. Pacjentka 2 lata temu ro-
 dziła a rok temu jeden z lekarzy w Hamburgu dokonał pewnej ope-
 racji wskutek krwotoków macicznych. Lekarz wtenczas podwiązał
 szypułę podśluzowego mięśniaka macicy nitką jedwabną a nowotwór
 obciął. Krwawienia na razie nie przestały a dopiero po tamponacyi
 macicy, jednak wkrótce zamiast dawniejszych krwawień wystąpiły
 cuchnące odchody oraz dreszcze, nareszcie i krwawienia dawniejsze
 powróciły. Macica powiększona przez mięśniak podśluzowy i mnogie
 mięśniaki podsurowicze małe. Ujście zwarte, macica mało ruchoma,
 za macicą nader bolesne przy dotyku guzy wzięte za pyosalpinges,
 Hypermenorrhoea, cuchnące odchody, ciepłota podniesiona do + 38,5° C.
 M. na drodze kolkokoeliotomii dokonał operacyi radykalnej czyli usu-
 nął całą macicę wraz z przydatkami t. j. jajnikami i obustronna
 pyosalpinx grubości dużego palca. Ligatury z ketgutu, operacya tru-

Tablica synoptyczna 72 spo-

Nr	A u t o r	Stan kobiety wiek i t.d.	Ciężarna czy nie-ciążarna?	Ciało obce	W jakim celu wprowadzone	Sposób wdrażenia do macicy	Czas przebywania w macicy
1	Adamson	zameżna	ciążarna	szpilka od włóśców	dla wywołania poronienia	wepnięcie przez samą ciężarną	8—10 dni
2	Albertin	?	?	pręcik lamina-riae	?	wprowadzenie przez lekarza	10 ¹ / ₂ miesięcy
3	Bandl	?	rodząca cum conglutinatione oris uteri	ułamek sondy żelaznej 1 ¹ / ₂ cala długości	dla przebiecia zaklejenego otworu ust macicznych	wepnięcie przez akuszerza	6 lat ir. parametrio
4	Bantock	?	nie ciężarna	pałeczka lamina-riae	—	—	—
5	Barwell	panna	ciążarna	sonda gumowa	dla wywołania poronienia	wprowadzenie przez „avorteur'a“ i głębsze wepnięcie przez samą pa- cyentkę sponte	20 miesięcy w tkance łącznej pomiędzy macicą i odbytnicę
6	Biggs	wiekowa osoba	nie ciężarna	pessarium „à cupule“ <i>Maw'a</i>	przeciw opadnięciu macicy	—	2 tygodnie po założeniu wi- nek znajdował się już w macicy

strzeżeń ciał obcych w macicy.

Następstwa bezpośrednie	Przebieg choroby	Sposób leczenia	Wynik	U w a g i
—	—	po rozszerzeniu kanału szyjki łą- twa ekstrakcyja korneangiem	wyzdrowie- nie	—
?	?	ciało obce sponte wyszło na zewnątrz	wyzdrowie- nie	—
ułamek sondy wdrażył do parametrium pra- wego	gorączka, bóle, utrudzony chód, dysuria	po kilku darem- nych próbach wy- dobycia otworzo- no zatokę Dou- glas'a, od góry palcem unieru- chomiono ciało obce i po nacię- ciu ściany poch- wy wydobyto	wyzdrowie- nie	bardzo trudne rozpoznanie i trudne wydoby- cie po mnogich daremnych za- biegach
—	—	—	—	wydobycie przez ścianę pochwy
po 2—3 miesiącach bóle w no- dze, ropień w pachwi- nie i absces opadowy przy tuber- ischii	gorączka i pyemia	przecięcie ropnia w pachwinie, po kilku dniach wy- macano ciało obce w świetle odby- tnicy sterczące, wydobycie przez odbytnicę	wyzdrowie- nie	sonda przebita ścianę macicy ciążarnej powy- żej ujścia we- wnętrznego po lewej stronie, ciało obce do macicy wprowa- dzone wydobyto przez odbytnicę
upławy	—	trudne wydobycie	wyzdrowie- nie	

Nr	A u t o r	Stan kobiety wiek i t. d.	Ciężarna czy nie- ciążarna ?	Ciało obce	W jakim celu wprowadzone	Sposób wdrażenia do macicy	Czas prze- bywania w macicy
7	Bradfield	wiekowa już osoba	ciążarna	„A vagi- nal glas- stem“	przeciw o- padnięciu macicy	sponte	25 lat
8	Breiner	23 letnia	ciążarna	gałązka drzewa 6 ¹ / ₂ ctm. długości	dla wywo- łania poro- nienia	wep- chnięcie własno- ręczne	3 ty- godnie
9	Buckle	?	nieciąż- arna	„Cup- pessary“	przeciw opadnięciu macicy	sponte	kilka ty- godni
10	Brugnatelli		ciążarna	piszczel kureczą- cia	dla wywo- łania poro- nienia	wep- chnięcie	?
11	Bunge	?	ciążarna od 3 mie- sięcy	szpilka od włó- sów	dla wywo- łania poro- nienia	wep- chnięcie	3 dni
12	Crouzet de Roche- chouat	?	?	?	?	?	?
13	Clinton Cushing	24 let-	ciążarna	kateter meta- lowy	dla wywo- łania poro- nienia	wep- chnięcie przez „doc- tress“ za- kładu dla poronień sztucz- nych ?	4 mie- siące
14	Dieffenbach	starsz- ka	nieciąż- arna	wianek macicz- ny	przeciw opadnięciu macicy	?	?

Następstwa bezpośrednie	Przebieg choroby	Sposób leczenia	Wynik	U w a g i
upławy i ból pod koniec o- kresu 25 letniego	—	wydobycie	wyzdrowie- nie	wianek przez po- myłkę lekarza miał być założony do góry nóżkę czyli odwrotnie.
krwawienie przez 3 ty- godnie	marazm ropienia	wydobycie po przełamaniu ciała obcego	dwa ty- godnie póź- niej śmierć od perytoni- tu	
?	?			
?	wytworze- nie się ka- mienia 2 uncyj wagi dokoła ciała obcego	wydobycie	wyzdro- wienie	
poronienie bez go- rączki	2 dni po poronieniu ból w brzuchu i dysuria, krwawienie	wydobycie przez Martin'a bez di- latacji szyjki	wyzdro- wienie	szpilka utkwiała w ścianie macicy pod otrzewną
?	?	?	?	?
poronienie a 4 tygod- ni później peritonit	ból w brzuchu, upławy śmierdzące	wydobycie ciała obcego po prze- cięciu na 2 części	wyzdrowie- nie	
?	cierpienia brzuszne	—	śmierć	wianek znaleziono w macicy przy- padkowo przy sekcji

Nr	A u t o r	Stan kobiety wiek i t. d.	Ciężarna czy nieciężarna ?	Ciało obce	W jakim celu wprowadzone	Sposób wdrażenia do macicy	Czas przebywania w macicy
15	Freund	41 letnia zamężna	ciążarna od 2 miesięcy	szpilka od włosów	dla wywołania poronienia	wepchnięcie	przeszło 5 kwartałów
16	Froriep: ?	?	ciążarna	igła	dla wywołania poronienia	wepchnięcie własnoręczne	kilka tygodni
17	Fruitnight	24 letnia mężatka 11 para	ciążarna	szpilka od włosów	dla wywołania poronienia	wepchnięcie własnoręczne	7 godzin
18	Gmeiner	rodząca	ciążarna	twarda sonda gumowa	dla wywołania poronienia	własnoręczne wepchnięcie	?
19	L. Haynes	?	ciążarna	twarda sonda gumowa	dla wywołania poronienia	własnoręczne wepchnięcie	?
20	Heiman	70-letnia staruszka	nieciążarna	pessarrium	przeciw opadnięciu macicy	sponte	?
21	Herzfeld	77-letnia XVI-pa- ra	nieciążarna	Breisky'ego pessarium jajo	przeciw opadnięciu macicy	sponte	5 miesięcy
22	Hjertstroem	30-letnia panna o perjodycznej manji	nieciążarna	nagłówek metalowego lichtarza	?	wprowadzenie przez akuszerkę zaraz po porodzie	12 lat

Następstwa bezpośrednie	Przebieg choroby	Sposób leczenia	Wynik	U w a g i
przez 5 tygodni krwawienie z macicy perytonit	guz przy lewym rogu z rezekeją torbiewi trąbki lewej wydobyciem części szpilki od włosów	cięcie brzuszne z rezekeją torbiewi trąbki lewej wydobyciem części szpilki od włosów	wyzdrowienie	etjologia cierpień wątpliwa, prawdopodobnie pozostała w jamie brzusznej część szpilki. Szpilka miała jakoby dostać się do jamy brzusznej przez macicę i trąbkę.
ropień	pachwinowy	igła sponte wyszła po pęknięciu ropnia w pachwinie	wyzdrowienie	?
krwotok	—	wyciągnięcie ciała obcego pod narkozę	ciąża pomimo wszystkiego poszła dalej. Wyzdrowienie	
poronienie	krwotok	wydobycie ciała obcego po rozszerzeniu szyjki i wyskrobanie błon płodowych i łożyska	wyzdrowienie	
?	?	wydobycie ex cervice uteri	wyzdrowienia	
bóle i upławy	—	wydobycie par morcellement przez prof. Schanta	wyzdrowienie	
?	perjodyczna manja (?)	wydobycie	wyzdrowienia	

Nr	A u t o r	Stan kobiety wiek i t. p.	Ciężarna czy nie-ciążarna ?	Ciało obce	W jakim celu wprowadzone	Sposób wdrażenia do macicy	Czas przebywania w macicy
23	Hodlgen	mężatka	?	igła do robienia pończoch	?	własnoręczne wepchnięcie	?
24	Hughes	—	ciążarna	szpilka od włosów	dla wywołania poronienia	własnoręczne wepchnięcie	30 godzin
25	Jacobson	30-letnia	ciążarna	szpilka od włosów	dla wywołania poronienia	własnoręczne wepchnięcie	18 dni
26	Kurtz	wieloródka	ciążarna	ułamek kateteru gumowego	dla wywołania poronienia	?	?
27	Kurtz	panna	3½ miesięcy ciąży	kostna łyżeczka ustna 10 ctm. długości	dla wywołania poronienia	?	?
28	Kemperdieck	młoda wdowa	ciążarna	gęsie pióro 19 ctm. długości	dla wywołania poronienia	własnoręczne wepchnięcie	8 dni
29	Keuffer	23-letnia I para	nieciążarna	część pessarii Roser'a	przeciw opadnięciu macicy	?	4 miesiące
30	Leegert	staryszka	nieciążarna	pessarrium	przeciw opadnięciu macicy	?	10 lat
31	Liebman	?	?	trzonek gęsiego pióra 6 ctm. długości	?	?	?

Następstwa bezpośrednie	Przebieg choroby	Sposób leczenia	Wynik	U w a g i
?	?	wydobycie	wyzdrowienie	górny koniec igły wdrażył do jamy brzusznej
krwotok	—	wydobycie	wyzdrowienie bez przerwania ciąży pomimo całego tentamen	
poronienie	—	wydobycie	wyzdrowienie	
krwotok expulsio foetus	—	wydobycie i wyskrobanie pozostałości jego	wyzdrowienie	
krwotok i poronienie	—	wydobycie i wyskrobanie	wyzdrowienie	ostrzy koniec łyżeczki in cervice sterczący wymacalny
peritonit	—	cięcie brzuszne wydobycie ciała obcego powyżej promontorii w poprzek leżącego	śmierć	skonstatowano perforację dna macicy w dwóch miejscach
bóle i upławy	—	wydobycie po rozłupaniu szyi macicznej	wyzdrowienie	obrażka blaszana 16 ctm. obwodu
żadne następstwa ujemne	?	wydobycie	wyzdrowienie	—
?	?	wydobycie	wyzdrowienie	dolny koniec stercał w szyjce, górny wbił się w przednią ścianę macicy

Nr	A u t o r	Stan kobiety wiek i t. d.	Ciężarna czy nieciężarna ?	Ciało obce	W jakim celu wprowadzone	Sposób wdrażenia do macicy	Czas przebywania w macicy
32	Liebmann	19-letnia panna	ciężarna	igła do szycia	dla wywołania poronienia	?	kilka lat
33	Lisfranc	?	nieciężarna	Gałązka róży 3 ctm. długości.	?	własnoręczne wepchnięcie	?
34	Lisfranc	?	nieciężarna ?	Ułamek elastycznej sondy 5 ctm. długości	dla wywołania poronienia	własnoręczne wepchnięcie	?
35	Maisonneuve	30-letnia	ciężarna	broszka drewniana	dla wywołania poronienia	własnoręczne wepchnięcie	2 lata
36	Martin	—	nieciężarna	ułamek fajki glinianej	dla ułatwienia oddawania moczu przy iszurji	własnoręczne wepchnięcie	?
37	Mescheede	41 letnia wdowa	?	szpilka od włosów,	?	?	długi czas
38	Metzlar	?	?	piłka gumowa 9 lat temu do pochwy wprowadzona	przeciw opadnięciu macicy	sponte	?

Następstwa bezpośrednie	Przebieg choroby	Sposób leczenia	Wynik	-U w a g i
pelveoperitonitis	pelveoperitonitis	operacyjne otwórczenie jamy Douglas'a i wydobycie igły	wyzdrowienie	
Cuchnące odchody z czasem	—	Wydobycie inkrustowanego ciała obcego	Wyzdrowienie	
Krwawienie	Perytonit	Wydobycie	Wyzdrowienie	L. ciąży nie znalazł
poronienie w 5 miesiącu, gorączka	Metroperytonit	Wydobycie ciała obcego kleszczkami	Wyzdrowienie	
?	?	Wydobycie	Wyzdrowienie	Jakoby ułamek dostał się do pęcherza i został przez macicę wyciągnięty, a więc musiała istnieć fistula utero-cervico vesicalis.-(?)
endometryt	reumatyzm, hystero-epilepsja, prolapsus uteri abscessus peritonealis dysenteria	—	Śmierć	Ciało obce znaleziono przy nekropsji.
—	—	Wydobycie	Wyzdrowienie	

Nr.	A u t o r	Stan kobiety wiek i t. d.	Ciężarna czy nieciężarna ?	Ciało obce	W jakim celu wprowadzone	Sposób wdrażenia do macicy	Czas prze- bywania w macicy
39	Monod	?	?	korzeń lamina- riae	?	wprowa- dzenie przez le- karza sponte	?
40 41	Montané	?	?	pijawka	?	sponte	krótki czas 3 godz.
42	Morestin	mężatka	ciążarna (?)	szpilka od włosów	dla wywo- łania poro- nienia przy mniemanej ciąży	wep- chnię- ciu przez męża	?
43	Neugebauer	Bez- dzietna mężatka	niecięż- arna	gąbka praso- wana	w celu ułat- wienia po- częcia	wprowa- dzenie przez akuszer- kę	kilka miesiący
44	Oldag	34 letnia VI-pa- mężatka.	ciążarna	ułamek kanki kauczu- kowej 7 ctm. długości	prawdopo- dobnie dla wywołania poronienia	wsunię- cie przy wy- szprycy- waniu macicy ?	4 dni
45	Pargamin	mężatka	niecięż- arna	1/2 fun- towy pęk włosów peruki cyrkowej	prawdopo- dobnie dla zapobież- nia ciąży	?	?
46	Partridge	34 letnia VIII pa- ra (7 po- ronień sztucz- nych).	ciążarna	szpilka od włosów	dla wywo- łania poro- nienia	wep- chnię- cie wła- snoręcz- ne	20 dni

Następstwa bezpośrednie	Przebieg choroby	Sposób leczenia	Wynik	U w a g i
?	?	Wydobycie	Wyzdro- wienie	
bóle i spa- zmy w jed- nym przy- padku	—	po wypłukaniu rozczynek karbo- lu raz w drugim razie pijawka wy- szła sponte	Wyzdro- wienie	
?	—	Wydobycie	Wyzdro- wienie	Dopiero sonda wykazała obec- ność ciała obcego w macicy.
endometryt napady ma- cuchnące odchody	napady ma- cji prowa- dzące do samobój- stwa	ciało wyszło sponte	Wyzdro- wienie zu- pełne	
krwawieniu (missed abortion)	22 Maja po- ronienie	Wydobycie po założeniu lami- nariae 9 Lutego	Wyzdro- wienie	
śmierdzące odchody	—	Wydobycie pal- cem	Wyzdro- wienie	
na razie nie było następstw	Po 20 dniach Nes- bit założył tupelo, zja- wiła się go- rączka i pel- veo perito- nit krwa- wienie	Po rozszerzeniu szyji macicznej znaleziono obu- marłe jajo w macicy a powy- żej szpilkę; koń- ce wbiły się w ścianę macicy. Trudne wydoby- cie	Śmierć 9-go dnia po wy- dobyciu szpilki z przyczyny septyczne- go peryto- nitu	

