

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACJI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. *W Warszawie:* rocznie r. sr. 5, półrocznie r. sr. 2 kop. 50. *W Królestwie i Cesarstwie:* w redakcyi (w opasce) rocznie r. sr. 6, półrocznie r. sr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. *W redakcyi* półrocznie (od 1 lipca 1870 roku do 1 stycznia 1871 roku) r. sr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1871 r. sr. 68.

Cena Kalendarza Lekarskiego na rok 1871 r. sr. 1.

TREŚĆ: *Prace oryginalne.* Zatrzymanie moczu zupełne; trzyrazowe przekłucie pęcherza próbnym trójgrańcem, wyzdrowienie. Spostrzeżenie Dra *Lucyana Połonskiego* (ze *Ślucka*). Kazuistyka szpitalna. Postrzeżenia Dra *Groëra*, naczelnego lekarza szpitala *Sgo Ducha*. *Kronika Zagraniczna.* Przyczynek do anatomii mięśnia rżęskowego. Przez *A. I w a n o w a*. Przełożył Dr. med. *Bolesław Gepner*. (Z trzema drzeworytami) *Wiadomości bieżące.* Ropień brzuszny w skutku dobrowolnie uleczonej ciąży jajowodowej. Bąblowiec śledziony (*echinococcus*), nacięcie po podwójnym nakłuciu, uleczenie. Spilka wyjęta z kobiecego pęcherza moczowego. Spilka w cewce moczowej chłopca. Od Redakcyi Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich. Kalendarz lekarski na rok 1871. **Dodatek.** Akuszerki ark. 24ty, Anatomii patologicznej ark. 26ty. Zapowiedziane na b. półorczy sto arkuszy druku *Bibl. Um. Lek.* pp. prenumeratorom rozdane zostały.

Zatrzymanie moczu zupełne; trzyrazowe przekłucie pęcherza próbnym trójgrańcem, wyzdrowienie.

Spostrzeżenie Dra *Lucyana Połonskiego* (ze *Ślucka*).

W życiu lekarza praktykującego na prowincyi, często zdarzają się wypadki z tak różnych gałęzi medycyny, że, nietylko nie jest w stanie poświęcić siebie uprawianiu pewnej, ulubionej gałęzi swęj nauki, ale zmuszonym jest wszystkie części medycyny zlać w jedną całość, a żadnej specjalnie opracować nie może. Tak, dzisiaj wezwany do porodu nieprawidłowego — musi czynnie jako akuszer wystąpić, nazajutrz robi amputację, herniotomię, to znowu leczy oczy, choroby wewnętrzne; a przy tak różnorodnym zajęciu, zaledwie w ciągu dnia czas mu wystarczy do przeczytania gazetki medycznej, kilku rozdziałów z podręcznika medycznego, w razach zawilszych i cięższych chorób, jakie ma w kuracyi. Dlatego, upraszam czytelnika, niniejsze moje spostrzeżenie traktować jako rzecz wcale nie przez specjalistę opisaną.

Obywatel powiatu *Śluckiego*, pan *U. K.*, lat 72 wieku liczący, starzec krzepki, od lat 20tu cierpiący tylko na hemoroidy, objawiające się w postaci guzów dużych, z otworu stolcowego często wychodzących; w kwietniu r. 1870, uważać począł, że guzy takowe wyszły na zewnątrz i znacznie się powiększyły, a oddawanie moczu każdą razą połączone było z wielką trudnością, — w takim stanie, w dniu 24

kwietnia pojechał po nierównej drodze, w trzęskim powozie o mil parę; przybywszy na miejsce, o godzinie 4ej wieczorem, uczuł potrzebę oddania moczu, ale ani kropli nie odeszło, wrócił więc do domu i już przez noc całą i dzień następny (25 kwiet.) próżnemi były wszelkie usiłowania do oddania moczu. Do chorego przybyłem w dniu 25 kwietnia o godzinie 10 wieczorem; znalazłem staruszka wijącego się w silnych boleściach żołądka, tętno słabe do 130 w min., niepokój, język suchy, zimne obfite poty, na twarzy mocno zmieniony; pęcherz nadzwyczaj przepelniony, podnosi się dnem swym wyżej pępka; w dniu 25 rano, podczas mojej nieobecności w miasteczku, pojechał do chorego kol. Lange, którego, wszelkie ostrożne usiłowania wprowadzenia kateteru, po wannie i pijawkach, bezskutecznemi zostały. Probowalem też i ja wprowadzać katetery i sondy różnych rozmiarów, wszystko napróżno: skoro tylko instrument przechodził *per. part. bulbosam*, zatrzymywał się, i następowało obfite krwawienie, wypełniające cały kateter skrzepami krwi. Na tych próbach zeszło parę godzin, a chory coraz stawał się słabszym. Zważywszy na silnie rozwinięty stan hemoroidalny w kiszce stolcowej, jak równie na krwawienie z kanału moczowego, przysłaliśmy do wniosku, że zatrzymanie moczu zależy od silnie rozszerzonych, krwią napęczniałych wen kanału i jego błony śluzowej, a niemogąc tego przekrwienia naczyń usunąć, przystawionemi uprzednio do międzykroca pijawkami, postanowiliśmy wypuścić mocz przebodzeniem pęcherza próbnym trójgrańcem, wszelkie bowiem dłuższe wyczekiwanie, mogło spowodować ostateczny upadek sił chorego. Jakoż o północy wykonaliśmy tę operację, na linii białej o dwa palce wyżej połączenia kości łonowych, przez rurkę trójgrańca odeszło 7 dużych szklanek ciemnego, z ostrym zapachem, moczu, poczem chory uspokoił się i zasnął; — kolega odjechał, ja zostałem pilnować chorego. Dnia 26 kwietnia, nowe próby bezskuteczne wprowadzenia kateteru, zadałem choremu 1½ uncyi ol. rycinowego, przystawiono 14 pijawek *ad perinaeum*, pod wieczór ciepła wanna, lecz gdy przed nocą rozwinął się stan pod dniem 25 opisany, nowe przekłucie pęcherza nieco niżej pierwszego: odeszło 6 szklanek moczu; przepisałem choremu *Inf. seccal. cornuti ex 3 ij — ʒvj* i kilka proszków dwugranowych tanniny — przeciw krwawieniu z kanału. Wieczorem w dniu 27, raz jeszcze wypuściłem mocz tą samą drogą, a tejże nocy już kateter wszedł do pęcherza, krwawienie przytem było mniejsze. Odtąd co godzin 7 wprowadzałem kateter, przez dni kilka, uryna zawsze była krwią mocno zabarwiona; wstawiono później elastyczny kateter *à demeure*, atoli zjawilo się po dniach kilku podrażnienie i bóle w kanale i pęcherzu, wyjęto więc instrument a chory powoli przywykł sam wprowadzać elastyczne angielskie katetery. Do wewnątrz, póki mocz krwią był zabarwiony zadawano ergotyne i wstrzykiwania z chłodnawej wody do pęcherza, następnie przez czas długi *ext. nuc. vomit. spt.* i faradyzowano sparaliżowany nadmiernem rozciągnięciem w dniach zatrzymania moczu — pęcherz. Po dwóch miesiącach, chory zaprzestał użycia kateteru i wszelkich leków, obecnie zdrów jest zupełnie.

W opisanym chorobnym wypadku, koniecznem było wypuszczenie moczu jakąkolwiek bądź drogą, zważywszy, że zaledwie po 3ch dobach wprowadzenie kateteru stało się możliwem, a stan chorego, nadzwyczaj był blizkim zupełnego sił wyczerpania. Na miejscach przekłucia, przy naciskaniu chory najmniejszego bólu

nie czuł, a podrażnienie pęcherza wówczas się objawiło, gdy zostawiono w nim kateter elastyczny *à demeure*, co miało miejsce w 10 dniu po ostatniem przekłuciu pęcherza. Ranę zrobioną cieniutkim próbnym trójgrańcem, uważać można za rozsunięcie li tylko włókien ściany pęcherza, najiniej więc zacieków moczowych lękać się wypada, i, sądząc że w razach, gdy rokować można prędkie usunięcie przeszkody w kanale moczowym do wprowadzenia kateteru, lepiej jest zrobić kilka razowe przekłucie pęcherza próbnym trójgrańcem, aniżeli przebijać pęcherz przez odbytnicę (*Fleuraut*) lub nad *symph. oss. pub.* trójgrańcem brata *Côme*. Te ostatnie bowiem trójgrańce daleko są grubsze od próbnych, zostawiają się *à demeure*, przez co spowodować mogą podrażnienie pęcherza — a co gorsza, często przy wyjęciu takowych, formują się obszerne zacieki moczowe.

KAZUISTYKA SZPITALNA.

Postrzeżenia Dra Groca, Naczelnego lekarza szpitala Śgo Duchy.

Trudność urynowania (*Stranguria*).

P. W... Józef, b. urzędnik, lat 32 liczący, przybył do szpitala i umieścił się w osobnym pokoju dnia 16 listopada r. b. o godzinie 9 wieczorem.

Chory wzrostu dobrego, tuszy mierniej, twarzy ściągłej, zarostu ciemnego, bezzenny, po umieszczeniu się w zakładzie opowiedział co następuje: chorób w wieku niemowlęcym i dzieciennym przebytych nie pamięta, zdaje mu się jednak, że słyszał jak mówiono o niektórych przypadłościach, które usposobieniu skrofalicznemu przypisywano. O chorobach rodziców swoich nic pewnego przytoczyć nie był w możności, to tylko dodał, że ojciec na hemoroidy często narzekał.

Po ukończeniu szkół i wstępnej aplikacyi uzyskał posadę etatową w b. Kommissyi Rządowej Spraw Wewnętrznych, która następnie, w skutek zaprowadzonych reform zwiniętą została. Wolny od obowiązków służbowych, poświęcił się zawodowi literackiemu, i na tem nowem polu, chlubnie odznaczyć się zdołał.

Życie siedzące niekorzystne na zdrowie jego wywarło skutki. Cierpienia hemoroidalne rozwijać się zaczęły, a mianowicie: częsty ból głowy w okolicy potylicowej, niekiedy do tego stopnia podniesiony, że prawdziwych zawrotów stawał się przyczyną; przyczem, właściwe krwi upływy, okazywały się rzadko kiedy i to w małej ilości.

Przed 8miu laty miał rzeżączkę, którą jak mówił dosyć prędko i szczęśliwie uleczył. Pomiędzy środkami których używał, najważniejsze miejsce zajmowały zastrzykiwania ściągające.

Przed 5ciu laty zajmując wilgotne pomieszkanie, nabawił się reumatyzmu w kończynach górnych i dolnych, który pomimo używane środki lekarskie, jeszcze dotąd niekiedy, swojej obecności daje oznaki. Przypadłości te chorobowe, niekiedy pojedynczo, niekiedy razem występowały, i niekiedy pewnej peryodyczności przy-

bierały formę, do tego stopnia, że w celu leczącym, siarczanu chininy znakomitą odgrywał rolę. Wszystkie te cierpienia, połączone z innymi nie zawsze pomyslnemi życia przypadkami, wywiązały w chorym pewną drażliwość nerwową, która lekkie nawet przypadłości chorobowe, do pewnego groźnego znaczenia podnosiła, i wyrażała w umyśle jego urojone niebezpieczeństwa.

Od niejakiego czasu doświadczał pewnej trudności w oddawaniu moczu. Okoliczność ta wielce go niepokoiła, a chcąc jej w właściwym czasie zaradzić, udawał się do lekarzy, którzy zbadawszy kanał za pomocą odpowiedniej sondy, zapewnili go, że z tej strony, może być zupełnie spokojnym.

Na 4 dni przed wejściem do szpitala, znowu trudność o której mowa powtórzyła się, ale tym razem w wyższym stopniu, gdyż pomimo wysilenia, mocz zaledwie kroplami odchodził, a pozywy do jego oddania były bardzo częste i prawie nieustające. Przyzwany lekarz zapisał mu jakieś lekarstwo, które bez skutku zostało. Przyzwany nazajutrz drugi, obok lekarstwa, nakazał konieczne wypróżnienie pęcherza za pomocą cewnika, gdyż w razie przeciwnym pęknięciem pęcherza zagroził. Przestraszony chory i podrażniony do wysokiego stopnia, nie mogąc mieć lekarza który mu poprzednio cewnik zakładał z powodu jego nieobecności w Warszawie, przyzwał do tej czynności wprawnych i jak mówił, doświadczonych felczerów. Ci, pomimo kilkakrotnych usiłowań cewnika wprowadzić nie zdołali i zmęczeni chorego do tego stopnia, że ten w rozpacz, sądząc że był w najwyższemu niebezpieczeństwie, nie zważając na porę nocną, do szpitala Śgo Ducha udać się postanowił.

Jakoż dnia wyżej namienionego, przybywszy do szpitala, szybko i skutecznej domagał się pomocy, dodając: że użycie cewnika z powodu zbytznego podrażnienia kanału jest w tej chwili niemożliwem, i że życiemby przyplacił, podobne jak poprzednio a niepomyślne usiłowania.

Skoro nabraliśmy przekonania, że chory rzeczywiście zostawał w stanie rozdrażnienia, nieledwie z bredzeniem graniczącego, że mocz jakkolwiek powoli, to jednak często odchodził; że okolica pęcherza była na dotknięcie niebolesną i nie wzniesioną, tudzież: że przed kilkoma dniami, zaprowadzony znacznej grubości cewnik wszedł bez trudności, wnieśliśmy:

że w naszym przypadku, mechanicznej przyczyny zatrzymania moczu nie było, i że powód tego objawu spoczywał na cierpieniu czysto kurczowem.

Zaspokoiwszy przeto chorego zupełnie, że mu żadne nie grozi niebezpieczeństwo; że obawa pęknięcia pęcherza jest próżną i żadnej niema zasady, tudzież: że zaprowadzenie cewnika wcale jest niepotrzebne, i że najłagodniejsze środki będą wystarczającemi do przywołania odchodu uryny dobrowolnego, już w połowie dokonaliśmy leczenia.

Chory spokojniej odetchnął, i w naszej przytomności obficie niż przedtem oddał urynę, która była białą i przezroczystą. Widok obficie odchodzącego moczu wlał w chorego otuchę i pogodził go ze środkami lekarskiemi, o których skuteczności nieledwie zwątpił.

Zapisałiśmy choremu emulsję z wodą wawrzynośliwu i co godzina po łyżce używać poleciliśmy; oprócz tego kazaliśmy zrobić w godzinowych odstępach trzy kąpiele przysiadkowe z letniej wody i kataplazmat na dolną część brzucha przyłożyć.

Nazajutrz t. j. dnia 17 listopada, chory wcale był w innym stanie. Umysłowo uspokoił się zupełnie, tém bardziej, że znaczną ilość bladego moczu, w ciągu nocy bez wielkiego wysilenia oddał. Pozywy jednak były jeszcze częste, strumień cienki, a ilość oddanego moczu za każdym razem mała. Pozostawiliśmy chorego przy tychże samych środkach lekarskich, które z wielką pilnością i zaufaniem wykonywał.

Dnia 18 tegoż miesiąca, stan chorego coraz się polepszał.

Do lekarstw wyżej wymienionych, dodaliśmy wodę gorzką w celu utrzymania w porządku zwykłych wypróżnień żołądka. Dyetę powiększyliśmy, gdyż chory zapragnął posiłku, którego przez dni kilka prawie wcale nie przyjmował.

Odtąd polepszenie szybkim postępowało krokiem i dnia 21 listopada r. b. chory czując się zupełnie dobrze, wypisanym został ze szpitala.

Odchodzącemu udzielono radę, iżby w razie ponowienia się różnorodnych jego cierpień, sam przedewszystkiem nie łamał sobie głowy, nad dociekaniami ich przyrody, gdyż to do pożądanego rezultatu nigdy doprowadzić go nie może; a powtórę, iżby pominawszy wszelkie pośrednie stopnie lekarskie, w razie potrzeby rady i pomocy, udawał się od razu do ludzi z fachem swoim należycie obeznanych, i w których największe pokłada zaufanie.

Zapalenie jądra (*Orchitis*).

Dnia 14 listopada r. b. o godzinie 8 wieczorem, przybył do szpitala i umieścił się w oddzielnym pokoju pan F... Jakób, buchalter lat 20 liczący.

Chory wzrostu dobrego, budowy ciała szczupłej, włosów ciemnych, twarzy ściąglęj, beżenny, od młodości żadnym ważniejszym nie ulegał chorobom.

Oddany pracy biurowej, nieledwie dzień cały na miejscu siedzieć musiał i z tego powodu, często z uporczywem zaparciem stolca miewał do czynienia. Z początku okoliczność ta, mało go zajmowała; gdy jednak z tej przyczyny wyrażał się częsty ból głowy, przymuszonym był do używania różnych środków rozwalniających i zachwalanych w takim razie pigulek. Środki te, wprawdzie sprowadzały oczekiwane skutki, ale usposobienia nieznosiły wcale, o co też chory nie troszczył się bynajmniej, i wcale rady lekarskiej nie zasięgał.

