

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. L. Szuma n. Cięcie ścian brzusznych w celu chirurgicznego wyleczenia zamknięcia światła kiszki; wyzdrowienie. — II. R. J a s i ń s k i. Spostrzeżenia dotyczące leczenia choroby Pott'a (dokończenie). — III. J. P a w i ń s k i. Wspomnienia z wycieczki do Berlina. — *Dział Sprawozdawczy:* 38. O wydobywaniu ciał obcych z przewodu słuchowego zewnętrznego. — 39. Nowe poszukiwania nad istotą zimnicy. — 40. O niektórych zmianach dna oka zasługujących na uwagę pod względem ogólnoklinicznym. — 41. O drenowaniu pęcherza w przypadkach cięcia w ogóle, a cięcia wysokiego w szczególności. — 42. Nerwoból symetryczny. — † S. p. Teodor Ferdynand Tripplin. — Wiadomości miejscowe. — Zagraniczne. — *Korespondencyja* z Kutna. — Odpowiedzi Redakcyi. — Od Redakcyi. — Ogłoszenia.

I. CIĘCIE ŚCIAN BRZUSZNYCH W CELU CHIRURGICZNEGO WYLECZENIA ZAMKNIĘCIA ŚWIATŁA KISZKI; WYZDROWIENIE.

Przez D-ra **L. Szumana**, lekarza szpitala Dyjakonisek w Toruniu.

W ciągu ostatnich kilku lat niektórzy z autorów, głównie angielskich i niemieckich, wystąpili znowu w obronie laparotomii, połączonej z odszukaniem miejsca zamknięcia światła kiszki, w celu aby zamknięte miejsce już to za pomocą stosownego rękoczynu rozluźnić, już to — w razie gdy zgorzel nastąpiła — aby za pomocą wycięcia i zeszcycia odpowiednich kawałków kiszki, przywrócić światło i normalne funkcjonowanie przewodu kiszkowego. Ten sposób operowania, dawniej z powodu bardzo nieszczęśliwych wyników zarzucony, zdaje nam się dzisiaj, od czasu postępu chirurgii przez wprowadzenie metody przeciwnilnej, znowu więcej uprawionym niżeli enterotomija, będąca, nawet w razie wyzdrowienia, ciężkiem i przykrem kalectwem dla chorego. Jeżeli wyniki operacji przeciwnilnych odpowiedzą oczekiwaniom naszym, wtedy zapewne laparotomija, połączona z usunięciem zamknięcia światła kiszki, ogólnie przez chirurgów przyjętą będzie. Szczęśliwy przebieg przypadku przez nas operowanego, który poniżej podajemy, niechaj wraz z przypadkami wyleczonemi i przez innych ogłoszonymi ¹⁾, przyczyni się do rozpowszechnienia tejże metody.

*

*

*

Wilhelm Thiel, 59 lat, właściciel młyna w S., cierpiał od czterech lat na małą przepuklinę udową, która się zawsze łatwo odprowadzać dawała. Paska przepuklinowego chory nie nosił. Prócz tego cierpi od lat kilku na kaszel.

¹⁾ Porów. podania i referaty: H. Marsha, Toggea i Howse'go, Chr. Heath'a, Koeberlęgo, H. Kraussolda, E. Albanese'go, C. Allbut'a, w ostatnich czterech rocznikach *Centralblatt für Chirurgie*.

13-go Sierpnia 1880 r., z rana, odprowadził sobie wypadłą przepuklinę. Wkrótce potem jednakże uczuł boleści w brzuchu powyżej przepukliny, które się rozciągały po prawym boku aż pod żebra. Boleści stawały się coraz silniejsze. Już po kilku godzinach wystąpiły wymioty, które się coraz częściej powtarzały, ciągle pragnienie, brak apetytu, bezsenność. Trzeciego dnia przyłączyły się wymioty kałem i mocne wzdęcie brzucha. Lekarz, piątego dnia przywołany, zalecił enemę, pijawki, później zaś przepisał makowiec. Polepszenie nie nastąpiło, objawy wzmagały się nieustannie. Dziewiątego dnia, wieczorem, przywieziono chorego z miejsca zamieszkania, o cztery mile odległego, do tutejszego szpitala Dyjakonisek.

Stat. praes. dnia 21 Sierpnia:

Poniżej prawego więzu P o u p a r t'a znajduje się przewód przepuklinowy próżny, w który mały palec z łatwością wsunąć można. Jamka przepuklinowa również pusta. Tętnica udowa pulsuje wyraźnie pod palcem wsuniętym w jamkę przepuklinową. Brzuch twardy, wzdęty. Ciągłe odbijanie się i prawie co kwadrans wymioty kałowe. Mocne boleści w całym brzuchu, szczególnie zaś po prawej stronie. Płynnego wysięku w jamie brzusznej badanie nie wykazuje. Zarysy wzdętych kiszek widoczne przez ścianę brzuszną, ograniczonego zaś stwardnienia w jamie brzusznej nigdzie wykazać nie można. Chory bardzo osłabiony, ponieważ już 9 dni nie jé, nie śpi, *facies hippocratica*. Tętno mocne, 100 uderzeń na minutę.

Ponieważ już różne wewnętrzne i mechaniczne środki bez skutku były probowane, ponieważ dalej, chory już od pięciu dni cierpiał na wymioty kałowe i stan jego ogólny wciąż się pogarszał, postanowiłem przystąpić zaraz do leczenia operacyjnego, na co się chory bardzo chętnie zgodził. Operację wykonałem natychmiast, skoro tylko najkonieczniejsze przygotowania załatwiono, dnia 21 Sierpnia, o godzinie 10 wieczorem. Czekać aż do dnia następnego zdawało mi się rzeczą niepewną, ponieważ chory był tak bardzo osłabiony.

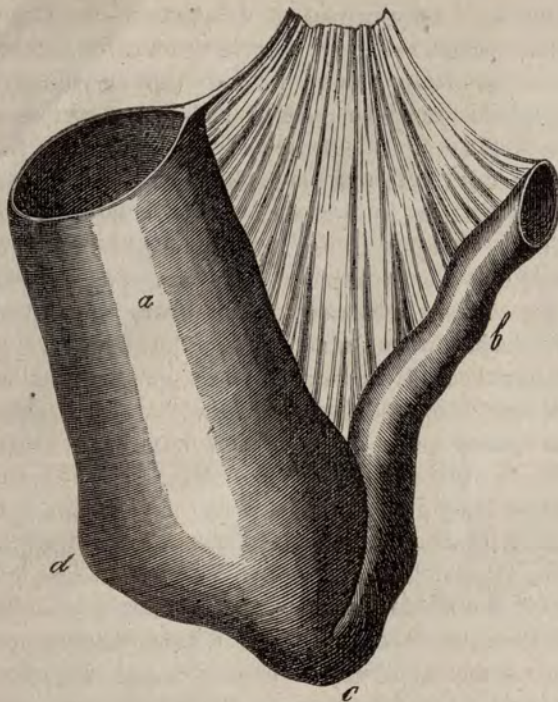
Operację odkładać aż do chwili, gdy tętno znacznie słabnąć, uważam za rzecz niewłaściwą, gdyż przez to dobry skutek operacji najczęściej staje się bardzo wątpliwym. Wykonałem ją z łaskawym współudziałem kolegi M e y e r'a, przy pomocy trzech innych obecnych mężczyzn, przy świetle lampy.

Po stosownej dezynfekcji okolicy brzusznej i prawego uda chorego, oraz narzędzi i rąk naszych, przeciąłem, po zachloroformowaniu chorego, skórę powyżej prawego więzu P o u p a r t'a, poczawszy od przewodu pachwinowego w kierunku ku zewnątrz i ku górze. Cięcie było mniej więcej 3 ctm. długie. Wykonałem je dlatego na prawej stronie, ponieważ spodziewałem się miejsce zamknięte kiszki tutaj znaleźć, gdyż zamknięcie kiszki powstało bezpośrednio po odprowadzeniu przepukliny i boleści najwyraźniejsze były po prawej stronie, powyżej przewodu przepuklinowego. Narzędzia potrzebne leżały przez cały czas operacji zanurzone w naczyniu z 3% wodą karbolową. Do zbierania krwi z ran, użyłem początkowo karbolizowanych, mokrych tamponów z juty, następnie po otworzeniu jamy otrzewnej, gąbek, które, według metody F r i t s c h'a¹⁾, przez

¹⁾ Archiwum Langenbeck'a, tom XXIV, str. 749.

3 godziny w 5% roztworze karbolu były gotowane i aż do operacji w takimże roztworze w zamkniętych naczyniach zachowane. Operację tę wykonałem, tak samo jak i inne, bez mgły karbolowej, którą, jak to niżej objaśnię, uważam za zbytęcną. Pojedyncze warstwy mięśni przecięto pomiędzy dwiema pincetami. Krwawienie było małe, tętnica podbrzusna (*A. epigastrica inferior*), która u tego chorego nadzwyczaj była rozwinięta, gdyż była prawie grubości tętnicy promieniowej, przebiegała przez wewnętrzny kąt rany i nie została uszkodzoną. Otrzewnę zachwyliłem pincetą, naciąłem nieco, a następnie, guziczkowym nożykiem przepuklinowym przeciąłem tak dalece, iż było można palec w jamę brzusznią wprowadzić. Po podprowadzeniu palca przeciąłem tymże nożykiem otrzewnę tak daleko, jak była w ranie widoczną. Natychmiast wsunęła się część wzdętej, rozszerzonej kiszki w ranę, i nieco przezroczystego płynu wypłynęło z jamy brzusznej. Płóś tegoż mogła wynosić tyle co zawartość średniego kieliszka. Palcem wprowadzonym do brzucha można było zbadać teraz całą okolicę kanału udowego, wsunąć koniec palca od wewnątrz w tenże kanał i przekonać się, że oprócz zgrubienia i zmarszczenia otrzewnej, innej anormalności w tem miejscu nie było. Tak daleko jak badający palec mógł się wsunąć pomiędzy kiszki, nie było nigdzie można znaleźć miejsca zamknięcia. Pętle kiszkowe, w pobliżu rany leżące, były wszystkie gładkie, bardzo wzdęte, przy świetle lampy ciemno brunatno-czerwono zabarwione. Było rzeczą niemożliwą przez cięcie 3 cali długie wzdęte pętle kiszkowe powyciągać, by znaleźć miejsce zamknięcia przewodu pokarmowego. Dlatego musiałem przedłużyć cięcie ku górze i ku zewnątrz nożykiem przepuklinowym, po podprowadzeniu palca, tak, iż całe cięcie miało teraz około 5 cali długości i że łatwo było wprowadzić całą rękę do jamy brzusznej. Ponieważ pętle kiszkowe, w pobliżu rany się znajdujące, były bardzo rozdęte, spodziewaliśmy się znaleźć miejsce zamknięte kiszki w niewielkiej odległości od tychże. W tym celu zacząłem najpierw w zewnętrznym krańcu rany kiszkę z jamy brzusznej wyciągać. Po wyciągnięciu kawałka kiszki kilka cali długiego, obejrzeniu takowego i obmyciu gąbkami namoczonemi w 5% roztworze karbolu ¹⁾, odprowadzono natychmiast oczyszczoną część kiszki do jamy brzusznej. Tym sposobem zbadałem przestrzeń kiszki może łokieć lub 1½ łokcia długą. Wypełnienie i przekrwienie kiszki zdawało się raczej zmniejszać niż zwiększać, im więcej się od punktu kiszki bezpośrednio pod raną leżącego oddalaliśmy. Z tego powodu zaniechaliśmy dalszego wyciągania kiszki w tym kierunku i przystąpiliśmy do wydobywania jej w wewnętrznym krańcu rany. Postępując w ten sam sposób dalej, i odprowadzając natychmiast obmyte zwoje kiszki, zauważyliśmy po niej jakim czasie, iż kiszka staje się coraz pełniejszą i coraz trudniej z rany się daje wyciągać. Obok zwojów kiszki wzdętych i przepelnionych, pokazały się także próżne skurezone części kiszki w ranie. Wprowadziwszy teraz do jamy brzusznej lewą rękę umoczaną w roztworze karbolu i posuwając ją w kierunku przepelnionej części kiszki do wnętrza brzucha, można było wyczuć następujący stan rzeczy: część kiszki naj-

¹⁾ Musiałem używać zimnego roztworu karbolu, ponieważ w krótkim czasie, który na przygotowania mógł być użytym, nie zdołano przyrządzić ciepłego.



bardziej przepelniona spuszczała się do wnętrza małej miednicy, do przestrzeni D o u g l a s'a. Od prawej strony кишки można było wyczuć od przodu ku tyłowi przebiegającą, dość mocno napiętą fałdę otrzewnej, która zdawała mi się być prawem więzadłem D o u g l a s'a. Przez równoczesne lekkie pociągnięcie części кишки pod wewnętrznym końcem rany położonej, za pomocą ręki prawej i przez podnoszenie pętli kiszkowej, znajdującej się w przestrzeni D o u g l a s'a za pomocą ręki lewej; w jamie miednicy się znajdującej, udało mi się dość łatwo kioskę z przestrzeni D o u

g l a s'a przed ranę wyciągnąć. Pętla kiszkowa, z przestrzeni D o u g l a s'a wydobyta, przedstawiała następujący stan: część кишки, po prawej stronie leżąca, widocznie doprowadzająca, była wzdętą i przepelnioną (zob. fig. przy a), część zaś odprowadzająca кишки była skurczoną, cienką i bladą (b). Tam gdzie część napelniona przechodziła w prózną, znajdowało się nie dające się wyprostować kolankowe zgięcie кишки (c). Zawartości кишки nie można było do części próżnej przesunąć przez lekkie uciskanie części przepelnionej. Uchwyciwszy kioskę powyżej i poniżej zgięcia kolankowego, mogłem przy użyciu niewielkiej siły zespolone części кишки od siebie odłączyć i rozciągnąć do mniej więcej linii prostej. Teraz zawartość z części pełnej dała się łatwo w prózną część кишки przesunąć i w ostatniej dalej poruszać. Samodzielnych ruchów robaczkowych nie można było dostrzedz w czasie operacji. W pobliżu zgięcia na przestrzeni, na której obie części pętli kiszkowej złączone były, tak otrzewna kiszkowa, jakoteż i krążki w tem miejscu przedstawiały powierzchnię nierówną, chropowatą, bez połysku. Rozciągnięte miejsce zlepu кишки nie krwawiło wcale. Widocznie był to zlepek świeży, dający się bez użycia narzędzi rozłączyć.

