

# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,  
FARMACYI I WETERYNARYI.

W Warszawie: rocznie . . . Rs. 5 kop. —	Na Stacyach pocztowych w Królestwie:
„ półrocznie „ 2 „ 50	„ „ rocznie . . . Ks. 6.
„ kwartalnie „ 1 „ 25	„ „ półrocznie „ 3.
W Cesarstwie wraz z przesyłką pocztową: rocznie Rs. 8.	

TREŚĆ. Do kazuistyki złośliwych mięsaków limfatycznych (Lymphosarcoma). Prof. Brodowskiego. (dokończenie). — Kazuistyka. Przegląd ważniejszych przypadków chirurgicznych leczonych w roku 1862—1866 w szpitalu Śgo Ducha w Warszawie. Dra Neugebauera, Docenta Warsz. Szk. Gł. (ciąg dalszy). — Korrespondencya. — Część statystyczna. — Wiadomości bieżące.

## Do kazuistyki złośliwych mięsaków limfatycznych.

(*Lymphosarcoma, s. sarcoma lymphaticum malignum*).

Przez Prof. Brodowskiego.

(Dokończenie).

Bez względu na środki wzmacniające, jak żelazo, china, wino i t. p., choroba szybko zmierzała do fatalnego końca. Uderzało przedewszystkiém bardzo prędkie zwiększanie się obrzmałości gruczołów limfatycznych, zwłaszcza szyjowych. Już pierwszych dni grudnia objętość guzików znajdujących się po obu stronach szyi prawie się potroiła, tak że niektóre z nich doszły do wielkości orzecha włoskiego; nadto zjawiała się znaczna ilość nowych, zwłaszcza z prawej strony, na przebiegu mięśnia potakującego (*m. sterno - cleido - mastoideus*). Do dawniejszych objawów chorobowych przyłączyło się częste czerwienienie twarzy, przyczém cała głowa pokrywała się potem kroplistym. Wyniszczenie ogólne szybko postępowało.

Pod koniec grudnia szyja po obu stronach, przedewszystkiém zaś z prawej, zasiana zlewającymi się z sobą guzami, z tych niektóre dochodzą do objętości jaja kurzego. Gruczoły pachowe także się znacznie powiększyły, w mniejszym wszakże stopniu niż szyjowe. Nieustanne pocenie się głowy należy do najdolegliwszych dla chorego przypadłości. Jest ono tak obfite, że nie tylko powłoczka poduszki, lecz i koszula chorego wciąż są mokre; pomimo częstego ich zmieniania, osłabia chorego w wysokim stopniu nie tylko samo przez się, lecz stając się jeszcze przyczyną bezsenności. Skóra na twarzy ciągle zaczerwieniona. Ostatnie objawy chorobowe dowodziły bez zaprzeczenia wielkiego ucisku, wywieranego przez wzmiankowane guzy na część szyjową nerwu sympatycznego. Guzy w brzuchu

także znacznie się zwiększyły, prawie codziennie przybywają nowe. Stolec najczęściej zamknięty.

30 grudnia w nocy napad szaleństwa (*delirium furibundum*): chory zrywa się z łóżka, biega po sali, śpiewa, krzyczy, wymawia wyrazy bez najmniejszego związku, szamocze się z posługaczami odprowadzającymi go na miejsce. Później wkrótce słabnie, staje się prawie bezwładnym.

31go grudnia, zupełna nieprzytomność, oczy wytrzeszczone w jeden punkt, źrenice mocno rozszerzone, na światło wcale nie oddziałują; nadto szczękościsk (*trismus*) i utrudnienie oddechu. Śmierć nastąpiła o godzinie 2ej z południa.

Otwarcie zwłok, wykonane w 45 godzin po zgonie chorego wykazało, żeśmy byli pod względem rozpoznania choroby w danym wypadku w najzupełniejszym błędzie. Żołądek z wyjątkiem znacznej bladoci i bardzo wyraźnego zcieńczenia ścian żadnych zmian innych nie przedstawiał; lewa połowa jego krzywizny większej wraz z odpowiednią częścią okrężnicy poprzecznej była zepchniętą nieco ku górze i ku wewnątrz przez ów duży guz, któryśmy brali za rak żołądka. Pokazało się że guz ten wzgórzysty, dochodzący do objętości głowy dziecka półrocznego, jakkolwiek z powodu znacznej swój wielkości dotykał ścian brzucha, był *przeważnie zaotrzewnym* (*retroperitonealis*). Powstał z ścisłego połączenia z sobą kilku olbrzymio powiększonych, najzupełniej zwyrodniałych gruczołów limfatycznych lędźwiowych, znajdujących się po lewej stronie stosu kręgowego. Były one spójności miękkiej, rdzeniowatej, białe jak mleko, tu i owdzie żółtawo zabarwione, z ich powierzchni rozkroju za pociśnieniem sączyła się nie wielka ilość płynu śmietankowatego. Wzmiankowany guz złożony pozostawał w ścisłym związku z sąsiednią lewą nerką, do miedniczki której wnikał i tę w większej części wypełniał, utrudniając wydalenie się z niej moczu; w skutek czego kielichy uległy znacznemu rozszerzeniu. Objętość całej nerki była znacznie zwiększoną, powłoka jej zgrubiała. Część nowotworu znajdująca się w miedniczce nerki była jeszcze większą od reszty tegoż guza. W pobliżu niej, w pośród miąższu samej nerki, po części w piramidach, a po części i w substancji korowej, znajdowały się dwa ogniska, wielkości grochu szablatego, tychże samych własności co i nowotwór wzmiankowany, z tą wszakże różnicą, że posiadały daleko większą spójność..

Co się tyczy reszty gruczołów lędźwiowych, te tak samo były zmienione, jak i w pobliżu lewej nerki znajdujące się; objętość ich w ogóle nie wiele była mniejszą od poprzedzających, toteż w skutek ucisku, jaki część ich wywierała na moczowód prawy, miedniczka i kielichy nerki prawej, jakkolwiek w mniejszym stopniu niż lewej, były jednak dosyć znacznie rozszerzone.

Podobnemuż zwyrodnieniu uległy gruczoły kręzkowe, biodrowe, śródpiersiowe (tak przednie jak i tylne), szyjowe (tak powierzchowne jak i głębokie) oraz pachowe. Nie wszystkie wszakże z wymienionych gromad gruczołów limfatycznych przedstawiały jednostajny stopień zwyrodnienia. Drugie miejsce po wyżej opisanych lędźwiowych zajmowały niezaprzeczenie gruczoły kręzkowe. Z tych niektóre dochodziły do objętości miernego jabłka, najmniejsze równały się wielko-

ścią orzechowi laskowemu. Parę takich większych zwyrodniałych gruczołów złało się z wyżej opisanym guzem zaotrzewnym; daleko więcej zlewało się ich pomiędzy sobą, tworząc większe guzy wzgórkowate. Jeden z powstałych w ten sposób guzów równał się pięci dorosłego mężczyzny. Trzecie miejsce pod względem objętości zajmowały gruczoły szyjowe; z tych ledwo kilka dochodziło do wielkości jaja kurzego. Po tych szły pachowe i biodrowe. Najmniej znacznemu zwiększeniu uległy gruczoły śródpiersiowe.

Powstałe z gruczołów limfatycznych guzy w ogóle tém mniejszą posiadały spójność im były większymi, największe były tak miękkimi, że przy pociskaniu czuć w nich było jakby chęłbotanie się płynu (*fluctuatio*). Twardsze napotykały się bardzo rzadko. Pomimo takiej małej spójności tych nowotworów, w żadnym jednak nie znaleźliśmy ognisk rozpadowych, nigdzie naruszenia ciągłości tkanki. Powierzchnia rozkroju wszystkich biała jak mléko, jednolita, w niektórych większych tylko guzach żółtawo poplamiona. Z nadmienionej powierzchni bardzo miękkich guzów sączył się w niewielkiej ilości płyn śmietankowaty.

W ostatku i serce było siedliskiem podobnychże nowotworów. Znajdowały się one na tylnej jego powierzchni, w pobliżu bruzdy poprzecznej, tuż pod osierdziem, w postaci płaskich, okrągławych, gładkich wyniosłości białych, także dosyć miękkich, wynoszących w średnicy 3—15 mm. Warstwa mięsna ścian serca dała początek jednemu tylko podobnemu guzikowi; ten był największy, równał się objętością dużemu orzechowi laskowemu, miał postać nieco spłaszczonej kuli, znajdował się w ścianie przedsionka prawego i posiadał większą spójność od wzmiankowanych mniejszych.

Mózgowie i jego opona miękka blade, obrzękłe; we wszystkich zaś innych narządziach prócz wysokiego stopnia małokrewności, oraz większego lub mniejszego zaniku nic godnego uwagi nie było.

Budowa histologiczna wszystkich wymienionych nowotworów, nie wyjmując i znalezionych w sercu, z niewielkimi odmianami była jednostajną. Wszystkie one składały się z licznych komórek kulistych, o stosunkowo dużych jądrach, i bardzo nie wielkiej ilości substancji międzykomórkowej. Obrisy jednolitych jąder były daleko wyraźniejsze od obrysów po większej części z lekka-drobnoziarnistego ciała komórek, które pospolicie przedstawiało się w postaci wązkiej obwódki otaczającej nadmienione jądra. Jąderka rzadko dawały się spostrzeżać, i to tylko w pośród większych w mowie będących pierwiastków anatomicznych. Objętość komórek w rozmaitych guzach, a niekiedy i w tych samych była różną: najmniejsze równały się komórkom normalnych gruczołów limfatycznych, największe zaś przechodziły podwojoną, a niekiedy nawet potrojoną objętość tak zwanych komórek śluzowych. W ogóle wielkość wzmiankowanych pierwiastków anatomicznych nie znajdowała się w prostym stosunku do wielkości zawierających je nowotworów: owszem częstokroć w dużych guzach przeważały drobne komórki, gdy tymczasem guzy mierniej wielkości składały się niekiedy przeważnie z dużych komórek. Co się zaś tyczy substancji międzykomórkowej tej było tak nie wiele, że po wypędzelkowaniu skrawków ze stwardzonych w spirytusie nowotworów przedstawiała się w postaci sieci o drobniejszych oczkach w nowotworach przeważnie drobnokomórkowych, o większych zaś, a nie-

kiedy i dosyć dużych w nowotworach wielkokomórkowych. Pojedyncze takie oczka mieściły najczęściej kilka komórek. W postaci włóknistych pasemek substancja międzykomórkowa znajdowała się pospolicie tylko przy naczyńkach krwionośnych, których w ogóle było bardzo nie wiele.

W ostatku nadmienić jeszcze należy, że w skrawkach branych z wyżej wspomnianych żółtawo zabarwionych części w mowie będących nowotworów znajdujaliśmy znaczną ilość komórek stłuszczonych. Dawały się one spostrzeżać tu i owdzie i w innych częściach; nigdzie wszakże nadmieniona przemiana wsteczna nie dochodziła do takiego stopnia, aby mogła spowodować rozpad nowotworu. Nigdzie także nie można było dostrzedz tak zwanego przeistoczenia serowatego (*degeneratio caseoidea*).

Na mocy takiego wypadku badań mikroskopowych uznaliśmy powyższe nowotwory w ogóle za mięsaki limfatyczne; mówimy *w ogóle*, a nie *wszystkie*, gdyż niektóre z nich, jak to z opisu budowy ich widać, zostawały tylko na stopniu rozwoju nowotworów limfatycznych. Biorąc zaś na uwagę szybkość wzrostu, oraz zachowywanie się tych mięsaków tak względem tkanek i narządzi sąsiednich, jak i odleglejszych, nie mogliśmy nie uznać ich za bardzo złośliwe. Nie ulegało także najmniejszej wątpliwości, że pierwotnym siedliskiem złego były gruczoły lędźwiowe, zwłaszcza w pobliżu lewej nerki położone, że tu powstały pierwsze nowotwory, inne zaś były następczymi.

Badanie zwłok wykazało, że główną przyczyną śmierci w tym przypadku było ogólne wyniszczenie, spowodowane opisanym zwyrodnieniem gruczołów limfatycznych, przedewszystkiém zaś kręzkowych. Było to właśnie tego rodzaju zwyrodnienie wzmiankowanych gruczołów, które bynajmniej nie pociągało za sobą powiększenia ilości bezbarwnych komórek krwi, jak to niekiedy miewa miejsce: jakkolwiek bowiem krew była znacznie bledszą od prawidłowej, stosunek jednak zabarwionych jej krążków do pomienionych ciałek bezbarwnych pozostał nie zmienionym. Zmniejszenie zatem ilości krążków we krwi, czego dowodziła jej bledość, zależało tym razem od uszczuplenia materiału, z którego takowe się wytwarzają, to jest od zmniejszenia ilości ciałek bezbarwnych, nie zaś od utraty w nich zdolności wykształcania się na ciałka zabarwione, jak w leukemii. To też wyływająca z będącego w mowie zwyrodnienia gruczołów limfatycznych niedokrewność (*anaemia*), była w tym przypadku głównym tłem całego obrazu chorobowego. Ona była przyczyną upośledzenia ogólnego odżywienia, a więc źródłem wyniszczenia i osłabienia całego organizmu; ona to głównie, doszedłszy w końcu do bardzo wysokiego stopnia, wywołała tę przedśmiertną że tak powiem burzę nerwową, która się zakończyła całkowitem wyczerpaniem układu nerwowego. Co się zaś dotyczy wyżej opisanych zmian, zaszłych w nerkach, to te jakkolwiek zostawały w związku z znacznym zakłóceniem czynności tych ważnych narządzi, spowodowaném przedewszystkiém utrudnieniem odpływu z nich moczu, jednakże jako jedne z najpóźniejszych, nie mogły grać ważnej roli w ogólnym przebiegu choroby. Nie możemy wszakże nie posądzać nadmienionego zakłócenia o przyczynienie się do wywołania wyżej wzmiankowanych objawów móz-

gowych, które posiadały pewne podobieństwo do tak zwanych uremicznych. Co do tych ostatnich to wiadomo, że obecnie coraz większego prawdopodobieństwa nabiera teoria Traubego, tém bardziej, że została popartą doświadczeniami Munk'a, t. j., że tak zwane objawy uremiczne zależą przeważnie od podniesienia ciśnienia w układzie tętniczym, przy wodnistości krwi. W naszym wypadku, gdzie wyrazem tak jednego, jak i drugiego była niedokrewność wraz z obrzękiem (oedema) mózgowia, które bezwątpienia były przyczyną wyżej przytoczonych zakłóceń w czynnościach tego narzędzia, możliwem jest przypuszczenie, że utrudnienie wydalania się moczu z nerek mogło się przyczynić tak do powiększenia wodnistości krwi, jak i ciśnienia jęj na ściany tętnic, chociaż co do ostatniego względu, a przynajmniej odnośnie do tętnic głowy, to nie ulega najmniejszej wątpliwości, że bezporównania większą rolę grał ucisk żył szyjowych przez zwyrodniałe gruczoły limfatyczne.

Wymioty, które na parę miesięcy przed śmiercią tak często napastowały chorego, musiały najprawdopodobniej zależeć od mechanicznego drażnienia ścian żołądka przez stopniowo, lecz szybko powiększający się nowotwór pierwotny; ustały zapewne od chwili, jak żołądek w skutku przyzwyczajenia, stał się obojętnym na pomienione drażnienie.

