

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnym pismem, lub za jego miejsce, następne po kop. 10; ogłoszenia zagraniczne po kop. 18 za wiersz drobnym pismem lub jego miejsce.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora: Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

Capsulae contra taeniam. Z pomiędzy wielu środków przeciworobaczych *Extractum filicis maris aethereum* jest najstarszym i bez zaprzeczenia najdzielniejszym w skutkach—przytem zasługuje na pierwszeństwo przed innemi, które w większej części drażnią i obciążają przyrządy trawienia.

Korzeń paproci zawiera w sobie olejki eteryczne, żywicę, kwas garbnikowy i kwas filicilowy. od ilości zaś i składowych części zależy skuteczność wyciągu.—Różne obserwacje w tym kierunku robione dowiodły „że cała skuteczność zawisła:“ 1) od warunków klimatycznych paproci (rosnąca na Alpach bogatszą jest w kwas filicilowy) 2) od czasu zbioru korzenia (Wrzesień najodpowiedniejszy) 3) od sposobu przygotowania wyciągu; — dodać jeszcze winniem że świeżość i odpowiednie zabezpieczenie, od wpływu światła i powietrza, najważniejszą odgrywa tu rolę. Wielokrotnie doświadczenia przekonały mnie, że *Extr. filicis mar.*, wystawiony na działanie powietrza, traci znaczną ilość olejków, jednocześnie mętnieje i osadza kwas filicilowy—gdy tymczasem w naczyniu zabezpieczonem od przystępu powietrza, światła, w chłodnem miejscu i rok może pozostać bez zmiany. Celem uchronienia go od utraty tak cennych części składowych, najodpowiedniejsze są kapsułki gelatinowe; forma ta łączy i drugą niezmiernie ważną dogodność, a tą jest przyjemniejsze użycie tak przykrego lekarstwa.

W ciągu ostatnich lat miałem sposobność sprawdzić rzeczywistą skuteczność Wyciągu z korzenia Alpejskiej paproci w kapsułkach, których sztuk 12 po 10 gran zadawane były dorosłym, a dzieciom w połowie powyższej ilości.

Sposób użycia kapsulek z Wyciągu korzenia paproci Alpejskiej.

Dla dorosłych osób 12 sztuk kapsulek, dla dzieci sztuk 6. Chory dwa dni przed użyciem kapsulek powinien zachować o ile można ścisłą dyjetę, a to celem odkrycia całego ciała solitera.

Rano, na czczo, co kwadrans po 3 kapsułki używać, popijając herbatą z cytryną—chory powinien spokojnie leżeć, a w razie nudności kawałki lodu łykać, lub też trzymać w ustach plasterek cytryny, zwykle w pół godziny po ostatniem użyciu kapsulek, tasiemicę kłębem wychodzi ze stolcem wodnistym, a jeżeli w przebiegu 2 godzin nie pokaże się, należy użyć 2 łyżki oleju ryecynowego ażeby wydalili martwego tasiemica.

M. Mutniański.

Właściciel Apteki. Nowy-Świat Nr. 18.

o 4 wiorsty od stacji
Kolei Nadwiślańskiej

Zakład Wodoleczniczy

NAŁĘCZÓW

Apteka, poczta,
telegraf na miejscu

Cały rok otwarty, w sezonie zimowym od 1 Października do 1 Maja, ceny znacznie niższe.

Dyrektor stały lekarz zakładu

D-r Konrad Chmielewski.

6—6

KEFIR

naszego wyrobu, nagrodzony listem pochwalnym I klasy na tegorocznej wystawie higienicznej dostać można w następujących aptekach:

Biehlera ul. Nalewki
Borowskiego ul. Przejazd
D-r Heinricha plac Teatralny
Karpińskiego ul. Elektoralna
Kucharzewskiego ul. Miodowa

Lilpola ul. Nowy-Świat
Rutkowskiego ul. Długa
Sobolewskiego ul. Dzika
Turskiego ul. Karmelicka
Ziemsńskiego ul. Marszałkowska

BIERTÜMPFEL i GESSNER

Właściciele Apteki, Jerozolimska 27.

12—5

D-r TYMOWSKI

jak zwykle tak i tej zimy praktykować będzie

w SAN REMO

20—9

LEKARZ z 5000 rs.

może mieć udział w bardzo korzystnym interesie w Zakładzie Kąpielowym.

3—3

Wiadomość Śliska 54 m. 8.

POTRZEBNY JEST LEKARZ

do miasta Łabunina, pow. Zasławskiego na Wołyniu.

Szczegółów udzieli D-r Malinowski w Warszawie, Marszałkowska 120.

4—4

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej

FARMAKOLOGIIA

professorów Nothnagel'a i Rossbach'a

Cena dzieła wynosi Rs. 6, z przesyłką Rs. 6 k. 50.

Nabywać takowe można w Redakcyi Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 119, oraz w innych Redakcyjach warszawskich czasopism lekarskich i we wszystkich księgarniach.

0—2

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku

dzieło pod tytułem:

TERAPIJA OGÓLNA

przez prof. Hoffmanna.

Cena dzieła wynosi Rs. 4, z przesyłką 4.50 a zatem jest tańszą od oryginału niemieckiego. Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 119, oraz we wszystkich Księgarniach.

0—8

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. M. JAKOWSKI i W. MATLAKOWSKI. O twardzieli nosa (*Rhinoscleroma Hebrae* [Ciąg dalszy]. — II. WŁ. WRÓBLEWSKI. Gruźlica gardzieli [Dokończenie]. — III. W. MATLAKOWSKI. Ze-stawienie 25 przypadków otwarcia jamy otrzewnej przy chorobach narządów rodzajnych ko-biecych niezapalnego pochodzenia [Ciąg dalszy]. — List otwarty do Redakcyi Gazety Lekar-skiej. — Wiadomości bieżące. — Posiedzenie kliniczne Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. — Nadesłano do Redakcyi. — Ogłoszenia.

I. O TWARDZIELI NOSA

(*Rhinoscleroma Hebrae*).

Podali

Maryjan Jakowski

zarządzający pracownią bakteriologiczną w szpitalu Dzieciątka Jezus

i **Władysław Matlakowski**

ordynator tegoż szpitala.

[Ciąg dalszy — Patrz. Nr. 44].

W niektórych przypadkach zmiany są bez porównania dalej posunięte. Aby dać Czytelnikowi należyte o nich wyobrażenie, pozwalamy sobie przytoczyć tutaj wszystkie przypadki, w których takowe były spostrzegane, o ile były dla nas dostępne w oryginale lub dokładnem streszczeniu.

W drugim przypadku GEBER'a, objętym już poprzednio w sprawozdaniu o 13 przypadkach przez KAPOSI'ego [opisanym również jako pierwsze spostrzeżenie w pracy HEBRY młodszego], chora 22-letnia od dwóch lat zauważyła ból przy polykaniu pokarmów stałych. Języczek (*uvula*), dolna połowa podniebienia miękkiego, oba łuki i tylna ściana gardzieli obrzmiały, twarde jak chrząstka, guzowato nierówne i przy dotykaniu bolesne; niektóre miejsca pokryte nabłonkiem zmacerowanym, białawym, lecz nieowrzodzone nigdzie, ani nie zbliżniające się. [MIKULICZ 12 str. 498]. Kiedy w 4 lata potem chora leżała w klinice BILLROTH'a i opisywał ją MIKULICZ, znalazł, że nacieczenie podniebienia miękkiego i otoczenia tak daleko się posunęło, że *isthmus faucium* został zredukowany do połowy swojej obszerności, a podniebienie miękkie stałe stoi zetknięte z tylną ścianą gardzieli. W 1½ roku później znalazł tenże sam autor, że podniebienie miękkie jest po bokach zrósnięte z tylną ścianą gardzieli, tak, że przedstawia się tylko w środku szczelina, która sięga ku przodowi prawie do granicy podniebienia twardego i tworzy jedyne połączenie między jamą nosogardzielową i gardzielią; szczelina ta powstała przez wycięcie przed rokiem ka-

wałka podniebienia miękkiego. To ostatnie, oba łuki i widoczne części błony śluzowej gardzieli są bardzo zgrubiałe, twarde i zupełnie nieruchome. Powierzchnia ich jest ciemno-zabarwiona, pokryta nabłonkiem, tylko brzegi szczeliny są żółtawo-białe. *Isthmus faucium* zwężony, ponieważ oba łuki przednie sterczą ku wewnątrz bardziej niż w stanie prawidłowym.

W pierwszym spostrzeżeniu MIKULICZA [12], dotyczącem 52 letniego izraelity, chorego od 16-tu lat, a opisanego już poprzednio przez WEINLECHNER'a [7], podniebienie twarde jest nietknięte po brzegach, lecz środkiem biegną bliznowate powrózki, zmierzające w tył do podniebienia miękkiego, gdzie łączą się z bliznami na tem ostatniem. Brak języczka i części środkowej podniebienia miękkiego aż do brzegu podniebienia twardego; na lewej stronie z podniebienia miękkiego pozostał tylko wązki rąbek. Pozostała część objęta jest brzegiem twardym, błyszczącym jak ściegno; ztąd blizny rozciągają się na łuki, i o ile widać na tylną ścianę gardzieli. Łuk podniebienio-gardzielowy lewy tworzy półkole bliznowate, poziomo napięte między jamą nosogardzielową i gardzielią. Wszystkie te części są bardzo suche.

W przypadku TANTURRI'ego [u PELLIZZARI'ego str. 11], u 22-letniej kobiety, chorej od 10 miesięcy, istniało nacieczenie języczka i łuków; części te były koloru białoszarym z lekkimi powierzchownymi owrzodzeniami.

W przypadku JARISCH'a [15], opisanym następnie przez O. CHIARI'ego [21] u chorej kobiety od 7 lat, znaleziono brak podniebienia miękkiego, a zamiast niego tkankę bliznowatą, połączenie między gardzielią i jamą nosogardzielową zredukowane do otworu wielkości równej grubości pióra gęsiego.

W przypadku ZEISSL'ów [18] brak języczka, a na jego miejscu powierzchowne owrzodzenie; drugie trójkątne na błonie śluzowej podniebienia twardego.

W przypadku SCHMIEDICKE'go [19] brak języczka, która to zmiana zaszła już w czasie pobytu w klinice; na prawo i na lewo od miejsca jego przyczepienia wyczuwa się dwa twarde jak kość twory, schodzące na dół do gardzieli, mające po cału długości; są one gładkie, białoróżowe, polykanie nie jest utrudnione.

