

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

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

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

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

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

TROCHISCI NITROGLICERINI,

Trochisci Glonoini, Tabletki Nitroglicerynowe.

W ostatnich czasach nitrogliceryna znalazła zastosowanie lecznicze jako *antineuralgicum-antispasmodicum*.

Dotychczasowe niedogodne użycie w roztworze spirytusowym tak silnego środka wstrzymywało wielu lekarzy od stosowania go w praktyce; przepisywanie nitrogliceryny z wodą jest niewłaściwe, albowiem cała ilość nitrogliceryny opada na dno; podług Husemann'a najlepiej działa rozpuszczona w tłuszczach—opierając się więc na tem, wyrabiam jeszcze dogodniejszą formę w komprimowanych tabletkach czekoladowych, gdzie nitrogliceryna jest rozpuszczoną w całej zawartości masy kakaowej za pośrednictwem eteru, zawierając stale $\frac{1}{100}$ grana albo 0,00062 grm. nitrogliceryny, wszelkie zatem obawy usuwają się przez ułatwienie dozowania, w użyciu zaś powyższa forma jest przyjemną. Działanie nitrogliceryny jest nadzwyczaj szybkie, albowiem w dwie minuty po użyciu $\frac{1}{100}$ g. doznaje się silnego tętnienia tętnic szyjowych, uczucia ciepła, poczynającego się od twarzy, czasami połączonego z lekkim bólem głowy—lecz wszystkie te przypadłości ustępują stopniowo również prędko, nie pozostawiając żadnych przykrych następstw.

Podług Murella w napadach dychawicy (*asthma*) 3 razy dziem po $\frac{1}{100}$ gr. zwiększając dawkę w potrzebie od 2-eh do 3-eh tabletek 3 do 4-eh razy dziennie, poczem skutki były zadawalniające, a w wielu razach zupełne wyleczenie nastąpiło. Podobnież zalecana nitrogliceryna z pomyslnym skutkiem w napadach duszniczy bolesnej (*angina pectoris i pseudostenocardia*) wstrzymuje szybko boleści duszenia, a wzięta w dawkach jak wyżej zepobiega atakom bez zrobienia złego skutku choremu—wreszcie nitrogliceryna wstrzymuje napady epileptyczne (*aura epileptica*), jak najmniej okazała się skuteczną w formie migreny tak zwanej *hemicrania sympathico-tonica*. Zdaje się że środek ten wskazany właściwie, usuwając szybko tak przykre dla człowieka cierpienia, może znaleźć usprawiedliwioną wziętość.

Ze względu nazwy nitrogliceryny, dla wielu przerażającej, kładę nazwę na pudełkach „Trochisci Glonoini.“

Cena pudełka, w którym mieści się 25 sztuk tabletek wynosi 40 kop.

M. MUTNIAŃSKI

Właściciel Apteki. Nowy-Świat Nr. 18.

STARANIEM I NAKŁADEM

Wydawnictwa Dzieł Lekarskich polskich

w KRAKOWIE

wyszły następujące dzieła:

- 1) D-ra Pawła GUTTMANNA. Nauka sposobów klinicznego badania narządów piersiowych i brzusznych. Przekład dokonany pod kierunkiem D-ra A. KREMERA i Docenta D-ra St. PARENŃSKIEGO. Warszawa 1877. Cena złr. 75 c. 2 rs. 50 kop.
- 2) D-ra Jana STEINERA. Rys Nauki o chorobach dzieci dla uczących się i lekarzy. Przekład dokonany pod kierunkiem Profesorów: M. L. Jakubowskiego i J. Oettingera. Kraków 1877. Cena 4 złr.—3 Rs. 70 kop.
- 3) D-ra Antoniego JURASZA. Profesora z Heidelberga. Laryngoskopia, dzieło oryginalne ozdobione 43 drzeworytami. Kraków 1879. Cena 2 złr. 25 c.
- 4) D-ra Oskara WIDMANNNA, prymar. szpitala powszechnego we Lwowie. Choroby serca i tętnic. Dzieło oryginalne. Kraków 1879. Cena 1 złr. 85 c.
- 5) D-ra A. ROTHEGO, naczelnego lekarza zakładów dla obłąkanych w Warszawie, Psychopathologia Forensis, czyli nauka o chorobach umysłowych w zastosowaniu do sądownictwa, a w szczególności do praw obowiązujących w Królestwie Polskiem i Galicyi. Dzieło oryginalne. Kraków 1879. Cena 2 złr. 25 c.
- 6) D-ra H. JORDANA Docenta wydz. lek. w Uniw. Jagiell. Nauka położnictwa dla użytku uczniów i lekarzy. Dział 1-szy fizyologija i dyetyka ciąży, porodu i położu. Dzieło oryginalne, ozdobione 44 drzeworytami. Kraków 1881. Cena 3 złr. 50 c.
- 7) D-ra Ż. KRÓWCZYŃSKIEGO, c. k. radcy sanitarnego we Lwowie Syfilidologija. Dzieło oryginalne. Kraków 1883. Cena 5 Złr. wa.
- 8) D-ra St. SMOLEŃSKIEGO, kierownika zakładu wodoleczniczego w Jaworzu. Hydroterapija Dzieło oryginalne. Kraków 1884. Cena 1 Złr. 85 kop.
- 9) D-ra A. OBALIŃSKIEGO, profesora Wydz. lek. Krak. Wykłady z zakresu chorób dróg moczowych męskich. Kraków 1886. Cena 1 Złr. 80 kr.
- 10) D-ra T. ŻULIŃSKIEGO. Hygijena szkolna, wydanie pośmiertne dokonane przez Doc. D-ra Grubowskiego. Kraków 1886. Cena 1 Złr. 60 kr.
- 11) D-ra P. PIENIAŻKA. Uzupełnienie do dzieła własnego p. t. Choroby krtani i tchawicy, Kraków 1887. Cena 50 kr. (Cena niższa dzieła pierwotnego p. t. Choroby krtani i tchawicy wynosi Złr. 4.

Skład główny powyższych dzieł znajduje się w **Redakcyi Medycyny** oraz w księgarniach S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie, J. Milikowskiego we Lwowie, Gebethnera i Wolfa w Warszawie.

0—8

Wyszło z druku dzieło p. t.

Podręcznik Medycyny Praktycznej

C. F. Kunze'go

Przekład z ostatniego (9-go), znacznie przerobionego wydania niemieckiego z r. 1887.

Dzieło powyższe, obejmujące 46 ark. druku, zawiera działy następujące: **Choroby zakaźne, weneryczne, skórne, ustrojowe, choroby narządów oddzielnych, choroby kobiece i otrucia.** Oprócz tego na końcu książki umieszczony jest spis recept, zebranych z całej książki wraz z odnośnikami do odpowiednich rozdziałów.

Obecnie wyszedł z druku zeszyt I. Zeszyt drugi i ostatni wkrótce wyjdzie.

Cena całego dzieła wynosi Rs. 3 kop. 50 (a zatem jest niższą od oryginału niemieckiego), z przesyłką, Rs. 4.

Zamówienia z prowincyi nadsyłać można do wszystkich redakcyi warszawskich pism lekarskich. Nabywać również można i u tómaczy (Al. Fruchtmann, Nowolipie Nr. 23; St. Klejn, Dzika Nr. 30). Przedpłata powinna być z góry uiszczoną za całe dzieło.

0—8

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. F. GULIŃSKI. I. Przypadek pógowego zapalenia spojenia łonowego i obu stawów krzyżo-biodrowych (*Symphysitis abscedens et arthritis utriusque synchondroseos. sacroiliacae puerperalis*). — II. W. MATLAKOWSKI. Zestawienie 25 przypadków otwarcia jamy otrzewnej przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych niezapalnego pochodzenia [Ciąg dalszy]. — *Notatki lekarskie.* 11. W. BIEGAŃSKI. W kwestyj rokowania przy krwotokach kiszkowych w tyfusie brzuszonym. — *Dział sprawozdawczy.* 30. BERGEON-MOREL. Nowy sposób leczenia cierpień dróg oddechowych i zakazeń krwi za pomocą wstrzykiwań gazów do kiszki prostej przez D-ra V. MOREL lekarza szpitala w Lyonie. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

I. PRZYPADEK

POŁOGOWEGO ZAPALENIA SPOJENIA ŁONOWEGO I OBU STAWÓW KRZYŻO-BIODROWYCH

(*Symphysitis abscedens et arthritis utriusque synchondroseos sacroiliacae puerperalis*),

podał

D-r Franciszek Guliński,

zarządzający przytułkiem położniczym w Warszawie, b. lekarz domu położniczego w Moskwie.

Nie tak to łatwo napisać coś nowego o zapaleniu pógowym stawów miednicy, na szczęście, trafiającem się w położnictwie rzadko i może z tego powodu zapoznawanem przez lepsze nawet podręczniki położnictwa. SPIEGELBERG zaledwie w kilkunastu wierszach [§ 311] robi krótką wzmiankę o tem cierpieniu i odsyła czytelnika do podręczników chirurgii, które bardzo pobieżnie mówią o tym przedmiocie. Nie chęć więc napisania czegoś nowego skłoniła mię do opisania spostrzeganego przypadku, lecz ważność tej ciężkiej i długiej choroby, wymagającej dokładnego rozpoznania i stosownej porady.

Dnia 19. XI. 1886 r. o godz. 4 z rana, do przytułku położniczego na ulicy Pańskiej przyjąłem ciężarną Maryjannę Huzarewicz.

Przy wywiadach dowiedziałem się od niej, że ma lat 24 i zawsze cieszyła się dobrem zdrowiem. Zaczęła miesiączkować w 16 roku życia, z małemi wyjątkami prawidłowo, co 4 tygodnie, po 3 dni, bez bólów i umiarkowanie, wyszła za mąż przed 1½ rokiem, a w ciąży jest po raz pierwszy od 10 miesięcy księżycowych. Ostatniej miesiączki, jak również pierwszego ruchu płodu nie pamięta, w czasie całej ciąży była zupełnie zdrową. Bóle porodowe pojawiły się d. 18. XI. o 11 z rana, wody odeszły dnia tegoż o godzinie 5 wieczorem; noc całą nie spała, rad żadnych u nikogo nie zasięgała.

Wzrost i budowa ciała rodzącej dobre, układ kostny rozwinięty prawidłowo, tkanki tłuszczowej bardzo dużo, mięśnie wiotkie. Ciepłota ciała 38,5° C., tętno 90 na minutę. Obwód brzucha na wysokości pępka 100 ctm., wysokość macicy 36, odległość pępka od spojenia łonowego 19, od pępka do wyrostka mieczykowego 21 centymetrów.

Miednica prawidłowa: *D. Sp.* 23, *D. Cr.* 26, *D. tr.* 30, *conj. externa* 20, *conj. diagon.* nie zmierzona, gdyż wskaziciel nie dostaje wzgórka krzyżowego, *conj. vera* = 11 ctm.. Rozmiary miednicy małej i wyjścia prawidłowe. Bicie serca płodu z prawej strony poniżej pępka, dobrze słyszalne. Bóle porodowe częste, słabe i kurczowe. Części płciowe zewnętrzne i pochwa nabrzmiąle, międzykrocze wysokie i mało podatne, macica otwarta na szerokość poprzeczną 3-ch palców, brzegi ujścia zewnętrznego obrzmiąle, twarde i w czasie bólu kurczące się, pęcherz płodowy rozerwany; przodująca część płodu przedgłowie, przy 2-iem położeniu czaszkowem, czaszka ustalona we wchodzie miednicy małej.

Po użyciu stosownych środków, jak ciepłej kąpieli, natrysków pochwowych 38° R., makowca, wina i innych, bóle porodowe przybrały charakter prawidłowy, tak, że po 10 godzinach pobytu rodzącej w przytułku, ze względu na nią i słabnące dziecko, dnia 19. XI. o godzinie 2 po południu nałożyłem kleszcze na główkę, ustaloną w obszernej części miednicy małej. Płód obumarły, nader łatwo wyjęty [dziewczynka], ważył 4000 grm., długości 51 ctm., z obwodem główki 34 ctm., wymiarem potyliczo-czołowym 11, przekątnym 13 i ciemieniowym 9 centymetrów.

