

dubl. 90585

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty.

w Warszawie:	{	rocznie.....	rs. 5 kop. —		Na prowincyi	{	rocznie.....	rs. 6	
		półrocznie.....	„ 2 „ 50				i w Cesarstwie	półrocznie.....	rs. 3
		kwartalnie.....	„ 1 „ 25				z przesyłką:		

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

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Redakcja.—w Paryżu M. L. C. Adam 8r rue des Saints-Pères.

Telefonu Redakcyi Nr. 536.

OGŁOSZENIA.

PILULAE FERRI OXYDULATI.

PILULAE FERRI OXYDULATI CUM CHININO SULFURICO.

Liczne poszukiwania tak dawniejszych jako i współczesnych klinicystów oraz farmakologów wykazały, iż nie wszystkie przetwory żelaza zarówno są skuteczne, i że pomimo podawania jednakowych ilości tego pierwiastku zawartego w rozmaitych związkach, rezultaty lecznicze bywają jednakże różne (Blaud, Niemeyer, Vallet, Husemann, Binz i wielu innych). Przyczyny tego faktu szukać należy w tem, że nie wszystkie przetwory żelaza z równą łatwością są przez organizm przyswajane, oraz, że gdy jedne nawet w znaczniejszych ilościach mogą być zadawane, inne, drażnią przewód pokarmowy i już w niedługim czasie muszą być zaniechane. Ze wszystkich dotąd wypróbowanych przetworów najbardziej odpowiada celowi wodań tlenku żelaza, gdyż się najłatwiej przyswaja i wybornie, nawet przez słabe żołądki znosi. W obec tych jego szacownych własności, przygotowywanie wszelkich form farmaceutycznych z powyższego przetworu, ma jak sądzę, wszelką rację bytu i pierwszeństwo przed innemi. Mając to na uwadze, już od dawna zająłem się wyrobem pigułek zawierających już to czysty *per se* przetwór o którym mowa jako: *pilulae ferri oxydulati*, już też z dodatkiem chininy jako *pilulae ferri oxydulati cum chinino sulphurico*. Każda pigułka zawiera około pół grana bezwodnego tlenku żelaza (ściśle biorąc nieco więcej bo 0,6 grana). Ilość chininy (w pigułkach drugiego rodzaju) wynosi $\frac{1}{3}$ grana na sztukę.

Kilkoletnie badania nad działaniem powyższych pigułek, dokonane z najlepszym skutkiem w warszawskich szpitalach, jak o tem przekonywają wydane mi przez powagi lekarskie świadectwa, pedantyczna dokładność w przygotowaniu, tak nieodbita potrzebna jak wiadomo, aby dany przetwór nie ulegał rozkładowi, a wreszcie, dostępność ceny, dają jak mniemam zupełne prawo do konkurencyi z podobnemi wyrobami zagranicznymi, które zawierają przetwory niezawsze wytrzymujące krytykę ze stanowiska farmakologicznego, oraz będąc w stosunku do swej rzeczywistej wartości nieproporcjonalnie drogiemi, daleko stoją niżej od swojskiego, krajowego wyrobu.

dubl.

APTEKA J. RUTKOWSKIEGO

dawniej E. WERNERA

w Warszawie, ul. Długa Nr. 16.

poleca:

Rabarbar chiński w proszku w najwyższym gatunku.

Wina lecznicze: rabarbarowe, chinowe, chinowo-rabarbarowe, pepsynowe i inne przygotowane na wyborowych winach.

Ekstrakt Słodowy do Zupy Liebiga dla dzieci.

Łyzeczka kawiana tego ekstraktu rozpuszczona w filiżance ciepłego niezbiieranego mleka stanowi t. z. Zupę Liebiga, znakomity środek odżywczy, przewyższający swymi własnościami inne znane sztuczne pokarmy, zalecany przez wielu lekarzy jako pokarm dla niemowląt i dzieci osłabionych długotrwałą chorobą.

Wszelkie nowowprowadzone do lecznictwa środki.

(dla aptek, szpitali i pracowni lekarskich po cenach handlowych).

Barwniki D-ra G. Grüblera z Lipska oraz wszelkie przetwory używane przy badaniach mikroskopowych.

12-12

Dla Kaszlących i Osłabionych.

Nagrodzone na Warszawskiej i Lwowskiej Wystawach Hygieniczno-Lekarskich Listami pochwalnymi i medalem na Wystawie Krakowskiej, koncesjonowane przez Władze Lekarskie:

Ekstrakt i Karmelki „LELIWA.”

Sprzedaż w Aptekach i Składach Aptecznych w Warszawie, Królestwie i Cesarstwie, pewniejsze i 50 procent tańsze od zagranicznych, paczka karmelków kop. 15, flaszka ekstraktu kop. 75. (151)—16—10

Dr. E. BRÜHL

ordynuje od 16-go Września do 10-go Maja w Meranie, Markt-gasse 5;
od 15 Maja do 15 Września w Gleichenbergu, Villa Max.

(150)—12—5

Kąpiele elektryczne o prądzie stałym lub przerwany wydają się pod ścisłym nadzorem lekarzy w Zakładzie hydropatyczno-pneumatycznym *Oboźna 5.*

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TRZESĆ. Prace oryginalne. Rak krtani. Całkowite wycięcie krtani. Podali Dr. W. H. Krajewski i Dr. W. Wróblewski. Ważniejsze szczegóły z nowoczesnej dyagnostyki i terapii chorób żołądka. Podał docent Dr. W. Jaworski. (Ciąg dalszy). — Streszczenia i wyciągi. 1. Przyczynę do kwestyi uleczalności gruźlicy.—Krytyka i Bibliografia. Sir H. Thompson. Zwężenia i przetoki cewki moczowej. Sprawozdawca Dr. A. Grünbaum.—Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.

Z III oddziału chirurgicznego w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Rak krtani. Całkowite wycięcie krtani.

PODALI

Dr. W. H. Krajewski, ordynator tegoż oddziału

i

Dr. W. Wróblewski, ordynator kliniki uniwersyteckiej szpitalnej.

Dnia 8 Listopada 1887 roku przybył na mój oddział chory Pawluczyk Cyryl, uskarżając się na dolegliwe strzelające bóle w prawem uchu, chrypkę oraz trudności przy oddychaniu i polykaniu. Nie będąc sam dość wprawnym w badanie laryngoskopijne, odesłałem chorego dnia 10 Listopada na salę zawiadywaną przez kol. WRÓBLEWSKIEGO, z prozbą o łaskawe zbadanie i rozpoznanie choroby. W jedenaście dni później, a więc 21 Listopada, przeniesiono chorego z powrotem na mój oddział dla dokonania tracheotomii; kol. WRÓBLEWSKI był łaskaw dołączyć detaliczną historję choroby, którą tu dosłownie przytaczam:

„Chory Cyryl Pawluczyk, włościanin z Grodzieńskiej gubernii ze wsi Wieliczkowo w wieku lat 51, wysokiego wzrostu, dosyć dobrze odżywiony. Od razu zwraca uwagę jego utrudniony, głośny oddech i bardzo wydatny zarys krtani. Mówi z trudnością i to zupełnie cicho, tak że go tylko z bliska słyszeć można. Skarży się na męczący kaszel, ból w gardle przy polykaniu, bezgłos i strzykające bóle w prawem uchu. Choruje już od 1½ roku. Najpierwszym objawem, który wtedy wystąpił był cichszy, niż przedtem, głos. Stopniowo coraz więcej głosu mu ubywało, a przed 8 miesiącami stracił go zupełnie, po noey przespanej pod gołem niebem. Od miesiąca przyłączył się kaszel, jak również bóle w gardle i w uchu.

Pochodzi on z rodziny zupełnie zdrowej. Rodzice pomarli w bardzo późnej starości, rodzeństwo i dzieci jego zupełnie zdrowe. W dzieciństwie przechodził zimnicę, przed laty 10 jakąś gorączkową chorobę, zresztą aż do obecnej choroby zawsze był zdrów. Przymiotu nie przebywał. Warunki życia były zawsze znośne.

Budowa ciała zupełnie prawidłowa; skóra bladoziemista, tkanki podskórnej dostateczna ilość—jakkolwiek w ciągu tej choroby schudł trochę.

Klatka piersiowa dobrze rozwinięta; granice płuc prawidłowe, odgłos opukowy na całej przestrzeni nietympanityczny, nigdzie żadnego stłumienia opuku nie znajdujemy. Osluchiwanie rezultatu nie daje z powodu głośnego szmeru oddechowego w krtani. Oddycha 16 do 20 razy na minutę.

Granice serca prawidłowe; tony czyste, nie zbyt silne. Uderzeń tętna 80 do 86 na minutę.