Przed 4ma tygodniami, po pierwszym w życiu zbliżeniu się do kobiety, rzeźączką ze wszystkimi właściwymi objawami powitany został. Obok bólu przy oddawaniu moczu, znalazła się gorączka, niespokojność, brak snu i chęci do jedła.

Po uspokojeniu pierwszych przypadłości, przez dyetę, picie naparu siemienia lnianego i spokojne zachowanie się, chory zwierzył się ze swoją chorobą pewnemu jak mówił z n a j o m e m u, który mu zastrzykiwania do kanału, za pomocą zwykłej szklanej strzykawki, kilka razy dziennie skutecznie doradził. Skutek tego postępowania przeszedł wszelkie oczekiwanie, albowiem chory po dniach trzech zupełnie pozbył się choroby. Zdrow i wesół wrócił niebawem do dawnego sposobu

życia i zwykłych zatrudnień, unikając starannie wszelkich zbliżeń, które dla niego tak niefortunnie wypadły.

Pomimo to, bez żadnej wiadomej przyczyny, w dni 10 okazał się nowy wypływ ropiasty z kanału urynowego, ale tym razem bez bólu i gorączki. I tu znowu, jak poprzednio, uciekł się do zastrzykiwań, które jednak, gdy skutku oczekiwanego niesprowadzały, zniecierpliwiony: zaczął je uskuteczniać częściej i z większą wytrwałością, aż dopóki pojawiony ból w lewem jądrze, nie stanął na przeszkodzie do dalszego na tej drodze postępowania. Za objawieniem się bólu jądra, ustał wypływ z kanału. Chory mniemał się być uleczonym z rzeżączki, ale wzmagający się ból i obrzmienie jądra przekonały go, że choroba formę tylko zmieniła i bynajmniej nie na jego korzyść. W tém położeniu, ani używane maści, ani próbowane uciskanie jądra za pomocą opasek plastrem lepkiem nasmarowanych pożądanego polepszenia niesprowadziło, przeciwnie: jądro ciągle objętość swoją powiększało, i stało się tak czułym i bolesnym, że chory za każdym nieledwie dotykaniem omdlewał z bólesci. Widząc, że środki dotąd używano żadnego nie przyniosły pożytku, dnia wyżej przytoczonego, przybył do szpitala w stanie następującym:

Chory blady i zbolący z trudnością chodzić może. Tętno przyspieszone, suchość w ustach, pragnienie wielkie, język biały, stolec od trzech dni zaparty. Jądro lewe powiększone, wielkością kaczego jaja dochodzi, na dotknięcie nadzwyczaj czule, do tego stopnia, że chory za najmniejszym poruszeniem bolesne jęki wydaje.

Przedewszystkiem, staraliśmy się usunąć zawartości kiszki od dni kilku nagromadzone, a to za pomocą mocnej lewatywy z soli gorzkiej i oleju kleszczowiny sporządzonej. Następnie, cierpiące jądro obłożyć kazaliśmy maścią, która w wielu podobnych przypadkach, zawsze nam najskuteczniej działała — znosząc postęp zapalenia, a tém samym ów ból dotkliwy z powodu swej ciągłości nadzwyczaj dokuczliwy.

Skład rzeczonyj maści jest następujący:

Rp. Argenti nitrici scrupulum, Acidi nitrici gutt. tres, Aq. destill. drach. semis, Axungiae rec. unc. semis, M. exacte. D. S. Maść tę polecamy rozsmarować na szarpi, a następnie obłożyć bolące jądro, przytwierdzając wszystko za pomocą dobrze przyrządzonego *suspensorium*.

Przyłożenie maści obudza stosownie do indywidualności chorego mniejsze lub większe palenie, które zwykle po upływie godziny lub dwóch ustaje. U osób czułych podajemy proszek z octanu morfiny (gr. $\frac{1}{8}$), który zwykle uspakaja palenie i miły pokrzepiający sprowadza sen.

W naszym przypadku nie było powodu uciekania się do morfiny, chory bowiem bólem i bezsennością znużony, zaraz po przyłożeniu mu maści, zasnął spokojnie i nie obudził się aż z rana.

Nazajutrz to jest dnia 15go listopada, chory zdumiał się, że ból jądra ustał prawie zupełnie i że w nocy owo palenie, które mu przepowiadano, nie wystąpiło wcale.

Badając stan jądra znaleźliśmy: że więcej jak o połowę było mniejsze, wcale, chyba za mocnym naciśnieniem bolesne, a naskórek moszny (*epidermis*) był biały i drobnymi pęcherzykami pokryty.

Poleciliśmy obłożyć jądro maścią woskową (*unguentum cereum*), a dla usmierzania lekkiego pragnienia wodę sodową przepisałiśmy.

Odtąd przy stosownem opatrzaniu wyżej wspomnianą maścią i kąpielach ciepłych, chory codziennie lepiej się mający, przebył w szpitalu do dnia 26 listopada t. r., w którym na własne żądanie wypisanym został.

Nadmienić winieniem, że w czasie pobytu chorego w szpitalu, rzeźączka na nowo się okazała, ale dopóki nie znikną wszelkie znaki zapalenia jądra i przyjądrza, nie przeciw niej działać nie radziliśmy.

Przypadek ten sam przez się nic ważnego nie przedstawiający, przytoczyliśmy dla tego, aby zwrócić uwagę szanownych kolegów na sposób leczenia zapalenia jądra przez nas używany, a być może: że powtarzane doświadczenia, doprowadzą z czasem do metodycznego postępowania w tém przykrem cierpieniu, i wszelkie kompresye, pijawki i t. p. środki, zwykle przykre i nie zawsze skuteczne, zupełnie z użycia usuniętemi zostaną.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Przyczynek do anatomii mięśnia rzęskowego.

Przez A. I w a n o w a

(*Archiv für Ophthalmologie, Band XV, Abth. 2, 3, 1869 r.*)

Przełożył Dr. med. Bolesław Gepner.

Pewne, nieznaczące różnice indywidualne przytrafiające się w budowie mięśnia rzęskowego, nie są obcemi zajmującym się bliżej badaniami anatomicznemi organu wzrokowego. Jeżeli nie starano się dotychczas bliżej zbadać i objaśnić zdarzających się daleko znaczniejszych zbieżności budowy innych części ciała ludzkiego, które zapewne z téj tylko przyczyny za dzieło przypadku są jeszcze uważane, to względem budowy oka naszego postępować w ten sposób, już nam dzisiaj nie wolno.

Najnowsze prace H e l m h o l t z'a i innych, tak dalece rozwinęły fizyologię widzenia, że do poczynionych odkryć prawa ścisłej matematyki stosowanemi już być mogą; a wyprzedziwszy pod tym względem dotychczasowe wiadomości anatomiczne, otworzyły anatomii i histologii obszerne pole do dalszych badań, które prawdopodobnie nie prędko zadość uczynić wymaganiom fizyologii potrafią. W żadnej z części ciała ludzkiego, drobne różnice w wymiarach nie pociągają za sobą tak ważnych następstw, jakie w oku widzieć możemy. Różnica kilku milimetrów w długości osi widzenia jest podstawą wszelkich zbieżności w łamalności oka. O ułamek milimetra krótsze lub dłuższe promienie krzywizny powierzchni rogówki lub soczewki, prowadzą ważne zmiany w powstawaniu obrazów, pod nazwą astygmatyzmu znane. Genialne wreszcie badania M. S c h u l z e'g o nad jamką środkową plamki żółtej i warstwą pręcikoczołpkową siatkówki wykazały, że nawet o tysięczną część milimetra różniące się wymiary, nie są bez znaczenia dla wyraźności aktu widzenia. Ten nadzwyczajny rozwój fizyologii i patologii widzenia, nadaje bezwątpienia wielki interes wszelkim poszukiwaniom anatomicznym i histologicznym organu wzroku dotyczącym. Ze względu zatem na ścisły związek zachodzący między anatomią i fizyologią oka, tudzież na wielkie znaczenie drobnego nawet zbieżności od postaci jego za typową uznaną, nie zdawało mi się podobnym do prawdy, by różnice w budowie mięśnia rzęskowego napotykaane, mogły być za przypad-

kowe tylko uważanemi; owszem mniemałem że one raczej przyczyną pewnych różnic w funkcjach być powinny, albo téż zostawać muszą w pewnym związku przyczynowym z niejednostajnymi wymaganiami fizyologicznymi. Wiadomo że przy nastawieniu oka na różne odległości, soczewka zachowuje się biernie, że rzeczywistym czynnikiem akomodacji jest mięsień rzęskowy, że kurczenie się jego zwalniając napięcie rąbka *Z i n n'a*, pozwala soczewce powiększać wypukłość swych powierzchni, a szczególnie téż przedniej. Z drugiej znowu strony, nikomu obcém nie jest że wady refrakcyi zależą głównie od długości osi widzenia, że udział, jaki w wytworzeniu ich przyjmować może: rogówka lub soczewka, w wyjątkowych jedynie wypadkach znaczenia nabiera. Sławne badania *Arlt'a* nad oczami krótkowzrocznymi, setki spostrzeżeń *D o n d e r s'a* nad oczami krótkowzrocznymi i nadwzrocznymi, stwierdzone przez liczne późniejsze poszukiwania anatomiczne oraz przez pomiary przy pomocy oftalmometru uskutecznione; nadały powyżéj wyrażonym zdaniom, znaczenie tak dalece ogólnego prawidła, że do rzadkich wyjątków zaliczamy zdarzające się w tym względzie zboczenia.

Jeżeli zgodzimy się, że siła dioptryczna warstw łamiących oka jest we wszystkich oczach jednostajną, zatém uczynimy wady łamalności, jedynie od położenia jamki środkowej względnie do ogniska przyrządu łamiącego zależnymi; widoczném będzie, że oko nadwzroczne (*oc. hypermetropicus*) wymagać musi od m. rzęskowego, zupełnie innej pracy aniżeli oko krótkowzroczne (*oc. myopicus*). Gdy bowiem m. rzęskowy krótkowzrocznych, dopóty nieczynnie się zachowuje, dopóki spoglądają oni na przedmioty leżące między nieskończonością a punktem najdalszym ich widzenia wyraźnego; nadwzroczni wymagają od tegoż mięśnia, pracy często do zmęczenia dochodzącej, ile razy tylko choć otrzymać wyraźny obraz przedmiotu, bez względu na to, czy tenże blisko lub w wielkiej znajduje się odległości. Należałoby zatém spodziewać się że tak odmienne użytkowanie z zasobów siły m. rzęskowego do pewnych zboczeń rozwoju jego doprowadzić musi; że mianowicie ciągła praca i wprawa m. rzęskowego u nadwzrocznych, przerost jego spowodowaćby powinna, nieznaczna zaś tylko praca jego u krótkowzrocznych do zaniku prowadzić.

Zobaczmy tedy, w jaki sposób badanie budowy mięśnia rzęskowego, przypuszczenia powyższe rozstrzygnęło.

W dwunastu oczach krótkowzrocznych, które początkowo badać mi się zdarzyło, znalazłem bez żadnego wyjątku bardzo znaczne przedłużenie osi widzenia; najkrótsza z nich mierzyła 28 mm., najdłuższa zaś 34 mm. Badanie makroskopowe przypuszczeń mych nie potwierdziło. Zaniku mięśnia rzęskowego wcale nie znalazłem, owszem był on znacznie grubszy i dłuższy aniżeli w oku typowém. Zauważyłem prócz tego tę szczególność że część jego przednia, grubsza, była daleko więcéj ku tyłowi cofniętą, aniżeli w oku miarowzrocznym, typowém. Przeglądając poprzednie, dawniejsze opisy tego mięśnia, znalazłem że *Arlt* podaje grubość jego u krótkowzrocznych na $\frac{2}{3}$ do $\frac{1}{2}$ linii, widocznie więcéj większą niżeli w oku prawidłowém. *D o n d e r s* ¹⁾ zaś wyraża się o budowie tego mięśnia w sposób następujący: „nieraz widziałem że mięsień rzęskowy u krótkowzrocznych, przy przedłużeniu i ścięczeniu włókien szklitych z błony *D e s o e m e t'a* wychodzących, które początek mięśnia tego stanowią, zaczyna się w większej od rogówki odległości, aniżeli w oku prawidłowém, a jednocześnie jest dłuższym.“ Tego jednak co *D o n d e r s* mówi daléj, że m. rzęskowy jest więcéj płaskim i mniéj lub więcéj zanikłym, dotychczas sprawdzić mi się nie udało. W każdym z badanych przezemnie oczu krótkowzrocznych, znajdowałem mięsień rzęskowy zawsze znacznie ku tyłowi cofniętym, dłuższym a jednocześnie daleko grubszy aniżeli w stanie prawidłowym. Nie mogłem poprzestać na wypadku badania makroskopowego, albowiem pozorne zgrubienie m. rzęskowego mogło być następstwem przerostu tkanki łącznej zajmującej miejsce zanikłych włókien mięśniowych, a rozstrzygnięciem wątpliwości jedynie od badania mikroskopowego oczekiwać należało.

¹⁾ *D o n d e r s*. Die Anomalien der Refraction und Accommodation des Auges. Wien. 1866. str. 313.

Otóż przekonałem się że tkanka łączna ani razu przerosła nie była, że zgrubienie mięśnia wyłącznie od zgrubienia i przedłużenia włókien mięsnych pochodziło. Nadto, przy bliższem jeszcze badaniu poznałem szczególne zachowanie się m. rzęskowego oczu krótkowzrocznych. Poszukiwania Fr. E. Schultze¹⁾, stwierdzone przezemnie i Rolletta²⁾, wykazały, że m. rzęskowy oka miarowzrocznego przedstawia się na rozkroju poprzecznym w postaci trójkąta prostokątnego, z kątem prostym utworzonym przez bok przedni i zewnętrzny. U krótkowzrocznych kąt ten jest ostrym z powodu że bok przedni trójkąta, nie jest do zewnętrznego prostopadłym a pochyla się ukośnie ku tyłowi.

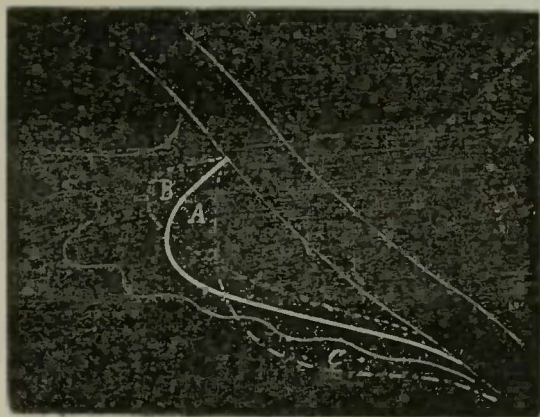


Fig. 1.

W skutku tej różnicy, mięśniowi rzęskowemu oka krótkowzrocznego (Fig. 1.³⁾ brak trójkąta A w którym podług poszukiwań: H. Müller'a, Arlta, Schultze'go, mieszczą się w oku miarowzrocznem włókna obrączkowe. Zachodziło tedy pytanie czy włókien obrączkowych wcale w m. rzęskowym oka krótkowzrocznego niema, lub czy tylko ku tyłowi cofnęły się. Otóż najtroskliwsze badanie nie wykryło wcale włókien obrączkowych w m. rzęskowym oczu krótkowzrocznych, w takim przynajmniej kształcie jaki u miarowzrocznych znajdujemy. Znalezione zaś w niektórych oczach niewykształcone (*rudimentäre*) i nieliczne włókienka obrączkowe, leżały w kącie wewnętrznym mięśnia lub na całej powierzchni jego wewnętrznej rozrzucone były; tak je też poprzednio już opisał E. Schultze.

Cały zatem m. rzęskowy krótkowzrocznych, składa się z włókien podłużnych, przebiegających ku tyłowi, równoległe z białkawką, które w miarę tego jak więcej ku wewnątrz są położone, tem więcej się tylnymi końcami swemi łukowato ku środkowi oka i ku przodowi zaginają, tworząc liczne między sobą anastomozy. Załączone wyobrażenie mięśnia takiego (Fig. 2), uwalnia nas od więcej szczegółowego opisanja.

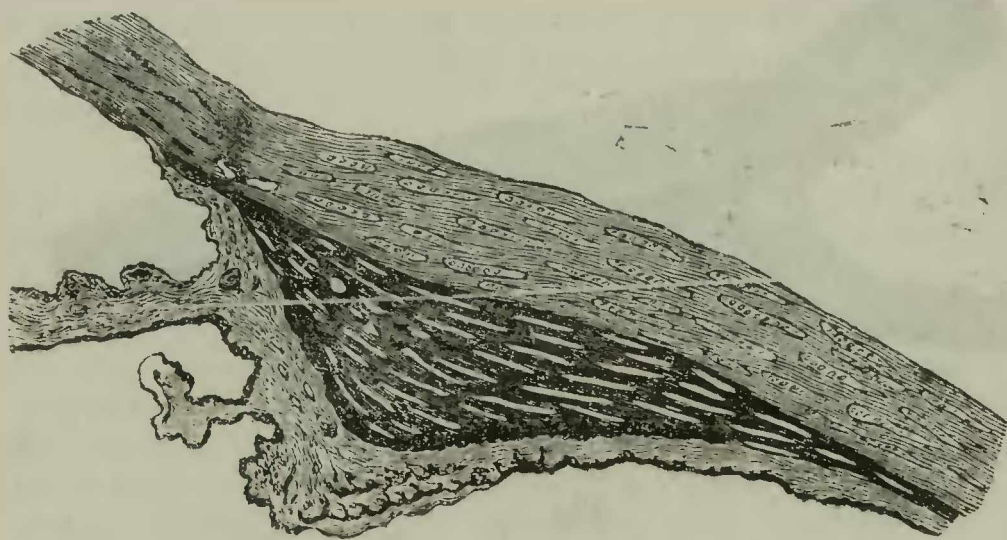


Fig. 2.

