

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

W SZYBKIEM GALEZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACJI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1873 do 1 stycznia 1874) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1874 r. rsr. 128 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauki Lekarskiej. Rocznie: rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

TREŚĆ Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej. Klinika chirurgiczna Ces. Uniw. Warsz. Zwężenie cewki moczowej, kamienie w cewce i pęcherzu moczowym, uretrotomia zewnętrzna, cięcie pęcherza (urethrotomia externa, cystotomia), wyzdrowienie. Postrzeżenie Dra Girsztowta, Prof. kliniki. (Dokończenie).—Kronika zagraniczna. Przewlekłe nieżytowe zapalenie płuc przez D-ra Aufrecht'a. (Dokończenie).—O użyciu chloralu u dzieci przez Prof. Steiner'a.—Wiadomości bieżące. Aqua laurocerasi jako środek rozpuszczający środki narkotyczne dla wstrzykiwań podskórnych.—Roczny przychód szpitali londyńskich.—Od Redakcyi Gazety Lek. i Biblioteki Umiejętności Lekarskich.—Dodatek. Medycyna sądowa T. I, ak. 33.—Chirurgia operacyjna T. II, ark. 16.—Akuszeryi T. I, ark. 49 i 50.—Choroby przyrządów jamy brzusznej ark. 7.—Choroby narządów oddechania ark. 9.—Pat. i ter. szczeg: T. I, cz. II-a, ark. 10.

Klinika chirurgiczna Ces. Uniw. Warsz.

Zwężenie cewki moczowej, kamienie w cewce i pęcherzu moczowym, uretrotomia zewnętrzna, cięcie pęcherza (urethrotomia externa, cystotomia), wyzdrowienie.

Postrzeżenie D-ra Girsztowta, Professora Kliniki.

(Dokończenie).

Z powyżej skreślonego obrazu przekonywamy się, że przecięcie cewki moczowej pomimo zawikłań ze strony pęcherza, w obecnym wypadku uwięzionem zostało najpomyślniejszym skutkiem; przyjrzyjmy się jednak, czy ten pożądaný skutek operacyi, to jest utworzenie naturalnej drogi dla oddawania moczu, jest stałym, a przynajmniej długotrwałym, i czy w następstwach operacyi nie zachodzą takie okoliczności, które zdolne są zniweczyć nadzieje chorego i operatora, a nawet być powodem śmierci operowanego? Dla czego po dziś dzień tak różne a odmienne o tej operacyi wygłaszane są zdania przez największe powagi naukowe? Wtedy kiedy Desault operacyę w mowie będącą uważa za bezużyteczną, niebezpieczną, a Civiale mówiąc o niej powia-

da, że nieroztropnością jest dawać w ręce młodych chirurgów sposoby operowania wadliwe, niepewne i pełne niebezpieczeństw, inni znowu jak Nélaton i Guérin w dziełach swoich zaledwo o niej wzmiankę czynią, w tymże czasie Astley Cooper, Syme, Sédilot i Busch głoszą, że to jest operacja radykalna, która winna być codzienną w rękach każdego operatora. Żeby w obec tych sprzecznych poglądów wydać zdanie, czy operacja ta ma przynajmniej prawa obywatelstwa w praktyce lekarskiej, lub też przeciwnie, że przy leczeniu zwężeń cewki i zatrzymaniu moczu jest ona konieczną i rzeczywiście pożyteczną, musimy chociaż najpobieżniej rozebrać jęj zalety i wady.

Dwa cierpienia, jako to: zwężenia cewki moczowój i zatrzymanie uryny, przy których interwencya chirurgiczna jest niezbędną, są stare jak świat. Przy wynajdywaniu środków dla ich usunięcia myślą przewodnią dla lekarzy była zawsze okoliczność: czy zwężenia są jeszcze przechodnie (*stricture permeabilis*), lub też nie (*str. impermeabilis*), czyli innemi słowy mówiąc, czy w obec istniejącego zwężenia cewki można jeszcze było przejść do pęcherza, lub też nie. Celem usunięcia zwężeń w pierwszym razie wynaleziono metody, jak: 1) rozszerzanie stopniowe (*dilatatio, progressiva, gradata*), lub 2) doraźne, gwałtowne (*dil. violenta, dirulsio, catheterismus violentus*); 3) wyżeganie (*cauterisatio*), a w końcu rozcięcie zwężenia od wewnątrz (*urethrotomia interna*); tam zaś gdzie skutkiem zbyt wielkiego zwężenia kanału, lub też zupełnego zamknięcia jego niemożliwem było przejść kateterem do pęcherza, wprowadzono w użycie uretrotomię zewnętrzną, lub też w ostateczności—przekłócie pęcherza (*punctio vesicae*).