Śledziona i wątroba w zwykłych granicach. Łaknienie i trawienie bardzo dobre.

Gruczoły chłonne na szyi, pod pachami i w pachwinach nie powiększone. Nos, gardziel i przełyk bez żadnych zbocezeń.

K r t a ń przedstawia wysoki stopień zwężenia, tak że szpara oddechowa widoczną jest tylko w postaci małego trójkątka ku tyłowi. Struna prawdziwa lewa wązka, czerwona, zgrubiała; fałszywa, też nieco zgrubiała i na niej tuż przy więzie nagłośnio-nalewkowym małe powierzchowne nadżarcie. *Lig. aryepiglotticum sinistrum* bez żadnych zmian. Główne jednak siedlisko sprawy chorobowej jest po stronie prawej. Prawa struna fałszywa mocno nacieczona, ciemno-czerwona, brzeg tylnej $\frac{1}{3}$ części owrzodzony; owrzodzenie to otoczone jest znacznie bledszą tkanką niż cała struna, draży ono do torebki Morgagni'ego i przechodzi na strunę prawdziwą, której resztki widać ku tyłowi. Brzegi tego owrzodzenia wyszarpane, nierówne; dno gruboziarniste, kolor różni się wybitnie od otaczających tkanek—jest bowiem białoszarawy. Z prawej torebki Morgagni'ego wystaje kilka wyrosli, wielkości od ziarnka prosa do pszenicy, koloru szaro-różowego. W przedniej $\frac{1}{3}$ obie struny fałszywe przylegają do siebie tak ściśle, że prawdziwych nie widać. Wiąz nagłośnio-nalewkowy prawy i tkanka otaczająca chrząstkę nalewkową prawą silnie zgrubiałe, nacieczone, czerwone z wiśniowym odcieniem. Nagłośnia nie uczestniczy w procesie patologicznym, lecz jest nieruchoma, ustawiona wprost do góry na linii zupełnie półkolistej. Nasada języka bez zmian. Taki jest obraz krtani wziernikowy [załączony rysunek (Tabl. I fig. I) przedstawia obraz wziernikowy krtani Pawluczka].

Zewnętrznie krtąń jest bardzo wydatna; widać pewną assymetryę na niekorzyść strony lewej. Przy opukiwaniu krtani znajdujemy bardzo wyraźne stopienie na całej przestrzeni chrząstki tarczowej prawej, a o wiele jaśniejszy ton opukowy po stronie lewej, co nas do pewnego stopnia upoważnia do przypuszczenia, że proces chorobowy zajmuje całe wnętrze prawej strony krtani.

Obraz krtani zrobił na mnie od razu wrażenie nowotworu złośliwego, należało jednak potwierdzić rozpoznanie to, badaniem drobnowidzowem. Wyjąłem więc, za pomocą ostrych kleszczyków, największą z wyrosli z *ventriculus Morgagni* prawej strony wielkości dużego ziarnka pszenicy i prosiłem D-ra PRZEWOSKIEGO o łaskawe zbadanie. Wyjęty jednak kawałeczek okazał się zbyt małym, a co nadewszystko wziętym ze zbyt powierzchownych warstw tkanki, aby można było zrobić dokładne rozpoznanie anatomo-patologiczne, jakkolwiek było wiele danych przemawiających za rakiem.

Widząc znaczny stopień zwężenia krtani, bardzo utrudniony oddech chorego i niemożność terapeutycznej pomocy, przedstawiłem mu cały stan jego, i proponowałem pomoc chirurgiczną, na co on się w początku nie zgodził, przekładając wrzekomo śmierć nad operację. Zaleciłem mu wtedy *kali iodatum* zaczynając od 5 gr. na dobę i wcierania szaruchy—leczenie gorąco zalecane w tych razach przez MACKENZIE'GO. Lecz, gdy dnia 19/XI oddech stał się jeszcze więcej utrudnionym, a wśród nocy przyszedł bardzo silny napad duszenia się, chory sam poprosił o operację. W tym celu przepisałem go z powrotem na oddział D-ra KRAJEWSKIEGO⁴.

Chory, w chwili przeniesienia go na mój oddział, przedstawiał wszystkie oznaki znacznego zwężenia krtani, a więc: twarz o wystraszonej wyrazie, sina, obłana potem, oddech gwiżdżący, wzmożona praca dodatkowych mięśni oddechowych, rytmiczne wciąganie *in scrobiculo cordis*. Stan taki zmusił mię do natychmiastowego dokonania tracheotomii, co też uskuteczniłem przy łaskawej pomocy kolegów: DZIERŻAWSKIEGO, WITKOWSKIEGO i WRÓBLEWSKIEGO, bez użycia chloroformu. Wykonałem tracheotomię dolną ze względu na możliwą potrzebę przystąpienia do wycięcia krtani.

Natychmiast po operacji wszystkie objawy duszności ustąpiły i chory, na jakiś czas przynajmniej, od grożącego mu niebezpieczeństwa został ochroniony. Teraz mogliśmy się swobodnie zastanowić, co dalej nam z chorym czynić wypada.

Przedewszystkiem należało stanowczo rozstrzygnąć, czy rzeczywiście choroeba krtani Pawluczyka jest rakiem; ponieważ dotychczas poddane mikroskopowemu badaniu kawałki były zbyt małe, należało więc postarać się o wydobywanie większego kawałka. Trudnego tego rękoczynu podjął się i nader zręcznie go wykonał kol. WRÓBLEWSKI. Za pomocą ostrej krtaniowej łyżeczki bocznie ustawionej, wydobyl on z głębi krtani z pod prawej struny prawdziwej kawałek nowotworu wielkości połowy orzecha laskowego. Kawałek ten został oddany do zbadania D-rowi Med. PRZEWOSKIEMU Prosektorowi przy katedrze Anatomii patologicznej Warszawskiego Uniwersytetu. Po sumiennem zbadaniu licznych skrawków z dostarczonego kawałka Dr. PRZEWOSKI orzekł stanowczo, iż jest to: *Carcinoma fibrosum laryngis*. Dodać tu muszę, iż rozpoznanie powyższe stwierdzonem zostało i przez Pana Profesora BRODOWSKIEGO, który zechciał łaskawie przejrzeć przygotowane skrawki¹⁾.

Tak więc nie ulegało wątpliwości, iż mieliśmy w naszym przypadku do czynienia z rakiem krtani. W obec tego rozpoznania stało się jasnem, iż dokonana u chorego, tracheotomija jest w stanie tylko na pewien przeciąg czasu przedłużyć mu życie, któremu ostateczny kres położy dalszy rozwój nowotworu, czy to przez rozrost poniżej rurki tracheotomijnej, czy to przez wywołanie zapalenia płuc w skutek dostawania się mass rozpadowych do oskrzeli, czy też nakoniec na drodze ogólnego charłactwa.

Jedynym środkiem, dającym niejaki widoki radykalnego wyleczenia chorego było: wycięcie krtani. Wprawdzie dotychczasowe rezultaty, jak to po-

¹⁾ Za łaskawe zbadanie dostarczonych kawałków składam niniejszem serdeczne podziękowania tak Panu Prof. Brodowskiemu, jakoteż Panu D-rowi Przewoskiemu.

niziej wykażę, pomimo ulepszeń wprowadzonych w ostatnich czasach, nie są zbyt zachęcające, tak ze względu na bezpośredni rezultat po operacji, jak i powroty cierpienia, lecz właśnie, obserwowany przez nas przypadek, przedstawiał możliwie jak najlepsze warunki. Bezpośredni dobry rezultat po operacji zdawał nam się do pewnego stopnia zagwarantowanym: atletyczną budową i dobrem odżywianiem chorego, jakoteż brakiem jakichkolwiek zmian patologicznych w innych narządach. Obawa powrotu słabła wobec względnie mało złośliwej formy, spostrzeganego w danym przypadku raka, ścisłego ograniczenia do krtani i braku powiększenia gruczołów limfatycznych, którego nie stwierdzono pomimo wielokrotnie powtarzanego bardzo szczegółowego badania. Nadto, po tracheotomii chory oddychał wprawdzie swobodnie, pozostały jednak dwa bardzo męczące objawy, mianowicie: ból przy polykaniu i strzelające bóle w prawem uchu, które musiały być bardzo silne, kiedy sam chory, z usposobienia nie bardzo dowierzający, żądał operacji, któraby go od tych bólów uwolnić mogła, pomimo iż zupełnie niebezpieczeństwa takowej przed nim nie ukrywaliśmy.