Poszukiwania więc mikroskopowe, bynajmniej, oczekiwań naszych na ogólnie przyjętych dzisiaj teoryach akomodacji opartych, nie potwierdziły. Za to znaleźliśmy znaczne róż-

¹⁾ Archiv f. mikroskop. Anatomie von M. Schultze. B. III Heft 4. Der Ciliarmuskel des Menschen. str. 313.

²⁾ Archiv f. Ophthalmologie B. XV Abth. 1.

³⁾ linia pełna oznacza granice m. rzęskowego w oku miarowzrocznem, przerywana także w krótkowzrocznem, kropkowana zaś w nadwzrocznem.

nice w budowie mięśnia rzęskowego, nie mając żadnej podstawy do przypuszczenia takowych; stwierdziliśmy zupełny prawie brak części obrączkowej m. rzęskowego u krótkowzrocznych, a przerost części podłużnej.

Zupełnie inaczej przedstawiły się nam kształt i budowa m. rzęskowego w oczach nadwzrocznych, których niewymierność określaną była z długości osi widzenia, po śmierci wymierzonej. Długość ta w badanych przezemnie oczach pochodzących z osób zmarłych między 40 a 45 r. życia wynosiła od 19 do 20 milimetrów.

Porównyując między sobą przecięcie poziome oka nadwzrocznego i także krótkowzrocznego, już na pierwszy rzut oka znaczną między nimi dostrzegłem różnicę. Mięsień rzęskowy oka krótkowzrocznego był znacznie grubszy i ku tyłowi cofnięty, w nadwzrocznym zaś widocznie cieńszym i mocno na przód wysuniętym przedstawił się. Różnica ta nie zależy wcale od układu i kształtu wyrostków rzęskowych a wyłącznie od budowy mięśnia. Występuje ona szczególnie wyraźnie przy badaniu mięśnia pod mikroskopem. Rozwinięty, kosztem podłużnego, mięsień obrączkowy tak dalece ku przodowi wysuwa się, że na przecięciu podłużnym przedni bok trójkąta pod kątem mocno rozwartym z wewnętrznym się łączy, skutkiem tego mięsień ten jest w przedniej połowie o część *B* większym niż w miarowzrocznym oku i aż o *AB* mięsień krótkowzrocznego przewyższa (Fig. 1). Wiemy zaś że w trójkącie *A* mieszczą się w oku miarowzrocznym włókna obrączkowe, brakujące w mięśniu oka krótkowzrocznego, który też części *A* nie posiada. Na cięciu południkowym widzimy jeszcze pod mikroskopem, że włókna obrączkowe zajmują więcej niż $\frac{1}{3}$ całego m. rzęskowego w oczach nadwzrocznych. Pojedyncze, ściśle przy sobie leżące włókienka obrączkowe, ku tyłowi łączą się z podłużnymi, a prócz tego cienką warstwą pokrywają całą wewnętrzną powierzchnię mięśnia, przedstawiającego się cieńszym i krótszym niż w oku miarowzrocznym. Dokładne wyobrażenie takiego mięśnia, w rozkroju południkowym oka którego oś widzenia mierzyła tylko 19 mm. przedstawia Fig. 3. Ogromne rozwinięcie włókien obrączkowych kosztem podłużnych jak najwyraźniej przedstawia się.



Fig. 3.

Rysunek szematyczny na fig. 1szej przedstawia jak najdokładniej różnice rozmiarów poprzecznych i podłużnych, odpowiednie stanom łamalności oka, bliżej więc określać ich nie potrzebujemy. Wbrew oczekiwaniom naszym, nie znaleźliśmy bezwzględnego przerostu całego mięśnia rzęskowego u nadwzrocznych, ani też ogólnego zaniku jego u krótkowzrocznych. Należałoby spodziewać się że jakościowe różnice w budowie mięśnia tego zachodzące, muszą też wpływać na zmianę jego funkcji; a ztąd nasuwa się pytanie czy pomimo zupełnie słusznych zarzutów przeciw możliwości akomodacji biernej, nie będziemy zmuszeni, na zasadzie wypadku badania naszego, rzeczywistość jej istnienia uznać.

Wielu dawniejszych autorów przypisywało włóknom obrączkowym m. rzęskowego czynność wprost przeciwną téj, którą podłużne posiadają, utrzymując że pierwsze przeznaczo-

ne są na usługi akomodacji czynnej, podłużne dla biernej. Wątpliwem jest jednakże czy dzisiaj znalazlibysmy fizyologa, któryby przypuszczał możebność istnienia akomodacji biernej, wszelkie bowiem dotychczas przedsiębrane doświadczenia tylko przeczące dawały wypadki. Nawet usiłowania H e n k e'g o celem wykazania jej istnienia drogą anatomiczną przedsiębrane, do czego nie doprowadziły. Niemniej jednak zdawałoby się, że nie mamy podstawy do zaprzeczenia istnieniu akomodacji biernej, w oku krótkowzrocznym przynajmniej. Nadwzroczny z powodu budowy swego oka, może przy spoczynku akomodacji, dopiero za siatkówką promienie równoległe połączyć; od mięśnia więc rząskowego tylko jednostronnego działania wymagać będzie, mianowicie by mu skracał odległość ogniskową soczewki jego na tyle, by promienie do oka wpadające złączyć się na siatkówce mogły; czyli innymi słowy żąda, by do istniejącej w oku jego soczewki, została mu dodana druga także dodatnia. Przypuszczać więc w takich warunkach potrzebę akomodacji biernej byłoby niedorzecznością. W oku zaś krótkowzrocznym, dla zbyt długiej osi widzenia, promienie równoległe przed siatkówką przecinają się, dla niego więc bardzo byłaby pożądaną możność zmniejszania siły łamiącej jego soczewki; czyli mówiąc inaczej potrzebuje ono by soczewka jego przez przystawienie idealnej drugiej, wklęsłej, osłabioną w działaniu swém zostać mogła. Wątpliwości nie ulega, że krótkowzroczni usiłują wysuwać swój punkt najdalszy poza szczupłą jego granicę, przez długość osi widzenia zakreśloną. Wielu z pomiędzy nich przymruża powieki w celu lepszego rozróżnienia dalekich przedmiotów, przedstawiających im się, w zwykłych warunkach widzenia, pośród kręgów rozpięzłych. Mrużąc bowiem powieki, spoglądają przez węższy znacznie otwór, i może jednocześnie zmieniają cokolwiek kształt swego oka, a zmniejszając przez to rozmiary kręgów rozpięzłych dopełniają pozostające jeszcze niedokładności optyczne, drogą czysto psychiczną. W ten sposób postępując, wyciągają z niewyraźnych obrazów dalekich przedmiotów, daleko większe korzyści aniżeli miarowzroczni. Z tém wszystkiem jednak, jest więcej niż wątpliwem by m. rząskowy przyjmował w podobnych usiłowaniach jakikolwiek udział, by usiłowania te w istocie odsuwać punkt najdalszy widzenia mogły.

Na zasadzie tego co się rzekło, akomodacja bierna w oczach krótkowzrocznych, miałaby przyczynę istnienia dla wszystkich zwolenników dwojakiego rodzaju działania części składających mięsień rząskowy. I każdy zgodziłby się na to, gdyby nie okoliczność, że krótkowzroczni jedynie przy pomocy szkieł wklęsłych widzieć mogą wyraźnie po za swym punktem najdalszym.

Różnice w rodzaju budowy i składu mięśnia rząskowego przy rozmaitych stanach łamności, są dla nas nierównie większego znaczenia z tego mianowicie powodu, że pokazują nam jak zupełnie odmiennym jest mechanizm akomodacji u nadwzrocznych i krótkowzrocznych. Mocno rozwinięty mięsień obrączkowy nadwzrocznych kurcząc się, wskazuje kierunek w jakim działanie całego mięśnia miejsce mieć zwykło. Tworzy więc kurcząc się jakby nowy przyczep dla pozostałych włókien, a ten odpowiednio do każdego oddzielnego napięcia akomodacji przedstawia punkt stały fizyologiczny, ku któremu, z powodu współczesnego kurczenia się całego mięśnia, wszystkie włókna jego, działalność swą kierować będą. Na kierunek jednakże w którym działanie mięśnia odbywa się, wpływa jednocześnie i przyczep anatomiczny włókien podłużnych, czyli ich punkt stały anatomiczny, mieszczący się w okolicy splotu S c h l e m m'a. Skoro włókna obrączkowe działają w kierunku ku środkowi oka, czyli ku osi widzenia, podłużna zaś ku splotowi S c h l e m m'a, kierunek wspólnego ich działania czyli wypadkowej oddzielnych sił wskaże nam przekątnia równoległoboku sił, na pojedynczych kierunkowych działania wystawionego. Ze względu na różny stosunek siły jaką oddzielne części mięśnia rząskowego u nadwzrocznych i krótkowzrocznych przedstawiają i kierunek ich wypadkowych znacznie różnić się będzie. U krótkowzrocznych część obrączkowa jest prawie zanikłą, krawędź więc równoległoboku, działanie ku wewnątrz téj części przedstawiająca, będzie znacznie krótszą od krawędzi wyobrażającej siłę włókien podłużnych działających ku przodowi, wypadkowa więc będzie miała kierunek ku przodowi, z nieznacznym ku wewnątrz zboczeniem. U nadwzrocz-

oznych zaś, dla przeważnego rozwinięcia części obrączkowej, główny kierunek działaniu nadającej i nieznacznej siły jaką włókna podłużne wydać mogą, kierunek wypadkowej małemu tylko pochyleniu od tyłu ku przodowi ulegając, przeważnie kierunek działania od zewnątrz ku wewnątrz wskazywać będzie.

Ostateczny więc cel działania obu mięśni: obrączkowego i podłużnego, którym jest odpowiednie potrzebom zwolnienie naprężenia rąbka Z i n n'a, z nierównie większą łatwością osiągniętym być może w oku nadwzrocznym aniżeli w krótkowzrocznym. Procz tego w ostatnim, jakto już z kierunku wypadkowej sił jest widocznym, aktowi akomodacji towarzyszyć koniecznie musi, nierównie większe aniżeli w oku nadwzrocznym, szarpanie naczyńki. Przeważnie jeżeli nie wyłącznie rozwinięty mięsień rzęskowy podłużny u krótkowzrocznych, występuje jako rzeczywisty *musculus tensor chorioideae*.

Mięsień ten jako *tensor chorioideae*, musi stosownie do wymaganego odeń działania, wywierać wpływ na obydwie swoje punkty stałe. Otóż jednym z nich jest miejsce jego przyczepienia koło splotu S c h l e m m'a, drugim okolica w której błona naczyniowa z białkową się łączy, czyli miejsce wejścia nerwu wzrokowego. Być więc bardzo może że wypuklenie tylne naczyńki (*Sclerectasia posterior*) zwykle u krótkowzrocznych znajdowana świadczy o działaniu *tensoris chorioideae* na ten drugi jego punkt stały. Professor H o r n e r, nieznając wcale tylko co opisanych właściwości budowy mięśnia rzęskowego krótkowzrocznych, dawno już był zdania że powstawanie górnika tylnego zostaje z akomodacją w bezpośrednim związku. Jeżeli tak się w istocie dzieje, powinniśmy w miejscu gdzie górnik tylny znajduje się, dostrzegać w siatkówce zmiany odpowiednie podobnemu rodzajowi powstawania wypuklenia. Siatkówka zwykle zrosnięta jest w tym miejscu z naczyńką. Jeżeli więc ta ostatnia przesuwana się ku mięśniowi rzęskowemu, to włókna promieniste siatkówki ulegać muszą podobnemu przesunięciu, przyjmować kierunek ukośny względem brodawki nerwu wzrokowego. Przypuszczenie to przez poszukiwania prof. H o r n e r'a stwierdzonem zostało, na skrawku poprzecznym naczyńki i siatkówki znalazł on że włókna promieniste w ten sposób ukośnie leżały, że ich końce zewnętrzne skierowane były ku przodowi, tylne zaś ku wejściu nerwu wzrokowego. W dwóch oczach krótkowzrocznych badanych przezemnie, takiż sam stosunek we względnym położeniu włókien promienistych znalazłem.

Pozostaje mi jeszcze w kilku słowach objaśnić zapatrywanie się moje na sposób wykształcenia się tych trzech typów mięśnia rzęskowego. Naturalną jest rzeczą, że opisane różnice powstawać mogą jedynie pod wpływem dziedziczności budowy całego oka, że kilka pokoleń potrzeba dla ich wykształcenia.

Mięsień rzęskowy oczu miarowzrocznych jest normalnie rozwiniętym. Długość osi widzenia podobnego oka musi odpowiadać odległości ogniskowej jego przyrządu dioptrycznego, którą w okrągłych liczbach za równą 25 mm. przyjmujemy. Oko posiadające takiej długości osi widzenia, taką odległość ogniskową przyrządu łamiącego i mięsień rzęskowy z proporcjonalnie do tych warunków wykształconemi częściami podłużną i obrączkową jest normalnym okiem ludzkim. Zdarzyć się może że w tak wykształconem oku, osi widzenia przypadkowo, tylko o 1 mm., powiększoną lub skróconą będzie; w pierwszym razie oko stanie się w słabym stopniu krótkowzrocznym, w drugim zaś cokolwiek nadwzrocznym.

Mówiliśmy już poprzednio, że w zwykłych warunkach życia, mięsień rzęskowy oczu krótkowzrocznych, mniej pracować potrzebuje aniżeli w innych oczach, zmniejszona czynność jego zanik spowodować może; jest to zupełnie naturalnym. Nasuwa się tu jednak pytanie dla czego mięsień ten u krótkowzrocznych nie zanika jednostajnie, dla czego zanikają tylko obrączkowe jego włókna. W oczach wszystkich badanych przezemnie i R o l l e t'a¹⁾ zwierząt, wyjąwszy oczy świni, znajdowaliśmy mięsień rzęskowy, złożonym wyłącznie z włókien podłużnych. Jedne tylko małpy posiadają w mięśniach rzęskowych swych oczu, właściwe, zupełnie rozwinięte włókna obrączkowe. Widocznym więc jest, że tylko włókna po-

¹⁾ Bemerkungen zur Anatomie der Irisanheftung und des annulus ciliaris. Von A. I v a n o f f und A. R o l l e t. Archiv für Ophthalmologie, Bd. XV, Abth. 1.

dłużne stanowią właściwą, zasadniczą postać mięśnia rzęskowego. Obrączkowe zaś, występują dopiero u zwierząt z doskonalszą organizacją, jako część dodatkowa, której zadaniem, ułatwienie czynności akomodacyjnej.

Ze skutkiem zbiegu okoliczności sprzyjających zmniejszeniu czynności mięśnia rzęskowego, głównie dodatkowe jego włókna zanikowi podlegają, zdaje się być rzeczą naturalną. Raz rozpoczęta sprawa zanikowa włókien obrączkowych, przekazywana dziedzicznie, wespół z powodującym ją przedłużeniem osi widzenia, postępuje nieustannie w nowych osobnikach; pod jej zaś wpływem, powoli ale nieustannie, mięsień rzęskowy przekształca się coraz wyraźniej w *m. tensor chorioideae*. Przemiana zaś ta pociąga za sobą jako bezpośrednie następstwo, powolne ale ciągle przedłużanie się osi widzenia. Postępy cywilizacji, coraz to nowe życie stawiając wymagania, żądają od oka, w typowo wadliwym kierunku rozwijającego się: nadmiernej pracy akomodacyjnej, którą już tylko włókna podłużne wykonywać mogą, a pomimo przerostu swego podolać nie są w stanie. Przerosły *m. tensor chorioideae* wywołuje w tylnym, nieustannie szarpanym odcinku naczyniówki, szereg nowych i licznych zmian patologicznych, sprowadzających postępujący rozwój krótkowzroczności. Mamy więc przed sobą, najzupełniejszy *circulus vitiosus*, w którym przypadkowe skrócenie osi widzenia, stając się czynnikiem przyczynowym, sprowadza odpowiednie następstwa, potęgujące z swojej znowu strony, wpływ początkowej nieprawidłowości.