W ostatku nastęrcza się nam jeszcze pytanie, czy z błędu, jakiśmy popełnili w rozpoznaniu choroby w obecnym przypadku, możemy wyciągnąć jaką naukę na przyszłość? Czyśmy zdobyli jakie dane, któreby nas od podobnych błędów ustrzedz mogły. Nie możemy niestety na powyższe pytanie odpowiedzieć twierdząco. Zdawało się nam zrazu, żeśmy za życia naszego pacyenta nie uwzględnili jak się należy zmian tak szybko zachodzących i w tak znacznej ilości gruczołów limfatycznych, dla których musielibyśmy inne nadać znaczenie, a tém samém i dla nowotworów znajdujących się w jamie brzucha, gdybyśmy zwątpili o zależności zmian powyższych od raka żołądka, a w skutek tego i istnienie samego raka zakwestyonowali; zwątpić zaś o wzmiankowanej zależności, zdawało się nam żeśmy byli powinni już dla tego samego, że tak często raki żołądka stają się morderczymi, nie pociągawszy za sobą zwyrodnień rakowych nawet w najbliższych gruczołach limfatycznych, jak np. śródbrzusznym (gl. gastro-epiploicae), albo też poprzestawszy na wzmiankowanym zwyrodnieniu tylko tych najbliższych. Nie przeczymy, że wzgląd powyższy, w zestawieniu z innemi danemi, może mieć pewną wartość przy rozpoznawaniu podobnych wypadków chorobowych; ale bezwzględnie ufać mu nie można. Na dowód przytoczymy, że w ostatnim miesiącu znaleźliśmy przy sekcji w szpitalu Dz. J. tak mały rak rdzeniowaty w części odzwierniczej żołądka, iż takowy za życia niezawodnie wymacaćby się nie dał; gdy tymczasem gruczoły limfatyczne śródbrzuszne i lędźwiowe w skutek następczego zwyrodnienia rakowego tak znacznemu uległy powiększeniu, iż z wielką łatwością można je było wyczuwać przez ściany brzucha. Podobnie były zmienione też w bardzo znacznym stopniu i gruczoły szyjowe. Gdybyśmy tę osobę badali za życia, tobyśmy pamiętając na powyższy błąd diagnostyczny popełnili drugi, bo tym razem niezawodniebyśmy postawili diagnozę na lymphosarcoma gruczołów limfatycznych.

---

## K A Z U I S T Y K A.

Przegląd ważniejszych przypadków chirurgicznych leczonych w roku 1862 do 1866 w szpitalu S. Ducha w Warszawie,  
przez Dra Ludwika Adolfa Neugebauera,

lekarza ordynującego w tymże szpitalu.

II. *Przepukliny*, (h e r n i a e),

(Ciąg dalszy, patrz N. 36).

*Przypadek drugi* miałem sposobność operować w dniu 17 sierpnia 1866 r. Dotyczył on *Maryi Z.*.... wdowy, lat wieku 56 liczącej, wzrostu średniego, dosyć dobrej tuszy. Przepuklina już od dni kilku uwięziona, podobnie jak w przypadku poprzednim, miejsce miała po stronie lewej. Chorąją tę jednak nie odurzyłem chloroformem, lecz znieczuliłem u niej wyłącznie okolice ciała dotkniętą przepukliną i to przez przedłużone puszczenie nań strumienia rozpryskanego eteru. Bezpośredni rezultat tego znieczulenia był ten, że chora przy pierwszym rozcięciu skóry na przepuklinie wydała wprawdzie lekki krzyk, później jednak mimo, że od chwili rozpoczęcia operacji nadmuchiwać eteru przestano, aż do końca operacji najmniejszego już bólu nie czuła. Sama operacja powiodła się dobrze.

Pętla kiszki w przepuklinie znajdująca się przedstawiała barwę ciemno niemal brunatno - czerwoną, nie była z workiem przepuklinowym zrośnięta, i po dwukrotném, lekkim nacięciu więzu *G i m b e r n a t a*, łatwo do jamy odłożyc się dała.

Mimo to wszystko, ostateczne zakończenie samego przypadku było niepomysłne, chora bowiem już nazajutrz po operacji, pod oznakami zgorzeli w odłożonej kiszce powstałej, umarła.

Czy i o ile w tym przypadku zastosowane, celem operacji, znieczulenie miejscowe przyczyniło się lub nie do śmierci chorąją po operacji, na to trudno odpowiedzieć; — w każdym razie, nie chciałbym ten przypadek uważać za przykład nieszkodliwości tego sposobu operowania, przy użyciu znieczulenia miejscowego.

Z resztą wyczekać powinniśmy nasamprzód liczniejszych jeszcze sprawozdań z operacyj za pomocą tego sposobu znieczulania wykonanych, nim wolno nam będzie stanowczo osądzić praktyczną wartość tegoż sposobu znieczulania i stosunek tejże jego wartości do wartości znieczulenia ogólnego za pomocą chloroformu.

*Przypadek trzeci* nareszcie, dotyczył kobiety 43 lat wieku mającej, tuszy nędznej, dotkniętej, w skutek odbytej niegdyś choroby syfilitycznej, określoną nekrozą kości czołowej i owrzodzeniem goleni lewej. Kobieta ta, w tymże samym co i chora poprzednia czasie, do szpitala oddaną została z zaniedbaną, uwięzioną prawo-stronną przepukliną udową, której uwięzienie datowało się od dni ośmiu.

Przepuklina ta, w chwili przybycia chorąją do szpitala, zamieniona już była na ropień wiotki, słabo chełboczący, którego część najwięcej wystająca, okazywała

oznaki zgorzelenia. Gdy rzeczy tak się miały, nie pozostawało mi względem leczenia nic innego, jak uważać przepuklinę tę za to, czem właściwie już była, to jest, za prosty ropień zgorzelały.

Odpowiednio temu, rozciąłem przeto ropień ten z odpowiednią ostrożnością nożem. Przez zrobiony otwór ułała się duża ilość przeraźliwie cuchnącej ropy posoczystej z łąjnem zmieszanej. Chora, już przed tą operacją mocno osłabiona, po jej wykonaniu, mimo zastosowania środków wzmacniających, coraz więcej słabła, i po upływie dwóch dób przy szerzącej się coraz więcej zgorzeli, zmarła.

Przy śledzeniu jej zwłok część kiszki, która była uwieziona, okazała się zgorzelałą, przegniłą i w skutek wypróżnienia swjej zawartości do worka przepuklinowego, również obcą zgnilizną dotkniętego, na powrót do jamy brzusznej cofniętą.

### III. *Oparzelizny (ambusturae).*

Z rzędu oparzelizn, dwa przedewszystkiem przypadki zasługują być wymienionymi.

Jeden z nich dotyczył wyrobnicy, 42 lat wieku liczącej, w dniu 28 maja 1864 roku do szpitala przyjętej; oparzenie ogniem spowodowane, od czterech dni już istniejące, zajmowało większą część twarzy, szyję, obie okolice nad i podobojczykowe, okolice mostkową, pierś prawą, całe przedramie i rękę strony lewej.

Części ciała oparzone były pokryte strupami i częściowo już zropniałe. — Stan ogólny chorój był niedobry, twarz i kończyny jej były zimne, puls małeńki. Zastosowałem z początku kataplazmy, a do wewnątrz makowiec; później zaś, po polepszeniu się już stanu ogólnego chorój, oczyszczeniu się przestrzeni oparzonej ze strupów i powstaniu na niej bujnych granulacyj, zastosowałem maść cynkową z dodatkiem małej ilości saletranu srebra. Zabliznienie ogromnej rany trwało dosyć długo, odbyło się jednak sposobem należytym i nie pociągnęło za sobą, zwłaszcza na szyi, żadnego skrócenia skóry.

Chora w dniu 2-im sierpnia zdrowa opuściła szpital.

Co zaś do przypadku drugiego, była to *oparzelizna powstała w skutek działania promieni słonecznych na gołe ciało*. Bliższe szczegóły tej oparzelizny były następujące:

*Maryanna S....* wyrobnica, lat wieku 36 licząca, w dniu 24 rzonego miesiąca pracowała w jednym z ogrodów tutejszego miasta, będąc od samego rana wystawioną na działanie promieni słońca, które w tym właśnie dniu było nadzwyczaj silne, a była ona przytém bardzo lekko ubraną.

W samo południe poczuła zrazu silny ból parzący w tych częściach ciała, które bezpośrednio promieniami słońca były ogrzewane, i zarazem części te mocno obrzmiały. Chora cofnęła się z miejsca, gdzie przypadków tych doznała, ból jednak i obrzmienie części promieniami słońca oparzonych trwały i zmusiły ją w końcu do szukania pomocy w szpitalu.

Przyjęta tu w dniu 27 rzonego miesiąca, okazywała całą twarz, kark, barki i obie ręce mocno obrzmiące i obolałe. Skóra na częściach obrzmiątych była sucha i brunatno-błękitnawo zabarwiona, zwłaszcza na twarzy, a przede-

wszystkiem na nosie, który był prosto ciemnosiny, i była przytém gładka. W wielu miejscach, naskórek okazywał się popękany. Części obrznięte za dotknięciem dawały uczucie chłodnawe.

Leczenie chorób polegało na tém, że części obrznięte powlekłem warstwą kleju roślinnego, przyrządzonego z gummy arabskiej, która po wyschnięciu stanowiała na nich skorupę szczelnie do skóry przylegającą i od działania powietrza chroniącą.

Przy takim leczeniu ból szybko ustał, części obrznięte chore otęchły, a gdy po upływie tygodnia, gummę z nich za pomocą wody oddalić kazałem, już i barwa ich nie przedstawiała nic nieprawidłowego; naskórek zaś w zupełności z nich się odłuszczył.

Chora w dniu 13 lipca zdrowa opuściła szpital.

#### IV. Ropnie (abscessus).

Licznie postrzegane ropnie z wyłączeniem wyżej wspomnianego, powstałego z uwieżonej przepukliny, który jak widzieliśmy spowodował śmierć chorób, tudzież jednego przypadku polegającego na utworzeniu się, w skutek zapalenia miedniczki nerkowej prawej, ogromnego ropnia śmiercią zakończzonego, wszystkie ukończyły się wyzdrowieniem chorych, będąc leczonemi według ogólnych prawideł chirurgii.

Wyżej wspomniany przypadek ropnia miednicy nerkowej prawej, powstały w skutek zapalenia ropiastego tejże miednicy, jakkolwiek nie miał przebiegu pomyslnego, był jednak pod niejednym względem tyle ciekawy, iż bliżej go opisać postanowiłem:

*Józefa B.....*, żona szewca, lat wieku 37 licząca, wzrostu średniego, źle odżywiona, szatynka, pewnego dnia, w porze letniej roku 1863, oczekując właśnie czyszczenia swego miesięcznego, kąpała się w Wiśle i zaziębiła się.

W skutek tego oczekiwane czyszczenie nie tylko nie nastąpiło, ale i dalej nigdy się już więcej nie pojawiło. Chora właściwych dolegliwości, z powodu wstrzymania się czyszczenia miesięcznego nie doznała i czuła się jak poprzednio, tak i nadal dosyć zdrową.

W końcu zaś listopada rzonego roku dotkniętą została silnym kłującym bólem w prawej części brzucha ku tyłowi, który to ból, mimo zastosowania środków rozmaitych przeciwzapalnych, odciągania miejscowego krwi za pomocą lecznych baniek, okładów ciepłych i t. d., nie tylko że nie ustał, ale przeciwnie zwoła coraz więcej się wzmacniał.

Podczas trwania tego bólu powstał zarazem duży, bolący guz w prawej połowie brzucha, którym przestraszona chora w końcu zdecydowała się do szukania pomocy w szpitalu Świętego Ducha.

Wstąpienie jej do tego zakładu miało miejsce w dniu 20 grudnia rzonego roku, do kliniki terapeutycznej szkoły głównej, z kąd dopiero w dniu 28 grudnia do mego oddziału była przeniesiona. Śledząc ją, znalazłem w brzuchu guz podługowaty, w poprzek leżący, o zaokrąglonych końcach, który leżąc główną swoją



massą w prawej połowie brzucha, ku górze głębiej leżącemi częściami swemi zdawał się graniczyć z wątrobą, ku dołowi nie ze wszystkim do więzu Pouparta dochodził; ku stronie lewej i ku przodowi stykał się ze ścianą brzucha, a w kierunku ku stronie lewej nareszcie, nieco w lewą połowę jamy brzusznej sterczał. Guz ten wielkością równał się mniej więcej macicy ciężarnej w siódmym miesiącu; wypukłał on w skutek znacznej swój objętości odpowiednią mu część ściany brzusznej mocno na zewnątrz, zwłaszcza w kierunku ku stronie prawej i przodowi. Odpowiednio wspomnianemu wypukleniu, zwłaszcza zaś na boku prawym, nie wyjmując nawet miejsca w którym domyśleć się wypadało kiszki okrężnej wstępującej, brzuch przy opukiwaniu wydawał odgłos tępy, gdy zaś przestrzeń do dwóch cali szeroka, między guzem a dolnym brzegiem klatki piersiowej zawarta, dalej podobnej szerokości przestrzeń między guzem a prawym więzem Pouparta i nakoniec cała część brzucha leżąca na lewo, wydawały odgłos jasny.

Guz ten przy dotknięciu okazywał się dosyć nateżonym, a było czuć w nim wyraźne chęłbotanie. Każde dotknięcie go sprawiało chorój mocny ból. Przyrząd płciowy nie przedstawiał nic chorobnego.

Chora gorączkowała. Gorączka wprawdzie była niesilna, ale przedstawiała charakter trawiący. Nocami chora często się pociła. Język okazywała białawo obłożony, suchawy; stolec miewała tylko w skutek środków rozwalniających; mocz zaś często puszczała. Puszczone mocz zawierał białko.

Gdy rzeczy tak się miały, było niemożliwem, guz u chorój istniejący wiaść za co innego, jak za ogromny ropień torbielisty w związku ścisłym z nerką prawą stojący, o którym wszelako powiedzieć się nie dało, czy wynikał z miednicy rzeczonej nerki, czy z jój onercza, czy też z obu części razem.

W każdym zaś razie, rokowanie w tym przypadku było niedobre.

Co do leczenia, trzymałem się na początku bardziej sposobu leczenia wyczekującego, ograniczając się na zadawaniu środków gorączkę uśmierzających, stolec wypróżniających, łagodzących ból wguzie, później zaś zastosowałem do wewnątrz jak i zewnątrz preparata jodowe.

To wszystko jednak najmniejszego nie miało skutku. Guz wcale się nie zmniejszył, a jakkolwiek z drugiej strony i nie powiększył się, stan jednak ogólny chorój zwolna a statecznie się pogorszał. Tak więc w końcu, pragnąc ją wszelako ocalić, powziąłem myśl wypróżnienia torbieli będącej w mowie za pomocą trokaru.

Jakoż miałem już i przystąpić do téj operacji, obrawszy sobie punkt najmocniej na zewnątrz wystający guza (a leżał ten punkt na wysokości mniej więcej pępka, prostopadle ponad częścią zewnętrzną prawego więzu Pouparta), za miejsce do wkłócia trokaru, kiedy chora nieprzewidzianie życie zakończyła.

Śmierć jój nastąpiła w dniu 7 maja 1865 r. Śledzenie anatomiczne jój zwłok wykazało co następuje:

Opony mózgu nie przedstawiały nic nieprawidłowego; również i mózg prawidłowo się zachowywał, z wyjątkiem jednak przysadki mózgowej (*hypophysis cerebri s. glandula pituitaria*), która powiększona była do wielkości orzecha włoskiego średniej wielkości, pociągając za sobą odpowiednie rozszerzenie i tak zwanego siodła tureckiego kości klinowej.

Z płuc, prawe było przylepione do żeber i silnie krwią napełnione, lewe zaś zachowywało się prawidłowo.

Worek sercowy jako i samo serce były bez zmian chorobnych.