W przypadku PELLIZZARI'ego, [23] u chorej, u której nos nie przedstawiał zmian żadnych na zewnątrz, na miejscu języczka znajdowała się szczelina, skutkiem czego łuk podniebienia miękkiego był jakby rozdzielony na dwie części boczne; cały brzeżek zlewający się z łukami przednimi był szary, błyszczący; w środku był brak nabłonka i robił wrażenie powierzchownego owrzodzenia przymiotowego. W trzy lata później łuki przednie i tylne skrócone, giną ku górze w szczytkach podniebienia miękkiego, które zlewa się zupełnie z gardzielią, tworząc jakby jedno sklepienie, tak, że podniebienie twarde ciągnie się w tył i przechodzi w ścianę tylną gardzieli. W miejscu, gdzie powinien znajdować się kanał prowadzący do nozdrzy tylnych, istnieje wąziuchny otworek, zaledwie przepuszczający najcieńszy zglębnik; część tylna i dolna nowego sklepienia gardzieli jest koloru żółtawo-szarego. W 3 lata potem autor znalazł zmiany posunięte jeszcze dalej; podniebienie miękkie, zarówno jak łuki tylne, oraz migdały są rozciągnięte i wygładzone, tak, że istnieje jedno sklepienie wklęsłe, które rozpoczyna się za zębami, a rozciąga się aż do tylnej ściany gardzieli, w którym nie ma już owego wązkiego otworka. Na błonie śluzowej podniebienia aż do linii drugiego zębu trzonowego widać prążki jakby bliznowate i punkty, w których zdaje się brakować nabłonka, koloru brudno żółtawego. *Isthmus faucium*, pomimo że brak podniebienia, jest zacieśniony, łuki przednie są krótsze, a podstawa języka zdaje się jakby pociągniętą ku górze.

W przypadku LANG'a [24], tylna ściana gardzieli zamieniona była z lewej strony na blaszkę sztywną, szarą, nieco zagłębioną, wielkości talara, pokrytą nabłonkiem białawym, otoczoną brzegiem wysokim na kilka milimetrów. Na podniebieniu twardym, z obu stron linii środkowej, płaskie, kątowate wyniosłości, twarde jak chrząstka, wielkości dziesiątki, pokryte białawą błoną śluzową.

W przypadku RIEHL'a [25] późniejszym, podniebienie miękkie i łuki były czerwone, twarde, u podstawy języczka małe, guzowate nacieki, wielkości soczewicy, szare, powierzchownie owrzodzone; języczek nacieczony, twardy, skrócony i podobnie owrzodzony. W przypadku dawniejszym podniebienie miękkie i łuki ścięczałe, bliznowate, błyszczące i blade, brak języczka, a na jego miejscu łuki podniebienne zlewają się ze sobą pod kątem ostrym.

W przypadku PICK'a [26] u kobiety 24-letniej, chorej od 9 miesięcy i nie mającej żadnego wyobrażenia o zmianach zaszłych w gardzieli, znaleziono: brak języczka, łuki mocno zgrubiałe, podobne do ścięgien, bliznowate, szaro-białawe, zlewają się ku górze ze sobą na miejscu języczka, a ściągnięte w tył przyrosłe są do tylnej ściany gardzieli i tak zbliżone do linii pośrodkowej, że między nimi pozostaje tylko wąski przestwór. Wszystkie części składowe gardzieli tegie, napięte, usiane wybujałościami podobnymi do brodawek. Jeszcze silniej zmienione i skurczone są ściany jamy noso-gardzielowej.

W przypadku HERYNGA: [28] błona śluzowa gardzieli żółto-czerwona, nieco zgrubiała, sucha, połyskująca; łuki tejże barwy, przy nasadzie języczka żółtawe; języczek pofalduwany, nieco twardy. Widzimy tu zatem zmiany bardzo nie-wielkie i wczesne.

W przypadku KOEBNER'a: [29] podniebienie miękkie przedstawia się jako powierzchnia jednostajnie drobno i grubo ziarnista, częścią bliznowata, nadzwyczaj twarda, z płytkimi nadżarciami; na prawej połowie na granicy podniebienia twardego wał ostro odgraniczony, wystający, nadzwyczaj twardy, wielkości fasoli. Brak języczka; tylny brzeg *veli palatini* zrosły z szerokimi bliznowatymi powrózkami na tylnej ścianie gardzieli; między łukami tylnymi, zlewającymi się ze sobą pod kątem ostrym, istnieje otwór grubości pióra; przejście podniebienia miękkiego w łuki przednie, jakoteż i same łuki, zwłaszcza prawy, są twarde, żółtawo-białe, błyszczące jak ścięgna, bardzo zgrubiałe, podobne do blizn.

Nieco inaczej opisują zmiany w gardzieli CORNİL i ALVAREZ [32]. W spostrzeżeniu II-em łuki i podniebienie miękkie były bardzo zgrubiałe, czerwone i nacieczone. W spostrzeżeniu XIV podniebienie miękkie i łuki, oraz podstawa języka są bardzo znacznie zgrubiałe, nacieczone przez nowotwór unaczyniony, przez co mają barwę ciemno-czerwoną, wygląd popielaty a miejscami ziarnisty. Są one małe, wilgotne, odporne, twarde w dotknięciu, a czucie w nich tak zmniejszone, iż można je dotykać, ścisnąć w palcach, nie wywołując mdłości. Przesmyk (*isthmus*) jest tak zwężony, że zaledwie można przesunąć cewnik wzdłuż długiego przewodu, jakby wydłutowanego wśród tkanek bardzo niepodatnych. Polykanie bardzo trudne, zwłaszcza pokarmów stałych. Twardziel istnieje od 10 lat. Podobnie w spostrzeżeniu IX podniebienie i łuki są nacieczone, zgrubiałe, koloru czerwono-sinawego; łączą się one z podstawą języka i fałdami nalewko-nagłośniowemi również zajętemi i zwężają tak dalece przesmyk, iż ten nie przepuszcza palca. Takie samo zwężenie opisano w spostrzeżeniu VI. Natomiast w spostrzeżeniu III-em łuki są ścięczałe, białawe, przemienione w tkanę bliznowatą; w przypadku tym twardziel istniała od 20 lat.

Na sześć spostrzeżeń PALTAUF'a i EISELSBERG'a [35], w 5-ciu zmiany w gardzieli podobne do wyżej opisanych, t. j. przeważnie charakteru zanikowego.

W przypadku JANOWSKY'ego [36]: brak języczka, podniebienie miękkie w kształcie ostrego łuku z brzegiem w części ostrym, w części spłaszczonym, nacieczonym; górne części łuków przednich i tylnych zgrubiałe, wałkowate, blade-żółtawe, nieowrzodzone.

W pierwszym z naszych przypadków brak języczka, łuki podniebienio-językowe szaro-białawe, blade, skurczone, nieruchome twarde, tworzą dwa wałki, zbiegające się ze sobą w łuk gotycki, którego część środkową stanowi szare i skurczone podniebienie miękkie; tylna ściana gardzieli sucha i szarawa, jama zaś gardzielowa ciasna.

W przypadku MANDELBAUM'a na podniebieniu twardem owrzodzenie powierzchni nieregularnego kształtu z bliznowatą obwódką; pozostała część podniebienia twardego, oraz całe podniebienie miękkie i języczek nie nacieczone; natomiast łuki zwłaszcza z prawej strony są zajęte a w dotyku twardości chrząstkowatej; przy polykaniu nie ma bólu, nawet twarde pokarmy łatwo przechodzą.

W przypadku drugim STUKOWIENKOWA łuk prawy tylny zgrubiała, chrząstkowatej twardości, wyraźnie odznacza się ciemniejszym zabarwieniem od części otaczających prawidłowych; na brzegu łuku owrzodzenie. Stwardnienie przechodzi z tylnego łuku na prawą połowę tylnej ściany gardzieli, na której stopniowo ginie. Podniebienie miękkie i języczek, lewa połowa gardzieli, błona śluzowa policzków, języka, podniebienie twarde nie zmienione. Jednocześnie bardzo obszerne i daleko posunięte zmiany w nosie, z rozpadem skórnej i chrzęstnej przegrody od podstawy do góry; nadto owrzodzony guz w wardze górnej; naciek na dziąsła szczęki górnej nad siekaczami, przechodzący i na wargę, której odwinąć nie można; siekacze się chwieją.

Obraz kliniczny zmian w gardzieli, jak widzimy zatem, jest bardzo urozmaicony, co zależy od okresu i od rozpostarcia się choroby. W celu jaśniejszego wytłómaczenia sobie tego obrazu, uprzedzając tutaj opis histologiczny, jaki czytelnik znajdzie poniżej, powiemy, że istotę anatomiczną twardzieli stanowi nadzwyczaj obfite nacieczenie drobnokomórkowe błony śluzowej i podśluzowej, prowadzące z początku do powiększenia objętości tkanek, z czasem zaś przez zduszenie elementów tkankowych prawidłowych i zanik takich, oraz przez zamianę infiltrowanych komórek okrągłych na włóknisto zbitą tkankę, prowadzące do ścięnięcia, zaniku i skurczenia oddzielnych części gardzieli. W ogóle różnić da się w obrazie klinicznym twardzieli gardła dwie postacie. W jednych przypadkach spotykamy, że łuki oraz podniebienie miękkie są zgrubiałe, szaroczerwone, lub sinawe; z powierzchni ścian gardzieli, zwłaszcza tylnej, wyrastają masy płaskie, nierówne, ziarniste, lub grudkowate, brudno-czerwone. Zarówno te masy jak i całe anatomiczne części gardzieli jak łuki, języczek, podniebieniu miękkie, są niepodatne, twarde jak chrząstka, lub ścięgno. W drugiej postaci znajdujemy błonę śluzową gardła suchą, podniebienie miękkie ściągnięte, skurczone, zanikłe, migdałki niewidoczne, łuki w kształcie cienkich niewyraźnych fałdek, brak języczka; i tutaj części te są chrząstkowate twarde i niepodatne, lecz koloru szaro-żółtawego, brudno-żółtawego; czasami łuki zamieniono są na błyszczące, ścięgniste powrózki. Zarówno te części jak błona śluzowa podniebienia twardego usiana jest masą nieregularnych plamek, prążek, smug brudno-żółtawego koloru, a odpowiadających miejscom, w których tkanka uległa bliznowatej zmianie, lub gdzie utraciła prawidłowy nabłonek. Szczególniej te zmiany spotykamy na podniebieniu twardem w okolicy środkowej w miejscu przyczepu podniebienia miękkiego; przypominają one zmiany przymiotowe tych części. Przypuszczać godzi się, że zaczerwienienie i zgrubienie, stanowiące cechy pierwszej postaci, odpowiadają wcześniejszemu okresowi choroby, skurczenie i bliznowate ścięnięcie części późniejszemu okresowi choroby, klinicznie wszelako nie da się to wykazać z powodu, że sprawa przebiega nadzwyczaj powoli, że chorzy nie wiedzą napewno, kiedy się choroba rozpoczęła, że częstokroć zgola nie mają pojęcia o tem, co za zmiany noszą w swoim gardle.

Poczęści tylko z niektórych przypadków, które przez jednego i tego samego lekarza były obserwowane przez lat kilka z rzędu, lub po dłuższych odstępach czasu, jak to miało miejsce z wielu choremi spostrzeganymi przez rozmaitych klinicystów w Wiedniu, można wnosić o kolejnem następstwie zmian chorobowych.