Nr	A u t o r	Stan kobiety wiek i t. d.	Ciężarna czy nieciężarna	Ciało obce	W jakim celu wprowadzone	Sposób wdrażenia do macicy	Czas prze- bywania w macicy
47	Pichevin	?	?	gąbka praso- waua	?	wprowa- dzenie przez le- karza	dłuższy czas
48	Pollak	?	?	igła do robienia poń- czoch	?	Przy- padkowe wdrażenie	?
49	Pollosson	?	?	Węgla- ny sto- żek ele- ktrody Aposto- liego	dla elektry- zacji le- czniczej	wprowa- dzenie przez le- karza	8 dni
50	Popow	kelnerka nieza- mężna III-para	?	szpilka do włó- sów	prawdopo- dobnie dla usunięcia mniemanej lub rzeczy- wistej ciąży	własno- ręczne wep- chnięcie	kilka dni
51	Poulet	?	?	sonda gumowa	?	własno- ręczne wep- chnięcie	?
52	Przewóski	?	?	pręcik fiszbino- wy	?	?	?
53	Rochet	?	ciężarna	sonda gumowa o kost- nym na- główku	dla wywo- łania poro- nienia	Wep- chnięcie przez aku- szerkę	3 mie- siące

Następstwa bezpośrednie	Przebieg choroby	Sposób leczenia	Wynik	U w a g i
Dopóki ro- biono anty- septyczne przestrzy- kiwania na- stępstw nie było ?	Po zanie- chaniu prze- strzykiwań cuchnące odehody	Wydobycie	Wyzdro- wienie	
bez na- stępstw ujemnych	?	Pollack i Grel daremnie próbo- wali wydobycia igły a więc po- zostawili ją na miejscu Wydobycie	?	Igła sterząca w kłębku nici leżącym na krze- śle, gdy kobieta usiadła, wdążyła do macicy
skureze bó- le	—	po daremnych usiłowaniach le- karzy w Narwi wydobycia pod narkozą po dila- tacji szyi przez Lebedjewa	wyzdro- wienie	Igła była naj- przód wyprosto- wana a potem je- den koniec haczy- kowato zagięty i tenże do macicy wprowadzony
?	?	?	?	
?	?	?	Śmierć	patyk znaleziono sub nekropsia
stan zapalny retroverso fixata uteri	salpingitis duplex	Dokonano wycięcia pochwowego macicy i przypad- kowo in cavo Do- ugłasi i znaleziono ciało obce.	—	ciało obce prze- wędrowało przez macicę i jajowód do zatoki Douglasa

Nr.	A u t o r	Stan kobiety w i e k i t. d.	Ciężarna czy nieciężarna	Ciało obce	W jakim celu wprowadzone	Sposób wdrażenia do macicy	Czas przebywania w macicy
54	Rode	zameżna	ciążarna	trzonek gęsiego pióra rtecą napelniony i zaklejony	dla wywołania poronienia	wepchnięcie przez akuszerkę	?
55	Rode	zameżna	ciążarna w 3 mies.	dwa takie trzonki	dla wywołania poronienia	wepchnięcie przez akuszerkę	?
56	Rode	zameżna wieloródka	nieciężarna	szpilka od włosów	dla wydobycia śluzu	własnoręczne wepchnięcie	kilka dni
57	Ruillier	niezameżna	ciążarna	„aequille à seton“	dla wywołania poronienia	wepchnięcie przez <i>averteur'a</i>	86 dni
58	?	?	nieciężarna pessarium	pessarium	przeciw opadnięciu macicy	wprowadzenie prosto do macicy przez akuszerkę zaraz po porodzie	wiele lat
59	Spancken	Wieloródka	nieciężarna	pessarium Schavoniego	przeciw opadnięciu macicy	wprowadzenie przez lekarza do pochwy	kilka tygodni

Następstwa bezpośrednie	Przebieg choroby	Sposób leczenia	Wynik	U w a g i
poronienie gorączka	—	Wydobycie jaja ciała obcego	wyzdrowienie	—
poronienie gorączka	—	wydobycie jaja i ciał obcych	wyzdrowienie	kobieta zmarła później po nowem sztucznem poronieniu na sepsis
krwawienie	—	wydobycie macicy nie zawierała śladów ciąży	wyzdrowienie	—
poronienie, 2 dni po płodzie 3 miesięcy wyszło łożysko	Gorączka 11 dnia po poronieniu bólem o guz w pachwinie, ropień który pęka 66-go dnia po wprowadzeniu igły do macicy	Samowolne wyjście ciała obcego z ropnia pachwinowego	wyzdrowienie	Migratio corporis alieni cum ebinatione spontanea
wytworzenie się kamienia do koła ciała obcego. Cuchnące wypływy	—	rozkawałkowanie ciała obcego i wydobycie miazgowe	Wyzdrowienie	
bóle	—	Wydobycie trudne z przecięciem	wyzdrowienie	

Nr	A u t o r	Stan kobiety wiek i t. d.	Ciężarna czy nie- ciążarna	Ciało obce	W jakim celu wprowadzone	Sposób wdrażenia do macicy	Czas prze- bywania w macicy
60	Sievens	?	?	szpilka od włó- sów	?	?	?
61	Sykes Ward	?	ciążarna	ułamek sondy gumowej	dla wywo- łania poro- nienia	wpro- wadze- nie przez akuszer- kę dnia 3 XI 1892	6 miesię- cy
62	Tannes	—	ciążarna	szpilka od włosów	dla wywo- łania poro- nienia	własno- ręczne wprowa- dzenie	4 tygo- dnie
63	Thoman	28-letnia o prze- toce rop- nej na pępku połogo- wego po- chodze- nia	nieciąż- arna	igła sta- lowa	dla wydo- bycia ropy zeszłej do otworu przetoki pypkowej	własno- ręczne wprowa- dzenie	kilka tygodni
64	Walk	40-letnia IV para	nie cięż- arna	drewnia- na szpil- ka od nici	przeciw opadnięciu macicy.	samo- wolne wdraże- nie	9 mie- sięcy
65	Weber	?	?	ciało obce	?	?	?
66	Wenezel	?	ciążarna	kłosa żytnie	dla wywo- łania poro- nienia	?	?

Następstwa bezpośrednie	Przebieg choroby	Sposób leczenia	Wynik	U w a g i
?	?	?	?	
Poronienie po 3 dniach	gorączka, ból ropy w okolicy krzyżowej	Wydobycie ciała obcego przez pochwę	Wyzdro- wienie	Przy operacji rop- nia w okolicy krzy- żowej chora zwró- ciła uwagę lekarza na cuchnące wy- pływy z pochwy
Krwawie- nie obfite ból w ca- łym brzu- chu dysuria	—	Dopiero skroba- czka wykazało ciało obce w ma- cicy, a sonda nie Wydobycie korn- cangiem	Wyzdro- wienie	
—	—	Po rozłupaniu przewodu ropnego aż do spojenia łonowego, igły nie znaleziono	Śmierć wskutek posocz- nicy	Przy sekcji zna- lezione igłę, tkwią- cą jeszcze in fun- do uteri, podczas gdź większa część jej sterczała już swobodnie w ja- mie macicy
nietrzyma- nie moczu, ból, cuch- nące odcho- dy	Wielka przetoka macieczno- pęcherzo- wa, kamień wytworzo- ny dokoła ciała obce- go.	wydobycie po dyscyzyi szyi macicznej	Wyzdro- wienie lecz z pozosta- jącą prze- toką.	
?	?	?	?	
poronienie	—	Wydobycie post abortum	Wyzdro- wienie	

Nr	A u t o r	Stan kobiety wiek i t. d.	Ciężarna czy nie-ciężarna ?	Ciało obce	W jakim celu wprowadzone	Sposób wdrażenia do macicy	Czas przebywania w macicy
67	Gill Wylie	35 letnia	ciążarna	patyk szklany 6 ¹ / ₂ cala długości	dla wywołania poronienia	We-pchnięcie własnoręczne 29 X 91	3 miesiące
68	Zweigbaum	26 letnia	ciążarna ?	szpilka od włosów	dla przerwania mniemanej ciąży	Własnoręczne wepchnięcie	2 miesiące
69	Zmuheister	?	ciążarna	gałązka drzewa 6 cali	dla wywołania poronienia	własnoręczne wepchnięcie	5 miesięcy
70	Olshauzen	?	ciążarna	długa szpilka od włosów	dla wywołania poronienia	— ?	?

Następstwa bezpośrednie	Przebieg choroby	Sposób leczenia	Wynik	U w a g i
10 I 1892 poronienie bóle w boku krwawienie	gorączka pozytonit	27 I 1892 cięcie brzuszne, wydobycie ciała obcego włożonego in regione bumbali sinistra	Wyzdrowienie	przy operacji znaleziono miejsce perforacji otrzewny na miejscu przejścia lewego jajowodu w ciało macicy.
—	—	przy wydobyciu szpilki macica okazała się już próżną	Wyzdrowienie	
?	?	ciało obce miało wydzielić się sponte po perforacji do kiszki przez odbytnicę	Wyzdrowienie	
?	?	wydobyte szpilki	Wyzdrowienie	

dna z powodu mnogich zrostów, tamponacya jamy brzusznej gazą wyjąłowioną. Wyzdrowienie zupełne.

Po przecięciu preparatu macicy, na przedniej ścianie której siedziało kilka mięśniaków podsurowiczych, znaleziono następującą osobliwość: W prawym rogu trąbkowym macicy osadzonym jest na szypule grubości ołówka okrągławy mięśniak podśluzowy, wielkości małego orzecha włoskiego. Szypuła zaś podwójnie otoczona jest nitką jedwabną o pętli luźno ściągniętej. Błona śluzowa szypuły szarawobiaława prawdopodobnie była punktem wyjścia odchodów śmierdzących. Podług wywiadów pętla nitki jedwabnej przeleżała w macicy przeszło rok. Zamiast usunąć swego czasu mięśniak wraz ze szypułą doszczętnie u samej ściany macicy, lekarz widocznie przeciał tylko szypułę po podwiązaniu jej, pozostawiając w szypule część mięśniaka, która następnie dalej rosnąć wytworzyła widoczny na preparacie mięśniak podśluzowy. Z drugiej strony pozostawienie krótko uciętej ligatury w macicy stało się powodem sprawy ropnej, pyosalpinx i t. d. i wywołało potrzebę doszczętnego usunięcia macicy i przydatków.

72. Do M. sprowadzono niedawno 30-letnią pacjentkę, u której inny lekarz dokonał wyskrobania jamy macicznej i wypłukania następczego. Przy płukaniu złamała się kanka szklana (szklany kateter do płukania), a lekarz daremnie usiłował wydobyć z macicy ułamki szkła. A więc zawieziono chorą do M. Gorączka, tyłozgięcie macicy ruchomej mało powiększonej, okolica zatoki *Douglas'a* bolesna, ujście macicy zwarte, krew sączy się z niego, błona śluzowa szyjki nadszarpana, zgłębnik wykazuje obecność ciała obcego w jamie macicznej. Ponieważ nawet po rozszerzeniu szyjki nie udało się wydobyć ciała obcego ani narzędziami ani palcami a z drugiej strony przypuszczać wolno było, że ciało obce, rurka szklana, było już połamane i skruszone wobec dawniejszych prób wydobywania jego, przystąpiono do kolkokoeljotomii, po odseparowaniu macicy od pęcherza przecięto przednią ścianę macicy wzdłuż według sposobu *Doyen'a* nożyczkami tak że wewnątrz macicy leżało przed oczyma, jak książka rozwarta. W prawym rogu macicy jajowodowym znaleziono 5 ułamków szkła tkwiących w muskulaturze i błonie śluzowej; ułamki, których najdłuższy miał 3 mill. długości pochodziły ze stłuczonej kanki szklanej wewnątrzmacicznej. Usunięto resztki ciała obcego, wyskrobano jamę maciczną t. j. błonę śluzową, zaszyto dwie połowy rozpołowionej przedniej ściany macicy ze sobą ketgutem i macicę do jamy brzusznej zamurzano, przyszywając ją dwoma szwami do ściany pochwy. Sanatio, reunio vulneris per primam reunionem.

Jak *M.* później się dowiedział, wprowadzono do macicy w celu wypłukania dwie rurki szklane, jedną dla płynu wpływającego, a drugą dla wypływu przeznaczoną.

Na powyżej zestawione 72 spostrzeżeń:

16 razy ciało obce wdąrzyło sponte do macicy, 2 razy nie podano żadnych szczegółów co do sposobu wdrażenia (Nr. 12 i 65). 54 razy ciało obce zostało wprowadzone lub wepchnięte do jamy macicznej naumyślnie.

16 spostrzeżeń samowolnego wdrażenia ciała obcego do macicy:

12 razy wdąrzyło do macicy pessarium pierwotnie do pochwy wprowadzone. Nr. 6, 7, 9, 14, 19, 20, 29, 30, 38, 58, 59, 64. W przypadku 64 jako pessarium używaną była drewniana szpulka do nawijania nici, która z czasem wywołała przetokę maciczno-pęcherzową, i wytworzenie się inkrustacji moczowych, w przypadku 38. rolę pessarium odgrywała piłka gumowa.

2 razy do jamy macicy wdąrzyła pijawka przy stawianiu pijawek na szyjkę maciczną (Nr. 40 i 41).

1 raz do macicy wdąrzył przypadkowo drut do robienia pouncech, gdy kobieta usiadła na krześle, na którym leżał kłębek bawełny, w którym tkwił drut (Nr. 48).

1 raz dostała się na drodze migrationis spontaneae do macicy igła wprowadzona do ropiejącej przetoki pępkowej przy wydobywaniu kłębków zeszcłej ropy z otworu (Nr. 63).

Wylie (Nr. 67) wydobył przy brzusznej ciąży patyk szklany ułożony in regione lumbali sinistra, który trzy miesiące temu został do macicy wprowadzony czyli wepchnięty.

Raz jeden (Nr. 63) ciało obce, igła — samowolnie przewędrowało z przetoki ropnej pępkowej do jamy macicznej. Razem więc w 6-ciu przypadkach otworzono jamę brzuszną dla usunięcia ciała obcego — w jednym z tych przypadków niespodzianie znaleziono w zatoce *Douglas'a* ciało obce przy otwarciu jamy brzusznej w innym celu dokonaniem.

Pessaria wydobywano po części kleszczykami, po części zachodziła potrzeba rozkawałkowania, przepalenia, przecięcia ciała obcego. Szpilki od włosów wyciągano zwykle kleszczykami po uwolnieniu końców lub jednego końca, jeśli utkwily w ścianie macicy. Często trzeba było dokonać rozcięcia ust macicznych, aby udostępnić pole poszukiwań i terapii. Nie zawsze od razu udawało się na ciało obce natrafić, lecz przy pomocy sondy lub skrobaczki ostatecznie znajdu-

wano zwykle ciało obce. Ewentualnie znalazłyby i tutaj zastosowanie promienie *Roentgen'a*. Ponieważ po większej części chodziło równocześnie o poronienie rozpoczęte już, więc często wypadało i pozostałości jaja równocześnie usunąć. Śmiertelnego krwotoku przez ciało obce wywołanego ani razu nie zanotowano, największem niebezpieczeństwem jest zakażenie, czy to septyczny endometryt czy parametryt czy perytonit, wywołany ewentualnie przez ciało obce. Ciekawem jest, że nawet perforacya podwójna in fundo uteri gravidi przez długi patyk szklany nie wywołała ani krwotoku śmiertelnego ani też poważniejszych powikłań (Nr. 67).

Rozpoznanie i odnalezienie ciała obcego do macicy wprowadzonego może być bardzo trudnem, albo nawet bez cięcia brzuszkiego czasami niemożliwem, jak to pokazuje wyżej wymieniona kazuistyka. Wywiady czasami, chociaż nie zawsze naprowadzają lekarza na właściwą drogę poszukiwań. Skoro macieca wpuszcza palec, skrobaczkę, sondę i t. p. zwykle powinno się udać skonstatowanie obecności ciała obcego, lecz gdy takowe już wdrażyło do sąsiedztwa, przebijając ścianę macicy, to przy nieostrożnem badaniu bardzo łatwo zdarzyć się może, że wbrew własnej woli wskutek nieostrożności ciało obce jeszcze głębiej wepchniemy jak tego dowodzi mnogimi przypadkami kazuistyka tutaj zebrana.

Może się zdarzyć każdemu z nas, że w danym przypadku ciała obcego nie znajdzie, lecz nie powinno się zdarzać, aby lekarz raz przekonawszy się o obecności ciała obcego w macicy, zrzekł się pod byle jakim pretekstem interwencji czynnej i pozostawił ciało obce in situ, czekając na samowolne wyjście z macicy, licząc na vis medicatrix naturae, jak się to stało w przypadku Nr. 48. Do kazuistyki niniejszej ciał obcych w macicy dodałem kilka spostrzeżeń wdrażenia ciał obcych do jamy brzusznej po wprowadzeniu ich do pochwy, ponieważ jedne i drugie spostrzeżenia są spokrewnione w etyologii.