Z jamy brzusznej, po przecięciu jej ścian, wyciekło kilka funtów rzadkiego ropnistego płynu. W połowie prawej tej jamy znajdował się guz torbielowy, okrągławy, siedm do ośmiu cali średnicy mający, płynem napełniony, o ścianach mało natężonych, który ztąd masą swoją nieco do połowy lewej téjże jamy wystawał. Guz ten za pośrednictwem tkanki łącznej zrosnięty był ze ścianą tylną jamy brzusznej, od góry zaś stykał się częściowo z powierzchnią wydrążoną wątroby, tudzież z kiszka okrężną poprzeczną, w kącie między guzem a brzegiem ostrym wątroby od strony prawej ku lewej przebiegającą; ścianą swą prawą i przednią stykał się z odpowiednimi ścianami jamy brzusznej. Ścianą dolną graniczył z kiszka ślepą, w naturalnym miejscu leżącą, a ścianą lewą nakoniec z kiszkami cienkimi, które przezeń do połowy lewej jamy brzusznej były odepchnięte. Co do kiszki okrężnej wstępującej, ta leżała również nie w swoim miejscu, lecz ciągnęła się przez część zewnętrzną ściany przedniej guza, tam właśnie, gdzie guz najwięcej ku zewnątrz wystawał. Kiszka rzeczona w tém miejscu była ściśle z rzeczoną ścianą guza zrosnięta, i do tego stopnia w poprzek rozciągnięta, że przeciwległe sobie ściany jej wzajemnie z sobą się stykały. Okoliczność ta tłumaczy dostatecznie uporczywe zaparcie stolca, które u chorój miało miejsce, jak również i odgłos tępy w okolicy brzucha odpowiedniej naturalnemu położeniu okrężnicy wstępującej.

Przytém z opisanego zachowywania się kiszki tej pokazywało się, iż gdybym był, jak zamierzyłem, wykonał punkcyę guza, byłbym kishkę tę przebił w poprzek, bo więcej jak prawdopodobnie byłbym troakar wbił w miejsce najwięcej na zewnątrz wystające, to jest właśnie w punkt, który był pokryty okrężnicą wstępującą. Reszta kiszek, odepchnięta będąc przez guz ku stronie lewej, wyłącznie w lewej połowie brzucha mieściła się.

Same kishki również jak i żołądek przedstawiały wejrzenie blade i były między sobą, jako téż z wątrobą, śledzioną i otrzewną ościenną, posklejane. Trzuszczka, wątroba i śledziona nie przedstawiały nic nieprawidłowego. Części płciowe zachowywały się wszystkie prawidłowo, tak samo z części moczowych pęcherz. Z nerek, lewa była powiększona i krwią przepełniona, prawa zaś stłuszczone i do tego stopnia zanikła, że przedstawiała tylko czwartą część prawidłowej wielkości. Nadto nerka prawa z lewą częścią guza była ściśle złączona i zarazem przez guz z miejsca swego aż ku kręgosłupowi posunięta, gdzie takie miało położenie, że brzegiem swoim wklęsłym zwróconą była ku tyłowi i kręgosłupowi, brzegiem wypukłym ku przodowi, stroną swoją przednią ku stronie lewej, a stroną tylną nareszcie ku stronie prawej.

Co się tyczy guza, to bliższe śledzenie pokazało, iż zawierał dwie jamy, z których jedna była mniejsza, druga większa. Jama mniejsza zajmowała bardziej część jego dolną, większa zaś część górną. Pierwsza była wypełniona płynem ropnistym, podobnym do znajdującego się w jamie otrzewnej, a łączyła się z tąż jamą za pośrednictwem maleńkiego otworku w ścianie lewej

i przedniej znajdującego się, który powstał w drodze przeropnienia tejże ściany, dając zarazem płynowi w jamie będącemu sposobność do częściowego wystąpienia do jamy otrzewnej. Ostatnia jama zawierała płyn także ropnisty, ale rzadszy od znajdującego się w pierwszej jamie, który mieścił w sobie liczne drobne bryłki i strzępy substancji białawej, między palcami łatwo rozgnieść i rozetrzeć się dające i żadnej nie miał komunikacji ani z jamą dolną, ani z jamą otrzewną. Część torbieli, odpowiednia jamie górnej, przy bliższym zbadaniu okazywała się być miednicą nerki w tak wysokim stopniu płynem rozszerzoną. Z tego też powodu dzieliła ona się w kierunku ku wnętrzu nerki na kilkanaście mniejszych i większych lejkowatych wydłużeń, przez też wnętrze do zanikłe o mięszu nerki wstępujących, które były rozszerzonymi kielichami nerkowymi. W głębi jednego z tych kielichów tkwił nieruchomie kamień moczowy, podługowaty, szorstki, bardzo twardy, wielkości nieomal postaci pestki śliwki, który będąc na obu końcach śpiczastym, jednym z tych końców tkwił w mięszu nerki, a drugim sterczał wolno do jamy torbieli. Moczowód odpowiedni nerce prawej, od pęcherza aż do okolicy nerki był otwarty. W bliskości nerki zdawał mi się być zarośniętym, mówię zdawał się, bo z dokładnością tego nie widziałem, gdyż moczowód ten, przy wyjęciu części moczowych ze zwłok zmarłej, celem dokładniejszego zbadania ich i oddania do pracowni patologiczno-anatomicznej pana profesora Brodowskiego, w końcu swoim, odpowiednim torbielisto przeistoczonej miednicy nerkowej i nerce, został przypadkiem przecięty.

Z powyższych danych, co do istoty i przebiegu cierpienia chorej tu w mowie będącej, wynika co następuje: chora dotknięta od dawniejszego już czasu kamieniem moczowym, tkwiącym w jednym z kielichów nerki prawej, w skutek drażnienia jakie kamień ten wywierał na ściany miednicy nerkowej, dotknięta została zapaleniem tejże miednicy. Zapalenie, przybrawszy charakter ropnisty, (*nephropylitis purulenta*), dało powód, z jednej strony, do nagromadzenia się płynu ropnisteo tak w samej jamie zapalonej miednicy nerkowej, jak i w pokładzie tkanki łącznej też miednicę i nerkę otaczającej, i utworzenia się tym sposobem owęj wielkiej, dwujamistej torbieli, która jedną ze swoich dwóch jam odpowiadała miednicy nerkowej, drugą ropostekowi powstałemu na około tejże miednicy. Przytém zarazem moczowód tejże strony w bliskości miednicy nerkowej, czy to przez zupełne zarośnięcie, czy przez wysoko posunięte ścieśnienie się i zatkanie, czy narzeczcie przez mocny nacisk doznany ze strony części przyległych, stał się nieprzenikliwym dla moczu. Z drugiej zaś strony, toż zapalenie ropniste spowodowało zarazem, skutkiem ucisku, owo po śmierci chorej znalezione, wysoko posunięte zaniknięcie i stłuszczenie nerki odpowiedniej strony.

Postrzegane zaś powiększenie i przekrwienie nerki lewej łatwo się tłumaczy powiększeniem jej czynności, jako następstwem zniesionej, przez opisany co dopiero process chorobny, czynności nerki *prawej*.

Co do śmiertelnego zakończenia się tego przypadku, to nastąpiło ono głównie skutkiem wyniszczenia organizmu przez *dlugotrwały process chorobny*.

Zresztą przypadek ten, nie tylko pod względem patologicznym, ale i pod względem terapeutycznym, był ciekawy. Pokazał bowiem, iż w tych razach w których wypróżnienie nagromadzonego w torbieli płynu w drodze operacji okazuje się wskazanem, wypada z tąż operacją nie czekać zbyt długo, aby nie przyszło, jak w moim przypadku do przedziurawienia torbieli płyn zawierającej i ulania się jego do jamy otrzewnej; z drugiej zaś strony, wzywa on nas do zachowania przy samej operacji jak największej ostrożności względem wyboru miejsca do potrzebnego, sztucznego przedziurawienia ściany brzusznej i torbieli, gdyż nader łatwo kiszka okrężna wstępująca może mieć podobne względem tejże torbieli położenie, i być w podobny sposób spłaszczoną i w poprzek rozciągniętą, jak w naszym przypadku. Jeślibyśmy więc w takim razie w miejscu najbardziej na zewnątrz wystającym torbieli, troakarem, lancetem lub nożem do tejże torbieli wdrażyli, wówczas przedziurawilibyśmy kiszkę okrężną wstępującą i nie ocalilibyśmy chorój, ale przyspieszylibyśmy jej śmierć. (Dalszy c. n.).

## K O R R E S P O N D E N C Y A.

Tomaszów Rawski, d. 20 Lutego 1867 r.

### O pylephlebitis obserwowanej przez pf. Dr. R o s é i opisaniej w N. 33 Gazety lekarskiej. <sup>1)</sup>

W N. 33 Gazety lekarskiej znajduję obserwację pf. Dr. Rosé pod napisem „Zakrzep i zapalenie żyły wrotnej (pylephlebitis)“. Zgodzą się zapewne koledzy ze mną, że obserwacja ta jest najważniejszą z pomiędzy wielu, z któremi w ostatnich czasach za pośrednictwem nowych pism peryodycznych zapoznaliśmy zostali.

Ze względu właśnie na jej ważność i na zajęcie jakie w naszym lekarskim świecie obudzić musi, pragnę przyczynić się do jej uzupełnienia kilku uwagami. Chory L. B. był bliskim moim znajomym od lat wielu. Od chwili rozpoczęcia się ostatniej choroby do dnia 12 października 1864 (przez dni pierwszych 8) t. j. do dnia, w którym pf. Rosé pierwszy raz widział chorego, byłem przy nim bezustannie prawie, również jak i w dalszym przebiegu choroby aż do chwili śmierci. Wreszcie ponieważ pf. Rosé, dla braku czasu, nie mógł być o-

<sup>1)</sup> Czyniąc zadosyć żądaniu Sz. kol. Markiewicza i przez szacunek dla zdania każdego kolegi, usiłującego wyjaśnić wątpliwą kwestyę, zamieszczamy w całości przesłane nam uwagi dotyczące obserwacji Pr. Roségo. Czynimy to tém chętniej i z pewnego rodzaju zadowoleniem, ile że Sz. kol. M..., obserwując z całą przyjacielską troskliwością chorego L. B. przedmiotem obserwacji będącego, potwierdza zupełnie opis *przebiegu choroby*, gdyż ani jednem słówkiem podanego w Nr. 33 Gaz. lek. opisu prostować nie widzi potrzeby. Całe wyjaśnienie i uzupełnienie obserwacji w niniejszych uwagach zawarte, odnosi kol. M. do sposobu *tłumaczenia patogenezy*, w czem z Pr. Roséem zgodzić się nie może. Położony przez kol. M. nacisk na wyraz *Paratyfilitis* w miejsce użytego przez autora obserwacji wyrazu *Perityfilitis* znajdzie każdy stosownym, *ale tylko co do nazwy technicznej*; ponieważ atoli *nazwa sama nie stanowi rzeczy, istota przeto zostaje niezmienniona i ta sama*, gdyż pod *Perityfilitis* rozumieją wszyscy to samo, co *Virchow* nazwał *Paratyfilitis*, boć zresztą pomiędzy greckiem: *peri* i *para* zachodzi filologicznie tak mała różnica, że greczyzna lekarska na tém wcale nie cierpi a tem mniéj *Patologia*. Wdzięczni także jesteśmy autorowi uwag za podany a nie znany szczegół anamnestyczny o przebytej przez chorego przed rokiem choroby gorączkowej (*Perityfilitis* jak sam autor uwag przyznaje), z czego tem pewniej wynika, że śmiertelna *Pylephlebitis* była następstwem *Peri (Para) tyfilitidis*; co się zaś tyczy *Patogenezy*, najstosowniej będzie zostawić jej tłumaczenie samemu czytelnikowi.

(Przyp. Red.).

becnym przy sekcji, ja dokonałem takowej w szpitalu Ewangelickim w obecności kolegi K w a ś -  
n i e k i e g o i spisany przez siebie protokół udzieliłem pf. R o s é.

Do opisu pf. R o s é wkradły się pewne niedokładności, których sprostowanie zapewne  
przez szanownego mego profesora za złe mi wziętem nie będzie.

W anamnezie powiedzianém jest, że chory „nigdy rady lekarskiej nie zasięgał”, co by  
dowodziło, że nigdy przynajmniej żadnej ostrzej choroby nie przechodził. Tymczasem L. B...  
na rok przed ostatnią chorobą, przechodził ważną ostrą chorobę, która, zdaniem mojem, w naj-  
bezpośredniejszym zostaje związku z pylephlebitis. Sam chory opowiadając mi tę chorobę  
(podczas której nie byłem w Warszawie) mówił, że przez 3 tygodnie leżał w łóżku, że miał  
boleści początkowo w całym brzuchu, potem więcej ze strony prawej a co najważniejsza, że le-  
karz (jeżeli się nie mylę Dr. S t u m m e r) nazwał mu tę chorobę „peritonitis“.

Pf. R o s é mówi: „bardzo nauczającą w naszym przykładzie była ta okoliczność....., że  
cała choroba powstała u naszego chorego z małego ropnia w tkance otaczającej kışkę ślepą  
znajdującego się. Oczywiście ropień ten był następstwem perityphlitis, a ta najprawdopo-  
dobniej wywołaną była długo poprzednio utrzymującym się zawałem fekalnym w jelicie ślepém.  
Gdyby nasz chory często w życiu swém zapalający a mianowicie na dolegliwości brzuszne  
podał się był wcześniej dokładnemu zbadaniu lekarskiemu, wykryto by niewątpliwie nagroma-  
dzenie zaległych ekskrementów w tém miejscu a przy stosownych środkach lekarskich zapo-  
bieżonoby wywiązaniu się perityphlitis i następstwom jej t. j. pylephlebitidis.”

Czyli że długo utrzymujący się zawał fekalny wywołał *Typhlitem stercoralem* dnia  
4-go października 1864, że to z owrzodzeniami i utratą substancji połączone zapalenie błony  
śluzowej, mięśniowej i surowiczej w jelicie ślepém spowodziło perityphlitem, która dała po-  
czątek ropieniu i t. d. (Porównawszy wniosek Kol. Mark. z przytoczonym dopiero ustępem  
Pr. R o s é, przyzna każdy, że wniosek to dowolny i wcale nie wynika ze słów autora obser-  
wacyi. P. R.).

Anamneza, objawy a najwięcej badanie pośmiertne skłania mnie do stwierdzenia, że  
inna pathogenesa miała tu miejsce.

Zanim postaram się uzasadnić moje twierdzenie, zwrócić pragnę uwagę na użytą przez pf.  
R o s é nazwę „Perityphlitis“. O ile mi wiadomo pierwszy O p p o l z e r (Kol. Mark. chciał zape-  
wne powiedzieć Virchow, jak w rzeczy samój było. P. R.) mówiąc w ogólności o zapaleniu tkan-  
ki łącznej pod otrzewną (subperitoneales Bindegewebe <sup>1)</sup>) starał się usunąć, ze stanowiska klini-  
cznego, zbyt ogólną formę znaną dotychczas jako *perityphlitis* i zastąpić ją dwiema różnemi  
formami klinicznymi t. j. *Paratyphlitis* i *peritonitis circumscripta*: pierwsza polegająca na  
zapaleniu tkanki łącznej położonej po za kışką ślepą, pomiędzy tą kışką, powięzią biodrową  
(fascia iliaca) i nieschodzącemi się tutaj w kieżkę listkami otrzewnej; druga będąca ograni-  
czoném zapaleniem trzewiowego listka otrzewnej otaczającej w części kışkę ślepą.

Któraż z tych dwóch form miała tutaj miejsce? Czy może obie jednocześnie były  
w tym wypadku?

Ponieważ dane z przebiegu choroby przytoczone przez pf. R o s é nie wystarczają do  
ścisłego rozpoznania umiejscowienia sprawy chorobnej w dole biodrowym, pomijam je więc  
zupełnie.