Pod wpływem tych ostatnich zmienia się konfiguracja gardzieli. Jedną z najwcześniejszych zmian jest brak języczka, który w przypadku SCHMIEDICKE'go znikł w czasie pobytu chorego pod okiem lekarza. Skutkiem tego oba zgrubiałe filary (*arcus*) schodzą się u góry i łączą ze stwardniałem i skurczonem podniebieniem miękkim, tworząc jeden wspólny łuk z wklęsłością zwróconą ku dołowi. Czasami na miejscu języczka spotyka się wcięcie. PELLIZZARI rozmaite te zmiany uważa za różne fazy rozwoju choroby. I tak z początku gdy nacieczenie komórkowe zajmuje różne części gardzieli, mamy poprostu ich zgrubienie; następnie przypuszcza on, że sprawa z błony podśluzowej, przechodząc na części głębsze podniebienia miękkiego, zajmuje mięsień *palato-staphylinus*, najbliżej leżący pod błoną śluzową; zwolna na miejsce tkanki mięsnej podstawia się tkanka nowowytworzona, kurczliwa, bliznowata, która pociąga języczek ku górze i w tył, skutkiem czego ten ostatni staje się szczuplejszym, krótszym. W miarę jak ten sam los spotyka *mm. peristaphylini externi* i pęczki wewnętrzne *mm. pharyngo-staphylini*, zwolna na miejscu języczka powstaje brak, wycięcie, zagłębienie, podobnie jak we wrodzonych wadach rozwojowych. Stopniowo atoli następuje kurczenie się nacieczonych filarów bocznych, skutkiem czego rozciągnięte zostaje podniebienie miękkie na boki, a tem samem ginie owo zagłębienie na miejscu byłego języczka.

Tak czy inaczej drogą nacieczenia drobnokomórkowego oraz substytucji elementów prawidłowych tkanki śluzowej, podśluzowej, oraz mięśni, zarówno przesmyk (*isthmus*) jak i gardziel wydają się sztywne, nieruchome przy wydawaniu głosu i przy ruchach połkowych. Części prawidłowo wystające, jak brzegi obu par łuków, migdały, stają się bardziej płaskimi, zagłębienia między nimi płytszemi i zwolna części boczne zlewają się ze sobą, tworząc po obu stronach gardzieli masy grube twarde i niepodatne. W miarę tego jak nacieczenie się wzmacnia, oraz pod wpływem kurczenia się nowo-wytworzonej tkanki, przesmyk się zwęża, a gardziel wydaje się szczuplejszą. Masy boczne, znajdując niepodatny punkt przyczepu u góry do brzegu szkieletu podniebienia twardego, ciągną zwolna język ku górze, od tyłu zaś pociągają ściany boczne oraz tylną ścianę gardzieli. W ten sposób zwolna wytwarza się taki obraz, iż łuki podniebienne skupione na każdej stronie gardzieli w jedną grubą masę udają się od podniebienia twardego w tył, wytwarzając zwężenie gardzieli wogóle, a części górnej, czyli jamy nosogardzielowej w szczególności. Na tem jednak nie kończy się sprawa zniszczenia. Zwolna oba łukowate twory zbliżają się do siebie, a wtedy zwężenie staje się tak znaczne, iż z dolnej części jamy gardzielowej do górnego piętra zaledwie wprowadzić można zgłębnik, a wreszcie, jak to było w przypadku PELLIZZARI'ego, następuje zupełne zarosnięcie i odcięcie jamy nosogardzielowej od właściwej gardzieli.

Co jest godnem szczególnej uwagi, to to że tak olbrzymie zmiany przychodzą do skutku drogą powolnego nacieczenia, podstawienia nowowytworzonej tkanki na miejsce pierwiastków prawidłowych i kurczenia się tkanki nowej, słowem drogą bliznowatego zwyrodnienia, bez rozpadu i owrzodzenia, jak to bywa przy zmianach w gardzieli w przymiocie. Wprawdzie w oddzielnych przypadkach rozmaici autorowie zaznaczyli obecność powierzchownych owrzodzeń, złuszczeń nabłonka, płytkich utrat substancji, zwłaszcza na podniebieniu miękkim przy przejściu w twarde; lecz w przeciwstawieniu do przymiotu główne zmiany przy twardzieli zachodzą skrycie i bez nagłej destrukcyi tkanek, jak to bywa w przypadkach obszernych zniszczeń i rozpadu gummatów. Czucie w gardzieli bywa znacznie obniżone, tak, że badanie palcem oraz wprowadzanie zwierciadełka do laryngoskopowania choroby znoszą z łatwością. Wspominaliśmy wyżej, iż w wielu razach niewątpliwiej twardzieli nie ma zajęcia gardła. Naodwrot czasami zmiany w nosie są bardzo nieznaczne, podczas gdy w gardzieli są daleko posunięte spustoszenia, a nawet w rzadkich przypadkach, jak już zauważył KAPOSI, twardziel może ograniczać się do samej gardzieli. W spostrzeżeniu XIV CORNIL'a i ALVAREZ'a wyraźnie zaznaczonem jest, iż u chorego od 10 lat jamy nosowe były zupełnie zdrowe, przepuszczały powietrze swobodnie.

Najdonioślejszego pod względem klinicznym znaczenia jest umiejscowienie sprawy twardzielowej w krtani i tchawicy, gdyż ono częstokroć skraca dni chorego, któryby z zajęciem nosa oraz gardzieli mógł żyć znacznie dłużej. Obraz, jaki znajdujemy przy pomocy wziernika, bywa rozmaity, począwszy od zwyczajnego przewlekłego nieżyty, a skończywszy na tem, co znanem jest pod nazwą *chorditis vocalis inferior hypertrophica*. Staralem się również poniżej zestawić przypadki zajęcia krtani, zestawienie to jednak jest niezupełne z powodu, że nie mogłem w oryginale dostać ważnej pracy O. CHIARI'ego i RIEHL'a o twardzieli błon śluzowych; autorowie ci zebrali dawniejsze przypadki twardzieli począwszy od HEBRY, zestawili je tabelarycznie i dodali 12 przypadków zajęcia krtani przez siebie spostrzeganych.

W jednym z przypadków KAPOSI'ego [5] był bezgłos (*aphonia*) i objawy cieśni krtaniowej (*laryngostenosis*) z napadami duszności; przy badaniu wziernikiem znaleziono zgrubienie w dwójnasób i nastrzyknięcia naczyń strun prawdziwych.

W przypadku SCHEFF'a [4], u 31 letniej praczki chorej na twardziel od 8-miu lat, znaleziono struny wtrójnasób powiększone, zgrubiałe, podłużną bródką podzielone na dwie części, z których węższe szerokości strun prawidłowych zwrócone do ścian krtani, szersze zaś do wnętrza teje; przy zwyczajnem wdechnaniu struny prawdziwe leżą od przodu tak blisko siebie, iż pozostaje między nimi szczelina wypełniona śluzem, ku tyłowi zaś pozostaje otwór grubości pióra; przy wydawaniu głosu zewnętrzne części zupełnie zbliżają się i zakrywają części wewnętrzne aż do owej wzmiankowanej bródky.

[C. d. n.]

Z ODDZIAŁU D-RA HERYNGA W SZPITALU Ś-GO ROCHA W WARSZAWIE.

II. GRUŻLICA GARDZIELI.

Napisał

Władysław Wróblewski,

b. asystent oddziału.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 45].

Spostrzeżenie IX. Kamiński Konstanty, kotlarz, lat 23. Przybył do szpitala 30 Marca 1887 roku. Chory wysokiego wzrostu, błądy, bardzo wyniszczony: W chwili przybycia do szpitala był w stanie tak złym, że mowy być nie mogło o jakimś czynnym wystąpieniu leczniczem. Dwa razy zaledwie można go było zbadać lusterkiem krtaniowem i zapędzłować owrzodzenia kokainą. Zachorował przed 1½ rokiem na zapalenie płuc, od tego czasu pozostał kaszel; przed dwoma miesiącami przyłączył się do tego ból gardła, który się z każdym dniem powiększał, tak, że obecnie nawet kropli wody połknąć nie może. Krwioplucie bywało wielokrotnie w ostatnim roku. Przed 6 laty przebywał uporczywą zimnicę. W rodzinie jego zmarł brat i dwie siostry na suchoty płuc.

Skóra na całym ciele blado-ziemista, nie gładka wskutek brudu i masy przylgniętego złuszczonego naskórka (*pthyriasis tabescentium*). Gruczoly chłonne szyi, znacznie powiększone w postaci pakietów pod obu kątami szczęk; niektóre dochodzą wielkości laskowego orzecha. Gruczoly pachwinowe także nieco powiększone.

W obu płucach nader rozległe zmiany. W lewym górnym zrazie z przodu i z tyłu oddech jamisty, w dolnym wszędzie oskrzelowy z licznymi rżenieniami wilgotnemi. W prawem płucu do III żebra od góry ton opukowy bębinkowy, niżej tępy. W szczycie oddech jamisty, dalej ku dołowi nie słychać go wcale.

Tony serca czyste, lecz słabe. Błona śluzowa w nosie czerwona, rozpulchniona, a zwłaszcza na muszlach dolnych.

Gardziel. Bardzo rozległe owrzodzenia z obu stron pomiędzy łukami; na wszystkich łukach, z migdałów pozostały tylko ślady. Języczek znacznie zgrubiał, twardy, nieruchomy, pokryty białemi, dosyć dużemi guziczkami, nie owrzodzony. Na tylnej ścianie gardzieli rozrzucone, dosyć powierzchowne owrzodzenia. Owrzodzenia pomiędzy łukami są niezwykle głębokie, o brzegach wyżartych, dnie bardzo nierównem, pokryte obfitą białą-szarą wydzieliną. Po oczyszczeniu pędzelkiem owrzodzenia te łatwo krwawią. Owrzodzenia te idą daleko ku dołowi pomiędzy nasadę języka i nagłośnię, która jednak nie jest owrzodzoną, jak również i więz nagłośnio-językowy średni. Ku górze owrzodzenia przechodzą na podniebienie miękkie i z obu stron dochodzą do mocno nacieczonego języczka. Jednem słowem przy tem niezwykle rozlanem cierpieniu cały *isthmus faucium* opasany jest owrzodzeniami.

Krtani. Bardzo silne nacieczenie nagłośni, która jest jednak zupełnie gładka, różowa. Silne nacieczenie obu chrząstek nalewkowych i części międzynaławkowej. Owrzodzenie w krtani jest jedno tylko, na wierzchołku chrząstki nalewkowej lewej.

Struny tak fałszywe jak i prawdziwe żadnych zmian nie przedstawiają.

Podczas krótkiego pobytu w szpitalu, ciepłota ranna bywała 37° C., wieczorna nie przeszła nigdy 38,8° C.. W dniu 5. IV. zmarł.

W dniu 6. IV. dokonałem rozbioru zwłok:

Trup wysokiego wzrostu, wynędzniały, błądy. Na części skóry odpowiadającej kości krzyżowej obszerna odleżyna. Po zdjęciu mostka okazuje się, iż cała prawa jama opłucnej wypełniona żółto-zielonkowatym płynem, przy ścianach, a zwłaszcza dolnej, bardzo wiele skrzepów włóknikowych. Płuco prawe uciśnięte wysiękiem, spłaszczone w wymiarze poprzecznym, przylega do ściany wewnętrznej, silnie przyrośnięte z tyłu, tylko przy pomocy noża mogło być oddzielone. Z płuca tego pozostała najwyżej $\frac{1}{4}$ część. Na przekroju składa się ono z ogromnej ilości mniejszych i większych jam i bardzo mocnych mostków, łączących te jamy. W szczątkach dolnego zrazu bardzo wiele twardych guziczków.