Chociaż nie często trafi się praktykowi mieć do czynienia z ciałem obcym w macicy, jednak nie zaszkodzi być au courant kwestyi. Dla tego to zdecydowałem się na zebranie powyżej zestawionej kazuistyki prosząc Szanownych kolegów o łaskawe zakomunikowanie mi spostrzeżeń własnych lub obcych przezemnie w piśmiennictwie przeoczonych.

1 raz dostała się do jamy macicy pętla drutu srebrnego pochodząca od szwu nałożonego na macicę 9 lat temu przy cesarskiem cięciu.

54 spostrzeżenia umyślnego wprowadzenia ciała obcego do macicy:

1 raz wprowadzono pessarium zaraz po porodzie do macicy

(Nr. 58) — przez pomyłkę, — 1 raz zaraz po porodzie wprowadzono do macicy nagłówek metalowego lichtarza (Nr. 28) w celu niewiadomym.

7 razy ciało obce było wprowadzone przez lekarza lub akuszerkę w celu leczniczym.

3 razy pręcik laminariae (Nr. 4 i 39).

2 razy gąbka prasowana (Nr. 43 i 47).

1 raz elektroda maciczna Apostoli'ego (Nr. 49).

1 raz sonda użyta dla przebicia jakoby zarośniętych ust macicznych sub partu.

1 raz fajka gliniana (Nr. 36) — ciało obce było wprowadzone przez pacjentkę jakoby dla ułatwienia oddawania moczu.

37 razy ciało obce wprowadzono do macicy dla wywołania poronienia, a 6 razy cel wprowadzenia ciała obcego niewiadomy.

Nr. 23 drut do robienia pończoch, Nr. 28 i 31 trzonek gęsiego pióra, Nr. 33 gałązka róży, Nr. 34 szpilka od włosów, Nr. 45 $\frac{1}{2}$ funtowy pęk włosów z peruki kłowna, Nr. 52 pręcik fiszbinowy; prawdopodobnie celem wprowadzenia ciała obcego prócz w przypadku Nr. 45 było wywołanie poronienia przy mniemanej ciąży, w przypadku Nr. 45 pęczek włosów prawdopodobnie był wprowadzony, aby zapobiedz poczęciu.

Na 37 spostrzeżeń wprowadzenia ciała obcego do macicy w celu wywołania poronienia podano: 20 razy własnoręczne wprowadzenie ciała obcego przez samą ciężarną (Nr. 1, 8, 16, 17, 19, 24, 25, 26, 31, 32, 34, 44, 46, 50, 51, 53, 62, 66, 67, 68 i 69); 1 raz przez męża (Nr. 42); 5 razy przez akuszerkę (Nr. 53, 54, 55, 56, 61); 2 razy przez lekarza „*avorteur'a*“ (Nr. 5 i 57); 1 raz przez lekarkę (Nr. 13), — w pozostałych przypadkach nie wymieniono przez kogo ciało obce zostało do macicy wprowadzonym.

Co do ciał obcych wprowadzonych dla przerwania ciąży zanotowano:

15 razy szpilkę od włosów (Nr. 1, 10, 15, 17, 24, 25, 27, 42, 46, 50, 56, 60, 62, 68, 70).

6 razy sondę gumową (Nr. 5, 19, 34, 51, 53, 61).

1 raz kateter gumowy (Nr. 26).

1 raz igłę do szycia (Nr. 32).

1 raz kateter metalowy (Nr. 13).

1 raz broszkę drewnianą (Nr. 35).

1 raz kostną łyżeczkę uszną (Nr. 27).

1 raz kłos żytni (Nr. 66).

1 raz patyk szklany (Nr. 67).

2 razy igłę (Nr. 16 i 32).

1 raz igłę „Aiguille à seton“ (Nr. 57).

1 raz piszczel kureczenia (Nr. 10).

2 razy gałązkę drzewa (Nr. 8 i 69).

1 raz gęsie pióro (Nr. 28).

2 razy trzonek gęsiego pióra wypełniony rtęcią i u dołu woskiem zaklejony (Nr. 54 i 55).

W czterech przypadkach sekcyja wykazała obecność ciała obcego w macicy: raz wianek, raz pręcik fiszbinowy, raz igłę, która wprowadzona do przetoki ropnej w pępku opuściła się aż do jamy macicznej, raz szpilkę od włosów (Nr. 14, 37, 52 i 63).

4 razy obecność ciała obcego w macicy prowadziła do śmierci na drodze septycznego perytonitu (Nr. 37, 46 i 63).

3 razy pomimo wprowadzenia ciała obcego i krwawienia ciąża nie została przerwana (Nr. 17, 24 i 44).

Ciało obce przeleżało w macicy 40 lat (Nr. 30), — 25 lat (Nr. 7), — 4 miesiące (Nr. 29), — 5 miesięcy (Nr. 21), były to spostrzeżenia zabłąkania się wianka do jamy macicznej.

Pręcik laminariae przeleżał w jamie macicy 10¹/₂ miesięcy (Nr. 3), — gałązka drzewa 3 tygodnie (Nr. 8), — kateter metalowy 4 miesiące (Nr. 13), — metalowy nagłówek lichtarza 12 lat (Nr. 22), — broszka drewniana 2 lata (Nr. 35), — szpilka od włosów 20 dni wywołując śmiertelny perytonit (Nr. 46), — ułamek sondy gumowej 6 miesięcy (Nr. 1), — szpilka od włosów 4 tygodnie (Nr. 62), — drewniana szpulka od nici 9 miesięcy wywołując wytworzenie się przetoki maciczno-pęcherzowej (Nr. 64), — szpilka od włosów miesiąc (Nr. 68).

Kilka razy ciało obce wprowadzone lub wepchnięte do macicy wdrażyło do sąsiedztwa, przebijając ścianę maciczną, i tak w przypadku Nr. 3 *Bandl* wy dobył ułamek sondy żelaznej sub partu jako by dla przebicia atresiae oris uteri użytej 6 lat później ex parametrio po otworzeniu zatoki *Douglas'a*.

Barwell wy dobył przez odbytnicę sondę gumową, którą 20 miesięcy temu ciężarna sobie do macicy wepchnęła. Sonda przeleżała 20 miesięcy w tkance łącznej pomiędzy macicą a odbytnicą (Nr. 5).

Freund (Nr. 15) po cięciu brzuszmem wy dobył ułamek szpilki od włosów z jamy otrzewnej, otorbiony zapalnymi złoгами.

Kemperdieck (Nr. 28) po cięciu brzuszmem wy dobył z jamy otrzewnej gęsie pióro, które wprowadzone do macicy wdrażyło aż do jamy brzusznej. *Liebmann* (Nr. 32) wy dobył po otworzeniu zatoki *Douglas'a* igłę z jajnika.

Rochet (Nr. 53) znalazł sondę gumową w zatoce *Douglas'a* podczas pochwowej ekstyrpacji macicy zupełnie niespodziewanie.

Ruillier (Nr. 57) widział samowolnie wydzielenie się wepchniętej do macicy, 66 dni temu „*aiguille à seton*“ przez otwór następczego ropnia pachwinowego.

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. *Chirurgia.*

60. A. von Brackel. **O gruźlicy przepuklinowej.** (St. Petersburg. Med. Wochenschrift. Nr. 42—43. 1897.

Do 28 przypadków gruźlicy przepuklinowej, opisanych w literaturze, autor dodaje dwa własne ciężkie spostrzeżenia, uwiecznione wynikiem pomyślnym.

Pierwsze dotyczy robotnika wiejskiego, doskonałej budowy ciała i dobrego odżywiania, który od lat 5-ciu czy 6-ciu miał przepuklinę pachwinową prawostronną. Z powodu owej przepukliny przystąpiono do radykalnej operacji, podczas której znaleziono właśnie gruźlicę w worku przepuklinowym; prócz zwyrodniałego swoście pasma sieci, znajdowała się tamże ciecz przezroczysta, żółtawa, z mniejszymi lub większymi płatkami. Ściana worka była zgrubiała, na wewnętrznej powierzchni nacieczoną wydatnie i na całej swój rozciągłości pokryta mniejszymi lub większymi gruzelkami, wielkości główki szpilki lub soczewicy; gruzelki mniejsze opalizowały z lekka, większe miały barwę żółtawą. W szyi worka, na wewnętrznej powierzchni obrączki pachwinowej wykryto również wielką ilość gruzelków, uszykowanych w warstwy dośrodkowe; gruzelki znajdowały się i na paśmie sieci, t. j. na tej jego części, która dotykała wewnętrznej powierzchni obrączki pachwinowej. Im dalej posuwano się w głąb brzucha, tem mniejszymi i mniej licznymi były gruzelki na sieci, rozciągniętej wachlarzowato powyżej omawianej obrączki. Z jelit dwie tylko pętlice, bezpośrednio do wewnętrznej powierzchni wrót przylegające, ołyły pokryte na swej błonie surowiczej pojedynczymi gruzelkami; reszta jelit miała swój wygląd zwykły. Badanie drobnovidzowe (na przekrojach postronka sieci i ściany worka) wykazało naturę cierpienia gruźliczą.

Przypadek drugi dotyczył kobiety 28-letniej, u której przed operacją rozpoznano peritonitis exsudativa tuberculosa, przyczem guz w prawej pachwinie i powyżej większej wargi sromnej, pozwalał przypuszczać możność istnienia gruźlicy przepuklinowej. Przy operacji nie tylko z worka, lecz i z otrzewny wyciekła duża ilość płynu przezroczystego, żółtawego, z małymi białawymi płatkami.

Wnętrze worka bardzo silnie nacieczone i zaczerwienione; ściana nierównomiernie zgrubiała, usiana małymi prosówkowatymi gruzłkami. Trzewiowa i ścienna otrzewna była gładka, wyciągnięta wreszcie pętlica jelita cienkiego była zdrowa. Badanie pod drobnowidzem wykazało obecność włóknistych gruzłków; barwienie laseczników nie ujawniło.

Oba te przypadki przedstawiają obraz typowy gruźliczego cierpienia otrzewny, resp. worka przepuklinowego, z których w pierwszym punkcie wyjścia gruźlicy pozostał nieznanym. w drugim zaś ogniskiem pierwotnym mogły być otrzewna albo jelita: chora bowiem przechodziła dawniej przewlekły tydzień niezbyt. W owym przypadku, jak przekonano się, przepuklina powstała już po wystąpieniu objawów ze strony otrzewny i kiszki, była zatem prostym następstwem gruźliczego zapalenia otrzewny. Z pewnym więc prawdopodobieństwem można tu było postawić rozpoznanie: tuberculosis herniosa, czego o spostrzeżeniu pierwszym powiedzieć nie było można. Wszyscy zresztą autorzy odnośni zgadzają się, że rozpoznanie samej tylko pierwotnej gruźlicy przepuklinowej jest niemożliwe tam, gdzie nie ma żadnych punktów oparcia dla gruźlicy; przepuklinę taką znajdowano zawsze tylko przypadkowo na sekcji lub podczas operacji. Pomimo to można się tu kierować następującymi objawami:

1) W worku przepuklinowym najczęściej niema kiszki, tylko płyn.

2) Worek przepuklinowy wyczuwa się w położeniu chorego stojącym, jako mocno napięty, dzięki zawartemu w nim płynowi.

3) Przy odprowadzaniu przepukliny w stojącej pozycji chorego guz zmniejsza się z wielkim tylko trudem pod działaniem równomiernego ucisku; jeśli potem natychmiast nie zamknąć palcem kanału pachwinowego, to worek napęla się w tej chwili, jak i przed odprowadzaniem.

4) Przy odprowadzaniu przepukliny nie czuje się żadnego kruczenia, które stale towarzyszy wepchnięciu kiszki do jamy brzucha.

5) W położeniu chorego na wznak zawartość worka może sama przez się przelewać się do jamy brzucha, aby potem natychmiast znowu zebrać się tamże i równomiernie rozściągnąć worek, gdy pacjent podnosi się i wyprostowuje.

6) Odgłos wypukowy guza jest przytłumiony.

7) Guz bywa niekiedy bardzo na ucisk wrażliwy.

Co do sprawy powstawania przepuklin gruźliczych, poglądy są jeszcze bardzo różne. Według Lejars'a, gruźlica przepuklinowa jest cierpieniem zapalnym otrzewny umiejscowionem. Jonnescu uważa przepuklinę jako siedlisko gruźlicy ulubione, ze względu na warunki anatomiczne, zaburzenia w krwi obiegu, jak i wskutek możliwych tu zapaleń lub urazów silnych i szybko działających lub też nieznacznych, lecz długotrwałych, jak np. działanie opaski. Autor za główne źródło dla przepuklin gruźliczych uważa jelita, oraz narządy płciowe. Według Roth'a, przepuklina gruźlicza może istnieć bez udziału pozostałej otrzewny albo też przy jednoczesnym cierpieniu całej otrzewny. Bez udziału otrzewny przepuklina gruźlicza powstaje w ten sposób, że albo w kawałku jelit, znajdującym się w worku, zjawia się

gruźlica czy to skutek zapalenia, czy też zaburzeń w obiegu krwi, czy też urazów, i z tego kawałka jelit przechodzi na przylegającą otrzewnę,— albo też zarazek z innych miejsc ustroju przenosi się do jamy brzusznej i najwygodniej rozwija się w przepuklinie. Przy udziale pozostałej otrzewny przepuklina gruźlicza, zdaniem tegoż Roth'a, występuje jako częściowe zjawisko ogólnej prosówki, lub też powstaje w taki sposób, że zarazek, przenosząc się z otrzewny lub jelit, w przepuklinie znajduje locum minoris resistentiae.

Autor więc, razem z innymi (Roth, Bruns, Tenderich), jako pewnik stawia, że gruźlica przepuklinowa może powstać, jako pierwotne lub też wtórne cierpienie; przypadki pierwotnego cierpienia jednak bywają bardzo rzadkie. Stosownie do tego w drugim swym przypadku w gruźliczem zapaleniu worka przepuklinowego autor widzi częściowy objaw ogólnego zapalenia otrzewny, w pierwszym zaś — przepuklinę gruźliczą uważa za zjawisko pierwotne.

Co do leczenia, można przy pierwotnych— odosobnionych przepuklinach gruźliczych przez usunięcie wszystkiego, co chore, otrzymać wyzdrowienie zupełne. Gdy zaś usunięcie chorych części jest niemożliwe, t. j. gdy przepuklina gruźlicza występuje jako częściowy objaw prosówki całej otrzewny, to i wtedy przez wycięcie worka przepuklinowego otrzymuje się zadziwiający skutek dodatni, jaki daje z doświadczenia laparotomii w gruźliczem zapaleniu otrzewny. Wszystko, co się tyczy ogólnej gruźlicy otrzewnowej, stosować się winno również i wobec przepukliny gruźliczej.

Zmiany wsteczne, które powstają w otrzewnie po laparotomii, sprowadzają się, zgodnie z poglądem większości autorów, do rozrostu, występującej na miejscu części składowych gruzelka i niszczącej tenże, tkanki łącznej. Zgodnie z wynikiem badań Gerolamo Gatti'ego, wpływ laparotomii na serowatą i włóknistą postać gruźliczego zapalenia otrzewny jest niejednakowy. W razie istnienia gruzelków, podległych już zserowaceni, Gatti znajdował naokoło mas zserowaciałych otoczkę z tkanki łącznej, zupełnie jednakową u operowanych i u nieoperowanych zwierząt. Znaczenie chirurgicznego zabiegu w tym wypadku polega, podług niego, na tem, że sprawa gruźlicza zostaje wstrzymana i zserowaciale ogniska już się nie powiększają. Przy gruzelkach jeszcze niezserowaciałych wyleczenie rozpoczyna się wewnątrz gruzelka przez tworzenie się pęcherzyków, t. j. surowicze zwyrodnienie protoplazmy komórek nabłonkowych, które dochodzi później do jądra i prowadzi do rozpadu komórek; powstałe wskutek wessania wytworów rozpadu przestrzenie puste z wolna zmniejszają się i znikają wreszcie, bez wystąpienia komórek wędrujących, jak to bywa przy zserowaciałych gruzelkach. Ztąd wniosek, że bardzo znaczny wpływ laparotomii na tkankę gruźliczą zależy od chwili, w której wykonywa się operację. Gdy do niej przystąpiono zbyt wcześnie, t. j. kiedy gruzelki nie dosięgnął jeszcze swego zupełnego rozwoju, laparotomia nie wywiera żadnego wpływu na sprawę gruźlicza, która ma swój zwykły przebieg. Gdy zaś do operacji przystąpiono zapóźno, gdy gruzelki w znacznej mierze uległy już zserowaceni, operacja powstrzyma co najwyżej dalszy postęp gruźlicy.

Streszczając dane powyższe i powołując się na wyniki statystyczne autorów innych, autor dochodzi do wniosków następujących:

1) Rozlane lub umiejscowione zapalenie otrzewny jest bezwarunkowo uleczalne za pomocą zwykłej laparotomii, tak w znaczeniu klinicznym, jak i w histologicznym.

2) Wyleczenie gruźliczego zapalenia otrzewny zależne jest od czasu operacji.