Na drugi dzień po porodzie położnica skarży się na ból w okolicy wzgórka łonowego i obu stawów krzyżo-biodrowych, wyłącznie przy ruchach całego ciała, kiedy chce się podnieść, usiąść lub położyć na którykolwiek bok na łóżku, przyczem bóle rozpromieniają się na kończyny dolne. Poruszenia nóg czynne i bierne wywołują ból w tych samych miejscach. Badanie szczegółowe narządów płciowych i miednicy nie wykryło nic nieprawidłowego, jedynie uciskanie i wzdłuż spojenia łonowego, ze strony pochwy i od zewnątrz nad lechtaczką, wywoływało dotkliwy ból; ruchomości w spojeniu łonowem i stawach krzyżo-biodrowych nie znalazłem. Ciepłota ciała 37,5° C., tętno 80. Chora ma się dobrze. Odchody jak również oddawanie moczu prawidłowe. Dni następných, przy ciepłocie i tętnie niezmiennem, powyższe objawy znacznie się wzmogły, chora narzeka na ból mocniejszy w lewym aniżeli prawym stawie krzyżo-biodrowym, badanie spojenia łonowego wykazało niewielkie obrzmienie. Dnia 5-go pobytu w przytułku, t. j. 24. XI., chora nie zwracając uwagi na moje przedstawienia, a sądząc, że leżyć w domu będzie jej wygodniej, zażądała wypisania się. Pomimo, że stanie i chodzenie, z powodu bólu było niemożliwe, chorą odwieziono do domu. Podczas pobytu w przytułku, oprócz zwyczajnych leków poporodowych, stosowałem lód na wzgórek łonowy i okolice krzyżową.

Dnia 13. XII. z. r. do oddziału chirurgicznego kobiecego w szpitalu D-ka Jezus D-ra MATLAKOWSKIEGO, przyjęto moją chorą, od której dowiedziałem się co następuje: od czasu wyjścia z przytułku nie opuszczała łóżka, doznając przy każdym ruchu bólu w stawach miednicowych, wreszcie nie gorącz-

kowała i zaleconych leków nie używała. Przed tygodniem dopiero, po wyraźnym dreszczu i gorączce, uczuła mocne rwanie nad spojeniem łonowym i w częściach płciowych zewnętrznych, które natychmiast obrzmiały. Badanie podmiotowe wykazało, że wzgórek łonowy był obrzmiały i bolesny na dotyk, nad spojeniem łonowym wyczuć można wyraźne głębokie chęłbotanie, prawa warga sromna większa również obrzmiała, zaczerwieniona, przy dotykaniu bolesna i chęłbotająca najwyraźniej na wewnętrznej swej powierzchni. Przy macaniu przez pochwę przekonałem się, że naprężenie i obrzmienie zajmuje całą prawą ścianę pochwy od spojenia łonowego i po zstępującej gałęzi kości łonowej przechodzi na wargę prawą większą. Ucisk od wewnątrz na spojenie łonowe, wskutek obrzmienia jakby szersze, wywołuje mocny ból, przy czem wyczuwa się wyraźną ruchomość w tym stawie i obrzmiałość. Ucisk na oba stawy krzyżo-biodrowe tak z zewnątrz jak i wewnątrz bardzo bolesny. Macica w stanie prawidłowym popołogowym. Od tygodnia zaparcie stolca, mocz oddaje chora często i z bólem. Ciepłota z rana 38,9° C., tętno 90, wieczorem 40, tętno 112. Niedokrwistość i wycieńczenie bardzo znaczne. W innych narządach całego ciała zbroczeń żadnych nie dostrzegłem. Wszelkie ruchy tułowia i kończyn dolnych wywołują ból mocny w stawach miednicy, leżenie na obu bokach niemożliwe. W okolicy krzyża obszerna i głęboka odleżyna. Za pomocą cięcia szerokiego na wewnętrznej powierzchni prawej większej wargi sromnej, od lechtaczki ku dołowi, wypuściłem znaczną ilość cuchnącej ropy. Palec wprowadzony do jamy ropnia przechodzi w górę po prawej zstępującej gałęzi kości łonowej do przedniej i dolnej powierzchni spojenia, nie spotykając nigdzie kości obnażonej. Po wyskrobaniu nierównej, obszernej powierzchni jamy i przemyciu płynem przeciwnilnym w ranę wstawiono sączek i opatrzone gazą jodoformową.

Dalszy przebieg cierpienia był nader pomyslny: ciepłota ciała w kilka dni po otwarciu ropnia stała się prawidłową; jama ropnia wypełniła się i całkiem zagoiła w ciągu 3-ch tygodni. Ból, ruchomość i obrzmienie spojenia łonowego, jak również ból w stawach krzyżo-biodrowych ustąpiły. Odleżyna znakomicie się podgoiła. Stan ogólny pod wpływem leków wzmacniających wkrótce się poprawił; chora po 11 tygodniach leżenia zaczęła chodzić swobodnie, doświadczać tylko nieznacznego bólu w okolicy lewego stawu krzyżo-biodrowego. Dnia 4 Lutego, zdrowa, opuściła szpital.

Badania anatomiczne o połączeniach kości miednicowych od czasu zbadania ich przez LUSCHK'ę¹⁾, uważać można za skończone, ostatni bowiem dowiódł, że połączenia te nie są prawdziwymi spojeniami (*symphysis et synchondrosis*), lecz mniej więcej naturalnymi stawami (*hemidiarthrosi*), w których przylegające do siebie końce kości zaopatrzone są w chrząstkę, pokrytą błoną maziową; błonie tej brak tylko swoistego nabłonka, a zastępuje go warstwa komórek okrągławych. Podczas ciąży, wskutek ogólnego przekrwienia wszystkich narządów miednicy, a więc i stawów rzeznaczonych, następuje obrzmie-

¹⁾ Poniższe dane czerpałem z pracy WINCKEL'a, p. t. „Pathologie und Therapie des Wochenbettes“. Berlin 1878. 3 Aufl. Literatura późniejsza jak to w Schmid's Jahrbücher, Real Encyclopedie i polska nie przytacza żadnej w tym kierunku pracy.

nie i obfitsze przesiąkanie do nich płynu surowiczego, tak że *hemidiarthrosis*, staje się jak by rzeczywistym stawem, zawartość bowiem płynu, zwykle w nich nie wielka, powiększa się znacznie podczas ciąży. Takie jednak rozpulchnienia fizjologiczne stawów miednicy odróżniać musimy od rozluźnienia i zapalenia chorobowego podczas ciąży i po porodzie, zjawiska wogóle nader rzadkiego.

Wraz z przekrwieniem i obrzmieniem zapalnym błony maziowej, następuje obfitsze wydzielanie się płynu maziowego, wskutek czego końce kości nie przylegają jeden do drugiego. Tak np. LUSCHKA znalazł w jednym przypadku, że końce kości spojenia łonowego oddalone były od siebie o 15 milimetrów. Zapalenie surowicze przejść może w ropne; wtedy chrząstka obnażona może uleść przedziurawieniu i zniszczeniu, a kości próchnieniu. Tkanki otaczające stawy, jako to narządy płciowe zewnętrzne, pośladki i tkanka łączna miednicy nie pozostają obojętne dla toczącej się sprawy; nacieczenie zapalne, czasami zropienie lub spoczenia spostrzegać się tu dają. Ropień stawowy otworzyć się może na zewnątrz lub podminować skórę na znacznej przestrzeni, tworząc w różnych kierunkach kręte przetoki.

Cierpienia te spojenia miednicy bywają pierwotnemi, albo też występują jako objawy wtórne, przerzutowe (*metastatica*). Pierwotne powstają niedługo po porodzie, częstokroć bez porażenia sąsiednich narządów; zaś wtórne bywają poprzedzane przez inne cierpienia, jako to zapalenie tkanki łącznej miednicy, żył macicznych (*metrophlebitis*) i t. d.; przy badaniu pośmiertnym znajdujemy wówczas inne przerzuty, tak np. w przypadku FLORIN'a wykryto je w sercu i nerkach, co jednak nie dowodzi, że ropień w spojeniu łonowym nie był cierpieniem pierwotnym, a ropnica — wtórnem. Czasem podlegają cierpieniu wszystkie 3 stawy, jednakże częściej jeden z nich. Pytanie, czy spojenie łonowe podlega tej chorobie częściej od krzyżo-biodrowych, obecnie, z powodu niewielkiej ilości przypadków opisanych w literaturze, nie może być rozstrzygniętem. SCANZONI, wbrew zdaniu KRWISCH'a, utrzymuje, że stawy krzyżo-biodrowe mają pod tym względem pierwszeństwo i że postać pierwotną spotyka się częściej aniżeli wtórną. Zdanie to potwierdza także WINCKEL.

Co się tyczy objawów danego cierpienia, to najprzód występują bóle w okolicy stawu porażonego, znacznie wzmagające się przy najmniejszym choćby poruszeniu ztąd bóle te rozpromieniają się na kończyny dolne do tego nawet stopnia, że chore albo wcale chodzić nie mogą, albo poruszają się z wielką trudnością i to na szczydlach. W przypadku (*symphysitis ossium pubis*), opisanym przez WINCKEL'a, chód był nader charakterystyczny: chora mianowicie przyciskała kolana jedno do drugiego i nie podnosząc kończyn, suwała niemi po podłodze; stąpanie zatem takie było podobne do tego jakie widzimy u kobiet cierpiących na rozmięknienie kości (*osteomalacia*). W innych znowu razach chore wolno powłóczą nogą, pochylając się przytem z boku na bok, czyli stąpają kołysząc się, narzekają na ociężałość w kończynach dolnych, odrętwienie, przechodzenie mrowia i t. p., a przy porażeniu spojenia łonowego częstokroć doznają bólu podczas oddawaniu moczu. Skoro sprawa zapalna przechodzi w ropienie, bóle wzmagają się, występują dreszcze i gorączka, ruchy kończyn dolnych stają się zupełnie niemożliwymi, a następnie powstaje obrzmienie sąsie-

dnich części miękkich. W ten sposób tworzą się zbiorniki ropy w wzgórku łonowym, okolicy pachwinowej, na kości krzyżowej lub biodrowej.

Zejsia opisywanego cierpienia stawów bywają następujące: 1) zupełne wessanie wysięku surowiczego i wyzdrowienie; trafia się to najczęściej przy niezna-
znacznem natężeniu sprawy i odbywa się w ciągu 2—3 tygodni, 2) wytworzenie się ropnia z wyzdrowieniem po opróżnieniu takowego, w ciągu 4—6 tygodni, 3) przewlekłe rozluźnienie stawu, trwające nieraz dziesiątki lat, ze znaczną skłonnością do powrotu choroby przy następnych ciężach i porodach, 4) posocznica i ropnica następują tylko w razach wyjątkowych [GRENSER].

Rozpoznanie choroby jest w ogóle łatwe: na umiejscowienie bólów chore wskazują wyraźnie; wszelkie ruchy tułowia i nóg potęgują ból w stawach, rozpromieniający się na kończyny dolne; wreszcie obmacywanie z zewnątrz i z wewnątrz stawu cierpiącego upewnia nas o siedlisku choroby. A zatem cokolwiek ściślejsze badanie kończyn dolnych i narządów płciowych nie pozwoli cierpienie to uznać za *ischias* lub *phlegmasia alba dolens*. Jeżeli mamy do czynienia z ropniem, to po otworzeniu takowego, należy zbadać za pomocą zgłębnika lub palca czy staw jest otwarty i czy chrząstka nie jest już zniszczoną.

Przyczyny danego cierpienia dotąd są niejasne, spotykamy je bowiem również często po porodach łatwych i krótko trwających, jak i po ciężkich, wymagających pomocy operacyjnej. FORDYCE BARKER nadmienia, że spotyka się je często nie przy miednicy zwężonej, jak utrzymywał SCANZONI, lecz przeciwnie przy prawidłowej i niezwykle obszernej, gdzie główka płodu stała nisko czas dłuższy. STOLZ spostrzegał cierpienie dane u osób tłustych i krwistych, jak również niedokrwistych i charłacznych, dalej przy zbyt mocnych wysiłkach fizycznych i przy niezwykle dużej obszerności macicy. Główka płodu wielka, twarda i niepodatna także może zbyt rozciągać stawy miednicy i wywołać następnie ich zapalenie; wreszcie urazy [GRENSER] i poronienia nieraz chorobę tę poprzedzały [COUROT]. Same rozluźnienie stawów niejednokrotnie spostrzegał DÉBOUT podczas ciąży, po większej części w 7 i 8-ym miesiącu, po ciężkiej pracy fizycznej i znalazł, iż połowa kobiet cierpiących [18 przypadków] były dobrze i mocno zbudowaną i że u żadnej z nich śladów gruźlicy i krzywicy nie było. Jak często spotyka się tę chorobę nie obecnie powiedzieć się nie da. KIWISCH podał 1 przypadek, CLAY 2, PIGEOLET 1, FERDINAND MARTIN 4, COUROT i PUTÉGNOT po 2 przypadki, DEBOUT 19, DÉWILLIERS 1, GALVAGNI 2, HILLER 2, WINCKEL 5. TOUNELLE z 222 oględzin pośmiertnych położnic z Maternité Paryskiej w roku 1829, tylko 2 razy znalazł ropę w spojeniu łonowym.