Lewe płuco zwykłej wielkości, silnie poprzyrastane do klatki piersiowej. Na przekroju w górnym zrazie znajdujemy dwie znacznej wielkości jamy łączące się ze sobą i zajmujące cały ten zraz. W dolnym bardzo wiele stwardnień guzikowatych, niektóre z nich zserowaciałe. Na brzegach dolnego zrazu znajdujemy rozedmę. Błona śluzowa oskrzeli grubszych podłużnie i poprzecznie prążkowana, czerwona, obficie pokryta śluzem. Na przekroju płuc z drobnych oskrzeli wyglądają kropelki ropy, a na około nich przeważnie skupione są guziczki. Gruczoły chłonne oskrzelowe znacznie powiększone; na przekroju ciemno-czerwone.

W tchawicy, począwszy od czwartej obrączki górnej, zaczyna się głębokie opasujące prawie owrzodzenie, idące ku dołowi, na przestrzeni 2 ctm.. Na dnie tego owrzodzenia znajdujemy zmartwiałą obnażoną, chropowatą chrząstkę. Poniżej i powyżej tego owrzodzenia żadnych prawie zmian nie znajdujemy w tchawicy. W krtani bardzo znaczne nacieczenie nagłośni i chrząstek nalewkowych. Głębokie, kraterowate owrzodzenie na stronie przełykowej lewej chrząstki nalewkowej, łączące się z owrzodzeniami nasady języka. Struny prawdziwe i fałszywe prawidłowe, pokryte śluzem. Błona śluzowa tylnej ściany gardzieli, aż do podstawy czaszki, łuki i podniebienie miękkie, język wraz z krtanią i tchawicą zostały oddzielone i wyjęte. Znajdujemy tu bardzo rozległe owrzodzenia, jak to zresztą przy opisie klinicznym widzieliśmy, opasujące. Dodać tu należy, iż owrzodzenia na łukach są w niektórych miejscach tak głębokie, że dochodzą do tkanki mięśniowej; dno ich twarde, nierówne. Na błonie śluzowej jamy nosogardzielowej dosyć powierzchowne owrzodzenia.

Gruczoły chłonne szyi znacznie powiększone, zserowaciałe.

Serce małe; mięśnie jego blade, wiotkie. Śledziona znacznie powiększona. Na przekroju czerwona, bardzo łatwo rozrywalna.

Wątroba powiększona, tłuszczowo zwyrodniona.

Nerki obie bardzo duże. Na przekroju ciemno-czerwonej barwy, granice obu istot niewyraźne.

Błona śluzowa żołądka nieco przekrwiona, pokryta znaczną ilością śluzu. Kiszki grube zawierają znaczną ilość płynnego kału; po zmyciu wodą znajdujemy bardzo wiele rozległych opasujących owrzodzeń o czerwonych wałkowatych brzegach. Części błony śluzowej niezajętej owrzodzeniami silnie przekrwione. Najwięcej owrzodzeń znajdujemy w kiszce ślepej, wstępującej i poprzecznej. W kiszkach cienkich nieżył przewlekły.

Teraz powiedziec należy słów kilka o cieplocie. Każdy chory z gruźlicą gardzieli gorączkuje. Tu jednak nasuwa się pytanie, czy gorączka ta ma jaki typ, czy da się ona podciągnąć pod którą ze znanych postaci gorączkowych? Na zasadzie moich spostrzeżeń przyszedłem do wniosku, że gorączka przy tem cierpieniu w żadne z góry określone ramy zamknąć się nie da, jednym słowem, że jest równie nieprawidłową jak to bywa wogóle przy suchotach, dalej, że w każdym przypadku tegoż cierpienia jest ona inną. FOX i FRAENKEL uważają ten nieprawidłowy i nietypowy przebieg ciepłoty za charakterystyczny dla gruźlicy gardzieli, na co, na zasadzie moich spostrzeżeń zgodzić się niepodobna, gdyż, jak wyżej wspomniałem, taką samą zupełnie gorączkę spotykamy przy gruźlicy płuc. Nie różni się pod tym względem nawet i przypadek VI, t. j. ostrej prosówkowej gruźlicy gardzieli. Nigdy prawie ciepłota wieczorna, która jest zresztą zawsze większą od rannej, nie przekracza 40° C., trzymając się w granicach 38,5° C. do 39,5° C.. Ranna ciepłota znowu trzyma się zwykle w granicach 37° C. do 38° C.. Spotykamy też dosyć często przerwy w gorączce, tak, że po kilka dni zupełnie nie bywa, co bynajmniej nie zależy od użycia leków przeciw-gorączkowych. Przerwy te nie są warunkowane okresem choroby; bywają tak samo w początkach jak i w dalszym przebiegu choroby.

W końcu kilka uwag, jakie nastroczą się przy rozpatrywaniu przypadków opisanych wyżej. W jakim wieku ludzie najczęściej podlegają tej chorobie? W przytoczonych wyżej 14 przypadkach najmłodsza chora miała lat 22, najstarszy lat 54. Największa liczba chorych [8] była pomiędzy rokiem 20 a 30; 2 pomiędzy 30 a 40 rokiem; 2 pomiędzy 40 a 50 i 2 powyżej 50. Na zasadzie wszystkich opisanych dotąd w literaturze przypadków można orzec, że największa ilość chorych bywa w latach średnich, t. j. od 20 do 40 roku życia. Bardzo rzadko zdarza się gruźlica gardzieli u dzieci. Przypadki takie opisywali ISAMBERT u 4½ letniej dziewczynki, SAMUEL SÉE ¹⁾ u 8 i 6-letniego chłopca, ABERCOMBIE i GAY u trojga małych dzieci ²⁾. Niezbyt często spotykamy również chorobę tę w wieku starszym.

Gdzie najczęściej bywa umiejscowione cierpienie to w gardzieli? Najczęściej miejscem cierpienia są łuki podniebienne i języczek, nieco rzadziej tylna ściana gardzieli, bardzo rzadko część noso-gardzielowa. Co się tyczy owrzodzeń gruźliczych języczka, to te zawsze prawie bywają na przedniej jego powierzchni bardzo zaś rzadko na tylnej, choć nie ma racji ZAWERTHAL twierdząc, że tam nigdy nie bywa owrzodzeń. W przypadku II spotykamy owrzodzenia gruźlicze w jamie noso-gardzielowej i na tylnej powierzchni języczka. We wszystkich czterestu przypadkach opisanych wyżej znajdujemy sprawę chorobową na łukach, na języczku 10 razy; na tylnej ścianie gardzieli 6 razy, na migdałkach 6 razy. Cierpienie krtani tego samego rodzaju spotykamy także w większym lub mniejszym stopniu we wszystkich naszych przypadkach z wyjątkiem XII i XIII. W jednym tylko przypadku VI miałem możność stwierdzić, że krtan uległa chorobie później niż gardziel.

¹⁾ Revue de laryngologie etc. 1887. Nr. 4.

²⁾ H. BARTH. Thèse de Paris. 1880.

Zestawienie przypadków gruźlicy gardzieli,

które są szczegółowiej opisane w tekście.

TABLICA I.

№	Imię, nazwisko, zajęcie.	Wiek	Data I-go badania.	Choruje na gardło.	Zmarli na suchoty w rodzinie.	Stan ogólny i wywiady.	Stan płuc.	Stan krtani.	Stan gardzieli lub jamy ustnej.	Data ostatniego badania.	U w a g i.
I	Jan Miniarski. Krawiec.	52	Zapisał się do szpitala 20.IV. 1882 r.	Ból przy połykaniu i chrypka trwa 3 miesiące.		Kaszel, krwioplucie, ból w lewym boku od lat dwóch. Obecnie <i>hexis</i> .	<i>Pneumonia chronica diffusa utriusque pulmon. Ronchi crepitantes. Signa excavationis in parte supraspinata dextra.</i>	Struny fałszywe, na brzegach owrzodzone, pokrywają prawdziwe, które są prawie zupełnie zniszczone.	Błona śluzowa podniebienia biała. Na podstawie języzeczka kilka białych prosówkowych guziczków. Na łukach drobne owrzodzenia. W przebiegu wszystkie owrzodzenia znacznie się rozszerzyły.	Wypisał się ze szpitala 19 maja 1882 r. w stanie bardzo złym.	<i>Uvulotomia.</i>
II	Szymon Gromadzki. Rolnik.	34	Przybył do szpitala 3.XI. 1884 r.	Ból przy połykaniu i chrypka trwa 2 miesiące.	Brat i ojciec zmarli na suchoty płucne.	Powiększone gruczoły chłonne szczególnie na szyi i łokciowe. <i>Hexis</i> .	<i>Infiltratio diffusa utriusque pulmon.</i>	Znaczne nacieczenie nagłośni i tylnej ściany. Owrzodzenia na strunach fałszywych.	Całe podniebienie miękkie nacieczone; języzeczek zgrubiały, twardy, pokryty sadłowatym nalotem. Tylne łuki owrzodzone. Na tylnej ścianie kilka soczewiowatych owrzodzeń. Na tylnej powierzchni języzeczka i w jamie nosogardzielowej—owrzodzenia. Na podniebieniu miękkim oddzielne guziczki. Owrzodzenie gruźlicze języka.	Zmarł 15. XII. 1884 r. Rozbiór zwłok dokonany przez D-ra Przewoskiego.	<i>Incisio epiglottidis Uvulotomia.</i> Przy badaniu wydzieliny wrzodów i płwociny znaleziono laseczniki gruźlicze.
III	Hersz Kaliński, Handlarz.	24	Przybył do szpitala 10.V. 1885 r.	Ból przy połykaniu trwa 3 miesiące, chrypka 1½ miesiąca.	<i>Hereditas nulla.</i>	Krwioplucie przed 4 laty. Od 4 miesięcy nasilenie choroby. Gruczoły chłonne szyjowe powiększone, podszczękowe lewe dochodzą wielkości orzecha włoskiego. <i>Hexis</i> .	W obu szczytach nacieki którym odpowiada oddech oskrzelowy; w prawym szczyście od tyłu <i>ronchi sibilantes et crepitantes.</i>	<i>In valleculis</i> kilka owrzodzeń. Nagłośnia w dwójnasób zgrubiała. Więzy nagłośniowo-nalewkowe i tylna ściana nacieczone. Owrzodzenia <i>in rimula</i> , na strunach fałszywych i na prawdziwej lewej.	Błona śluzowa podniebienia miękkiego marmurkowo przekrwiona. Języzeczek zgrubiały, obrzękły, na jego przedniej powierzchni dwa prosówkowe guziczki. Owrzodzenia są: na łuku lewym tylnym, na lewym migdale. Na tylnej ścianie gardzieli drobne pojedyncze nasieki—takież na łuku prawym tylnym, tylko białe. Na przednim prawym łuku guziczki. Z tych nacieków i guziczków powstały później owrzodzenia.	24 czerwca 1885 roku opuścił szpital w stanie bardzo złym.	Przyżeganie owrzodzeń kwasem chromnym. Laseczniki gruźlicze znalazł w wydzielinie owrzodzeń Dr. Bujwid.
IV	Józef Nowak. Lokaj.	37	Przybył do szpitala 18.VI. 1885.	Od 1½ miesiąca ból przy połykaniu. Od 3 miesięcy w prawym kącie ust owrzodzenie.	<i>Hereditas nulla.</i>	Choruje na płuca od lat 5. Bywały krwiopłucia, gruczoły chłonne wszystkie powiększone; 2-podszczękowe prawie wielkości wisiem; nadobojczykowe prawie złane w pakiety. <i>Hexis</i> .	Oba szczyty zajęte, lewy więcej. Na całym płucach <i>resp. aspera</i> , gdzie niegdzie rżenia świszające.	Lekki obrzęk tylnej ściany. Obrzęk struny fałszywej prawej. Na środku nagłośni jeden guzikowaty naciek.	Owrodzenie prawego kąta warg i policzka. Na około wrzodów prosówkowe guziczki. <i>Stomatitis et gingivitis.</i> Języzeczek powiększony, nacieczony. Pomiedzy łukami owrzodzenia z obydwóch stron.	Opuścił szpital 11 lipca 1885 r. w stanie złym.	Badania dokonał Dr. Bujwid—laseczniki były w wydzielinie owrzodzeń i w tkankach.
V	Abraham Grünberg. Handlarz.	25	Przybył do szpitala 12.IV. 1885 r.	Od 1½ miesiąca ból gardła i chrypka.		Kaszel silny. Gruczoły chłonne na szyi znacznie powiększone, wszystkie inne mniej. <i>Diarrhoea.</i>	Od tyłu w obu szczytach oddech oskrzelowy—w prawem płucu wszędzie. W prawym szczyście od przodu oddech amforyczny.	Silne nacieczenie nagłośni. Owrodzenie <i>in rimula</i> .	Rozległe owrodzenie na łuku prawym przednim. Języzeczek nacieczony.	Opuścił szpital 9 maja 1885 r. w stanie bardzo złym.	Laseczniki w płwocinie wykryte przez D-ra Herynga.