Na przepelnionej części кишки, kilka centymetrów powyżej zgięcia kolankowego, znajdowała się ograniczona wypukłość, bardzo miękka, świecąca, ciemniej niż otaczająca kiszka zabarwiona, kształtu ostrokątego. Objaw ten zdaje nam się być godnym uwagi, prawdopodobnie byłoby w miejscu wypuklenia nastąpiło pęknięcie кишки. Wiotkość ściany kiszkowej w tem miejscu powstała prawdopodobnie przez rozsuniecie się warstwy mięśniowej кишки, jak to w podobnych razach przy sekcjach ciał zauważono. Otrzewna była jeszcze w tem

miejscu zdrowa, gładka i świeżą. Dalej, znajdował się w samym miejscu zgięcia kieszki pasek 1 — 2 milimetrów szeroki i około 2 centymetry długi, gdzie ściana kieszki była widocznie już podległą zgorzeli. W miejscu tem bowiem była kieszka popielato-szara, bez połysku, i jak się zdawało, już bez krwi; przedziurawioną nie była, ropnego wysięku nie było także w tem miejscu. Nie można wprawdzie było skonstatować, czy ten wężki, blisko pół obwodu kieszki zajmujący zgorzelinowy pasek, zajmował w tem miejscu wszystkie warstwy ściany kieszkowej; śladów przesiąkania zawartości kieszki do jamy brzusznej w każdym razie nie było. Dlatego też nie było koniecznego wskazania do wycięcia tego kawałka kieszki. Postanowiłem przeto chore miejsce jelita leczyć sposobem zachowawczym, w nadziei, że w przypadku przedziurawienia miejscowe zlepane zapalenie otrzewnej chorą cząstkę kieszki do ściany brzusznej, jak się to zwykle dzieje, przytwierdzi i ogólnemu zapaleniu zapobieże. Odprowadziłem przeto pętlę kieszkową, przekonawszy się jeszcze raz, że światło jej po rozciągnięciu zgięcia pozostało wolnem i obmywszy je wodą karbolową, napowrót do jamy brzusznej i ułożyłem je tak, iż chore miejsce ściany kieszkowej leżało bezpośrednio po za dolnym kątem rany. Następnie zeszyłem ranę głębokimi szwami katgutowemi wprowadzając zwykłą krzywą igłą, przez dolny brzeg rany, od zewnątrz ku wewnątrz, a przez górny od wewnątrz ku zewnątrz, przyczem, przez podłożenie palcy bezpośrednio pod zakładany szew, kieszkę od ukłucia zabezpieczałem. W wewnętrzny kąt rany wsunąłem gumową rurkę drenową, średniej wielkości, tak głęboko, iż koniec jej znajdował się jeszcze w jamie brzusznej tuż obok zgorzelinowego miejsca ściany kieszkowej. W końcu założyłem jeszcze kilka szwów powierzchownych. Krwawienie, które początkowo było bardzo małe, powiększyło się znacznie przy następczem, wyżej wzmiankowanem rozszerzeniu cięcia. Krwawienie to miało miejsce z mięszu przeciętych mięśni. Po oczyszczeniu i zeszyciu rany wyciśnięto przez mierny ucisk na ścianę brzuszną nieco krwi z rurki drenowej i nieco powietrza, które widocznie przy wyciąganiu i odprowadzaniu kieszki, do brzucha się z zewnątrz dostało. Potem jednakże krew wciąż w małej ilości z rurki drenowej się sączyła. W skutek tego włożyłem dla utrzymywania stałego ucisku na ranę, pomiędzy dwie warstwy juty użytej do bandażu, gąbkę karbolizowaną, zawiniętą w papier pergaminowy, i cały opatrunek mocno do ciała opaskami z gazy przycisnąłem ¹⁾. Operacja trwała przeszło godzinę, podczas niej chory kilka razy kałem wymiotował.

¹⁾ Opatrunki z gazy karbolowej Lister'a, lub z waty salicylowej według Thiersch'a których doskonałość najzupełniej uznajemy, są dla mało uposażonych szpitali prowincjonalnych zbyt drogie. Opatrunek zaś składający się z czystego płatka, maczanego w 5% oleju karbolowym, dalej z juty namoczonej w 2% rozeżynie karbolu, papieru pergaminowego do przykrycia opatrunku i opasek gazowych, które kilkakrotnie prać można, jest obok wielkiej taniści wielce użytecznym w mniejszych szpitalach i dla biednych chorych. Wprawdzie bandaż taki przez cały tydzień lub dłużej bez zmieniania go obydł się nie może, jednakże jeżeli 1 — 2 razy dziennie wlejemy nieco rozeżynu karbolowego w jutę, w bandażu pod papierem pergaminowym będącą, to opatrunek ten jeżeli wydzieliną rany niezbyt jest obfita, może 2—4 dni być niezmienionym. Już poprzednio używałem od pół roku mniej więcej tego prostego i taniego opatrunku przy wypilowaniu stawu łokcjo-

Przebieg: Drugiego dnia, 22 Sierpnia, o godzinie 7 rano, stan chorego był jeszcze wciąż niezadawalniającym, jakkolwiek nie było objawów wysięku otrzewnej i nie było gorączki (ciepłota $36,7^{\circ}$ C.), mimo to wymioty kałem nie ustały, powtarzały się mniej więcej co pół godziny. Boleści zaś w dolnej okolicy brzucha były znacznie mniejsze niż wczoraj. Opatrunek rany znajdował się niestety w bardzo opłakanym stanie, był bowiem, przynajmniej w swoich górnych warstwach, również jak pościel i podkładki na których chory leżał, uryną przemoczony. Chory po zachloroformowaniu wczorajszem pozostawał jeszcze przez dłuższy czas w stanie niezupełnie przytomnym i pościel dwa razy uryną przemoczył, o czym (przez nieuwagę osoby pilnującej), nie dano znać mi natychmiast. Mocz, który chory nad ranem, po przyjsciu do przytomności oddał, był czarniawo zabarwiony. Opatrunek zmoczony zmieniłem (w głębszych warstwach juta jeszcze mocno karbolem pachniała), i ze względu na czarניawe zabarwienie moczu ostatnio oddanego, założyłem bandaż z waty salicylowej. Poprzednio zaś oczyściłem bardzo starannie wodą karbolową ranę i skórę naokoło rany, z obawy przed możliwością zakażenia, w skutek przemoknięcia moczem opatrunku. Dren wystawał około pół cala z rany i został przy powierzchni skóry przycięty; to wysunięcie się częściowe drenu, nastąpiło prawdopodobnie w skutek bardzo szybkiego zaklejenia się rany otrzewnej, jak to w innych przypadkach miałem sposobność widzieć, np. przy operacjach przepukliny. Dyjete unormowałem w ten sposób, że choremu, ze względu na ciągle pragnienie, co kwadrans trzy łyżeczki wina, wody z winem, lub czarnej kawy dawać poleciłem; większej ilości napoju od razu, z obawy przed wymiotami, nie dozwoliłem.

Wymioty od chwili zmiany opatrunku i odrzucenia gąbki naciskającej natychmiast ustały. Zdaje mi się rzeczą prawdopodobną, iż ów ucisk za pomocą gąbki, powodował znaczne zwężenie światła kiszki pod samą raną się znajdującą, przez przyciśnięcie tejże do kości wielkiej miednicy. Po usunięciu tej gąbki bowiem, wymioty, które aż do zmiany opatrunku mniej więcej co pół godziny się powtarzały, przez kilka godzin wcale się nie pojawiły i tylko raz jeszcze po 6-ciu godzinach, chory nieco zwymiotował, gdy przeciw przepisowi pół filiżanki rosolu z żółtkiem od razu wypił. Okłady lodowe na brzuch. Pigułki lodowe. *Tinct. opii*.

Dnia 22 Sierpnia, w południe, ciepłota $36,5^{\circ}$ C., wieczorem także niższa od normalnej, $36,8^{\circ}$ C. Uryna jeszcze bardzo ciemna. Odeszło nieco wiatrów. Brzuch niebolesny, lecz mocno wzdęty.

Dnia 23, rano. Nowy opatrunek salicylowy, ponieważ wczorajszy już się nieco zluźnił. Rana bez bólu. Okolica nadpępkowa (*epigastrium*) bardzo wzdęta, tak, że oddech staje się utrudnionym. Szczególnie w dolnej części tejże okolicy kiszka wznosi się ponad powierzchnią brzucha w formie wału poprzecznego. Odgłos opukiwania całej jamy brzusznej mocno bębniasty. Ciepłota $37,6^{\circ}$ C. Wymiotów nie ma. Zaprzestałem dawania makowca, a ponieważ objawy te zdawały się pochodzić z wielkiej niedostateczności ruchów robaczkowych, zaor-

wego, przy odjęciu piersi, przy kilku operacjach radykalnych przepukliny wodnej (*hydrocele*) za pomocą cięcia, przy kilku operacjach narośli mniejszych i większych, zawsze z bardzo dobrym skutkiem. Ten też opatrunek i tutaj założyłem.

dynowałem olej rycynowy. Mimo to stolec w najbliższych godzinach się nie zjawiał, owszem, ów wał poprzeczny z tympanicznym odgłosem w okolicy nadpępkowej, odpowiednio położeniu kiszki poprzecznej, coraz więcej się wznagał. Z obawy przeto przed samodzielnym pęknięciem kiszki, którego w tym przypadku, ze względu na szczegóły wyżej podane, bardzo się obawiałem, przystąpiłem do przekłucia miejsca najbardziej wystającego w okolicy nadpępkowej. Po oczyszczeniu przeciwgnilnem tego miejsca i trójgrańca (który to trójgraniec oprócz otworu końcowego jeszcze otwór boczny blisko końca posiadał), mającego 1,5 milimetra średnicy, wbiłem tenże dość głęboko w ukośnym kierunku w miejsce wystające. Natychmiast gazy z kiszki w większej ilości ulatywać zaczęły, przy lekkim ucisku w pobliżu trójgrańca, jeszcze pewna ilość gazów się przez rurkę wydobyła. w końcu wypłynęło kilka kropli mocno cuchnącej zawartości kiszki. Okolica nadpępkowa stała się znacznie mniej wzdęta i znacznie miękkszą. Po wyjęciu trójgrańca, przyciśnięto zaraz otworek od tego powstały czopkiem konopi (juty) karbolizowanych, by jaknajwięcej zapobiedz przedostaniu się zawartości kiszki do jamy brzusznej. Po kilku minutach przykryłem otworek kawałkiem płótna, w oleju karbolowym namoczonym.

Dnia 23-go, w południe, ciepłota 37,1° C. Pacjent czuje więcej ruchów robaczkowych i przelewania się w kiszkiach. Wzdęcie mierne.

Dnia 23-go, wieczorem, ciepłota 37,5° C. Chory miał dwa razy, stolec twarde w małych ilościach. Makowiec, okłady lodowe.