W przypadkach pierwotnego cierpienia rokowanie jest najzupełniej pomyślne; czasem, jak to miało miejsce w pierwszym przypadku WINCKEL'a, nawet nie bywa podniesionej ciepłoty ciała. Wysięk surowiczy ulega łatwo wessaniu, poczem wyzdrowienie szybko następuje; ropień stawowy daje rokowanie mniej pomyślne, wreszcie po zniszczeniu chrząstki, unieruchomienie nie ma znaczenia wielkiego, jeżeli tylko jakieś powikłanie wcześniej nie przetnie pasma dni życia chorej.

Co się tyczy leczenia, to nie wiele posiadamy skutecznych środków. Gdybym miał lekki przypadek podczas ciąży, zaleciłbym tylko spokój bezwzględny w łóżku i mocną opaskę miednicową, która miałaby na celu możliwe unierucho-

mienie stawów. FERDINAND MARTIN stosuje stalową opaskę miednicową, podobną do opaski przepuklinowej, a zaopatrzoną w dwie poduszeczki i sprężynę, wykrzywioną z tyłu i z góry naprzód i ku dołowi równoległe do obu grzebieni kości biodrowych. Opaska ta powinna utrzymywać końce stawowe w jak najbliższem ze sobą zetknięciu. Wielu pomienionych wyżej autorów chwali bardzo tę opaskę. SCANZONI w jednym przypadku nadzwyczajnie mocnego rozluźnienia wszystkich 3 stawów miednicy, które zaczęło się jeszcze podczas ciąży i trwało 4 miesiące po porodzie, wyleczył chorą w ciągu 8 miesięcy, za pomocą środków żelazistych, wcierań w okolice porażonych stawów maści narkotycznej z jodkiem potasu, ciepłymi kąpielami żelaznymi i nareszcie kąpielami błotnymi w Brukenau. W początku zapalenia i przy mocnych bólach wskazany jest upust krwi miejscowy [pijawki, bańki cięte], następnie wcierania maści ból kojących, szaruchy, *linimenti volatili*. z *tinct. thebaica* i t. d.. STOLZ radzi podawać kobietom słabym żelazo z chininą, wraz z wzmacniającemi wcieraniami i obmywaniami chłodnemi. Przytem chora powinna leżeć w łóżku i unikać wszelkich ruchów. W kilka dni po ustąpieniu bólów, gdyby siły chorej w ogóle były dobre, można zezwolić na ostrożne poruszanie się z opaską. W razie utworzenia się ropnia, należy natychmiast takowy otworzyć zapomocą cięcia szerokiego i leczyć podług ogólnych prawideł chirurgii nowoczesnej. Jeżeli zaś choroba przeszła w przewlekłą, to nie pozostaje nic innego, jak poradzić kąpiele morskie, natryski, wycierania i wody siarczane [WINCKEL].

Co się tyczy patogenezy danego cierpienia, to nie można uważać jej za zupełnie dla nas jasną i zrozumiałą. Zgodnie z panującemi pojęciami o zapaleniu, a zwłaszcza w postaciach zapalenia w okresie połogowym, sprawy w stawach, o których mowa, zależą od wtargnięcia drobnych ustrojów; wrota wejścia są również dobrze znane: są niemi uszkodzenia błony śluzowej dróg porodowych, których nigdy nie brak, zwłaszcza u pierwiastek. Natomiast przypuściwszy, że ztąd mikroorganizmy zostają wessane przez naczynia limfatyczne, należy przyjąć, że dostają się z nich do wzmiankowanych stawów przez pośrednictwo krwiobiegu; jest to atoli dotychczas proste przypuszczenie.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO KOBIECEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

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

Podał

Władysław Matlakowski.

Ordynator tego oddziału.

[Ciąg dalszy — Patrz. Nr. 41].

Spostrzeżenie V. *Cystis utriusque ovarii; accretiones largae precipue cum utero; punctio; ovariotomia; sanatio.*

Partycka Zofija, wyrobnica, 44 l. przybyła do szpitala d. 12. I. 1886 r. pomieszczona w oddziale D-ra WOJCIKIEWICZA z powodu goścowego cierpienia stawów, ztąd przeniesiona do mojego oddziału d. 10. II. t. r..

P. chorą się czuje mniej więcej od 14 lat; początku miesiączkowania nie pamięta; przed 5 laty regularność się zatrzymała, a jednocześnie zjawily się silne bóle; następnie znowu miesiączka pojawiła się tak obfita, że miała charakter krwotoku; w ostatnich czasach miesiączkowanie bardzo nieprawidłowe; ostatnia w Styczniu r. t. Zamężna od 12 lat, nigdy nie zachodziła w ciążę. Przed 8 laty zauważyła po raz pierwszy powiększenie brzucha, który po kuracji w Ciechocinku znowu się zmniejszył; przed 3 laty przechodziła silną gorączkę, oraz niesłychane bóleści w brzuchu, którego dotknąć nie można było.

Status praesens. Średniego wzrostu, bardzo blada, lecz nie charłacza. Brzuch bardzo duży, przy położeniu chorej na plecach wystaje do góry kulisto, nie rozlewając się płasko na boki, asymetryczny, mianowicie prawa połowa bardziej wypukła niż lewa, która jest bardziej płaska. Guz nierówny; osobne wzniesienia *in epigastrio*, oraz nad spojeniem łonowym, co jeszcze bardziej stwierdza macanie. Wyraźne falowanie i chelbotanie, lecz guz nad spojeniem jest twardo elastyczny i nie bierze udziału w chelbotaniu. Obwód brzucha przez pępek 116 ctm.; od *pr. xyph.* do pępka 25 ctm.; od spojenia łonowego do pępka 25 ctm.; do *spina ant. sup. dext.* do pępka 32, od *spina ant. sup. sin.* do pępka 29 ctm.. Przy usiłowaniach poruszenia guza udaje się z wielką trudnością cokolwiek przesunąć guz z dołu, t. j. od spojenia ku podżebrzom, przyczem wyraźnie widać, jak przesuwają się też widoczne wypukłości i dzielące je brzozy. Z boku na bok guza prawie ruszyć nie można. Ku górze guz dochodzi do łuków żebrowych, pozostawiając *in epigastrio* przestrzeń niezajętą między sobą i *proc. xyph.* szerokości palca; ku dołowi sięga do prawego *lig. Pouparti* i do *spina ant. sup. dext.*, tak, że palca wsunąć nie można. Z lewej strony przestrzeń szerokości kilku palców nad *lig. Poup. sin.* jest miękka i daje ton bębniasty; tu przez warstwę ściany brzusznej i kiszki wyczuwa się powierzchnię guza. Ku dołowi *in hypogastrio* guz wchodzi za spojenie łonowe do miednicy i zaledwie nieco odsunąć go można od kości. Na przestrzeni między lewym łukiem żebrowym i *spina ant. sup. sin.* wyczuwa się płaskie wzniesienie, niewyraźnie odgraniczone od guza płytką brzożdą, twardo elastyczne, nie dające ani chelbotania ani drżenia, przy opukiwaniu wydające odgłos tępy; okolica lędźwiowa lewa miękka z tonem tympanicznym wysokim. Ton tympaniczny daje wązki pasek brzucha *in epigastrio*, wzdłuż prawego łuku żebrowego, aż do *l. axillaris*, oraz powyżej nad *spina ant. sup. dex.* Takież ton daje okolica lewych dolnych żeber. Ściany pochwy nieco opadnięte, błona śluzowa blada, macica wysoka, część pochwowa od przodu; przez sklepienie tylne wyczuwa się guz dający uczucie falowania; macica nieruchoma. Pęcherz poza spojeniem łonowym z prawej strony; oddawanie moczu częste; moczu mało, bład, białka nie zawiera. *Bronchitis* z mocnym kaszlem; rozliczne bóle w łokciach, w stawach napięstkowych, w głowie, w bokach; tony serca czyste, bardzo słabe; tętno 92; lekkie opuchnięcie stóp. 18—21 *menstruatio*.

Rozpoznanie brzmiało: *cystis ovarii* przeważnie *unilocularis*, prawdo podobnie z prawego jajnika, z mniejszemi torbielami na kolosalnym worku; mając na uwadze wielokrotnie przebywane bóleści brzucha z gorączką, przypuszcza się obszerny wzrosty wskutek zapalenia otrzewnej; co do stosunku z macicą, to z powodu szczelnego wypełnienia jamy otrzewnej, trudno coś orzec, zarówno jak i o stanie drugiego jajnika, w którym może być niezależna torbiel; wreszcie guz elastyczny znajdujący się za lewą kością łonową uważa się za tron macicy.

Za pomocą kąpeli, leków do wewnątrz, dobrego pożywienia starano się podnieść stan ogólny chorej, oraz zyskać jej zaufanie; z góry bowiem zastrzegła się, że żadnej operacji zrobić sobie nie da. W ten sposób chora przebyła do końca Marca, przeszedłszy kilkakroć bardzo mocny, męczący kaszel, oraz silne bóleści w stawach. Gdy już dobrze się poprawiła, zrobiono wszelkie przygotowania; oznaczono operację na 2 Kwietnia, lecz chora tegoż dnia, jakby zażartowawszy sobie ze wszystkiego, wypisała się, nawet nie zezwoliwszy na nakłucie.

Nie przeszły jednak dwa miesiące, a już chora w d. 24 Maja 1886 powróciła w stanie tak ciężkim, że na karcie napisano wyraz *agonia*. Zupełnie cichym głosem opowiada, że od dnia wyjścia ze szpitala robiło się jej coraz gorzej, guz rósł, duszność się wzmagała. Nadomiar złego upadła ze stołeczka i jakby się coś oberwało w brzuchu; obecnie błaga o natychmiastową operację; nie może uleżeć spokojnie, rzuca się w łóżku; twarz trupio-błada, kończyny zimne, wychudnięcie niezwykle. Obwód brzucha przez pępek 124 ctm. Od *proc. xiph.* do spojenia 64 ctm., od tego do pępka 32; od *spina ant. sup.* do pępka po obu stronach po 38 ctm., tętno 120; oczy wpadłe.

Zarządziwszy wszelkie środki wzmacniające [eter, ciepłą strawę, ogrzewanie łóżka, koniak], bezzwłocznie celem przywrócenia swobody ruchów klatki i przepony zrobiłem nakłucie w smudze. Wypuszczono 16200 ctm. sześciennych płynu czekoladowego, a w końcowych ilościach krwistego, dość lepkiego. Tętno po operacji podniosło się do 110.

Przez 4—5 dni chora była tak osłabioną, że nadzieja utrzymania jej przy życiu była bardzo słabą; nie jadła nic, tętno w tętnicy promieniowej niewyczuwalne. Od tej pory jednakże powoli zaczęła przychodzić do siebie tak, że uważałem w końcu, iż można przedsięwziąć operacją radykalną.