3) Gdy pierwsza laparotomia, dokonana we wczesnym okresie cierpienia, nie dała wyniku pomyślnego, wskazaną jest laparotomia wtórna.

4) Chory worek przepuklinowy winien być usunięty dościszczenie.

5) Gdy gruźlica przypuklinowa występuje, jako częściowe umiejscowienie tylko ogólnej sprawy swoistej w otrzewnie, wskazane jest wówczas szerokie tejże otwarcie.

6) Obawa następczego po laparotomii przerostu otrzewny jest płonna co do możliwości powstawania zlepow; te ostatnie wytwarzają się niekiedy tylko na bardzo ograniczonej przestrzeni.

St. Stanisławski.

61. Prof. N. Senn (z Chicago). **Podział i leczenie chirurgiczne ostrego zapalenia otrzewny.** (Therapeut. Wochenschr. Nr. 39—40. 1897).

(Według odczytu na 12 zjeździe międzynarodow. lek. w Moskwie).

Omówienie dosadne i właściwe terapii ostrego zapalenia otrzewny oprzeć się musi na prawidłowym podziale różnych cierpienia tego postaci, który by uwzględniał jego anatomo-patologię, czynniki, sprawę chorobową wywołującą, główne zaś własności kliniczne każdej pojedynczej postaci. Zgodnie też z przyjętą przez się klasyfikacją odmian ostrej sprawy zapalnej w otrzewnie, autor zatrzymuje się nad niemi w poniżej przytoczonym porządku.

Rozróżnia zatem: 1) **zapalenie otrzewny przyścienne** (ectoperitonitis), poprzedzające stale sprawę zapalną w listku trzewowym tej błony. Warunki do szerzenia się zarazka są tu mniej, niż w tym ostatnim, przyjazne, pomimo to sprawa przyjmować może cechy zapalenia rozlanego, jeśli w jamie np. pozaotrzewnowej w którembądź miejscu kręgosłupa powstanie ognisko ropne; w następstwie istniejących gdziekolwiek w ścianie brzucha ran zakażonych ectoperitonitis pierwotne doprowadzić może, bez przedziurawienia nawet, do wybuchu ogólnej sprawy zapalnej w worku otrzewnowym bądź za pośrednictwem naczyń chłonnych, bądź drogą tkanki łącznej. Ropienie tej ostatniej w cavum Retzii nieraz też dziurawi jamę brzuszną, wywołując posokowate tejże zakażenie z wynikiem niepomyślnym. Jak wiadomo z badań Leussera, znajdującą się pomiędzy otrzewną i mięśniami brzucha luźną tkankę łączną dzieli na dwie warstwy listek powięzi, który przyczepia się do górnego brzegu spojenia łonowego;

w okolicy tej powstaje zatem ropień podmięśniowy, ku dołowi przez linię jajowatą, kres nacieku stanowiąca, odgraniczony, lub też przedpecherzowy, który przebiega wzdłuż powięzi i ma wygląd rozszerzonego pęcherza.

Z zabiegiem chirurgicznym dla uniknięcia przedziurawienia do środka należy spieszyć się zawsze, a więc jamę ropnia otwierać na zewnątrz otrzewny i drenować.

2) **zapalenie otrzewny posokowate rozlane** zależne najczęściej od zakażenia przez paciorkowce i sprowadzające śmierć w dni kilka w skutek rychłego przedostawania się wytworów gnilnych z otrzewny do krwiobieg. Wybuch cierpienia następuje zwykle po otworzeniu się do jamy brzusznej ropnia posokowatego, po pęknięciu lub przedziurawieniu jelita z zawartością gnilną, w następstwie rany postrzałowej lub klutej brzucha, powikłanej uszkodzeniem żołądka lub kiszek, przypadkowo wreszcie od zakażenia podczas laparatomii. Z wielu odnośnych operowanych przypadków autor otrzymał wynik pomyślny w jednym zaledwie lubo chirurgicy inni byli podobno pod tym względem daleko szczęśliwsi. Bądź co bądź, bez operacji śmierć chorego jest nieuchronną i dla tego do rękoczynu przystępować trzeba jak najwcześniej.

Na punkcie umiejscowienia, wymiarów i liczby cięć, prowadzonych podczas laparatomii dotąd jeszcze nie ma między autorami poglądów ustalonych całkowicie. W razie zapalenia ograniczonego brzuch otwierać się winno na przestrzeni jaknajmniejszej: w obec przedziurawienia innego, niż wyrostek robaczkowy, narządu, cięcie prowadzi się w smudze białej, przyczem brzuch otwiera ponad pępkiem, jeśli przedziurawienie dotyczy pęcherzyka żółciowego, żołądka lub dwunastnicy, i po niżej—gdy perforowane jest jelito cienkie. Niektórzy radzą rozcinać brzuch w pewnym od jego linii środkowej oddaleniu, prowadzić zatem nóż przez środek jednego z mięśni prostych, tam bowiem powłoki brzucha są grubsze, dają zeszywać się łatwo i zmniejszają znacznie prawdopodobieństwo powstawania następczej przepukliny brzusznej, czego nie można powiedzieć o zeszywanej w smudze białej cienkiej warstwie włóknistej. Z uwagi, że jedno, poniżej pępka poprowadzone cięcie, zwłaszcza przy peritonitach rozlanych, daje dostęp niedostateczny, zaleca się wykonywanie cięć dodatkowych w kilku jeszcze miejscach, jak powyżej spojenia łonowego w punkcie dowolnym okolicy lędźwiowej, u kobiet—w jamie Douglas'a. poczem przeprowadzić wypadnie przez cięcie powyższe dreny, co wszystko razem ułatwi znacznie dokładne jamy otrzewnowej przemycie. To ostatnie, używane tak często przy leczeniu ran gnilnych innych części ciała, powinno i tutaj być wzięte pod uwagę, przyczem użyć należy w tym celu ciepłej wody wyjałowionej, lub też roztworów lekkich kwasu bornego, soli kuchennej, octanu glinu i t. p., a strumień cieczy musi być dosyć szeroki i mocny, by wymyć najbardziej zapadłe jamy otrzewnowej zakątki. Dla usunięcia wreszcie zużytego płynu lepiej jest ułożyć operowanego odpowiednio na bok, niżeli używać w tym celu wacików.

Rozcięcie kiszek przez gazy i uległą sposokowaceni zawartość płynną jest jednym z warunków dla chorego przy omawianem cierpieniu najniekorzystniejszych. Paretyczne, w stanie zapalnym pozostające jelito staje się łatwo dla drobnoustrojów drożnem, w skutek czego do istniejącej już sprawy posokowatej dołącza się nowe obfite źródło zakażenia. Uzasadnionem przeto jest wykonywanie w tych razach przez niektórych chirurgów jednego lub kilku cięć całowej długości na wydobytej z rany najbardziej wzdętej pętli jelita, poczem tę ostatnią przemywa się dokładnie i opróżnia, wreszcie opuszcza do jamy brzusznej po zaszcyciu przecięć uprzedniem. Zabieg tego rodzaju dawał nie jednokrotnie wyniki pomyślne w przypadkach, uważanych już za stracone.

Odpyływ wydzieliny ułatwia się przez zastosowanie bądź zwykłych drenów dziurkowanych miękkich, bądź za pomocą sączków szklanych zakrzywionych na końcu swym brzuszny. Tym ostatnim autor oddaje pierwszeństwo, jako wywierającym ucisk mniejszy, niż dreny gumowe, tam zwłaszcza, gdzie chodzi o dno miednicy i pęcherz. Szeroki, gruby dren często pociąga za sobą wytwarzanie, się przetok jelitowych, lepiej też zawsze zawsze obwijać go dla bezpieczeństwa w gazę. W obec krwawień mięsżowych stosujemy drenowanie, „włoskowate“ którego pierwowzorem wybornym jest słynny ów worek Mikulicza. Przy oczyszczania jednak tą drogą jam dużych, trzeba co do gazy jodoformowej bardzo być oględnym, bo nieraz już stwierdzono przypadki otrucia, zwłaszcza u osobników z nerkami nie działającemi jak należy. Najlepiej jest poprzestawać na 1 — 2 paskach gazy jodoformowej, wypełniając resztę worka gazą wyjałowioną. Nadto długie stykanie się tejże z powierzchnią surowiczą jelit lub narządów innych daje bodziec do powstawania zrostów, zaleca się zatem możliwie najkrótsze tego rodzaju drenowanie i nakładanie na ranę szwu wtórnego, co najskuteczniej chorego obroni od następczej przepukliny brzusznej.

Z leków wewnętrznych w okresie pooperacyjnym wskazane są środki podniecające, oraz, zgodnie z radą Tait'a, podawanie co 1 — 2 godziny 2 — 3 g., siarczanu magnezyi dla pobudzenia ruchu kiszek; w obec złego soli czyszczących znoszenia zaleca się kalomel w małych, co godzina, dawkach i lawatwy. Ze względu na groźne dla życia chorego porażenie częściowe i rozcięcie jelit, unikać należy podawania makowca, który właściwym jest przed operacją tylko w razie przedziurawienia kiszki, łagodzi bowiem wpływ wstrząsu i opóźnia uogólnianie się sprawy gnilnej. Pochyłe ułożenie ciała przez uniesienie nóg łóżka po jednej stronie ku górze i spowodowana tem autotransfuzya, wzmacnia osłabioną działalność serca, a dobrze przystosowana opaska zapobiega nadmiernemu wydzieleniu się brucha, ku zmniejszeniu którego również skutecznie dopomóżd mogą lawatwy terpentynowe i wprowadzenie do odbytnicy rury sprężystej kiszkowej. Nie licząc w reszcie wyłącznie na operację tylko, uciec się trzeba do stosowania surowicy przeciwpaciorkowcowej Marmorek'a, która w pewnej już liczbie przypadków, w mowie bądących, dawała wyniki pomyślne.

3) **Zapalenie otrzewny dziurawiące** (peritonitis perforativa) powstaje zawsze wtórnie, jako następstwo sprawy wrzodziejącej lub zgorzelelinowej w jakiej bądź części kanału żołądko-kiszkowego i wyróżnia się powstawaniem objawów zapalnych nagle. Stosownie do liczby i jadowitości drobnoustrojów, krążących razem z wysiękiem w otrzewnie, cierpienie to staje się rozlanem lub bardziej ograniczonym. Zapalenie rozlane zależne jest najczęściej od przeżarcia wrzodu okrągłego na ścianie żołądka przedniej w pobliżu krzywizny mniejszej: występuje wówczas wstrząs bardzo wydatny oraz wzmagające się przy ucisku bolesność i napięcie brucha, cierpienie zaś, w razie ociągania się ze wskazaną tu natychmiastową pomocą chirurgiczną kończy się zwykle już w ciągu 24 godzin śmiercią chorego. Cięcie podczas laparotomii w razie tym prowadzi się w kierunku linii brucha środkowej wyrostka mieczykowatego do pępka; w razie potrzeby należy je przedłużyć. Jeśli przedziurawieniu uległa ściana żołądka tylna, a dostęp do ogniska chorobowego drogą zwykłą jest trudny, rozsina się ścianę przednią i przez powstały stąd otwór zaszywa się owo miejsce, przedziurawieniu uległe. Przed nałożeniem szwów należy żołądek dokładnie oczyścić; w razie nie możliwości, ze względów rozlicznych, doszczętnego zaszycia otworu, wszywa się w tenże niby zatyczkę, rożek sieci. Zarówno groźnym w skutkach swych i spiesznej wymagającym operacji jest przedziurawienie, zależne od wrzodu durowego; wrzód taki po raz pierwszy w r. 1885 wyciął i zaszył Kussmaul. Z 24 operowanych przypadków odnośnych, zebranych przez Wigginsa otrzymano wyzdrowienie w 6 zaledwie; ze swej strony J. Price ogłasza ostatnie trzy operowane przypadki, ukończone pomyślnie.

4) **Zapalenie otrzewny ograniczone**, przy którym mniejsza lub większa część jamy otrzewnowej pozostaje przez zakażenie nietknięta. Objawy chorobowe występują tu najczęściej nagle, przebieg zaś kliniczny oraz rozległość sprawy zapalnej pozostają zależne od rodzaju drobnoustrojów, wywołujących cierpienie, od umiejscowienia ogniska pierwotnego oraz własności otaczających je tkanek. Cierpienie występuje przeważnie w okolicy jelita cienkiego, ograniczają się do jamy, wytworzonej przez sieć mniejszą, i zazwyczaj przyłączając się wtórnie do cierpienia narządów brucha lub miednicy. Zauważono je zatem w przypadkach wrzodu dziurawiącego żołądka lub dwunastnicy, dalej: po zapaleniu kiszki ślepej, w następstwie spraw zapalnych około pęcherzyka, macicy, jajowodów lub jajników, gdzie bardzo często kończy się na najłagodniejszej zapalenia postaci, t. j. na a) zapaleniu otrzewny *wytwórczo-włóknikowem*, ograniczonym ściśle, przebiegającym bez ropienia lubo dającym niekiedy wysięk nader obfity. Tego rodzaju sprawa zapalna nieraz pozostawia po sobie tęgie zrosty czyli pasma włókniste, które, przymocowując się do narządów, przekręcają je lub zaginają, skąd też niekiedy zwą postać tę zapaleniem zniepodobniającem (peritonitis deformans). Zabieg chirurgiczny wtedy tylko staje się tu niezbędnym, gdy cierpi wskutek owych zrostów drożność kiszkowa. Zapalenie to towarzyszy często odmianie bardziej złośliwej, mianowicie ograniczonemu zapaleniu otrzewny b) *ropnemu* lub

e) *surowiczo-ropnemu*. We wszystkich przypadkach, gdzie tylko jest to możliwem, otwiera się i drenuje ropień drogą zewnątrz-otrzewnową, tam zaś, gdzie przedostawać się doń trzeba przez jamę brzuszną, rękoczyn odpowiedni wykonywa się w dwóch posiedzeniach. Przedewszystkiem tedy przyszyć należy otrzewną ścienną do brzegów jamy ropnia i zaszyć poprowadzone uprzednio cięcie brzuszne z wyjątkiem takiej tylko przestrzeni, która wystarczy do otwarcia ropnia i założenia sączka: przestrzeń tę wypełnia się gazą jodoformową, po upływie zaś 2—3 dni wypuszcza ropę na zewnątrz. Jeżeli jednak z uwagi na ogólne objawy groźne nie można zwlekać z operacją, zawartość ropnia usuwa się zapomocą pompki bezwzględnie po uprzednim obszyciu jamy. I c) *ostre gruźlicze* zapalenie otrzewny może niekiedy dawać ropienie w następstwie mieszanego zakażenia wtórnego. Laparatomia stała się dla tej postaci zabiegiem ulubionym, o ile jednak ma istotną wartość leczniczą, dotąd nie orzeczono na pewno. W spostrzeżeniach niektórych, gdzie operacja pozostawała bez skutku, autor otrzymywał wyniki dobre od zastrzykiwań kilkakrotnych 10—20⁰, 10⁰/_o mleczanki jodoformo-glicerynowej.

5) **Zapalenie otrzewny krwawe** czyli **przerzutowe** bywa nierównie rzadziej, niżli pokrewne mu cierpienie opłucny albo osierdzia, zależnem zaś jest od przyczyn miejscowych i zakażenia drogą krwiobiegu. Stwierdzono je nieraz w związku z zapaleniem nerek, ropnicą, dną i t. p.; operuje się po uwzględnieniu umiejscowienia, natężenia sprawy oraz występowania powikłań

6) **Zapalenie otrzewny trzewowe** (p. visceralis) rzadko tylko ograniczające się do narządu pojedynczego, zwykle zaś wikłane przez zapalenie narządów sąsiednich albo otrzewny ściennej. Wytwórcze zapalenie sieci chroni tu nieraz jamę otrzewnową od zakażenia rozlanego, i zapobiega przedziurawieniu. Co do pytania, kiedy należy podejmować zabieg chirurgiczny w obec powstałego zapalenia okołokatniczego (appendicitis), pomiędzy lekarzami zgody nie ma jeszcze; niewątpliwie natychmiast operować trzeba w tych razach, gdy objawy przemawiają za przedziurawieniem, t. j. zgorzelą wyrostka robaczkowego, który odszukuje się i wycina tam, gdzie stan chorego pozwala na rękoczyn dłuższy; w razie przeciwnym cięcie i dren już mogą dać wynik zadowalniający. W przypadkach o przebiegu łagodnym (8—9⁰/_o) wyzdrowienie osiągnąć można i drogą leczenia wewnętrznego; nieraz wszelako cierpienie dają nawroty coraz gwałtowniejsze i częstsze, co wymaga już operacyi stanowczo. Gdy zapalenie otrzewny powstaje dodatkowo w następstwie zakażenia macicy, jajników lub jajowodów, lepiej jest często zoperować narząd, zajęty pierwotnie i powstały wtórnie ropień wewnątrz-otrzewnowy przez pochwę, niż drogą brzuszną, niekiedy znowu łączyć wypadnie oba te sposoby.