Dnia 24-go, rano, ciepłota 37,4° C. Wzdęcie znowu znacznie się powiększyło, chory kaszle bardzo wiele, więcej jak dni poprzednich, narzeka przytem na wielką duszność i osłabienie, rana zlekka bolesna. Z tego powodu zmieniono opatrunkę. Wygląd rany dobry. Pomimo kaszlu zeszyte brzezi skóry nie są od siebie oddzielone. Odgłos opukowy płuc normalny, stetoskop wykazuje szmery rzeżące w całych piersiach. Z powodu wielkiej duszności i wzdęcia jeszcze raz przekłuto kiszki cienkim trójgrańcem w okolicy nadpępkowej, w miejscu o kilka centymetrów od wczorajszego przekłucia odległem. Gazy ulatniały się znowu z kiszki, lecz nie w tak wielkiej ilości jak wczoraj, gdyż rurka trójgrańca zatkała się cząsteczkami zawartości kiszki, jak się to po wyjęciu rurki okazało. Około miejsca wczorajszego przekłucia, małe stwardnienie wielkości dziesięciogroszówki, zresztą żadnego płynnego wysięku w jamie brzusznej niema. Wewnętrznie zaleciłem *morphium*, z powodu kaszlu.

Dnia 24-go, wieczorem, wzniosła się ciepłota do 38,2° C. Wzdęcie brzucha nie tak mocne jak rano. Kaszel i duszność jeszcze bardzo męczą chorego.

Dnia 25-go, rano, ciepłota 37,8° C. Zmiana opatrunku. Górny brzeg rany częściowo zaczerwieniony, twardy, bolesny. Brzezi rany jeszcze złęczone, duszność mniejsza, kaszel wciąż mocny. Okłady lodowe wstrzymałem. Zamiast waty salicylowej użyłem znowu do opatrunku mokrej juty, ponieważ z powodu zaczerwienienia w pobliżu rany częsta zmiana opatrunku zdawała się być potrzebną. Wzdęcie brzucha jeszcze istnieje, jakkolwiek w miernym stopniu.

Przez najbliższe dwa dni nie wiele zmieniło się w stanie chorego. Zaczerwienienie jednego brzegu rany wciąż istnieje, tylko bolesność tegoż się zmniej-

szyla. Sączek z wewnętrznego końca rany usunąłem, ponieważ skóra w otoczeniu jego była zupełnie normalną i ponieważ ani śladu ropy w nim się nie znajdowało. Ciepłota wieczorna 38,2° i 38,1° C.

W nocy z dnia 27-go na 28-my nastąpiło mocne rozwolnienie, przyczem odeszły wielkie ilości kału. Wzdęcie ustąpiło zupełnie. Kaszel zmniejszył się. Zmieniono opatrunek rozluzowany już poprzednio przez samego chorego.

Rozwolnienie ustąpiło w krótkim czasie po kilku dawkach makowca. Zamiast dotychczasowej, ściśle płynnej dyjety, pozwoliłem teraz na lekkie potrawy mięsne, rosół z żółtkiem, bułkę, sucharki, mleczną kawę. Zacerwienie rany wzmogło się i rozszerzyło po owym wzmiankowanym wypadku, przy którym chory samowolnie odjął opaski. Brzegi rany skórnej rozeszły się nieco. Zjawilo się także małe ropienie, w skutek częściowego obumarcia rozerwanych brzegów skórnych. Ciepłota ciała nie wzniosła się ponad 38,0° C. W głębi rany pozostały warstwy mięśniowe mocno z sobą złączone, kanał, w którym rurka sączkowa leżała, był również już zamknięty. Nawet przy kaszlu nie wypukła się ziarnina w otwartej ranie skórnej, na szerokość palca widzialna, zaś dawna przepuklina udowa od czasu do czasu się pokazywała.

Od dnia 31-go Sierpnia ciepłota ciała zawsze normalna. Stan ogólny coraz lepszy.

Dnia 3-go Września chory pierwszy raz wstał. Kaszel jeszcze mocny, duszności niema.

Dnia 7-go przedstawiłem chorego w tutejszem zgromadzeniu lekarskiem, a w trzy dni później opuścił on na własne życzenie szpital dyjakonisek. Rana w skórze była już pokryta zdrową ziarniną, trawienie było dobre, kaszel mniejszy.

Według wiadomości, d. 1-go Października zasięgniętych, chory o tyle się już wzmocnił, iż zatrudnieniu swemu (jako młynarz) podołać może. Rana przy opatrunku jutowym, w domu uskutecznianym, już się zupełnie zablizniła.

*

*

*

Niechaj nam wolno będzie do powyższego przebiegu chorobowego kilka tylko słów epikrytycznych dołączyć. Sposoby leczenia zamknięcia się kiszek za pomocą lekarstw wewnętrznych, za pomocą środków mechanicznych, elektrycznych i innych, są niezapreczenie w pierwszych dniach choroby wskazane, ponieważ dotychczas wyniki leczenia operacyjnego bywały częściej zlemi niż dobremi. Jednakże w razach, gdzie inne środki nie poskutkowały, uważamy zbyt długie ociąganie się z operacją, za postępowanie zwykle nie wiodące do celu i w ogóle szkodliwe, gdyż tylko wtedy można mieć nadzieję uratowania chorego przez operację, dopóki siły jego są w stanie tak znaczną operację wytrzymać. Staranne zastosowanie metody przeciwnilnej uważamy za koniecznie potrzebne. Rana otrzewnej i rana mięśniowa zgoiła się w naszym przypadku bezgnilnie i bezpośrednio; małe ropienie po pęknięciu brzegów skórnych, odnieść zapewne należy do owych drobnych wypadków, z niedostatecznego pielęgnowania chorego pochodzących, a od lekarza niezależnych, które się w najbliższych dniach po operacji zdarzyły. Nie wielki wpływ przecież, jaki te wypadki na zdrowie chorego miały, może tylko zachęcająco do wykonywania takowej operacji podziałać. Pokazuje on, że nie tylko w większych instytutach klinicznych, ale także w najmniejszym

szpitalu i nawet w praktyce prywatnej tego rodzaju operacje z nadzieją dobrego skutku przedsiębrać możemy. Przekonywamy się bowiem, że i tutaj możemy osiągnąć przebieg gojenia się rany w ogóle dobry, jeżeli tylko, ilekroć razy przebieg zablizniania się rany, w skutek niedokładności, zaszłych w pielęgnowaniu chorego, na niebezpieczeństwo wystawiony został, przynajmniej w przeciągu kilku godzin następnych uskuteczniły nowe staranne przeciwgnilne wyczyszczenie rany. O ile można trzeba się jednak starać, aby tego uniknąć, gdyż zwalnia się przez to przebieg zablizniania rany. Do tamowania krwotoku z rany, przy operacji zamknięcia się kiszki, nie radzimy, na mocy powyższego spostrzeżenia, używać mocnego elastycznego ucisku, daleko słuszniejszą zdaje nam się być rzeczą wykonać od początku tak wielkie cięcie w skórze i w mięśniach, aby potem, po zatamowaniu krwawienia i przecięciu otrzewnej, można było całą rękę wygodnie do jamy brzusznej wprowadzić. W tym celu długość cięcia 11 — 13 centymetrów wynosić powinna. Objawy zatrucia przemijającego kwasem karbolowym, czarny moc, nienormalnie niskie stopnie ciepłoty w najbliższych dniach po operacji, powinny skłaniać, zdaniem naszym, do zachowania wielkiej ostrożności przy obmywaniu większych przestrzeni kiszki rozczynek karbolowym. Przy zdarzonej sposobności mamy zamiar w następnym wypadku użyć 5% lub nawet 10% rozczyntu kwasu borowego, ponieważ rozczynt takowy okazuje się skutecznym, a ma być mniej niebezpiecznym ¹⁾. Kapilarne przekłucia kiszki, w celu wypuszczenia gazów z wzdętych pętlki kiszkiowych, przebiegły pomyślnie w naszym przypadku, przy zachowaniu odpowiednich ostrożności i zdawały się wpływać bardzo dobrze na usunięcie grożącego porażenia jelit.

II. SPOSTRZEŻENIA DOTYCZĄCE LECZENIA CHOROBY POTT'A.

Przez **R. Jasińskiego**.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 10).

W obec tych, tak świetnie zapowiadających się wyników z leczenia choroby Pott'a pancierzami gipsowemi, wyników, które tem są lepsze, im wcześniej choroza rozpoznana została, niezmiernie ważną staje się sprawa dyjagnostyki tego cierpienia. Tymczasem niema prawie ani jednego lekarza-praktyka, któryby nie miał na sumieniu pomyłek, w tym kierunku popełnionych. I nie w tem dziwnego nie widzę. Żywo mi stoi na pamięci przypadek, dotyczący pewnej piętnastoletniej panienci, która się stała ofiarą takiej strasznej pomyłki. Byłem do niej wezwany przez kolegę Chrostowskiego, który jedyny z długiego szeregu lekarzy, rozpoznał próchnienie kręgów daleko posunięte, tam, gdzie inni przez bardzo długi czas uważali chorobę za reumatyzm mięśniowy (*lumbago*). U panienci tej, która nie tylko chodzić, ale stać i siedzieć nieco dłużej nie mogła,

¹⁾ Starcke, Chirurgische Erfahrungen zur Empyem-Operation, Charité-Annalen, t. V.

z powodu silnych bólów w lędźwiach, oraz z powodu poczynającego się przykurczenia prawej kończyny dolnej, rozpoznałem wyraźne próchnienie trzonów kilku kręgów grzbietowych i opuszczanie się ropnia w pochwie mięśnia lędźwio-biodrowego. Ciągła gorączka, poty nocne, powiększenie gruczołów chłonnych na szyi i uparty niezbyt przewlekły oskrzeli, dopełniały groźnego pod względem rokowania obrazu, w który biednej matce, nie podejrzewającej istotnego stanu rzeczy, trudno było z początku wierzyć. Prof. K o s i ń s k i rozpoznanie nasze stwierdził zupełnie i zalecił użycie żegadła. Stosując się do tej rady, przypaliłem okolicę garbu za pomocą termokauteru, a po paru tygodniach nałożyłem pancerz gipsowy z oknem. W krótkim czasie stan chorej o tyle się polepszył, że z kolegą C h r o s t o w s k i m i W e r t e n s t e i n e m z Ciechanowa, byliśmy w stanie skonstatować zniknięcie nacieczenia w mięśniu lędźwio-biodrowym, ustąpienie gorączki i bólów, oraz znaczną poprawę ogólnego odżywiania. Zaopatrzyliśmy chorą w gorset z grubego filcu plastycznego, aby ułatwić możliwość używania kąpieli Ciechocińskich (tripolitu jeszcześmy wówczas nie znali). Po kilkutygodniowym pobycie w Ciechocinku, chora wróciła ze znacznym polepszeniem, zapadła jednak na uparte zapalenie jednej z kości stopy (nie pamiętam której). W tym stanie chora pojechała do domu; stan kręgosłupa nic nie pozostawiał do życzenia. Naraz odbieram list od kolegi W e r t e n s t e i n a, w którym mi donosi co następuje:

„Chora przez kolegę leczona, poprawiwszy się znacznie z poprzedniego cierpienia, uległa teraz nowemu, mianowicie próchnieniu kręgów szyjowych. Zdaje mi się, że sprawa odbywa się między kręgiem szczytowym i obrotowym. Już w Ciechocinku zaczęła doznawać bólów w szyi przy ruchach głową, następnie ruchy na osi frontalnej uległy ograniczeniu do wysokiego stopnia. Doszło do tego, że chora nie była w stanie mieć zwieszanej głowy, bez czynnej pomocy obu rąk. Silne bóle w potylicy i czole dnia 26 Września (1880) wzmogły się do wysokiego stopnia. W nocy z Niedzieli na Poniedziałek i przez cały dzień następny w okropnym była stanie. Zrywała się na łóżku i krzyczała. Policzki silnie się zarumieniły, a oczy szeroko rozwarte, z rozszerzonymi źrenicami, miały wyraz dziki i błędny. Takich napadów miała 5 czy 6. W przerwach między napadami, tętno było nieregularne, wolne (70), źrenice rozszerzone, ciepłota zlekka podwyższona, i stan na wpół przytomny, od czasu do czasu drgawki w kończynach. (Prawdopodobnie zapalenie opon. Przep. aut.). Przy stosownem leczeniu, stan się o tyle poprawił, że obecnie chora, silnie wychudzona, skarży się na ciągłe bóle głowy, szczególnie w potylicy, sen ma przerywany i doznaje bólu przy polykaniu; jednakże ropnia pozagardzielowego wykryć nie mogłem.“

Dalszy ciąg listu zawiera żądanie informacji, co do dalszego leczenia (wyciągowy przyrząd V o l k m a n n'a). Nie mogąc przyjechać wówczas do chorej, do której mnie kolega W e r t e n s t e i n wzywał i nie otrzymawszy od niego później dalszych wiadomości, nie mogę powiedzieć, co się z naszą nieszczęśliwą chorą stało. Bardzo nęcącym wydaje mi się przypuszczenie, że przy znacznie wcześniejszem rozpoznaniu choroby, udało by się nam być może wstrzymać to, w licznych ogniskach przejawiające się, rozsianie miejscowego, serowatego zapalenia kości.