Dnia 30. VI. 1886. *Sub chloroformo*, cięcie w smudze białej, poczynające się aż nad pępkiem; po otwarciu jamy otrzewnej wypływa płyn aseptyczny; otrzewna zgrubiała; na grubej usianej białemi wyspami ścianie torbieli widać ślad po nakłuciu w kształcie krwisto czerwonego wynaczynienia; torbiel do ściany brzusznej przedniej nieprzyrosła. Nakłucie trójkątnym SPENCER-WELLS'a najgrubszego kalibru, opróżnienie przezeń dużej torbieli i wydobywanie pofałdowanej ściany przedniej wraz z otworem po tylko co dokonaniem przebicium z jamy otrzewnej nazewnątrż. Po zbadaniu okazuje się, że powiększona macica zupełnie zrosła z torbielą, leży za lewą kością łonową; że guz wyczuwany w lewej stronie brzucha, a sięgający aż do łuku żebrowego lewego, jest dużą torbielą wielkości dwóch pięści, siedzącą na wielkim worku. Po wyciągnięciu prawie całkowitem tego ostatniego z brzucha okazał się obszerny, lecz taśmowaty zrost ze siecią, oraz z wyrostkiem robaczkowym i w części z kiszką ślepą; zrosty z wyrostkiem i z siecią zostały podzielone na pęczki i popodwiązywane; z kiszką zaś zlepienie zostało rozerwane na tępo paznogciem. Teraz po odwinięciu całej torbieli ku dołowi i wyciągnięciu jej z jamy brzusznej, okazuje się, że między tylną ścianą macicy, na całej rozciągłości odedna aż w dół DOUGLAS'a, oraz między lewym więzłem szerokim z jednej a torbielą z drugiej strony, istnieje obszerny, mocny, tęgi, płaszczysty zrost; zrazu chciałem go również separować na tępo; gdy jednak pozostawała ranna powierzchnia macicy bardzo żywo krwawiąca, tworzyłem ze ściany torbieli pęczki grubości mniej więcej palca przez wbijanie w nią na tępo kleszczy grubych do zrostów i każdy taki pęczek podwiązywałem przy samej macicy grubym powrózkiem jedwabnym, a nałożywszy na jego część od strony torbieli, kleszcze, przecinałem; w ten sposób szczęśliwie oddzieliłem macicę od torbieli, podwiązaawszy około 10 pęczków, poczem utworzoną szypułę guza z prawego więzła szerokiego podwiązałem jedwabiem i obciąłem; wtedy podwiązałem i obciąłem torbielowato zwyrodniony lewy jajnik. Staranna toaleta jamy brzusznej, zwłaszcza jamy miednicy; opuszczenie szypuły guza, oraz macicy z siedzącymi na niej podwiązkami; zaszycie rany w ścianie brzusznej; opatrunek z musliu jodoformowego i waty; obcisłe obandażowanie brzucha i dolnej części klatki piersiowej. Operacja trwała około 1½ godziny.

Chora przez dwa dni miała uporczywe wymioty; osłabienie zwłaszcza na drugi dzień było prawie graniczące z *collapsus*; tętno 160, kończyny i nos chłodne; lecz brzuch pozostał zapadłym, niebolesnym, stan bezgorączkowym; moczu ilość spora. Chora dostawała ławatywy odżywcze z wina, kamfory i żółtek, oraz wstrzykiwania podskórne eteru. Od 3-go dnia zjawilo się wilcze łaknie-

nie, wygląd wyborny, tętno 100; najwyższa ciepłota 38,5° C. czwartego dnia po operacji. W tydzień zdjęto szwy, *1-a intentio* na całej przestrzeni, brzuch miękki i mały, cokolwiek wrażliwy przy macaniu. 8-go dnia po oleju rycynowym i wlewaniu HEGAR'a obfite wypróżnienie. 13. VII. W dole biodrowym prawy bolesność i odgłos stłumiony. 14. VII. zatrwajający stan [tętno 130, wymioty, bóle i wzdęcie brzucha] wskutek obżarstwa. Odtąd stała poprawa, powrót do zdrowia przy ciągłym zmniejszaniu się bólu i nacieczenia w prawym dole biodrowym. Chora opuściła szpital d. 6. VIII. 1886.

Gdym w kilka miesięcy widział chorą, trudno ją było poznać, tak utyłą, wybielałą i czuje się mocną i zdrową.

Spostrzeżenie VI. *Cystis multilocularis ovarii dextri; contentum oleosum; ovariotomia dextra; sanatio.*

Wi...ska Julija, żona szewca, lat 30 licząca, przeniesiona do oddziału d. 2. II. 1887. Zameżna od 10 lat; w kilka miesięcy po ślubie chorowała obłonie na jakąś chorobę maciczną, połączoną z gorączką i krwotokiem z części płciowych [być może poronienie]. Miesiączka prawidłowa, co miesiąc, trwająca po 3 dni, bez bólesci. Dwa ostatnie peryjody były bardzo przykre z objawami rozdrażnienia psychicznego, bólem głowy. Obecnie chora skarży się na silny ból w prawej pachwinie przy spółkowaniu, a nadto na inne dolegliwości jak bóle, rozdrażnienie, zatwardzenie, brak łaknienia i t. p..

Chora średniego wzrostu i odżywiania, dobrej budowy. Brzuch mały, płaski; ściana jego przednia nienaprzężona. W dolnej części z prawej strony, nad więzmem POUPART'a wyczuwa się niewyraźnie guz, bardzo bolesny przy macaniu. Z hymenu pozostał pasek szerokości $\frac{1}{4}$ ctm. po obu bokach swobodny, w kształcie zaś mostu obu końcami przytwierdzony. Tuż ponad płaszczyznę wychodu miednicy małej leży część pochwowa, stożkowata, wydłużona, twarda; zgłębnik wchodzi na 7 ctm. do macicy swobodnie nieco na lewo i w tył; macica mało ruchoma, przesunięta nieco na lewo i w tył. Przez prawe sklepienie wyczuwa się guz nierówny, bardzo twardy, wielkości pomarańczy, bardzo bolesny, średnio poruszalny przy ujęciu go między palce obu rąk i wyraźnie poruszający się oddzielnie od macicy, oraz i z takową. Guza wypchnąć, lub przesunąć do jamy miednicy dużej wcale nie można. Co do rozpoznania to takowe wahało się między guzem macicy i guzem prawego jajnika.

D. II. 1887 po uśpieniu chorej: cięcie w smudze białej; po przecięciu smugi wewnętrzne brzegi mięśni prostych brzucha rozchodzą się, oddalają się od siebie. Guz nieprzyrosły, mało ruchomy z powodu utwierdzenia na szerokiej, cienkiej, lecz bardzo krótkiej szypule, tak że nawet na tyle go z brzucha wydobyć nie można, żeby go zobaczyć między brzegami rany. Wyrostek robaczkowy wkracza na guz swoją kręcyczką. Na wewnątrz guz dotyka do macicy, wychodzi zaś z prawego jajnika [jak to utrzymywał kol. GULIŃSKI]. Ułożywszy chorą na boku, zrobiłem nakłucie zwyczajnym trójgrańcem i wypuściłem około 250 ctm. sześciennych płynu blade-żółtawo-białego, gęstego, zupełnie przezroczystego, oleistego. Wtedy z powodu szerokości i krótkości szypuły podwazywałem ją częściowo, pęczkami, a każdą podwiązaną część obcinałem od strony wyrostka robaczkowego, resztę zaś podwazywałem jedwabiem, po przebicciu igłą i obciąłem; w płaszczyźnie cięcia znalazło się kilka torbieli wielkości ziarna grochu do orzecha z zawartością surowiczą. Po oczyszczeniu jamy otrzewnej z płynu, który się zebrał podczas operacji, brzegi rany zeszyłem. Przebieg idealny, bez gorączki i innych przykrych objawów dla chorej, która w parę tygodni wyszła zdrową ze szpitala.

Godną uwagi jest w tym przypadku z a w a r t o ś ć t o r b i e l i, która, będąc płynną w chwili wypuszczania i zupełnie przezroczystą, w n e t z a s t y g ła

na podstawie, w masę blado-żółta wo-białą, podobną do zastygniętego szmalcu. Płyn ten pod drobnowidzem nie zawierał wcale kryształów, rozpuszczał się bez śladu w eterze i chloroformie i prawdopodobnie składał się z oleiny; na nieszczęście odesłany do ścisłego badania do pracowni chemicznej szpitali Warszawskich z powodu pomyłki w przesyłce nie został zbadany z całą ścisłością, na jaką zasługiwał jego wyjątkowy charakter.

Spostrzeżenie VII. *Kystoma ovarii sinistri, accretiones cum peritoneo fossae Douglasi, utero, intestinis; ovariotomia incompleta; mors e peritonitide.*

Plucińska Helena, 51 lat, wyrobница, wstąpiła do oddziału d. 7. IX. 1887 r. Chora zauważyła przed 7-u tygodniami obrzęk nóg, a dopiero 5 tygodni temu powiększenie brzucha; jest wdową od kilku lat, nigdy nie zachodziła w ciążę, przed rokiem przestała miesiączkować.

Chora średniego wzrostu, blada, nos i wargi sine; kończyny dolne znacznie obrzękłe, tętno słabe około 80 na minutę; w wewnętrznych narządach nie można zauważyć widocznych zaburzeń, białka w moczu nie ma. Brzuch znacznie powiększony; obwód 91 ctm., odległość od spojenia do pępka 19, od tego ostatniego do wyrostka mieczykowatego 17, a do *spina ant. sup.* z każdej strony po 19 ctm.. Guz mniej więcej kulisty, gładki, tylko w okolicy dolnej prawej wyczuwa się wałkowatą, twardą nierówność, idącą po powierzchni guza, a wchodzącą ku dołowi za prawą kość łonową, niezbyt wyraźne uczucie chelbotania i falowania. Guz jest bardzo mało ruchomy, daje odgłos tępy. Część pochwowa stoi nisko, przyparta do prawej kości łonowej, a przedstawia się w kształcie dwóch fałdek, poza którymi wyczuwa się guz, twardy, kulisto się do pochwy wypuklający, wypełniający jamę miednicy małej i nie pozwalający zbadać szyi i trzonu macicy, z którą jest zlany. Ruchomość przy oburęcznym badaniu jest również prawie żadna. Zgłębnik maciczny wchodzi na 12 ctm., przyczem koniec jego wyczuwa się w owym wałku, o którym wspomnieliśmy wyżej, a który okazuje się być macicą wydłużoną i przemieszczoną.

Rozpoznanie postawione zostało jako *kystoma ovarii*, albo li tylko sama przez się, z przyrośnięciem w głębi miednicy małej, albo z obecnością mięśniaka, wychodzącego z tylnej części miednicy i wypełniającego dół DOUGLAS'a oraz jamę miednicy małej w ogóle.

Dnia 16. IX. 1887 r. chora po nadzwyczaj mocnym okresie podrażnienia usnęła względnie dobrze, choć z trudnością, poczem w obecności kol. KONDRATOWICZA, JAWDYŃSKIEGO, GULIŃSKIEGO, CIECHOMSKIEGO, BORSUKA, ŻOŁĘDZIOWSKIEGO przystąpiłem do operacji. Cięcie z początku do pępka w smudze białej, gdy jednak po nakłuciu i wypuszczeniu zawartości torbieli, guz mimo to mało się zmniejszył, a z drugiej strony ku dołowi przestrzeń także była ograniczoną z tego powodu, że pęcherz, t. j. właściwie fałda przejściowa otrzewnej ściennej na pęcherz, znajdowała się bardzo wysoko, bo w połowie odległości między spojeniem i pępkiem, wypadło cięcie przedłużyć ponad ten ostatni, wtedy po podwiązaniu i odcięciu przyrosłej sieci, oraz po wyciągnięciu guza na zewnątrz i zbadaniu jego stosunków okazało się, co następuje: po przedniej prawej powierzchni guza przyrośniętą jest wydłużona macica, którą przed operacją wyczuwaliśmy w kształcie wałka; torbiel wielokomorowa, wyszedłszy z lewego jajnika, wrosła głównie w lewy wiąz szeroki, obecnie zaś wypełnia cały dół DOUGLAS'a, gdzie przyrosła jest rozlanym, mocnym zrostem do całej powierzchni tylnej macicy, do ścian miednicy małej aż do płaszczyzny jej wchodu, przyczem po tylnej, a następnie po prawej powierzchni torbieli przebiega *S. romanum* w dalszym zaś ciągu odbytnica, które są ze ścianą guza w najściślejszym szerokim związku. Przekonawszy się, że oddzielić torbieli i wydobyć jej w całości niepodobna, postanowiłem wyciąć jak najwięcej, część zaś przyrosłą do ścian

miednicy małej pozostawić. W tym celu najprzód trójgranicem wypuściłem zawartość z kilku dużych torbieli wtórnych, a nożyczkami otworzyłem wiele małych z zawartością wodnisto-błądą, poczem poczynawszy od lewego rogu macicy nakładałem na ścianę torbieli, podzieloną na kilkanaście pęczków, mocne podwiązki jedwabne, jak najgłębiej, tuż na granicy kiszki oraz linii przejścia swobodniej ściany torbieli, w ścianę przyrosłą do ścian miednicy, poczem pęczki owe ponad podwiązką odcinałem; tak postępując kolejno obkroilem całą ścianę torbieli, zostawiając na dnie jamy miednicy małej część torbieli wraz z licznymi podwiązkami krótko obciętemi. Z prawej strony macicy w kierunku ku kiszce ślepej podwiązano i obcięto kilka torbieli nadzwyczaj cienkościennych, przezroczystych wiszących na długich szypułkach. Podczas tych manipulacji zwłaszcza przy przecinaniu torbieli na dnie miednicy małej, oraz przy obcinaniu ściany, zawartość wielu torbieli wtórnych pozostała w głębi miednicy, skutkiem czego przedsięwzięłem jak najstaranniejsze oczyszczenie jamy miednicy gąbkami, a uważając to jeszcze za niedostateczne wprowadziłem do dna dołu DOUGLAS'a, za przykładem KAISER'a i MIKULICZA, długie pasy skręconej gazy jodoformowej które wyprowadziłem przez najniższą część rany, poczem zeszyłem całą ranę gęstymi szwami z wyjątkiem owej najniższej części nad spojeniem łonowem, gdzie pozostał kanał mogący przepuścić 2 palce, dla przejścia wprowadzonej gazy. Operacja trwała 1 $\frac{3}{4}$ godziny. Chora po operacji przyszła do siebie nadspodziewanie szybko, zwłaszcza zważywszy, że operacja była długa, że przez pewien czas znaczna część kiszki leżała zewnątrz jamy brzusznej, że manipulacje odbywały się w jamie miednicy małej, że wreszcie ku dołowi jeden z pomocników utrzymywał stale pęcherz, wypadający przez ranę na zewnątrz.