Rozrost prawidłowo rozwiniętego mięśnia rzęskowego, następujący w oku nadwzrocznym, pod wpływem skrócenia osi widzenia, zdaje się, bliższego objaśnienia nie wymagać. Prawidłowo ukształcony mięsień rzęskowy oka nadwzrocznego przerastając, czyni zadość swemu przeznaczeniu: nadaje soczewce przy możliwem ochranianiu naczyniówki, taki kształt, który pozwala na tworzenie się na siatkówce wyraźnych obrazów. Przy wymaganiach nadmiernego wysiłku akomodacyjnego, w oku nadwzrocznym także rozwijać się będzie tylne wypuklenie białkówki; oko przedłużając się, stanie się miarowzrocznym. Wymagania pracy od mięśnia rzęskowego, powiększają się jednak ciągle, miarowzroczność ustępuje miejsca krótkowzroczności, ta zaś rosnąc nieustannie, prowadzi za sobą wszystkie znane już nam następstwa.

Wiadomości bieżące.

— Ropień brzuszny w skutku dobrowolnie uleczonej ciąży jajowodowej. (Dr. H u b e r — *Deutsches Archiv. Bd. VIII. Heft I*). E. 39-letnia kobieta, silna i dobrze zbudowana, średniego wzrostu, przed zamążpójściem miała krwotoki maciczne; w 21 roku życia poszła za męża. W ostatnich latach czyszczenia miesięczne były regularne, choć nieco za obfite. W październiku 1869 r. miała regularność, w grudniu zaś i w styczniu takowa nie wystąpiła; równocześnie dostrzegła powiększenie brzucha i piersi. Dnia 7 stycz. 1870 r. dostała gwałtownych boleści w brzuchu i wymiot; stan bezgorączkowy, puls mały, częsty, w lewej ręce zaledwie wyczuwalny. Brzuch bardzo bolesny. Domyślano się zapalenia otrzewnej w skutku przedziurawienia wyrostka robaczkowego (boleści poczynały się z prawej strony od dołu) i polecono przetwory makowca. Nazajutrz stan był zadawalniający, bóle zmniejszyły się i 20 stycz. chora miała się za uleczoneą.

Nagle 21 stycz. wystąpiły znów gwałtowne boleści w brzuchu, wymioty i upadek sił jeszcze znaczniejszy; puls prawie nie był wyczuwalny. Zadane środki podniecające (eter, piżmo, wino, kawa) zostały wymiotowane. Ograniczyć się musiano na ogrzewaniu zziębniętych członków. Wieczorem stan się polepszył, noc przeszła wśród nieznacznych boleści i wymiot. D. 22 stan był zadawalniający. Zbadanie brzucha nie było możebne z powodu bolesności, nie był on znacznie powiększony; ciąży zewnątrz macicznej nie domyślano się.

Po 4 dniach bolesność brzucha się zmniejszyła, i przy badaniu wyczuć można było guz wielkości pięści wstępujący z podbrzusza więcej ku stronie prawej, którego bliższe zbadanie jeszcze nie było możebne. Mocz był czerwony.

Rozpoznanie chwiała się między ciążą, guzem jajnika, nagromadzeniem kału i otorbionym wysiękiem. Guz kałowy można było wykluczyć, gdyż nabrzmiałość nie zmniejszała się po kilkotygodniowym używaniu lewatyw z *infus. sennae*. Również ani za ciążą macieczną ani za torbielą jajnika objawy nie przemawiały.

W lutym dopiero H. wpadł na domysł, że ma do czynienia z rzadkim wypadkiem ciąży jajnikowej z pomysłnym zejściem.

W środku lutego zjawiała się regularność trwająca przeszło tydzień cały, przy której odeszło niewiele skrzeplęj krwi.

24go lutego przy badaniu wewnętrznem, znaleziono część pochwową macicy powiększoną, powleczoną zgrubiałą błoną śluzową. Ciało macicy zdawało się być powiększone, jednak skombinowane badanie było niemożliwe z powodu bolesności brzucha i sklepienia pochwy.

Przy drugiem badaniu 31go marca znaleziono część szyjową macicy powiększoną z rozpalchnioną błoną śluzową, słowem stan jaki bywa w początku ciąży. Piersi duże z słabo zabarwioną obwódką. Zabarwienia linii białej nie było.

Guz w brzuchu był bez zmiany do początku kwietnia, w którym to czasie w prawem podbrzuszu pokazało się na skórze zaczerwienione i bolesne miejsce, które kazało się domyślać ropienia w guzie; dnia 2go maja przy wyraźnem chelbotamu zrobiono nacięcie i wypuszczono dość znaczną ilość czerwonej ropy.

Przy miernem ropieniu guz się zmniejszył do końca maja tak, że zaledwie wyczuć można było guzik twardy na prawo i poniżej pępka. Regularność pojawiła się po raz trzeci w początku czerwca. Rana się zagoiła i w połowie czerwca chora mogła opuścić łóżko.

Prof. S e h r ö d e r takie wydał zdanie o tym wypadku: „Niewątpliwie w dniu 7 i 21 stycznia nastąpił silny wewnątrz otrzewny krwotok, który razem z zatrzymaniem regularności odnieść należy do przerwania ciąży jajowodowej. Żaden inny wewnątrz otrzewny krwotok nie mógłby objaśnić powstania guza i utworzenia się ropnia.“

Inne znane wypadki uleczonj ciąży jajowodowej znajdujemy wzmiankowane w pracy H e c k e r a (*Monatschr. f. Geburtskunde, 13. Band, pag. 89*).

— Bąbłowiec śledziony (*echinococcus*), nacięcie po podwójnem nakłuciu, uleczenie. (Dr. W i l d e — *Deutsches Archiv, Bd. VIII, Hft. I*). Dziewczynka 11-letnia przybyła do W. w końcu maja 1868 r., z guzem w brzuchu, który jej jednak żadnych dolegliwości nie sprawiał. Chora dotychczas była zdrową i wyglądała dosyć czerstwo. Budowa ciała dobra, układ mięsny rozwinięty, tkanka tłuszczowa obfita. Trawienie i odżywianie dobre. Przy badaniu znaleziono guz wielkości pięści dziecka pod lewym brzegiem żebrowym. Powierzchnia jego gładka, brzeg dolny łukowaty, sięgający od zewnętrznej lewej trzeciej części dołka sereowego do wolnego brzegu 11go żebra, ostro odgraniczony i wyczuwalny. Ton przy opukiwaniu przytępiiony, śledziona nie powiększona, serce w miejscu, guz niebolesny przy macaniu. Rozpoznanie było wątpliwe; o przeroście śledziony myśleć nie można było, wnosząc z anamnezy i wyglądu chorj. Zalecono *kali jodatium*, smarowanie *tra jodi*, potem sztuczne kąpiele, do wewnątrz wody *Adelheidsquelle*, potem P r i e s s n i t z ' o w s k i e obwijania brzucha. Z czasem guz powiększał się, zstępował do lewego śródbrzusza, wystawał więcj i wyczuwał się jako kula; chelbotania nie było. Stan ogólny niezakłócony. 4 lipca wyczuć można było chelbotanie, poczem zrobiono rozpoznanie bąbłowca śledziony. W sierpniu zrobiono nakłucie próbne trójgrańcem po zachloroformowaniu; wypuszczono 8 uncyj płynu wodnisteo, który przy gotowaniu za dodaniem kwasu octowego lekko się mienił. W ciągu dnia wystąpiły gwałtowne wymioty, bolesność brzucha i gorączka, które to objawy jednak ustąpiły.

W październiku chora zgłosiła się dla poddania się operacji. Stan jej się pogorszył, cera była ziemista, puls mały, częsty, apetyt niewielki. Guz się powiększył, sięgał na 3 palce po za linię białą na prawo, rozciągał się od środka między pępkiem i spojeniem łonowem do środka między pępkiem i wyrostkiem mieczyk. (17 ctm.) Z lewej strony brzucha dolny

łukowaty brzeg dochodził do 11go żebra. Brzeg górny sięgał linii przymostkowej lewego brzegu żebrowego. Z lewej strony odłós tępy na klatce do 8go żebra, z tyłu aż do kręgosłupa. Serce w miejscu, wątroba również. Uryna bez białka. Temp. w *rectum* 38,90 C.

Dnia 9 października. W. przystąpił do operacji metodą *Simona*. Po zachłoroformowaniu wbił na 2½ palca z lewej strony pępka gdzie było najwyraźniejsze chęłbotanie, dosyć gruby trójgraniec z wentylem a na 2 ctm. powyżej drugi trójgraniec (próbny).

Z grubszej kaniuli wypuszczono przeszło funt płynu podobnego do mętnej serwatki, był on alkaliczny, krzepł przy gotowaniu i dodaniu kwasów i zawierał komórki ropne i podzielane haczyki bąblowca. Znalaziono w tym płynie nieco cukru i kwasu bursztynowego, co dowodzi że te ciała nietylko w bąblowcu wątroby się znajdują.

W ciągu dnia po operacji chora miała wymioty i nudności, chociaż po obudzeniu się z uspienia zastrzyknięto jej podskórnie morfinę. P. 128, T. 40,3. W nocy spała przerywami.

Dnia 10 stan znośny, brzuch niezbyt bolesny, z wyjątkiem dołka sercowego. Temp. 38°. Puls 112.

Dnia 13 chora niespokojna, wypuszczono 7 uncyj zielono-zółtego białkowego płynu, poczem chora się czuła lepiej. Temp. spadła do 37,50.

Dnia 16 i 19 wypuszczono po 6 uncyj płynu bardzo mętneho i obficie ropę zawierającego. Później otwory przekłucia zaczęły ropieć i płyn wydzielal się obok kaniul które się przechyliły na bok. W. połączył oba kanały przekłucia i wprowadził palec w małą jamę z której znaczna ilość ropy wypłynęła; pęcherza bąblowcowego jednak nie było śladu, prawdopodobnie opuścił się on ku dołowi. Wypełniwszy jamę skubanką, W. zaczął wycze-kiwać, dopóki się wyraźne chęłbotanie znów nie objawi.

Dnia 27 powyżej miejsca przekłucia guz uwydatnił się lepiej, tak, że W. wbił powtórnie dwa trójgrance powyżej poprzednich ułtuc, i wypuścił 9 uncyj cuchnącego płynu, zawierającego wiele ropy. Puls i temp. spadły. Dnia 29, 30, 31, wypuszczono po kilka uncyj płynu z gazami pomieszanego, ranki zaczęły ropieć, płyn był posokowaty i stan gorączkowy się wzmagal.

Te okoliczności skłoniły W. do zrobienia nacięcia, po którym wypuszczono 12 uncyj posokowatej rzadkiej ropy, krwawienie było małe. Za pomocą palca można było wyczuć granice worka, który na prawo sięgał do środka dołka sercowego, na lewo wymacać można było śledzionę; wierzchołek znajdował się na wysokości 7go żebra. Pęcherz bąblowcowy był u dołu wolny, u góry przytwierdzony. Za pomocą cęgów wydobyto 2/3 pęcherza na zewnątrz i to nie w całości z powodu że się łatwo rozrywał; w środku znajdowało się wiele pęcherzyków cienkich i przezroczystych; pęcherz ogólny był bardzo gruby, zasiany białymi plamami.

Po wyplukaniu worka założono opatrunek; po operacji były wymioty, ale stan ogólny lepszy choć temp. wzrosła do 40°. Na drugi dzień wyplukano jeszcze kawałki pęcherza i wprowadzono srebrną kaniulę.

Dnia 3 grudnia, wyplukano worek ciepłą wodą z *natr. carbolic.* przyczém znów kawałki pęcherza wydalily się; stan gorączkowy zmniejszył się i chora czuła się dobrze.

Dnia 23 grudnia, chora opuściła łóżko, worek ściagnął się tak że pozostał tylko wązki kanał długi na 12 ctm. Zupelne zagojenie przetoki nastąpiło dopiero w lutym 1870 r. Wygląd chorój zupelnie uleczonej był bardzo dobry.

— Śpilka wyjęta z kobiecego pęcherza moczowego. S. N., wieku lat 36, przyjęta do szpitala w Birmingham, utrzymywała, że od czterech dni ma w pęcherzu moczowym śpilkę; narzekała na ciągły ból w okolicy pęcherza, wzmagający się przy wypuszczaniu moczu. Mocz jęj zawierał obfity osad ze śluzu. Pacjentka objaśniła: że od jakiegoś czasu cierpi na wstrzymanie moczu (uważane przez jęj lekarza za hysteryczne),

które wymagało użycia kateteru. Uprzedzając raz założenie tego narzędzia, chciała ona utorować drogę moczowi przez włożenie do kanału moczowego wielkiej śpilki, która będąc lekko za sam koniec trzymaną wyslizgnęła jej się i wpadła do pęcherza.

Po zachloroformowaniu pacjentki, z łatwością wykryto obecność śpilki w pęcherzu, przy pomocy cienkich szczypczyków, które zamknięte, miały kształt zwyczajnego zgłębnika i takową bez trudności wyjęto.

Lancet, April 30, 1870.

— Śpilka w cewce moczowej chłopca. Siedmioletni chłopiec włożył do swęj cewki moczowej śpilkę z lebkim naprzód i czuł silny, palący ból przy wypuszczaniu moczu. Przywołany lekarz odczuł koniec śpilki przed *scrotum*; włożył on drugi palec prawej ręki do odbytnicy, a podtrzymując pierwszym palcem tejże ręki międzykrocze, starał się skierować koniec ostry śpilki ku dolnej ścianie cewki, następnie podnosił drugą ręką prącie w górę, dopóki koniec śpilki nie przebił skóry i nie pokazał się na zewnątrz; potem wyciągnął szczypczykami śpilkę, mającą 5 centymetrów długości. Chłopiec natychmiast po operacji miał się dobrze i nie czuł żadnego bólu przy wypuszczaniu moczu. Sposób ten podany przez *Boinea* uważa autor artykułu za najlepszy w podobnych wypadkach.

Union médicale, Juin, 1870.

Od Redakcyi Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich. Z d. 1-m miesiąca stycznia 1871 roku rozpoczyna się drugie półrocze piątego roku czyli tom dziesiąty **Gazety Lekarskiej**, która w tym samym co i obecnie, ściśle naukowym kierunku i nadal wydawaną będzie. Redakcyja uprasza szanownych P. T. abonentów, aby, stosownie do rozporządzenia władzy pocztowej, zgłaszać się raczyli z prenumeratą *b e z p o ś r e d n i o* do Redakcyi. **Cena Gazety Lekarskiej:** 1) w Warszawie: w Redakcyi i w Księgarniach rocznie r. sr. pięć, półrocznie r. sr. dwa kop. **pięćdziesiąt**; 2) na prowincyi w Cesarstwie i Królestwie: w Redakcyi i w księgarniach rocznie r. sr. **sześć**, półrocznie r. sr. **trzy** (licząc w to przesyłkę pocztową, przepaski i ekspedycyę).

Uwaga: „*Rys historyczno-statystyczny szpitali w Królestwie Polskiem*“ jako **Dodatek bezpłatny** do **Gazety Lekarskiej** w ciągu dalszym i w roku przyszłym dołączanym będzie.

Również z m. styczniem rozpoczyna się ósme półrocze wydawnictwa **Biblioteki Umiejętności Lekarskich**, w którym wyjdzie **sto** arkuszy druku. Prenumerujący już to pismo razem z **Gazetą Lekarską** zechcą złożyć przedpłatę na następne półrocze (to jest od 1 stycznia do 1 lipca 1871 roku) r. sr. **dziesięć** (po kop. 10 za arkusz); prenumerujący zaś samą **Bibliotekę** — r. sr. **piętnaście** (po kop. 15 za arkusz razem z przesyłką). Nowi zaś prenumerotorowie **Biblioteki Umiejętności Lekarskich**, którzy są już abonentami **Gazety Lekarskiej**, oprócz tego złożyć zechcą za ubiegłe pierwsze siedem półroczy r. sr. **sześćdziesiąt trzy** i jako rękojmię stałej prenumeraty r. sr. **pięć** czyli razem r. sr. **siedemdziesiąt ośm**; nie prenumerujący zaś **Gazety Lekarskiej** wniosą za pierwsze siedem półroczy r. sr. **dziewięćdziesiąt cztery kop. pięćdziesiąt**, oraz r. sr. **pięć** jako rękojmię prenumeraty stałej, czyli razem r. sr. **sto czternaście kop. pięćdziesiąt**.

Kalendarz Lekarski na rok 1871 wyszedł z druku i obecnie p. p. prenumerotorom rozsyła się (jako oddzielna posyłka obszyta w płótno). Exemplarze są jeszcze do nabycia tak w Redakcyi, jak i w Księgarniach w Warszawie.

Zwracamy uwagę Szanownych Prenumerotorów, że wszystkie trzy powyższe pisma najdogodniej jest dla nich prenumerować *b e z p o ś r e d n i o* w Redakcyi, która, w razie zatracenia na poczeie pojedynczych arkuszy, poręcza bezpłatne powtórne ich wysłanie.

Redaktor odpowiedzialny Prof. Dr. Girsztowt.

Redakcyja **Gazety Lekarskiej** i **Biblioteki Umiejętności Lekarskich** przy rogu ulicy Jasnęj i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr. 1364, mieszkania Nr. 6.