N ^o	Imię, nazwisko, zajęcie.	Wiek	Data 1-go badania.	Choruje na gardło.	Zmarli na suchoty w rodzinie.	Stan ogólny i wywiady.	Stan płuc.
VI	Izotij Kaczenko. Dróżnik kolei żel.	28	Przybył do szpitala 5.III. 1886 r.	Od 1/2 miesiąca ból gardła.	<i>Hereditas nulla.</i>	Stan ogólny dobry. Gruzoły wszystkie powiększone. Śledziona znacznie powiększona. W początku przebieg choroby bezgorączkowy.	Przy perkussji zmian żadnych. <i>In apice dextra resp. aspera.</i>
VII	Ryfka Jezierska, przy mężu.	22	3.X.1886 r. przyszła do ambulatoryjum.	Od 1/2 miesiąca ból gardła. Od 4 miesięcy kaszel.	<i>Hereditas nulla.</i>	<i>Hexis.</i> Gruzoły na szyi powiększone. Śledziona powiększona. <i>Diarrhoea.</i> Kaszel. Bezsenność. <i>Dysphagia.</i>	Całe prawe płuco nacieczone—wszędzie oddech oskrzelowy; pod lewym obojczykiem rżenia metaliczne.
VIII	Wojciech Tański, Urzędnik.	54	7.XII. 1886 r.	Od 6 miesięcy stały ból gardła. Kaszel od lat 12.	Córka zmarła na suchoty.	Gorączkuje. Poci się nocami. <i>Dysphagia.</i> Kaszel. Dusznosc. Bardzo silne osłabienie.	Stłumienie tonu opukowego w szczytach, któremu odpowiada oddech oskrzelowy. W prawem płucu z tyłu w dolnym zrazie także oddech oskrzelowy.
IX	Konstanty Kamiński, Kotlarz.	23	30.III. 1887 r.	Od 2 miesięcy. Od 1 1/2 roku kaszel.	Brat i dwie siostry zmarły na suchoty.	<i>Hexis summa.</i> Poty. Kaszel. <i>Dysphagia.</i>	W obu szczytach oddech jamisty—w lewym u dołu oskrzelowy z licznymi rżeniami. W prawem płucu u dołu ton opukowy tępy—oddechu nie słyhać.

Przypadki gruźlicy gardzieli z prywatnej praktyki

X	R. Pułkownik z Konina.	41	3.I. 1882 r.	Od 2 miesięcy ból przy połykaniu w gardle i w uchu.		26 lat temu owrzdzenie na członku wtórnych objawów nie było. Przed 2 laty zapalenie płuc, później <i>aphonia, haemoptoe,</i> gorączka 18 lat temu <i>rheumatism. muscularis et pericarditis.</i> Gruzoły podszczekowe znacznie obrzękłe. Odżywianie dobre. Zaparcie stolca.	<i>Condensatio in pulmone dextro.</i> 30. XI. W płucu prawem od tyłu znaki zgęszczenia bardzo wyraźne, mniejsze od przodu—jeszcze mniejsze w lewym szczycie.
---	------------------------	----	--------------	-----------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Stan krtani.	Stan gardzieli lub jamy ustnej.	Data ostatniego badania.	U w a g i.
Nagłośnia i chrząstki nalewkowe zlekka nacieczone. Owrzdzeń żadnych.	Na lewym migdale owrzdzenia. Na języczku, podniebieniu miękkim i na tylnej ścianie gardzieli bardzo dużo drobnych, prosówkowych gruzelków, które później przeszły w owrzdzenia. Języczek stał się później silnie nacieczonym, grubym, twardym—ilość guziczków na nim znacznie się powiększyła.	Opuścił szpital 9 maja 1886 r w stanie niezłym choć gorączkowym. Zmarł w domu 15 lipca 1886 r.	Po dokonanej przez D-ra Herynga <i>uvulotomii i tonsillotomii</i> znalaziono wszędzie wiele laseczników. Traktowanie kwasem mlecznym nie odniosło skutku.
Nacieczenie chrząstki nalewkowej lewej i tylnej ściany.	<i>Anaemia mucosae.</i> Rozległe owrzdzenie między łukami lewymi. Migdałek lewy zniszczony. Oba łuki lewe owrzdzone. Mnóstwo milijarnych guziczków na języczku — później stał się on grubym, nacieczonym, doszło wkrótce do owrzdzeń.	W końcu Października usunęła się z pod obserwacji w stanie bardzo znacznego wyniszczenia.	<i>Uvulotomia.</i> Badanie dokonane przez D-ra Herynga wykryło laseczniki.
Nagłośnia czerwona silnie nacieczona. Wiąz nagłośni-językowy prawy owrzdzony. Struny fałszywe nacieczone. Chrząstki nalewkowe nacieczone. Owrzdzenie rozległe <i>in rimula.</i>	Na podniebieniu miękkim na prawo po nad języczkiem 10 małych rozrzuconych białych guziczków. Między obydwoma prawymi łukami obszerne owrzdzenie. Oba łuki owrzdzone. W dalszym przebiegu spotykamy guziczki na języczku i silne jego nacieczenie.	Zmarł 23 lutego 1887 r.	Laseczniki wykrył Dr. Mayzel. <i>Acidum lacticum. Acidum chromicum.</i> Wdechania tlenu.
Nacieczenie nagłośni znaczne. Nacieczenie obu chrząstek nalewkowych i błony międzynałkowej. Głębokie kraterowe owrzdzenie na chrząstce nalewkowej lewej.	Rozległe owrzdzenia na łukach i pomiędzy niemi z obu stron. Języczek nacieczony pokryty masą guziczków białych. Owrzdzenia na tylnej ścianie gardzieli, na nasadzie języka <i>in valleculis.</i> Owrzdzenia na podniebieniu miękkim dochodzą z obu stron do języczka.	Zmarł 5. IV. 1887 r.	Rozbiornu zwłok dokonałem w dniu 6. IV. 1887 r.

D-ra Herynga których sam nie widziałem.

TABLICA II.

Obrzmienie guzowate lewej struny fałszywej i guzik wielkości 1/2 grochu na strunie prawdziwej prawej.	Pomiędzy łukami z prawej strony znaczne obrzmienie. 30. XI. Pomiędzy łukami owrzdzenie, które w Grudniu znacznie się rozszerzyło.	W grudniu 1882 r. Zmarł w styczniu 1883 r.
5. V. Guzik nieco powiększony. 30. XI. W przednim kącie strun i nad niemi 2 duże sadłowate owrzdzenia zamętnienie i zgrubienie strun fałszywych, które pokrywają prawdziwe. Tylna ściana zgrubiła.		

№	Imię, nazwisko, zajęcie.	Wiek	Data 1-go badania.	Choruje na gardło.	Zmarli na suchoty w rodzinie.	Stan ogólny i wywiady.	Stan płuc.
XI	Siegelbery.	30	17. I. 1883 r.	Od tygodnia ból przy połykaniu.		<i>Hexis.</i> Sił mało. Chudnie. Poty nocne. Brak łaknienia.	Kaszle od 5 lat, <i>haemoptoe</i> silne.
XII	D....wski Alfons. Urzędnik z Kielec.	44	6. II. 1886 r.		<i>Hereditas nulla.</i>	Przed laty 20 <i>lues</i> , leczony był sublimatem. Przed 5-ciu laty <i>haemoptoe</i> . Sił mało. Apetyt zły. Małokrwisty. Trawi źle. <i>Obstipatio habitualis.</i> <i>Status subfebrilis.</i> Poty. <i>Dysphagia.</i>	W lewym szczycie z przodu rozlane nasięki, <i>resp. bronchialis</i> , także nasięki z tyłu aż pod dolny kąt łopatki.
XIII	B....ski. Podporucznik Koływańskiego pułku.	22	10. VII. 1886 r.	Od 3 tygodni.		<i>Hexis.</i> <i>Dysphagia.</i>	W obu płucach rozległe nasięki.
XVI	Festensztejn Ida z Grodna.	23	30. VII. 1886 r.	Ból gardła przy połykaniu od 2 miesięcy.	Brat zmarł na suchoty.	<i>Arrhythmia.</i> Kaszel. Złe trawienie. Brak łaknienia. Chudnie. Obfita płwocina. Przed 10 laty obfity kilkoletni ropny wpływ z lewego ucha. Znaczne stępienie słuchu.	<i>Bronchitis suspecta utriusque apicum praecipue dextrae.</i> Rzężenia wilgotne <i>resp. indeterminata</i> Klatka piersiowa płaska.

W znakomitej monografii BARTH'a ¹⁾ znajdujemy zdanie, że gruźlica gardzieli rzadko bywa powikłaną z takimże cierpieniem jamy ustnej i że ściśle należy odróżniać jedną od drugiej. Zdanie to uważam za słuszne. W 14 naszych przypadkach spotykamy powikłanie to w II, IV i XII; w pierwszym owrzodzenie gruźlicze języka, w dwóch innych policzka. Odróżniać zaś te dwie postacie

¹⁾ Thèse de Paris. De la tuberculose du pharynx et de l'angine tuberculeuse. 1880. str. 6.