7) **Zapalenie otrzewny miednicze** (pelveo peritonitis) jest sprawą chorobową, dla której narządy płciowe kobiece stanowią punkt wyjścia zakażenia, wtórnie przechodzącego na otrzewną bądź drogą jajowodów, bądź przez narządy chłonne macicy i jej przydatków. Jako przyczynę stwierdzano tu najczęściej: rzerzącę, zakażenie połogowe, zakażenie, powstałe przy badaniu za pomocą narzędzi wnętrza macicy

lub podczas wykonywania na niej operacji. Zapalenie może być rozlanem lub ograniczonym; w tym ostatnim razie powstaje najczęściej ropień przymaciczny lub wewnątrz-otrzewnowy, lub wreszcie jeden i drugi. Ziarniniak (*gonococcus*) wywołuje w otrzewnie najczęściej zapalenie wytwórcze, które niekiedy jednak wikła się przez ropienie. W okresie ostrym rzerzączkowego zapalenia otrzewny laparatomia podejmuje się rzadko, wystarcza tu zwykle cięcie w jamie Douglasa i przedrenowanie przez powstały stał otwór jajowodu.

8) **Zapalenie otrzewny popołogowe** (*peritonitis puerperalis*), pod którym rozumieć trzeba rozszerzenie się na otrzewną sprawę zapalną z narządów rodzajnych położnicy po odbytych porodzie lub poronieniu. Zarazek posuwa się tu zwykle drogą naczyń chłonnych i wywołuje w większości przypadków posokowate rozlane zajęcie otrzewny, które często, pomimo szybkiej pomocy chirurgicznej, kończy się śmiercią. operowanej. Zastosowanie odtrutki paciorkowcowej w razach tych może być nader pożyteczne i winno być wypróbowane wczesnie. Wycięcie macicy nie ma widoków powodzenia w tych zwłaszcza razach, gdzie do rękoczynu tego przystępuje się już po wybuchu objawów posocznicy ogólnej. W przypadkach łagodniejszych sprawa zapalna trzyma się tylko narządów miednicy oraz ich powłoki surowiczej, wywołując powstanie ropnia wewnątrz lub zewnątrz-otrzewnowego.

9) **Zapalenie otrzewny podprzeponowe** (*peritonitis subdiaphragmatica*) występuje na powierzchni dolnej przepony i ogranicza się przez powierzchnie surowicze przylegających doń trzewiów. Jeżeli sprawa chorobowa nie szerzy się dalej, dochodzi wówczas zwykle do wytworzenia się ropnia podprzeponowego, który często otwiera się do opłucny. Rozpoznawanie i siedlisko ropnia określa się najlepiej drogą przekłucia próbnego; umiejscowienie to bywa najczęściej lewostronne, bo i wrzód dziurawiący żołądka lub ropień śledziony poprzędzają najczęściej cierpienie w mowie będące. Pomyślne wyniki, otrzymywane po wykonaniu w owych przypadkach operacji, przemawiają najlepiej za jej tu koniecznością i pożytkiem.

K. Niedzielski.

62. **A s s m u t h.** O przemywaniach pęcherza moczowego: stosowanie w praktyce, nadużycia oraz przeciwwskazania. (S Petersb. Medic. Wo. chenschr. Nr. 47. 1897.

Nieżyt pęcherza moczowego rozpoznajemy, gdy przy próbie trzech szklanek uryna we wszystkich jest jednakowo zmętniała, przyczem dane te winniśmy otrzymywać stale wciągu dłuższego czasu. Przemywania pęcherza są przeciw w skazane: 1) Przy nieżycie pęcherza kataralnym. Jest on wówczas w stanie przekrwienia, ergo wzmożonej zdolności do przyjęcia bakterii, przeto przez przeniesienie z cewki kateterem bakterii ropnych mogą wystąpić gorsze objawy kataru 2) Przy nieżycie pęcherza gruźliczym przemywać niewolno skutkiem bolesności znacznej, właściwej temu cierpieniu, jak również występowania po przemyciu zawsze prawie pogorszenia. 3) Szko-

dliwe są przemywania przy wrażliwości silnej pęcherza na nieznaczne nawet napełnienie tegoż, który to objaw może towarzyszyć rozmaitym postaciom nieżyty. 4) Przy nieżytych pęcherza, komplikujących się cierpieniem nerek lub ich miedniczek, przemywania są przeciwskazane, gdyż cierpienia te wzmagają się przytem, jak i przy każdym innym rękoźynie chirurgicznym w dolnych drogach moczowych. Przemywania są wskazane w przypadkach następujących. 1) Przy cystitis puralenta, nie połączonym z wielką wrażliwością pęcherza na rozciąganie tegoż. Wyjątek tu stanowi okres początkowy cierpienia tego, przy którym rękoźyin ten jest przeciwskazany. 2) W przypadkach kompletnego zatrzymania się uryny wskazane są przemywania zawsze, nawet przy komplikacyi ze strony nerek.

H. Uliński.

II. Choroby skórne.

63. Prof. B a e l z (w Tokio). **Przyczynę do nauki o trądzie i jego leczeniu.** (Berlin. Klin. Woch. Nr. 46 i 47).

Trąd przez długi czas uważany był za cierpienie bardzo zaraźliwe, tak iż dotknięci nim usuwani byli zupełnie ze społeczeństwa, a w niektórych krajach lezono ich odosobnionych jak dzikie zwierzęta w klatkach.

Autor powstaje przeciwko temu i dzisiaj jeszcze rozpowszechnionemu mniemaniu, przytaczając pomiędzy innymi fakty następujące: 1) na klinice uniwersyteckiej w Tokio od lat 21 znajdują się ciągle chorzy trędowaci a przez ten cały czas ani jeden z pozostałych pacjentów ani też nikt ze służby ani z personelu lekarskiego nie zaraził się; 2) w Tokio istnieje rodzina lekarzy od kilku pokoleń zajmująca się leczeniem specjalnie trądu w pobliżu jej mieszkania znajduje się szpital wyłącznie dla trędowatych — nikt z rodziny tej ani ze służby nigdy nie uległ infekcyi; 3) autor wysłał kwestyonaryusz do lekarzy japońskich w tej sprawie — otóż znakomita większość ich uważa trąd za dziedziczny, co do zaraźliwości jednak, to na 5000 przypadków były tylko 2 i to wątpliwe; 4) autor zna kilka rodzin, gdzie jedno z rodziców od lat wielu cierpi na trąd, a których dzieci są zupełnie zdrowe.

Nie można oczywiście stanowczo zaprzeczyć zaraźliwości trądu, zwłaszcza wobec stwierdzonego dowodnie specyficznego lasecznika; ale ogromna istnieje pod tym względem wszędzie przesada; daleko większe niebezpieczeństwo przedstawiają gruźlica i przymiot.

Lasecznik trądu rozwija się w skórze pod warstwą nabłonka, który w klasach zwłaszcza pracujących jest bardzo grubym, tak iż nie może on z taką łatwością przenosić się z osobnika na osobnik, jak drobnoustroje gruźlicy lub przymiotu; dopiero przy owrzodzeniach skóry dostają się one na powierzchnię (spostzegamy to jednak tylko u $\frac{1}{5}$ chorych), ale tu znów prędko giną.

Co się tyczy rozpoznania, to przede wszystkim uderza wygląd ogólny chorego, a mianowicie: blada, woskowa, jakby glansiem pokryta skóra, usiana licznymi guzami i plamami, których jednak w pewnych postaciach trądu brak jest zupełnie: wypadanie brwi i rzęs, słusznie uważane za objaw wczesny, nie jest jednak tak częstym jak powszechnie utrzymują, natomiast zbyt mały kładzie się nacisk na zgrubienie pni nerwowych jak np. *nn. ulmares, peronei*, przede wszystkim jednak *n. auricularis magnus*, na co autor szczególną zwraca uwagę i co w 90% przypadków odnajduje. Odruchy, wbrew mniemaniu, są zwykle nawet wzmożone, a znikają dopiero wraz ze zniszczeniem nerwów.

Ważnem jest zachowywanie się plam trędowatych wobec wcierania barwników anilinowych: w dany odcinek skóry wcieramy proszek fuksyny lub metyl fioletu, przykrywamy go mocno watą i zastrzykujemy następnie podskórną 0,01—0,02 pilokarpiny; miejsca zdrowe silnie się pocą, proszek się rozpuszcza i występuje tu znane intensywne zabarwienie, miejsca trędowate się nie pocą wskutek zaniku gruczołów i silnie się w ten sposób odcinają od zdrowych.

Wbrew ogólnemu mniemaniu, klimat oddziałuje na początek i przebieg kliniczny cierpienia, jakoż w Japonii ma ono pewne osobliwości np. towarzyszy mu często gorączka i objawy ogólne (zmęczenie, ból głowy i stawów, zaburzenia kiszkowo-żołądkowe), rzadko za to autor widywał bolesność przy ucisku na pnie nerwowe; owrzodzenia błon śluzowych ust, nosa, krtani nie są pospolite w Japonii a wrzody skórne nawet bardzo rzadkie. Baelz nie uważa, żeby miejsca trędowate posiadały skłonność do wrzodzeń, naodwrot mają one nawet szczególną własność gojenia się, gdy są należycie unaczynione, co autor niejednokrotnie stwierdził przy chirurgicznej interwencji. Do charłactwa trąd, jako taki, nie prowadzi nawet w postaciach najcięższych.

Przy *lepra mutilans* pojedyncze członki lub całe palce odpadają nie wskutek owrzodzeń, ale dzięki prostemu wessaniu wszystkich tkanek równomiernie (kość, mięśnie, tkanka podskórna i skóra), nie tworzą się więc mimo znacznych okaleczeń żadne blizny, co stanowi osobliwość tego zjawiska, niedostatecznie dotąd uwzględniana.

Istnieje duże podobieństwo między syringomielią i trądem, co nieraz do mylnych doprowadzało rozpoznań; zasadnicze różnice stanowią następujące cechy dla trądu właściwe: zgrubienie nerwów, osobliwe zabarwienie plam, guzy, zupełnie nieprawidłowe, rozmieszczenie odcinków z czuciem upośledzonym, udział twarzy, wygląd ogólny, obecność nareszcie laseczników swoistych.

Autor energicznie przemawia za uleczalnością trądu, stososując z pożytkiem metodę następującą: 1) leczenie miejscowe maścią salicylową; 2) duże dawki olei Gynocardiaé; 3) kąpiele wywołujące zapalenie skóry. Baelz uprzednio chore miejsca rozciera proszkiem pumeksu, a gdy wskutek tego zaczną krwawić (przy istniejącem znieczuleniu osiągamy to bez szczególnej bolesności) nakłada grubą warstwę lanolinowo-waselinowej 20% maści salicylowej i codziennie ją zmienia; za każdym razem ogólna przestrzeń w ten sposób traktowa-

na nie przenosi stopy kwadratowej. Ol. Gynocardia: autor podaje w kapsułkach po 0,5, i radzi na początek brać po każdym jedzeniu jedną kapsułkę a następnie co 4 dni o jedną więcej aż do 30 dniennie; przy tej dawce (15,0 pro die) chory zostaje rok cały.

Najważniejszym i omal że nie bohaterskim środkiem są kąpiele przez autora stosowane. Terny siarczane w Kusatsu, zawierające bardzo wiele siarki, posiadają ciepłość 45^o—53^o C.; otóż w takiej kąpiele autor trzyma pacyenta maximum 3 minuty (w szpitalu procedura ta odbywa się w wspólnych kadziach na komendę) po uprzednim obfitem oblaniu głowy wodą zimną; zabieg ten jest mocno bolesny, jakkolwiek względnie przez chorych niezle znoszony; po tygodniu miejsca trądem dotknięte pokrywają się jak przy ospie krostami, a przestrzeń wrzodziejąca coraz bardziej się rozszerza; nie należy jednak mimo to przerywać kuracji, gdyż po 4—5 tygodniach zaczynają się rany goić i zasychać; kilkanaście kąpiele alkalicznych po tej forsownej terapii bóle pacjentowi łagodzi a po miesiącu wszystko znika.

Autor opisuje szczegółowo kilka przypadków tą metodą leczonych. Na stronę higieniczno-dyetyczną należy też baczną zwrócić uwagę.

Przy nerwobólach autor z powodzeniem rozcinał zgrubiałe otoczki, w jednym przypadku zastrzyknął między pochwę i nerw 5^o/o rozczyn karbolu a bóle zupełnie ustąpiły.

Co się tyczy terapii surowicą, to mimo świetnych zapowiedzi Kitasato, który miał odkryć specyficzną przeciw trądowi surowicę, dotychczas nie pewnego nie posiadamy. *A. Lande.*

64. J u m o n. **Wysypki ropnicowe.** Sur les dermatites pyémiques. (La France Med. Nr. 37, 1897.

Z licznych postaci wykwitów ropnicowych (pyemicznych) skóry, autor zbadał porażenia ograniczone oraz połączone z wybroczynami krwi.

Autor przekonał się o istnieniu prawdziwych zapaleń skóry, wywołanych przenikaniem do niej ze krwi mikrokokków ropotwórczych. W znacznej liczbie tego rodzaju przypadków są to nacieczenia ropne, umiejscawiające się z początku w tkance tłuszczowej i przyjmujące w późniejszym rozwoju postać czyraków. Innym znów razem tworzą się wykwity różycowate z rozszaniami krostkami i licznymi ropniami prosówkowatymi, będącymi w rozmaitym stopniu swego rozwoju.

W rzeczywistości nie tworzą się tu prawdziwe krostki (pustulae) lecz rodzaj ropni, utworzonych przez zebranie się na powierzchni skóry płynu ropnego. Nakoniec wykwity te występują pod postacią różyc grudekчатych, guzkowatych, prosówkowatych krostek i różyc plamistych ze środkiem hemoragicznym.

Godnem jest zaznaczenia, że zatory, wytworzone przez mikrokoki, same przez się nie wywołują wybroczyn krwi, rozwijają się

one dopiero po pewnym czasie, gdy już ściany naczyń zostaną zmienione przez mikroby. Ściany naczyń ulegają szybkiemu zniszczeniu pod wpływem nacieków ropnych, przenikania kolonii mikrobow i działania ich toksyn. Tak zmienione ściany naczyń krwionośnych, nawet pod wpływem lekkiego zewnętrznego ucisku, pękają i wytwarzają krwotoki.

Krwotoki jednak skóry czyste, pierwotne, nie powstają drogą tworzenia się zatorów (embolii) mikrokokowych, nie znajdujemy bowiem nawet śladów tychże w prawdziwych purpurach krwotocznych, wikłających zapalenia wsierdzia, płuc i dyfteryt.

W cierpieniach skóry pyemicznych spostrzegano stale staphylococcus i streptococcus pyogenes.

Wojciechowski.

65. **S i b u t.** **Wysypki przymiotowe mieszane wywołane świerzżą.**

Eruptions syphilitiques mixtes produites par la gale. (La France Méd. Nr. 48. 1897.)

Wysypki przymiotowo-świerzbowe występują pod 2-ma różnemi typowemi postaciami: 1) blaszek liszajcowatych i 2) wysypek rozlanych plamistych.

Blaszki składają się z małych grudek ostrawo zakończonych i ułożonych gromadkami, pokrytych małemi łuseczkami, rzadziej strupkami. Blaszki te mają najpierw zabarwienie wina czerwonego, które z czasem przechodzi w kolor sadzy lub sepii, wystają nieco nad powierzchnią skóry i mają podstawę twardawą, umiejscawiają się na brzuchu, pod pachwinami i niekiedy na powierzchni zgięć kończyn, z wyjątkiem jednak fałdek tych powierzchni.

Wykwity plamiste rozlane tworzą liczne plamy elipsoidalne, koloru żółto brunatnego, nie wystające nad powierzchnię skóry, rozrzucone nierówno po powierzchni skóry, z wyjątkiem jednak kończyn, twarzy i szyi; wysypka najsilniej rozwija się w pasie, w okolicy kolumny kręgosłupowej, pomiędzy łopatkami, w pachwinach i na powierzchni przedniej tułowia.

Plamy występują niezawsze bezładnie. W pasie np. tworzą one siatkę, okrążającą tę okolice, zlewającą się więcej ku przodowi aniżeli ku tyłowi. Na tułowiu plamy umiejscawiają się w sposób przypominający gorset kobiecy. Biorąc początek na wysokości piersi i okolicy piersiowej przedniej, przechodzą następnie na okolice łopatkową, omijając przytem linią krzywą okolice pachowe. Na łopatkach nakoniec wysypka otacza okolice stawów barkowych i kończy się na przedniej ich powierzchni, rozchodząc się przytem po powierzchni tylnej tułowia i sąsiednich częściach grzbietu.

Wysypka pod postacią blaszek niezmiernie swędzi, plamista zaś rozlana weale nie dokucza.

Wysypki opisane należą niekiedy do bardzo uporeczywych, pomimo uprzedniego usunięcia świerzby, leczenie swoiste (rtęciowe) niezawsze usuwa wykwity.

Wojciechowski.

66. **Mulert.** **Endoteliomy na skórze głowy pokrytej włosami.** Endothéliomes multiples du cuir chevelu. (Semaine Méd. Nr. 2. 1898).