Tak więc z jednej strony nadzieja doszczętnego usunięcia bezwarunkowo śmiertelnego cierpienia, a przynajmniej uczynienia na pewien czas egzystencji chorego znośniejszą, z drugiej zaś natarczywe domagania się samego chorego, skłoniły mnie do operowania. Ponieważ kilkakrotne badania laryngoskopijne, przedsiębrane przez kol. WRÓBLEWSKIEGO, już po dokonaniu tracheotomii, wykazały, iż nowotwór rozprzestrzenił się i na drugą połowę krtani, choć w nieco mniejszym stopniu, postanowiłem więc wykonać całkowite wycięcie krtani.

Operację wykonałem dnia 1 Grudnia 1887 roku na moim oddziale w szpitalu Dzieciątka Jezus, w obecności Głównego Doktora szpitala d-ra med. KOBYLAŃSKIEGO, Pomocnika głów. d-ra d-ra med. OBRĘBSKIEGO, Ordynatora tegoż szpitala d-ra med. KARWOWSKIEGO ¹⁾, przy łaskawej pomocy kolegów: CIECHOMSKIEGO, SAWICKIEGO, DZIERŻAWSKIEGO, WITKOWSKIEGO ²⁾ i WRÓBLEWSKIEGO.

Jak się okazuje z dat wyżej przytoczonych, operację wykonałem w 9 dni po tracheotomii, pod on czas rana skórna, spojona szwami, była już zupełnie zagojona, a kanał prowadzący do tchawicy pokryty dobrą ziarniną.

Pierwszy akt operacji, polegający na wprowadzeniu rurki Hahn'a (*Tamponcanüle*) nieco zmodyfikowanej (jak to poniżej opiszę) nie obszedł się bez pewnych trudności; wprawdzie rurka, dzięki kierownikowi, weszła bardzo łatwo, lecz chory dostał gwałtownego napadu kaszlu (w skutek podrażnienia błony śluzowej tchawicy gąbką prasowaną, otaczającą rurkę); kaszel ten i krztuszenie trwały aż do chwili, gdy nastąpiło częściowe znieczulenie od chloroformu, który pomimo istniejącego kaszlu podawać zaczęliśmy ³⁾.

¹⁾ Kol. Karwowski, jako specjalista laryngolog, był łaskaw badać krtani Pawluczyka i potwierdził istnienie złośliwego nowotworu.

²⁾ Na tem miejscu pozwalam sobie złożyć specjalne podziękowanie D-rom Ciechomskiemu i Sawickiemu, którzy swą światłą i zręczną pomocą znakomicie ułatwili moje zadanie.

³⁾ Pomnąc opisy trudności napotykaných przy wprowadzeniu rurki tamponowej po zchloroformowaniu chorego, chciałem ich unikać przez wprowadzenie jej przed znieczuleniem,

Po znieczuleniu chorego nadałem jego głowie położenie Roser'a t. j. opuściłem ją ze stołu i poleciłem podtrzymywać jednemu z asystentów; nadając taką pozycję głowie kierowałem się dwoma względami: 1) operowałem pierwszy raz z rurką obszytą gąbką prasowaną ¹⁾, nie bardzo więc jej ufalem i chciałem zabezpieczyć się od możliwego napłynięcia większej ilości krwi do tchawicy; 2) przy wadliwym oświetleniu w mej sali operacyjnej (okna z jednej strony bez górnego oświetlenia) tylko takie ułożenie głowy umożliwiało dokładne oświetlenie pola operacyjnego.

Cięcie skórne na linii środkowej szyi rozpoczynało się od kości gnykowej i łączyło się u dołu z raną po tracheotomii. Po obnażeniu przedniego kąta krtani i górnego odcinka tchawicy, przy czym *isthmus gland. thyreoideae* został przecięty pomiędzy dwiema ligaturami, zacząłem oddzielać części miękkie, pokrywające blaszki chrząstki tarczowej, wtedy to dopiero pokazało się, iż nowotwór, rozprzestrzenił się już na mięsień tarczognykowy prawy. Dla ułatwienia sobie manipulacji do pośrodkowego cięcia dodałem prostopadłe doń cięcie na wysokości ciała kości gnykowej, w ten sposób cięcie skórne miało kształt litery T. Cięcie poprzeczne przenikało skórę, powięź podskórną i gnykowy przyczep *m-lorum sterno-hyoidei* i *thyreo-hyoidei*.

Po odseparowaniu płatów organicznych, wyżej opisanymi cięciami, miałem zupełnie obnażone boczne powierzchnie krtani, aż do przyczepu *mli. laryngo-pharyngei*. Mięsień tarczognykowy prawy, na który przechodził nowotwór natychmiast odseparowałem od odnośnego płatu i wyciąłem go nożyczkami. Pierwotnie miałem zamiar rozpocząć oddzielanie krtani od dołu od strony tchawicy, dla tego też, po obnażeniu krtani, poprowadziłem pomiędzy drugim a trzecim pierścieniem tchawicy cięcie poprzeczne, podczas gdy otaczające części miękkie były odciągane na boki tępymi hakami. Dalsze manipulowanie w tem miejscu, na dość znacznej głębokości, przy stosunkowo małym uruchomieniu krtani, okazało się zbyt trudnem i dla tego wkrótce go zaniechałem. Przez poprowadzenie tego cięcia zyskałem tylko tyle, iż mogłem wytamponować tchawicę powyżej rurki gazą jodoformową, co zresztą było zupełnie zbyttecznem, gdyż rurka tamponowa działała bardzo dobrze.

Chcąc oddzielić przyczep mięśni gardzielowych od tylnych brzegów chrząstki tarczowej, musiałem przechylać krtani raz na prawą to znów na lewą stronę. Zwykle używają do tego ostrych haków, ja początkowo użyłem odpowiednio zgiętych szczypiec, których jedno ramię wchodziło przez zrobiony pomiędzy krtanią i tchawicą otwór do wnętrza krtani, drugie zaś leżało na zewnątrz; okazało się, że przy każdym silniejszym pociągnięciu, zwyrodnione nowotworem tkanki rwą się. Zastąpiwszy szczypce ostremi hakami nie byłem szczęśliwszy, dla tego też zwróciłem się ku górze i postanowiłem przedewszy-

krtuszenie się jednak było bardzo silne, jak tego zresztą należało się spodziewać, jedynie może obawa o chorego z powodu wystąpienia tych objawów była mniejsza, niż gdyby wystąpiły po znieczuleniu, to jest w takim stanie, w którym się znajdując, sam chory niezem nam do zniesienia zastraszających objawów dopomódz nie może.

¹⁾ Uprzednio osobiście miałem sposobność się przekonać, jak mało na rurkę Trendelenburg'a liczyć można.

stkiem utworować sobie tędy drogę do gardzieli. W tym celu, przez jamę ust, wskazujący palec lewej ręki umieściłem pomiędzy podstawą języka a nagłośnią, następnie ostrokończatym nożem przekłułem *lig. thyreo-hyoideum*, kierując się na palec, a otwór, w ten sposób powstały, rozszerzyłem w obie strony nożyczkami, pod kontrolą palca. Gdy otwór swobodnie przepuszczał 2 palce, natenczas wydobylem palec z ust, a, dokładnie go obmywszy, wprowadziłem przez otwór w *lig. thyreo-hyoideum* do gardzieli i, zagiąwszy go na podobieństwo haka, mogłem tylną ścianę krtani twardą, gdyż nie zajęta rakiem, wypchnąć ku przodowi. Teraz miałem całą krtanię pomiędzy dwoma palcami: wskazującym, leżącym na tylnej powierzchni krtani, i wielkim na przedniej powierzchni chrząstki tarczowej; za pomocą tych dwóch palców mogłem bardzo wygodnie udostępnić sobie tylne brzegi obu blaszek chrząstki tarczowej, od których krótkimi cięciami nożyczek oddzieliłem przyczepiające się tu mięśnie. Następnie, unosząc ciągle krtanię wskazicielem, znajdującym się w gardzieli, dokończyłem przecięcia *lig. thyreo-hyoidei*, przy czem naturalnie przeciąłem po obu stronach tętnicę krtaniową górną; tętnicy tej wcale nie starałem się odszukać, dopiero po przecięciu, broczące naczynie zostało szybko uchwycone cząstkami Pean'a i podwiązane. Doszedłszy do rożków chrząstki tarczowej, nie wypreparowałem ich z otaczających części lecz wprost odciąłem od chrząstki za pomocą mocnych nożyczek. Dopiero teraz krtanię stała się bardzo ruchomą, tak iż mogłem, usunąwszy lewy wskaziciel z gardzieli i uchwyciwszy krtanię z boków, wyciągnąć tę ostatnią o tyle ku przodowi, iż z łatwością przeciąłem nożem błonę śluzową, stanowiącą przednią ścianę gardzieli, tuż za chrząstkami nalewkowemi. Od tego cięcia zacząłem oddzielać błonę śluzową gardzieli ku dołowi, co się udało dość łatwo, dzięki luźnemu połączeniu z krtanią; gdy się znalazłem na wysokości uprzednio poprowadzonego cięcia pomiędzy drugim a trzecim pierścieniem tchawicy, dokończyłem je, przecinając tylną ścianę tchawicy i w ten sposób całą krtanię pozostała mi w ręku. Po usunięciu krtani musiałem nałożyć kilka ligatur na krwawiące naczynia; w ogóle nadmienić muszę, iż krwawienie było stosunkowo nieznaczne, tylko obie tętnice krtaniowe górne silniej krwawiły, tętnice krtaniowe dolne krwawiły bardzo nieznacznie i zostały podwiązane już po zupełnem usunięciu krtani; *art. crico-thyreoidea* została przecięta i podwiązana podczas odsłaniania bocznych powierzchni krtani.