A wieleż to razy zdarza się, że początki choroby P o t t'a nazywają nerwobólem kulszowym, szyjowym, lędźwiowym lub gastrodyniją i t. d.? Często przyczyną takich pomyłek jest niedbałe badanie chorego (jak w przypadku wyżej

przytoczonym) w drugich zaś razach napróżno opukujemy wyrostki cierniste podejrzanych kręgow, napróżno uciskamy barki stojącego przed nami chorego ku dołowi, aby w chorem miejscu ból wywołać (V e n s e l), napróżno przeciąganiem gorącej gąbki po grzbiecie staramy się wykryć umiejscowienie bólu, daremnie oczekujemy niemożności zginania kręgosłupa przy pracy. M i c h e l (*Dictionnaire encyclopédique des Sc. Méd. S. III. T. I. pag. 499*), widział w klinice chirurgicznej w Strasburgu, młodzieńca 25-letniego, z ogromnym guzem chełboczącym w lewej pachwinie. Człowiek ten nigdy nie przerwał zwykłej swej pracy (jakiej? nie wiadomo. Przyp. aut.). Kręgosłup nie przedstawiał żadnej wypukłości. Rozpoznano ropień w pochwie mięśnia biodro-łędźwio-udowego i guz został przecięty. Chory umarł, a oględziny pośmiertne wykazały ropień napływowy, pochodzący ze zniszczenia krążka chrzęstnego, między kością krzyżową i ostatnim kręgiem lędźwiowym.

D e n o n v i l l i e r s, w cytowanej pracy M i c h e l'a pag. 499, przytacza przypadek 40-letniej kobiety z ropniem napływowym od próchniejących dwóch ostatnich kręgów lędźwiowych, do górnej okolicy uda. Ropień ten zamienił się z biegiem czasu na guz twardy wielkości pięści, który, leżąc w pachwinie, hamował ruchy kończyny. Chorą operowano: umarła ona i ledwie na sekcji istotę choroby rozpoznano. Przez cały czas trwania choroby nie czuła żadnych śladów bólu i ani na chwilę zajęć swych nie przerzywała.

Nie będę tu przytaczał licznych z kazuistyki czerpanych dowodów, że nowotwory kręgosłupa nieraz niemożliwem czynią stanowcze i sprawiedliwe rozpoznanie cierpienia, wyszedłbym bowiem zbyt daleko poza granice niniejszego studjum.

Rozpoznanie oddzielnych postaci cierpienia kości w danym przypadku jest rzeczą jeszcze trudniejszą i nieraz, zaledwie na stole sekcyjnym, lub pod szkłem drobnowidzu możliwą. Siedlisko choroby, rozmiary jej i powikłania, ujawniają się garbem, formą lub stopniem porażenia w zakresie ruchu, lub czucia, wystąpieniem ropni napływowych i t. d. Bóle, przykurczenia, osłabienia mięśni, zmiany w odruchach ścięgniowych, sprężynowatość ruchów biernych w stawach (*Federmesserphänomen*), kompletne porażenia kończyn i t. d., mogą dać podstawę do wniosków o udziale cierpienia mlecza, jego opon lub pni nerwowych. Strzeżmy się też od rozpoznania zapalenia stawu biodrowego, lub mięśnia lędźwio-biodro-udowego, porażen dziecińczych, lub nerwobólu grzbietowego (Brodie) i t. d. w tych przypadkach, w których można mieć podejrzenie o początku choroby P o t t'a. Omyłek tych uniknąć nie trudno temu, kto czasu i pracy nie szczędzi przy badaniu każdego chorego.

Co do leczenia przeciwzapalnego, miejscowego, to niewiele obiecując sobie powodzenia w tym kierunku, prawie wcale w przypadkach przezemnie leczonych, takowego nie stosowałem. Zastrzykiwania kwasu karbolowego w tkanki otaczające kość chorą, przez H u e t e r'a gorąco zalecane (*Klinik der Gelenk-Krankheiten. T. III*), nie bardzo mi do przekonania trafiają; nie śmiem jednak o nich wyrokować, gdyż nie mogłem się dotąd zdobyć na odwagę, konieczną do ich zastosowania. W przesłanej pracy M i c h e l'a (l. c.), znajduję dużo wskazówek, które mi postaram się dopełnić braki w mem własnem doświadczeniu. Począwszy

od Cameron'a, Jeffrey's'a i Percival'a Pott'a, wszyscy chirurgowie bardzo zachwalali środki odciągające na skórę, sąsiadującą z ogniskiem chorobowym. Larrey zaleca użycie rozpalonego żelaza, inni przyszczydła, masę emetykową i t. d. Boyer zachwyca się działaniem tego rodzaju środków; prof. Schutzenberger zachwala je przy cierpieniach kręgów szyjowych. Sam Michel jednak, szczególnie przez analogię z leczeniem próchnienia innych nasad stawowych, wnosi, że metoda ta co najmniej jest niewystarczającą, szczególnie w drugim okresie choroby (ropienie), a z drugiej strony, powodując ropienie powierzchowne, może powiększyć upadek ogólnego odżywiania. Pott przypisywał żegadłom działanie wspierające sprawę odradzania kości i przyspieszające zejście w *ankylosis*. Pomysł pobudzenia tą drogą nerwów troficznych i sprowadzenia do normy odżywiania miejscowego, który się w głowach niektórych nowszych praktyków urodził, należy uważać, jako lekką aberrację spekulatywnego rozumowania. W niektórych przypadkach próchnienia, ograniczonego do wyrostków ciernistych lub poprzecznych, można ognisko choroby usunąć drogą wyskrobania, lub częściowego wypiłowania. Kazuistyki tego rodzaju operacji przytaczać tu nie myślę, wspomnę tylko, że sam byłem świadkiem podobnego rękoczynu, przez ś. p. Girsztowta na jednej chorej klinicznej z dobrem zejściem wykonanego.

Leczenie ogólne, według zasad powszechnie znanych, przeprowadzone być winno w każdym przypadku. O dobroczynnym wpływie środków gorzkich, żelaza, tranu, fosforanu wapna, pożywej diety, kąpieli solankowych, morskich, żywnych, dostatecznie jestem przekonany, ażeby wielką do nich przywiązywać wagę.

Leczenie ropni napływowych stanowi kwestyję niezmiernie obszerną i pole do licznych uwag i różnic w zdaniu, a ponieważ bezpośrednio nie odnosi się do przedmiotu, przezemnie dzisiaj traktowanego, przeto zmuszonym się widzę tym razem bliżej się nad niem nie zastanawiać.

*

*

*

Leczenie próchnienia kręgów szyjowych za pomocą metody Sayre'a wymaga już nieco więcej skomplikowanego przyrządu, daje się jednak przy niejkiej wprawie zastosować z łatwością. Próchnienie dolnych kręgów grzbietowych i lędźwiowych stanowi najwciążliwsze pole do stosowania pancerzy gipsowych. Przy cierpieniu górnych kręgów grzbietowych metoda Sayre'a żadnych nie daje rezultatów, gdyż albo nie mamy dość miejsca do ekstensyi (przy próchnieniu części lędźwiowej cała klatka piersiowa), albo też punkt przyczepienia ekstensyi zbyt musi być oddalony od kontrextensyi: głowa i pas miednicowy.

Wyjąwszy więc przypadki próchnienia kilku górnych kręgów grzbietowych, wszędzie zresztą metoda Sayre'a świetnie oddaje usługi. Widzieliśmy już poprzednio, że w przypadkach, w których cierpienie z wyraźnym charakterem gruźlicy do znacznych doprowadziło zniszczeń i bardzo stanowczo podkopało ogólne odżywianie ustroju, tam już metoda Sayre'a, co najwyżej, chwilowo zniesie jakieś porażenie zwieraczy i t. p., radykalnie jednak choroby nie pokona. Nic też nie jesteśmy w stanie zyskać tą metodą tam, gdzie sprawa kostna skończyła

się zejściem w zesztynwienie (*ankylosis*), a ucisk mlecza wywołał w nim przewlekłe sprawy zapalne lub zwyrodnienia.

To są słabe strony metody, wady jej, dające się *a priori* przewidzieć i w praktyce stwierdzić. Są to właściwie nie wady, lecz granice korzyści środka, granice, postawione raz—przez warunki anatomiczne, drugi raz —przez miejscowe zniszczenia części, nie dające się żadną miarą wynagrodzić; nakoniec przez zmiany ogólnoustrojowe, zbyt głębokie, zbyt nateżone, aby najdokładniejsze zadośćuczynienie wskazaniu przyczynowemu zdołało je usunąć.

Dodatnie strony metody są liczne i niezaprzeczone; 1) Miejscowe działanie przeciwzapalne (niejako przeciwodleżynowe), przez rozciągnięcie chorych części analogiczne z takimże działaniem metody dystrykcyjnej przy cierpieniach innych stawów. 2) Działanie przeciwwanikowe, mianowicie zdjęcie ciężaru z rozmiękłego i pozbawionego swej odporności normalnej trzonu kręgowego, także jasne i niepodlegające wątpliwości. 3) Niezaprzeczone pomoc, nieraz zupełnie radykalna, przeciw uciskowi mlecza (osłabieniom i porażeniom), o ile ucisk nie pociągnął za sobą rozległych zwyrodnień. 4) Umożliwienie ruchów swobodnych choremu, którego brak ruchu prowadzi do odleżyn i charłactwa. 5) Taniść, łatwość zastosowania i niezależność od majstrów i mechaników i t. d., co bardzo za metodą przemawia.

Co się tyczy obaw o ciężar, ucisk, skrępowanie, tamowanie ruchów oddechowych, utrudnienie trawienia, przyływy krwi do głowy i t. p., to ani razu metoda *S a y r e'a* nie pociągnęła za sobą podobnych powikłań w przypadkach przezemnie leczonych.

W dwóch przypadkach, które do dnia dzisiejszego znajdują się pod moją obserwacją, zaraz przy początku leczenia ustąpiły nieznosne objawy osłabienia zwieraczy (odbytu i pęcherza), zysk to dla chorego nieoceniony, a zdaje mi się, że żadną inną drogą zdobyć by się nie dał.

Przekonany jestem, że wyniki, nadal przezemnie metodą *S a y r e'a* otrzymywane, coraz będą lepsze i coraz pewniejsze, w miarę udoskonalania się osobistego w technice opatrunkowej; dziś już jednak, na zasadzie tego, co wyżej powiedziałem, zdaje się, że mam prawo bronić i chwalić ten niezaprzeczone wielki wynalazek, który bądź co bądź dał nam do ręki silną broń przeciw jednemu z najbardziej upartych i najcięższych cierpień narządu ruchowego.

III. WSPOMNIENIA Z WYCIECZKI DO BERLINA.

Skreślił Dr. **J. Pawiński.**

Było to w roku przeszłym. Stałem w hotelu *Töppera*, w którym, z powodu bliskości tegoż od szpitala *Charité*, zatrzymują się najczęściej przyjezdni medycy. Pierwotnie, w przeszłym stuleciu, szpital *Charité* przeznaczony był na pomieszczenie chorych tyfusowych, od dawnego jednak już czasu stracił ten wyłączny charakter; obecnie zaś mieści w sobie większą część klinik uniwersyteckich. W głównym dwupiętrowym budynku, zbudowanym w kształcie podkowy,

znajduje się na 1-szem piętrze oddział chorób wewnętrznych na 180 łóżek prof. Leyden'a, nad nim zaś na 2-giem piętrze oddział prof. Frerichs'a, także dla chorych dotkniętych chorobami wewnętrznymi, z taką że samą jak poprzedni ilością łóżek. Prawe skrzydło przeznaczone jest na klinikę chorób dzieci, klinikę oczną i chorób kobiecych; w lewym zaś skrzydle mieści się oddział chorób nerwowych prof. Westphal'a, a nad nim oddziały wewnętrzne prof. Waldenburg'a i Fraentzel'a. Prócz tego, w skład szpitala Charité wchodzi instytut anatomo-patologiczny prof. Virchow'a i naprzeciw niego położony dwupiętrowy budynek, na chirurgię przeznaczony, jak również t. z. Neu-Charité, mieszczący w sobie klinikę psychiatryczną prof. Westphal'a i klinikę chorób skórnych i syfilitycznych prof. Lewin'a.