Dane jednak jakich sekcyja dostarczyła, były tak stanowcze, że należało było w całym  
opisie a szczególnie w epicrysie usunąć ogólnikową nazwę „Perityphlitis“ i zastąpić ją bardziej  
szczegółową „Paratyphlitis“ która tu jedynie miała miejsce. Opis badania pośmiertnego jest  
w artykule pf. R o s é zbyt lakonicznie skrócony. Ważnym tu jest opis stanu jelita ślepego,  
jego błony śluzowej a wreszcie pokrywającej je otrzewnej i wyrostka robaczkowatego,  
czego w podaniu nie znajdujemy.

Otóż chociaż słowa samego autora wystarczają do potwierdzenia mego zdania, jedyna  
bowiem zmiana anatomiczna w organach przewodu pokarmowego o której wzmiankuje była ta,  
iż „w tkance komórkowatej przytwierdzającej tylną ścianę kışki ślepej do powięzi biodrowej  
(było) zapalenie i ropienie na przestrzeni dwuzłotówki“; jakkolwiek to już pozwala twierdzić,  
że była to forma nazwana przez O p p o l z e r'a paratyphlitis, ale nadto jako wykonywający se-

<sup>1)</sup> Wiener medic. Wchsft. 1863. 6.

keyę donoszę: 1. że po otwarciu jamy brzusznej, (w której była mała ilość płynu żółtawego), tak ścienny, jak trzewiowy listek otrzewnej nigdzie a w szczególności na kiszce ślepej najmniejszej nie przedstawiał zmiany; 2. że nadzwyczaj mała (normalna) ilość tkanki łącznej pomiędzy listkiem otrzewnej a przednią powierzchnią кишки ślepej w niczem zmienioną nie była, że zatem peritonitis bynajmniej nie towarzyszyła zapaleniu tkanki łącznej pomiędzy kiszka ślepą a powięzią biodrową położonej.

Stwierdziwszy fakt, że tylko z paratyphlitis mieliśmy do czynienia, pragnę wykazać a przynajmniej prawdopodobnym uczynić, że nie *Typhlitis stercoralis* dała powód do zmiany w tkance łącznej za kiszka ślepą. By jednak o tém przekonać kolegów nie wystarczają dane w opisie zawarte. Wypada mi znowu sięgnąć pamięcią do sekcji i opisać dokładniej tak ognisko zmienionej tkanki łącznej za kiszka ślepą jak i stan błony śluzowej i mięśniowej кишки samej i wyrostka robaczkowego. (Autor obserwacji nie mówi o Typhlitis, tylko o Perityphlitis. P. R.).

Co do owego ogniska, to nie bez przyczyny nie nazwałem go zapalnym ani ropnym, gdyż żadnych śladów zapalenia ani ropienia nie przedstawiało.

Było ono wypełnione bardzo gęstą, zgrzęzistą, bardziej brunatno-szarą jak żółtawą *massą*. Ściany tego ogniska były wysłane niejednostajnej grubości warstwą masy konsystencji twarogowatej, bardziej w żółto-szarawy kolor wpadającej. Ubolewam, że nie mogę podać opisu tej masy po zbadaniu mikroskopem, sądzę jednak, że i makroskopijny wygląd nie pozwala na nazwanie tego „zapaleniem i ropieniem.“ Było to ognisko z zawartością rozpadową, może z domieszkami krwi; a jak sądzę nie w ostatniej chorobie uległa rozpadowi sama tkanka łączna normalna, a raczej było to ognisko ropne powstałe w przebiegu paratyphlitis (a zatem następstwo sprawy zapalnej! P. R.) przed rokiem przebytej, którego zawartość przemianie wstecznej uległa. Gdyż niema wątpliwości, że i owa „peritonitis“, o której mi chory opowiadał, nie była niczem innym jak zapaleniem wspomnianej tkanki łącznej.

Co się tyczy samej кишки ślepej i wyrostka robaczkowego, w tych błona śluzowa i mięśniowa były w takim stanie, jak też same warstwy w ścianach reszty kiszki. Nigdzie nie tylko nie znalazłem żadnej utraty substancji lub świadczącej o niej blizny, ale nawet najmniejszego owrzodzenia powierzchownego. Błona śluzowa była tylko nieco więcej rozpulchniona w jelicie ślepym jak w reszcie kiszki. Twardych ani miękkich resztek fekalnych w tych częściach kiszki nie znalazłem.

Śmiało więc twierdzić mogę, że w ciągu cztero-tygodniowego trwania choroby zakończonej śmiercią, sprawa zapalna znacznieszego natężenia w kiszce ślepej nie miała miejsca, a tem samem nie mogła dać początku zapaleniu tkanki łącznej za kiszka ślepą położonej. (Autor obserwacji nie twierdzi bynajmniej, że chory przebył świeżo *Perityphlitis*. *Przyp. Red*).

Czy można przypuścić, iżby zawał fekalny w kiszce ślepej, nie sprowadziwszy żadnej ważniejszej zmiany w jej ścianach, sam przez się (wywołując kolateralne zboczenia w krążeniu?) mógł spowodować gwałtowne zapalenie w tkance łącznej po za kiszka ślepą umieszczoną? Na to pytanie ja dałbym odpowiedź stanowczo przeczącą. Zostawiam je jednak do rozstrzygnięcia dalszym obserwacjom. O p p o l z e r mówi <sup>1)</sup>, że *Typhlitis stercoralis* zwykle w chronicznym przebiegu exacerbuje, lub, co się rzadziej zdarza, ostro występująca, prowadzi do paratyphlitis przez owrzodzenie błony śluzowej, zropienie warstwy mięśniowej i większe lub mniejsze przedziurawienie. N i e m e y e r <sup>2)</sup>, również powstanie tak peritonitidis jak i paratyphlitis przy *Typhlitis stercoralis* odnosi do owrzodzeń i przedziurawień w przebiegu tej ostatniej następujących.

Pozostawałoby jednak do rozstrzygnięcia pytanie, czy owa sprawa zapalna w jamie brzusznej, którą przebył chory na rok przed śmiercią, a która była zapaleniem tkanki łącznej po za kiszka ślepą, czy ta paratyphlitis nie wzięła wtedy początku z zapalenia błony śluzowej

<sup>1)</sup> S a c h s. Med. Almanach 1864 p. 149.

<sup>2)</sup> H a n d b u c h d. spec. Path u. Therap. pag. 449.

kiszki ślepej z owrzodzeniem połączonego a pochodzącego z zawałów fekalnych? Ma się rozumieć, że tu odpowiedź jest trudniejsza.

Jednakże zwracam uwagę na następujące okoliczności, przemawiające, zdaniem mojem, przeciwko temu przypuszczeniu. Błona śluzowa kiszki ślepej nie przedstawiała ani znaków chronicznego zapalenia, ani też blizny lub *zwężenia*. Tymczasem Niemeyer mówi<sup>1)</sup>, że nawet te owrzodzenia, które powstają w przebiegu *Typhlitis stercoralis* nie zachodzą wgląd po za tkankę łączną podśluzową i goją się w tym okresie, zostawiają po sobie ślad w postaci „tęgiej (*derbe*) blizny, która prawie zawsze zwężenie kiszki sprowadza“

Tak więc, zdaniem mojem, pf. Rose nie podał nam z swęj obserwacyi żadnych obiektywnych danych, któreby przyjętą przezeń pathogenesę paratyphlitis w tym wypadku słusznie motywowały. (Brak innych pewniejszych danych usprawiedliwia Pr. Rose. P. R.) Ja z méj strony sędzę, że przynajmniej wykluczyć można stanowczo istnienie niezawodnych danych, któreby o przyczynowym związku téj sprawy chorobnej pośrednio z zawałami fekalnymi, bezpośrednio z zapaleniem kiszki ślepej, w tym razie świadczyły.

Wprawdzie paratyphlitis powstająca inaczej jak przez przeniesienie się z kiszki ślepej i jako sprawa metastatyczna (o jakiej tu mowy być nie może) należy do osobliwości. Niemeyer nazywa ją *perityphlitis rheumatica*, która to nazwa nic albo gorzej jak nie określa. A jednakże podług mnie, jeżeli z całą konieczną obiektywnością obserwację tę weźmiemy pod rozbiór, nie pozostanie jak przyjąć tu ową zagadkową formę. (Jeżeli tłumaczenie Pr. Rose niezadawalnia kol. Mar., to tłumaczenie koll. Mar. nikogo zadowolnić nie zdolne. P. R.) Nie dla zrobienia rzeczy jaśniejszą, ale dla dokładności obserwacyi, muszę zwrócić jeszcze uwagę i na to, że L. B. bardzo często cierpiał na tak zwane reumatyzmy. Pamiętam, że miał tak dotkliwe reumatyczne bole głowy, iż pod *czapką* przez długi czas nosił *krymkę*, której nawet w pokoju nie zdejmował. W dolnych kończynach także bardzo często miewał dotkliwe reumatyczne cierpienia.

W czasie kiedy na rok przed chorobą ostatnią po raz pierwszy zapadł na paratyphlitis, odbywał częste, bardzo *męczące*, całodzienne podróże bryczkami po najgorszych drogach.

Zebrawszy powyższe uwagi przychodzę do następującego wniosku:

L. B. przebył w 1863 roku ostre zapalenie tkanki łącznej po za kiszką ślepą położoną, z przyczyny nieznanéj (reumatycznéj?). Tkanka ta przeszła w ropienie. W ognisku ropa uległa zwykłej przemianie wstecznej, która doprowadziła w części do zserowacenia, w części do zemulsyowania. W téj fazie nastąpiło w rok później z nieznanéj przyczyny nagle przedziurawienie jednéj z gałązek *Venae colicae dextrae*, przebiegającej wśród tego ogniska a następnie zakrzep w téj gałązce i dalszych pniach, skutkiem dostania się do nich masy rozpadowéj z ogniska za kiszką położonego.

Markiewicz.

### CZĘŚĆ STATYSTYCZNA.

Ruch chorych w szpitalach warszawskich.  
od dnia 14 marca do 20 marca (włącznie) 1867 r.

		Chorych było.	Przybyło.	Wyzdro.	Umarło.	Pozo- stało.
W szpitalu	Dzieciątka Jezus . . . . .	732	208	18)	40	720
„	Śgo Ducha . . . . .	156	32	25	3	160
„	Ewangielickim . . . . .	88	22	15	4	91
„	Śgo Rocha . . . . .	109	32	36	2	103
„	Śgo Jana Bożego . . . . .	164	55	2	1	161
„	Śgo Łazarza . . . . .	380	72	87	—	365
„	Starozakonnych . . . . .	385	72	78	11	368
	Ogółem:	2014	443	423	61	1973

### Wiadomości bieżące.

— Dr. Rosenthal, Naczelný lekarz szpitala starozakonnych w Warszawie, przesłał redakcyi opis choroby noworodka, połączonej z *czarnem zabarwieniem skóry*, który poniżej podajemy.

Diecię płci żeńskiej, na pozór zupełnie zdrowe, urodziło się d. 17 stycznia b. r. z przyrośnięciem języka, po podcięciu którego (d. 22 stycznia) „wystąpiło silne zapalenie pod języ-

<sup>1)</sup> l. c. pag. 499.

kiem i w dolnej części jamy ustnej“, któreto zapalenie wszakże d. 25go st. zupełnie ustąpiło i dziecię do normalnego stanu zdrowia powróciło. Dalej pisze Dr. R. — Wieczorem tegoż samego dnia 25go stycz. dostrzegła matka, że barwa ciała dziecięcia na ciemno popielatą jest zmienioną; przytem dziecko dobrze ssalo, wypróżnienia stolcowe były jeszcze żółte. Temperatura ciała normalna. Wezwany kol. Bernhard o 8ej wieczorem, znalazł dziecko w opisanym przez matkę stanie i zalecił powtórzenie kąpeli, która do tego czasu raz tylko na dzień była braną.

Nazajutrz z rana t. j. d. 26 stycznia, będąc wezwanym na naradę z kol. Bernhardenm, znalazłem barwę dziecięcia *zupełnie czarną*, jednostajną na całym ciele; białko oczów białopęłowe, błona śluzowa ust koloru jednostajnie czerwono-miedzianego, temperatura ciała nieco podwyższona, tętno i uderzenie serca regularne i przyspieszone. W nocy dziecko oddało stolec ciemno - zielony, a z rana w naszej obecności zupełnie czarnego koloru, lecz bez krwi. Za to mocz był wyraźnie z krwią zmieszany, tak dalece, że brzegi plamy z wysuszonego moczu na pieluszcze, na około różowo były zabarwione. W tym celu zapisaliśmy: Rp. *Elisiris acidi Halleri gtt. X. Aquae Melissae, Syrupi Mannae aa unc. I. M.D.S. Co godzina po łyżeczce od kawy.*

Wieczorem tegoż dnia znaleźliśmy dziecko w tym samym stanie. Po rannem naszym odejściu, raz mocz sam bez stolca był oddany tak mocuo z krwią zmieszany, że pieluszka po wyschnięciu była sztywną, czerwono-brunatno zabarwioną, jak gdyby czystą krwią skrzeplą splamiona, co nam najlepsze dało przekonanie, że krew nie tylko przy oddawaniu stolca z moczem oddzieloną zostaje. Prócz tego było parę stolców czarnych, gęstych; dziecko dobrze pierśssało i było spokojnem. W leczeniu nic nie zmieniono.

Dnia 27 stycznia z rana, spostrzegliśmy wielką różnicę: barwa ciała *daleko jaśniejsza z czarnego murzyna, dziecko zmieniło się w popielatego mulata*; stolec więcej zielony aniżeli czarny, mocz zaś ledwie ślady krwi pokazywał, tylko w jamie ustnej, w nieznacznej wprawdzie ilości, tak zwane grzybki powstały. Leczenie toż samo, tylko kąpeli dziś zabroniono, ażeby napływu krwi do nerek nie zwiększyć. Grzybki zaś roztworem chloranu potażu przemywać zalecono.

W ciągu tegoż dnia barwa ciała coraz jaśniejszą się stawała; mocz zupełnie bez krwi, a stolce coraz jaśniejsze, tak dalece, że wieczorem parę razy zupełnie były żółte normalne.

Tak lekarze jak i rodzice, na widok téj wyraźnej poprawy, cieszyliśmy się nadzieją wyratowania dziecięcia.

Tymczasem w nocy dziecko stało się niespokojnem, często płakało, objawiały się ruchy w brzuszku i w piersiach, jak gdyby konwulsyjne, które po każdym przemyciu ust roztworem chloranu potażu się powiększały. Być może, że dziecko tegoż *roztworu* przy każdym przemywaniu, po parę *kropli* połykało.

O godzinie 3ej z rana wezwany, zastałem dziecko w opisanym stanie: barwa była dość jasną, mocz bez krwi i stolec żółto-brunatny. Zaleciłem odstawienie przemywania i ciepłe, suche okłady na brzuch i piersi. O godzinie 5 1/2 z rana przywołany kcl. Bernhard, znalazł dziecko w konwulsjach, wśród których, o godz. 6ej z rana, ducha wyzionęło. Barwa ciała po śmierci pozostała popielatą.

*Przyp. Red.* Zdania Szan. kol. Dra R. jakoby opisana tu choroba, była chor. Addison'a, wiekiem chorego (noworodka) zmodyfikowaną, dla braku *pewniejszych* od wykluczenia danych, nie podzielamy.

---

Redaktor odpowiedzialny Prof. **Luczkiewicz.**

---

*Gazeta Lekarska* wychodzi w każdą sobotę, w objętości jednego arkusza, czyli str. 16.— Prenumerować można w Redakcyi, na wszystkich urzędach i stacyach pocztowych, tudzież w znaczniejszych księgarniach krajowych i zagranicznych.

---

Redakcyja *Gazety Lekarskiej* przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Berensztejna, Nr. 1364, mieszkania Nr. 6.

---

W Drukarni *Gazety Polskiej*.—Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.