Jama pozostała po usunięciu krtani przedstawiała się tak: od strony mostka tchawica z tkwiącą w niej rurką, nad którą leżały jeszcze 2 nieprzecięte pierścienie tchawicy; po bokach gruczoł tarczowy, wielkie naczynia szyi, mięsień mostko-sutkowy i płaty mięsno-skórne, wytworzone przy obnażaniu bocznych powierzchni chrząstki tarczowej; dno jamy stanowiła, oddzielona od krtani błona śluzowa przedniej ściany gardzieli, której brzeg górny tworzył dolną połowę obwodu otworu, prowadzącego do jamy gardzieli, górna połowa obwodu tego otworu była utworzona przez ciało kości gnykowej.

Obawiając się wpadnięcia tchawicy do śródpiersia, połączyłem pierścienie chrzęstne, leżące nad rurką, z brzegiem płatów skórnych w dolnym kącie rany, przez nałożenie z każdej strony po jednym ściegu szwu. Błonę śluzową

gardzieli zbliżyłem do skóry i na wysokości otworu prowadzącego do gardzieli, zespoliłem je szwem ze sobą. W końcu połączyłem też szwem cięcie w skórze równoległe do kości gnykowej, cięcie zaś pośrodkowe zostawiłem zupełnie otwarte.

Po takim nałożeniu szwów cała rana przedstawiała się jako podłużna szpara, podzielona przez przszyty do skóry brzeg błony śluzowej gardzieli, na dwa piętra: w dolnem leżała tehawica, górne zaś piętro tworzyło otwór, prowadzący do gardzieli. Przez otwór ten wprowadziłem do żołądka zgłębnik miękki, opatrzony zaciskadłem, następnie całe dolne piętro jamy rany, pomiędzy rurką tehawicową a zgłębnikiem żołądkowym, wypełniłem dość ściśle paczkami gazy jodoformowej; toż samo uczyniłem z otworem prowadzącym do gardzieli, otaczając gazą jodoformową zgłębnik, wychodzący przez górny kąt rany. Wszystko zakryłem kilku warstwami gazy sublimatowej i utrzymałem bandażykami, z opatrunku wyglądała tylko naturalnie rurka tehawicowa (taż sama zatykowa rurka, która służyła podczas operacji) i zgłębnik.

Wyciętą krtani przelałem Panu Prosektorowi D-rowskiemu PRZEWOSKIEMU i przytaczam tu dosłownie rezultat oględzin anatomo-patologicznych, który mi raczył nadesłać:

(d. c. n.)

WAŻNIEJSZE SZCZEGÓŁY z nowoczesnej dyagnostyki i terapii chorób żołądka.

Podał Docent Dr. W. Jaworski.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 50).

XLII. Główne wskazówki dla badania, rozpoznawania i leczenia chorób żołądka.

Ze względu, że w wielu przypadkach przypadłości żołądka towarzyszą chorobom innych narządów lub od nich są zależne, należy zawsze u chorego użalającego się na takowe, przeprowadzić wywiady i badania systematyczne do wszystkich narządów. Przyszedszy z kolei do żołądka, należy zwrócić uwagę obok innych na następujące bardzo ważne okoliczności.

1. Wywiady (*anamnesis*) powinny przedewszystkiem obejmować następujące szczegóły: a) Wiek chorego ze względu na możliwość nowotworu. b) Zajęcie i sposób żywienia się ze względu na zbroczenia w sile wydzielniczej, przyczem należy uwzględnić, że u izraelitów nadmierne wydzielanie kw. żołądkowego, a u izraelitek przypadłości nerwowe żołądka są nadzwyczaj częstymi objawami. c) Trwanie cierpienia żołądka ze względu na sprawy nowotworowe. d) Wzmoczone łaknienie i pragnienie ze względu na możliwość rozstrzeni z nadmierną kwasnością. e) Wymioty połączone z czkawką ze względu na przyrodę nerwową tychże. f) Wymiociny czy fusowate, lub krwiste. g) Stolec czy czarny lub smołowo-mazisty.

2. Przy badaniu fizykalnem żołądka należy przedewszyst-

kciem uwzględnić. a) O p ó r l u b w y n i o s ł o ś c i w o k o l i c y ż o ł ą d k a . b) W y s t ę p o w a n i e p l u s k a n i a w s z e ś ć g o d z i n p o o b i e d z i e j a k o t e ż w ż o ł ą d k u c z e z y m .

3. Następnie należy przystąpić do badania wewnętrznego u chorych wrażliwych w 3—5 minut po zapenżowaniu podniebienia miękkiego i połyku 5% roztworem wyskokowym kokainy (p. XXII). Na podstawie zbadania chorego tylko jednorazowego, w czasie dowolnym, t. j. kiedy się chory przedstawi lekarzowi, można tylko bardzo ograniczone wyniki otrzymać i niepewne wnioski rozpoznawcze czynić. Dlatego jeżeli chorego przynajmniej raz można sondować, to należy z b a d a ć ż o ł ą d e k c z e z e y (p. I) a treść wyciągniętą poddać badaniu mikroskopowemu i chemicznemu i zwrócić w niem przeważnie uwagę na składniki morfotyczne błony śluzowej, na obecność pokarmów, żółci, ilość kw. solnego i t. d. (p. XXIII i XXIV). Zbadanie wewnętrzne żołądka czczego jest co do swych wyników najważniejszym, o wiele ważniejszym, niż badanie podczas trawienia. Niepowinno być nigdy zaniechaniem, gdyż już samo przez się może wydać rozstrzygające wyniki np. w wypadkach zalegania pokarmów, lub obecności większych ilości soku żołądkowego. Po wyciągnięciu treści czczej, można jeżeli chory jest cierpliwym, zrobić próbę białkową na sześć kwadransy, lub podać śniadanie próbne z 1,0 salolu (E.), albo przynajmniej podać wodę lodową (p. II). Jeżeli można mieć chorego przez kilka dni w obserwacji, na co lekarz dla dokładności i pewności rozpoznania nalegać powinien, a co przy braku kw. solnego jest koniecznym, to należy choremu podawać o god. dziewiątej wieczrę próbną (p. XVIII str. 43), i przynajmniej naczeto przekonać się, czy żołądek się wypróżnił, a następnie w celu zbadania żołądka na szczycie trawienia uskutecznić próbę białkową po trzech kwadransach, albo śniadanie próbne po godzinie, lub zamiast tych obiad próbny po pięciu godzinach. Nazajutrz w celu zbadania czasu wydalania treści żołądkowej w podobny sposób wykonać próbę białkową po sześciu kwadransach, lub obiadu próbnego po 7 godzinach. Im więcej rozmaitych równorzędnych prób się uskuteczni, tem zorientowanie się w danym przypadku jest łatwiejsze a rozpoznanie pewniejsze. Aby chociaż do prawdopodobnego wyniku dojść, potrzeba chorego z rzędu przynajmniej przez trzy poranki badać. Rzadko jednak mając chorego do sondowania nieprzywykłego, można wyniki pierwszego i drugiego sondowania do celów rozpoznawczych zużytkować, dlatego chcąc dojść do celu trzeba badaniu więcej, niż trzy dni poświęcić, zwłaszcza, że jeszcze w przypadkach braku kw. solnego przyjdzie zbadać siłę wydzielniczą błony śluzowej co do pepsyny i fermentu sernikowego (p. XII str. 19).