Wszystkie wspomniane powyżej budynki są pooddzielane od siebie ogrodami, w których chorzy w lecie świeżego powietrza używają. Sale dla chorych są po większej części duże, powietrze w salach dobre, czystość zaś i porządek nie nie pozostawia do życzenia. Ponieważ prof. Westphal miewa odczyty w godzinach rannych od godziny 8 do 10-tej, do niego więc najprzód kroki swe skierowałem.

Wszedłszy do audytoryjum, urządzonego tuż przy klinice chorób umysłowych, zastałem wykładającego już prof. W. o zmianach anatomo-patologicznych przy obłędzie z bezwładem (*dementia paralytica*). Professor rozbierał dwa główne, odmienne zapatrywania się badaczy na istotę wspomnianej choroby, a mianowicie jedno, według którego istotą cierpienia ma być rozwój nadmierny (*hyperplasia*) tkanki łącznej neuroglii, i drugie, jakoby nie neuroglija, ale raczej substancja szara, czyli ściślej komórki mózgowe, zwłaszcza wielkie z wypustkami Deiters'a, były punktem wyjścia demencji paralitycznej. Prof. W. ani jednemu, ani drugiemu zdaniu nie nadaje szczególnej wagi, nie uważa je w obecnym stanie nauki za uzasadnione i za charakterystyczne dla wspomnianej choroby. W ogóle twierdzi, że obecnie zmiany makroskopijne większą mają doniosłość w rozpoznawaniu demencji paralitycznej, aniżeli zmiany histologiczne. Oprócz zmian w samym mózgu, które wyrazić można jako *meningitis chronica cum periencephalitiide* zachodzą zmiany i w rdzeniu kręgowym, a mianowicie w bocznych pęczkach rdzenia znajduwane bywają ziarenka tłuszczowe, jako rezultat zwyrodnienia. Co się tyczy osłabienia ruchów (*motorische Schwäche*), to być może, zależy ono od tego, że pewna część włókien nerwowych ginie zupełnie, albo też, że w substancji szarej, w okolicach odpowiednich pewnym ośrodkom ruchowym, wpływającym na niektóre grupy mięśni (np. kończyn górnych lub dolnych), następują zmiany histologiczne. Prof. W. twierdzi, że według wszelkiego prawdopodobieństwa, przyjąć należy kombinację pierwszej z drugą zmianą; zaburzenia zaś mowy odnieść należy także do zmian w substancji korowej szarej, gdyż ani sam nerw podjęzykowy, ani jego jądro nie bywają dotknięte. Napady epileptoidalne zależą, zdaniem Westphal'a nie tyle od napływu krwi do mózgu, ile raczej od częściowej niedokrwistości tego ostatniego. Niektórzy autorowie upatrują blizki związek pomiędzy obłędem i bezwładem a chorobą przymiotową, czego Westphal nie podziela, na bardzo wiele bowiem sekcji, nigdy prawie nie udało mu się znaleźć przy demencji paralitycznej zmian, właściwych przymiotowi w organach.

Obłęd z bezwładem zdarza się rzadziej u kobiet, aniżeli u mężczyzn. Spostrzeżenia Westphal'a wskazują na tę ciekawą okoliczność, że kobiety, wspomnionem cierpieniem dotknięte, należały zwykle do niższych warstw społeczeństwa, gdy tymczasem u mężczyzn widzieć je można u ludzi rozmaitego stanowiska i różnej inteligencji, może jednak nieco częściej u osób pracujących umysłowo i tych, którzy siły swoje napręzać musieli w ciężkiej walce o byt. Ta ostatnia okoliczność objaśnia nam także, dlaczego obłęd z bezwładem (*dementia paralytica*) spotyka się częściej w wielkich miastach, aniżeli na prowincyi, na wsi. W etyjo-

logii zaś kobiet cierpiących na obłąd z bezwładem najczęściej odnaleźć się dają nadużycia *in Baccho et Venere*.

Następnie z kliniki do audytoryjum wprowadzono po kolei kilka kobiet z początkowymi formami demencji paralitycznej. Wesoły nastrój chorych, od czasu do czasu śmiech, naprowadzały już i mniej nawet wprawnych na domysł smutnej tej formy umysłowej.

Prof. W. zwracał uwagę słuchaczy na zmieniony chód chorych, z których większa część przedstawiała tak zwany chód majtków (*Matrosengang*), t. j. chód kołyszący, jedna tylko chora chodziła więcej sztywno. U wszystkich prawie znaleziono nie jednakowe rozszerzenie źrenicy, już to lewej, już to prawej.

Wszystkie te kobiety były wieku średniego, od 30—50 lat. Ostatnia przedstawiała największe zaburzenie ruchów, a prócz tego ślepotą obu jej oczów była zupełną. Następnie zwrócił się profesor do zbadania objawu kolanowego (*Kniephänomen*) z czego okazało się że u niektórych (najsłabszej) brakowało go zupełnie, u jednej był zwiększony, a u reszty albo prawidłowy, albo nieco osłabiony.

Przechodząc teraz od chorych do samego profesora W e s t p h a l'a wypada mi wspomnieć, że prof. W. mimo gruntownej nauki i wszechstronnej znajomości całej neuropatologii, w obszernem tego słowa znaczeniu, przy stawianiu rozpoznania jest bardzo oględny i skromny, kładąc zawsze nacisk na to, co jest pewnem i niezbitem, a co tylko mniej lub więcej prawdopodobnem. Taka, że tak powiem, sumiennosc naukowa przyczynia się nie mało do rzeczywistego postępu wiedzy i nie wprowadza słuchacza na błędne drogi.

Prócz kliniki psychiatrycznej, prof. W. prowadzi jeszcze dwa razy tygodniowo oddział chorób nerwowych, mieszczący się w głównym gmachu Charité. I tutaj sposobem badania chorych byliśmy również zachwyceni, jak na klinice chorób umysłowych, i tutaj podziwiać trzeba było z jakim spokojem, z jakim zamiłowaniem przedmiotu szanowny professor zagłębia się w różne objawy chorób nerwowych, nie szcędząc ani czasu, ani sił swoich. To też łatwo zrozumieć, jakim sposobem, często przy niewielkim nawet materyjale, panuje w Niemczech tak wielki ruch literacko-lekarski w każdej specjalności, który nas nieraz w podziw wprowadzał. Ale należy także dodać, że przyczyną tego ożywienia jest nie tylko sam wykładający, z którego młodsze pokolenie przykład bierze, ale i całe otoczenie chorego, a nawet sam chory, istnieje tu współdziałanie kilku sił, których dopiero wypadkowe požądane owoce przynoszą. Służba szpitalna pojmując swoje obowiązki i z całą sumiennoscia je wypełnia, a z drugiej znowu strony, sam chory przyzwyczajony od małego do porządku i systematycznosci, nie zakłóci nigdy ogólnego spokoju; a wreszcie — jakże ten chory opowiada lekarzowi początek i przebieg swego cierpienia, doprawdy tak, że słowa jego możnaby prawie bez poprawek do druku podawać. Jest to prawdziwa rozkosz słuchać anamnezy takich pacjentów.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

38. Dr. Catrin. O wydobywaniu ciał obcych z przewodu słuchowego zewnętrznego.

Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chir. Nr. 2. 1881.

Kwestyja wydobywania ciał obcych z przewodu słuchowego zewnętrznego za pomocą narzędzi, lub też stosowania tylko silnego przemywania przewodu słu-

chowego strumieniem wody, aby tym sposobem ciało obce wypchnąć na zewnątrz, pozostaje dotąd kwestyją sporną, i tak chirurgowie, jak i otyjatrzy różnie się na nią zapatrują. Autor w pracy swej zebrał opinie różnych autorów, dotyczące tego przedmiotu, jak: J. P. Bonnafonta, T o y n b e e ' g o, P a q u e t a, D e s p r é s ' a, D u p l a y a, U r b a n t s c h i t s c h ' a i wielu innych, a z zastosowania tego wynika, że większość autorów jest za przemywaniem strumieniem wody przewodu słuchowego w celu wydobycia z takowego ciała obcego.

Przemywanie to odbywać się powinno w sposób następujący, jeżeli ma przynieść pożądany skutek:

1) Używać zawsze szprycy dobrze działającej, średniej objętości, gdyż irrygator jest niewystarczający. Przy użyciu szprycy strumień wody mamy silniejszy i prócz tego ręka lekarza może siłę tę miarkować, oraz kierować odpowiednio strumieniem.

2) Używać zawsze do wstrzykiwań wody letniej, gdyż zimna może spowodować zawroty głowy a nawet zemdlenia.

3) Kierować strumień wody nie na same ciało obce, lecz w kąt, utworzony przez ściankę górną przewodu słuchowego zewnętrznego i ściankę przednią (ku twarzy skierowaną.—Spr.) ciała obcego. Następuje tam, według autora, rozłożenie siły rzutu strumienia wody, które trudne jest do wytłumaczenia, lecz niezmiernie skuteczne. Należy przytem odciągnąć muszlę uszną ku górze i ku tyłowi, aby tym sposobem ułatwić dostęp wody do przewodu usznego.

4) Nie trzeba tracić nadziei i nie poprzestać na jedno- lub dwukrotnem wstrzykiwaniu wody, gdyż ciało obce nie tak łatwo wypchnięte zostaje na zewnątrz.

Autor w pracy swej przytacza różne narzędzia, polecane dla wydobywania ciał obcych, jak: łyżeczkę ruchomą de L e r o y, łyżeczkę z pętlą C l o q u e t a, szczypczyki zwykłe, szczypczyki z łyżeczką skombinowane R o u s s e l d e V a l l i è r e ' a, grajcarki (*tire-fond*), kleszcze T o y n b e e ' g o (*Toynbee's forceps*), pętłe metaliczne, i wreszcie scyzoryki, których końce są znaczone w płynie lepkim (żywicy, lub roztworze gummy i bawelny w spirytusie). Po zmaczaniu przykładają się do ciała obcego i skoro zaschną, wraz z ciałem obcem wydobywają się na zewnątrz. Każde z tych narzędzi, nawet najprostsze i często bardzo nieznaczną zmianą się odznaczające, ma odpowiednią nazwę autora, wszystkie zaś one mają tylko wartość historyczną, gdyż dziś małeńkie zakrzywione pod kątem szczypczyki, łyżeczka i pętla są w większości przypadków wystarczającymi, niekiedy zaś, odpowiednio do ciała obcego, trzeba sobie zaimprovizować narzędzie.

Autor podaje ośm obserwacyj ciał obcych wydobytych z ucha, pomiędzy którymi znajdują się np.: guzik od rękawiczki, ziarnka zboża, kawałki papieru otoczone woszczkiem, małeńka muszla, pestka od wiśni i t. p. Wszystkie te ciała obce usunięte zostały przemywaniem przewodu słuchowego wodą letnią. Najciekawszem jest spostrzeżenie pierwsze, w którym pestka od wiśni przebywała w przewodzie słuchowym zewnętrznym prawym przez lat 18, powodując tylko przytępienie słuchu z odpowiedniej strony i szum w uchu. W dzieciństwie chora wprowadziła sobie pestkę w ucho, której następnie ani sama, ani lekarze wydobyć nie mogli. Autor po trzykrotnem zastrzyknięciu wody, wydobyl ciało obce, które otoczone woszczkiem ważyło 375 miligrammów. Błona bębenkowa okazała się tylko dość mocno zaczerwienioną w górnym swoim odcinku.

E. Modrzejewski.

Do powyższej pouczającej pracy autora pragnę dodać słów kilka z mego własnego doświadczenia, gdyż tak w szpitalu, jak i prywatnie, miałem sposobność spostrzegać i wydobywać dość znaczną ilość ciał obcych z przewodu słuchowego.

Nadmienić tu muszę, że przy obecności ciała obcego w przewodzie słuchowym, pierwszym zadaniem lekarza powinno być dokładne zbadanie przewodu za pomocą lustra i wziernika, aby się przekonać: o wielkości, umiejscowieniu i wklonowaniu ciała obcego. Dozwolonym jest nawet użycie delikatnego zgłębnika, którym można zbadać twardość ciała obcego i jego ruchomość, co jest nieraz rzeczą bardzo ważną. Zgodzić się należy z autorem, że dla wydobycia ciał obcych z ucha prawie jedynie należy używać wstrzykiwań wody ciepłej i takowe najpierw winny być stosowane. Wstrzykiwania te jednak, aby przyniosły pożądaną skuteczną, powinny być robione tylko dobrą szprycą i umiejętną ręką. W wielu przypadkach, zwłaszcza u dzieci i osób wrażliwych, oraz gdy ciało obce już dłuższy czas znajdowało się w przewodzie słuchowym, wstrzykiwania te są niezmiernie bolesne, i dlatego należy nieraz dokonywać ich pod chloroformem. Dzieci zwłaszcza, u których w przewodzie słuchowym, z powodu ciała obcego mamy manipulować, najlepiej jest odrazu zachloroformować, gdyż tym sposobem zyskujemy na czasie i ułatwiamy sobie znacznie usunięcie ciała obcego.