---



# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,  
FARMACYI I WETERYNARYI.

W Warszawie: rocznie . . . Rs. 5 kop. —	Na Stacyach pocztowych w Królestwie:
„ półrocznie „ 2 „ 50	„ „ rocznie . . . Ks. 6.
„ kwartalnie „ 1 „ 25	„ „ półrocznie „ 3.
W Cesarstwie wraz z przesyłką pocztową: rocznie Rs. 8.	

TREŚĆ. Do kazuistyki złośliwych mięsaków limfatycznych (Lymphosarcoma). Prof. Brodowskiego. (dokończenie). — Kazuistyka. Przegląd ważniejszych przypadków chirurgicznych leczonych w roku 1862—1866 w szpitalu Śgo Ducha w Warszawie. Dra Neugebauera, Docenta Warsz. Szk. Gł. (ciąg dalszy). — Korrespondencya. — Część statystyczna. — Wiadomości bieżące.

## Do kazuistyki złośliwych mięsaków limfatycznych.

(*Lymphosarcoma, s. sarcoma lymphaticum malignum*).

Przez Prof. Brodowskiego.

(Dokończenie).

Bez względu na środki wzmacniające, jak żelazo, china, wino i t. p., choroba szybko zmierzała do fatalnego końca. Uderzało przedewszystkiém bardzo prędkie zwiększanie się obrzmałości gruczołów limfatycznych, zwłaszcza szyjowych. Już pierwszych dni grudnia objętość guzików znajdujących się po obu stronach szyi prawie się potroiła, tak że niektóre z nich doszły do wielkości orzecha włoskiego; nadto zjawiała się znaczna ilość nowych, zwłaszcza z prawej strony, na przebiegu mięśnia potakującego (*m. sterno - cleido - mastoideus*). Do dawniejszych objawów chorobowych przyłączyło się częste czerwienienie twarzy, przyczém cała głowa pokrywała się potem kroplistym. Wyniszczenie ogólne szybko postępowało.

Pod koniec grudnia szyja po obu stronach, przedewszystkiém zaś z prawej, zasiana zlewającymi się z sobą guzami, z tych niektóre dochodzą do objętości jaja kurzego. Gruczoły pachowe także się znacznie powiększyły, w mniejszym wszakże stopniu niż szyjowe. Nieustanne pocenie się głowy należy do najdolegliwszych dla chorego przypadłości. Jest ono tak obfite, że nie tylko powłoczka poduszki, lecz i koszula chorego wciąż są mokre; pomimo częstego ich zmieniania, osłabia chorego w wysokim stopniu nie tylko samo przez się, lecz stając się jeszcze przyczyną bezsenności. Skóra na twarzy ciągle zaczerwieniona. Ostatnie objawy chorobowe dowodziły bez zaprzeczenia wielkiego ucisku, wywieranego przez wzmiankowane guzy na część szyjową nerwu sympatycznego. Guzy w brzuchu

także znacznie się zwiększyły, prawie codziennie przybywają nowe. Stolec najczęściej zamknięty.

30 grudnia w nocy napad szaleństwa (*delirium furibundum*): chory zrywa się z łóżka, biega po sali, śpiewa, krzyczy, wymawia wyrazy bez najmniejszego związku, szamocze się z posługaczami odprowadzającymi go na miejsce. Później wkrótce słabnie, staje się prawie bezwładnym.

31go grudnia, zupełna nieprzytomność, oczy wytrzeszczone w jeden punkt, źrenice mocno rozszerzone, na światło wcale nie oddziałują; nadto szczękościsk (*trismus*) i utrudnienie oddechu. Śmierć nastąpiła o godzinie 2ej z południa.

Otwarcie zwłok, wykonane w 45 godzin po zgonie chorego wykazało, żeśmy byli pod względem rozpoznania choroby w danym wypadku w najzupełniejszym błędzie. Żołądek z wyjątkiem znacznej bladoci i bardzo wyraźnego zcieńczenia ścian żadnych zmian innych nie przedstawiał; lewa połowa jego krzywizny większej wraz z odpowiednią częścią okrężnicy poprzecznej była zepchniętą nieco ku górze i ku wewnątrz przez ów duży guz, któryśmy brali za rak żołądka. Pokazało się że guz ten wzgórzysty, dochodzący do objętości głowy dziecka półrocznego, jakkolwiek z powodu znacznej swój wielkości dotykał ścian brzucha, był *przeważnie zaotrzewnym* (*retroperitonealis*). Powstał z ścisłego połączenia z sobą kilku olbrzymio powiększonych, najzupełniej zwyrodniałych gruczołów limfatycznych lędźwiowych, znajdujących się po lewej stronie stosu kręgowego. Były one spójności miękkiej, rdzeniowatej, białe jak mleko, tu i owdzie żółtawo zabarwione, z ich powierzchni rozkroju za pociśnieniem sączyła się nie wielka ilość płynu śmietankowatego. Wzmiankowany guz złożony pozostawał w ścisłym związku z sąsiednią lewą nerką, do miedniczki której wnikał i tę w większej części wypełniał, utrudniając wydalenie się z niej moczu; w skutek czego kielichy uległy znacznemu rozszerzeniu. Objętość całej nerki była znacznie zwiększoną, powłoka jej zgrubiała. Część nowotworu znajdująca się w miedniczce nerki była jeszcze większą od reszty tegoż guza. W pobliżu niej, w pośród miąższu samej nerki, po części w piramidach, a po części i w substancji korowej, znajdowały się dwa ogniska, wielkości grochu szablatego, tychże samych własności co i nowotwór wzmiankowany, z tą wszakże różnicą, że posiadały daleko większą spójność..

Co się tyczy reszty gruczołów lędźwiowych, te tak samo były zmienione, jak i w pobliżu lewej nerki znajdujące się; objętość ich w ogóle nie wiele była mniejszą od poprzedzających, toteż w skutek ucisku, jaki część ich wywierała na moczowód prawy, miedniczka i kielichy nerki prawej, jakkolwiek w mniejszym stopniu niż lewej, były jednak dosyć znacznie rozszerzone.

Podobnemuż zwyrodnieniu uległy gruczoły kręzkowe, biodrowe, śródpiersiowe (tak przednie jak i tylne), szyjowe (tak powierzchowne jak i głębokie) oraz pachowe. Nie wszystkie wszakże z wymienionych gromad gruczołów limfatycznych przedstawiały jednostajny stopień zwyrodnienia. Drugie miejsce po wyżej opisanych lędźwiowych zajmowały niezaprzeczenie gruczoły kręzkowe. Z tych niektóre dochodziły do objętości miernego jabłka, najmniejsze równały się wielko-

ścią orzechowi laskowemu. Parę takich większych zwyrodniałych gruczołów złało się z wyżej opisanym guzem zaotrzewnym; daleko więcej zlewało się ich pomiędzy sobą, tworząc większe guzy wzgórkowate. Jeden z powstałych w ten sposób guzów równał się pięci dorosłego mężczyzny. Trzecie miejsce pod względem objętości zajmowały gruczoły szyjowe; z tych ledwo kilka dochodziło do wielkości jaja kurzego. Po tych szły pachowe i biodrowe. Najmniej znacznemu zwiększeniu uległy gruczoły śródpiersiowe.

Powstałe z gruczołów limfatycznych guzy w ogóle tém mniejszą posiadały spójność im były większymi, największe były tak miękkimi, że przy pociskaniu czuć w nich było jakby chęłbotanie się płynu (*fluctuatio*). Twardsze napotykały się bardzo rzadko. Pomimo takiej małej spójności tych nowotworów, w żadnym jednak nie znaleźliśmy ognisk rozpadowych, nigdzie naruszenia ciągłości tkanki. Powierzchnia rozkroju wszystkich biała jak mléko, jednolita, w niektórych większych tylko guzach żółtawo poplamiona. Z nadmienionej powierzchni bardzo miękkich guzów sączył się w niewielkiej ilości płyn śmietankowaty.

W ostatku i serce było siedliskiem podobnychże nowotworów. Znajdowały się one na tylnej jego powierzchni, w pobliżu bruzdy poprzecznej, tuż pod osierdziem, w postaci płaskich, okrągławych, gładkich wyniosłości białych, także dosyć miękkich, wynoszących w średnicy 3—15 mm. Warstwa mięsna ścian serca dała początek jednemu tylko podobnemu guzikowi; ten był największy, równał się objętością dużemu orzechowi laskowemu, miał postać nieco spłaszczonej kuli, znajdował się w ścianie przedsionka prawego i posiadał większą spójność od wzmiankowanych mniejszych.

Mózgowie i jego opona miękka blade, obrzękłe; we wszystkich zaś innych narządziach prócz wysokiego stopnia małokrewności, oraz większego lub mniejszego zaniku nic godnego uwagi nie było.

Budowa histologiczna wszystkich wymienionych nowotworów, nie wyjmując i znalezionych w sercu, z niewielkimi odmianami była jednostajną. Wszystkie one składały się z licznych komórek kulistych, o stosunkowo dużych jądrach, i bardzo nie wielkiej ilości substancji międzykomórkowej. Obrisy jednolitych jąder były daleko wyraźniejsze od obrysów po większej części z lekka-drobnoziarnistego ciała komórek, które pospolicie przedstawiało się w postaci wązkiej obwódki otaczającej nadmienione jądra. Jąderka rzadko dawały się spostrzeżać, i to tylko w pośród większych w mowie będących pierwiastków anatomicznych. Objętość komórek w rozmaitych guzach, a niekiedy i w tych samych była różnaitą: najmniejsze równały się komórkom normalnych gruczołów limfatycznych, największe zaś przechodziły podwojoną, a niekiedy nawet potrojoną objętość tak zwanych komórek śluzowych. W ogóle wielkość wzmiankowanych pierwiastków anatomicznych nie znajdowała się w prostym stosunku do wielkości zawierających je nowotworów: owszem częstokroć w dużych guzach przeważały drobne komórki, gdy tymczasem guzy mierniej wielkości składały się niekiedy przeważnie z dużych komórek. Co się zaś tyczy substancji międzykomórkowej tej było tak nie wiele, że po wypędzelkowaniu skrawków ze stwardzonych w spirytusie nowotworów przedstawiała się w postaci sieci o drobniejszych oczkach w nowotworach przeważnie drobnokomórkowych, o większych zaś, a nie-

kiedy i dosyć dużych w nowotworach wielkokomórkowych. Pojedyncze takie oczka mieściły najczęściej kilka komórek. W postaci włóknistych pasemek substancja międzykomórkowa znajdowała się pospolicie tylko przy naczyńkach krwionośnych, których w ogóle było bardzo nie wiele.

W ostatku nadmienić jeszcze należy, że w skrawkach branych z wyżej wspomnianych żółtawo zabarwionych części w mowie będących nowotworów znajdujaliśmy znaczną ilość komórek stłuszczonych. Dawały się one spostrzeżać tu i owdzie i w innych częściach; nigdzie wszakże nadmieniona przemiana wsteczna nie dochodziła do takiego stopnia, aby mogła spowodować rozpad nowotworu. Nigdzie także nie można było dostrzedz tak zwanego przeistoczenia serowatego (*degeneratio caseoidea*).

Na mocy takiego wypadku badań mikroskopowych uznaliśmy powyższe nowotwory w ogóle za mięsaki limfatyczne; mówimy *w ogóle*, a nie *wszystkie*, gdyż niektóre z nich, jak to z opisu budowy ich widać, zostawały tylko na stopniu rozwoju nowotworów limfatycznych. Biorąc zaś na uwagę szybkość wzrostu, oraz zachowywanie się tych mięsaków tak względem tkanek i narządzi sąsiednich, jak i odleglejszych, nie mogliśmy nie uznać ich za bardzo złośliwe. Nie ulegało także najmniejszej wątpliwości, że pierwotnym siedliskiem złego były gruczolę lędźwiowe, zwłaszcza w pobliżu lewej nerki położone, że tu powstały pierwsze nowotwory, inne zaś były następczymi.

Badanie zwłok wykazało, że główną przyczyną śmierci w tym przypadku było ogólne wyniszczenie, spowodowane opisanym zwyrodnieniem gruczolę limfatycznych, przedewszystkiem zaś kręzkowych. Było to właśnie tego rodzaju zwyrodnienie wzmiankowanych gruczolę, które bynajmniej nie pociągało za sobą powiększenia ilości bezbarwnych komórek krwi, jak to niekiedy miewa miejsce: jakkolwiek bowiem krew była znacznie bledszą od prawidłowej, stosunek jednak zabarwionych jej krążków do pomienionych ciałek bezbarwnych pozostał nie zmienionym. Zmniejszenie zatem ilości krążków we krwi, czego dowodziła jej bledość, zależało tym razem od uszczuplenia materiału, z którego takowe się wytwarzają, to jest od zmniejszenia ilości ciałek bezbarwnych, nie zaś od utraty w nich zdolności wykształcania się na ciałka zabarwione, jak w leukemii. To też wyływająca z będącego w mowie zwyrodnienia gruczolę limfatycznych niedokrewność (*anaemia*), była w tym przypadku głównym tłem całego obrazu chorobowego. Ona była przyczyną upośledzenia ogólnego odżywienia, a więc źródłem wyniszczenia i osłabienia całego organizmu; ona to głównie, doszedłszy w końcu do bardzo wysokiego stopnia, wywołała tę przedśmiertną że tak powiem burzę nerwową, która się zakończyła całkowitem wyczerpaniem układu nerwowego. Co się zaś dotyczy wyżej opisanych zmian, zaszłych w nerkach, to te jakkolwiek zostawały w związku z znacznym zakłóceniem czynności tych ważnych narządzi, spowodowanem przedewszystkiem utrudnieniem odpływu z nich moczu, jednakże jako jedne z najpóźniejszych, nie mogły grać ważnej roli w ogólnym przebiegu choroby. Nie możemy wszakże nie posądzać nadmienionego zakłócenia o przyczynienie się do wywołania wyżej wzmiankowanych objawów móz-

gowych, które posiadały pewne podobieństwo do tak zwanych uremicznych. Co do tych ostatnich to wiadomo, że obecnie coraz większego prawdopodobieństwa nabiera teoria Traubego, tém bardziej, że została popartą doświadczeniami Munk'a, t. j., że tak zwane objawy uremiczne zależą przeważnie od podniesienia ciśnienia w układzie tętniczym, przy wodnistości krwi. W naszym wypadku, gdzie wyrazem tak jednego, jak i drugiego była niedokrewność wraz z obrzękiem (oedema) mózgowia, które bezwątpienia były przyczyną wyżej przytoczonych zakłóceń w czynnościach tego narzędzia, możliwem jest przypuszczenie, że utrudnienie wydalania się moczu z nerek mogło się przyczynić tak do powiększenia wodnistości krwi, jak i ciśnienia jęj na ściany tętnic, chociaż co do ostatniego względu, a przynajmniej odnośnie do tętnic głowy, to nie ulega najmniejszej wątpliwości, że bezporównania większą rolę grał ucisk żył szyjowych przez zwyrodniałe gruczoły limfatyczne.

Wymioty, które na parę miesięcy przed śmiercią tak często napastowały chorego, musiały najprawdopodobniej zależeć od mechanicznego drażnienia ścian żołądka przez stopniowo, lecz szybko powiększający się nowotwór pierwotny; ustały zapewne od chwili, jak żołądek w skutku przyzwyczajenia, stał się obojętnym na pomienione drażnienie.