Stan krtani.	Stan gardzieli lub jamy ustnej.	Dnia ostatniego badania.	U w a g i.
<p><i>Arythaenoiditis tuberculosa duplex.</i> Struny mało zmienne.</p>	<p>Na prawym przednim zgrubiałym łuku <i>tubercula miliaria</i>; na tylnej ścianie gardzieli drobne białe guziczki.</p> <p>Przed 2 laty biała plamka na podniebieniu, niebolesna (często lapisowana), która stopniowo przeszła w owrządzenie rozległe podniebienia z prawej strony, na przestrzeni 3 kopiejek, dosyć płytkie, pokryte ropy, brzegi ostre. Na dnie drobna czerwona ziarnina. Zajmuje ono i łuk prawy, przechodzi na fałdę boczną policzka, brzeg dźiąseł ostatniego trzonowego zęba i tworzy tam wałki i guzowatość blado-różową, twardą. Owrządzenie jest też na prawym policzku w pobliżu zębów siecznych— jakby wyszarpane, tkanka pod niem nacieczona, twarda. Na języczku kilka małych plamek, jedna z lewej strony <i>palati mollis</i> wielkości soczewicy. Języczek obrzękły. Owrządzenie w przednim kącie nozdrzy z prawej strony, głębokie, podobne do wyżarcia. Nos i język bolesny.</p>	<p>9. II. 86. Plamki białe, z języczka po dwukrotnem pędzlowaniu <i>ac lactico</i> zeszczyły. Owrządzenia pokrywają się świeżą ziarniną.</p>	<p>Usunął się z obserwacji po kilku dniach leczenia.</p> <p>W płwocinie znalazł Dr. Przewoski laseczniki gruźlicze. Zmarł w 2 miesiące później z suchot płucnych.</p>
<p>Krtać normalna.</p>	<p>Ogromne, głębokie owrządzenie całej tylnej ściany gardzieli, aż do języczka i na dół do nagłośni. Owrządzenie obu łuków tylnych i ściany bocznej.</p>	<p>Wyjechał do Sławuty.</p>	<p>Po 6 tygodniach pędzlowania kokainą i kwas. młecz. duża poprawa co do połykania oraz co do wyglądu owrządzeń. W płwocinie było wiele laseczników i włókien sprężystych, wykrytych przez Dr. Przewoskiego.</p>
<p>Owrządzenie na prawej stronie fałszywej głębsze wielkości piątki, przechodzi na wewnętrzną powierzchnię <i>lig. aryepiglott. dextra</i>. Owrządzenie na wewnętrznej powierzchni nagłośni. Struna prawdziwe zdrowe. Tylne ściana też. Głos dobry.</p>	<p>Owrządzenia gruźlicze na prawym migdałku i na bocznej ścianie gardzieli wielkości 10 groszy, płytkie, na dnie czerwona ziarnina.</p>		<p>Widziałem chorą raz jeden.</p>

należy dlatego, że przy owrządzeniu gruźliczem, znajdującem się tylko w jamie ustnej, rokowanie bywa daleko lepszem niż przy gruźlicy gardzieli.

W końcu mam sobie za najmilszy obowiązek złożyć serdeczne podziękowanie D-rowsi T. HERYNGOWI za udzielenie mi swoich spostrzeżeń, jako też wskazówek i pomocy przy pisaniu niniejszej pracy.

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

Podał

Władysław Matlakowski.

Ordynator tego oddziału.

[Dalszy ciąg — Patrz Nr. 45].

D-r Kobyłański doradzał zwłokę; widząc jednak częściej chorą i spostrzegając jej znaczne wyniszczenie, stan przez pół gorączkowy, boleści i t. p. sądziłem, iż upoważniony jestem do rychlejszej pomocy i w tym też celu d. 29. X. 1885 w obecności d-rów Orłowskiego, Kondratowicza, Jasińskiego, Kaplińskiego, Ciechomskiego, oraz naczelnego lekarza Kobyłańskiego przystąpiłem do operacji.

Cięcie w smudze białej od pępka nie dochodząc do spojenia łonowego; natrafiłem ściśle na odstęp między mięśniami prostymi brzucha; po przecięciu otrzewnej okazało się zaraz mocne we wszystkie strony zrośnięcie guza ze ścianą brzuszną, rozpoznane przed operacją. Powierzchnia guza okazała się gładką, czerwoną, obficie krwawiącą; chcąc sobie wyświecić jego stosunki doprowadziłem palce na płask pomiędzy guz i brzegi przeciętej ściany brzusznej i łagodnie manewrując, rozdzielałem je na bok i a przedewszystkiem ku dołowi, gdzie chodziło mi głównie o rozejrzenie się, od wyniku którego zależało dalsze postępowanie; w razie zrostów obszernych zwłaszcza z pęcherzem, wobec widocznego już obszernego zrośnięcia z kiszka, miałem zamiar operacji zaniechać i ranę zaszyć. Idąc palcami na dół poza spojenie, przekonałem się, że wprawdzie istnieje i tu całkowite zrośnięcie ale ono łatwo pod palcami ustępuje tak, że wkrótce odnalazłem dno macicy za prawą kością łonową; od niej szły lewe *adnexa* maciczne do guza. Mając sobie wprowadzony cewnik do pęcherza, po pewnem szukaniu znalazłem go nisko, lecz pomiędzy niego i guz udało się palce wprowadzić również rozdarłszy sklejenia. Gdy wyjąłem rękę, z brzucha obficie krew broczyła weszpad, gdzie tylko wsuwałem rękę; dla chwilowej tamponady powsuwałem gąbki. Badanie dotychczasowe dało mi ten wynik, że guz od macicy i pęcherza oddzielić można, że zatem przystąpić do jego wycięcia można, zważywszy, iż na zasadzie jego „pływania“ na kiszka, stwierdzonego przy badaniu pierwotnem, z tyłu nie może być solidnych zrostów, nie podobnych do traktowania.

Celem zmniejszenia objętości guza wbiłem średniej wielkości trójgraniec, przez który wypłynęło niewiele płynu rzadkiego, brudno-szaro-zielonkawego, z strzępkami. Nie osiągnąwszy tą drogą nic, bezwzględnie rozszerzyłem cięcie w ścianie brzusznej powyżej pępka, a podwiązawszy wszystkie naczynia w ścianie i pozdejmowawszy kleszczyki hemostatyczne, wprowadziłem rękę na płask pomiędzy guz i ścianę i *par force* rozdzieliłem je od siebie: w ten sposób oddzieliłem całkowicie zrosty między guzem i ścianą brzuszną. Wtedy wydobyłem guz na zewnątrz wraz z przyrosłą doń siecią i jelitami i natychmiast przystąpiłem do oswobodzenia go od tych ostatnich. Rozdzieliwszy sieć na kilkanaście pęczków, poujmowałem je w kleszcze, a następnie poodrywałem przy samym guzie, poczem wraz z kleszczami w ręcznik namoczony w roztworze sublimatu zawiązałem. Zaraz potem z jak największą ostrożnością zacząłem oddzielać od guza pętlice jelit paznogciami, kierując głównie nacisk na ścianę guza; przytem wszę-

dzie jelito doskonale oddzielało się od guza, powierzchnia którego pozostawała gładką i zlekką krwawiącą, przy kiszce zaś pozostawała warstwa wyraźna, dość gruba, jakby wysięku plastycznego, krwawiąca. Pętlice w miarę oddzielania zawiązałem w ręcznik, poczem wszystkie umieściłem na zewnątrz jamy brzusznej, celem obejrzenia ich później przed ostatecznym wpuszczeniem do jamy otrzewnej. W ten sposób szczęśliwie oswobodziłem guz ze wszystkich stron z wyjątkiem u dołu, w okolicy więzu szerokiego lewego, gdzie guz miał szeroką szypułę. Na tę ostatnią nałożyłem pętlicę drucianą konstruktora KOEBERLE'go zmienionego przez BANTOCK'a, poczem ścigałem ją przez pokręcanie śruby póty, póki pętlica drutu dostatecznie nie ścisnęła i nie wpiła się w szypułę. Wtedy obłożywszy ręcznikami guz, obtuliwszy niemi ranę, oraz przycisnąwszy ściankę brzuszną do szypuły, celem zamknięcia jamy brzusznej podczas oddzielania guza, nożem obkrajalem go ponad pętlicą w znacznej od niej odległości, a to aby drut się nie ześlizgnął. Po przecięciu ścianki okazało się, że w guzie zawarty jest płód martwy, który wydobyłem, pępowina przytem przerwała się niedaleko pępka; wód płodowych zielonego koloru było mało. Natychmiast wymyłem pole operacyjne, oraz wewnątrz torbieli ponad drutem roztworem sublimatu, oczyściłem z resztek *vernix caseosa*, potrząsnąłem jodoformem; a dla zupełnego odcięcia przy dalszych manipulacjach, celem zapobieżenia zanieczyszczeniu jamy otrzewnej wypełniłem gazą sublimatową i sfałdowałem brzegi torbieli zeszyłem je szwem kuśnierskim. Umocowałem w ten sposób przygotowaną szypułę w dolnym kącie rany, podwiązałem pęczki sieci, poobcinałem je poniżej podwiązek, dalej obejrzałem pętlice kiszki, oraz ich krézki, a przekonawszy się, że nigdzie nie krwawią, obmywszy je gąbkami z roztworu sublimatu, odprowadziłem do jamy otrzewnej. Teraz nastąpiło gruntowne oczyszczenie tej ostatniej ze skrzepów, poczem górną połowę rany zaszyłem. Oczyściwszy gąbką dolny kąt rany, zaszyłem go również. Pozostała obecnie najtrudniejsza praca przyszycia ścianki brzusznej do szypuły poniżej zaciskającego drutu; nie bez mozolu z powodu ciasnoty udało mi się to zrobić z obu stron szypuły; wtedy wprowadziwszy przez część rany ponad szypułą jeszcze raz gąbkę w kleszczach do jamy otrzewnej, dokonałem ostatecznej toalety, poczem nałożyłem ostatni szew w kącie rany ponad szypułą w ten sposób, aby nitka przeszła przez prawy brzeg przeciętej ściany brzusznej, potem przez szypułę, wreszcie przez lewy brzeg rany — poczem brzegi zbliżyłem i nitkę zawiązałem.

Przebieg. D. 30. X Chora głównie skarży się na wymioty, męczące ją bezustannie; ciepłota prawidłowa, tętno słabe 116; mocz nie zdradza zatrucia kwasem karbolowym.

D. 31. X. Noc była względnie spokojna, przerywana wymiotami, które trwają podawnemu, przychodzą łatwo, przytem chora wyrzuca strumień płynu zabarwionego żółcią. Tętno znacznie słabsze, 120; ból w nadbrzuszu; w dolnej połowie brzucha bólu nie ma; moczu 250 ctm. szesciennych ua $\frac{1}{2}$ doby. Około południa po zastosowaniu lodu i pod skórę morfiny chora przestała wymiotować. Wieczorem czuje się lepiej, boleści wcale nie ma, chętnie rozmawia, żałuje iż wcześniej nie poddała się operacyi; kończyny ciepłe; moczu oddała 200 ctm. szesciennych. Język wilgotny, wymiotów w ciągu 6 godzin nie było; od czasu do czasu zarywa czkawka; nadbrzusze miękkie, tętno 124, oddech 20, ciepłota 37° C., z pochwy odpływ krwawy.