4. Wyniki badania wewnętrznego należy dla łatwiejszego przeglądu zestawić w następującą tablicę na str. 9:

5. P r z y r o b i e n i u r o z p o z n a n i a z w y n i k ó w b a d a n i a n a l e ż y p r z e d w s z y s t k i e m r o z r ó ż n i ć , c z y d a n e c i e r p i e n i e ż o ł ą d k o w e , j e s t s a m o i s t n e m , l u b n a s t ę p o w e m , a l b o t e ż t o w a r z y s z ą c e m z b o c z e n i o m c h o r o b o w y m i n n y c h n a r z ą d ó w . P r z y s a m o i s t n e j c h o r o b i e ż o ł ą d k a n a l e ż y r o z r ó ż n i ć , c z y j e s t o n a o r g a n i c z n ą , c z y l i t e ż n e r w i c ą (p. XXVII). Jeżeli jest choroba organiczna, to trzeba mieć na względzie, czy przebiega ze wzmożeniem, czyli też ze zmniejszeniem

siły wydzielniczej lub motorycznej; a wreszcie jaka możliwa zmiana anatomiczna toczy się w żołądku. W przypadku zboczenia na tle nerwowem należy ocenić, który czynnik funkcyj żołądka jest przeważnie zajęty, a następnie czy siedziba choroby jest obwodowa czy ośrodkowa.

6. W przebiegu leczenia chorób żołądka, a szczególnie polegających na zmianie siły wydzielniczej lub motorycznej, należy kontrolować postęp leczenia przez badanie wewnętrzne przeprowadzając je raz lub dwa razy, co dwa tygodnie. Ze względu, że przypadłości żołądkowe nie zawsze idą w parze ze zmianami przedmiotowymi nie powinno się skutku leczenia oceniać, tylko po zmianie w przypadłościach podmiotowych. Kierując się bowiem tymi ostatnimi, można chorego wypuścić albo za wcześniej z leczenia, nim jeszcze siła wydzielnicza lub wydalanie rzeczywiście się poprawiło, a tylko przy przestrzeganiu pewnej diety i leczenia choroba nie przedstawia przypadłości podmiotowych, czyli choroba jest zamaskowaną, by wkrótce znów powrócić; albo może zająć wypadek, że chorego za długo się leczy w tym kierunku, że używane środki lecznicze zbyt obniżyły siłę wydzielniczą, albo przeciwnie nie wpłynęły na zboczenie czynnościowe lub anatomiczne żołądka i tylko symptomatycznie usuwały dolegliwości żołądkowe, leczenia przeto albo zaprzestać, albo je zmienić należało. Chorzy np. w Karlsbadzie popełniają często ten błąd leczniczy, że uczuwając po 2—3 tygodniach zmniejszenie przypadłości żołądkowych, uważają się już za zdrowych i nalegają na lekarza, by leczenie kończył, pomimo, że przez badanie wewnętrzne daje się dopiero nieznaczne przedmiotowe polepszenie skonstatować. W tak bowiem krótkim czasie przewłoczne zmiany anatomiczne w żołądku nie mogły być usunięte; to też tacy chorzy odjeżdżając ze zamaskowanym tylko stanem chorobowym, doznają przykrego rozczarowania, że dawne dolegliwości po kilku miesiącach znów wracają. Rzadziej zdarza się, że chorzy szczególniej izraelici, za długo i nadmiernie używają leczenia karlsbadzkiego, pijąc po kilkanaście kubków wody mineralnej dziennie, a żywiąc się przytem niedostatecznie, i przez to sprowadzają w żołądku albo niedomogę wydzielniczą, albo częściej niedowład mechaniczny wskutek obciążania żołądka płynami, najczęściej zaś wskutek pojawienia się małokrwistości, obniżenia ciężaru ciała i ogólnego osłabienia.

(d. c. n.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

1. Prof. BOLLINGER. *Przyczynę do kwestyi uleczalności gruźlicy (Zur Frage der Heilbarkeit der Tuberkulose)*. Najnowsze obserwacye zarówno chirurgów, jak i klinicyстів dowiodły, że sprawa gruźlicza może podlegać gojeniu się tak dobrze w płucach, jak w stawach, kościach i gruczołach, przyczem zauważono, iż samodzielne wyzdrowienie przy gruźlicy stawów i kości bywa rzadkie, przy gruźlicy zaś gruczołów limfatycznych i wierzchołków płuc zdarza się częściej. Baumgarten utrzymuje, że w każdym 3-im, 4-ym trupie znaleźć można ślady utajonej lub wyleczonej gruźlicy, BOLLINGER zaś twierdzi, że ślady podobne istnieją u $\frac{1}{4}$ wszystkich zmarłych nie na gruźlicę. Podobne wierzchołkowe porażenia płuc przedstawiają się w postaci płaskich, podopłucenowych modzeli bez wyraźnego zapalenia opłucnej zleponego (*pleuritis adhaesiva*) i bez serowatych lub serowato-wapiennych złogów,

w innych przypadkach obserwować można zrosty listków opłucnej, bliznowate wciągnięcia i garbate wierzchołki płuc. Modzele przenikają dalej do tkanki płucnej i zawierają w sobie serowate lub serowato-wapienne ogniska. Otóż zachodzi pytanie, czy dawniejsze zmiany w płucach są pochodzenia gruźliczego i jeżeli tak, to czy się zagoiły, czy też tylko znajdują się w stanie spokoju, czy też wreszcie są w okresie utajenia. Aby rozstrzygnąć to pytanie, należy uciec się do pomocy eksperymentów. Bollinger zajął się badaniem doświadczalnym 26 przypadków wierzchołkowego porażenia płuc, w których gruźlica nie była powodem śmierci, a znalezioną została przy pośmiertnych oględzinach całkiem przypadkowo. Doszedł on w tym kierunku do rezultatów następujących.

- 1) Trzy ogniska marskie z wierzchołków płuc, zaszczerpione sześciu zwierzętom, dały rezultat ujemny.
- 2) Cztery ogniska marskie z zupełnie zwapnionemi złogami, zaszczerpione siedmiu świnkom morskim, również dały rezultat całkiem ujemny.
- 3) 12 ognisk marskich z otorbionemi serowatemi lub serowato-wapiennemi złogami, zaszczerpione 26 zwierzętom, dały następujący rezultat: 20 zwierząt okazało się po zabicu gruźliczemi i tylko jedno było zdrowe, pięć zaś zdechło wskutek zakażenia krwi.
- 4) Siedm ognisk marskich z serowatemi lub serowato-wapiennemi złogami, przy których w bliskości znajdowały się świeże wyrzuty (*eruptiones*), zaszczerpione 14 zwierzętom dały taki rezultat, że u 11 zwierząt po zabicu znaleziono gruźlicę, troje zaś miało zejście śmiertelne wskutek zakażenia krwi.

Z powyższego wypadu, iż w wierzchołku płuc istnieć mogą bliznowate modzele i marskie, wapienne ogniska, które, jakkolwiek są pochodzenia gruźliczego, mimo to jednak przestały już być zakaźnemi, czyli że w tych razach mamy do czynienia z gruźlicą uleczoną, z gruźlicą, znajdującą się w stanie spokoju. O wiele częściej wszakże znajdujemy w wierzchołkach płuc bliznowato-marskie ogniska wspólnie z ogniskami serowatemi lub serowato-wapiennemi, które prawie wszystkie bez wyjątku są zakaźne (w $\frac{3}{4}$ przypadków tego rodzaju istnieją laseczniki gruźlicze, a tam, gdzie bacillusów pomimo zakaźności odnaleźć nie można, jad gruźliczy istnieje w postaci zarodników). Jeżeli w płucach odnajdujemy świeże, chociażby najmniejsze wyrzuty, to dawniejsze ogniska (bliznowate, marskie, serowate) są zawsze zakaźne. Z tego, cośmy powiedzieli, wypada wniosek następujący: każde podejrzone porażenie wierzchołków płuc jest zakaźne i nieuleczone dopóty, dopóki jeszcze istnieją wytwory serowate lub serowato-wapienne. We wszystkich podobnych przypadkach mamy do czynienia z umiejscowioną, utajoną gruźlicą wierzchołków, której posiadacze są narażeni nieustannie na niebezpieczeństwo rozszerzenia się sprawy chorobowej na górne zrazy płuc lub też ogólnego samozakażenia (gruźlicy ostrej prosowatej). Co się tycze etyologii gruźlicy, to pod tym względem Bollinger uważa usposobienie gruźlicze za czynnik donioslejszego znaczenia, niż zakażenie; fakt ten każe zwracać szczególną uwagę na profilaktykę. Postrzeżenia Stieh'a, uczynione w przytulku dla sierot w Norymberdze przemawiają silnie za znaczeniem odpowiedniej profilaktyki; wśród 100 przeszło dzieci, mających po większej części usposobienie gruźlicze, zauważono podczas 8-letniego pobytu w zakładzie i następnie wśród tych, które opuściły przytułek, aż do 20 lat zaledwie jeden przypadek gruźlicy. Wzorowa czystość, jaknajdoskonalsza wentylacya, ustawiczne hartowanie ciała i ciągły ruch na świeżem powietrzu—oto co stało się powodem takich świetnych rezultatów Stieh'a. Fakt ten olbrzymiej wagi, którego znaczenie staje się jeszcze większem ze względu na analogiczne postrzeżenia D-ra Schnitzlein'a w zakładzie dla sierot w Monachium, rozstrzyga pytanie, w jaki sposób należy walczyć z nabytem lub odziedziczonym usposobieniem do zarażenia się gruźlicą. Przy pomysłnych warunkach higienicznych, zlwłasz-