W Drukarni **Gazety Polskiej**, przy ulicy Daniłowiczowskiej, Nr. 619. — Дозволено Цензурою.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. *W Warszawie:* rocznie r. sr. 5, półrocznie r. sr. 2 kop. 50. *W Królestwie i Cesarstwie:* w redakcyi (w opasce) rocznie r. sr. 6, półrocznie r. sr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. *W redakcyi* półrocznie (od 1 lipca 1870 roku do 1 stycznia 1871 roku) r. sr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1871 r. sr. 68.

Cena Kalendarza Lekarskiego na rok 1871 r. sr. 1.

TREŚĆ: *Prace oryginalne.* Zatrzymanie moczu zupełne; trzyrazowe przekłucie pęcherza próbnym trójgrańcem, wyzdrowienie. Spostrzeżenie Dra *Lucyana Połonskiego* (ze *Slucka*). Kazuistyka szpitalna. Postrzeżenia Dra *Groëra*, naczelnego lekarza szpitala Sgo *Ducha*. *Kronika Zagraniczna.* Przyczynek do anatomii mięśnia rżęskowego. Przez *A. I w a n o w a*. Przełożył Dr. med. *Bolesław Gepner*. (Z trzema drzeworytami) *Wiadomości bieżące.* Ropień brzuszny w skutku dobrowolnie uleczonej ciąży jajowodowej. Bąblowiec śledziony (*echinococcus*), nacięcie po podwójnym nakłuciu, uleczenie. Spilka wyjęta z kobiecego pęcherza moczowego. Spilka w cewce moczowej chłopca. Od Redakcyi Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich. Kalendarz lekarski na rok 1871. **Dodatek.** Akuszerzy ark. 24ty, Anatomii patologicznej ark. 26ty. Zapowiedziane na b. półorcze sto arkuszy druku *Bibl. Um. Lek.* pp. prenumeratorom rozdane zostały.

Zatrzymanie moczu zupełne; trzyrazowe przekłucie pęcherza próbnym trójgrańcem, wyzdrowienie.

Spostrzeżenie Dra *Lucyana Połonskiego* (ze *Slucka*).

W życiu lekarza praktykującego na prowincyi, często zdarzają się wypadki z tak różnych gałęzi medycyny, że, nietylko nie jest w stanie poświęcić siebie uprawianiu pewnej, ulubionej gałęzi swęj nauki, ale zmuszonym jest wszystkie części medycyny zlać w jedną całość, a żadnej specjalnie opracować nie może. Tak, dzisiaj wezwany do porodu nieprawidłowego — musi czynnie jako akuszer wystąpić, nazajutrz robi amputację, herniotomię, to znowu leczy oczy, choroby wewnętrzne; a przy tak różnorodnym zajęciu, zaledwie w ciągu dnia czas mu wystarczy do przeczytania gazetki medycznej, kilku rozdziałów z podręcznika medycznego, w razach zawilszych i cięższych chorób, jakie ma w kuracyi. Dlatego, upraszam czytelnika, niniejsze moje spostrzeżenie traktować jako rzecz wcale nie przez specjalistę opisaną.

Obywatel powiatu *Sluckiego*, pan *U. K.*, lat 72 wieku liczący, starzec krzepki, od lat 20tu cierpiący tylko na hemoroidy, objawiające się w postaci guzów dużych, z otworu stolcowego często wychodzących; w kwietniu r. 1870, uważać począł, że guzy takowe wyszły na zewnątrz i znacznie się powiększyły, a oddawanie moczu każdą razą połączone było z wielką trudnością, — w takim stanie, w dniu 24

kwietnia pojechał po nierównej drodze, w trzęskim powozie o mil parę; przybywszy na miejsce, o godzinie 4ej wieczorem, uczuł potrzebę oddania moczu, ale ani kropli nie odeszło, wrócił więc do domu i już przez noc całą i dzień następny (25 kwiet.) próżnemi były wszelkie usiłowania do oddania moczu. Do chorego przybyłem w dniu 25 kwietnia o godzinie 10 wieczorem; znalazłem staruszka wijącego się w silnych boleściach żołądka, tętno słabe do 130 w min., niepokój, język suchy, zimne obfite poty, na twarzy mocno zmieniony; pęcherz nadzwyczaj przepelniony, podnosi się dnem swym wyżej pępka; w dniu 25 rano, podczas mojej nieobecności w miasteczku, pojechał do chorego kol. Lange, którego, wszelkie ostrożne usiłowania wprowadzenia kateteru, po wannie i pijawkach, bezskutecznemi zostały. Probowałem też i ja wprowadzać katetery i sondy różnych rozmiarów, wszystko napróżno: skoro tylko instrument przechodził *per. part. bulbosam*, zatrzymywał się, i następowało obfite krwawienie, wypełniające cały kateter skrzepami krwi. Na tych próbach zeszło parę godzin, a chory coraz stawał się słabszym. Zważywszy na silnie rozwinięty stan hemoroidalny w kiszce stolcowej, jak równie na krwawienie z kanału moczowego, przysłaliśmy do wniosku, że zatrzymanie moczu zależy od silnie rozszerzonych, krwią napęczniałych wen kanału i jego błony śluzowej, a niemogąc tego przekrwienia naczyń usunąć, przystawionemi uprzednio do międzykroca pijawkami, postanowiliśmy wypuścić mocz przebodzeniem pęcherza próbnym trójgrańcem, wszelkie bowiem dłuższe wyczekiwanie, mogło spowodować ostateczny upadek sił chorego. Jakoż o północy wykonaliśmy tę operację, na linii białej o dwa palce wyżej połączenia kości łonowych, przez rurkę trójgrańca odeszło 7 dużych szklanek ciemnego, z ostrym zapachem, moczu, poczem chory uspokoił się i zasnął; — kolega odjechał, ja zostałem pilnować chorego. Dnia 26 kwietnia, nowe próby bezskuteczne wprowadzenia kateteru, zadałem choremu 1½ uncyi ol. rycinowego, przystawiono 14 pijawek *ad perinaeum*, pod wieczór ciepła wanna, lecz gdy przed nocą rozwinął się stan pod dniem 25 opisany, nowe przekłucie pęcherza nieco niżej pierwszego: odeszło 6 szklanek moczu; przepisałem choremu *Inf. seccal. cornuti ex 3 ij — ʒvj* i kilka proszków dwugranowych tanniny — przeciw krwawieniu z kanału. Wieczorem w dniu 27, raz jeszcze wypuściłem mocz tą samą drogą, a tejże nocy już kateter wszedł do pęcherza, krwawienie przytem było mniejsze. Odtąd co godzin 7 wprowadzałem kateter, przez dni kilka, uryna zawsze była krwią mocno zabarwiona; wstawiono później elastyczny kateter *à demeure*, atoli zjawilo się po dniach kilku podrażnienie i bóle w kanale i pęcherzu, wyjęto więc instrument a chory powoli przywykł sam wprowadzać elastyczne angielskie katetery. Do wewnątrz, póki mocz krwią był zabarwiony zadawano ergotyne i wstrzykiwania z chłodnawej wody do pęcherza, następnie przez czas długi *ext. nuc. vomit. spt.* i faradyzowano sparaliżowany nadmiernem rozciągnięciem w dniach zatrzymania moczu — pęcherz. Po dwóch miesiącach, chory zaprzestał użycia kateteru i wszelkich leków, obecnie zdrów jest zupełnie.

W opisanym chorobnym wypadku, koniecznem było wypuszczenie moczu jakąkolwiek bądź drogą, zważywszy, że zaledwie po 3ch dobach wprowadzenie kateteru stało się możliwem, a stan chorego, nadzwyczaj był blizkim zupełnego sił wyczerpania. Na miejscach przekłucia, przy naciskaniu chory najmniejszego bólu

nie czuł, a podrażnienie pęcherza wówczas się objawiło, gdy zostawiono w nim kateter elastyczny *à demeure*, co miało miejsce w 10 dniu po ostatniem przekłuciu pęcherza. Ranę zrobioną cieniutkim próbnym trójgrańcem, uważać można za rozsunięcie li tylko włókien ściany pęcherza, najiniej więc zacieków moczowych lękać się wypada, i, sądząc że w razach, gdy rokować można prędkie usunięcie przeszkody w kanale moczowym do wprowadzenia kateteru, lepiej jest zrobić kilka razowe przekłucie pęcherza próbnym trójgrańcem, aniżeli przebijać pęcherz przez odbytnicę (*Fleuraut*) lub nad *symph. oss. pub.* trójgrańcem brata *Côme*. Te ostatnie bowiem trójgrańce daleko są grubsze od próbnych, zostawiają się *à demeure*, przez co spowodować mogą podrażnienie pęcherza — a co gorsza, często przy wyjęciu takowych, formują się obszerne zacieki moczowe.

KAZUISTYKA SZPITALNA.

Postrzeżenia Dra Groca, Naczelnego lekarza szpitala Śgo Duchy.

Trudność urynowania (*Stranguria*).

P. W... Józef, b. urzędnik, lat 32 liczący, przybył do szpitala i umieścił się w osobnym pokoju dnia 16 listopada r. b. o godzinie 9 wieczorem.

Chory wzrostu dobrego, tuszy mierniej, twarzy ściągłej, zarostu ciemnego, beżenny, po umieszczeniu się w zakładzie opowiedział co następuje: chorób w wieku niemowlęcym i dzieciennym przebytych nie pamięta, zdaje mu się jednak, że słyszał jak mówiono o niektórych przypadłościach, które usposobieniu skrofalicznemu przypisywano. O chorobach rodziców swoich nic pewnego przytoczyć nie był w możności, to tylko dodał, że ojciec na hemoroidy często narzekał.

Po ukończeniu szkół i wstępnej aplikacyi uzyskał posadę etatową w b. Kommissyi Rządowej Spraw Wewnętrznych, która następnie, w skutek zaprowadzonych reform zwiniętą została. Wolny od obowiązków służbowych, poświęcił się zawodowi literackiemu, i na tem nowem polu, chlubnie odznaczyć się zdołał.

Życie siedzące niekorzystne na zdrowie jego wywarło skutki. Cierpienia hemoroidalne rozwijać się zaczęły, a mianowicie: częsty ból głowy w okolicy potylicowej, niekiedy do tego stopnia podniesiony, że prawdziwych zawrotów stawał się przyczyną; przyczem, właściwe krwi upływy, okazywały się rzadko kiedy i to w małej ilości.

Przed 8miu laty miał rzeżączkę, którą jak mówił dosyć prędko i szczęśliwie uleczył. Pomiędzy środkami których używał, najważniejsze miejsce zajmowały zastrzykiwania ściągające.

Przed 5ciu laty zajmując wilgotne pomieszkanie, nabawił się reumatyzmu w kończynach górnych i dolnych, który pomimo używane środki lekarskie, jeszcze dotąd niekiedy, swojej obecności daje oznaki. Przypadłości te chorobowe, niekiedy pojedynczo, niekiedy razem występowały, i niekiedy pewnej peryodyczności przy-

bierały formę, do tego stopnia, że w celu leczącym, siarczanu chininy znakomitą odgrywał rolę. Wszystkie te cierpienia, połączone z innymi nie zawsze pomyslnemi życia przypadkami, wywiązały w chorym pewną drażliwość nerwową, która lekkie nawet przypadłości chorobowe, do pewnego groźnego znaczenia podnosiła, i wyrażała w umyśle jego urojone niebezpieczeństwa.

Od niejakiego czasu doświadczał pewnej trudności w oddawaniu moczu. Okoliczność ta wielce go niepokoiła, a chcąc jej w właściwym czasie zaradzić, udawał się do lekarzy, którzy zbadawszy kanał za pomocą odpowiedniej sondy, zapewnili go, że z tej strony, może być zupełnie spokojnym.

Na 4 dni przed wejściem do szpitala, znowu trudność o której mowa powtórzyła się, ale tym razem w wyższym stopniu, gdyż pomimo wysilenia, mocz zaledwie kroplami odchodził, a pozywy do jego oddania były bardzo częste i prawie nieustające. Przyzwany lekarz zapisał mu jakieś lekarstwo, które bez skutku zostało. Przyzwany nazajutrz drugi, obok lekarstwa, nakazał konieczne wypróżnienie pęcherza za pomocą cewnika, gdyż w razie przeciwnym pęknięciem pęcherza zagroził. Przestraszony chory i podrażniony do wysokiego stopnia, nie mogąc mieć lekarza który mu poprzednio cewnik zakładał z powodu jego nieobecności w Warszawie, przyzwał do tej czynności wprawnych i jak mówił, doświadczonych felczerów. Ci, pomimo kilkakrotnych usiłowań cewnika wprowadzić nie zdołali i zmęczeni chorego do tego stopnia, że ten w rozpacz, sądząc że był w najwyższemu niebezpieczeństwie, nie zważając na porę nocną, do szpitala Śgo Ducha udać się postanowił.

Jakoż dnia wyżej namienionego, przybywszy do szpitala, szybko i skutecznej domagał się pomocy, dodając: że użycie cewnika z powodu zbytznego podrażnienia kanału jest w tej chwili niemożliwem, i że życiemby przyplacił, podobne jak poprzednio a niepomyślne usiłowania.

Skoro nabraliśmy przekonania, że chory rzeczywiście zostawał w stanie rozdrażnienia, nieledwie z bredzeniem graniczącego, że mocz jakkolwiek powoli, to jednak często odchodził; że okolica pęcherza była na dotknięcie niebolesną i nie wzniesioną, tudzież: że przed kilkoma dniami, zaprowadzony znacznej grubości cewnik wszedł bez trudności, wnieśliśmy:

że w naszym przypadku, mechanicznej przyczyny zatrzymania moczu nie było, i że powód tego objawu spoczywał na cierpieniu czysto kurczowem.

Zaspokoiwszy przeto chorego zupełnie, że mu żadne nie grozi niebezpieczeństwo; że obawa pęknięcia pęcherza jest próżną i żadnej niema zasady, tudzież: że zaprowadzenie cewnika wcale jest niepotrzebne, i że najłagodniejsze środki będą wystarczającemi do przywołania odchodu uryny dobrowolnego, już w połowie dokonaliśmy leczenia.

Chory spokojniej odetchnął, i w naszej przytomności obficie niż przedtem oddał urynę, która była białą i przezroczystą. Widok obficie odchodzącego moczu wlał w chorego otuchę i pogodził go ze środkami lekarskiemi, o których skuteczności nieledwie zwątpił.

Zapisałiśmy choremu emulsję z wodą wawrzynosiłiwu i co godzina po łyżce używać poleciliśmy; oprócz tego kazaliśmy zrobić w godzinowych odstępach trzy kąpiele przysiadkowe z letniej wody i kataplazmat na dolną część brzucha przyłożyć.

Nazajutrz t. j. dnia 17 listopada, chory wcale był w innym stanie. Umysłowo uspokoił się zupełnie, tém bardziej, że znaczną ilość bladego moczu, w ciągu nocy bez wielkiego wysilenia oddał. Pozywy jednak były jeszcze częste, strumień cienki, a ilość oddanego moczu za każdym razem mała. Pozostawiliśmy chorego przy tychże samych środkach lekarskich, które z wielką pilnością i zaufaniem wykonywał.

Dnia 18 tegoż miesiąca, stan chorego coraz się polepszał.

Do lekarstw wyżej wymienionych, dodaliśmy wodę gorzką w celu utrzymania w porządku zwykłych wypróżnień żołądka. Dyetę powiększyliśmy, gdyż chory zapragnął posiłku, którego przez dni kilka prawie wcale nie przyjmował.

Odtąd polepszenie szybkim postępowało krokiem i dnia 21 listopada r. b. chory czując się zupełnie dobrze, wypisanym został ze szpitala.

Odchodzącemu udzielono radę, iżby w razie ponowienia się różnorodnych jego cierpień, sam przedewszystkiem nie łamał sobie głowy, nad dociekaniami ich przyrody, gdyż to do pożądanego rezultatu nigdy doprowadzić go nie może; a powtórę, iżby pominawszy wszelkie pośrednie stopnie lekarskie, w razie potrzeby rady i pomocy, udawał się od razu do ludzi z fachem swoim należycie obeznanych, i w których największe pokłada zaufanie.

Zapalenie jądra (*Orchitis*).

Dnia 14 listopada r. b. o godzinie 8 wieczorem, przybył do szpitala i umieścić się w oddzielnym pokoju pan F... Jakób, buchalter lat 20 liczący.

Chory wzrostu dobrego, budowy ciała szczupłej, włosów ciemnych, twarzy ściąglęj, beżenny, od młodości żadnym ważniejszym nie ulegał chorobom.

Oddany pracy biurowej, nieledwie dzień cały na miejscu siedzieć musiał i z tego powodu, często z uporczywem zaparciem stolca miewał do czynienia. Z początku okoliczność ta, mało go zajmowała; gdy jednak z tej przyczyny wyrażał się częsty ból głowy, przymuszonym był do używania różnych środków rozwalniających i zachwalanych w takim razie pigulek. Środki te, wprawdzie sprowadzały oczekiwane skutki, ale usposobienia nieznosiły wcale, o co też chory nie troszczył się bynajmniej, i wcale rady lekarskiej nie zasięgał.