W wielu przypadkach jednak nie obejdzie się przy ciałach obcych w uchu bez użycia narzędzi. Użycie zresztą narzędzi nie jest tak straszne, byle tylko zastosowanie ich było ostrożne, a stosowne oświetlenie ucha, dozwalało oku lekarza śledzić za swoją ręką i narzędziem, aby to się nie posunęło zbyt daleko i nie spowodowało głębszych obrażeń. Wydobywając ciało obce przy użyciu narzędzi, zawsze sobie od czasu do czasu pomagamy zastrzykowaniami, czy to dla oczyszczenia przewodu usznego z krwi w nim nagromadzonej, czy też dla obluźnienia w przewodzie, lub też rozmiękczenia ciała obcego.

Zdarzają się przypadki, zwłaszcza na wsi, że nie mamy ani narzędzi, ani dobrej szprycy, a chory błaga o wydobycie ciała obcego. Jeżeli mamy lustro i wziernik, oraz jaką taką szprycę można sobie jeszcze poradzić zaimprovizowanych narzędzi, które jeszcze *M a l g a i g n e* polecał, t. j. szpilkę podwójną wyprostowaną i na końcu w kształcie krótkiego haczyka zakrzywioną.

W takim przypadku znalazłem się na wsi w r. 1879. U żołnierza zajętego przy żniwie podawaniem na furę wiązek łubinu, ziarno łubinu wpadło w ucho prawe, a gdy takowe chciał wyjąć, złamało się w połowie i większa jego połowa pozostała w głębi przewodu słuchowego zewnętrznego. Chory przybył w kilka godzin do mnie, skarżąc się na ból w uchu i prosząc o wyjęcie pozostałej połowy ziarna. Miałem na szczęście z sobą lustro i wziernik uszny, mogłem zatem się przekonać, że część ziarna znajduje się głęboko w przewodzie usznym, wypełniając takowy całkowicie i stercząc nieco na zewnątrz swoim białym odłamek. Znalazłem jakąś starą szprycę kauczukową, którą sądziłem że mi się uda ziarno wypchnąć na zewnątrz przez zastrzykiwanie. Prąd jednak wody był słaby i w zetknięciu ziarno tylko napęczniało i więcej się wklinoowało. Zrobiłem zatem z wyprostowanej szpilki podwójnej krótki haczyk, sądząc, że takowym ziarno można będzie zachwycić od tyłu. Niemożliwym wszakże było przejść po za ziarno, a chwytając miąższ ziarna wydobywałem tylko małeńkie jego kawalczki. Powróciłem zatem znowu do zastrzykiwań i po długich, mozolnych dla mnie, a dla chorego bolesnych manipulacjach, zdołałem z rozmiękczonego ziarna zachwycić haczykiem łupinę, która, jak wiadomo, na łubinie jest dość twardą i odłuszczywszy takową zmniejszyłem tym sposobem objętość ziarna, które łatwo przy zastrzykiwaniu wypłynęło na zewnątrz. Chory wyzdrowiał bez szkodliwych następstw. — (*Przypisek sprawozdawcy.*)

39. Dr. G. Cuboni i Dr. S. Marchiafava. Nowe poszukiwania nad istotą zimnicy.

Arch. f. exp. Pathologie u. Pharmakologie. t. XIII. pag. 265.

Klebs i Tommasi-Crudelli ogłosili przed niedawnym czasem (Arch. f. exp. Path. u. Phar. t. XI. pag. 311) wyniki swych badań, przy pomocy których, w ziemi okolic zimniczych, wykryli obecność ustrojów, należących do rodzaju *Bacillus*. Po wprowadzeniu ich do krwi danego zwierzęcia powstawała gorączka wielce podobna, tak ze swego typu, jak i zmian anatomo-patologicznych, do gorączki zimniczej. W pracy swej wspominają oni o tem, iż badając krew, limfę, śledzionę i szpik kostny pięciu trupów, zmarłych na *febris pernicioso*, otrzymali niemiernie dodatnie rezultaty. Ponieważ jednakże ostatnich tych badań nie można było uważać za decydujące, z tego też powodu prof. Tommasi-Crudelli zachęcił pp. Cuboni i Marchiafava do dalszej pracy w tym kierunku.

W poszukiwaniach swych postanowili oni wykazać:

I. Czy *Bacillus malariae* znajduje się stale w ziemi okolic zimniczych i jak też wysoko wznosić się on może w powietrzu?

II. Czy zakażenie zimnicze może być przeszczepionem z człowieka na zwierzęta za pośrednictwem krwi? — i

III. Czy we krwi ludzi, chorych na gorączkę zimniczą, znajdują się jakie drobnowidzowe ustroje i czy takowe mają jaki związek z opisanymi już ustrojami, czy też nie?

W tym celu, jeden z nich (Cuboni) udał się do miejscowości *par excellence* malarycznych (w Lipcu do Ostia, we Wrześniu zaś do Valle d'Inferno pod Rzymem), a zebrane przez nich ze wszelkimi możliwymi ostrożnościami liczne próby wody i szlamu badał bezpośrednio na miejscu, jakoteż i w pracowni prof. Tommasi-Crudelli'ego. Zawsze znaleźć było można znaczną ilość pojedynczych lub też złączonych w nici ustrojów, o zupełnie jednostajnej protoplazmie, nie różniących się w niczem od *bacillus'a*, wyrysowanego w pracy Klebsa i Tommasi-Crudelli'ego. Cuboni znalazł je również w pocie, zebranym z czoła, co posłużyło mu za dowód obecności ich w powietrzu. Też same poszukiwania, powtórzone w okolicy nie nawiedzanej przez malaryję (Intra nad jeziorem Lago-Maggiore), dały zupełnie ujemne rezultaty.

W moczu przegotowanym, do którego dodano szlamu z Ostia, po upływie 2—3 dni tworzył się cienki kożuch, złożony z tysięcznych cząstek *bacillus'a*; ziemia z Intra zupełnie nie zmieniała moczu.

Czyniąc zadosyć drugiemu założeniu, zastrzykiwano krew ludzi chorych na zimnicę psom, pod skórę, do jamy otrzewnej, lub też do tchawicy. W połowie (3) przypadków wynik był ujemny, w drugiej zaś niezupełnie zadawalniający. Daleko lepiej powiodło się doświadczenie, wykonane na króliku, któremu wstrzyknięto pod skórę dwie szpryki rozdrobionego mięszu z śledziony, wydobytej z trupa, zmarłego na *febris pernicioso comatosa*. Powstała gorączka z typem trzeciaczki (*tertiana*), gdy zaś w 7 dni po zakażeniu zabito królika, znaleziono znaczne obrzmienie śledziony.

Na podstawie tych danych pp. Cuboni i Marchiafava sądzą, że z wielkiem prawdopodobieństwem zakażenie zimnicze przeszczepiać się daje, za pomocą krwi, z ludzi na zwierzęta. Przyznają oni jednakże, iż daleko ważniejszym tego dowodem zdają się być prace Bochman'a z Petersburga, któremu udało się, przy pomocy podskórnych wstrzykiwań cieczy z pęcherzyków *herpes*, wytworzonych u jednego z chorych na zimnicę, wywołać u 3 (z 5) ludzi prawdziwe napady zimnicy.

Badanie wreszcie krwi chorych na zimnicę było przedsięwzięciem z zachowaniem wszelkich możliwych ostrożności. Krew brano z prostych nacieć skóry, z żył lub też z zatok żylnych śledziona przy pomocy zwykłej szpryki Prawatza. Zawsze starano się zachowywać możliwą czystość, tak używanych narzędzi, jakoteż i skóry, na miejscu ich zastosowywania.

Z początku badano krew podczas największego nasilenia gorączki, w czasie napadu i na schyłku takowego, przyczem znajdowano zawsze ustroje okrągławe, jednostajnych kształtów, silnie załamujące światło, obdarzone żywymi ruchami. W obec kwasów i alkaliów zachowywały się one obojętnie. Postacią zaś swoją były bardzo podobne do sporów, spotykanych w ziemi okolic zimniczych. Ilość ich była zmienną; czasem były bardzo liczne i wypełniały najzupełniej całą zawartość białych ciałek krwi. Twory kształtu pałeczki, ze sporami lub bez nich, spotykały się stosunkowo nie tak rzadko.

Autorowie są zdania, że gdyby wyniki badań ograniczyły się tylko na tych danych, to i wtedy nie by na tem nie ucierpiała teoria Klebs'a i Tommasi-Crudelli'ego. Wiemy bowiem, iż opisany przez nich pasorzyt, wywołujący zimnicę, należy do rzędu wytwarzających spory; mogła przeto postać pałeczkowata rozpuścić się i oswobodzić spory, obdarzone temiz samemi chorobotwórczymi własnościami. Prócz tego Klebs i Tommasi-Crudelli czasami tylko podczas swych doświadczeń spotykali postacie pałeczkowate (*bacillus*) w śledzionie, szpiku kostnym, gruczołach chłonnych, we krwi zaś znajdowali same tylko spory. W mieszaninie zaś takiej krwi i karuku, już na drugi dzień wykryć można obfitą ilość pałeczek, a wreszcie przecież i podczas innych chorób, których przyczyną ma być *bacillus*, nie rzadko we krwi spotykamy same tylko spory (*Anthrax*). Następnie poczęli badać krew w okresie dreszczu (odczynu), sądząc, iż prawdopodobnie wtedy znajdzie się *bacillus*, które następnie, prędko dojrzewając, rozpada się i wydaje spory. W samej rzeczy rozumowanie to okazało się słusznem, znaleziono bowiem liczne pałeczki, obdarzone żywymi ruchami. Najczęściej były one łukowato wygięte, długością wyrównywały średnicy 1 — 3 czerwonych krążków krwi. Czasami zawierały one tylko dwie spory (po jednej na każdym końcu), czasami trzecią w pośrodku, czasem zaś były one całe wypełnione sporami. W miarę wzrostu gorączki zmniejszała się ilość pałeczek, mnożyły się spory. Podobnie twory wykrywali też we krwi ludzi zdrowych, lub też cierpiących na inne choroby; rzecz to naturalna, jeżeli zwrócimy uwagę na to, że wielu ludzi w okolicach zimniczych ma powiększoną śledzionę, a przecież nie wszyscy oni cierpieli na zimnicę. *Bacillus* Klebs'a i Tommasi-Crudelli'ego różni się nieco od powyżej opisanego, stanowią one jednakże tylko różne fazy życia jednego ustroju. W każdym razie dużo jeszcze pozostaje do zrobienia odnośnie do *Bacillus malariae*; należałoby ustroić wykryty w ziemi przedśledzić należyte we wszystkich okresach jego rozwoju, a głównie zwrócić uwagę na zmiany, jakim podlega po wejściu do krwi zwierzęcia, aby w ten sposób dowieść bezwarunkowo jego tożsamości z postacią spostrzeganą we krwi chorych na zimnicę.

Do pracy tej dołączono dwa listy D-ra Matteo Lanzi i Prof. Ed. Peroncito, stwierdzające zupełnie wyżej podane badania. L. A. Anders.

40. M. Litten. O niektórych zmianach dna oka zastępujących na uwagę pod względem ogólnoklinicznym. (*Berlin. Klin. Wochenschr.* 1881. Nr. 1 i 2). Zmiany dna oka, spostrzegane przy różnych rodzajach niedokrwiłości, bywają niekiedy tylko miejscowym objawem ogólnego stanu organizmu i odznaczają się w takich razach brakiem wszelkich zmian w utkaniu siatkówki i nerwu wzrokowego. Uderzającym jest wtedy niezwykle jasne zabarwienie dna oka oraz bledźść tarczy nerwu wzrokowego przy ostrem odgraniczeniu jej zarysów. Naczynia siatkówki są o wiele węższe aniżeli normalnie, zawarta w nich krew posiada jasno-czerwoną barwę, a różnice w zabarwieniu naczyń krwionośnych są prawie żadne. Ostrość widzenia przy tem nie cierpi bynajmniej.