cza jeżeli się dba o zabezpieczenie osobnika przeciw powtórnemu zakażeniu, możemy już zakażone gruźlicą dziecko wyleczyć całkowicie: chodzi o to, aby dać czas i możność zserowaciałym gruczołom limfatycznym i ogniskom płucnym uleść zwapnieniu. Bollinger w dalszym ciągu podnosi myśl, aby więzienia możliwie doskonale dezynfekowano, co pozwoliłoby na drodze doświadczalnej rozstrzygnąć pytanie, co w etyologii gruźlicy więziennej gra ważniejszą rolę: zakażenie czy też usposobienie nabyte? Każdego chorego na gruźlicę należałoby izolować. Gdyby się ilość przypadków gruźlicy zmniejszyła, byłoby to dowodem, że w tych razach zakażenie gra główną rolę; usposobienie zaś—podrzedną. Z rozmaitych wykazów statystycznych, które się pojawiły w ostatnich lat dziesiątkach wnosić można, iż gruźlica stała się częstszą, co być może zależy od zwiększenia się ludności fabrycznej i wzrostu wielkich miast. Fakt ten zmusza lekarzy jak i państwa, do usilnego szukania i przedsięwzięcia odpowiednich środków celem zwalczania niebezpiecznego wroga.

(*Münchener med. Wochenschr.* 1888. 30). A. W.

KRYTYKA I BIBLIOGRAFIA.

Sir. H. THOMPSON. Zwężenia i przetoki cewki moczowej.

(*Die Stricturen und Fisteln der Harnroehre, Uebersetzt und mit Ruecksicht auf deutsche Literatur bearbeitet von L. CASPER* 1888 r. str. 299).

Książka ta, uwieńczona jeszcze w 1858 r. nagrodą JACKSONA, doczekała się w języku angielskim 4-go wydania i przekładów na język francuski i niemiecki. Dzieło to słusznie zaliczonym zostało przez wszystkich specjalistów do najbardziej klasycznych. Ostatnie wydanie, które w obecnej chwili podaje w streszczeniu czytelnikom Medycyny, zawiera w sobie jeszcze sumę spostrzeżeń, jakie gienjalny ten klinicysta miał możność w ciągu tych 30 lat przeprowadzić. Mogę śmiało twierdzić, że żaden z kolegów nie pożałuje tego czasu, który poświęci na czytanie tej książki. I ci nawet, którzy wcale nie interesują się tą gałęzią chirurgii, znajdą w niej mnóstwo drogocennych dla siebie wskazówek, z których nie raz będą mogli korzystać. Najbardziej, sądzę, zainteresuje każdego czytelnika historia rozwoju poglądów i sposobów leczenia spraw chorobowych, obrobiona w tej książce, t. j. w każdym jej dziale oddzielnie bardzo szczegółowo i po mistrzowsku. Po dokładnem bowiem zapoznaniu się ze wszystkimi poglądami i sposobami leczenia chorej cewki, jakie od najdawniejszych czasów aż do ostatnich dni istniały, musi każdy lekarz sobie zadać następujące pytanie: jeżeli terapia wszystkich narządów podobne przechodziła koleje co jest niewątpliwem—czy ta ostatnia nie była bardziej dla chorych zabójczą, niżeli same choroby, od których chciano ich za jej pomocą wyleczyć?

Żeby należycie zrozumieć istotę zmian chorobowych, jakie przy zwężeniach spostrzegamy w samej cewce moczowej i skutki, jakie w następstwie rozwijają się w całym narządzie moczowym, musimy przedewszystkiem zapoznać się chociaż w ogólnych zarysach z jej anatomią i fizyologią. Cewka moczowa, jak wiadomo, zaczyna się u otworu pęcherzowego i kończy się w prawidłowych przypadkach u mężczyzn na końcu prącia, u kobiet zaś między sromnemi wargami. Średnia długość cewki męskiej, o której tu wyłącznie mówić będziemy, równa się, jak pokazały wymiary przeprowadzone przez Th. na 16 trupach 22,3 ctm., z których na oddzielne jej części wypada jak następuje, mianowicie:

na obwisłą czyli jamistą	16,3 ctm.
„ błoniastą	1,9 ctm. i
„ przyprętą	3,1 ctm.

Nieporównanie ważniejsze pod względem praktycznym mają znaczenie jej poprzeczne rozmiary. Cewka, jak wiadomo, przedstawia się w postaci okrągłej rurki z naprężonymi ścianami tylko w czasie wydzielania się na zewnątrz moczu; przez całą zaś resztę czasu ściany jej ściśle przylegają do siebie i na całą jej rozciągłość szczelnie zamykają jej kanał. Wskutek czego też widzimy, że zamknięty ten kanał na poprzecznym przecięciu przedstawia się w postaci gwiazdy z największą średnicą skierowaną od góry ku dołowi. Otóż długość tej ostatniej jest w rozmaitych miejscach cewki nie jednakową, mianowicie:

u otworu pęcherzowego	—	—	12,5—15 mm.
w środku części krokowej	—	—	17 mm.
na początku części błoniastej	—	—	12,5—15 mm.
w środku tej części	—	—	15 mm.
przy jej końcu t. j. przy przejściu w isthmus	—	—	12,5 mm.
w części opuszkowej	—	—	17,5 mm.
w części żołądźkowej	—	—	15 mm. i nareszcie
u zewnętrznego otworu	—	—	12,5 mm.

Zewnętrzny więc otwór cewki, jak widzimy, najmniejszy przedstawia rozmiar. Narzędzie więc, które z łatwością przechodzi przez ten ostatni, można przy prawidłowych rozumie się, ścianach, bez najmniejszej obawy uszkodzenia, przeprowadzić przez całą jej długość aż do samego pęcherza. Co się tyczy anatomicznych stosunków oddzielnych części cewki do sąsiednich tkanek, zasługuje najbardziej na uwagę stosunek części błoniastej do powięzi kroczu. Ta część bowiem cewki, znajdując się w całości między obydwoma listkami tej powięzi, zagina się w tem miejscu łukowato ku górze i razem ze swojemi naczyniami przedziurawia oba te listki w kierunku od tyłu ku przodowi w odдалeniu 1,2—2 ctm. od dolnego brzegu spojenia łonowego. Nie mniej godnym jest uwagi, otaczający cewkę, mięśniowy aparat. Mięśnie te składają się 1) z włókien gładkich, znajdujących się w ścianach cewki i mających podłużny i kolisty kierunek i 2) z otaczającej ją całej grupy mięśni prążkowanych. Do tych ostatnich należą: 1) przednia część *levatoris ani, seu. levator prostatae*. 2) *Compressor seu constrictor urethrae*. 3) *M. bulbo-cavernosus, seu accelerator urinae, s. Ejaculator seminis*. 4) *M. transversi perinei* i 5) *M. ischio-cavernosus s. erector penis*. Wszystkie tylko co wyliczone mięśnie mają dla cewki, jako kanał mocz i nasienie odprowadzający, dwojakie fizyologiczne znaczenie: 1) żeby w chwili rozpoczęcia oddawania moczu roztworzyły kanał cewki i zmieniły go w rurkę odpowiedniej średnicy, przez którą by mocz, znajdujący się pod wpływem ciśnienia kurczącego się *detrusoris vesicae*, mógł swobodnie wydzielać się na zewnątrz i 2) żeby po wydaleniu całej ilości, znajdującego się w tym zbiorniku, moczu, cewka wraz z szyjką przyjęły swoją pierwotną postać i na dłuższy lub krótszy czas znowu w zupełności zamknęły jamę pęcherza. Zamknięcie to, jak wiadomo, odbywa się najczęściej mimo woli. Czasem jednak widzimy, że przy zupełnie jeszcze opróżnionym pęcherzu własnowolnie zamykamy jego szyjkę i nagle przerywamy wydzielanie się moczu na zewnątrz. Zamknięcie takie odbywa się wyłącznie pod wpływem działania dwóch następujących prążkowanych mięśni, mianowicie: *constrictor urethrae* i *levator prostatae*, które podług Th. należy stanowczo uważać za zwieracze pęcherza. Dla praktycznych zaś względów mają daleko ważniejsze znaczenie następujące anatomiczne własności cewki: 1) że jej błona śluzowa, która zawiera w sobie mnóstwo nerwów i naczyń, jest bardzo cienka i nader wrażliwa, 2) że w jej części jamistej i przyprątnej znajduje się znaczna ilość gładkich włókien mięśniowych, które, kurcząc się, mogą miejscami znacznie zmniejszyć jej światło, 3) że zarówno część jamista jak i błoniasta otoczona jest cienką warstwą tkanki łącznej, w której znajduje się mnóstwo krwionośnych naczyń, i 4) że ze wszystkich części cewki tylko błoniasta jest zupełnie nieruchomą. Część zaś korzenia, mimo to, że jest