Przed 4ma tygodniami, po pierwszym w życiu zbliżeniu się do kobiety, rzeźączką ze wszystkimi właściwymi objawami powitany został. Obok bólu przy oddawaniu moczu, znalazła się gorączka, niespokojność, brak snu i chęci do jedła.

Po uspokojeniu pierwszych przypadłości, przez dyetę, picie naparu siemienia lnianego i spokojne zachowanie się, chory zwierzył się ze swoją chorobą pewnemu jak mówił z n a j o m e m u, który mu zastrzykiwania do kanału, za pomocą zwykłej szklanej strzykawki, kilka razy dziennie skutecznie doradził. Skutek tego postępowania przeszedł wszelkie oczekiwanie, albowiem chory po dniach trzech zupełnie pozbył się choroby. Zdrow i wesół wrócił niebawem do dawnego sposobu

życia i zwykłych zatrudnień, unikając starannie wszelkich zbliżeń, które dla niego tak niefortunnie wypadły.

Pomimo to, bez żadnej wiadomej przyczyny, w dni 10 okazał się nowy wypływ ropiasty z kanału urynowego, ale tym razem bez bólu i gorączki. I tu znowu, jak poprzednio, uciekł się do zastrzykiwań, które jednak, gdy skutku oczekiwanego niesprowadzały, zniecierpliwiony: zaczął je uskuteczniać częściej i z większą wytrwałością, aż dopóki pojawiony ból w lewem jądrze, nie stanął na przeszkodzie do dalszego na tej drodze postępowania. Za objawieniem się bólu jądra, ustał wypływ z kanału. Chory mniemał się być uleczonym z rzeżączki, ale wzmagający się ból i obrzmienie jądra przekonały go, że choroba formę tylko zmieniła i bynajmniej nie na jego korzyść. W tem położeniu, ani używane maści, ani próbowane uciskanie jądra za pomocą opasek plastrem lepkiem nasmarowanych pożądanego polepszenia niesprowadziło, przeciwnie: jądro ciągle objętość swoją powiększało, i stało się tak czułem i bolesnem, że chory za każdym nieledwie dotykaniem omdlewał z boleści. Widząc, że środki dotąd używano żadnego nie przyniosły pożytku, dnia wyżej przytoczonego, przybył do szpitala w stanie następującym:

Chory blady i zbolący z trudnością chodzić może. Tętno przyspieszone, suchość w ustach, pragnienie wielkie, język biały, stolec od trzech dni zaparty. Jądro lewe powiększone, wielkością kaczego jaja dochodzi, na dotknięcie nadzwyczaj czule, do tego stopnia, że chory za najmniejszym poruszeniem bolesne jęki wydaje.

Przedewszystkiem, staraliśmy się usunąć zawartości kiszki od dni kilku nagromadzone, a to za pomocą mocnej lewatywy z soli gorzkiej i oleju kleszczowiny sporządzonej. Następnie, cierpiące jądro obłożyć kazaliśmy maścią, która w wielu podobnych przypadkach, zawsze nam najskuteczniej działała — znosząc postęp zapalenia, a tem samem ów ból dotkliwy z powodu swej ciągłości nadzwyczaj dokuczliwy.

Skład rzeczonyj maści jest następujący:

Rp. Argenti nitrici scrupulum, Acidi nitrici gutt. tres, Aq. destill. drach. semis, Axungiae rec. unc. semis, M. exacte. D. S. Maść tę polecamy rozsmarować na szarpi, a następnie obłożyć bolące jądro, przytwierdzając wszystko za pomocą dobrze przyrządzonego *suspensorium*.

Przyłożenie maści obudza stosownie do indywidualności chorego mniejsze lub większe palenie, które zwykle po upływie godziny lub dwóch ustaje. U osób czułych podajemy proszek z octanu morfiny (gr. $\frac{1}{8}$), który zwykle uspakaja palenie i miły pokrzepiający sprowadza sen.

W naszym przypadku nie było powodu uciekania się do morfiny, chory bowiem bólem i bezsennością znużony, zaraz po przyłożeniu mu maści, zasnął spokojnie i nie obudził się aż z rana.

Nazajutrz to jest dnia 15go listopada, chory zdumiał się, że ból jądra ustał prawie zupełnie i że w nocy owo palenie, które mu przepowiadano, nie wystąpiło wcale.

Badając stan jądra znaleźliśmy: że więcej jak o połowę było mniejsze, wcale, chyba za mocnym nacisnieniem bolesne, a naskórek moszny (*epidermis*) był biały i drobnymi pęcherzykami pokryty.

Poleciliśmy obłożyć jądro maścią woskową (*unguentum cereum*), a dla usmierzienia lekkiego pragnienia wodę sodową przepisałiśmy.

Odtąd przy stosownem opatrzaniu wyżej wspomnianą maścią i kąpielach ciepłych, chory codziennie lepiej się mający, przebył w szpitalu do dnia 26 listopada t. r., w którym na własne żądanie wypisanym został.

Nadmienić winieniem, że w czasie pobytu chorego w szpitalu, rzeźączka na nowo się okazała, ale dopóki nie znikną wszelkie znaki zapalenia jądra i przyjądrza, nie przeciw niej działać nie radziliśmy.

Przypadek ten sam przez się nic ważnego nie przedstawiający, przytoczyliśmy dla tego, aby zwrócić uwagę szanownych kolegów na sposób leczenia zapalenia jądra przez nas używany, a być może: że powtarzane doświadczenia, doprowadzą z czasem do metodycznego postępowania w tém przykrém cierpieniu, i wszelkie kompresye, pijawki i t. p. środki, zwykle przykre i nie zawsze skuteczne, zupełnie z użycia usuniętymi zostaną.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Przyczynek do anatomii mięśnia rzęskowego.

Przez A. I w a n o w a

(*Archiv für Ophthalmologie, Band XV, Abth. 2, 3, 1869 r.*)

Przełożył Dr. med. Bolesław Gepner.

Pewne, nieznaczące różnice indywidualne przytrafiające się w budowie mięśnia rzęskowego, nie są obcemi zajmującym się bliżej badaniami anatomicznemi organu wzrokowego. Jeżeli nie starano się dotychczas bliżej zbadać i objaśnić zdarzających się daleko znacznij-szych zbieżności budowy innych części ciała ludzkiego, które zapewne z téj tylko przyczyny za dzieło przypadku są jeszcze uważane, to względem budowy oka naszego postępować w ten sposób, już nam dzisiaj nie wolno.

Najnowsze prace H e l m h o l t z'a i innych, tak dalece rozwinęły fizyologię widzenia, że do poczynionych odkryć prawa ścisłej matematyki stosowanemi już być mogą; a wyprzedziwszy pod tym względem dotychczasowe wiadomości anatomiczne, otworzyły anatomii i histologii obszerne pole do dalszych badań, które prawdopodobnie nie prędko zadość uczynić wymaganiom fizyologii potrafią. W żadnej z części ciała ludzkiego, drobne różnice w wymiarach nie pociągają za sobą tak ważnych następstw, jakie w oku widzieć możemy. Różnica kilku milimetrów w długości osi widzenia jest podstawą wszelkich zbieżności w łamalności oka. O ułamek milimetra krótsze lub dłuższe promienie krzywizny powierzchni rogówki lub soczewki, prowadzą ważne zmiany w powstawaniu obrazów, pod nazwą astygmatyzmu znane. Genialne wreszcie badania M. S c h u l z e'g o nad jamką środkową plamki żółtej i warstwą pręcikoczołpkową siatkówki wykazały, że nawet o tysięczną część milimetra różniące się wymiary, nie są bez znaczenia dla wyraźności aktu widzenia. Ten nadzwyczajny rozwój fizyologii i patologii widzenia, nadaje bezwątpienia wielki interes wszelkim poszukiwaniom anatomicznym i histologicznym organu wzroku dotyczącym. Ze względu zatem na ścisły związek zachodzący między anatomią i fizyologią oka, tudzież na wielkie znaczenie drobnego nawet zbieżności od postaci jego za typową uznaną, nie zdawało mi się podobnym do prawdy, by różnice w budowie mięśnia rzęskowego napotykałe, mogły być za przypad-

kowe tylko uważanemi; owszem mniemałem że one raczej przyczyną pewnych różnic w funkcjach być powinny, albo téż zostawać muszą w pewnym związku przyczynowym z niejednostajnymi wymaganiami fizyologicznymi. Wiadomo że przy nastawieniu oka na różne odległości, soczewka zachowuje się biernie, że rzeczywistym czynnikiem akomodacji jest mięsień rzęskowy, że kurczenie się jego zwalniając napięcie rąbka *Z i n n'a*, pozwala soczewce powiększać wypukłość swych powierzchni, a szczególnie téż przedniej. Z drugiej znowu strony, nikomu obcém nie jest że wady refrakcyi zależą głównie od długości osi widzenia, że udział, jaki w wytworzeniu ich przyjmować może: rogówka lub soczewka, w wyjątkowych jedynie wypadkach znaczenia nabiera. Sławne badania *Arlt'a* nad oczami krótkowzrocznymi, setki spostrzeżeń *D o n d e r s'a* nad oczami krótkowzrocznymi i nadwzrocznymi, stwierdzone przez liczne późniejsze poszukiwania anatomiczne oraz przez pomiary przy pomocy oftalmometru uskutecznione; nadały powyżéj wyrażonym zdaniom, znaczenie tak dalece ogólnego prawidła, że do rzadkich wyjątków zaliczamy zdarzające się w tym względzie zboczenia.

Jeżeli zgodzimy się, że siła dioptryczna warstw łamiących oka jest we wszystkich oczach jednostajną, zatém uczynimy wady łamalności, jedynie od położenia jamki środkowej względnie do ogniska przyrządu łamiącego zależnymi; widoczném będzie, że oko nadwzroczne (*oc. hypermetropicus*) wymagać musi od m. rzęskowego, zupełnie innej pracy aniżeli oko krótkowzroczne (*oc. myopicus*). Gdy bowiem m. rzęskowy krótkowzrocznych, dopóty nieczynnie się zachowuje, dopóki spoglądają oni na przedmioty leżące między nieskończonością a punktem najdalszym ich widzenia wyraźnego; nadwzroczni wymagają od tegoż mięśnia, pracy często do zmęczenia dochodzącej, ile razy tylko choć otrzymać wyraźny obraz przedmiotu, bez względu na to, czy tenże blisko lub w wielkiej znajduje się odległości. Należałoby zatém spodziewać się że tak odmienne użytkowanie z zasobów siły m. rzęskowego do pewnych zboczeń rozwoju jego doprowadzić musi; że mianowicie ciągła praca i wprawa m. rzęskowego u nadwzrocznych, przerost jego spowodowaćby powinna, nieznaczna zaś tylko praca jego u krótkowzrocznych do zaniku prowadzić.

Zobaczmy tedy, w jaki sposób badanie budowy mięśnia rzęskowego, przypuszczenia powyższe rozstrzygnęło.

W dwunastu oczach krótkowzrocznych, które początkowo badać mi się zdarzyło, znalazłem bez żadnego wyjątku bardzo znaczne przedłużenie osi widzenia; najkrótsza z nich mierzyła 28 mm., najdłuższa zaś 34 mm. Badanie makroskopowe przypuszczeń mych nie potwierdziło. Zaniku mięśnia rzęskowego wcale nie znalazłem, owszem był on znacznie grubszy i dłuższy aniżeli w oku typowém. Zauważyłem prócz tego tę szczególność że część jego przednia, grubsza, była daleko więcéj ku tyłowi cofniętą, aniżeli w oku miarowzrocznym, typowém. Przeglądając poprzednie, dawniejsze opisy tego mięśnia, znalazłem że *Arlt* podaje grubość jego u krótkowzrocznych na $\frac{2}{3}$ do $\frac{1}{2}$ linii, widocznie więcéj większą niżeli w oku prawidłowém. *D o n d e r s* ¹⁾ zaś wyraża się o budowie tego mięśnia w sposób następujący: „nieraz widziałem że mięsień rzęskowy u krótkowzrocznych, przy przedłużeniu i ścięczeniu włókien szklitych z błony *D e s o e m e t'a* wychodzących, które początek mięśnia tego stanowią, zaczyna się w większej od rogówki odległości, aniżeli w oku prawidłowém, a jednocześnie jest dłuższym.“ Tego jednak co *D o n d e r s* mówi daléj, że m. rzęskowy jest więcéj płaskim i mniej lub więcéj zanikłym, dotychczas sprawdzić mi się nie udało. W każdym z badanych przezemnie oczu krótkowzrocznych, znajdowałem mięsień rzęskowy zawsze znacznie ku tyłowi cofniętym, dłuższym a jednocześnie daleko grubszy aniżeli w stanie prawidłowym. Nie mogłem poprzestać na wypadku badania makroskopowego, albowiem pozorne zgrubienie m. rzęskowego mogło być następstwem przerostu tkanki łącznej zajmującej miejsce zanikłych włókien mięśniowych, a rozstrzygnięciem wątpliwości jedynie od badania mikroskopowego oczekiwać należało.

¹⁾ *D o n d e r s*. Die Anomalien der Refraction und Accommodation des Auges. Wien. 1866. str. 313.

Otóż przekonałem się że tkanka łączna ani razu przerosła nie była, że zgrubienie mięśnia wyłącznie od zgrubienia i przedłużenia włókien mięsnych pochodziło. Nadto, przy bliższem jeszcze badaniu poznałem szczególne zachowanie się m. rzęskowego oczu krótkowzrocznych. Poszukiwania Fr. E. Schultze¹⁾, stwierdzone przezemnie i Rolletta²⁾, wykazały, że m. rzęskowy oka miarowzrocznego przedstawia się na rozkroju poprzecznym w postaci trójkąta prostokątnego, z kątem prostym utworzonym przez bok przedni i zewnętrzny. U krótkowzrocznych kąt ten jest ostrym z powodu że bok przedni trójkąta, nie jest do zewnętrznego prostopadłym a pochyla się ukośnie ku tyłowi.

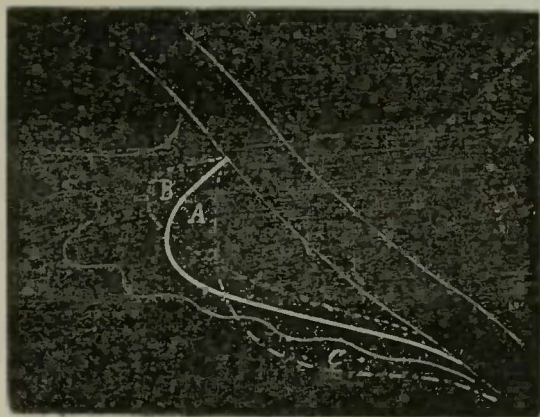


Fig. 1.

W skutku tej różnicy, mięśniowi rzęskowemu oka krótkowzrocznego (Fig. 1.³⁾ brak trójkąta A w którym podług poszukiwań: H. Müller'a, Arlta, Schultze'go, mieszczą się w oku miarowzrocznem włókna obrączkowe. Zachodziło tedy pytanie czy włókien obrączkowych wcale w m. rzęskowym oka krótkowzrocznego niema, lub czy tylko ku tyłowi cofnęły się. Otóż najtroskliwsze badanie nie wykryło wcale włókien obrączkowych w m. rzęskowym oczu krótkowzrocznych, w takim przynajmniej kształcie jaki u miarowzrocznych znajdujemy. Znalezione zaś w niektórych oczach niewykształcone (*rudimentäre*) i nieliczne włókienka obrączkowe, leżały w kącie wewnętrznym mięśnia lub na całej powierzchni jego wewnętrznej rozrzucone były; tak je też poprzednio już opisał E. Schultze.

Cały zatem m. rzęskowy krótkowzrocznych, składa się z włókien podłużnych, przebiegających ku tyłowi, równoległe z białkową, które w miarę tego jak więcej ku wewnątrz są położone, tem więcej się tylnymi końcami swemi łukowato ku środkowi oka i ku przodowi zaginają, tworząc liczne między sobą anastomozy. Załączone wyobrażenie mięśnia takiego (Fig. 2), uwalnia nas od więcej szczegółowego opisanja.

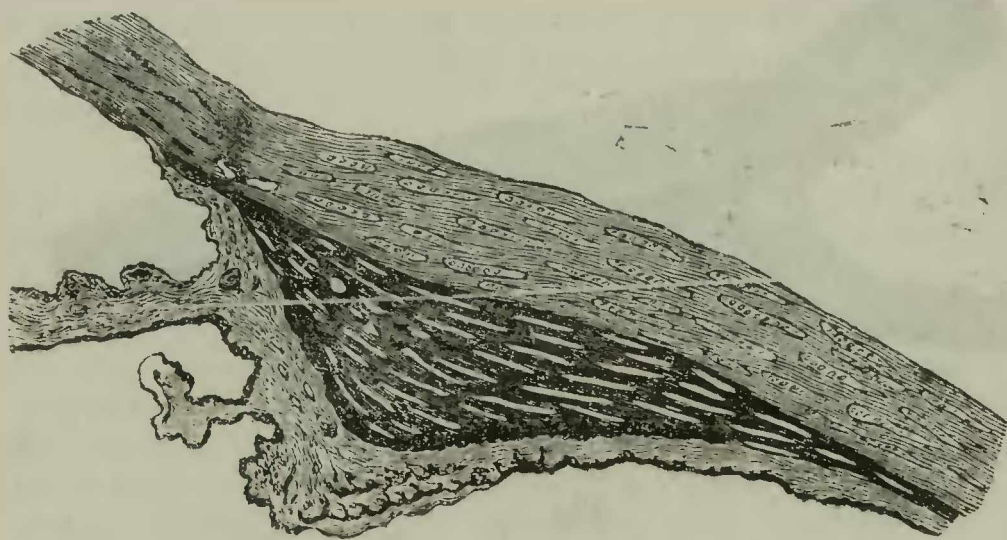


Fig. 2.