Aczkolwiek skróślony ten obraz oftalmoskopowy nie odznacza się niezem szczególnem, jednakże, zdaniem Littena, jest on o wiele charakterystyczniejszy, aniżeli zmiany towarzyszące dalszemu przebiegowi ciężkich stanów ogólnej niedokrwistości i polegające na wystąpieniu wylewów krwawych w siatkówce i białych lub biało-szarawych plam na tej ostatniej. Wynaczynienia w siatkówce przy niedokrwistości nie różnią się od wynaczynień, powstających przy innych cierpieniach. Natomiast wspomniane białe plamy, które niekiedy pojawiają się w środku wylewów krwawych, są następstwem nagromadzenia się w warstwach siatkówki limfoidalnych komórek, podobnie jak to widzimy przy białaczce; w przypadkach wysoko posuniętej niedokrwistości podobne ogniska białych ciałek znajdują się również w wielu wewnętrznych organach. Niekiedy przy mikroskopem badaniu plam tych znajdujemy przerośnięte włókna nerwowe, zwłaszcza jeśli białe ciała uległy po części wessaniu; plamy te jednakże nigdy nie zawdzięczają pochodzenia swego wyłącznie tylko przerostowi włókien nerwowych, jak to widzimy przy białkoczozowem i septycznem zapaleniu siatkówki. Zaburzenia wzrokowe, spowodowane przez nie zarówno jak i przez wylewy krwawe, zazwyczaj nie dosięgają wysokiego stopnia, chyba że są one umiejscowione w środkowych częściach siatkówki.

O wiele cięższe są zapalne cierpienia siatkówki i nerwu wzrokowego, rozwijające się na tle ogólnej niedokrwistości. Oftalmoskopowe objawy w podobnych razach są następujące: z początku dostrzegamy tylko lekkie promieniste zadymienie tarczy nerwu wzrokowego, które wkrótce zasłania całkowicie część naczyń siatkówki leżącą w obrębie tarczy. Następnie zadymienie rozszerza się i na samą siatkówkę, w postaci węższych lub szerszych białawych smug, towarzyszących naczyniom siatkówki i niekiedy zakrywających je całkowicie; w rzadkich przypadkach brodawka nerwu wzrokowego przedstawiała się obrzękłą.

Badanie mikroskopowe potwierdza w zupełności zapalny charakter cierpień o których mówimy; L. znajdował przy nich nagromadzenie komórek limfoidalnych w otoczeniu naczyń, oraz rozlane komórkowe nacieczenie wewnętrznych warstw siatkówki w połączeniu z jej obrzękiem. Opisane tu zmiany ograniczały się tylko do wewnątrzgałkowej części nerwu wzrokowego i nie przechodziły nigdy poza błazkę siową. Włókna nerwu wzrokowego ulegały niekiedy sklerozie i przerostowi, niekiedy też dawały się widzieć dawniejsze lub świeże wynaczynienia. Wylewy krwawe i białe plamy (plaques) siatkówki są o wiele częstszem zjawiskiem, aniżeli dotychczas przypuszczano, i pojawiają się nie tylko przy idyopatycznych formach niedokrwistości (przedewszystkiem przy niedokrwistości postępującej złośliwej — *anaemia perniciosa progressiva*) ale i przy objawowych, spowodowanych przez ciężkie cierpienia organów wewnętrznych, zwłaszcza przez raką macicy.

Zapalenie siatkówki lub nerwu wzrokowego występuje rzadziej przy przewlekłej niedokrwistości, częściej zaś po nagłych krwotokach i zwykle kończy się utratą wzroku.

Przy ogólnym zastoju żylnym, zależnym od cierpień organów krążenia lub oddechania, oprócz znanych dobrze wszystkim objawów mniej lub więcej silnego żylnego przekrwienia siatkówki i tarczy nerwu wzrokowego, znajdował L. jeszcze opisane powyżej wybroczyny i białe plamy na siatkówce. Te ostatnie napotykał on jednak o wiele rzadziej i tylko razem z wylewami krwi lub zapaleniem siatkówki.

Wylewy krwawe powstają z początku *per diapedesin*, następnie zaś *per rhexin* i przedstawiają drobnutki w kształcie punkcików wynaczynienia na około tarczy nerwu wzrokowego, w wewnętrznych warstwach siatkówki, oraz pomiędzy ostatnią a ciałkiem szklistem. W jednym, szczegółowo przez L. opisanym przypadku miały one postać okrągłych, ostro odgraniczonych krążków, znajdujących się w związku z naczyniami krwionośnymi.

Zapalenie siatkówki występuje tu o wiele częściej aniżeli przy niedokrwistości i odznacza się silnem żylnem przekrwieniem dna oka, obrzękiem i włosowatym przekrwieniem tarczy nerwu wzrokowego, objawiającem się nastrzyknięciem promienisto rozchodzących się naczynek tej ostatniej. Obok tego znajdujemy wysięk zapalny, zasłaniający obrzękłą tarczę i jej naczynia, które stają się widocznymi dopiero w po za tarczowej ich części, chociaż i tu towarzyszą im biało-szarawe smugi, zasłaniające je częściowo.

Ciekawym bardzo i jedynym w literaturze jest opis zmian na dnie oka, dostrzeganych przy otruciu nitrobenzolem, zanieczyszczonym aniliną. Całe dno oka, również jak i tarcza nerwu wzrokowego, było ciemno fioletowe, naczynia krwionośne przedstawiały się jak gdyby napełnione

atramentem, a jedyną różnicę pomiędzy tętnicami i żyłami stanowiła niejednakowa ich średnica. Tu i owdzie dawały się widzieć w bliskości przepelnionych i rozszerzonych naczyń żylnych maleńkie wynaczynienia. Funkcjonalnych zbroceń nie można było dowieść: chora rozpoznawała barwy należycie, biały kolor zaś widziała bez wszelkiej przymieszki obcych odcieni.

Podobne zupełnie niebiesko-fioletkowe zabarwienie istniało na łącznicy oka, tudzież na innych błonach śluzowych i skórze. Przyczynę jego L. widzi, zgodnie z ostatnimi badaniami Filchne'go, w zmienionym składzie krwi, która przy zatruciu nitrobenzolem traci zdolność chłonięcia tlenu; L. oświadcza się przeciwko dawniejszej hipotezie, według której mieliśmy mieć do czynienia z rzeczywistym zabarwieniem tkanek fioletkową aniliną, powstałą przez odtlenienie nitrobenzolu. U psów, otrutych czystym nitrobenzolem, L. nie spostrzegł żadnych zmian w zabarwieniu dna oka

Do rzadkich przypadków należy też spostrzegane przez L., u człowieka, zmarłego w skutek apopleksji mózgowej, współczesne istnienie prosówkowych tętniakowatych wypukleń na ściankach naczyń krwionośnych siatkówki i mózgu. Dokładne zbadanie zmian histologicznych w naczyniach siatkówki było niemożliwem z powodu zniszczenia, któremu uległy one przy znacznych wylewach krwi. Tętnica kręgową i grubsze naczynia mózgu znajdowały się w stanie atermatycznego zwyrodnienia i nieznacznego tętniakowatego rozszerzenia.

W. Kanocki.

41. Trendelenburg. O drenowaniu pęcherza w przypadkach cięcia w ogóle, a cięcia wysokiego w szczególności (Sectio alta). Ueber Drainage der Blase nach dem Steinschnitt, insbesondere nach dem hohen Steinschnitt. Przewodnią myślą autora było zapewnić i ranom pęcherza po wydobyciu kamienia przebieg aseptyczny; ponieważ zaś zaszywanie pęcherza, proponowane przez Bruns'a, wnet po wydobyciu kamienia, nie odpowiedziało swemu zadaniu, moez bowiem przez zeszytą ranę przesiąka, a nałożenie opatrunku listerowskiego bez zaszycia rany pęcherza nie jest racjonalnem, przeto T. stara się uniknąć gnicia w inny sposób, a mianowicie ułatwiając jak najlepszy odpływ moezu, okruszyn kamienia, śluzu i wydzieliny. Zdaniem jego bowiem, przy dotychczasowem leczeniu ran pooperacyjnych pęcherza, moez i wydzieliny łatwo ulegają gniciu, które przez rozszerzone moczowody szerzy się aż do nerki i wywołuje zapalenie ropne miedniczki. Szczególniej ważnem to jest w przypadkach zadawnionych, gdzie kamienie są duże, gdzie prawie zawsze moczowody, będąc rozszerzonymi, ułatwiają znakomicie przeniesienie się gnicia aż do nerek. W celu dokładnego odpływu moezu i możności ścisłego wymywania pęcherza, T. proponuje zakładać dren w kształcie litery T, który usuwa na 7—8 dzień po operacji. Mocz eo do kropli spływa przez dren do naczynia nie zatrzymuje się w pęcherzu i nie tylko dalej nie gnije, lecz jeśli nawet przed operacją był alkaliczny, wkrótce po przedrenowaniu powraca do swych normalnych własności. Autor robił 8 cięć pęcherza z dobrym skutkiem. 1 cięcie boczne (lithotomia lateralis), 2 pośrodkowe (l. mediana), 1 pochwowe (l. vaginalis), 4 wysokie (l. suprapubica s. alta). To ostatnie autor wykonywał w ten sposób, że wypełnia odbytnicę kolpouynterem lub gąbką, a pęcherz płynem, a to w celu podniesienia ku górze fałdy otrzewnej, a tem samem oddalenia jej od brzegu górnego spojenia łonowego. W ranę wkłada dren w kształcie litery T, a chorego kładzie na brzuchu na poduszkach powietrznych lub wodnych. Autor uważa, że w ten sposób uniknąć można nieprzyjemnych powikłań i że zarzuty, stawiane temu sposobowi, jak: możność uszkodzenia otrzewnej, nacieczenia moczowe i t. d. upadają.

Berl. klin. Woch. 1881. Nr. 1.

Wł. Matlakowski.

42. Nerwoból symetryczny. Na jednym z ostatnich posiedzeń akademii lekarskiej w Paryżu, prof. Peter przedstawił pracę D-ra Juljusza Wormsa, p. t. „Nerwobóle symetryczne u dyjabetyków.“ (*Des névralgies symétriques chez les diabétiques.*)

U dwóch chorych, którzy już przeżyli pięćdziesiątkę, J. Worms spostrzegł nerwobóle symetryczne; u pierwszego w obu nerwach kulszowych, u drugiego zaś w obu zębowych dolnych. W pierwszym przypadku obecność cukru w moczu (co wkrótce spostrzeżonem zostało) nie była łączoną z objawem nerwobólu. Dopiero gdy po pewnym czasie przybył drugi chorey z obustronnym, symetrycznym nerwobólem nerwów zębowych dolnych, a na zbroczenie w moczu, sam o tem nie wiedząc, weale się nie skarżył, Dr Worms, przypomniawszy sobie chorego z obustronnem *Ischias*, poddał moez badaniu i znalazł w nim cukier. To było dostatecznem dla p. Wormsa, aby stworzyć teorię, podług której przyczyną nerwobólu była w jednym i drugim przypadku dyskrazja;

krwem cukrem przeładowana wywołać miała zmianę anatomiczną albo też dynamiczną w nerwach; ztąd zaś wyprowadził wniosek: „gdy masz przed sobą chorego z symetrycznym nerwobólem, szukaj cukru w jego moczu!” Twierdzenie powyższe wywołało protestację ze strony Hardy'ego. Zarzucił on, że wnioski wyprowadzone zostały za prędko i że za mało faktów je stwierdza. Kwestya nie została rozstrzygniętą, ale też i nie obaloną.

Józef Wigura.

† **S. p. Teodor Ferdynand Tripplin.**

Przed kilku tygodniami zmarł w Warszawie Dr. Tripplin. Była to osobistość w swoim czasie bardzo znana, chociaż więcej na polu beletrystycznym, aniżeli na niwie lekarskiej.

Dr. Teodor Ferdynand Tripplin pochodził z rodziny hugonockiej, wygnanej z Francji. Urodził się w Kaliszu w r. 1813, tam też pobierał początkowe nauki. Następnie wstąpił do służby wojskowej i doszedł do stopnia oficerskiego. W r. 1831 zmuszony wydal się z kraju, udał się do Królewca i poświęcił się studjom lekarskim. Uzyskawszy w Królewcu stopień lekarza, pojechał do Montpellier, gdzie po napisaniu rozprawy: „*Quelques mots sur la fièvre typhoïde*”, 1840 r. otrzymał stopień doktora medycyny. Praktykował w różnych okolicach Francji i Hiszpanii, podróżował wiele, a owocem tych wycieczek były: „Wspomnienia z podróży po Danii, Norwegii, Portugalii, Hiszpanii i Marokko”; wyszły one w r. 1844 w Poznaniu. W r. 1848 przyjechał Tripplin do Krakowa i ożenił się z córką pułkownika byłych wojsk polskich, Żochowskiego. Uzyskawszy amnestyję wrócił w r. 1850 do Warszawy, gdzie stale osiadł i rozwinął płodną i ożywioną działalność literacką. W tym to okresie aż do 1859 r. wyszły wszystkie prawie jego powieści i podróże. Jako nie specjalne (a jest ich ze 20), pomijamy takowe, a ciekawych odsyłamy do Biblijografii Estreichera (Tom 4-ty, str. 532 i 533). Do owego okresu należą również dwa dzieła popularno-lekarskie: „Hygiena polska, czyli sztuka zachowania zdrowia, przedłużenia życia i uchronienia się od chorób, zastosowana do użytku popularnego z szeregówym poglądem na okoliczności w naszym kraju i klimacie wpłynąć mogące na tworzenie się słabości, eierpień i chorób. Tomów 2, z 16 kolorowanem rycinami. Warszawa, 1856 — 1857.“

„Kalotechnika, czyli sztuka zachowania piękności, zawierająca higienę zębów Dra Désirabode, higienę rąk i nóg pani Lachapelle, Drki medycyny, higienę piersi i kibici Adama Raciborskiego Dra medycyny, higienę włosów Dra Juljusza Massé, zebrana i ułożona przez autora wspomnień i t. d. Warszawa, 1856.