Przebieg. Po operacji chora bardzo prędko przyszła do siebie, przy czem tętno wynosiło około 96 na minutę, wieczorem jednak już znalazłem ją bardzo uskarżającą się na ból, z powodu którego wstrzyknięto morfinę pod skórę, oraz położono pęcherz z lodem na brzuchu; nadto przychodziły często męczące wymioty. Przez następne dni te ostatnie trwały bez przerwy, wyczerpując siły chorej, pomimo to, że zgoła prócz lodu nie przyjmowała żadnych napojów, tętno stopniowo podnosiło się od 100—120, przy ciepocie około 38° C. Opatrunek zewnętrzny z powodu przesiąknięcia zmieniony został, przyczem zauważono, iż brzuch jest wzdęty. Po kilku dniach nieznośnego swędzenia na skórze całego ciała, a najprzód na brzuchu pokazały się obszerne podniesione plamy *erythematis*. Zresztą odbijania, czkawki nie było. Mocz od chwili po operacji oddawała chora swobodnie, w dostatecznej ilości i zupełnie prawidłowy. Ponieważ pobudzenia do wypróżnień nie przychodziły, ani nawet nie odchodziły gazy, przeto 5-go dnia wiano znaczną ilość wody do odbytnicy sposobem HEGAR'a, co powtarzano następnie po dwakroć dziennie, atoli bez skutku, gdyż prócz zabarwionej nieco wody i gazów właściwe wypróżnienie nie nastąpiło. Gdy wysypka na skórze wzmogła się, widząc w tem objaw zatrucia jodoformowego 5-go dnia usunąłem gazę z jamy otrzewnej, a wprowadziłem dren, wieczorem ciepota podskoczyła do 38,5° C. Następnego dnia rzeczywiście wysypka zbladła, a swędzenie bardzo dokuczliwe ustąpiło; mimo to jednak wymioty trwały po dawnemu, oraz wystąpił silny ból w okolicy pępkowej, nieco na prawo, podczas gdy zaraz po operacji ból głównie był w podbrzuszu, gdzie znajdowała się wprowadzona gaza. 7-go dnia chorą można było uważać już za straconą, na co wskazywały zimne, wilgotne kończyny, oraz częste wymioty żółciowe, przy tętnie niewyczuwalnem. Śmierć nastąpiła 8 dnia po operacji.

Badanie zwłok uskuteczniiono tylko częściowo; po rozerwaniu brzegów zeszytej ściany brzusznej, na wysokości pępka i na prawo od niego ognisko wysięku, włóknikowo-rozpnego, w ilości łyżki, leżące między ścianą brzuszną i zleptonami pętlkami kiszki; tu znajduje się podwiązany koniec sieci, od której prawdopodobnie rozpoczęło się zapalenie ograniczone. Brzuch rozdęty wypełniony

pętlcami jelit mocno nastrzykniętych i posklejanych ze sobą, zwłaszcza u dołu, gdzie ograniczają kanał, w którym tkwi dren, dochodzący do dołu DOUGLAS'a. Otrzewna pętliec sąsiednich oraz macicy ciemno-siwa, prawie czarna od wessanej krwi. Na dnie dołu DOUGLAS'a znajduje się część ściany torbieli między macicą, *l. innominata sinistra* i odbytnicą odepchniętą na prawo, torbiel jest tak mocno przyrosła, że jej odłuszczyć palcami na tępo nie można. Również na dnie dołu DOUGLAS'a lecz na prawo od кишки prostej znajduje się nieruchomo przyrosły drugi jajnik, torbielowato zwyrodniony, wielkości orzecha włoskiego. W zagłębieniu maciczno-odbytniczym znajduje się płyn ciemno-krwawo-szary w niewielkiej ilości.

Wnosząc ze stanu prawego jajnika, można przypuszczać, iż jajnik lewy, również był oddawna przyrosły na dnie dołu DOUGLAS'a, gdzie uległ zwyrodnieniu torbielowatemu; zwolna guz wypełnił jamę miednicy małej, wywierając nacisk, lub wypychając trzewa w niej zawarte; w ten sposób pęcherz i macica znalazły się prawie w całości ponad płaszczyznę wchodu miednicy małej; odbytница przesunięta i przyciśnięta do prawo-tylnej ściany miednicy, a nadto szczelne wypełnienie tej ostatniej, oraz w ogóle brzucha przez torbiel elastyczną spowodowało nacisk na żyły i obrzęk kończyn.

Godną uwagi jest okoliczność, iż fałda przejściowa listka ściennego otrzewnej na pęcherz znajdowała się bardzo wysoko, bo wyżej od połowy odległości między pępkiem i spojeniem łonowym, co spotykaliśmy nieraz, nigdy jednak w tak wysokim stopniu.

Spostrzeżenie VIII. *Cystis utriusque ligamenti lati, enucleatio, sanatio.*

Przypadek ten był opisany w Gazecie Lekarskiej w roku 1884 w Nr. 15.

2. TRZY LAPAROTOMIJE BADAWCZE.

Spostrzeżenie IX. *Fibromyoma colli; laparotomia explorativa. Sanatio.*

Rogożiak Maryjanna, 40 lat licząca, włościanka z gubernii Grodzieńskiej przybyła do szpitala d. 4. IX. 1884. Anamneza bardzo niezupełna. Chora zauważyła swój guz przed 4 laty.

Status praesens. Chora średniego wzrostu, miernego odżywiania, oliwkowatej cery; nigdy nie rodziła. Brzuch średniej wielkości; ścianka nienaprzężona; w dolnej części brzucha wyczuwa się guz wielkości główki dziecięcia, wypuklający widocznie ścianę brzuszną w okolicy podbrzusznej; ku górze dosięga on do pępka, ku dołowi wchodzi poza spojenie łonowe i za prawą kość łonową, do których jest nieruchomo przyparty; na prawo wyczuwa się jego granicę w linii pachowej, na lewo przechodzi cokolwiek poza smugę białą. Cewnik wprowadzony do pęcherza zwraca się na lewo. Guz jest gładki, twarodoelastyczny, niebolesny, nie daje uczucia chęłbotania, ani falowania, jest prawie zupełnie nieruchomy, zwłaszcza w kierunku pionowym. Przy badaniu przez pochwę odrazu uderza ta okoliczność, że szpara sromna przesunięta jest na lewo, jest półksiężycowa, z wypukłością zwróconą na lewo; cewka moczoza zepchnięta na lewo i ku tyłowi. Palcem wprowadzonym do pochwy wyczuwamy guz gładki, zupełnie nieruchomo przyklejony do bocznej ściany miednicy, wypełniający przednio prawą część pochwy, ku dołowi zstępujący aż do wargi sromnej mniejszej prawej; guz ten pokrywa bezpośrednio ściana pochwy, gładka, ścięczała, łatwo krwawiąca. Na pewnej wysokości palec wyczuwa na tym płaskim guzie mały guzik w kształcie brodawki: jest to *portio vaginalis*, w kształcie małej brodawki, do której można wprowadzić zgłębnik na parę centymetrów. Sklepienie przednie jest twarde

wypełnione przez guz; tylne także niepodatne i w części wypełnione; przez lewe próżne macicy wymacać nie można. Przy wprowadzeniu palca do odbytnicy, przekonywamy się, że guz naciska na tę ostatnią, skutkiem czego *ampulla recti* jest ciasna, spłaszczona.

Chora z trudnością oddaje mocz i kał; gruczoły chłonne pachwinowe nie powiększone. Stan ogólny dobry.

D. 11. IX. 1884 po uspieniu chorej, po przecięciu ściany brzusznej w kierunku smugi białej, okazało się, że guz jest mocno przyrosły do ściany; na powierzchni jego widać liczne, grube i drobniejsze żyły i tętnice; guz zupełnie twardy, nieruchomy, tak, iż wsuwając palce za spojenie, nie można go od tego ostatniego odsunąć. Po podwiązaniu rozerwanych przy tem badaniu naczyń, rana została zaszyta.

Przebieg bez zaburzeń, a 29. IX. chora opuściła oddział w stanie, jak przed operacją.

Rozpoznanie w tym przypadku wydało mi się najprawdopodobniejsze jako niezwykła postać mięśniaka macicy, który rozpoczynając się ze szyi i z przednio-prawej jej strony, z jednej strony wrastał w prawe *parametrium*, oraz w prawą tkankę około szyjową, dalej w tkankę luźną około pochwową, aż do granicy wargi mniejszej, z drugiej strony, jako *myoma interstitialis* zajmował trzon macicy; do tego rozpoznania skłonił mnie wynik badania, stan ogólny chorej, oraz brak w anamnezie wskazówek co do przebytego zapalenia.

Spostrzeżenie X. *Cystis sarcomatodes ovarii; perimetritis; laparotomia explorativa; sanatio.*

Malinowska Aniela, żona włościanina, 36 lat licząca, przybyła do szpitala d. 20. VIII. 1885 r. na oddział D-ra KRASZEWSKIEGO, zkąd 26 dnia została przeniesioną do mnie.

M. jest mężatką od 13 lat, nigdy w ciążę nie zachodziła; pierwsza miesiączka ukazała się w 15-tym roku, od tej pory była mniej więcej prawidłową; ostatni raz wypadła przed 7 tygodniami. Nigdy nie przebywała choroby połączonej z gorączką, wymiotami i czkawką, oraz bólami w brzuchu; oddawanie moczu i kału odbywa się bez zaburzeń. Przed 1½ rokiem, niosąc worek ze zbożem, uczyła w kilka dni potem ból w dolnej części brzucha i wtedy również po raz pierwszy zauważyła tam guz, który z wolna zwiększał się, sprawiając czasami zwłaszcza przy robocie ból dotkliwy. W rok od daty zauważenia guza, takowy jakoby miał zniknąć, lecz przed 4 miesiącami nanowo go zauważyła i od tej pory rósł tak szybko, że chora obawiała się, aby brzuch jej nie pękł, takie miała uczucie rozprężania; przed 7 tygodniami brzuch dosięgnął największych rozmiarów, a od 2 tygodni zaczął jakoby szybko się zmniejszać.

Chora średniego wzrostu, zdrowego wyglądu; ściana brzuszna gruba i niepodatna; brzuch najbardziej wypukła się w okolicy poniżej pępka, t. j. w podbrzuszu w linii pośrodkowej; po obu bokach widać zagłębienia oddzielające środkowy guz od płaskich wzniesień w dołach biodrowych. Zresztą brzuch równy. Okolica brzucha ponad *spina ant. sup. dext., reg. lumb. dext., hypochondrium dext. epigastrium* i *reg. lumb. sin.* miękko elastyczne, *hypogastrium sin.* i okolica nad lewym więzłem *POUPART'a* są bardziej napięte od takichże okolic prawych. Guz jest okrągły, daje uczucie falowania i chęłbotania; z prawej strony wymacywa się na nim przez grubą ścianę brzuszną małe guziczki. Guz jest bardzo mało ruchomy z boku na bok, a jeszcze mniej w kierunku pionowym, dookoła otoczony pasem, dającym odgłos bębnowy. Macica znajduje się bardzo nisko; część pochwowa odchyłona na lewo i w tył, jest prawie nieruchomą i bardzo małą; przez sklepienie przednie, prawe i tylne wyczuwa się guz twardo-elastyczny, nieruchomy. Przy nieznacznych ruchach, jakie nadać można guzowi, w macicy nie można wyczuć poruszania się. Z powodu napięcia i niepodatno-

ści sklepień nie można nic pewnego powiedzieć o jajnikach i o więzach szerokich. Przy wprowadzeniu cewnika, wylot takowego należy skierować daleko w tył, a wtedy wchodzi się do pęcherza mieszczącego się przed guzem.