silnie przymocowaną do otaczających ją części, porusza się jednak do pewnego stopnia w kierunku z góry na dół. Złatwiwszy się z przedstawieniem tego krótkiego anatomicznego i fizyologicznego zarysu cewki, przechodzi Th., do właściwego zadania tej książki t. j. do wyłożenia istoty, objawów, rozpoznania i leczenia zwężeń. *Stricture urethrae* powstaje podług Th. wskutek rozwinięcia się organicznej zmiany w którymkolwiek bądź miejscu cewki. Organiczna ta zmiana rozwija się albo w samej cewce, albo w otaczającej tę ostatnią tkance łącznej, albo nareszcie w ciałach jamistych. Właściwie mówiąc, anatomiczna ta zmiana nie pozwala ścianie cewki podczas oddawania moczu rozszerzać się w danym miejscu do prawidłowych jej granic. W ścisłem więc tego słowa znaczeniu mamy przed sobą zeszywnienie tkanki, czyli niedostateczność w jej rozszerzalności. Zważywszy jednak, że strumień moczu, przenikając przez wspomniane organicznie zmienione miejsce, bywa zawsze w większym lub mniejszym stopniu zmniejszonym w swojej objętości, a czasami nawet uryna może wyciekać tylko kroplami, lub zupełnie się zatrzymuje w pęcherzu, musimy więc zmiany te chorobowe fizyologicznie przynajmniej nazwać zwężeniem. Samoistne więc zwężenie istnieje podług Th. tylko w takich przypadkach, w których zakłócenie w prawidłowem oddawaniu moczu jest wynikiem stałych anatomicznych zmian, które się rozwinęły w ścianach cewki, lub w otaczających ją tkankach. Przypadki zaś, w których znaczne zmniejszenie objętości strumienia powstało wskutek chwilowego zaburzenia, już to w prawidłowym odżywianiu błony śluzowej, jak obrzęk, już to w czynności włókien mięśniowych, cewkę otaczających, jak skurecz, Th. nie nazywa zwężeniem. Wspomniane wyżej anatomiczne w cewce zmiany rozwijają się najczęściej w tkance podśluzowej, lub kaletkach ciał jamistych, rzadko zaś w samej błonie śluzowej i przedstawiają się w postaci blizn, fałdek, pierścieni, modzeli lub guzków. W takiej anatomicznie zwężonej cewce znajdujemy najczęściej tylko jedną bliznę, fałdkę i t. d., czasem jednak istnieje ich 2 lub 3 i rzadko zaś 4—5. Zarośnięcie ścian cewki z zupełnem zamknięciem jej światła Th. spostrzegał tylko przy zwężeniach, powstałych po zranieniach.

Po tryprowem zaś zapaleniu następuje tylko, stosownie do jego stopnia, większe lub mniejsze zwężenie, ale nigdy zupełne zarośnięcie. Zjawiające się zaś czasem i przy tego rodzaju zwężeniu zupełne zatrzymanie moczu jest wynikiem, albo zapalne obrzęku błony śluzowej pokrywającej bliznowatą tkanekę, albo zatkania się wąskiego otworu za pomocą śluzowego korka, lub małego kamienia. Co się tyczy miejsca, w którym zwężenie, szczególnie tryprowe, najczęściej się rozwijają, to Th., przy swoich poszukiwaniach przeprowadzonych na 310 preparatach, znalazł, że w 215 przypadkach t. j. 67% one usadowiły się na miejscu odpowiadajacem krzywiźnie podłonowej, t. j. w opuszcze i części błoniastej; w 51 przypadkach t. j. 16% w środku części obwisłej cewki t. j. w oddaleniu 6,3 ctm. od zewnętrznego jej otworu i nareszcie w 54 t. j. 17% w samym zewnętrznym otworze i w tkance jamistej tuż po za nim się znajdującej. Organiczne takie zwężenia, pozostawione przez dłuższy czas bez odpowiedniego leczenia, wywołują prawie zawsze w następstwie dosyć poważne anatomiczne zmiany w całym narządzie moczowym. Zmianami temi są: 1) nierównomierny rozrost tkanek w ścianach zbiornika i tworzenie się pęcherza w ścianach belezkowatych (*vesse à colonnes*) z wypukleniami większych lub mniejszych rozmiarów. 2) Zmiany zapalne w błonie śluzowej pęcherza rozmaitego stopnia i charakteru. 3) Zmniejszenie objętości t. j. jamy pęcherza. Zmniejszenie to, jako wynik ciągłych kurczów ścian i częstych w nich zapaleń, może dojść do tego stopnia, że czasem jama ta nie może zawierać w sobie więcej niż 20—40 kub. ctm. płynu. 4) Rozszerzenie się objętości moczowodów, miedniczek i kielichów nerkowych z zanikiem miąższu tych ostatnich 5) Znaczne rozszerzenie odcinka cewki, znajdującego się po za zwężeniem i owrzo-

dzenie jego błony śluzowej i 6) Pęknięcie tej ostatniej w rozszerzony m. od. inku z pojawieniem się w luźnej tkance łącznej cewki, moszen i krocza nacieków, ropni i przetok moczowych.

Objawy. Przy zwężeniach cewki spostrzegamy zwykle objawy wczesne na które chorzy najczęściej mało lub wcale nie zwracają uwagi i następcze, które zawsze nader poważny mają charakter. Do pierwszych należą: nieznamy wysięk ropny z cewki moczowej, częstsze i nie nader bolesne oddawanie moczu, zmiana postaci strumienia i czasu jego trwania i nareszcie niesilne ogólne osłabienie. Do następczych zaś objawów, które występują zwykle po dłuższem dopiero trwaniu silnego zwężenia, należą: 1) Nader częste i dosyć bolesne oddawanie moczu. Objaw ten jest zwykle wynikiem, albo zmniejszonej objętości pęcherza, albo zwiększonej wrażliwości jego błony śluzowej, albo nareszcie silnego drażnienia, jakie wywiera na tę ostatnią fizycznie i chemicznie zmieniony mocz. 2) Poczucie silnego bólu w tyle spojenia łonowego, krocza, jądrach, udach i t. p. 3) Zupełne zatrzymanie lub nie dostateczne wydzielanie się moczu na zewnątrz. 4) Wydzielanie się moczu znacznie zmienionego w swoich fizycznych i chemicznych własnościach. Mocz u takich chorych zawiera zwykle w sobie w większych lub mniejszych ilościach ropę, śluz i krew, ma amoniakalny zapach i odczyn ługowy. 5) Ustawiczne wyciekanie moczu na zewnątrz. *Incontinentia* ta jest prawie zawsze wynikiem nadmiernego przepełnienia pęcherza. U takich bowiem chorych, jak już wiemy, zbiornik ten może być nadmiernie przepełnionym wtedy nawet, kiedy zawiera w sobie jeszcze bardzo małe ilości tego płynu. Wskutek czego też nie raz widzimy, że taki pęcherz, mimo że już jest nadmiernie przepełnionym, nie występuje jednak z powodu spojenia łonowego, 6) Tworzenie się w luźnej tkance łącznej krocza, moszen i sąsiednich części, wskutek pęknięcia cewki z tyłu zwężenia nacieków, ropni i przetok moczowych i nareszcie 7) Co się jednak bardzo rzadko zdarza, wystąpienie septycznego zapalenia otrzewnej lub tkanki łącznej małej miednicy wskutek pęknięcia samego pęcherza i przedostania się do tych ostatnich silnie zmienionego moczu. Nie należy zapominać, że czasem t. j. u słabych osobników spostrzegamy, oprócz tylko co wyliczonych miejscowych objawów, jeszcze dosyć poważne zakłócenia w ogólnym ustroju. Do tych ostatnich należą: 1) zaburzenia w narządzie trawienia z ogólnym upadkiem odżywiania, 2) pojawienie się od czasu do czasu, szczególnie po każdym wprowadzeniu zgłębnika lub cewnika, prawdziwych paroksymów gorączki moczowej i 3) silne nerwobóle w rozmaitych oddalonych od cewki częściach ciała.