Krytycy warszawscy niezmiernie surowo ocenili dzieła Dra Tripplina, zarzucając mu mnóstwo fałszu i plagiatów, wówczas zniechęcony Tripplin wydal się z Warszawy i począł na nowo prowadzić życie koczujące. Wyjechał na Wschód, następnie pełnił obowiązki lekarza wojskowego we Włoszech, a podczas ostatniej wojny wschodniej widzimy go jako żołnierza w szeregach czarnogórskich. Przez pewien czas krążyły nawet wieści o jego śmierci, aż niespodzianie zjawił się w Warszawie w r. 1876. Probał nawet na nowo wejść na pole literackie, ale zniechęcony nowem niepowodzeniem — zamilkł. Zmarł wśród rodziny swojej, dnia 24 Stycznia. *Sit ei terra levis!*

WIADOMOŚCI MIEJSCOWE.

— Prof. Na w r o c k i mianowany został professorem zwyczajnym.

WIADOMOŚCI ZAGRANICZNE.

— Na posiedzeniu Akademii Umiejętności Krakowskiej w d. 21 Lutego r. b., przewodniczący Dr. Teichmann odczytał pracę prof. Brodowskiego z Warszawy: „Przyczynę do anatomii patologicznej wątroby.“

— Z powodu projektu zastąpienia Siostr Miłosierdzia w szpitalach paryzkich obsługą świecką, prof. Desprès wystosował list do prefekta departamentu Sekwany, a prof. Potain do P. Girardin'a, oświadczając się stanowczo za utrzymaniem dotychczasowego urzędzenia. Ten

ostatni żali się, że koła rządzące w sprawie tej wcale nie zapytywały lekarzy, najbliższych świadków i najbliższych sędziów pod tym względem. Nie pojmuje on, co na tej zmianie wygrać mogą chorzy; jeśli osoby świeckie mają być bardziej wykształcone pod względem lekarskim, od dotychczasowych Sióstr Miłosierdzia, to zmiana w tym kierunku bynajmniej nie jest pożądaną; wykształcenie bowiem połowiczne nie prowadzi do niezego. Zadaniem dobrej garde-malade jest słuchać i wykonywać ściśle to, co jej polecają, a to właśnie spełniają wybornie obecne Siostry Miłosierdzia, które nad kobietami świeckimi mają tę nieporównaną wyższość, że nie posiadają osobistych interesów i celów, że są oddane wyłącznie swemu zajęciu, że nie myślą o przyszłości swojej. Tymczasem garde-malade panna, będzie myśleć o wyjściu z małż, mężatka będzie troszczyć się o swą rodzinę, starsze zaś kobiety są do tego zajęcia nieodpowiednie. Wakacje, urlopy, interesa będą powodem ciągłych korowodów ze służbą dla chorych. Jedyny zarzut, stawiany Siostrom Miłosierdzia, a mianowicie zbytnia gorliwość religijna i pochop do wykonywania małych praktyk religijnych jest rzeczą błahą, wobec interesów chorego. Zdaniem Potain'a, skarga zanesiona do przełożonej wyściera obecnie, by Siostrę wykraczającą zmieniono i dano inną, odpowiedniejszą. Zresztą, są to rzeczy rzadkie. Instytucja Sióstr Miłosierdzia, taka jak dzisiaj istnieje, stanowi do pewnego stopnia część ciała lekarskiego, dzieli radość i smutki lekarzy, przyczynia się do osiągnięcia dobrych wyników leczenia, i bierze w zainteresowaniu się lekarza czynny udział. Projektowana obsługa świecka, płatna przez administrację, zależy będzie całkowicie od tej ostatniej.

Do tych uwag prof. Potain'a dodać musimy, że w całości podzielamy jego zapatrywanie się. Zdaniem naszym, rzadko wydarzające się forsowne nawracanie lub namawianie kogoś do spowiedzi jest zbyt marnym powodem do zmiany tej wybornej, wyprobowanej i taniej instytucji. O ile nas poucza kilkoletnia praktyka w dwóch największych szpitalach warszawskich, Siostry nasze dobrze spełniają swoje obowiązki. Tembardziej uważamy za potrzebne zwrócić uwagę na ten przedmiot, że i w pismach naszych, częstokroć tak błędnie powiadomionych, odzywały się głosy za zniesieniem Sióstr Miłosierdzia, gwoili niby obrażonej wolności sumienia. Ciekawą ilustrację stanowi nawet we Francji owo systematyczne pomijanie zdania lekarzy, nawet w tych sprawach, które ich zbliżka dotyczą.

— Przymioti brzytwa (*Syphilis et rasoir*). Pod takim tytułem ogłosił niedawno Dr. Després w *Paris-Médical* spostrzeżenie o zaszczepieniu przymiotu za pomocą nieczystej brzytwy, używanej w zakładzie fryzjerskim. Wypadki podobne już się zdarzały; to też Pasteur mając je na względzie, radził, aby przed użyciem w razorze podejrzaną brzytwę, trzymać ją przez pewien czas w ogniu lampy spirytusowej. Rada godna zastosowania w polskich balwaniach.

KORRESPONDENCYJA.

Kutno, 22 Lutego r. 1881.

W miesiącu Październiku minionego roku pojawił się wśród mieszkańców naszego miasta tyfus brzuszny, który przybrał epidemiczny charakter, szerząc się dosyć szybko, eo mnie skłoniło do zawiadomienia o tem władzy, która, mojem zdaniem, winna była przedsięwziąć środki, dla zapobieżenia dalszemu szerzeniu się choroby. Na zawiadomienie moje, lekarz powiatu Kutnowskiego, nie dopytawszy się o moich chorych, odpowiedział, że nie tyfus brzuszny, lecz różne cierpienia żołądkowo-kiszczkowe z ataktycznym (?) charakterem, pojawiają się dosyć często, a to bądź skutkiem przeziębienia przy robotach na polu, bądź skutkiem niedobrego pokarmu, złych kartofli; w końcu dodał, że nie widzi potrzeby niepokoić ludność skutkiem czyichś przywidzeń. Nie pozostało mi nic innego, jak przedstawić obraz choroby jaki codziennie spostrzegałem, wraz z innymi lekarzami. Obraz choroby przedstawiłem jak następuje: chorzy z początku skarżą się na dreszczyki i łamanie w kościach, ból głowy, brak chęci do jedła, ogólne osłabienie i zmuszeni są weźmie kłaść się do łóżka. Ciepłota ich ciała w ciągu choroby dochodzi do 40° C. i więcej, na skórze wielu chorych występuje plamista wysypka w mniejszej lub większej obfitości, język u chorych podsyca, brzuch wzdęty i na ucisk bolesny, mniejsza lub większa biegunka, u niektórych chorych stolce pomieszane z krwią, śledziona

powiększona; z objawów nerwowych: bóle i zawroty w głowie, przytępienie słuchu, majaczenia, senność, bezprzytomność w cięższych przypadkach. Choroba trwa od 3 do 4-eh tygodni i przechodzi najczęściej w okres wyzdrowienia, długo trwający. Niektóre bardziej ciężkie przypadki zakończyły się śmiercią, przy objawach upadku sił, kolapsu.

Ten obraz choroby spostrzegany przezemnie i potwierdzony przez drugich lekarzy, którzy razem ze mną widzieli takich chorych, dowodzi, że opisana choroba jest tyfusem brzuszny w najścisłszym znaczeniu, a nie cierpieniem żołądkowo-kiszkowym, jak tego chce lekarz powiatu Kutnowskiego.

Że choroba panuje epidemicznie, na to podałem następujące dowody: 1) do szpitala miejskiego i lazaretu wojskowego wstępowali w niezwykle wielkiej ilości chorzy, przy wyżej opisanych objawach, 2) były domy w mieście, w których zachorowywało po 10-ciu i więcej chorych współcześnie, lub jeden po drugim, a nawet w niektórych rodzinach zachorowywali wszyscy członkowie rodziny jeden po drugim; 3) z nowozaciężnych, przechodzących przez Kutno, niektórym przybywszy zupełnie zdrowymi, tu zachorowywali przy wyżej opisanych objawach. W końcu mego raportu dodałem, że jakkolwiek choroba nieco się już zmniejszyła (było to bowiem już w Grudniu), jednakowoż trwa ciągle, że nieprzedsięwzięcie żadnych środków zaradczych bardzo pomogło rozszerzeniu się choroby (w tym bowiem czasie tyfus zaczął się pojawiać w wioskach najbliżej Kutna położonych) i że z tego powodu uważam za konieczne ustanowienie komitetu, któryby się zajął zbadaniem kwestyi: czy tyfus w samej rzeczy panuje, czy też nie, a jeżeli panuje, jakie należy przedsięwziąć środki. Raport mój podałem 8 20 Grudnia, zaraz po odpowiedzi lekarza powiatu. 7 (19) Stycznia b. r., a zatem w mieście, lekarz powiatu Kutnowskiego odpowiedział w następujący sposób, godzien uwagi z wielu względów: Z raportu lekarza Arnsteina widocznem jest, że on pod miano tyfusu brzuszego podeiagnął rozmaite (?) ostre choroby, które pod wpływem jakichś (?) przyczyn, przyjęły a t a k t y e z n y charakter. I tak, przecząc panowaniu jakiegobądź cierpienia żołądkowo-kiszkowych, sam powiada, że u spostrzeganych przez niego chorych często bywało rozwolnienie, a nawet stolce bywały niekiedy krwawe (czegoż to dowodzi?); wszak i sam tyfus brzuszny, przynajmniej ze względu na umiejscowienie, należy do tej kategorii chorób (!?). Dalej, sp strzegana przez lekarza Arnsteina jakaś wysypka na skórze, mogła być łatwo odrą lub szkarlatyną, która w istocie pojawiała się nawet u dorosłych. Że zaś ani objawy choroby, ani powiększenie śledziony, ani wyliczone zwiastuny choroby ani też objawy nerwowe nie dowodzą tyfusu brzuszego, o tem może się przekonać i sam pan Arnstein, gdy porówna przedstawiony przez niego obraz jego tyfusu z opisem prawdziwego tyfusu w którymkolwiek podręczniku (!?). Gdyby pan Arnstein zrobił choćby jedną sekcję, przekonałby się ostatecznie o fałszywych jego poglądach, lecz tego uczynić nie mógł, skoro wszyscy jego chorzy zwykle wyzdrowieli; rezultat istotnie zadziwiający (?). Przytoczone przez lekarza A. dowody epidemicznego szerzenia się choroby, dowodzą chyba tego tylko, że ludzie przeziębwszy się i przemokłszy (!) podpadają różnym cierpieniom, a nie tyfusowi, o którym na szczęście dotychczas w całym kraju nie slychać (!). Zresztą o tyfusie my slyszymy przez cały rok i to we wszystkich stopniach porównania, zaczawszy od wielkiego tyfusu do małego tyfusiku (!). Nie jest to bez wyrachowania i bez korzyści (czyjej?).

Odpowiedź ta została mi zakomunikowaną przez naczelnika powiatu Kutnowskiego, który oświadczył mi, że w zupełności podziela zdanie lekarza powiatu (ciekawa rzecz na jakiej zasadzie?).

Ponieważ tyfus brzuszny i teraz jeszcze panuje, a nawet w ostatnich czasach zaczął się silnie szerzyć po wsiach, gdzie i śmiertelność jest większa, upraszam więc Szanowną Redakcję, by z danych przedstawionych przezemnie, zechciała odpowiedzieć na następujące pytania:

- 1) Czy podany przezemnie obraz choroby jest tyfusem brzuszny?
- 2) Czy dowody przezemnie przytoczone przemawiają na korzyść epidemicznego charakteru choroby?
- 3) Czy właściwym było w danym razie moje żądanie, przedsięwzięcia środków zapobiegawczych w celu przeszkodzenia dalszemu szerzeniu się choroby?

Arnstein.

Od Redakcji. — Objawy choroby, tak jak Szanowny Kolega je opisuje, cechują stanowczo tyfus brzuszny, epidemicznie występujący. Sądymy, że obowiązkiem lekarzy jest w takich razach przedsiębrać wszelkie możliwe przez higienę i policję lekarską wskazane środki, w celu przeszkodzenia szerzeniu się choroby.