Rozpoznanie wobec zagadkowej anamnezy i trudności dokładnego zbadania co do punktu wyjścia nowotworu nie mogło być ściśle, wahało się ono między torbielami więzów szerokich w połączeniu z następstwami zapalenia okołomacicznego — i nowotworem złośliwym powstałym z *kystoma ovarii*. W celu rozstrzygnięcia wątpliwości w d. 31. VIII. 1885 przystąpiłem po zachloroformowaniu chorej do cięcia eksploracyjnego. Zaraz w ścianie brzusznej, pomimo że cięcie poprowadzono ściśle w smudze natrafiłem na liczne krwawiące tętnice. Otworzywszy jamę otrzewnej, przyczem trzeba było ominąć bardzo gruby i wysoko sięgający pomocznik (*urachus*), przechodzący w kształcie lejka w pęcherz, napotkałem na mocne zrosty, nie dające się łatwo rozrywać i silnie krwawiące; w zrostach tych dziesiątki twardych guziczków, wielkości soczewicy, czerwonych, łatwo krwawiących. Ku górze i na boki zrosty tak mocne, że wciskając palce między guz i ścianę brzuszną, wcale rozerwać ich nie można, po wyjęciu zaś ręki powstaje żywe krwawienie; należałoby oddzielać guz od ściany brzusznej nożem; ku dołowi zrosty luźniejsze, a luki między nimi wypełnione płynem surowiczym, aż do górnego brzegu spojenia, lecz tutaj znowu pęcherz całkowicie zrosły bez śladu odgraniczenia z guzem, tak, że na tepo i próbować oddzielać go nie można; zważywszy do tego nadzwyczaj małą ruchomość guza oraz jego niskie umieszczenie w głębi małej miednicy, zaniechałem dalszych manipulacji i oczyściwszy pole operacyjne z krwi zaszyłem ranę w ścianie brzusznej.

Przebieg bezgorączkowy z tętnem 80, bez wymiotów, czkawki i t. p. 6-go dnia po zdjęciu szwów znaleziono zupełne zagojenie rany, a 18. IX. 1885 chora opuściła szpital.

W półtora roku potem urzędową drogą przez wójta i kancelaryją szpitala dowiadywał się jakiś lekarz, co znaleziono przy laparotomii, lecz o dalszych losach chorej nic nie donosił.

Spostrzeżenie XI. *Myoma uteri interstitiale; laparotomia; sanatio.*

Sabor Waleryja, 42 lat, żona rzemieślnika, przybyła do szpitala d. 4. IX. 1887 skarżąc się na ciężkie krwotoki maciczne. Chora już leżała w moim oddziale, a mianowicie w 1886 r. przybyła d. 13. IV. z wysoką [do 40° C.] gorączką; wówczas w karcie kontrolnej zanotowałem: „Zamężna od lat kilku, nigdy w ciąży nie zachodziła, około 6 lat temu otworzyć się miała i pęknąć ropyń do pochwy; od tej pory jest niezdrową, a mianowicie miewa miesiączkę bardzo długą, po 8—10 dni, połączoną z bólami i znacznymi utratami krwi. 2 lata temu znowu miał otworzyć się ropyń do pochwy. Zwolna zjawiała się w podbrzuszu guzowatość. Chora żółtawo blada, chuda, osłabiona. Brzuch duży, bolesny, w podbrzuszu wypukłony, twardo naprężony; granica górna guzowatości w smudze sięga powyżej pępka, żkąd naprawo idzie w kierunku *spinæ ant. sup.*, z lewej zaś w kierunku środka więzu Pouparr'a, w ten sposób guz zajmuje całą okolice dołu biodrowego prawego, całe podbrzusze i część dołu lewego. Przy badaniu przez ścianę przednią pochwy oraz sklepienie przednie wyczuwa się guz rozlany wypukłony do jamy pochwy, gładki, twardo-elastyczny; sklepienie przednie ciągnie się w tył daleko, a część pochwowa dziewicza, mała, stoi bardzo wysoko i od tyłu, tak że zaledwie dosięgnąć ją można palcem; sklepienia tylnego dosięgnąć nie można“. Chora ciągle gorączkowała, przyczem ciepłota wieczorami dochodziła do 39,5° C.. Kiedy uwydatniło się w podbrzuszu chełbotanie d. 23. IV. 1886 pod chloroformem zrobiłem dwa nacięcia: jedno równoległe i ponad *lig. Pouparti dextr.*, drugie na linii białej poniżej pępka; ropy gęstej wyszło bardzo wiele z jamy, ograniczonej ku górze pozlepianemi pętlami jelita. Rozpoznanie

postawiono jako *perimetritis purulenta*. Kiedy chora wychodziła ze szpitala dnia 28. V. stan był następujący: obrzęk obu nóg, lekka *anasarca*, [nie ma białkomoczu]; rany zagojone. W podbrzuszu wyczuwa się okrągły, twardy guz wielkości jak macica w 5-ym miesiącu, wyczuwalny i przez sklepienie przednie, gdzie jednak znacznie się zmniejszył; przy badaniu obu rękami guz porusza się nieco.

Status praesens. Średniego wzrostu, blado-żółtawa, z cienkim pokładem tłuszczu podskórnego. W podbrzuszu wyczuwa się guz twardy, kulisty, gładki, sięgający na 2 palce poniżej pępka, wchodzący za spojeniem łonowym do jamy miednicy, niebolesny, bardzo mało ruchomy. Część pochwowa stoi bardzo wysoko i w tyle, za ledwie dostępna dla badania palcami. Przez sklepienie przednie wyczuwa się kulisto wypukłony twardy, gładki guz, który dość się porusza z góry na dół i odwrotnie, oraz nieco na boki.

Rozpoznanie było nietrudnem; mieliśmy mięśniaka śródściennego, przeważnie zajmującego przednią ścianę macicy. Wskazanie do operacji także było naglące z powodu krwotoków. Z góry jednak, zważywszy na anamnezę, można było przypuszczać, że natrafi się na znaczne trudności, to też przygotowany byłem w razie, gdyby się histerektomija okazała niemożliwą, poprzestać na wycięciu jajników oraz jajowodów.

D. 1. IX. 1887 po zachloroformowaniu chorej, przy łaskawej pomocy kol. JAWDYŃSKIEGO, GULIŃSKIEGO, OBREŃSKIEGO, CIECHOMSKIEGO, BORSUKA przystąpiłem do operacji. Po otwarciu jamy otrzewnej okazał się mięśniak od przodu wolny z wyjątkiem wzdłuż smugi białej, gdzie dawniej było cięcie; lecz po bokach, a zwłaszcza z prawej strony okazały się obszerne zrosty tak, że nie tylko guza wytoczyć z jamy otrzewnej, lecz nawet dojść do jajników i jajowodów nie można było; zrosty te rozciągając się do kiszki i do ściany miednicy wzdłuż *lin. innominatae*, przeszkadzały wprowadzeniu ręki po za guz, do dołu DOUGLAS'a. Przy tem badaniu, guz wielce ukrwiony, został na górnej powierzchni paznogciem zadrasnięty, co dało powód do tak żywego krwawienia, iż musiałem zatamować krwawienie żegadłem PACQUELIN'a. W zrostach widać grube żyły. Wobec tak nieprzyjaznych warunków zaszyłem ranę. Przebieg pooperacyjny pomyślny bez żadnych cięższych objawów i gorączki. Chora na 4-ty dzień dostała żywego krwotoku z macicy. Wyszła ze szpitala d. 4. X. 1887.

[D. c. n.]

NOTATKI LEKARSKIE.

II. W kwestyi rokowania przy krwotokach kiszkowych w tyfusie brzuszny.

W N-rze 19 i 20 Gazety Lekarskiej kol. RUPERT pomieścił pracę, która ze względu na treść swoją słusznie zainteresowała szersze koło lekarzy praktyków. W pracy tej autor zbija dość utarty pogląd TROUSSEAU na pomyślny wpływ krwotoków kiszkowych w przebiegu tyfusu brzusznego. Rzecz godna uwagi, że i w dyskusyi nad tym odczytem, powstałej w łonie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, nikt nie znalazł ani jednego spostrzeżenia, przemawiającego na korzyść poglądu francuzkiego klinicysty. A jednak, jakkolwiek czasy powag w medycynie minęły, przyznać trzeba, że taki mistrz klinicznego spostrzegania jakim był TROUSSEAU, musiał mieć pewne podstawy, na zasadzie których wygłosił tak stanowczo swój pogląd. Nawet LIEBERMEISTER, statystykę którego przytacza kol. RUPERT na poparcie swego zdania, przy omawianiu tej kwestyi wcale tak złego znaczenia krwotokom nie przypisuje. Ponieważ kwestyja powyższa dałaby się rozwiązać tylko przez dokładne zebranie statystycznych danych wraz z omówieniem każdego przypadku po szczególe, jak słusznie zauważył kol. R., przeto sądzę, że nie od rzeczy będzie krótki opis 3-ch spostrzeżeń,

jakie zapamiętałem z własnej praktyki. Przypadki te tembardziej zasługują na uwagę, że przebieg ich był pomysłny i zdawał się nawet potwierdzać zdanie TROUSSEAU co do znaczenia krwotoków kiszkowych.

1. A. K. lat 21, córka urzędnika D. Ż., zapadła w 1884 r., podczas krótkotrwałej wiosennej epidemii w Częstochowie, na dość ciężką postać tyfusu brzuszego. Zdrowa zupełnie poprzednio, przechodziła pierwsze 2 tygodnie choroby bez żadnego powikłania. Leczona była energicznie zimnemi kąpielami [do 8 kąpeli dziennie 18° R.], aż do 20 dnia choroby. W tym dniu nastąpił dość obfity krwotok kiszkowy, co chorą znacznie osłabiło, lecz równocześnie gorączka spadła na 38. Zaprzestałem stosowania kąpeli, kazałem położyć pęcherz z lodem na lewą okolicę podbrzuszną, przepisałem do wewnątrz półtorochlorek żelaza i z obawą oczekiwałem, co dalej nastąpi. Gorączka na drugi dzień podniosła się do 39° C., lecz od tego czasu zaczęła spadać powolnie, bez wieczornych wzniesień i na 24 dzień choroby stan był zupełnie bezgorączkowy. Krwotok już się nie powtórzył. Na drugi dzień było jeszcze czarne wypróżnienie jak smoła, w którym można było przypuścić obecność krwi, lecz dalsze wypróżnienia były już zupełnie prawidłowo zabarwione.

2. M. K. lat 15, siostra poprzedzającej, zachorowała prawie równocześnie z bratem [lat 19] i siostrą [lat 12], w miesiącu Listopadzie r. z. na tyfus brzuszny. Ze względu na obecność 3 chorych w jednej rodzinie, stosowanie zimnych kąpeli było niemożliwem, leczenie więc było objawowem; przepisywano kwas solny, antipirynę i odpowiednie wzmacniające pożywienie. Na 18 dzień choroby nastąpił także obfity krwotok. Matka, nauczona doświadczeniem w poprzednim przypadku, sama, do mojego przybycia, zastosowała lodowe okłady. Ja zaś zapisałem znowu powyższy przetwórz żelaza. Krwotok na drugi dzień powtórzył, lecz już w znacznie mniejszym stopniu. Ciepłota, która dotychczas trzymała się z małemi zmianami na 40° C., spadła na 39° i w charakterze ciągłej gorączki trwała jeszcze 4 dni; na 23 dzień choroby stan był bezgorączkowy. Uderzające było porównanie z przebiegiem choroby u brata. Początek choroby wypadł prawie w jednym czasie, przebieg i natężenie gorączki były te same, tymczasem kiedy u siostry ciepłota już 23 dnia była prawidłową, u brata gorączka z charakterem przestankowym, jaka wystąpiła 20 dnia choroby, trwała 12 dni i dopiero 32 dnia choroby stan był zupełnie bezgorączkowy.