Opisane spostrzeżenie dotyczy się kobiety 58-letniej, u której przed 17 laty, w czasie przebiegu tyfusu brzuszego zauważono mały nowotwór brodawkowaty na skórze głowy pokrytej włosami. Nowotwór ten, rozrastając się stopniowo, przyjął postać grzyba, mającego kapelusz wieloklapowy. Pod cienką warstwą naskórka, pokrywającego nowotwór, występowały częste krwotoki, które dawały powód do uporeczywych owrzodzeń. W ciągu ostatnich czterech lat podobnych nowotworów 60 do 70 wystąpiło w rozmaitych okolicach skóry głowy pokrytej włosami. Nowotwory te, wielkości grochu do jabłka, były pokryte tkanką połyskującą, ściśle przystającą i pozbawioną włosów, ruchome i z powięzią czaszki nie zrosnięte. Powierzchnia nowotworów największych ulegała owrzodzeniu i łatwo krwawiła. Owrzodzenia, zdaje się, zostały wytworzone drogą torbielowego zwyrodnienia górnej warstwy skóry.

Po wyluszczeniu 7 większych nowotworów powstałe rany zagoiły się bardzo szybko, po upływie jednak pewnego czasu liczba nowotworów powiększyła się, a istniejące przed operacją dosięgły większych rozmiarów.

Badanie drobnowidzowe wykazało, że nowotwory te składają się przedewszystkiem z komórek endotelialnych. Autor sądzi, że tu miało miejsce przenikanie komórek endotelialnych z kapilarów chłonnych, a nie z naczyń krwionośnych, pewna jednak część tychże, zawarta w nowotworach, uległa również zwyrodnieniu. Na pogląd ten jednak nie wszyscy się zgadzają. *Wojciechowski.*

67. **Jamieson.** **Leczenie pryszczycy dłoni i podeszew.** (Traitement de l'eczema palmaire et plantaire. (Semaine Méd. Nr. 1. 1898).

Po usunięciu strupów za pomocą okładów z krochmalu, robionych przez 5 dni, przyrządzanych z wodą borną, miejsca dotknięte pryszczycą smarują się następującą maścią:

<i>Rp.</i> Acidi pyrogallici oxydati	0,30
Lanolini	15,0
Olei Amygd. dul.	} 8,0.
Aqua dest.	
M. f. Ungt.	

Działanie tej maści, nadzwyczaj skutecznej, można wzmocnić przez dodanie 0,60 acidi Salicylicii, jak również obmywania mydłem salicylowem i rezorcynowem. *Wojciechowski*

68. **Leredde.** **Leczenie zewnętrzne pryszczycy.** Sur le traitement externe de l'eczema. (La semaine Méd. Nr. 28 1897.)

Ostrą pryszczycę i innej natury zapalenia skóry autor leczy nasyconem roztworem kwasu pikrynowego.

Na okolicę zajętą cierpieniem nakłada się kompres napojony rozcynem wodnym kwasu pikrynowego, umocowany opaską nieprzemakalną. Opatrunek zmienia się codziennie.

Na przewlekłą pryszczykę kwas pikrynowy dodatniego wpływu nie wywiera.

Tę ostatnią autor leczy w sposób następujący: okolice dotknięte pokrywa się na 24 godziny płótnem kauczukowym, przedtem wyjałowionem, i po upływie tego czasu miejsca cierpiące smarują się roztworem lapisu $\frac{1}{40}$, a po zaschnięciu tegoż nakłada się znów papier kauczukowy; po upływie doby następuje nowe pędzlowanie $\frac{1}{30}$ roztworem lapisu, papier kauczukowy i t. d. Roztwór lapisu brać można coraz mocniejszy, aż do $\frac{1}{15}$.

Jeżeli wystąpiło by podrażnienie skóry zapalne, co ma miejsce bardzo rzadko, należy brać słabszy rozcyn lapisu i pędzlowania robić rzadziej.

Wojciechowski.

III. Choroby oczne.

69. P a n a s. Leczenie chirurgiczne krótkowzroczności.

Autor podaje przegląd historyczny operacyjnego leczenia krótkowzroczności. Pierwszym był ks. Desmonceaux, który powziął myśl operacyjnego leczenia tej wady refrakcyi oka. Na podstawie własnego spostrzeżenia oraz na podstawie 500 opisanych przypadków tej operacyi autor wysnuwa odpowiednie dla niej wskazania.

Usunięcie soczewki może być przedsięwzięte we wszystkich przypadkach znaczniejszej krótkowzroczności (poczynając od 16 d.). Za przeciwwskazanie do tego rękoczynu uznaje w pierszej linii zmiany chorobowe w okolicy płanki żółtej i w ciałku szklistem. Im pacjent młodszy, im większy stopień krótkowzroczności, tym bardziej uzasadnionym staje się ten rękoczyn, ponieważ z wiekiem, jak wiadomo, zagrażają tym oczom zmętnienia w ciałku szklistem, wybroczyiny krwawe w okolicy płanki żółtej, sprawy zapalne, rozsiane w naczyniówce, zmętnienia u tylnego bieguna soczewki: wreszcie oderwanie siatkówki. Co się tyczy utraty wzroku po dokonaniu operacyi wydobycia soczewki, autor jest zdania, że liczba ich jest większa, aniżeli wnioskować można z dotąd ogłoszonych zestawień statystycznych. Błąd tkwi tu w tem, że utrata wzroku wskutek oderwania siatkówki i t. p. zmian chorobowych, występuje nieraz znacznie później, t. j., po usunięciu się pacjenta z pod opieki operatora, który zaliczył dany przypadek do rzędu chorych operowanych z wynikiem pomyślnym. Mimo tego szereg przypadków o niepomyślnym przebiegu pooperacyjnym w przyszłości, da się przerzedzić przy zastosowaniu ścisłych zasad aseptyki tudzież przy należnem skreśleniu granic wskazań do takiego zabiegu operacyjnego.

Bronisław Wagner.

70. Dr. Kenjuro Goh. **Przyczynę do nauki o zmianach w oku przy ogólnych sprawach gnilnych, t. zw. gnilne zapalenia siatkówki, dobrotliwe zapalenie przerzutowe, obustronna wiałodowa sprawa zakrzepowa.** (Beiträge zur Kenntniss der Augenveränderungen bei septischen Allgemeinerkrankungen, sog. Retinitis septica, gutartige metastatische Entzündung, doppelseitige marantische Thrombose). V. Graefe's Archiv. f. Ophthalmologie. XI. III. I.

Trzy dokładnie zbadane przypadki, krytyczne ich rozpatrzenie oraz uwzględnienie prac poprzednio ogłoszonych — wszystko to doprowadza autora do następującego wyniku: w przebiegu gnilnego zapalenia siatkówki brak objawów zapalnych. Wylewy krwi w siatkówce powstają tu przez przepacanie z naczyń, które uległy zmianom chorobowym pod działaniem wpływów toksycznych. Znacznie rzadziej występują wylewy krwi wskutek zakrzepów wiałodowych w żyłach siatkówki i naczyńki.

Przypuszczalnie doprowadzają tego rodzaju zakrzepy do spraw zapalnych wskutek zaburzeń w krążeniu krwi.

Skoro tylko gnilne drobnoustroje dotrą do narządu wzroku, wówczas niechybnie wybucha zapalenie, często o charakterze ropnym. Znajdowane w ogniskach przerzutowych pneumokoki nieraz widocznie odznaczają się słabą żywotnością, gdyż sprawie zapalnej przez nie wywołanej brak w pewnych przypadkach cech wydatniejszych. W późniejszych okresach choroby nie znajdowano pneumokoków w ogniskach chorobowych. W jednym przypadku autor stwierdził luźne rozlane komórkowe nacieczenie naczyńki, a za przyczynę tego, dotąd nieopisanego zjawiska, pożytuje zastój w naczyniach krwionośnych tudzież w ich drogach limfatycznych. Sprawy ropne, zwłaszcza jednostronne, nie mogą być wywołane przez toksyny krążące w ustroju. Dotąd nie stwierdzono nawet, czy toksyny same przez się, pod nieobecność drobnoustrojów, są w stanie spowodować w narządzie wzroku poważne sprawy chorobowe, doprowadzające do ślepoty. W chorobach gorączkowych, przy wątpliwem rozpoznaniu zaburzeń w stanie ogólnym, obecność wylewów krwi i białych plam w siatkówce przemawia raczej za sprawą gnilną, aniżeli za gruźlicą prosówkową, dudem lub zapaleniem opon mózgu.

Bronisław Wagner.

71. Prof. Dr. W a g e n m a n (Jena). **Nieco o chorobach oczów w dnie.** (Einiges über Augenerkrankungen bei Gicht). (v. Graefe's Archiv. f. Ophthalmologie. XL. III. I).

43-letnia pacjentka zapadła na lekkie zapalenie tkanki przybiałkówekowej (Episcleritis) przy znacznem osłabieniu siły wzroku — liczy palce nu odległości jednego metra. Autor przy badaniu za po-

mocą wziernika stwierdził u dolnej granicy tarczy nerwu wzrokowego ograniczone stożkowate odklejenie siatkówki, jakto się spotyka przy nowotworze naczyńki.

Po kilku dniach rozwinęło się silne zapalenie błony tęczowej i ciała rzęskowego wraz z pogorszeniem się sprawy chorobowej w białkowie, na której widoczny był wydatnie twarde wzgórek. Jednocześnie w różnych częściach ciała wystąpiły twarde guzy podskórne. Po zastosowaniu salicylanu sodu, wody salzbrun i przy odpowiedniej dyecie nastąpiło znaczne polepszenie. Siła wzroku wzrosła się do $\frac{1}{10}$, a ograniczenie pola widzenia, odpowiadające wzmiankowanemu odklejeniu siatkówki, zmniejszyło się. Autor nie wątpi, że po za odklejoną siatkówką i na białkowie tkwiły twarde złoży (konkrementy).

Zapalenie tkanki przybiałkówek, sklerotyzujące zapalenie rogówki, tudzież przemijające okresowe zapalenie tkanki około białkówek mogą być pochodzenia dnawego, a leczenie dny niechybnie w tych przypadkach chorób ocznych daje wynik pomyślny. Przy stwardnieniu dnawem ścianek naczyń krwionośnych mogą występować wybroczyny krwawe w siatkówce, tudzież wylewy krwi do ciała szklistego (oderwanie siatkówki). Jaskry nie można uważać, jak to twierdzili dawni autorowie, jako ophthalmia artritica. Nie ulega jednak wątpliwości, że sprawa jaskrowa pozostaje w pewnym związku z dną. Na korzyść tego twierdzenia przemawia następujące spostrzeżenie autora.

Pacjentka zapadła na jaskrę lewego oka, o charakterze podostym, i za poradą innego lekarza poddała się operacji wycięcia części tęczówki. Wkrótce nastąpiła zupełna utrata wzroku oka operowanego. W kilka miesięcy potem pacjentka zwróciła się do autora z początkującą (zwiąstunową) jaskrą oka prawego. Z wywiadów wynikało, że chora już od kilku lat dotknięta jest dną. Autor zalecił picie wód: Obersalzbrun i Wildungen, przy odpowiedniej dyecie, tudzież wstrzykiwania pilokarpiny; nastąpiło zupełne wyzdrowienie bez wszelkiego operacyjnego zabiegu.

Bronisław Wagner

IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

72. A. E. W r i g h t prof. patologii w szkole wojenno-lekarskiej w Netley opisuje **szybki i wygodny sposób wyjąławianie strzykawek i przyrządów chirurgicznych**. Sposób ten polega na pogrążeniu przedmiotu, przeznaczonego do wyjąławienia w oliwie ogrzanej od 160—180C. Najprostszy sposób polega na ogrzaniu oliwy w łyżce nad lampką spirytusową. Ciepłota oliwy mierzy się za pomocą odpowiedniego termometru. Metoda ta nie nadaje się do sterylizacji rurek kauczuko-

wych. Zalety: nie zajmuje dużo czasu i nie niszczy przedmiotów jej poddanych. (Lancet) *Pol.*

73. **O p e n c h o w s k i** podaje **przypadek krwawienia z nosa** w przebiegu tyfusu brzuszego, krwawienia, którego nie można było powstrzymać żadnymi środkami leczniczymi. W tym właśnie czasie u tegoż chorego rozszerzyło się nagle zapalenie płuc włóknikowe i bezpośrednio potem krwawienie z nosa ustało. Autor dopatruje pomiędzy temi zjawiskami przyczynowego związku: mała ilość białych ciałek we krwi chorego na dur i połączona z tem mała krzepliwość krwi była przyczyną długiego krwawienia z nosa; gdy wybuchło zapalenie i krew przepęniła się białymi ciałkami i, łącznie z niemi, fibrinogenami, krzepliwość krwi podniosła się znacznie i krwawienie musiało ustać.

(Klin. Ther. Woch. Nr. 1. 1898).

W. M.

74. **S i n g e r** stosował **zastrzykiwania 1—2% sublimatu w gośćcu stawowym do żył**. Najodpowiedniejszą jest v. mediana, w którą wkłówa się sprzyckę Prawaza (1,0); — należy baczyć, by igła nie przebiła żyły na wskroś lub nie utkwiała w tkance, otaczającej żyłę, bo zastrzyknięcie takie sprowadza silne miejscowe zapalenie. W 11-tu przypadkach, leczonych tym sposobem autor otrzymał po 8-miu zastrzyknięciach dużą poprawę. W dwóch przypadkach, w których zawiódł salicyl, sublimat dał dużą poprawę. Najbardziej wskazanym jest ten zabieg w ropnicowym przebiegu zapalenia stawów, oraz przy przewlekłych sprawach, uparcie trzymających się jednego stawu. Przeciwwskazanym jest zabieg u osłabionych osobników, u chorych nerkowych i przy objawach znacznego zatrucia ustroju.

(Centralblatt. f. Thergen. Nr. 1. 1898).

W. M.

75. **C o n t i** stosował **euchinę** w 20 przypadkach zimnicy w ilości 0,75—1,5 dziennie w dwóch dawkach, 5—6 godzin przed napa-dem; wyniki były bardzo pomyślne, lepsze niż przy podawaniu chininy. Wyższość euchininy nad chininą polega na tem, że pierwsza nie posiada żadnego smaku, że jest znoszona bardzo dobrze przez żołądek, że pobudza apetyt, nie wywołuje nudności, wymiotów, szumu w uszach ogłuszenia, senności i t. p.

(Klin. Therap. Woch. Nr. 2.

W. M.

76. **S c h r a d e r** z lazaretu prof. Wagnera opisuje **przypadek gruźlicy pochodzenia urazowego**. 29-letni wyrobnik bez żadnego obarczenia dziedzicznego, dobrze odżywiany i mocno zbudowany, wskutek silnego urazu, który go na 1/4 godziny pozbawił przytomności, zachorował z wyraźnymi objawami pneumonii środkowego i dolnego prawego płata; w kilka dni potem badanie wykazało w płwocinie obecność laseczników Kocha. Chory ten po pewnym czasie zaczął się poprawiać i wyzdrowiał. Autor tłumaczy sobie to zjawisko w taki sam sposób, w jaki powstaje gruźlica stawu lub kości po urazie.

(Berl. Klin. Woch. Nr. 46).

A. L.

V. SPRAWOZDANIE

z posiedzenia Warszaw. Towarzystwa Lekarskiego.

Posiedzenie d. 18-go stycznia 1898.

Przed porządkiem dziennym: 1) **Janowski** przedstawił chorą z siringomyelią. Chora 30-o letnia utraciła nagle przed 16 laty czucie w lewej ręce, stopniowo rozwinął się w tej kończynie niedowład i zupełne znieczulenie. Od 16-u lat zaczął u chorej wytwarzać się garb, który doszedł do znacznej wielkości. W czynności nerwów głowy niema żadnych zaburzeń, prócz osłabienia słuchu w lewym uchu. W dolnej lewej kończynie fusc-clonus i wzmożony odruch kolanowy. W lewej górnej kończynie osłabienie flexorum carpi ulnaris et radialis, extensoris poll. longi, extens. dig. sublimis et profundi, flexorum, et musculi thenaris et hypo thenaris. Mięśnie te są znacznie zanikłe, odczynu zwyrodnienia niema. **J.** uważa przypadek za syringomyelią wobec długiego trwania cierpienia, powolnego powstawania garbu, przerostu palców lewej ręki, osłabienia i zaniku jej mięśni, zniesienia w obwodowej części czucia bólu i ciepłoty, braku odczynu zwyrodnienia itd. Osobliwość przypadku stanowi: brak objawów chorobowych w lewym oku i w twarzy i zajęcie wyłącznie górnej lewej kończyny.