W ostatku nastęrcza się nam jeszcze pytanie, czy z błędu, jakiśmy popełnili w rozpoznaniu choroby w obecnym przypadku, możemy wyciągnąć jaką naukę na przyszłość? Czyśmy zdobyli jakie dane, któreby nas od podobnych błędów ustrzedz mogły. Nie możemy niestety na powyższe pytanie odpowiedzieć twierdząco. Zdawało się nam zrazu, żeśmy za życia naszego pacyenta nie uwzględnili jak się należy zmian tak szybko zachodzących i w tak znacznej ilości gruczołów limfatycznych, dla których musielibyśmy inne nadać znaczenie, a tém samém i dla nowotworów znajdujących się w jamie brzucha, gdybyśmy zwątpili o zależności zmian powyższych od raka żołądka, a w skutek tego i istnienie samego raka zakwestyonowali; zwątpić zaś o wzmiankowanej zależności, zdawało się nam żeśmy byli powinni już dla tego samego, że tak często raki żołądka stają się morderczymi, nie pociągawszy za sobą zwyrodnień rakowych nawet w najbliższych gruczołach limfatycznych, jak np. śródbrzusznym (gl. gastro-epiploicae), albo też poprzestawszy na wzmiankowanym zwyrodnieniu tylko tych najbliższych. Nie przeczymy, że wzgląd powyższy, w zestawieniu z innemi danemi, może mieć pewną wartość przy rozpoznawaniu podobnych wypadków chorobowych; ale bezwzględnie ufać mu nie można. Na dowód przytoczymy, że w ostatnim miesiącu znaleźliśmy przy sekcji w szpitalu Dz. J. tak mały rak rdzeniowaty w części odzwierniczej żołądka, iż takowy za życia niezawodnie wymacaćby się nie dał; gdy tymczasem gruczoły limfatyczne śródbrzuszne i lędźwiowe w skutek następczego zwyrodnienia rakowego tak znacznemu uległy powiększeniu, iż z wielką łatwością można je było wyczuwać przez ściany brzucha. Podobnie były zmienione też w bardzo znacznym stopniu i gruczoły szyjowe. Gdybyśmy tę osobę badali za życia, tobyśmy pamiętając na powyższy błąd diagnostyczny popełnili drugi, bo tym razem niezawodniebyśmy postawili diagnozę na lymphosarcoma gruczołów limfatycznych.

---

## K A Z U I S T Y K A.

Przegląd ważniejszych przypadków chirurgicznych leczonych w roku 1862 do 1866 w szpitalu S. Ducha w Warszawie,  
przez Dra Ludwika Adolfa Neugebauera,

lekarza ordynującego w tymże szpitalu.

II. *Przepukliny*, (h e r n i a e),

(Ciąg dalszy, patrz N. 36).

*Przypadek drugi* miałem sposobność operować w dniu 17 sierpnia 1866 r. Dotyczył on *Maryi Z.*.... wdowy, lat wieku 56 liczącej, wzrostu średniego, dosyć dobrej tuszy. Przepuklina już od dni kilku uwięziona, podobnie jak w przypadku poprzednim, miejsce miała po stronie lewej. Chorąją jednak nie odurzyłem chloroformem, lecz znieczuliłem u niej wyłącznie okolice ciała dotkniętą przepukliną i to przez przedłużone puszczenie nań strumienia rozpryskanego eteru. Bezpośredni rezultat tego znieczulenia był ten, że chora przy pierwszym rozcięciu skóry na przepuklinie wydała wprawdzie lekki krzyk, później jednak mimo, że od chwili rozpoczęcia operacji nadmuchiwać eteru przestano, aż do końca operacji najmniejszego już bólu nie czuła. Sama operacja powiodła się dobrze.

Pętla kiszki w przepuklinie znajdująca się przedstawiała barwę ciemno niemal brunatno - czerwoną, nie była z workiem przepuklinowym zrośnięta, i po dwukrotném, lekkim nacięciu więzu *G i m b e r n a t a*, łatwo do jamy odłożyc się dała.

Mimo to wszystko, ostateczne zakończenie samego przypadku było niepomysłne, chora bowiem już nazajutrz po operacji, pod oznakami zgorzeli w odłożonej kiszce powstałej, umarła.

Czy i o ile w tym przypadku zastosowane, celem operacji, znieczulenie miejscowe przyczyniło się lub nie do śmierci chorąją po operacji, na to trudno odpowiedzieć; — w każdym razie, nie chciałbym ten przypadek uważać za przykład nieszkodliwości tego sposobu operowania, przy użyciu znieczulenia miejscowego.

Z resztą wyczekać powinniśmy nasamprzód liczniejszych jeszcze sprawozdań z operacyj za pomocą tego sposobu znieczulania wykonanych, nim wolno nam będzie stanowczo osądzić praktyczną wartość tegoż sposobu znieczulania i stosunek tejże jego wartości do wartości znieczulenia ogólnego za pomocą chloroformu.

*Przypadek trzeci* nareszcie, dotyczył kobiety 43 lat wieku mającej, tuszy nędznej, dotkniętej, w skutek odbytej niegdyś choroby syfilitycznej, określoną nekrozą kości czołowej i owrzodzeniem goleni lewej. Kobieta ta, w tymże samym co i chora poprzednia czasie, do szpitala oddaną została z zaniedbaną, uwięzioną prawo-stronną przepukliną udową, której uwięzienie datowało się od dni ośmiu.

Przepuklina ta, w chwili przybycia chorąją do szpitala, zamieniona już była na ropień wiotki, słabo chełboczący, którego część najwięcej wystająca, okazywała

oznaki zgorzelenia. Gdy rzeczy tak się miały, nie pozostawało mi względem leczenia nic innego, jak uważać przepuklinę tę za to, czem właściwie już była, to jest, za prosty ropień zgorzelały.

Odpowiednio temu, rozciąłem przeto ropień ten z odpowiednią ostrożnością nożem. Przez zrobiony otwór ułała się duża ilość przeraźliwie cuchnącej ropy posoczystej z łąjnem zmieszanej. Chora, już przed tą operacją mocno osłabiona, po jej wykonaniu, mimo zastosowania środków wzmacniających, coraz więcej słabła, i po upływie dwóch dób przy szerzającej się coraz więcej zgorzeli, zmarła.

Przy śledzeniu jej zwłok część kiszki, która była uwieziona, okazała się zgorzelałą, przegniłą i w skutek wypróżnienia swjej zawartości do worka przepuklinowego, również obcą zgnilizną dotkniętego, na powrót do jamy brzusznej cofniętą.

### III. *Oparzelizny (ambusturae).*

Z rzędu oparzelizn, dwa przedewszystkiem przypadki zasługują być wymienionymi.

Jeden z nich dotyczył wyrobnicy, 42 lat wieku liczącej, w dniu 28 maja 1864 roku do szpitala przyjętej; oparzenie ogniem spowodowane, od czterech dni już istniejące, zajmowało większą część twarzy, szyję, obie okolice nad i podobojczykowe, okolice mostkową, pierś prawą, całe przedramie i rękę strony lewej.

Części ciała oparzone były pokryte strupami i częściowo już zropniałe. — Stan ogólny chorój był niedobry, twarz i kończyny jej były zimne, puls małeńki. Zastosowałem z początku kataplazmy, a do wewnątrz makowiec; później zaś, po polepszeniu się już stanu ogólnego chorój, oczyszczeniu się przestrzeni oparzonej ze strupów i powstaniu na niej bujnych granulacyj, zastosowałem maść cynkową z dodatkiem małej ilości saletranu srebra. Zabliźnienie ogromnej rany trwało dosyć długo, odbyło się jednak sposobem należytym i nie pociągnęło za sobą, zwłaszcza na szyi, żadnego skrócenia skóry.

Chora w dniu 2-im sierpnia zdrowa opuściła szpital.

Co zaś do przypadku drugiego, była to *oparzelizna powstała w skutek działania promieni słonecznych na gołe ciało*. Bliższe szczegóły tej oparzelizny były następujące:

*Maryanna S....* wyrobnica, lat wieku 36 licząca, w dniu 24 rzonego miesiąca pracowała w jednym z ogrodów tutejszego miasta, będąc od samego rana wystawioną na działanie promieni słońca, które w tym właśnie dniu było nadzwyczaj silne, a była ona przytém bardzo lekko ubraną.

W samo południe poczuła zrazu silny ból parzący w tych częściach ciała, które bezpośrednio promieniami słońca były ogrzewane, i zarazem części te mocno obrzmiały. Chora cofnęła się z miejsca, gdzie przypadków tych doznała, ból jednak i obrzmienie części promieniami słońca oparzonych trwały i zmusiły ją w końcu do szukania pomocy w szpitalu.

Przyjęta tu w dniu 27 rzonego miesiąca, okazywała całą twarz, kark, barki i obie ręce mocno obrzmięte i obolałe. Skóra na częściach obrzmiętych była sucha i brunatno-błękitnawo zabarwiona, zwłaszcza na twarzy, a przede-

wszystkiem na nosie, który był prosto ciemnosiny, i była przytém gładka. W wielu miejscach, naskórek okazywał się popękany. Części obrznięte za dotknięciem dawały uczucie chłodnawe.

Leczenie chorób polegało na tém, że części obrznięte powlekłem warstwą kleju roślinnego, przyrządzonego z gummy arabskiej, która po wyschnięciu stanowiała na nich skorupę szczelnie do skóry przylegającą i od działania powietrza chroniącą.

Przy takim leczeniu ból szybko ustał, części obrznięte chore otęchły, a gdy po upływie tygodnia, gummę z nich za pomocą wody oddalić kazałem, już i barwa ich nie przedstawiała nic nieprawidłowego; naskórek zaś w zupełności z nich się odłuszczył.

Chora w dniu 13 lipca zdrowa opuściła szpital.

#### IV. Ropnie (abscessus).

Licznie postrzegane ropnie z wyłączeniem wyżej wspomnianego, powstałego z uwieżonej przepukliny, który jak widzieliśmy spowodował śmierć chorób, tudzież jednego przypadku polegającego na utworzeniu się, w skutek zapalenia miedniczki nerkowej prawej, ogromnego ropnia śmiercią zakończzonego, wszystkie ukończyły się wyzdrowieniem chorych, będąc leczonemi według ogólnych prawideł chirurgii.

Wyżej wspomniany przypadek ropnia miednicy nerkowej prawej, powstały w skutek zapalenia ropiastego tejże miednicy, jakkolwiek nie miał przebiegu pomyslnego, był jednak pod niejednym względem tyle ciekawy, iż bliżej go opisać postanowiłem:

*Józefa B.....*, żona szewca, lat wieku 37 licząca, wzrostu średniego, źle odżywiona, szatynka, pewnego dnia, w porze letniej roku 1863, oczekując właśnie czyszczenia swego miesięcznego, kąpała się w Wiśle i zaziębiła się.

W skutek tego oczekiwane czyszczenie nie tylko nie nastąpiło, ale i dalej nigdy się już więcej nie pojawiło. Chora właściwych dolegliwości, z powodu wstrzymania się czyszczenia miesięcznego nie doznała i czuła się jak poprzednio, tak i nadal dosyć zdrową.

W końcu zaś listopada rzonego roku dotkniętą została silnym kłującym bólem w prawej części brzucha ku tyłowi, który to ból, mimo zastosowania środków rozmaitych przeciwzapalnych, odciągania miejscowego krwi za pomocą lecznych baniek, okładów ciepłych i t. d., nie tylko że nie ustał, ale przeciwnie zwolna coraz więcej się wzmagał.

Podczas trwania tego bólu powstał zarazem duży, bolący guz w prawej połowie brzucha, którym przestraszona chora w końcu zdecydowała się do szukania pomocy w szpitalu Świętego Ducha.

Wstąpienie jej do tego zakładu miało miejsce w dniu 20 grudnia rzonego roku, do kliniki terapeutycznej szkoły głównej, z kąd dopiero w dniu 28 grudnia do mego oddziału była przeniesiona. Śledząc ją, znalazłem w brzuchu guz podługowaty, w poprzek leżący, o zaokrąglonych końcach, który leżąc główną swoją



massą w prawej połowie brzucha, ku górze głębiej leżącemi częściami swemi zdawał się graniczyć z wątrobą, ku dołowi nie ze wszystkim do więzu Pouparta dochodził; ku stronie lewej i ku przodowi stykał się ze ścianą brzucha, a w kierunku ku stronie lewej nareszcie, nieco w lewą połowę jamy brzusznej sterczał. Guz ten wielkością równał się mniej więcej macicy ciężarnej w siódmym miesiącu; wypukłał on w skutek znacznej swój objętości odpowiednią mu część ściany brzusznej mocno na zewnątrz, zwłaszcza w kierunku ku stronie prawej i przodowi. Odpowiednio wspomnianemu wypukleniu, zwłaszcza zaś na boku prawym, nie wyjmując nawet miejsca w którym domyśleć się wypadało kiszki okrężnej wstępującej, brzuch przy opukiwaniu wydawał odgłos tępy, gdy zaś przestrzeń do dwóch cali szeroka, między guzem a dolnym brzegiem klatki piersiowej zawarta, dalej podobnej szerokości przestrzeń między guzem a prawym więzem Pouparta i nakoniec cała część brzucha leżąca na lewo, wydawały odgłos jasny.

Guz ten przy dotknięciu okazywał się dosyć nateżonym, a było czuć w nim wyraźne chęłbotanie. Każde dotknięcie go sprawiało chorój mocny ból. Przyrząd płciowy nie przedstawiał nic chorobnego.

Chora gorączkowała. Gorączka wprawdzie była niesilna, ale przedstawiała charakter trawiący. Nocami chora często się pociła. Język okazywała białawo obłożony, suchawy; stolec miewała tylko w skutek środków rozwalniających; mocz zaś często puszczała. Puszczone mocz zawierał białko.

Gdy rzeczy tak się miały, było niemożliwem, guz u chorój istniejący wiaść za co innego, jak za ogromny ropień torbielisty w związku ścisłym z nerką prawą stojący, o którym wszelako powiedzieć się nie dało, czy wynikał z miednicy rzeczonej nerki, czy z jój onercza, czy też z obu części razem.

W każdym zaś razie, rokowanie w tym przypadku było niedobre.

Co do leczenia, trzymałem się na początku bardziej sposobu leczenia wyczekującego, ograniczając się na zadawaniu środków gorączkę uśmierzających, stolec wypróżniających, łagodzących ból wguzie, później zaś zastosowałem do wewnątrz jak i zewnątrz preparata jodowe.

To wszystko jednak najmniejszego nie miało skutku. Guz wcale się nie zmniejszył, a jakkolwiek z drugiej strony i nie powiększył się, stan jednak ogólny chorój zwolna a statecznie się pogorszał. Tak więc w końcu, pragnąc ją wszelako ocalić, powziąłem myśl wypróżnienia torbieli będącej w mowie za pomocą trokaru.

Jakoż miałem już i przystąpić do téj operacji, obrawszy sobie punkt najmocniej na zewnątrz wystający guza (a leżał ten punkt na wysokości mniej więcej pępka, prostopadle ponad częścią zewnętrzną prawego więzu Pouparta), za miejsce do wkłócia trokaru, kiedy chora nieprzewidzianie życie zakończyła.

Śmierć jój nastąpiła w dniu 7 maja 1865 r. Śledzenie anatomiczne jój zwłok wykazało co następuje:

Opony mózgu nie przedstawiały nic nieprawidłowego; również i mózg prawidłowo się zachowywał, z wyjątkiem jednak przysadki mózgowej (*hypophysis cerebri s. glandula pituitaria*), która powiększona była do wielkości orzecha włoskiego średniej wielkości, pociągając za sobą odpowiednie rozszerzenie i tak zwanego siodła tureckiego kości klinowej.

Z płuc, prawe było przylepione do żeber i silnie krwią napełnione, lewe zaś zachowywało się prawidłowo.

Worek sercowy jako i samo serce były bez zmian chorobnych.