Poszukiwania więc mikroskopowe, bynajmniej, oczekiwań naszych na ogólnie przyjętych dzisiaj teoryach akomodacji opartych, nie potwierdziły. Za to znaleźliśmy znaczne róż-

¹⁾ Archiv f. mikroskop. Anatomie von M. Schultze. B. III Heft 4. Der Ciliarmuskel des Menschen. str. 313.

²⁾ Archiv f. Ophthalmologie B. XV Abth. 1.

³⁾ linia pełna oznacza granice m. rzęskowego w oku miarowzrocznem, przerywana także w krótkowzrocznem, kropkowana zaś w nadwzrocznem.

nice w budowie mięśnia rzęskowego, nie mając żadnej podstawy do przypuszczenia takowych; stwierdziliśmy zupełny prawie brak części obrączkowej m. rzęskowego u krótkowzrocznych, a przerost części podłużnej.

Zupełnie inaczej przedstawiły się nam kształt i budowa m. rzęskowego w oczach nadwzrocznych, których niewymierność określaną była z długości osi widzenia, po śmierci wymierzonej. Długość ta w badanych przezemnie oczach pochodzących z osób zmarłych między 40 a 45 r. życia wynosiła od 19 do 20 milimetrów.

Porównyując między sobą przecięcie poziome oka nadwzrocznego i także krótkowzrocznego, już na pierwszy rzut oka znaczną między nimi dostrzegłem różnicę. Mięsień rzęskowy oka krótkowzrocznego był znacznie grubszy i ku tyłowi cofnięty, w nadwzrocznym zaś widocznie cieńszym i mocno na przed wysuniętym przedstawił się. Różnica ta nie zależy wcale od układu i kształtu wyrostków rzęskowych a wyłącznie od budowy mięśnia. Występuje ona szczególnie wyraźnie przy badaniu mięśnia pod mikroskopem. Rozwinięty, kosztem podłużnego, mięsień obrączkowy tak dalece ku przodowi wysuwa się, że na przecięciu podłużnym przedni bok trójkąta pod kątem mocno rozwartym z wewnętrznym się łączy, skutkiem tego mięsień ten jest w przedniej połowie o część *B* większym niż w miarowzrocznym oku i aż o *AB* mięsień krótkowzrocznego przewyższa (Fig. 1). Wiemy zaś że w trójkącie *A* mieszczą się w oku miarowzrocznym włókna obrączkowe, brakujące w mięśniu oka krótkowzrocznego, który też części *A* nie posiada. Na cięciu południkowym widzimy jeszcze pod mikroskopem, że włókna obrączkowe zajmują więcej niż $\frac{1}{3}$ całego m. rzęskowego w oczach nadwzrocznych. Pojedyncze, ściśle przy sobie leżące włókienka obrączkowe, ku tyłowi łączą się z podłużnymi, a prócz tego cienką warstwą pokrywają całą wewnętrzną powierzchnię mięśnia, przedstawiającego się cieńszym i krótszym niż w oku miarowzrocznym. Dokładne wyobrażenie takiego mięśnia, w rozkroju południkowym oka którego oś widzenia mierzyła tylko 19 mm. przedstawia Fig. 3. Ogromne rozwinięcie włókien obrączkowych kosztem podłużnych jak najwyraźniej przedstawia się.



Fig. 3.

Rysunek szematyczny na fig. 1szej przedstawia jak najdokładniej różnice rozmiarów poprzecznych i podłużnych, odpowiednie stanom łamalności oka, bliżej więc określać ich nie potrzebujemy. Wbrew oczekiwaniom naszym, nie znaleźliśmy bezwzględnego przerostu całego mięśnia rzęskowego u nadwzrocznych, ani też ogólnego zaniku jego u krótkowzrocznych. Należałoby spodziewać się że jakościowe różnice w budowie mięśnia tego zachodzące, muszą też wpływać na zmianę jego funkcji; a ztąd nasuwa się pytanie czy pomimo zupełnie słusznych zarzutów przeciw możliwości akomodacji biernej, nie będziemy zmuszeni, na zasadzie wypadku badania naszego, rzeczywistość jej istnienia uznać.

Wielu dawniejszych autorów przypisywało włóknom obrączkowym m. rzęskowego czynność wprost przeciwną téj, którą podłużne posiadają, utrzymując że pierwsze przeznaczo-

ne są na usługi akomodacji czynnej, podłużne dla biernej. Wątpliwem jest jednakże czy dzisiaj znalazlibysmy fizyologa, któryby przypuszczał możebność istnienia akomodacji biernej, wszelkie bowiem dotychczas przedsiębrane doświadczenia tylko przeczące dawały wypadki. Nawet usiłowania H e n k e'g o celem wykazania jej istnienia drogą anatomiczną przedsiębrane, do czego nie doprowadziły. Niemniej jednak zdawałoby się, że nie mamy podstawy do zaprzeczenia istnieniu akomodacji biernej, w oku krótkowzrocznym przynajmniej. Nadwzroczny z powodu budowy swego oka, może przy spoczynku akomodacji, dopiero za siatkówką promienie równoległe połączyć; od mięśnia więc rząskowego tylko jednostronnego działania wymagać będzie, mianowicie by mu skracał odległość ogniskową soczewki jego na tyle, by promienie do oka wpadające złączyć się na siatkówce mogły; czyli innymi słowy żąda, by do istniejącej w oku jego soczewki, została mu dodana druga także dodatnia. Przypuszczać więc w takich warunkach potrzebę akomodacji biernej byłoby niedorzecznością. W oku zaś krótkowzrocznym, dla zbyt długiej osi widzenia, promienie równoległe przed siatkówką przecinają się, dla niego więc bardzo byłaby pożądaną możność zmniejszenia siły łamiącej jego soczewki; czyli mówiąc inaczej potrzebuje ono by soczewka jego przez przystawienie idealnej drugiej, wklęsłej, osłabioną w działaniu swém zostać mogła. Wątpliwości nie ulega, że krótkowzroczni usiłują wysuwać swój punkt najdalszy poza szczupłą jego granicę, przez długość osi widzenia zakreśloną. Wielu z pomiędzy nich przymruża powieki w celu lepszego rozróżnienia dalekich przedmiotów, przedstawiających im się, w zwykłych warunkach widzenia, pośród kręgów rozpięrzonych. Mrużąc bowiem powieki, spoglądają przez węższy znacznie otwór, i może jednocześnie zmieniają cokolwiek kształt swego oka, a zmniejszając przez to rozmiary kręgów rozpięrzonych dopełniają pozostające jeszcze niedokładności optyczne, drogą czysto psychiczną. W ten sposób postępując, wyciągają z niewyraźnych obrazów dalekich przedmiotów, daleko większe korzyści aniżeli miarowzroczni. Z tém wszystkiem jednak, jest więcej niż wątpliwem by m. rząskowy przyjmował w podobnych usiłowaniach jakikolwiek udział, by usiłowania te w istocie odsuwać punkt najdalszy widzenia mogły.

Na zasadzie tego co się rzekło, akomodacja bierna w oczach krótkowzrocznych, miałaby przyczynę istnienia dla wszystkich zwolenników dwojakiego rodzaju działania części składających mięsień rząskowy. I każdy zgodziłby się na to, gdyby nie okoliczność, że krótkowzroczni jedynie przy pomocy szkieł wklęsłych widzieć mogą wyraźnie po za swym punktem najdalszym.

Różnice w rodzaju budowy i składu mięśnia rząskowego przy rozmaitych stanach łamności, są dla nas nierównie większego znaczenia z tego mianowicie powodu, że pokazują nam jak zupełnie odmiennym jest mechanizm akomodacji u nadwzrocznych i krótkowzrocznych. Mocno rozwinięty mięsień obrączkowy nadwzrocznych kurcząc się, wskazuje kierunek w jakim działanie całego mięśnia miejsce mieć zwykło. Tworzy więc kurcząc się jakby nowy przyczep dla pozostałych włókien, a ten odpowiednio do każdego oddzielnego napięcia akomodacji przedstawia punkt stały fizyologiczny, ku któremu, z powodu współczesnego kurczenia się całego mięśnia, wszystkie włókna jego, działalność swą kierować będą. Na kierunek jednakże w którym działanie mięśnia odbywa się, wpływa jednocześnie i przyczep anatomiczny włókien podłużnych, czyli ich punkt stały anatomiczny, mieszczący się w okolicy splotu S c h l e m m'a. Skoro włókna obrączkowe działają w kierunku ku środkowi oka, czyli ku osi widzenia, podłużna zaś ku splotowi S c h l e m m'a, kierunek wspólnego ich działania czyli wypadkowej oddzielnych sił wskaże nam przekątnia równoległoboku sił, na pojedynczych kierunkowych działania wystawionego. Ze względu na różny stosunek siły jaką oddzielne części mięśnia rząskowego u nadwzrocznych i krótkowzrocznych przedstawiają i kierunek ich wypadkowych znacznie różnić się będzie. U krótkowzrocznych część obrączkowa jest prawie zanikłą, krawędź więc równoległoboku, działanie ku wewnątrz téj części przedstawiająca, będzie znacznie krótszą od krawędzi wyobrażającej siłę włókien podłużnych działających ku przodowi, wypadkowa więc będzie miała kierunek ku przodowi, z nieznacznym ku wewnątrz zboczeniem. U nadwzrocz-

oznych zaś, dla przeważnego rozwinięcia części obrączkowej, główny kierunek działaniu nadającej i nieznacznej siły jaką włókna podłużne wydać mogą, kierunek wypadkowej małemu tylko pochyleniu od tyłu ku przodowi ulegając, przeważnie kierunek działania od zewnątrz ku wewnątrz wskazywać będzie.

Ostateczny więc cel działania obu mięśni: obrączkowego i podłużnego, którym jest odpowiednie potrzebom zwolnienie naprężenia rąbka Z i n n'a, z nierównie większą łatwością osiągniętym być może w oku nadwzrocznym aniżeli w krótkowzrocznym. Procz tego w ostatnim, jakto już z kierunku wypadkowej sił jest widocznym, aktowi akomodacji towarzyszyć koniecznie musi, nierównie większe aniżeli w oku nadwzrocznym, szarpanie naczyńki. Przeważnie jeżeli nie wyłącznie rozwinięty mięsień rzęskowy podłużny u krótkowzrocznych, występuje jako rzeczywisty *musculus tensor chorioideae*.

Mięsień ten jako *tensor chorioideae*, musi stosownie do wymaganego odeń działania, wywierać wpływ na obydwie swoje punkty stałe. Otóż jednym z nich jest miejsce jego przyczepienia koło splotu S c h l e m m'a, drugim okolica w której błona naczyniowa z białkową się łączy, czyli miejsce wejścia nerwu wzrokowego. Być więc bardzo może że wypuklenie tylne naczyńki (*Sclerectasia posterior*) zwykle u krótkowzrocznych znajdowana świadczy o działaniu *tensoris chorioideae* na ten drugi jego punkt stały. Professor H o r n e r, nieznając wcale tylko co opisanych właściwości budowy mięśnia rzęskowego krótkowzrocznych, dawno już był zdania że powstawanie górnika tylnego zostaje z akomodacją w bezpośrednim związku. Jeżeli tak się w istocie dzieje, powinniśmy w miejscu gdzie górnik tylny znajduje się, dostrzegać w siatkówce zmiany odpowiednie podobnemu rodzajowi powstawania wypuklenia. Siatkówka zwykle zrosnięta jest w tym miejscu z naczyńką. Jeżeli więc ta ostatnia przesuwana się ku mięśniowi rzęskowemu, to włókna promieniste siatkówki ulegać muszą podobnemu przesunięciu, przyjmować kierunek ukośny względem brodawki nerwu wzrokowego. Przypuszczenie to przez poszukiwania prof. H o r n e r'a stwierdzonem zostało, na skrawku poprzecznym naczyńki i siatkówki znalazł on że włókna promieniste w ten sposób ukośnie leżały, że ich końce zewnętrzne skierowane były ku przodowi, tylne zaś ku wejściu nerwu wzrokowego. W dwóch oczach krótkowzrocznych badanych przezemnie, takiż sam stosunek we względnym położeniu włókien promienistych znalazłem.

Pozostaje mi jeszcze w kilku słowach objaśnić zapatrywanie się moje na sposób wykształcenia się tych trzech typów mięśnia rzęskowego. Naturalną jest rzeczą, że opisane różnice powstawać mogą jedynie pod wpływem dziedziczności budowy całego oka, że kilka pokoleń potrzeba dla ich wykształcenia.

Mięsień rzęskowy oczu miarowzrocznych jest normalnie rozwiniętym. Długość osi widzenia podobnego oka musi odpowiadać odległości ogniskowej jego przyrządu dioptrycznego, którą w okrągłych liczbach za równą 25 mm. przyjmujemy. Oko posiadające takiej długości osi widzenia, taką odległość ogniskową przyrządu łamiącego i mięsień rzęskowy z proporcjonalnie do tych warunków wykształconemi częściami podłużną i obrączkową jest normalnym okiem ludzkim. Zdarzyć się może że w tak wykształconem oku, osi widzenia przypadkowo, tylko o 1 mm., powiększoną lub skróconą będzie; w pierwszym razie oko stanie się w słabym stopniu krótkowzrocznym, w drugim zaś cokolwiek nadwzrocznym.

Mówiliśmy już poprzednio, że w zwykłych warunkach życia, mięsień rzęskowy oczu krótkowzrocznych, mniej pracować potrzebuje aniżeli w innych oczach, zmniejszona czynność jego zanik spowodować może; jest to zupełnie naturalnym. Nasuwa się tu jednak pytanie dla czego mięsień ten u krótkowzrocznych nie zanika jednostajnie, dla czego zanikają tylko obrączkowe jego włókna. W oczach wszystkich badanych przezemnie i R o l l e t'a¹⁾ zwierząt, wyjąwszy oczy świni, znajdowaliśmy mięsień rzęskowy, złożonym wyłącznie z włókien podłużnych. Jedne tylko małpy posiadają w mięśniach rzęskowych swych oczu, właściwe, zupełnie rozwinięte włókna obrączkowe. Widocznym więc jest, że tylko włókna po-

¹⁾ Bemerkungen zur Anatomie der Irisanheftung und des annulus ciliaris. Von A. I v a n o f f und A. R o l l e t. Archiv für Ophthalmologie, Bd. XV, Abth. 1.

dłużne stanowią właściwą, zasadniczą postać mięśnia rzęskowego. Obrączkowe zaś, występują dopiero u zwierząt z doskonalszą organizacją, jako część dodatkowa, której zadaniem, ułatwienie czynności akomodacyjnej.

Ze skutkiem zbiegu okoliczności sprzyjających zmniejszeniu czynności mięśnia rzęskowego, głównie dodatkowe jego włókna zanikowi podlegają, zdaje się być rzeczą naturalną. Raz rozpoczęta sprawa zanikowa włókien obrączkowych, przekazywana dziedzicznie, wespół z powodującym ją przedłużeniem osi widzenia, postępuje nieustannie w nowych osobnikach; pod jej zaś wpływem, powoli ale nieustannie, mięsień rzęskowy przekształca się coraz wyraźniej w *m. tensor chorioideae*. Przemiana zaś ta pociąga za sobą jako bezpośrednie następstwo, powolne ale ciągle przedłużanie się osi widzenia. Postępy cywilizacji, coraz to nowe życie stawiając wymagania, żądają od oka, w typowo wadliwym kierunku rozwijającego się: nadmiernej pracy akomodacyjnej, którą już tylko włókna podłużne wykonywać mogą, a pomimo przerostu swego podolać nie są w stanie. Przerosły *m. tensor chorioideae* wywołuje w tylnym, nieustannie szarpanym odcinku naczyniówki, szereg nowych i licznych zmian patologicznych, sprowadzających postępujący rozwój krótkowzroczności. Mamy więc przed sobą, najzupełniejszy *circulus vitiosus*, w którym przypadkowe skrócenie osi widzenia, stając się czynnikiem przyczynowym, sprowadza odpowiednie następstwa, potęgujące z swojej znowu strony, wpływ początkowej nieprawidłowości.