2) **Zieliński Edward** przedstawił wypitek kości udowej ze szpikiem leukemicznie zmienionym, pochodzący od 15-o letniej dziewczyny, która chorowała przez 3 tygodnie na ostrą białaczkę, poczem zmarła. Krew jej na oko wyglądała jak ropa, zawierała 15% hemoglobiny i stosunek czerwonych ciałek do białych jak 26 : 33; ciałka białe były przeważnie jednojądrowe. Prócz tego śledziona była znacznie powiększona, bolesna; kości były mało bolesne, najboleśniejszy—mostek. Szpik kostny w V kręgu był brunatnawo-żółty. Gruczoły chłonne niezmiennione. Zmarła była w trudnych bardzo warunkach życiowych, pracowała igłą w dzień i w nocy.

3) **Neugebauer** przedstawił: a) Chorą u której dokonał przed kilkoma tygodniami cięcia cesarskie wskutek zwięzienia miednicy. Dziecko i matka są zupełnie zdrowe, b) Preparat powłok brzusznych, usuniętych z powodu przepukliny na linii białej, powstałej po operacji wycięcia macicy z jajnikami, wskutek włókniaków. Pomimo że kikut został zszyty w dolny brzeg rany, przy ponownej operacji znaleziono go nieprzyrośniętym do ścian brzusznych. Przyrośnięcie kikuta należy do rzadkości. c) Jajo 3-y miesięczne samoistnie wydzielone w 7-ym miesiącu ciąży; obumarcie jaja nastąpiło prawdopodobnie wskutek skręcenia pepowiny. d) Preparat jaja płodowego, rozwiniętego do końca 3-ego miesiąca w prawym jajowodzie. e) Torbiel podsurowicza, powstała z naczyń limfatycznych, wycięta u 32-iej kobiety wraz z prawym jajowodem i hematomaem ligamenti lati.

Posiedzenie d. 25-go stycznia 1898.

Przed porządkiem dziennym: 1) **Leśniowski** przedstawił 15-o letnią chorą po operacji martwaka górnej części lewej żuchwy dolnej, który został usunięty wraz z wyrostkiem kłykciowym. Na około martwiaka wytworzyła się kostna otoczka, która w zupełności zastępuje kość szczęki po operacji. Chora nie spotyka obecnie żadnych trudności przy mowie i żuciu nawet twardych rzeczy.

2) **Steinhaus** przedstawił chorego z wrodzonym dwustronnem przesunięciem soczewki nazewnątrż, co należy do rzadkości, ponieważ zwykle wada ta zdarza się w płaszczyznach skośnych.

3) **Borsuk** przedstawił chorego, u którego wykonał cięcie kiszki ślepej z powodu obostrzenia starej sprawy zapalnej tego narządu i przedziurawienia wyrostka robaczkowego. Przy operacji znaleziono wielkie ognisko ropne pozaotrzewną, z którego wypuszczono znaczną ilość ropy. Obecnie chory ma się dobrze; powstała tylko niewielka ranka w ścianach brzusznych, która się nie goi jeszcze.

Na porządku dziennym **Neugebauer** mówił o przetokach jelitomacicznych. Spostrzeżeń takich zebrał mówca 31, z których pięć z polskiego piśmiennictwa. Na 28 dokładnie podanych spostrzeżeń, 16 razy rozpoznanie było postawione za życia; w 21 przypadkach przetoka pozostawała w związku z ciążą lub porodem: w 11 przypadkach wskutek zatrzymania w macicy obumarłego płodu, wreszcie powstała po urazie przy operacyach akuszeryjnych, 2 razy przetoka była rodzoną kilka razy wskutek hematometry, tuberkulozy kiszki itd. Przetoka drażyła w 2 przypadkach do żołądka, 11 razy do kiszki cienkiej, 14 razy do kiszki grubej, kilka razy spotkano po kilka przetok. W 14 przypadkach (50%) nastąpiło zupełne wyzdrowienie; w 11 z nich nastąpiła samoistna obliteracja przetoki po usunięciu z macicy rozkładającego się płodu. 4 razy dokonano cięcia brzuszno, 2 razy rezekowano kiszkę cienką. W jednym przypadku podczas żółtej febry chora zwymiotowała płód 4-o miesięczny (przetoka żołądkowa). Co do leczenia przetok, to pierwszym wskazaniem jest usunięcie z macicy ciała obcego, najczęściej rozpadającego się płodu, przy pomocy odpowiedniego rękoczynu. Największą skłonność do samoistnej obliteracji posiada odbytnica, o wiele mniejszą — kiszka cienka. Dla usunięcia przetoki najlepiej jest uciekać się do cięć brzusznych i następczej rezekcyi pętli kiszkowej i enterostomii.

W. Miklaszewski.

VI. O D C I N E K.

Kassa zaliczkowo-wkładowa dla lekarzy wolno praktykujących w Warszawie.

Coraz cięższe warunki w wyjątkowych tylko wypadkach pozwalają lekarzowi na zabezpieczenie bytu swego na starość lub rodziny

w razie śmierci. Dawniej przysłowie *Galenus dat opes* może miało rację bytu — dziś ma się zupełnie inaczej: lekarz przeciętny jest zupełnie zadowolony, jeśli zdołał o tyle o ile związać koniec z końcem. o odłożeniu choćby kilku tysięcy rubli na chwilę choroby lub śmierci nie może być mowy. Przykładów szukać daleko nie trzeba, wszyscy wiemy dokładnie, jak często wdowy po lekarzach, cieszących się dużą praktyką, zmuszone są kołatać do kasy wsparcia, jak często lekarz zapadłszy na ciężką chorobę, musi odmawiać sobie pierwszych potrzeb... Czyżby temu zaradzić nie można?

Myślano o tem niejednokrotnie, wynikiem usiłowań w tym względzie była kassa wsparcia przy Towarzystwie lekarskiem, oparta jednak na zasadzie filantropii, a nie interesu, nie odpowiada rzeczywistym potrzebom.

Wzmiankowana kassa, jak już jej tytuł dowodzi, nosi cechę filantropii, a nie samopomocy, a już przez to samo nie może odpowiedzieć wymaganiom współczesnym, ani rozwijać się w dostatecznej mierze. Aby uzyskać zapomogę trzeba być *podupadłym* lekarzem, a tytułu tego obawiają się słusznie wszyscy. Lekarz w krytycznym położeniu raczej ucieknie się do lichwiarza z samowiedzą nawet gotującej się ruiny, niż wyciągnie rękę do instytucyi, która na filantropii, a nie wzajemności byt swój opiera. Gdy się na to zdecyduje, musi zrzec się wszelkich aspiracyj, wyczerpać wszelkie środki.

A i pomoc ta z konieczności musi być ograniczona, gdyż fundusze instytucyi są zbyt szczupłe, by mogły dać lekarzowi utrzymanie całkowite.

Tymczasem nie ludźmy się, znaczna liczba lekarzy czy wskutek nieszczęść czy z własnej winy, znajduje się niejednokrotnie w potrzebie i zmuszona jest szukać nader drogiego kredytu.

Tyle o samych lekarzach, a wdowy i sieroty, czyż w większości wypadków możemy zabezpieczyć im byt, czy lekarz, który skutkiem swych zajęć, wyczerpującej pracy i wiecznej obawy przed jutrem żyje względnie krótko, może zabezpieczyć im byt znośny. Na pytanie to odpowiedź nietrudna — w większości wypadków nie. Nie będę wchodził w przyczyny, zbyt bowiem daleko odszedł bym od przedmiotu, faktem jest, iż przeciętny lekarz żyje zbyt krótko i zbyt późno się żeni, by mógł zadosyćuczynić obowiązkowi ojca rodziny.

Znaczna część lekarzy widząc te smutne fakty ubezpiecza się na życie. Nie moją jest rzeczą wchodzić w rozbiór dogodności lub niedogodności tej operacyi finansowej. Często korzyści są wielkie, bardzo często znów po kilku latach, kiedy wydatki wzrastają nierównomiernie do dochodów, lekarz zmuszony jest zaprzestać płacić składki, traci wtedy procenty i część kapitału. A czy wobec niepewności naszych zarobków można przewidzieć kiedy ta chwila nastąpi i jak wielką stratę przez tę operacyę finansową ponosimy.

Nie od dziś już jest dowiedziona rzecza, że pod tym względem o wiele lepsze są kassy zaliczkowo-wkładowe.

Pewność odbioru złożonego kapitału, stopniowe wzrastanie majątku, pewność otrzymania pożyczki (a nie zapomogi) w każdej chwili,

niewątpliwie przemawiają za tą formą zbierania grosza na „czarną godzinę“.

Najlepiej sprawę tę wyjaśnić na przykładzie: przypuścimy że lekarz zostaje członkiem kassy w 25 roku życia, licząc że może wypłacać składki do 50 roku życia czyli przez lat 25 i przypuszczając mierne obroty kassy, możemy liczyć iż dawać będzie dywidendy 5⁰/₀, otrzymamy następujący kapitał po latach 25:

Przy składce rocznej	Kapitał wraz z 5 ⁰ / ₀ po latach 25 wyniesie
Rs.	Rs.
12	572,72
36	1718,16
60	2863,60
100	4772,71
200	9545,42
209,5	10,000

Czyli, że po latach 25 można otrzymać przy stosunkowo niewielkiej składce rocznej dość pokaźny kapitał. Kapitał ten wzrośnie prędzej jeśli dywidenda będzie nie 5⁰/₀ a 6⁰/₀, 7⁰/₀.

Zobaczmy teraz ile w końcu każdego roku uczestnik kassy może wziąć pożyczki bez poręczenia do wysokości swego wkładu i z poręczeniem do wysokości wkładu poręczycieli. Przy tego rodzaju manipulacji, kassa nigdy nie będzie narażoną na straty i koszty egzekucyi.

Przypuścimy iż uczestnik składa tylko 60 rs. rocznie i że dywidenda wynosi 5⁰/₀. Wtedy wysokość maksymalna pożyczki wyniesie:

	bez poręczenia	z 2-ma poręczycielami
	Rs.	Rs.
w końcu 1 roku	60	180
„ 2 roku	123	369
„ 5 roku	331,20	993,60
„ 10 roku	764,20	2292,60

Czyli że uczestnik już po 2-ach latach otrzymać może bardzo poważną pożyczkę na warunkach dogodnych.

Wysokość pożyczki będzie większą, jeśli ręczyć będą za niego uczestnicy, posiadający wkłady większe.

Ogólny majątek kassy rosnać będzie w tym samym stosunku.

Przypuścimy, że będzie uczestników tylko 200 i że wszyscy płacić będą po rs. 60 rocznie, wtedy majątek kassy wyniesie licząc z 5⁰/₀ dywidendy.

w 1 roku	12000
„ 2 „	22600
„ 3 „	37820
„ 5 „	66372
„ 10 „	150934
„ 25 „	572725

Przy obliczeniach tych nie biorę pod uwagę wydatków, które pokrywają summy uzyskane z nadwyżki $\frac{0}{100}$ za pożyczki. Jeżeli np. uchwalony $\frac{0}{100}$ będzie 5 to drugie $\frac{5}{100}$ idą na pokrycie wydatków. Gdyby np. w 2-im roku istnienia kassy uczestnicy wypożyczyli tylko połowę majątku kassy t. j. 11,300, na utrzymanie kassy wpłynię 565 rs., summa na utrzymanie 1 urzędnika zupełnie wystarczająca. W innych latach w miarę zwiększania się operacyj można będzie bądź zmniejszyć stopę $\frac{0}{100}$, bądź też odcinać większą summę na dywidendę.

Oto w krótkich słowach zarys finansowego stanu projektowanej kassy.

Obecnie przejdę do sformowania projektu ustawy, opracowanej przezemnie jeszcze w początkach r. z. na podstawie ustawy sędziów Warszawskich. Do ustawy wprowadziłem pewne zmiany, konieczne ze względu na jej przeznaczenie.

Inne zajęcia nie pozwoliły mi zaraz po opracowaniu ustawy na ogłoszenie projektu, dziś podaję projekt do wiadomości powszechnej kolegów, chcąc wywołać dyskusję nad tym niezmiernie doniosłości przedmiotem. Używam formy ogłoszenia w piśmie dla tego, by szersze koło kolegów mogło wziąć udział w dyskusji. Mam nadzieję, że czytelnicy Kroniki nie poskąpią mi swych uwag w interesie ogólnym, ponieważ jednak termin wręczenia projektu władzom do zatwierdzenia należy przyspieszyć, czas trwania dyskusji muszę ograniczyć do 2-ech miesięcy, po tym czasie ustawa będzie ostatecznie sformułowana i podana do zatwierdzenia.

Józef Zawadzki.

Warszawa w Lutym 1898 r.

Projekt Ustawy

kasy zaliczkowo-wkładowej dla lekarzy wolno-praktykujących

m. Warszawy.

Cel kasy.

§ 1. Kasa zaliczkowo-wkładowa lekarzy wolnopracujących m. Warszawy, otwiera się w celu przyjmowania od członków na przechowanie wkładów pieniężnych oraz wydawania pożyczek i zapomóg bezpowrotnych członkom kasy i ich rodzinom.

Fundusze kasy.

§ 2. Fundusze kasy dzielą się na: kapitał obrotowy i zapasowy.

§ 3. Kapitał obrotowy tworzy się: a) z wkładu jednorazowego obowiązującego każdego członka w ilości rs. 10; b) z obowiązkowych wkładów miesięcznych w wysokości rs. 3-20; c) z wkładów dobrowolnych składanych przez członków; d) z odsetek od sum wydawanych na pożyczki; e) z $\frac{0}{100}$ od kapitałów kasy, umieszczonych w instytucjach kredytowych lub w papierach procentowych.

Uwaga. Określenie najwyższej i najniższej normy obowiązkowych wpłat miesięcznych, zależy od Zebrania Ogólnego uczestników, i stoi w zależności od biegu spraw kasy.

§ 4. Kapitał zapasowy kasy tworzy się: a) z kar za przetrzymanie pożyczek; b) z dochodów od wkładów dobrowolnych; c) z części czystego zysku od obrotów kasowych; d) z wpływów wypadkowych.

§ 5. Kapitał obrotowy kasy przeznaczają się na pożyczki dla członków kasy, kapitał zapasowy na pokrycie strat przy obrotach kasy oraz wydawanie zapomóg.

§ 6. W miarę zbierania się w kasie sum wolnych, lokować je można w instytucjach kredytowych m. Warszawy na rachunku bieżącym lub też w papierach procentowych państwowych lub przez rząd gwarantowanych, o kupnie papierów decyduje zarząd.

Uwaga. Zarząd kasy może podnosić lokowane na rachunek bieżącym pieniądze kasy przez czeki, podpisane przez przewodniczącego w zarządzie i kasyera oraz opatrzone pieczęcią kasy.

Członkowie wstępujący i ustępujący z kasy.

§ 7. Członkiem kasy ma prawo być każdy lekarz, mieszkający w Warszawie. Kandydat na członka podaje deklarację do zarządu, który wpisuje do alfabetycznej księgi wkładów imię, nazwisko oraz wysokość wkładu miesięcznego obowiązkowego. W księdze otwiera się konto oddzielne dla danego członka.

Uwaga 1. Przy rozwinięciu obrotów kasy mogą być przyjmowani na członków prócz lekarzy mieszkających w Warszawie, praktykujący i w innych miejscowościach Królestwa Polskiego lekarze, nie w mniejszej jednak liczbie niż po 3 z każdej miejscowości.

Uwaga 2. Zarząd ma prawo zawiesić przyjęcie kandydata na członka, odrzuconemu służy wtedy apelacja do najbliższego zebrania ogólnego.

Uwaga 3. Członek nie płacący składek miesięcznych więcej niż przez 3 miesiące z rzędu, zostaje wykreślony z listy uczestników, a znajdujący się w kasie kapitał może otrzymać stosownie do § 10.

§ 8. Zapisać się do kasy i wystąpić z niej można w każdej chwili.

Operacje kasy:

§ 9. Prócz wkładów obowiązkowych, każdy uczestnik może wносить wkłady dobrowolne, $\frac{0}{100}$ od nich płatne są po upływie roku lub przy odbieraniu wkładu, $\frac{0}{100}$ obliczają się tylko za pełne miesiące. Wysokość $\frac{0}{100}$ z tych wkładów określa Zebranie ogólne, nie mogą być jednak wyższe niż $\frac{6}{100}$ na rok.

Uwaga. Wkłady dobrowolne przyjmuje kasa tylko od uczestników kasy okrągłymi cyframi bez kopiejek. Najwyższą normę wkładów składanych przez jednego członka określa Zebranie ogólne.

§ 10. Kapitał, powstały z wkładów miesięcznych, każdy członek otrzymać może z kasy po usunięciu się z liczby uczestników. Jeżeli w danej chwili kasa posiada gotowiznę lub papiery procentowe, czło-

nek ustępujący otrzymuje kapitał natychmiast, a należne mu zyski po ukończeniu rachunków rocznych. W razie przeciwnym kasa przestaje wydawać pożyczki do chwili wpływu do kasy sumy potrzebnej dla spłaty ustępującego członka, w zyskach i stratach ma udział ustępujący członek do chwili otrzymania kapitału.

§ 11. Wkłady dobrowolne zwracają się uczestnikowi w każdej chwili częściowo lub w całości stosownie do § 10.