Z jamy brzusznej, po przecięciu jej ścian, wyciekło kilka funtów rzadkiego ropnistego płynu. W połowie prawej tej jamy znajdował się guz torbielowy, okrągławy, siedm do ośmiu cali średnicy mający, płynem napełniony, o ścianach mało nateżonych, który ztąd masą swoją nieco do połowy lewej téjże jamy wystawał. Guz ten za pośrednictwem tkanki łącznej zrosnięty był ze ścianą tylną jamy brzusznej, od góry zaś stykał się częściowo z powierzchnią wydrążoną wątroby, tudzież z kiszka okrężną poprzeczną, w kącie między guzem a brzegiem ostrym wątroby od strony prawej ku lewej przebiegającą; ścianą swą prawą i przednią stykał się z odpowiednimi ścianami jamy brzusznej. Ścianą dolną graniczył z kiszka ślepą, w naturalnym miejscu leżącą, a ścianą lewą nakoniec z kiszkami cieńkimi, które przezeń do połowy lewej jamy brzusznej były odepchnięte. Co do kiszki okrężnej wstępującej, ta leżała również nie w swoim miejscu, lecz ciągnęła się przez część zewnętrzną ściany przedniej guza, tam właśnie, gdzie guz najwięcej ku zewnątrz wystawał. Kiszka rzeczona w tém miejscu była ściśle z rzezoną ścianą guza zrosnięta, i do tego stopnia w poprzek rozciągnięta, że przeciwległe sobie ściany jej wzajemnie z sobą się stykały. Okoliczność ta tłumaczy dostatecznie uporczywe zaparcie stolca, które u chorój miało miejsce, jak również i odgłos tępy w okolicy brzucha odpowiedniej naturalnemu położeniu okrężnicy wstępującej.

Przytém z opisanego zachowywania się kiszki tej pokazywało się, iż gdybym był, jak zamierzyłem, wykonał punkcyę guza, byłbym kishkę tę przebił w poprzek, bo więcej jak prawdopodobnie byłbym troakar wbił w miejsce najwięcej na zewnątrz wystające, to jest właśnie w punkt, który był pokryty okrężnicą wstępującą. Reszta kiszek, odepchnięta będąc przez guz ku stronie lewej, wyłącznie w lewej połowie brzucha mieściła się.

Same kishki również jak i żołądek przedstawiały wejrzenie blade i były między sobą, jako téż z wątrobą, śledzioną i otrzewną ościenną, posklejane. Trzuszczka, wątroba i śledziona nie przedstawiały nic nieprawidłowego. Części płciowe zachowywały się wszystkie prawidłowo, tak samo z części moczowych pęcherz. Z nerek, lewa była powiększona i krwią przepełniona, prawa zaś stłuszczone i do tego stopnia zanikła, że przedstawiała tylko czwartą część prawidłowej wielkości. Nadto nerka prawa z lewą częścią guza była ściśle złączona i zarazem przez guz z miejsca swego aż ku kręgosłupowi posunięta, gdzie takie miało położenie, że brzegiem swoim wklęsłym zwróconą była ku tyłowi i kręgosłupowi, brzegiem wypukłym ku przodowi, stroną swoją przednią ku stronie lewej, a stroną tylną nareszcie ku stronie prawej.

Co się tyczy guza, to bliższe śledzenie pokazało, iż zawierał dwie jamy, z których jedna była mniejsza, druga większa. Jama mniejsza zajmowała bardziej część jego dolną, większa zaś część górną. Pierwsza była wypełniona płynem ropnistym, podobnym do znajdującego się w jamie otrzewnej, a łączyła się z tąż jamą za pośrednictwem maleńkiego otworku w ścianie lewej

i przedniej znajdującego się, który powstał w drodze przeropnienia tejże ściany, dając zarazem płynowi w jamie będącemu sposobność do częściowego wystąpienia do jamy otrzewnej. Ostatnia jama zawierała płyn także ropnisty, ale rzadszy od znajdującego się w pierwszej jamie, który mieścił w sobie liczne drobne bryłki i strzępy substancji białawej, między palcami łatwo rozgnieść i rozetrzeć się dające i żadnej nie miał komunikacji ani z jamą dolną, ani z jamą otrzewną. Część torbieli, odpowiednia jamie górnej, przy bliższym zbadaniu okazywała się być miednicą nerki w tak wysokim stopniu płynem rozszerzoną. Z tego też powodu dzieliła ona się w kierunku ku wnętrzu nerki na kilkanaście mniejszych i większych lejkowatych wydłużeń, przez też wnętrze do zanikłe o mięszu nerki wstępujących, które były rozszerzonymi kielichami nerkowymi. W głębi jednego z tych kielichów tkwił nieruchomie kamień moczowy, podługowaty, szorstki, bardzo twardy, wielkości nieomal postaci pestki śliwki, który będąc na obu końcach śpiczastym, jednym z tych końców tkwił w mięszu nerki, a drugim sterczał wolno do jamy torbieli. Moczowód odpowiedni nerce prawej, od pęcherza aż do okolicy nerki był otwarty. W bliskości nerki zdawał mi się być zarośniętym, mówię zdawał się, bo z dokładnością tego nie widziałem, gdyż moczowód ten, przy wyjęciu części moczowych ze zwłok zmarłej, celem dokładniejszego zbadania ich i oddania do pracowni patologiczno-anatomicznej pana profesora Brodowskiego, w końcu swoim, odpowiednim torbielisto przeistoczony miednicy nerkowej i nerce, został przypadkiem przecięty.

Z powyższych danych, co do istoty i przebiegu cierpienia chorej tu w mowie będącej, wynika co następuje: chora dotknięta od dawniejszego już czasu kamieniem moczowym, tkwiącym w jednym z kielichów nerki prawej, w skutek drażnienia jakie kamień ten wywierał na ściany miednicy nerkowej, dotknięta została zapaleniem tejże miednicy. Zapalenie, przybrawszy charakter ropnisty, (*nephropylitis purulenta*), dało powód, z jednej strony, do nagromadzenia się płynu ropnisteo tak w samej jamie zapalonej miednicy nerkowej, jak i w pokładzie tkanki łącznej też miednicę i nerkę otaczającej, i utworzenia się tym sposobem owęj wielkiej, dwujamistej torbieli, która jedną ze swoich dwóch jam odpowiadała miednicy nerkowej, drugą ropostekowi powstałemu na około tejże miednicy. Przytém zarazem moczowód tejże strony w bliskości miednicy nerkowej, czy to przez zupełne zarośnięcie, czy przez wysoko posunięte ścieśnienie się i zatkanie, czy narzecznie przez mocny nacisk doznany ze strony części przyległych, stał się nieprzenikliwym dla moczu. Z drugiej zaś strony, toż zapalenie ropniste spowodowało zarazem, skutkiem ucisku, owo po śmierci chorej znalezione, wysoko posunięte zaniknięcie i stłuszczenie nerki odpowiedniej strony.

Postrzegane zaś powiększenie i przekrwienie nerki lewej łatwo się tłumaczy powiększeniem jej czynności, jako następstwem zniesionej, przez opisany co dopiero process chorobny, czynności nerki *prawej*.

Co do śmiertelnego zakończenia się tego przypadku, to nastąpiło ono głównie skutkiem wyniszczenia organizmu przez *dlugotrwały process chorobny*.

Zresztą przypadek ten, nie tylko pod względem patologicznym, ale i pod względem terapeutycznym, był ciekawy. Pokazał bowiem, iż w tych razach w których wypróżnienie nagromadzonego w torbieli płynu w drodze operacji okazuje się wskazanem, wypada z tąż operacją nie czekać zbyt długo, aby nie przyszło, jak w moim przypadku do przedziurawienia torbieli płyn zawierającej i ulania się jego do jamy otrzewnej; z drugiej zaś strony, wzywa on nas do zachowania przy samej operacji jak największej ostrożności względem wyboru miejsca do potrzebnego, sztucznego przedziurawienia ściany brzusznej i torbieli, gdyż nader łatwo kiszka okrężna wstępująca może mieć podobne względem tejże torbieli położenie, i być w podobny sposób spłaszczoną i w poprzek rozciągniętą, jak w naszym przypadku. Jeślibyśmy więc w takim razie w miejscu najbardziej na zewnątrz wystającym torbieli, troakarem, lancetem lub nożem do tejże torbieli wdrażyli, wówczas przedziurawilibyśmy kiszkę okrężną wstępującą i nie ocalilibyśmy chorój, ale przyspieszylibyśmy jej śmierć. *(Dalszy c. n.)*

## K O R R E S P O N D E N C Y A.

*Tomaszów Rawski, d. 20 Lutego 1867 r.*

### O pylephlebitis obserwowanej przez pf. Dr. R o s é i opisaniej w N. 33 Gazety lekarskiej. <sup>1)</sup>

W N. 33 Gazety lekarskiej znajduję obserwację pf. Dr. Rosé pod napisem „Zakrzep i zapalenie żyły wrotnej (pylephlebitis)“. Zgodzą się zapewne koledzy ze mną, że obserwacja ta jest najważniejszą z pomiędzy wielu, z którymi w ostatnich czasach za pośrednictwem nowych pism peryodycznych zapoznaliśmy zostali.

Ze względu właśnie na jej ważność i na zajęcie jakie w naszym lekarskim świecie obudzić musi, pragnę przyczynić się do jej uzupełnienia kilku uwagami. Chory L. B. był blizkim moim znajomym od lat wielu. Od chwili rozpoczęcia się ostatniej choroby do dnia 12 października 1864 (przez dni pierwszych 8) t. j. do dnia, w którym pf. Rosé pierwszy raz widział chorego, byłem przy nim bezustannie prawie, również jak i w dalszym przebiegu choroby aż do chwili śmierci. Wreszcie ponieważ pf. Rosé, dla braku czasu, nie mógł być o-

<sup>1)</sup> Czyniąc zadosyć żądaniu Sz. kol. Markiewicza i przez szacunek dla zdania każdego kolegi, usiłującego wyjaśnić wątpliwą kwestyę, zamieszczamy w całości przesłane nam uwagi dotyczące obserwacji Pr. Roségo. Czynimy to tém chętniej i z pewnego rodzaju zadowoleniem, ile że Sz. kol. M..., obserwując z całą przyjacielską troskliwością chorego L. B. przedmiotem obserwacji będącego, potwierdza zupełnie opis *przebiegu choroby*, gdyż ani jedném słówkiem podanego w Nr. 33 Gaz. lek. opisu prostować nie widzi potrzeby. Całe wyjaśnienie i uzupełnienie obserwacji w niniejszych uwagach zawarte, odnosi kol. M. do sposobu *tłumaczenia patogenezy*, w czem z Pr. Roséem zgodzić się nie może. Położony przez kol. M. nacisk na wyraz *Paratyfilitis* w miejsce użytego przez autora obserwacji wyrazu *Perityfilitis* znajdzie każdy stosownym, *ale tylko co do nazwy technicznej*; ponieważ atoli *nazwa sama nie stanowi rzeczy, istota przeto zostaje niezmienniona i ta sama*, gdyż pod *Perityfilitis* rozumieją wszyscy to samo, co *Virchow* nazwał *Paratyfilitis*, boć zresztą pomiędzy greckiem: *peri* i *para* zachodzi filologicznie tak mała różnica, że greczyzna lekarska na tém wcale nie cierpi a tem mniéj *Patologia*. Wdzięczni także jesteśmy autorowi uwag za podany a nie znany szczegół anamnestyczny o przebytej przez chorego przed rokiem choroby gorączkowej (*Perityfilitis* jak sam autor uwag przyznaje), z czego tem pewniej wynika, że śmiertelna *Pylephlebitis* była następstwem *Peri (Para) tyfilitidis*; co się zaś tyczy *Patogenezy*, najstosowniej będzie zostawić jej tłumaczenie samemu czytelnikowi.

*(Przyp. Red.)*

becnym przy sekcji, ja dokonałem takowej w szpitalu Ewangelickim w obecności kolegi K w a ś -  
n i e k i e g o i spisany przez siebie protokół udzieliłem pf. R o s é.

Do opisu pf. R o s é wkradły się pewne niedokładności, których sprostowanie zapewne  
przez szanownego mego profesora za złe mi wziętem nie będzie.

W anamnezie powiedzianém jest, że chory „nigdy rady lekarskiej nie zasięgał”, co by  
dowodziło, że nigdy przynajmniej żadnej ostrzej choroby nie przechodził. Tymczasem L. B..  
na rok przed ostatnią chorobą, przechodził ważną ostrą chorobę, która, zdaniem mojem, w naj-  
bezpośredniejszym zostaje związku z pylephlebitis. Sam chory opowiadając mi tę chorobę  
(podezas której nie byłem w Warszawie) mówił, że przez 3 tygodnie leżał w łóżku, że miał  
boleści początkowo w całym brzuchu, potem więcej ze strony prawej a co najważniejsza, że le-  
karz (jeżeli się nie mylę Dr. S t u m m e r) nazwał mu tę chorobę „peritonitis“.

Pf. R o s é mówi: „bardzo nauczającą w naszym przykładzie była ta okoliczność....., że  
cała choroba powstała u naszego chorego z małego ropnia w tkance otaczającej kışkę ślepą  
znajdującego się. Oczywiście ropień ten był następstwem perityphlitis, a ta najprawdopo-  
dobniej wywołaną była długo poprzednio utrzymującym się zawałem fekalnym w jelicie ślepém.  
Gdyby nasz chory często w życiu swém zapalający a mianowicie na dolegliwości brzuszne  
podał się był wcześniej dokładnemu zbadaniu lekarskiemu, wykryto by niewątpliwie nagroma-  
dzenie zaległych ekskrementów w tém miejscu a przy stosownych środkach lekarskich zapo-  
bieżonoby wywiązaniu się perityphlitis i następstwom jej t. j. pylephlebitidis.”

Czyli że długo utrzymujący się zawał fekalny wywołał *Typhlitidem stercoralem* dnia  
4-go października 1864, że to z owrzodzeniami i utratą substancji połączone zapalenie błony  
śluzowej, mięśniowej i surowiczej w jelicie ślepém spowodziło perityphlitidem, która dała po-  
czątek ropieniu i t. d. (Porównawszy wniosek Kol. Mark. z przytoczonym dopiero ustępem  
Pr. R o s é, przyzna każdy, że wniosek to dowolny i wcale nie wynika ze słów autora obser-  
wacyi. P. R.).

Anamneza, objawy a najwięcej badanie pośmiertne skłania mnie do stwierdzenia, że  
inna pathogenesis miała tu miejsce.

Zanim postaram się uzasadnić moje twierdzenie, zwrócić pragnę uwagę na użytą przez pf.  
R o s é nazwę „Perityphlitis“. O ile mi wiadomo pierwszy O p p o l z e r (Kol. Mark. chciał zape-  
wne powiedzieć Virchow, jak w rzeczy samój było. P. R.) mówiąc w ogólności o zapaleniu tkan-  
ki łącznej pod otrzewną (subperitoneales Bindegewebe <sup>1)</sup>) starał się usunąć, ze stanowiska klini-  
cznego, zbyt ogólną formę znaną dotychczas jako *perityphlitis* i zastąpić ją dwiema różnemi  
formami klinicznymi t. j. *Paratyphlitis* i *peritonitis circumscripta*: pierwsza polegająca na  
zapaleniu tkanki łącznej położonej po za kışką ślepą, pomiędzy tą kışką, powięzią biodrową  
(fascia iliaca) i nieschodzącemi się tutaj w kieżkę listkami otrzewnej; druga będąca ograni-  
czoném zapaleniem trzewiowego listka otrzewnej otaczającej w części kışkę ślepą.

Któraż z tych dwóch form miała tutaj miejsce? Czy może obie jednocześnie były  
w tym wypadku?

Ponieważ dane z przebiegu choroby przytoczone przez pf. R o s é nie wystarczają do  
ścisłego rozpoznania umiejscowienia sprawy chorobnej w dole biodrowym, pomijam je więc  
zupełnie.