Rozrost prawidłowo rozwiniętego mięśnia rzęskowego, następujący w oku nadwzrocznym, pod wpływem skrócenia osi widzenia, zdaje się, bliższego objaśnienia nie wymagać. Prawidłowo ukształcony mięsień rzęskowy oka nadwzrocznego przerastając, czyni załość swemu przeznaczeniu: nadaje soczewce przy możliwem ochranianiu naczyniówki, taki kształt, który pozwala na tworzenie się na siatkówce wyraźnych obrazów. Przy wymaganiach nadmiernego wysiłku akomodacyjnego, w oku nadwzrocznym także rozwijać się będzie tylne wypuklenie białkówki; oko przedłużając się, stanie się miarowzrocznym. Wymagania pracy od mięśnia rzęskowego, powiększają się jednak ciągle, miarowzroczność ustępuje miejsca krótkowzroczności, ta zaś rosnąc nieustannie, prowadzi za sobą wszystkie znane już nam następstwa.

Wiadomości bieżące.

— Ropień brzuszny w skutku dobrowolnie uleczonej ciąży jajowodowej. (Dr. H u b e r — *Deutsches Archiv. Bd. VIII. Heft I*). E. 39-letnia kobieta, silna i dobrze zbudowana, średniego wzrostu, przed zamążpójściem miała krwotoki maciczne; w 21 roku życia poszła za mąż. W ostatnich latach czyszczenia miesięczne były regularne, choć nieco za obfite. W październiku 1869 r. miała regularność, w grudniu zaś i w styczniu takowa nie wystąpiła; równocześnie dostrzegła powiększenie brzucha i piersi. Dnia 7 stycz. 1870 r. dostała gwałtownych boleści w brzuchu i wymiot; stan bezgorączkowy, puls mały, częsty, w lewej ręce zaledwie wyczuwalny. Brzuch bardzo bolesny. Domyślano się zapalenia otrzewnej w skutku przedziurawienia wyrostka robaczkowego (boleści poczynały się z prawej strony od dołu) i polecono przetwory makowca. Nazajutrz stan był zadawalniający, bóle zmniejszyły się i 20 stycz. chora miała się za uleczoneą.

Nagle 21 stycz. wystąpiły znów gwałtowne boleści w brzuchu, wymioty i upadek sił jeszcze znaczniejszy; puls prawie nie był wyczuwalny. Zadane środki podniecające (eter, piżmo, wino, kawa) zostały wymiotowane. Ograniczyć się musiano na ogrzewaniu zziębniętych członków. Wieczorem stan się polepszył, noc przeszła wśród nieznacznych boleści i wymiot. D. 22 stan był zadawalniający. Zbadanie brzucha nie było możebne z powodu bolesności, nie był on znacznie powiększony; ciąży zewnątrz macicznej nie domyślano się.

Po 4 dniach bolesność brzucha się zmniejszyła, i przy badaniu wyczuć można było guz wielkości pięści wstępujący z podbrzusza więcej ku stronie prawej, którego bliższe zbadanie jeszcze nie było możebne. Mocz był czerwony.

Rozpoznanie chwiało się między ciążą, guzem jajnika, nagromadzeniem kału i otorbionym wysiękiem. Guz kałowy można było wykluczyć, gdyż nabrzmiałość nie zmniejszała się po kilkotygodniowym używaniu lewatyw z *infus. sennae*. Również ani za ciążą macieczną ani za torbielą jajnika objawy nie przemawiały.

W lutym dopiero H. wpadł na domysł, że ma do czynienia z rzadkim wypadkiem ciąży jajnikowej z pomysłnym zejściem.

W środku lutego zjawiała się regularność trwająca przeszło tydzień cały, przy której odeszło niewiele skrzeplęj krwi.

24go lutego przy badaniu wewnętrznym, znaleziono część pochwową macicy powiększoną, powleczoną zgrubiałą błoną śluzową. Ciało macicy zdawało się być powiększone, jednak skombinowane badanie było niemożliwe z powodu bolesności brzucha i sklepienia pochwy.

Przy drugim badaniu 31go marca znaleziono część szyjową macicy powiększoną z rozpalchnioną błoną śluzową, słowem stan jaki bywa w początku ciąży. Piersi duże z słabo zabarwioną obwódką. Zabarwienia linii białej nie było.

Guz w brzuchu był bez zmiany do początku kwietnia, w którym to czasie w prawym podbrzuszu pokazało się na skórze zaczerwienione i bolesne miejsce, które kazało się domyślać ropienia w guzie; dnia 2go maja przy wyraźnym chelbotaniu zrobiono nacięcie i wypuszczono dość znaczną ilość czerwonej ropy.

Przy miernym ropieniu guz się zmniejszył do końca maja tak, że zaledwie wyczuć można było guzik twardy na prawo i poniżej pępka. Regularność pojawiła się po raz trzeci w początku czerwca. Rana się zagoiła i w połowie czerwca chora mogła opuścić łóżko.

Prof. S e h r ö d e r takie wydał zdanie o tym wypadku: „Niewątpliwie w dniu 7 i 21 stycznia nastąpił silny wewnątrz otrzewny krwotok, który razem z zatrzymaniem regularności odnieść należy do przerwania ciąży jajowodowej. Żaden inny wewnątrz otrzewny krwotok nie mógłby objaśnić powstania guza i utworzenia się ropnia.“

Inne znane wypadki uleczonej ciąży jajowodowej znajdujemy wzmiankowane w pracy H e c k e r a (*Monatschr. f. Geburtskunde, 13. Band, pag. 89*).

— Bąbłowiec śledziony (*echinococcus*), nacięcie po podwójnym nakłuciu, uleczenie. (Dr. W i l d e — *Deutsches Archiv, Bd. VIII, Hft. I*). Dziewczynka 11-letnia przybyła do W. w końcu maja 1868 r., z guzem w brzuchu, który jej jednak żadnych dolegliwości nie sprawiał. Chora dotychczas była zdrową i wyglądała dosyć czysto. Budowa ciała dobra, układ mięsny rozwinięty, tkanka tłuszczowa obfita. Trawienie i odżywianie dobre. Przy badaniu znaleziono guz wielkości pięści dziecka pod lewym brzegiem żebrowym. Powierzchnia jego gładka, brzeg dolny łukowaty, sięgający od zewnętrznej lewej trzeciej części dołka sereowego do wolnego brzegu 11go żebra, ostro odgraniczony i wyczuwalny. Ton przy opukiwaniu przytępiony, śledziona nie powiększona, serce w miejscu, guz niebolesny przy macaniu. Rozpoznanie było wątpliwe; o przeroście śledziony myśleć nie można było, wnosząc z anamnezy i wyglądu chorój. Zalecono *kali jodatam*, smarowanie *tra jodi*, potem sztuczne kąpiele, do wewnątrz wody *Adelheidsquelle*, potem P r i e s s n i t z ' o w s k i e obwijania brzucha. Z czasem guz powiększał się, zstępował do lewego śródbrzusza, wystawał więcej i wyczuwał się jako kula; chelbotania nie było. Stan ogólny niezakłócony. 4 lipca wyczuć można było chelbotanie, poczem zrobiono rozpoznanie bąbłowca śledziony. W sierpniu zrobiono nakłucie próbne trójgrańcem po zachloroformowaniu; wypuszczono 8 uncyj płynu wodnistego, który przy gotowaniu za dodaniem kwasu octowego lekko się mienił. W ciągu dnia wystąpiły gwałtowne wymioty, bolesność brzucha i gorączka, które to objawy jednak ustąpiły.

W październiku chora zgłosiła się dla poddania się operacji. Stan jej się pogorszył, cera była ziemista, puls mały, częsty, apetyt niewielki. Guz się powiększył, sięgał na 3 palce po za linię białą na prawo, rozciągał się od środka między pępkiem i spojeniem łonowym do środka między pępkiem i wyrostkiem mieczyk. (17 ctm.) Z lewej strony brzucha dolny

łukowaty brzeg dochodził do 11go żebra. Brzeg górny sięgał linii przymostkowej lewego brzegu żebrowego. Z lewej strony odgłos tępy na klatce do 8go żebra, z tyłu aż do kręgosłupa. Serce w miejscu, wątroba również. Uryna bez białka. Temp. w *rectum* 38,90 C.

Dnia 9 października. W. przystąpił do operacji metodą *Simona*. Po zachłorotowaniu wbił na 2½ palca z lewej strony pępka gdzie było najwyraźniejsze chęłbotanie, dosyć gruby trójgraniec z wentylem a na 2 ctm. powyżej drugi trójgraniec (próbny).

Z grubszej kaniuli wypuszczono przeszło funt płynu podobnego do mętnej serwatki, był on alkaliczny, krzepł przy gotowaniu i dodaniu kwasów i zawierał komórki ropne i podzielane haczyki bąblowca. Znaleziono w tym płynie nieco cukru i kwasu bursztynowego, co dowodzi że te ciała nietylko w bąblowcu wątroby się znajdują.

W ciągu dnia po operacji chora miała wymioty i nudności, chociaż po obudzeniu się z uspienia zastrzyknięto jej podskórnie morfinę. P. 128, T. 40,3. W nocy spała przerywami.

Dnia 10 stan znośny, brzuch niezbyt bolesny, z wyjątkiem dołka sercowego. Temp. 38°. Puls 112.

Dnia 13 chora niespokojna, wypuszczono 7 uncyj zielono-zółtego białkowego płynu, poczem chora się czuła lepiej. Temp. spadła do 37,50.

Dnia 16 i 19 wypuszczono po 6 uncyj płynu bardzo mętneho i obficie ropę zawierającego. Później otwory przekłucia zaczęły ropieć i płyn wydzielal się obok kaniul które się przechyliły na bok. W. połączył oba kanały przekłucia i wprowadził palec w małą jamę z której znaczna ilość ropy wypłynęła; pęcherza bąblowcowego jednak nie było śladu, prawdopodobnie opuścił się on ku dołowi. Wypełniwszy jamę skubanką, W. zaczął wycze kiwać, dopóki się wyraźne chęłbotanie znów nie objawi.

Dnia 27 powyżej miejsca przekłucia guz uwydatnił się lepiej, tak, że W. wbił powtórnie dwa trójgrance powyżej poprzednich ułtuc, i wypuścił 9 uncyj cuchnącego płynu, zawierającego wiele ropy. Puls i temp. spadły. Dnia 29, 30, 31, wypuszczono po kilka uncyj płynu z gazami pomieszanego, ranki zaczęły ropieć, płyn był posokowaty i stan gorączkowy się wzmagal.

Te okoliczności skłoniły W. do zrobienia nacięcia, po którym wypuszczono 12 uncyj posokowatej rzadkiej ropy, krwawienie było małe. Za pomocą palca można było wyczuć granice worka, który na prawo sięgał do środka dołka sercowego, na lewo wymacać można było śledzionę; wierzchołek znajdował się na wysokości 7go żebra. Pęcherz bąblowcowy był u dołu wolny, u góry przytwierdzony. Za pomocą cęgów wydobyto 2/3 pęcherza na zewnątrz i to nie w całości z powodu że się łatwo rozrywał; w środku znajdowało się wiele pęcherzyków cienkich i przezroczystych; pęcherz ogólny był bardzo gruby, zasiany białymi plamami.

Po wyplukaniu worka założono opatrunek; po operacji były wymioty, ale stan ogólny lepszy choć temp. wzrosła do 40°. Na drugi dzień wyplukano jeszcze kawałki pęcherza i wprowadzono srebrną kaniulę.

Dnia 3 grudnia, wyplukano worek ciepłą wodą z *natr. carbolic.* przyczém znów kawałki pęcherza wydaliły się; stan gorączkowy zmniejszył się i chora czuła się dobrze.

Dnia 23 grudnia, chora opuściła łóżko, worek ściagnął się tak że pozostał tylko wązki kanał długi na 12 ctm. Zupelne zagojenie przetoki nastąpiło dopiero w lutym 1870 r. Wygląd chorój zupelnie uleczonej był bardzo dobry.

— **Śpilka wyjęta z kobiecego pęcherza moczowego.** S. N., wieku lat 36, przyjęta do szpitala w Birmingham, utrzymywała, że od czterech dni ma w pęcherzu moczowym śpilkę; narzekała na ciągły ból w okolicy pęcherza, wzmagający się przy wypuszczaniu moczu. Mocz jęj zawierał obfity osad ze śluzu. Pacjentka objaśniła: że od jakiegoś czasu cierpi na wstrzymanie moczu (uważane przez jęj lekarza za hysteryczne),

które wymagało użycia kateteru. Uprzedzając raz założenie tego narzędzia, chciała ona utorować drogę moczowi przez włożenie do kanału moczowego wielkiej śpilki, która będąc lekko za sam koniec trzymaną wyslizgnęła jej się i wpadła do pęcherza.

Po zachloroformowaniu pacjentki, z łatwością wykryto obecność śpilki w pęcherzu, przy pomocy cienkich szczypczyków, które zamknięte, miały kształt zwyczajnego zgłębnika i takową bez trudności wyjęto.

Lancet, April 30, 1870.

— Śpilka w cewce moczowej chłopca. Siedmioletni chłopiec włożył do swęj cewki moczowej śpilkę z lebkim naprzód i czuł silny, palący ból przy wypuszczaniu moczu. Przywołany lekarz odczuł koniec śpilki przed *scrotum*; włożył on drugi palec prawej ręki do odbytnicy, a podtrzymując pierwszym palcem tejże ręki międzykrocze, starał się skierować koniec ostry śpilki ku dolnej ścianie cewki, następnie podnosił drugą ręką prącie w górę, dopóki koniec śpilki nie przebił skóry i nie pokazał się na zewnątrz; potem wyciągnął szczypczykami śpilkę, mającą 5 centymetrów długości. Chłopiec natychmiast po operacji miał się dobrze i nie czuł żadnego bólu przy wypuszczaniu moczu. Sposób ten podany przez *Boinea* uważa autor artykułu za najlepszy w podobnych wypadkach.

Union médicale, Juin, 1870.

Od Redakcyi Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich. Z d. 1-m miesiąca stycznia 1871 roku rozpoczyna się drugie półrocze piątego roku czyli tom dziesiąty *Gazety Lekarskiej*, która w tym samym co i obecnie, ściśle naukowym kierunku i nadal wydawaną będzie. Redakcyja uprasza szanownych P. T. abonentów, aby, stosownie do rozporządzenia władzy pocztowej, zgłaszać się raczyli z prenumeratą *b e z p o ś r e d n i o* do Redakcyi. **Cena *Gazety Lekarskiej*:** 1) w Warszawie: w Redakcyi i w Księgarniach rocznie r. sr. pięć, półrocznie r. sr. dwa kop. **pięćdziesiąt**; 2) na prowincyi w Cesarstwie i Królestwie: w Redakcyi i w księgarniach rocznie r. sr. **sześć**, półrocznie r. sr. **trzy** (licząc w to przesyłkę pocztową, przepaski i ekspedycję).

Uwaga: „*Rys historyczno-statystyczny szpitali w Królestwie Polskiem*“ jako **Dodatek bezpłatny** do *Gazety Lekarskiej* w ciągu dalszym i w roku przyszłym dołączanym będzie.

Również z m. styczniem rozpoczyna się ósme półrocze wydawnictwa **Biblioteki Umiejętności Lekarskich**, w którym wyjdzie **sto** arkuszy druku. Prenumerujący już to pismo razem z *Gazetą Lekarską* zechcą złożyć przedpłatę na następne półrocze (to jest od 1 stycznia do 1 lipca 1871 roku) r. sr. **dziesięć** (po kop. 10 za arkusz); prenumerujący zaś samą Bibliotekę — r. sr. **piętnaście** (po kop. 15 za arkusz razem z przesyłką). Nowi zaś prenumerotorowie **Biblioteki Umiejętności Lekarskich**, którzy są już abonentami *Gazety Lekarskiej*, oprócz tego zochcą za ubiegłe pierwsze siedem półroczy r. sr. **sześćdziesiąt trzy** i jako rękojmię stałej prenumeraty r. sr. **pięć** czyli razem r. sr. **siedemdziesiąt ośm**; nie prenumerujący zaś *Gazety Lekarskiej* wniosą za pierwsze siedem półroczy r. sr. **dziewięćdziesiąt cztery kop. pięćdziesiąt**, oraz r. sr. **pięć** jako rękojmię prenumeraty stałej, czyli razem r. sr. **sto czternaście kop. pięćdziesiąt**.

Kalendarz Lekarski na rok 1871 wyszedł z druku i obecnie p. p. prenumerotorom rozsyła się (jako oddzielna posyłka obszyta w płótno). Exemplarze są jeszcze do nabycia tak w Redakcyi, jak i w Księgarniach w Warszawie.

Zwracamy uwagę Szanownych Prenumerotorów, że wszystkie trzy powyższe pisma najdogodniej jest dla nich prenumerować *b e z p o ś r e d n i o* w Redakcyi, która, w razie zatracenia na poczeie pojedynczych arkuszy, poręcza bezpłatne powtórne ich wysłanie.

Redaktor odpowiedzialny Prof. Dr. Girsztowt.

Redakcyja *Gazety Lekarskiej* i **Biblioteki Umiejętności Lekarskich** przy rogu ulicy Jasnęj i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr. 1364, mieszkania Nr. 6.

W Drukarni *Gazety Polskiej*, przy ulicy Daniłowiczowskiej, Nr. 619. — Дозволено Цензурою.