D. 1. XI. Noc niespokojna z powodu boleści i wymiotów zielonkawą masą; czkawka; tętno 126, ciepłota 36° C., kończyny na dotyk bardzo ciepłe; policzki zaczerwienione; język wilgotny. Zdjęto opatrunek z powodu przesiąknięcia krwistym płynem; na powierzchni kikuta kilka skrzepów krwi, które usunięto; brzuch mały, zapadły, miękki. Wieczorem chora stęka; wymiotów nie było od południa; tętno słabe, ciepłota 36,5° C..

D. 2. XI. W nocy wymioty od czasu do czasu, oraz czkawka częstsza; chora zmęczona, senna; oczy zamglone; tętno 116—118 lecz słabe, ciepłota w odbytnicy 37,8 C.; kończyny ciepłe; dano lawatwę z ciepłej wody. Wieczorem: po kilku wlewaniach do odbytnicy wypłynęło dosyć cieczy podobnej do płynnego kału, bardzo cuchnącej. Wieczorem stan gorszy pomimo zastosowania wielu środków wzmacniających.

D. 3. XI. Wymioty z zapachem kałowym; ciepłota poniżej stanu prawidłowego, tętno 120; ręce chłodne; przypuszczenie uwięzienia kiszki staje się bardzo prawdopodobnem, zważywszy atoli rodzaj przebytej operacji, nie mogłem zdecydować się na rozprucie szwów i poszukiwanie miejsca zaciśnięcia. Odtąd stan coraz gorszy i chora zmarła d. 6 Listopada 1885 o godz. wieczorem.

B a d a n i e z w ł o k dokonane z całą ścisłością przez kol. PRZEWOSKIEGO d. 8. XI, dało rezultat następujący, który pomieszczam tu w części wedle jego redakcyi.

Brzuch średniej wielkości; w okolicy nadłonowej znajduje się ujęta w drucianą pętlicę część worka płodowego, przyschła; brzegi rany operacyjnej zrosłe w całej rozciągłości; po rozerwaniu ich okazuje się, że pętlice kiszek cienkich w dolnej części brzucha są rozdęte i między sobą posklejane, ograniczając część wewnątrz otrzewnową worka płodowego od reszty jamy otrzewnej, w której prócz ciemnego zabarwienia skutkiem wessania krwi po operacyi nie ma oznak zapalenia. Po rozerwaniu pętlic sklejonych i wydobywaniu ich kolejno na zewnątrz, okazuje się, że jedna pętlica jelita cienkiego w odległości 7 stóp od zastawki BAUHIN'a jest ujęta w szew, mający na celu obszycie szypuły, co spowodowało zaciśnięcie (*occlusio*) kanału kiszkowego; w okolicy tego zaciśnięcia pomiędzy pętlcami jelit wysięk włóknisto-krwawo-ropny. Celem lepszego obejrzenia trzew miednicy, takowe zostały wyjęte w całości z jamy brzusznej i obejrzone oddzielnie:

P o c h w a obszerna, *columnae rugarum* wyraźne. Macica długości 7½ ctm., grubości 3 ctm., szerokość jej między *tubae Fallopii* 4½ ctm., odległość między *lig. rotunda* 5¼ ctm., grubość przedniej ścianki 1¼ ctm., długość kanału szyjki macicznej 2½ ctm., długość jamy 4 ctm. i nareszcie szerokość jamy od jednej trąbki do drugiej 3¼ ctm.. Po przecięciu wzdłuż przedniej powierzchni błona śluzowa szyjki pofałdowana, pulchna, ciemno-szfyrowego koloru z imbibicyją krwi; błona śluzowa jamy macicy gładka i równa.

P r a w e d o d a t k i (*adnexa*) maciczne nie przedstawiają żadnych zmian z wyjątkiem zrostów luźnych do otaczających części, które się łatwo rozlepiają. *Tuba Fallopii* prawidłowo zagięta, długość jej 15 ctm.; *fimbriae* również prawidłowe w stosunku do jajnika; na jednym strzempku wisi *hydatis Morgagni* wielkości ziarnka grochu. *Ostium abdominale tubae* bardzo wąskie, trudne do odnalezienia; poza *ostium tubae* znajduje się szeroki jej kanał, który wysledzić można za pomocą zgłębnika na przestrzeni 8½ ctm., dalej nie próbowano z obawy przerwania. Na jajniku i na *lig. ovaricum* resztki błon zlepnych. Jajnik razem z *lig. ovaricum* ma kształt maczugi; ten ostatni nieznacznie przechodzi w substancję jajnika, na końcu którego znajdują się 2 pęcherzyki GRAAF'a wielkości dużego ziarnka grochu. Wylot jajowodu nadzwyczaj zwężony, grubości pióra kruczego; w odległości ¼ ctm., od pierwszego otworu znajduje się drugi; oba otwory prowadzą do kanału jajowodu; niedaleko od drugiego znajduje się szypułka *hydatis Morgagni*. Na przedniej powierzchni brzegu idącego od wylotu jajowodu do jajnika znajduje się owalna torbiel, podłużnym wymiarem równoległa do rurek okołojajnika (*parovarium*), na powierzchni jego siedzą 2—3 *fimbriae*; torbiel ma długości 3 ctm.. Jajnik na przecięciu posiada 4 pęcherzyki GRAAF'a w substancji korowej. Świeżego *corporis lutei* nie widać.

L e w a s t r o n a. Część worka wycięta przy sekcyi po rozprostowaniu go ma obwodu 42 ctm.. Najgłębsza część worka znajduje się przy samej szyjce

macicznej, na lewo od niej i palcem wprowadzonym do pochwy łatwo ją można wyczuć; znajduje się ona ponad poziomem otrzewnej, pokrywającej dno *fossae vesico-uterinae*. Worek ten znajduje się pomiędzy dwoma listkami więzu szerokiego. Jego powierzchnia tylna, pomimo strzępków pozostałych po zrostach, wyraźnie utworzona jest przez listek otrzewnej i najwyraźniej przechodzi w otrzewną macicy i dołu DOUGLAS'a. Powierzchnia przednia, również pokryta strzępkami zrostów błoniastych, przechodzi w kierunku pośrodkowym na przednią powierzchnię macicy i tylną pęcherza. Powierzchnia lewa worka, najmniej gładka i równa wskutek pozdzierania zrostów podczas operacji, przechodzi w kręzkę *S. romani*. Na worku tym odróżnić można 2 części: 1-o część górną, która znajdowała się ponad zaciskającym drutem, szerokość tego pasa worka 5 ctm.; poniżej tego miejsca znajduje się zagłębienie wielkości jajka, stanowiące najgłębszą część worka, a które leżało pod drutem. Na zewnętrznej powierzchni worka widać nakarbowanie, w którym znajdował się zaciskający drut; odznacza się ono wynaczynieniami w otrzewnej, strzępkami od zrostów do ścianki, oraz rankami po byłych szwach. Drut najniżej schodził po worku na lewej stronie torbieli, od strony macicy przechodził przez wolny brzeg więzu szerokiego w odległości 1½ ctm.. Ścianka worka najcieńszą jest w środkowej tylnej ćwierci, oraz w części, znajdującej się poniżej objęcia drutem; w reszcie zaś jest grubą, ponieważ składa się z dolnego odcinka łożyska.

Lewe *adneza*: Wiąz obły przechodzi na przednią powierzchnię worka i poza miejscem, objętym przez drut, wysledzić go nie można. Przeprowadzić zgłębnika przez lewy jajowód na przestrzeni od otworu macicznego do miejsca przecięcia jego przy operacji nie można wskutek cienkości światła, w którezaledwie wchodzi szczecinka. [C. d. n.].

LIST OTWARTY

do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY REDAKTORZE!

W numerze 42 Gazety Lekarskiej z d. 15 Października spotykamy się z opisem, podanym przez kolegę GULIŃSKIEGO, nader rzadkiego cierpienia, zapalenia obu stawów krzyżobiodrowych i ropnego zapalenia spojenia łonowego.

Jakkolwiek chorej sam nie badałem i opieram się jedynie na krytycznym rozbiore podanych we wspomnianym artykule szczegółów, jednak rzeczywista rzadkość cierpienia, nie małe trudności rozpoznania, i zauważone przezemnie pewne niedokładności w opisie, skłaniają mię do przesłania tych kilku uwag w danym przedmiocie. Przypadek wzmiankowany dotyczył pierwiastki 24-letniej, z wymiarami miednicy prawidłowemi, rozwiązanej w przytułku N-r 5, która na zą jutrz po porodzie kleszczo w y m zaczęła się uskarżać na bóle w stawach krzyżobiodrowych i spojenia łonowym, bóle rozszerzające się na kończyny dolne i wzmagające się przy ruchach ciała, dalej na bolesne oddawanie moczu i t. p. W opisie zaznaczono, iż już drugiego dnia po porodzie zauważyć można było, przy ciepłocie prawidłowej, niewielkie obrzmienie spojenia łonowego. Następnie po miesięcznym pobycie chorej w domu bez opieki lekarza, znalazł kolega GULIŃSKI u owej chorej w szpitalu Dzieciątka Jezus na oddziale chirurgicznym: „obrzmienie pagórka łonowego, nad spojeniem wyraźne chęłbotanie, prawą wargę w stanie znacznego obrzmienia z silną bolesnością przy ucisku i wyraźnie chęłbotającą; obrzmienie zajmuje połowę pochwy, a badanie przez tę ostatnią wykrywa obrzmienie spojenia łonowego i wyraźną w tymże ruchomość. Badanie stawów krzyżobiodrowych zarówno od wewnątrz jak od zewnątrz wykrywa znaczną ich bolesność przy ucisku; macica w stanie prawidłowym; oddawanie moczu częste i bolesne. Od tygodnia trwa stan gorą-

czkowsy. W okolicy kości krzyżowej zauważono znaczną odleżynę. Po otworzeniu ropnia w wardze i wyskrobaniu jamy ropnia, palec wprowadzony do wypróżnionej jamy ropnia przechodzi w górę po prawej zstępującej gałęzi kości łonowej do przedniej i dolnej powierzchni spojenia, nie spotykając nigdzie kości obnażonej“.

Otóż zgadzając się najzupełniej ze zdaniem autora co do rzadkości zapalenia połogowego obu stawów krzyżobiodrowych i spojenia łonowego i małej nader ilości naukowo dokładnych spostrzeżeń, zauważę musimy znaczną niezgodność objawów, przypisywanych w danym przypadku zapaleniu stawów krzyżo-biodrowych z objawami podanymi np. przez ESMARCH'a (*Arch für klin. Chir. I. Bd. p. 311*); u położnicy mianowicie 40-letniej obserwowanej przez ESMARCH'a, przy bezustannym stanie gorączkowym [w przypadku kol. G. gorączka zjawiała się w tygodniu czwartym choroby], bólach w stawie nawet w spoczynku tak znacznych, że odbierały sen chorej i niemożności wykonywania kończyną najmniejszych ruchów czynnych, zauważono obrzmienie i bolesność zarówno od zewnątrz jak i wewnątrz zajętej okolicy krzyżobiodrowej; przy ustawieniu zaś chorej w pozycyi stojącej, połowa miednicy odpowiadająca zajętej cierpieniem stronie, znajdowała się znacznie wyżej od połowy zdrowej, ciężar cały ciała spoczywał na nodze strony zdrowej podczas gdy noga odpowiadająca stronie chorej, zaledwie końcem palców dotykała ziemi. Porównyując tedy dwa przytoczone opisy, dojść chyba łatwo do wniosku, iż li tylko bolesność okolic stawów krzyżobiodrowych, szczególnież też u położnicy, żadną miarą prawa nie daje do rozpoznania zapalenia obu stawów krzyżobiodrowych.