Dane jednak jakich sekcyja dostarczyła, były tak stanowcze, że należało było w całym  
opisie a szczególnie w epicrysie usunąć ogólnikową nazwę „Perityphlitis“ i zastąpić ją bardziej  
szczegółową „Paratyphlitis“ która tu jedynie miała miejsce. Opis badania pośmiertnego jest  
w artykule pf. R o s é zbyt lakonicznie skrócony. Ważnym tu jest opis stanu jelita ślepego,  
jego błony śluzowej a wreszcie pokrywającej je otrzewnej i wyrostka robaczkowatego,  
czego w podaniu nie znajdujemy.

Otóż chociaż słowa samego autora wystarczają do potwierdzenia mego zdania, jedyna  
bowiem zmiana anatomiczna w organach przewodu pokarmowego o której wzmiankuje była ta,  
iż „w tkance komórkowatej przytwierdzającej tylną ścianę kışki ślepej do powięzi biodrowej  
(było) zapalenie i ropienie na przestrzeni dwuzłotówki“; jakkolwiek to już pozwala twierdzić,  
że była to forma nazwana przez O p p o l z e r'a paratyphlitis, ale nadto jako wykonywający se-

<sup>1)</sup> Wiener medic. Wchsft. 1863. 6.

keyę donoszę: 1. że po otwarciu jamy brzusznej, (w której była mała ilość płynu żółtawego), tak ścienny, jak trzewiowy listek otrzewnej nigdzie a w szczególności na kiszce ślepej najmniejszej nie przedstawiał zmiany; 2. że nadzwyczaj mała (normalna) ilość tkanki łącznej pomiędzy listkiem otrzewnej a przednią powierzchnią кишки ślepej w niczem zmienioną nie była, że zatem peritonitis bynajmniej nie towarzyszyła zapaleniu tkanki łącznej pomiędzy kiszka ślepą a powięzią biodrową położonej.

Stwierdziwszy fakt, że tylko z paratyphlitis mieliśmy do czynienia, pragnę wykazać a przynajmniej prawdopodobnym uczynić, że nie *Typhlitis stercoralis* dała powód do zmiany w tkance łącznej za kiszka ślepą. By jednak o tém przekonać kolegów nie wystarczają dane w opisie zawarte. Wypada mi znowu sięgnąć pamięcią do sekcji i opisać dokładniej tak ognisko zmienionej tkanki łącznej za kiszka ślepą jak i stan błony śluzowej i mięśniowej кишки samej i wyrostka robaczkowego. (Autor obserwacji nie mówi o Typhlitis, tylko o Perityphlitis. P. R.).

Co do owego ogniska, to nie bez przyczyny nie nazwałem go zapalnym ani ropnym, gdyż żadnych śladów zapalenia ani ropienia nie przedstawiało.

Było ono wypełnione bardzo gęstą, zgrzęzistą, bardziej brunatno-szarą jak żółtawą *massą*. Ściany tego ogniska były wysłane niejednostajnej grubości warstwą masy konsystencji twarogowatej, bardziej w żółto-szarawy kolor wpadającej. Ubolewam, że nie mogę podać opisu tej masy po zbadaniu mikroskopem, sądzę jednak, że i makroskopijny wygląd nie pozwala na nazwanie tego „zapaleniem i ropieniem.“ Było to ognisko z zawartością rozpadową, może z domieszkami krwi; a jak sądzę nie w ostatniej chorobie uległa rozpadowi sama tkanka łączna normalna, a raczej było to ognisko ropne powstałe w przebiegu paratyphlitis (a zatem następstwo sprawy zapalnej! P. R.) przed rokiem przebytej, którego zawartość przemianie wstecznej uległa. Gdyż niema wątpliwości, że i owa „peritonitis“, o której mi chory opowiadał, nie była niczem innym jak zapaleniem wspomnianej tkanki łącznej.

Co się tyczy samej кишки ślepej i wyrostka robaczkowego, w tych błona śluzowa i mięśniowa były w takim stanie, jak też same warstwy w ścianach reszty kiszki. Nigdzie nie tylko nie znalazłem żadnej utraty substancji lub świadczącej o niej blizny, ale nawet najmniejszego owrzodzenia powierzchownego. Błona śluzowa była tylko nieco więcej rozpulchniona w jelicie ślepym jak w reszcie kiszki. Twardych ani miękkich resztek fekalnych w tych częściach kiszki nie znalazłem.

Śmiało więc twierdzić mogę, że w ciągu cztero-tygodniowego trwania choroby zakończonej śmiercią, sprawa zapalna znacznieszego natężenia w kiszce ślepej nie miała miejsca, a tem samem nie mogła dać początku zapaleniu tkanki łącznej za kiszka ślepą położonej. (Autor obserwacji nie twierdzi bynajmniej, że chory przebył świeżo *Perityphlitis*. *Przyp. Red*).

Czy można przypuścić, iżby zawał fekalny w kiszce ślepej, nie sprowadziwszy żadnej ważniejszej zmiany w jej ścianach, sam przez się (wywołując kolateralne zboczenia w krążeniu?) mógł spowodować gwałtowne zapalenie w tkance łącznej po za kiszka ślepą umieszczonej? Na to pytanie ja dałbym odpowiedź stanowczo przeczącą. Zostawiam je jednak do rozstrzygnięcia dalszym obserwacjom. O p p o l z e r mówi <sup>1)</sup>, że *Typhlitis stercoralis* zwykle w chronicznym przebiegu exacerbuje, lub, co się rzadziej zdarza, ostro występująca, prowadzi do paratyphlitis przez owrzodzenie błony śluzowej, zropienie warstwy mięśniowej i większe lub mniejsze przedziurawienie. N i e m e y e r <sup>2)</sup>, również powstanie tak peritonitidis jak i paratyphlitis przy *Typhlitis stercoralis* odnosi do owrzodzeń i przedziurawień w przebiegu tej ostatniej następujących.

Pozostawałoby jednak do rozstrzygnięcia pytanie, czy owa sprawa zapalna w jamie brzusznej, którą przebył chory na rok przed śmiercią, a która była zapaleniem tkanki łącznej po za kiszka ślepą, czy ta paratyphlitis nie wzięła wtedy początku z zapalenia błony śluzowej

<sup>1)</sup> S a c h s. Med. Almanach 1864 p. 149.

<sup>2)</sup> H a n d b u c h d. spec. Path u. Therap. pag. 449.

kiszki ślepej z owrzodzeniem połączonego a pochodzącego z zawałów fekalnych? Ma się rozumieć, że tu odpowiedź jest trudniejsza.

Jednakże zwracam uwagę na następujące okoliczności, przemawiające, zdaniem mojem, przeciwko temu przypuszczeniu. Błona sluzowa kiszki ślepej nie przedstawiała ani znaków chronicznego zapalenia, ani też blizny lub *zwężenia*. Tymczasem Niemeyer mówi<sup>1)</sup>, że nawet te owrzodzenia, które powstają w przebiegu *Typhlitis stercoralis* nie zachodzą wgląd po za tkankę łączną podsluzową i goją się w tym okresie, zostawiają po sobie ślad w postaci „tęgiej (*derbe*) blizny, która prawie zawsze zwężenie kiszki spowodowała“

Tak więc, zdaniem mojem, pf. Rose nie podał nam z swęj obserwacyi żadnych obiektywnych danych, któreby przyjętą przezeń pathogenesę paratyphlitis w tym wypadku słusznie motywowały. (Brak innych pewniejszych danych usprawiedliwia Pr. Rose. P. R.) Ja z méj strony sędzę, że przynajmniej wykluczyć można stanowczo istnienie niezawodnych danych, któreby o przyczynowym związku téj sprawy chorobnej pośrednio z zawałami fekalnymi, bezpośrednio z zapaleniem kiszki ślepej, w tym razie świadczyły.

Wprawdzie paratyphlitis powstająca inaczej jak przez przeniesienie się z kiszki ślepej i jako sprawa metastatyczna (o jakiej tu mowy być nie może) należy do osobliwości. Niemeyer nazywa ją *perityphlitis rheumatica*, która to nazwa nie albo gorzej jak nie określa. A jednakże podług mnie, jeżeli z całą konieczną obiektywnością obserwację tę weźmiemy pod rozbiór, nie pozostanie jak przyjąć tu ową zagadkową formę. (Jeżeli tłumaczenie Pr. Rose niezadawalnia kol. Mar., to tłumaczenie koll. Mar. nikogo zadowolnić nie zdolne. P. R.) Nie dla zrobienia rzeczy jaśniejszą, ale dla dokładności obserwacyi, muszę zwrócić jeszcze uwagę i na to, że L. B. bardzo często cierpiał na tak zwane reumatyzmy. Pamiętam, że miał tak dotkliwe reumatyczne bole głowy, iż pod *czapką* przez długi czas nosił *krymkę*, której nawet w pokoju nie zdejmował. W dolnych kończynach także bardzo często miewał dotkliwe reumatyczne cierpienia.

W czasie kiedy na rok przed chorobą ostatnią po raz pierwszy zapadł na paratyphlitis, odbywał częste, bardzo *męczące*, całodzienne podróże bryczkami po najgorszych drogach.

Zebrawszy powyższe uwagi przychodzę do następującego wniosku:

L. B. przebył w 1863 roku ostre zapalenie tkanki łącznej po za kiszką ślepą położoną, z przyczyny nieznanéj (reumatycznéj?). Tkanka ta przeszła w ropienie. W ognisku ropa uległa zwykłej przemianie wstecznej, która doprowadziła w części do zserowacenia, w części do zemulsyowania. W téj fazie nastąpiło w rok później z nieznanéj przyczyny nagle przedziurawienie jednéj z gałązek *Venae colicae dextrae*, przebiegającej wśród tego ogniska a następnie zakrzep w téj gałązce i dalszych pniach, skutkiem dostania się do nich masy rozpadowéj z ogniska za kiszką położonego.

Markiewicz.

### CZĘŚĆ STATYSTYCZNA.

Ruch chorych w szpitalach warszawskich.  
od dnia 14 marca do 20 marca (włącznie) 1867 r.

		Chorych było.	Przybyło.	Wyzdro.	Umarło.	Pozo- stało.
W szpitalu	Dzieciątka Jezus . . . . .	732	208	18)	40	720
„	Śgo Ducha . . . . .	156	32	25	3	160
„	Ewangielickim . . . . .	88	22	15	4	91
„	Śgo Rocha . . . . .	109	32	36	2	103
„	Śgo Jana Bożego . . . . .	164	55	2	1	161
„	Śgo Łazarza . . . . .	380	72	87	—	365
„	Starozakonnych . . . . .	385	72	78	11	368
	Ogółem:	2014	443	423	61	1973

### Wiadomości bieżące.

— Dr. Rosenthal, Naczelný lekarz szpitala starozakonnych w Warszawie, przesłał redakcyi opis choroby noworodka, połączonej z *czarnem zabarwieniem skóry*, który poniżej podajemy.

Diecię płci żeńskiej, na pozór zupełnie zdrowe, urodziło się d. 17 stycznia b. r. z przyrośnięciem języka, po podcięciu którego (d. 22 stycznia) „wystąpiło silne zapalenie pod języ-

<sup>3)</sup> l. c. pag. 499.

kiem i w dolnej części jamy ustnej“, któreto zapalenie wszakże d. 25go st. zupełnie ustąpiło i dziecię do normalnego stanu zdrowia powróciło. Dalej pisze Dr. R. — Wieczorem tegoż samego dnia 25go stycz. dostrzegła matka, że barwa ciała dziecięcia na ciemno popielatą jest zmienioną; przytem dziecko dobrze ssalo, wypróżnienia stolcowe były jeszcze żółte. Temperatura ciała normalna. Wezwany kol. Bernhard o 8ej wieczorem, znalazł dziecko w opisanym przez matkę stanie i zalecił powtórzenie kąpeli, która do tego czasu raz tylko na dzień była braną.

Nazajutrz z rana t. j. d. 26 stycznia, będąc wezwanym na naradę z kol. Bernhardenm, znalazłem barwę dziecięcia *zupełnie czarną*, jednostajną na całym ciele; białko oczów białopęłowe, błona śluzowa ust koloru jednostajnie czerwono-miedzianego, temperatura ciała nieco podwyższona, tętno i uderzenie serca regularne i przyspieszone. W nocy dziecko oddało stolec ciemno - zielony, a z rana w naszej obecności zupełnie czarnego koloru, lecz bez krwi. Za to mocz był wyraźnie z krwią zmieszany, tak dalece, że brzegi plamy z wysuszonego moczu na pieluszcze, na około różowo były zabarwione. W tym celu zapisaliśmy: Rp. *Elisiris acidi Halleri gtt. X. Aquae Melissae, Syrupi Mannae aa unc. I. M.D.S. Co godzina po łyżeczce od kawy.*

Wieczorem tegoż dnia znaleźliśmy dziecko w tym samym stanie. Po rannem naszym odejściu, raz mocz sam bez stolca był oddany tak mocuo z krwią zmieszany, że pieluszka po wyschnięciu była sztywną, czerwono-brunatno zabarwioną, jak gdyby czystą krwią skrzeplą splamiona, co nam najlepsze dało przekonanie, że krew nie tylko przy oddawaniu stolca z moczem oddzieloną zostaje. Prócz tego było parę stolców czarnych, gęstych; dziecko dobrze pierśssało i było spokojnem. W leczeniu nic nie zmieniono.

Dnia 27 stycznia z rana, spostrzegliśmy wielką różnicę: barwa ciała *daleko jaśniejsza z czarnego murzyna, dziecko zmieniło się w popielatego mulata*; stolec więcej zielony aniżeli czarny, mocz zaś ledwie ślady krwi pokazywał, tylko w jamie ustnej, w nieznacznej wprawdzie ilości, tak zwane grzybki powstały. Leczenie toż samo, tylko kąpeli dziś zabroniono, ażeby napływu krwi do nerek nie zwiększyć. Grzybki zaś roztworem chloranu potażu przemywać zalecono.

W ciągu tegoż dnia barwa ciała coraz jaśniejszą się stawała; mocz zupełnie bez krwi, a stolce coraz jaśniejsze, tak dalece, że wieczorem parę razy zupełnie były żółte normalne.

Tak lekarze jak i rodzice, na widok téj wyraźnej poprawy, cieszyliśmy się nadzieją wyratowania dziecięcia.

Tymczasem w nocy dziecko stało się niespokojnem, często płakało, objawiały się ruchy w brzuszku i w piersiach, jak gdyby konwulsyjne, które po każdym przemyciu ust roztworem chloranu potażu się powiększały. Być może, że dziecko tegoż *roztworu* przy każdym przemywaniu, po parę *kropli* połykało.

O godzinie 3ej z rana wezwany, zastałem dziecko w opisanym stanie: barwa była dość jasną, mocz bez krwi i stolec żółto-brunatny. Zaleciłem odstawienie przemywania i ciepłe, suche okłady na brzuch i piersi. O godzinie 5 1/2 z rana przywołany kcl. Bernhard, znalazł dziecko w konwulsjach, wśród których, o godz. 6ej z rana, ducha wyzionęło. Barwa ciała po śmierci pozostała popielatą.

*Przyp. Red.* Zdania Szan. kol. Dra R. jakoby opisana tu choroba, była chor. Addison'a, wiekiem chorego (noworodka) zmodyfikowaną, dla braku *pewniejszych* od wykluczenia danych, nie podzielamy.

---

Redaktor odpowiedzialny Prof. **Luczkiewicz.**

---

*Gazeta Lekarska* wychodzi w każdą sobotę, w objętości jednego arkusza, czyli str. 16.— Prenumerować można w Redakcyi, na wszystkich urzędach i stacyach pocztowych, tudzież w znaczniejszych księgarniach krajowych i zagranicznych.

---

Redakcyja *Gazety Lekarskiej* przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Berensztejna, Nr. 1364, mieszkania Nr. 6.

---

W Drukarni *Gazety Polskiej*.—Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.

---