3. K. lat 20, uczeń gimnazjum, zachorował podczas tej samej epidemii tyfusu w Listopadzie na ciężką postać tegoż. Na 8 dzień choroby byłem wezwany na konsylium do tego chorego. Od razu można było przepowiedzieć, że przebieg choroby będzie ciężki, ciepłota przechodziła 40° C., chory był nieprzytomny, majaczył. Od tego czasu codziennie widywałem chorego. Leczone objawowo, podawano przeciw gorączce antipirynę. Stan chorego był wciąż jednakowy, aż do początku 4-go tygodnia. 22 dnia choroby nastąpił obfity krwotok kiszkowy, który już drugi raz się nie powtórzył. Przeciw krwotokowi stosowaliśmy środki poprzednio wspomniane. Gorączka, rzecz dziwna, szybko spadła, jeszcze przez kilka dni trwała niżej 39° C. i zdaje się na 26 dzień choroby stan był już zupełnie bezgorączkowy.

a) Trzy powyższe przypadki dotyczyły się młodych i zdrowych poprzednio osobników. b) We wszystkich choroba miała dość ciężki przebieg. c) Krwotok występował albo w końcu 3-go, albo na początku 4-go tygodnia. d) Po krwotoku zauważyć można było stały spadek ciepłoty i nakoniec we wszystkich przypadkach nie następował wcale okres przepuszczającej i przestankowej gorączki, co skracało znacznie przebieg choroby.

Daleki jestem od tego, żeby na zasadzie tych kilku spostrzeżeń wyprowadzać daleko sięgające wnioski co do rokowania, chcę tylko zwrócić uwagę na fakt, który mnie bardzo zainteresował, mianowicie na skrócony przebieg choroby, przez niewystępowanie okresu gorączki przepuszczającej. Ta okoliczność szcze-

gólniej uderzyła mnie w 2 i 3 przypadku i przyznam się, że mimowoli przyszła mi myśl, czy nie istnieje czasem jakiś przyczynowy związek pomiędzy temi faktami. Otóż zdaje mi się, że jest tak, a nie inaczej. Wiadomo, że w tyfusie rozróżnić musimy ściśle 2 okresy choroby: pierwszą gorączką ciągłą [2—3 tygodni], drugą z gorączką przepuszczającą lub przestankową, trwającą od 1—2 tygodni. Jeszcze LIEBERMEISTER zalicza pierwszy okres do właściwego zarazka tyfusowego, drugi zaś uważa jako zależny od wessania do krwi produktów rozpadu i przerodzenia w zmienionych chorobowo gruczołkach błony śluzowej kiszki. EBERTH i KLEBS dowiedli później, że laseczniki tyfusowe znikają z ustroju z końcem 3-go tygodnia, a zatem i właściwa sprawa tyfusowa w tym czasie się kończy. Następny zaś okres zależny jest od innego jakiegoś zarazka. Zazarek ten odnalazł DUNIN w mikroorganizmach ropnych (*staphylococcus aureus*)¹⁾. Zatem cały drugi okres tyfusu jest właściwie gorączką ropną, na co wskazuje i sam charakter gorączki [przepuszczający lub przestankowy], dreszczyki częstokroć w tym okresie występujące, oraz dosć częste powikłania [zapalenie ropne]. Teraz zachodzi pytanie, gdzie należy upatrywać źródła zakażenia ropnego? Otóż nie ulega wątpliwości, że źródło to znaleźć można w zmianach, zachodzących w kiszkiach w trzecim i czwartym tygodniu przebiegu tyfusu brzuszego. Zmiany te dadzą się objąć w dwie główne grupy: albo następuje wessanie nacieków w blaszkach PEYER'a, albo następuje zgorzel. Zgorzelinowe zaś strupy, jak wiadomo, oddzielają się od zdrowej tkanki przez ropienie i co za tem idzie ziarninę²⁾. Gorączka wobec tego ropienia będzie występowała wtedy, jeżeli ropienie odbywa się w głębi, jeżeli jeszcze strup nie odpadł, w razie zaś, kiedy strup odpadnie, kiedy nacieczone miejsce zamienia się na wrzód ziarninujący i ropienie jest powierzchownem, gorączka ropna ustaje. Tak przynajmniej należy sądzić przez analogiję ze zjawiskami, zachodzącymi na powierzchni ciała. Szybsze więc i wczesne oddzielenie strupów powinno sprzyjać krótszemu trwaniu gorączki i przeciwnie.

Na zasadzie tego, cośmy powyżej powiedzieli, oraz tej okoliczności, że krwotoki kiszkowe, występując w 3-im i 4-ym tygodniu przebiegu tyfusu brzuszego, zależne są od oddzielenia się strupów, zdaje mi się być uzasadnionym następujący wniosek: szybkie i rozległe oddzielanie się strupów zgorzelinowych w kiszkiach skraca trwanie gorączki ropnej [2-gi okres], a ponieważ krwotok kiszkowy następuje wskutek takiego oddzielania, przeto powinien rokować dobrze co do czasu trwania choroby. Właściwie więc w rokowaniu nie krwotok sam przez się, jako taki — ma znaczenie, lecz powodujące go odrywanie się strupów zgorzelinowych. Jeszcze raz jednak powtarzam, że wniosku tego nie uogólniam na wszystkie krwotoki, występujące w przebiegu tyfusu brzuszego, mówię tu o krwotokach w końcowych okresach, zależnych od odpadania strupów. Nie przeczę, że krwotoki zależne od przerodzenia tłuszczowego naczyń, mogą być bardzo przez częste powtarzanie, niebezpieczne. Nie przeczę także, że u osób osłabionych, wycieńczonych, obfite i często powtarzające się krwotoki, mogą być bardzo poważnem powikłaniem. Wszystko to prawda: nigdy twierdzić nie będę, żeby krwotok sam przez się, jako upust krwi, miał pomyślnie wpływać

¹⁾ Ciekawych odsyłam w tej kwestyi do pracy DUNINA „O przyczynie zapaleń ropnych w tyfusie brzuszonym“. Gazeta Lekarska 1885 r. N-ra 13 i 14 oraz Deutsch. Arch. für klinische Medicin. T. 39.

²⁾ W podręcznikach przy opisie anatomo-patologicznych zmian, zachodzących w kiszkiach, nie znajdujemy wzmianki o ropieniu. Wszędzie jest tylko mowa o nacieczeniu, zgorzeli, demarkacyi, wrzodach, ziarninie i zabliznianiu. Przebieg jednak powyższej sprawy nie możebnym byłby bez odczynowego ropnego zapalenia. Posłuchajmy, co mówi COHNHEIM „jak z jednej strony żaden wrzód powstać nie może bez uprzedniej martwicy, tak z drugiej strony znowu, bez względu na dane okoliczności, jedynie odczynowe demarkacyjne ropienie prowadzi do oddzielenia części obumarłej i przez to dopiero do wytworzenia wrzodu“ [Odczyty o patologii ogólnej T. 1. str. 508 tłóm. pol.]

na przebieg choroby, chcę tylko wytłómaczyć zjawisko, dlaczego w wielu przypadkach po krwotoku zaczyna się pomyślny zwrot w chorobie, dlaczego w wielu przypadkach nie występuje okres drugi tyfusu i tym sposobem skraca się czas trwania, dlaczego nakoniec tacy spostrzegacze jak GRAVES, TROUSSEAU wyglądali pomyślnie rokowanie.

Władysław Biegański.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

30. Bergeon-Morel. Nowy sposób leczenia cierpień dróg oddechowych i zakazeń krwi za pomocą wstrzykiwań gazów do kiszki prostej przez D-ra V. Morel lekarza szpitali w Lyonie.

Wykrycie lasecznika gruźliczego przez KOCH'a otworzyło nowe drogi dla rozmaitych sposobów leczenia gruźlicy płuc, których zadaniem jest zniszczyć laseczniki lub przynajmniej zubożnić ich działanie na ustrój.

Większa ilość środków przeciwnilnych była w tym celu próbowaną. Wprowadzono je do ustroju przez jamę ustną, przez płuca, podskórnice, lecz bez skutku. Wstrzykiwania w sam miąższ płuc nie dały też pomyślnych wyników. To też prof. JACCOUD na zjeździe lekarzy w Kopenhadze w r. 1884 z żalem zaznaczył, że wykrycie lasecznika nie posunęło leczenia gruźlicy ani o krok naprzód; w tym samym mniej więcej duchu przemawiają CORNIL i BABES w ich *Traité de bacteriologie* wydanym w r. 1885

Zapatorywanie to przez wielu jeszcze innych powtórzone, upada w obec wyników otrzymanych przy leczeniu gruźlicy płuc sposobem prof. BERGEON'a, tak przez niego samego, jakoteż autora [MOREL] i wielu lekarzy Paryża, Lyonu, Marsylii, Genewy i t. p..

Leczenie przeciw pasorzytnicze płuc wymagało:

1. Wykrycia leków, któreby były zdolne zubożnić lub nawet zniszczyć laseczniki i nie działały trująco na ustrój człowieka. Leki takie znalazł D-r BERGEON; są nimi: siarkowodór, siarek węgla i inne w połączeniu z gazem kwasu węglanego.

2. Znalezienia praktycznego sposobu zetknięcia się mieszaniny gazów z lasecznikami w płucach i z ogniskami przez gruźlicę wywołanemi.

Przyrząd wymyślony przez autora (*gazo-injecteur* MOREL'a) odpowiada temu celowi.

Metoda prof. BERGEON'a polega na wprowadzeniu przez kanał pokarmowy leków przeciwnilnych gazowych, które się przez płuca wydzielają.

CLAUDE BERNARD na drodze doświadczalnej [na ptakach] dowiódł, że substancje trujące, dostawszy się już to bezpośrednio już przez pośrednictwo płuc do tętniczego obiegu krwi, działają na ustrój trująco, gdy przeciwnie wprowadzone przez kanał pokarmowy nie przechodzą do tętniczego obiegu krwi, lecz wydzielają się przez płuca. Tą bowiem drogą wprowadzone przechodzą przez żyłę wrotną, wątrobę, żyły wątrobowe, a gdy są gazowe, lotne przez prawe serce do płuc. Jeśli jeszcze uwzględnimy, że leki przeciwnilne bardzo silnie drażnią płuca, łatwo zrozumiemy, dlaczego wdychania przeciwnilne pozostawały w leczeniu gruźlicy dotychczas bez skutku, a nawet okazały się szkodliwemi, gdyż niektóre wprowadzone przez kanał pokarmowy nie grożą żadnem niebezpieczeństwem.

Że kiszka prosta jest odpowiedniejszą dla wprowadzenia ich do ustroju, aniżeli żołądek, nad tem nie mamy potrzeby dłużej się zatrzymywać.

Pierwsze próby wykonał BERGEON na zwierzętach z chlorem, terpentyną, eterem, amoniakiem, bromem, lecz sprowadzały one szybko zapalenie, a nawet

zgorzel kiszki prostej. Mieszanina zaś gazu kwasu węglanego i siarkowodoru była doskonale znoszona, gdy gazy były czyste i pozbawione powietrza. W połączeniu tem gaz kwasu węglanego gra w pewnej mierze rolę ciała łagodzącego własności drażniące siarkowodoru, który szybko się przez płuca wydziela. W miejsce siarkowodoru zamyśla BERGEON w przyszłości próbować i inne środki jak eukolypol, jodoform. Prof. CHANTEMESSE w Paryżu użył do tego samego celu siarku węgla z równie dobrym skutkiem.

Wprowadzenie gazów do kiszki prostej odbywa się za pomocą przyrządu pomysłu autora [MOREL'a]. Składa się on 1) z butelki napełnionej gazem kwasu węglanego 2) z gruszki kauczukowej wciągającej, do której przymocowane są z obu stron rurki gutaperkowe z których jedna łączy się z butelką 3) z rury metalowej w kształcie litery T, której ramię pionowe zanurzone jest w butelce zawierającej pierwiastek leczniczy i 4) z długiej rurki kauczukowej z jednej strony połączonej z rurą metalową, a z drugiej zakończonej kanką służącą do wprowadzenia do kiszki odchodowej.

Przez naciśnięcie na gruszkę, gazy dostają się do kiszek podobnie jak woda przy podobnie zbudowanych klizopompach.

Przed wprowadzeniem kanki do kiszki stolcowej należy dla uniknięcia wzdęcia kiszek wypuścić powietrze, przez kilkakrotne naciśnięcie gruszki. Przez dalsze naciskanie gaz kwasu węglanego po otworzeniu kranu przechodzi przez rurki gutaperkowe i rurę metalową do butelki napełnionej substancją lekarską, a ztąd mieszanina gazów przez drugą rurkę gutaperkową do kiszki stolcowej.