Przejdźmy teraz do omówienia rozpoznanego jednocześnie u tej samej chorej zapalenia ropnego spojenia łonowego. SCHLOSSHAUER (*SCHMIDT's Jahresbücher Bd. 119, p. 59. Ueber krankhafte Erschlaffung der Beckensymphysen bei Schwangeren und Wöchnerinnen und ihre Behandlung mittels Druckverbandes; von DEBOUR; FEL. COUROT; MOUTARD-MARTIN; POTÉGNAT; DEVILLIERS; MOLTZ*) zestawiając spostrzeżenia wyżej podanych autorów przyjmuje, iż cierpienie powyższe rozpoczyna się w ostatnich miesiącach ciąży, po rozwiązaniu zaś potęgują się podmiotowe objawy: bólów w kończynach, wzmagających się przy chodzeniu, bolesnego oddawania moczu i t. p.

Przedmiotowo zaś obrzmienie stawu i ruchomość tegoż badający wykryć może, trzymając rękę na spojeniu przy jednoczesnem podnoszeniu i opuszczaniu uda chorej, wykonywanem przez pomocnika. Mowa tu o zwykłym surowiczem zapaleniu, bo co do zapaleń ropnych, to wzmiankuje SCHLOSSHAUER, iż przy oględzinach pośmiertnych zmarłych w okresie połogowym znajdowano w spojeniu łonowem nieznaczne ogniska ropne, pochodzenia przerzutowego. Powyższy opis przytaczam dla tego, aby umotywować niedowierzenie moje co do możliwości wykrycia ruchliwości w spojeniu łonowem, jedynie przy badaniu palcem przez pochwę. Również co do drugiego objawu t. j. obrzmienia, wyznając szczerze, mogę mieć pewne wątpliwości: przedewszystkiem ocena i określenie nieznanego obrzmienia stawu wykryć się daje najpewniej dopiero przez porównanie z odpowiednim stawem zdrowym: otóż kryterjum tego w danym stawie zastosować nie można; pozatem wydaje mi się prawie niemożliwym wykrycie małego obrzmienia w parę dni po porodzie przy znacznem nacieczeniu i rozpułchnieniu okolicznych tkanek. Dodajmy, iż opisana przez autora obecność ropnia mogła nie tylko utrudnić wykrycie wymienionego obrzmienia i ruchomości w spojeniu łonowem, ale nawet spowodować złudzenie dotykowe u badającego. Tyle co do przytoczonych objawów zapalenia spojenia łonowego, o rzeczywistem istnieniu którego mówić można jedynie z wielkim znakiem zapytania, w obec tego, iż autor po otworzeniu ropnia, po kilkotygodniowem istnieniu cierpienia, ani obnażonej kości ani otwartego stawu nie znalazł.

Po tem cośmy tu powiedzieli, niunikniom jest pytanie, z czem ostatecznie miano w danym przypadku do czynienia. Otóż usprawiedliwionem nawet bez badania chorej i polegając jedynie na opisie, wydaje nam się następujące wyjaśnienie: przytoczone w omawianym artykule podmiotowe objawy [ból w stawach miednicy i kończynach, bolesne oddawanie moczu i t. p.] trafiają się nader często po ciężkich porodach operacyjnych i znikają bez śladu, jeżeli kobieta nie podległa w okresie połogowym zakażeniu. Otóż w przypadku, przez kol. GULIŃSKIEGO opisanym, wciąż wymagały się powyższe objawy, co łącznie z uwagami poniżej przytoczonymi, pozwala przypuszczać, iż chora uległszy zakażeniu, zapadła już w przytulku na t. zw. *pelvicocellulitis puerperalis septica anterior*, które później bez opieki lekarza przybrało charakter mniej pomyślny, doszło miano-

wicie do ropienia, tembardziej, iż dla wyjaśnienia powstania znacznego ropnia w wardze nie potrzebujemy się uciekać aż do zapalenia ropnego spojenia łonowego. Przyjąwszy bowiem raz podstawowe cierpienie jako *pelvi-cellulitis anterior puerperalis* i pamiętając o stosunkach więzów okrągłych macicy, idących od jej górnych i bocznych powierzchni ku przodowi i na zewnątrz, do wewnętrznego otworu kanału pachwinowego, dosięgających po przejściu tegoż *protuberantiae pubicae* i rozsypujących się w tkance łącznej wargi wielkiej — pamiętając o tem, powtarzamy, cóż łatwiejszego jak wyjaśnić powstanie ropnia wargi wielkiej w następstwie zapalenia tkanki łącznej towarzyszącej więzom okrągłym.

Przeciwno powyższemu pogładowi naszemu, pozornie zdawałaby się mówić okoliczność, iż macicę znalazł kol. G. wolną, ruchomą [tak rozumiemy stan położowy prawidłowy], jednak są to tylko pozory, o czem przekonamy się pamiętając, iż jak z jednej strony nieznaczny wysięk przy *pelvi-cellulitis anterior* bardzo często wykryć się nie daje [BRAUN, SCANZONI, SCHRÖDER], zwłaszcza wobec ropienia; tak znów z drugiej strony ruchomość macicy dziwić nas nie powinna, skoro wysięk był płynnym [ropnym], jak na to wskazuje wykryte przez autora głębokie chęłbotanie nad spojeniem łonowym.

Aleksander Biegański
ordynator Przytułku Nr. 1.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. D-r KONRAD WAGNER sprawozdawa od lat 2 prac lekarskich polskich we „Wraczu”, uprasza za naszym pośrednictwem tych kolegów, którzy drukują prace w oddzielnych broszurach, aby Mu takowe zechcieli nadsyłać pod adresem: Petersburg. Spaskaja Nr. 10.

— Bakteryjologija D-ra JAKOWSKIEGO, wydana naszym nakładem, została wyczerpaną.

— Otwartym został w Warszawie nowy przytułek dla rodzących i położnic — a lekarzem takowego mianowano panią KLAUZIŃSKĄ.

— Po 16 latach pełnienia godności dziekana tutejszego wydziału lekarskiego, prof. D-r BRODOWSKI ustąpił a na Jego miejsce wybrano prof. CZAUSOW'a.

Posiedzenie kliniczne Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbędzie się we Wtorek dnia 15 Listopada 1887 o godz. pół do 6 wieczorem.

1) EISENBERG. Pokrzywka barwnikowa (*urticaria pigmentosa*) — z przedstawieniem dziecka chorego i preparatów drobnowidzowych.

2) PAWIŃSKI. Przypadek choroby ADDISON'a.

3) JASIŃSKI. Sprawozdanie z pracy D-ra GARBOWSKIEGO.

4) KRAMSZYK JUL. Chroniczne zapalenie otrzewnej u dzieci.

NADEŚLANO DO REDAKCYI:

GLUZIŃSKI. O fizyjologicznem i leczniczem działaniu siarkanu sparteiny (*sparteinum sulphuricum*) [Odb. z Pamięt. Akad. Umiej.].

WICHERKIEWICZ. IX sprawozdanie roczne zakładu leczniczego dla ubogich chorych na oazy w Poznaniu za rok 1886. Poznań. 1887.

JAWORSKI. Ueber die Wirkung der Säuren. [Salz-, Milch-, Essig- und Kohlen-Säure] auf die Magenfunction der Menschen sowie deren therapeutische Anwendung. [Odb. z Deutsch. med. Woeh. 1887].

JAWORSKI. Methoden zur Bestimmung der Intensität der Pepsinausscheidung aus dem menschlichen Magen und Gewinnung des natürlichen Magenseftes zu physiologisch - chemischen Versuchszwecken. [Odb. z Münch. med. Woeh. 1887].

Дозволено Цензурою. Варшава, 30 Октября 1887 г. Друк К. Ковалева. Крѳлевска. Nr. 29.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wl. Gajkiewicz.

W W A R S Z A W I E W Y R O B U W O D

N A J W I E J S Z Y P A R O W Y Z A K Ł A D

M I N E R A L N Y O H N A B U T E L K I I S Y F O N Y.

A P T E K A

MAGISTRA FARMACYI

W I N C E N T E G O K A R P I Ń S K I E G O

W W A R S Z A W I E,

ulica Elektoralna N. 39.



Poleca następujące **wina lecznicze**, wyrabiane na maladze wyborowej:

Wino Rabarbarowe czyste pół butelki 2 rsr.

Wino Rabarbarowe z korą chinu królewskiej, pół butelki 2 rs. 25 kop.

Wino Chinowe czyste, pół butelki 1 rs. 20 kop.

Wino Chinowe z żelazem, pół butelki 1 rs. 50 kop.

Wino z Chiną i z Kakao (vin de Bugeaud) pół butelki 1 rs. 50 kop.

N a d t o:

Proszek Rabarbarowy chiński, w pudełkach z odpowiednią łyżeczką, pudełko po 60 kop.—100 kop. i po 120 kop.

Wino Pepsynowe, na winie francuzkiem, białem (z pepsyną wypróbowanej dobroci), jedna część pepsyny na 50 części wina.—Pół butelki 2 rs.

Tamar-Indien, cukierki rozwalniające, mego wyrobu z kwaśnymi daktylami. Jeden cukierek użyty na noc, a najwyżej dwa, sprawiają rano obfite wypróżnienie; pudełko (12 sztuk cukierków) 75 kop.

Tran lekarski oczyszczony, cena względna do cen handlowych

Tran lekarski zwyczajny,

Tran z żelazem, z jodkiem żelaza, z bendżwinianem żelaza, butelka po 1 rs.

Olum ricini koussinatum comp. Środek wypróbowanej dobroci przeciwko soliterowi, zawiera w składzie swoim pierwiastki: paproci, kouso i korzenia granatu, cena doży rs. 2.

Uważam za pożyteczne nadmienić, że wyborne działanie Win Rabarbarowych mego wyrobu, przy zatankaniu trzew brzusznych, w cierpieniach hemoroidalnych, w chorobach serca, kongestjach do głowy u osób nerwowych, osłabionych, blednicą i niedokrwiistością dotkniętych, jako też u dzieci do rozwolnienia skłonnych, a na chorobę angielską rachityczną cierpiących, wielokrotnie stwierdzone zostało.

W. Karpiński.

10—3

U T I C A M I R O W S K A № 3.

D-r E. Reichstein,

po powrocie z zagranicy, przyjmuje jak dawniej z **chorobami chirurgicznymi**
(specyjalnie ortopedya i masaż), od 4—6. Ś-to Jerska 30.

3—1

D-r TEODOR HERYNG

wyjechał na całą zimę do San-Remo.

0—3