Przyczyny. Zwężenia w cewce moczowej, rozwijają się podług Th.:

I. Po zapaleniu. Zapalenie to może mieć miejsce w tkance samej cewki, albo też w tkance łącznej ją otaczającej i może być:

- 1) specyficznem i
- 2) niespecyficznem.

II. Wskutek tworzenia się w cewce blizn, modzeli i zrostów. Ostatnie spostrzegamy:

- 1) po przebytych szankrze w samej cewce
- 2) po owrzodzeniach nie specyficznego charakteru i
- 3) po uszkodzeniach cewki.

III. Przy rozwinięciu się w cewce narośli, mianowicie:

- 1) wybujałości ziarninowych
- 2) polipów i
- 3) gruczliczych oraz złośliwych nowotworów i nareszcie.

IV. Wskutek wrodzonych niedostatków.

(d. c. n.).

Wiadomości bieżące.

— Rocznik medycyny krajowej wydawany staraniem i nakładem kolegi Rogowicza od lat 10, w roku bieżącym, dla przyczyn od niego niezależnych, nie wyjdzie. W zamian za to posyłać będziemy Abonentom naszym Kalendarz lekarski D-ra Stelli Sawickiego ze Lwowa. Począwszy od roku przyszłego wydawany będzie staraniem i nakładem Redakcyi „Medycyny” Rocznik lekarski z zaprowadzeniem reform, które z biegiem czasu okazały się koniecznemi.

— Czytamy w 51 Numerze z r. zeszl. w Przeglądzie Lekarskim Krakowskim: „Znany laryngolog warszawski Dr. T. HERYNG otrzymał od Cesarza Niemieckiego list z podziękowaniem za usługi oddane zmarłemu Cesarzowi Fryderykowi podczas pobytu jego w San-Remo, a tytułem pamiątki piękny wazon porcelanowy mający wartość artystyczną”.

Zmarli. Ś. p. Wincenty BRODOWSKI, Dr. Medycyny obywatel ziemski zmarł przed kilkoma dniami w majątku swym Łękawie licząc lat 56. Zmarły, przemieszkując czas dłuższy w Warszawie znany był w szerokich kołach lekarzy i publiczności, ciesząc się ogólną sympatyją jako lekarz i zacny człowiek. Na polu społeczno-lekarskiem nie małe dla nauki i naszego miasta położył zasługi, założywszy przed dwudziestu kilku latami pierwszy u nas instytut pneumoterapeutyczny, a przed laty 6-ma w specjalnie na to zbudowanym domu instytut hydropatyczny wedle współczesnych wymagań. Dotknięty cierpieniem serca usunął się w r. 1885 od zajęć, pragnąc zażyć spokoju i ratować zdrowie. W piśmiennictwie lekarskiem, liczne prac swych zmarły pozostawił ślady ogłosiwszy w Pamiętniku Warsz. Tow. Lek. oraz w Gazecie Lekarskiej (między r. 1866 a 1876) cały szereg prac z zakresu pneumoterapii. Jako pierwszemu z lekarzy polskich którzy na tem polu swemi sumiennemi pracami torowali drogę następcom, należy się śp. Wincentemu szczerze uznanie. Dokładny spis prac nieboszczyka podaje Słownik Kościńskiego. Cześć pamięci zmarłego, jako lekarza-obywatela, cześć pamięci, jako autora, który sumienną pracą umiał zająć w nauce ojczystej zaszczytne stanowisko!

— Ś. p. Henryk STANKIEWICZ, znany w mieście naszym syfilidolog zmarł w Odessie.

OGŁOSZENIA.

Słownik lekarzów polskich

obejmujący

oprócz krótkich życiorysów lekarzy polaków oraz cudzoziemców w Polsce osiadłych, dokładną bibliografią lekarską polską od czasów najdawniejszych aż do chwili obecnej

ułożył Stanisław Kościński

Członek czynny i bibliotekarz Warsz. tow. lek., członek związkowy Wileńskiego tow. lek.
Zeszyt I, II i III.

Warszawa nakład Autora 1883 można nabyć w Redakcyi Medycyny — Cena: 1 rs. 50 k.
z przesyłką pocztową 1 rs. 80 kop. za zeszyt.

CHOROBY NERWOWE, LECZENIE ELEKTRYCZNOŚCIĄ.

Prof. Dr. Nawrocki.

Ordynacka Nr. 2, róg Aleksandryi, dom Hr. L. Krasińskiego, mieszkania Nr. 6,
od 4—5 godziny.

REDAKTOR i WYDAWCA, Dr. Gustaw Fritsche. Adres Redakcyi: Aleja Jerozolimska N. 80.

Дозволено Цензурою. Варшава 22 Декабря 1888 г.—Друк Марыи Зіемкіевіч
Krak.-Przedm. Nr. 17. Cena numeru pojedynczego kop. 15.

V. KRAFFT-EBING.

ZBOCZENIA UMYSŁOWE

na tle zaburzeń płciowych (*Psychopathia sexualis*).

OPACZNE CZUCIE PŁCIOWE.

Przełożył z niemieckiego

Dr. A. Fabian.

Numery Medycyny zawierające powyższą pracę są do sprzedania w Redakcyi Medycyny za cenę 1 rs., z przesyłką pocztową 1 rs. 30 kop.

ZAKŁAD LECZNICZY

HYDROPATYCZNO-PNEUMATYCZNY

dla chorych przychodzących,

D-rów DOBRZYCKIEGO i FRITSCHEGO

Oboźna Nr. 5.

1) **Leczenie ścieśnionem powietrzem** w dwóch gabinetach pneumatycznych, oraz stosowanie wielkiego dwucylindrowego przyrządu o dowolnie zmiennem dodatniem i ujemnem ciśnieniu, (wysięki pleurytyczne, rozdęcie płuc, astmy, katary dróg oddechowych).

2) **Leczenie hydropatyczne.** Zakład zaopatrzony jest we wszystkie przyrządy według najnowszych wymagań nauki: kąpiele parowe, kąpiele rzymskie, kąpiele ogólne w obszernym bassenie, kąpiele wannowe, nasiadowe, natryski (prysznicze) o różnych temperaturach, natryski t. zw. **szkockie**, koce, oraz wszelkie procedury w zakres hydropatyi wchodzące (osłabienie ogólne, blednica, liczne cierpienia nerwowe, początkowe cierpienia rdzenia pacierzowego, przewlekłe cierpienia żołądka i kiszek, zastarzałe reumatyzmy i t. d.)

3) **Massaż** czyli **terapia mechaniczna**, oraz kombinacya hydropatyi z masażem (skrzywienia członków, oraz zgrubienia stawów, szczególnie od wysięków zależne, chroniczne zaparcie kiszek, neuralgie obwodowego pochodzenia, i t. d.)

4) **Kąpiele: solankowe, żelaziste, igliwiowe, elektryczne** (skrofuły, niedokrwistość, osłabienie ogólne).

5) **Inhaloterapia** czyli leczenie za pomocą **inhalacyj**. Zakład posiada przyrządy wszelkich systemów i konstrukcyj do stosowania wziewań (stany kataralne dróg oddechowych z obfitem wydzielaniem połączone, jamy oskrzelowe, cuchnąca płwocina i t. p.)

MATTONI'EGO

GISSHÜBLER

najczystsza
alkaliczna
-SZCZAWA-

Wypróbowana przeciw:

Chorobom przyrządów oddechowych i trawienia, podagrze, niezytom żołądka i pęcherza, specjalnie u dzieci. Używa się ze szczególnie dobrym skutkiem przed i po kuraacyi Karlsbadzkiej.

MATTONI'EGO

WYCIĄGI BOROWINOWE

SÓL BOROWINOWA
ŁUG BOROWINOWY

Wygodny sposób przygotowywania:

KĄPIELI BOROWINOWYCH i ŻELEZISTYCH w DOMU.

Przez długie lata wypróbowane przeciw:

Zapaleniu macicy, jajników, otrzewny, białaczce, skrofulom, krzywicy, białym upławom, usposobieniu do poronień, bezwładom, porażeniom, bezkrwistości, Reumatyzmom, podagrze, scyatyce i hemoroidom.

MATTONI'EGO

WODA GORZKA Z BUDAPESZTU

najskuteczniejszy

ŚRODEK PRZECZYSZCZAJĄCY.

ROZSYŁKA WSZYSTKICH WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH
I PRODUKTÓW ZDROJOWYCH

HENRYK MATTONI

FRANZENSBAD, — WIEDEN, — KARLSBAD,
MATTONI & WILLE, BUDAPESZT.