Przy wprowadzeniu gazów do kiszek wymagana jest pewna wprawa i pewne ostrożności. Przedewszystkiem winien być chory rozebrany lub przynajmniej zdjąć z siebie ubranie uciskające ścianę brzuszną. Dalej należy przy pierwszym wprowadzeniu gazów przekonać się za pomocą ręki o oporze, jaki doświadczamy przy przechodzeniu gazów do kiszek; jeśli opór jest zbyt wielkim, co wskazuje że kiszki są przepelnione, należy zwolnić lub powstrzymać się nieco z rękoczynem. Należy też zwrócić uwagę na uczucie jakie rękoczyn sprawia; w razie gdy chory doznaje kolki lub naporu na stolec, należy się też wstrzymać nieco.

Rękoczyn winien być przynajmniej pierwszy raz wykonany przez lekarza lub osobę mającą wprawę w wykonaniu. Wprowadzenie gazów winno być wykonanem w 2 lub 3 godziny po jedzeniu lub przed takowem. Dla pierwszego wstrzyknięcia gazów wystarczy połowa butelki napełnionej gazem kwasu węglanego to jest około 3 litrów; w dalszym ciągu leczenia i dawka 6 litrowa będzie dobrze znoszona rano i wieczór.

Dla wprowadzenia gazów siarkowodoru zamiast sztucznej wody zawierającej siarkowodór używano też wody mineralne naturalne zawierające jużto siarkowodór, już siarczan sodu lub wapna (*Allevard, Aix en Savoie, Enghien, Saint Honoré, Bagnole, Schinznach* i t. p.).

Dla otrzymania trwałych wyników powinno być leczenie za pomocą metody BERGEON'a prowadzonym przez miesiące całe; gazy lecznicze winny być zmieniane i w miejsce siarkowodoru próbować należy gazy siarku węgla, które dały CHANTEMESSE'owi dobre wyniki.

Plwociny zabarwione krwią, krwotok płucny, miesiączka nie są przeciwwskazaniami dla leczenia metodą prof. BERGEON'a.

Wyniki otrzymane dotychczas przy leczeniu gruźlicy płuc sposobem prof. BERGEON'a okazały się już na tyle poważnemi, że prof. BERGEON uważał się za upoważnionego do zakomunikowania ich akademii nauk na zebraniu w dniu 12 Lipca 1886 r. i na zjeździe w Nancy w dniu 12 Sierpnia, a prof. CORNIL zdawał z nich sprawę w akademii lekarskiej na posiedzeniu odbytem w dniu 19 Października.

Pomyślne wyniki otrzymane przez BERGEON'a przy leczeniu suchot płucnych były potwierdzone przez wielu lekarzy w Lyonie, Paryżu, Marsylii, Genewie i t. p., którzy zauważyli szybkie znikanie objawów ropienia płuc i powolny a postępujący powrót do zdrowia.

Autor sam bardzo wielu chorych poddał leczeniu sposobem BERGEON'a i u wszystkich widział szybką poprawę. Autor cytuje pomiędzy innymi przypadek ostrej gruźlicy płuc z silną gorączką 40,8° C. Po dwóch dniach leczenia ciepłota spadła do 37,5° C. a stan ogólny znacznie się poprawił.

U większej ilości chorych po 2 lub 3 dniach zauważyć można zmniejszenie kaszlu, płwociny, potów nocnych i duszności. Jednocześnie chory czuje się lepiej i przybiera na siłach, przestaje chudnąć i z czasem wraca do zdrowia.

Jednakowoż nawet u chorych, którzy się znakomicie poprawili i których nieraz się uważa za uleczonych, znajdowano stale laseczniki, co z jednej strony wskazuje, że utraciły one na długo pod wpływem leczenia własności chorobotwórcze, a z drugiej strony każe wnioskować, że dopóki obecność laseczników daje się wykazać, obawiać się należy powrotu choroby; nie należy zatem za szybko przerywać leczenia lecz prowadzić je do zupełnego wyleczenia. Autor widział wielu chorych, którzy uważając się za zupełnie zdrowych zaprzestali leczenia—nie zważając na rady BERGEON'a i ulegli powrotom choroby.

Lecz nie tylko zmiany w płucach ustępują przy leczeniu sposobem BERGEON'a, lecz i owrzodzenia gruźlicze w krtani zablizniają się, co autor nieraz stwierdził.

Prof. CHANTEMESSE w Paryżu poddał leczeniu sposobem BERGEON'a 9 chorych z gruźlicą płuc, u których znaleziono w płwocinie laseczniki.

U wszystkich chorych zauważył on znakomitą poprawę; przybytek na wadze był bardzo znacznym, funt, a często kilogram przybywał tygodniowo, kaszel, wykrztuszanie znacznie się zmniejszyło. Jeden chory w ciągu 1½ miesięcy przybrał na wadze 9 funtów. Oprócz tego CHANTEMESSE stosował leczenie sposobem BERGEON'a u dwóch chorych cierpiących na napady duszniczy; obydwa doznali w pół godziny po wprowadzeniu gazów do kiszek [gaz kwasu węglanego i siarku węgla] znakomitej ulgi. U obydwu chorych prowadzono leczenie nadal, podczas całego czasu trwania jego nie było ani razu napadu.

Prof. CORNIL zdając sprawę akademii, między innymi powiada „*Dès à présent, on peut dire que les injections rectales d'acide carbonique et de gaz sulfhydrique constituent une méthode thérapeutique excellente dans la phtisie comme dans l'asthme; on doit l'accueillir avec d'autant plus de faveur que la thérapeutique est plus désarmée en face de la phtisie.*

Gruźlica płuc i dusznica nie są jedynymi cierpieniami, w których z pożytkiem stosować można metodę BERGEON'a. Koklusz i nieżyt oskrzeli zyskały też wiele na tej metodzie. W kokluszu napady kaszlu szybko zmniejszają tak co do natężenia jak i ilości, a trwanie choroby jest krótsze. W ostrym nieżycie płuc i oskrzeli kaszel i wykrztuszanie szybko się zmniejszają, a nieżyty przewlekłe daleko się szybciej tą metodą leczą aniżeli przy picciu wód siarczanych.

Autor w końcu zaznacza, że w innych cierpieniach zakaźnych, tyfusie, gorączce pługowej, gnilnem zakażeniu krwi (*septicaemia*) i t. p. powinno leczenie metodą BERGEON'a okazać się skutecznem i w rzeczy samej w nielicznych przypadkach, w których stosowano metodę BERGEON'a zauważono zmniejszenie gorączki i ogólną poprawę.

Feliks Arnstein.

Przyp. Redak. Metoda BERGEON'a powyżej szczegółowo opisana przez MOREL'a ze względu na świetne wyniki podane przez autora, została ostatnimi czasy stosowaną na szeroką skalę głównie w licznych szpitalach paryzkich. Niestety szczegółowe i ściśle spostrzeżenia znanych z sumienności badaczy bynajmniej nie usprawiedliwiły zbyt świetnych nadziei osnutych na spostrzeżeniach

BERGEON'a, zdaniem naszym wielce niedokładnych, z których niektóre jak np. spostrzeżenie 1, 8, [w zestawieniu D-ra L. PETIT] są wielce problematyczne. Ze spostrzeżeń ścisłych, dokonanych na oddziale D-r DUJARDIN-BAUMETZ'a w Paryżu, wynikło że z liczby 12 stu chorych poddanych tej metodzie leczniczej tylko u pięciu nastąpiła poprawa i to czasowa 2—4 tygodni trwająca — we wszystkich innych przypadkach wystąpiły u chorej po wstrzyknięciach gazowych silne bóle brzuszne, uparte rozwolnienie lub też ogólne pogorszenie objawów chorobowych, w jednym nawet przypadku bezpośrednio po wstrzyknięciu wystąpiło obfite krwiopłucie. Według doświadczeń robionych przez D-ra BOUDET w szpitalu Lyjońskim, z liczby 12-stu chorych 6 chorych stanowczo nie mogło znieść powyższego leczenia z powodu silnych boleści w brzuchu, u pozostałych zanotowano przemijającą poprawę nie dłużej nad dwa tygodnie trwającą. Wreszcie dodać wypada że nawet sam autor metody, t. j. D-r BERGEON, w ostatniej swej pracy zaznacza cały szereg przeciwskazań a nawet niebezpieczeństw użycia swego sposobu leczenia, ograniczając sam znacznie użycie metody, którą przedtem ogłaszał jako leczenie niemal uniwersalne i skuteczne nawet w najbardziej posuniętych okresach suchot, cytując nawet przypadki bardzo szybko wyleczonych daleko posuniętych owrzodzeń gruźliczych krtani.

Uwagi powyższe zaczerpnęliśmy z świeżo wyszłej w Paryżu pracy p. t. *Etudes experimentales et cliniques sur la Tuberculose, publiées sous la direction de VER-NEUIL.*

Wiadomości bieżące.

Wiesbaden. Zmarł tu w 77 r. życia znakomity chirurg niemiecki, b. profesor kliniki chirurgicznej w Berlinie, D-r B. LANGENBECK. Wykształcił on całą szkołę chirurgów, któremi poobszarowane są obecnie uniwersytety Niemieckie.

Lwów. Przy tutejszym uniwersytecie utworzono katedrę anatomii i fizjologii. Anatomiję wykladać będzie prof. KADYI, a fizjologiję D-r PIOTROWSKI po poprzednim wykształceniu się za granicą, na co otrzymał odpowiedni fundusz.

Posiedzenie kliniczne Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbędzie się we Wtorek dnia 18 Października 1887 o godzinie 6½ wieczorem.

- 1) MATLAKOWSKI. O raku kiszczi prostej.
- 2) PRZEWOSKI. Przypadek choroby ADDISSONA.
- 3) Wybory na członków czynnych Towarzystwa.

Uwaga. Ze względu, że wybory już po raz drugi są na porządku dziennym, uprasza się kolegów o liczne zgromadzenie się na posiedzenie.

OD WYDAWCY.

Szanownych Pp. Prenumeratorów, zalegających z opłatą za GAZETĘ LEKARSKĄ, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków ze względu na zbliżający się koniec roku.

Доволено Цензурою. Варшава, 1 Октября 1887 г. Друк К. Ковалевскаго. Крѳлевска. Nr. 29.

D-r TYMOWSKI

jak zwykle tak i tej zimy praktykować będzie

w **SAN REMO**

20-5

Dr. Z. Dobieszewski

12-10

praktykuje

w **Marienbadzie**

w **Meranie**

od 1 Maja do 1 Października Villa Dobieszewski. ↓ od 15 Paźdz. do 1 Maja Habsburgerstrasse 48

D-r Mieczysław Kittel

praktykuje jak zwykle podczas zimy

w **Meranie**

(podczas sezonu letniego w Francensbadzie).

6-3

LEKARZ z 5000 rs.

może mieć udział w bardzo korzystnym interesie w Zakładzie Kąpielowym,

3-1

Wiadomość Śliska 54 m. 8.

o 4 wiorsty od stacyi
Kolei Nadwiślańskiej

Zakład Wodoleczniczy

Apteka, poczta,
telegraf na miejscu

NAŁĘCZÓW

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

Dyrektor stały lekarz zakładu

6-4

D-r Konrad Chmielewski.

KEFIR

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

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

Lilpola ul. Nowy-Świat
Rutkowskiego ul. Długa
Sobolewskiego ul. Dzika
Turskiego ul. Karmielicka
Ziemńskiego ul. Marszałkowska

BIERTÜMPFEL i GESSNER

Właściciele Apteki, Jerozolimska 27.

12-3

D-r W. MAYZEL wykonywa w swej prywatnej pracowni dla celów dyagnostyki lekarskiej rozbiory chemiczne, mikroskopowe i bakteryjologiczne, analizy moczu, badania płwociny, nasienia, krwi, mleka kobiecego i t. d. Poszukiwania mikroskopowe i bakteryjologiczne w najszerszym zakresie.

Ulica Szkołna 7 (od Marszałkowskiej 142).

0-6

W pracowni chemiczno-lekarskiej Szpitali Warszawskich w gmachu Szpitala Ś-go Ducha, Elektoralna 12, lekarz-chemik Szpitali Warszawskich, Dr. L. Nencki i chemik P. Rakowski dokonywają wszelkich rozbiorów wchodzących w zakres dyagnostyki lekarskiej i higieny publicznej, rozbiory-chemiczno-mikroskopowe moczu, kału, nasienia, płwociny, zawartości żołądkowej, krwi mleka kobiecego i t. p., materyjałów spożywczych i przedmiotów codziennego użytku, oraz przedmiotów mających zastosowanie w handlu i przemyśle. 0-4

Dr. M. Jakowski b. asyst. kliniki dyagnostycznej dokonywa wszelkich **mikroskopowych** głównie **bakteryjologicznych** rozbiorów wydzielin chorobowych.
Ul. Wspólna № 33. 0-4