§ 12. Z sumy należnej wstępującemu członkowi potrącają się wszystkie jego długi, a w razie gdyby był poręczycielem za innego członka, którego termin długu jeszcze nie upłynął to i odnośna część za poręczenie. Ta ostatnia zwraca się mu w miarę spłaty długu przez osobę za którą poręczył.

§ 13. W razie śmierci uczestnika kasy, pozostały po nim kapitał zwraca się prawnym spadkobiercom na tych samych zasadach, co i członkom ustępującym.

§ 14. Otrzymać z kasy pożyczkę mogą tylko jej uczestnicy.

§ 15. Chcący zaciągnąć pożyczkę winien zawiadomić o tem Zarząd kasy na piśmie, oznaczywszy w zawiadomieniu wysokość sumy żądanej, termin spłaty oraz sposób, w jaki spłacać zamierza: od razu lub ratami.

Uwaga 1. Członek zarządu kasy, chcąc otrzymać pożyczkę, nie bierze udziału w postanowieniu Zarządu, a zastępuje go w tem jeden z kandydatów na członków Zarządu.

Uwaga 2. Porządek wydawania pożyczek w razie współczesnego żądania pożyczek przez kilku członków w ilości przewyższającej znajdujący się w danej chwili kapitał obrotowy w kasie, zależy od zarządu kasy.

§ 16. Pożyczki wydają się członkom do wysokości, nie przekraczającej sumy wkładów danego członka.

§ 17. Jeżeli stan kasy na to pozwala, mogą być wydawane pożyczki większej normy za poręczeniem 2-ech uczestników kasy.

Uwaga. Każdy członek kasy ma prawo ręczyć tylko za jednym uczestnikiem do wysokości nie przewyższającej znajdującego się w kasie swego kapitału, jeżeli nie jest sam dłużnikiem kasy, w przeciwnym razie do wysokości swoich wkładów po potrąceniu długu.

§ 18. Przy braku próśb o pożyczki, kapitał według uznania zarządu może być pożyczany pod zabezpieczenie: a) papierów % państwowych i gwarantowanych przez rząd w ilości 80% ceny kursu na giełdzie; b) papierów % prywatnych i towarzystw akcyjnych do wysokości 50% ceny wartościowej. Od wydawanych pod zabezpieczenie papierów % pożyczek pobiera się najmniej 6% rocznie.

Uwaga. Większą stopę % określa Zebranie ogólne.

§ 19. Najdłuższy termin dla spłaty pożyczek oraz wysokość odsetek określa Zebranie Ogólne, najdłuższy jednak termin nie może wynosić więcej niż 6 miesięcy, a stopa procentowa 6 na rok.

Uwaga. Obliczenie % od pożyczek skutecznia się za całe miesiące, 1/2 miesiąca uważa się za cały miesiąc, mniej niż 1/2 miesiąca nie bierze się pod uwagę. Prócz % według postanowienia Ogólnego

Zebrania może być od pożyczających pobierana opłata na wydatki kasy, nie więcej jednak niż w stosunku 6% na rok.

§ 20. Dłużnik kasy, może otrzymać drugą pożyczkę dopiero po spłacie poprzedniej.

§ 21. Spłata pożyczek odbywa się na ręce kasyera w oznaczonych terminach, w razie jeżeli członek w ciągu tygodnia od terminu spłaty nie spłaci długu, wykreśla się z listy członków kasy a dług zapelnia się ze znajdującego się w kasie kapitału dłużnika oraz z kapitałów poręczycieli.

§ 22. Jeżeli spłata długu ma być dokonana od razu % należne potrącają się przy wydawaniu pożyczki, jeżeli zaś w ratach miesięcznych to obliczanie % odbywa się na miesiąc naprzód t. j. za 1-szy miesiąc % obliczają się od całej sumy, a za następne od sumy pozostałej po spłaceniu raty.

Uwaga. Dłużnik obowiązując się spłacać dług ratami, nie może zmienić tego rodzaju spłaty na jednorazową w końcu terminu.

§ 23. Prolongowanie pożyczek poręczonych może być dozwolone przez zarząd za godą poręczycieli nie dłużej niż 6 miesięcy od dnia wydania pożyczki z potrąceniem za przetrzymanie prócz % kary w wysokości 1% na miesiąc od całej pozostałej sumy.

Wydawanie zapomóg bezpowrotnych.

§ 24. W razie ciężkiej choroby lub śmierci uczestnika niezamownego lub kogokolwiek z jego rodziny, zarząd kasy ma prawo wyznaczyć zapomogę do rs. 50, stosownie do stanu kapitału zapasowego. Ogólną sumę zapomóg określa naprzód na rok Zebranie Ogólne na przedstawienie zarządu.

Zarząd kasy.

§ 25. Sprawami kasy kierują: a) Zarząd; b) Ogólne Zebranie członków.

§ 26. Zarząd kasy składa się z 4 członków i 2 kandydatów, wybieranych przez zebranie ogólne z pośród członków kasy na rok. Wybór dokonywa się przez balotowanie tajne większością głosów. Zarząd wybiera ze swego grona prezesa i jego zastępcę.

§ 27. Zarząd ma pieczęć nad prawidłowym wpływem należności do kasy, całością majątku kasy oraz prawidłową jej działalnością, przyznaje pożyczki, decyduje o koniecznych wydatkach, zawiadamia członków o terminie Ogólnego Zebrania oraz projektuje różne sprawy, dotyczące się kasy dla tych zebrań.

§ 28. Przyjmowanie oraz wydawanie pieniędzy, prowadzenie ksiąg wpływu i wydatków, sporządzanie sprawozdań miesięcznych i rocznych jest obowiązkiem kasyera, wybieranego przez zarząd z pośród siebie lub z pośród innych uczestników kasy.

§ 29. Członkowie zarządu nie otrzymują za swe czynności wynagrodzenia.

§ 30. Postanowienia zarządu w sprawach kasy odbywają się prostą większością głosów, przy równości głosów przeważa zdanie, za którym oświadczy się przewodniczący. Dla prawomocności postanowień

zarządu, konieczna jest obecność prezesa lub jego zastępcy i 2-ch członków. Wszelkie postanowienia zarządu zapisują się do oddzielnej księgi w formie protokołów z podpisami obecnych na posiedzeniu członków zarządu.

§ 31. Członkowie zarządu i kasyer za nieprawidłowe czynności w zarządzie, które przyniosłyby kasie straty, mogą być pociągnięci do odpowiedzialności prawnej uchwałą Ogólnego Zebrania.

§ 32. Zebrania ogólne członków dzielą się na zwyczajne i nadzwyczajne.

§ 33. Zwyczajne zebranie zwołuje się raz na rok i jest prawomocnym w obecności $\frac{1}{3}$ liczby wszystkich uczestników kasy. Na zebraniu przewodniczy wybrany każdorazowo z pośród uczestników kasy przewodniczący. Na zebraniach tych rozpatrują się roczne sprawozdania zarządu, projekty, zmian i uzupełnień ustawy niniejszej oraz skargi na nieprawidłowy zarząd kasą.

§ 34. Uchwalone większością $\frac{2}{3}$ obecnych członków wnioski o zmianie lub uzupełnieniach ustawy niniejszej, przedstawiają się do zatwierdzenia władzom odnośnym.

§ 35. Zebrania nadzwyczajne zwołują się w razach nagłej potrzeby z rozporządzenia zarządu lub na żądanie $\frac{1}{3}$ części członków kasy.

§ 36. Zwoływanie zebrań odbywa się w sposób uchwalony przez Zebranie Ogólne na przedstawienie zarządu.

§ 37. Każdy uczestnik ma prawo stawiać wnioski na Ogólnym Zebraniu, dotyczące spraw kasy, jeżeli na 15 dni przynajmniej przed posiedzeniem przedstawi je zarządowi na piśmie.

§ 38. Zebranie ogólne zwyczajne i nadzwyczajne jest prawomocne jeżeli liczy $\frac{1}{3}$ część uczestników kasy z wyjątkiem uchwał o zmianie i uzupełnieniu ustawy oraz zwinięciu kasy, do czego potrzebna jest obecność $\frac{2}{3}$ wszystkich członków.

§ 39. Uchwała zebrania ogólnego uzyskuje moc obowiązującą, jeżeli przyjęta została prostą większością głosów, z wyjątkiem wniosków o zmianie i uzupełnieniu ustawy oraz zamknięciu kasy, do czego potrzebna jest większość $\frac{2}{3}$ głosów.

§ 40. Jeżeli Zebranie Ogólne nie doszło do skutku, to zwołuje się ponowne, na którym mogą być rozpatrywane tylko sprawy przedstawione niedoszłemu zebraniu. Zebranie drugie przystępuje do swych czynności bez względu na liczbę członków obecnych, o czym zawiadamia się członków kasy w ogłoszeniu o zebraniu.

§ 41. Rewizya majątku kasy i dokumentów odbywa się w obecności członków zarządu przez oddzielnie upoważnionych 3 rewidentów, wybieranych przez Zebranie ogólne każdorazowo. Rewidenci sprawdzają sprawozdanie kasowe i o rezultacie rewizji zdają sprawę Zebraniu Ogólnemu.

Uwaga. 1. Każdy uczestnik kasy ma prawo być obecnym przy rewizji kasy.

Uwaga. 2. Na żądanie $\frac{2}{3}$ liczby uczestników kasy może być zarządzona nieoczekiwana rewizja kasy w każdym czasie.

Prowadzenie rachunków oraz rozkład dochodów i strat.

§ 42. Dla prowadzenia rachunków kasa ma oddzielne księgi, zatwierdzone przez Zebranie Ogólne. Niezależnie od tego każdy uczestnik kasy dla wpisywania wkładów oraz wpłat może mieć własną książkę, którą sprawdza przy kasyerze z jego księgami wpływu i wydatków. Prawdziwość zapisanych w książce uczestnika pozycyi stwierdza kasyer swym podpisem.

§ 43. Rachunki roczne kasy kończą się 1-go stycznia n. st. Z czystego dochodu z obrotów kasy, powstałego po potrąceniu wydatków na utrzymanie jej, 75% rozdziela się między wszystkich uczestników w stosunku do kapitału i czasu obrotu w kasie, pozostałe 25% przeznacza się na kapitał zapasowy, z którego pokrywają się straty kasy oraz wydają zapomogi członkom niezamożnym.

Uwaga 1. Zysk należny uczestnikowi z jego wkładów obowiązkowych miesięcznych, nie oddaje się a dolicza do jego kapitału, część zysku należnego od wkładów dobrowolnych może być wydana uczestnikowi lub doliczona do jego kapitału.

Uwaga 2. Zyski obliczają się za całe miesiące po wpłaceniu wkładu od 1—1 każdego miesiąca, a od wkładów dobrowolnych jeżeli pozostawały w kasie najmniej 3 miesiące.

§ 44. Podobnie jak i zyski, stosunkowo do wysokości kapitału i czasu obrotu w kasie, obliczają się i straty kasy.

Zamknięcie kasy.

§ 45. Jeżeli z jakichkolwiek powodów wyniknie konieczność zamknięcia kasy, po odnośnej uchwale Ogólnego Zebrania, składającego się z $\frac{2}{3}$ uczestników większością $\frac{2}{3}$ obecnych, czynności kasy ustają; najprzód wchodzi w życie uchwała o zaprzestaniu przyjmowania wkładów i wydawaniu pożyczek, następnie zaś cała czynność ogranicza się do przyjmowania należności, dopóki wszystkie nie zostaną wpłacone. Po powtórnej uchwale Zebrania Ogólnego o zamknięciu kasy, wszystkie należne uczestnikom wkłady obowiązkowe i dobrowolne zwracają się z należnymi zyskami. Jeżeli pozostał jaki remanet, otrzymuje on przeznaczenie według postanowienia zarządu. O zwinięciu kasy robi się odnośne ogłoszenia w pismach.

KRONIKA BIEŻĄCA.

—h.— W końcu zeszłego miesiąca otwarty został pawilon dla chorych umysłowych w nowym szpitalu żydowskim. Uroczystość ta odbyła się widocznie, jak to mówią, „w kółku rodzinnem”. Ci, od których to zależało, nie uznali bowiem za odpowiednie zaprosić, jak jest przyjęte powszechnie, przedstawicieli prasy, ani ogólnej ani lekarskiej.

—h.— Wobec powodzi coraz to nowych środków, których opisy porozrzucane są po najrozmaitszych pismach, nie małoważne znaczenie, zwłaszcza dla lekarzy praktyków, mają spisy tych leków, podające ich własności, dawki wskazania i t. d. Od „Nowych leków“, re dziś są już niewystarczające, nie w tym rodzaju nie ukazało się w naszym piśmiennictwie. W ostatnim czasie, choćby nawet „drugie wydanie, dopełnione. — wymienionej broszurki“. W literaturze francuskiej potrzebie tej najlepiej czyni zadość „**Formulaire des médicaments nouveaux**“, wydawany przez p. Bocquillon—Limousin i dopełniany corocznie (księgarnia J. Bailliére et fils, 19 r. Hautefeuille Paris), Formularz na rok 1898 zawiera około 50 środków zupełnie nowych:

O zaletach tego wydawnictwa, opracowaniu i uporządkowaniu materiału, pozwalającemu czytelnikowi łatwo odnaleźć każdy środek, jego własności, wskazania, dawki i t. d. wspominaliśmy przy omawianiu wydań dawniejszych.

—k.— Kol. Konrad Wagner, ziomek nasz, docent prywatny Akademii Medyko-Chirurgicznej w Petersburgu, powołany został na katedrę diagnostyki do Kijowa.

—z.— Ciekawy nader fakt przytacza Wracz za d-rem Siemensem. Do szpitala w Lauenbergu przywieziono chorego umysłowego, 23-letniego onanistę, uznanego za niezdatnego do służby wojskowej. Nie przeszkadzało mu to wcale odgrywać roli cudownego lekarza. I oto z Berlina, Warszawy i t. p. ognisk cywilizacji chorey otrzymywał stopy listów z prośbą o poradę. Jako onanista chorey przypisywał przyczynę wszystkich chorób nadużyciom płciowym i leczył chorych jak również i siebie przez podwiązanie worka jądrowego zapomocą 2 drewniek i wstęgi gumowej i obciążenia srotem (do 520 grm.); o skutkach kuracyi kroniki milczą.

—z.— Dr. Grely (Journ. d'hyg.) wystąpił do rady miejskiej w Paryżu, ażeby wymyślić środki przeciw wystawianiu publiczności w szeregach przy kasach teatrów, rzecz to bowiem nader z punktu widzenia higieny skodliwa.

—z.— Na r. 1901 ogłoszone zostało premium 300 funt. szterl. Astley-Coopera. Za temat podano „opracowanie fizjologii trzustki“. Nadsyłać prace należy: London Physicians a. Surgeons of. Guy's Hospital.

—z.— Dr. Breiter w „Medical Record“ powstaje przeciw zwyczajowi podawania ręki przy powitaniu. Tą drogą, jak dowodzą jego informacye, mogą udzielać się najrozmaitsze choroby, w pracy swej podaje kilkanaście własnych spostrzeżeń, dotyczących przeniesienia przymiotu, gruźlicy, rzeżączki etc. Badania bakteryologiczne służą mu do uzupełnienia dowodów. Dr. B. żąda, aby przykład w tym kierunku wyszedł z góry.

Czy nie zanadto już ostrożności.

—z.— Na zjeździe lekarzy rosyjskich dr. Cesarewskij wystąpił z elaboratem o stanie służby zdrowia na kolejach. Uwagi jego dowodzą, iż sprawa ta — o czem zresztą każdy obznajmiony z przedmiotem wie dobrze — wymaga gruntownej reformy. Połączono w lekarzu kolejowym funkcye lecznicze i higieniczne, a zamknięto go

w ścisłych granicach formalistyki, wykluczającej inicjatywę; najpilniejsze żądanie lekarza nie są wcale uwzględniane lub uwzględniane po nader długim przeciągu czasu. Wracz dodaje od siebie ciekawą ilustrację stosunków — lekarz kolejowy musi mieć usta zamknięte, a gdy jeden z lekarzy kolejowych chciał wystąpić z krytyką urzędzeń zagrożono mu dymisją. (Wracz Nr. 3 str. 78).

Z m a r l i.

W Odesie zmarł 31-go r. b. stycznia lekarz **Jan Erlich**, wychowaniec byłej Szkoły Głównej, w 54-tym roku życia. Zmarły przez szereg lat praktykował z powodzeniem w Warszawie, jako akuszer, wtedy przyjmował udział w piśmiennictwie lekarskiem i rzez czas jakiś był stałym współpracownikiem naszego pisma. Smutna kolej losów zepchnęła go z drogi, którą sobie torował szeroko, a śmierć zabrała go jeszcze w sile wieku zdala od rodzinnego miasta. H.

Nadesłano do Redakcyi.

Dr. med. **P. N. Prochorow**: Biologiczeskija osnovy mediciny.
Wypusk wtoroj St. Petersburg 1898.

Zapiski **Tierskiego** Miedzinskago Obszczestwa Władykawkaz
r. 1897.