Ten ostatni sposób leczenia zwężeń jest najdawniejszy ze wszystkich. Wzmiankują już o nim Johannes Damascenus, Rhazes i Avicenna; uciekali się doń w ostateczności przy zupełnem zatrzymaniu moczu; prawdopodobnie wykonywając tę operacyę, myśleli raczej o wypuszczeniu moczu, aniżeli o zniszczeniu zwężenia i w tém rozumieniu nazywali ją *scissura parva inter anum et testiculos*, do której (rany) wkładano *canulam ut egrediatur urina*. Niepodobno nie widzieć w tém zawiązku operacyi, o której mowa. Było to pod koniec X i na początku XI-go wieku; następnie do początku XVI stulecia nie o niej nie wiemy. Dopiero kiedy w r. 1535 Barletta (Mariano Santo) w dziełku „*Libellus aureus de lapide vesicae per incisionem extrahendo*” (Venet. 1535) dał poznać światu metodę swego mistrza Jana de Romani (z Kremony), wyjmowania kamienia z pęcherza za pomocą wielkiego przyrządu (*apparatus magnus*), uretrotomia zewnętrzna rozpowszechniła się pomiędzy chirurgami. Tak w r. 1650 Franciszek Thévenin zrobił cięcie na międzykroczu (*perinaeum*) celem dojścia do cewki, a przez nią do pęcherza, cięcie z kształtu podobne do dziurki od guzika, z kąd poszło, że i samą operacyę ochrzczono nazwą *boutonnière*, albo *incision à la boutonnière*, v. *opération de la boutonnière* (*Knopflochoperation*); najwięcej jednak do zjednania téj operacyi praw obywatelstwa w chirurgii przyczynił się Jan Ludwik Petit (1674—1750), który po dziś dzień, chociaż nie właściwie, uważa się za jęj twórcę. Kiedy tym sposobem operacya ta rozwijając się po-

woli w ciągu dwóch wieków zdawała się już dosięgać szczytu uznania pomiędzy lekarzami, wypadek chciał, że kilka razy niepowiodła się ona Professorowi D e s a u l t'owi, który pod koniec wieku XVIII-go dzierżył berło chirurgii we Francyi. Znamienity twórca pierwszej kliniki chirurgicznej w Paryżu, oświadczył wówczas, że operacja ta jest niebezpieczną i że we wszystkich przypadkach, w których ona podług dawnych poglądów była wskazana, on woli uciekać się raczej do przekłócia pęcherza, a nawet do gwałtownego rozdarcia zwięzienia cewki (*catheterismus violentus*), za pomocą rozszerzaczy (*dilatatoria metallica*). Dosyć było, żeby zdanie jego podzielili B o y e r i R o u x, a już operacja T h é v e n i n'a poszła w zapomnienie i pogardę w całej Europie z wyjątkiem Anglii, gdzie G u t h r i e, B r o d i e, A. C o o p e r, L i s t o n wykonywali ją jeszcze chociaż w wyjątkowych razach. Tak było do roku 1844. S y m e dopiero podniósł ją na nowo do znaczenia, można powiedzieć wskrzesił, udoskonalił narzędzia (podwójnej średnicy kateter jego z roku 1853), podał wskazania, ustalił pravidła wykonania (w dwóch posiedzeniach), i sam wykonywał ją 77 razy, z których ani jednego nieszczęśliwego wypadku nie było, zjednał jój należne stanowisko pomiędzy operacjami koniecznymi. Wielu autorów nie znając kolei przez jakie ta operacja już przechodziła, nazwali ją operacją S y m e'a, chociaż nazwa sama *boutonnaire* wyraźnie wskazywała jój francuzkie pochodzenie. Za naszych już czasów operacja ta z Anglii przeszła do Niemiec, gdzie B r u n s, P i t h a, a zwłaszcza B u s c h nie mało pracami swemi przyczynili się do jój rozpowszechnienia. W roku 1854 Prof. S é d i l l o t rozprawą swą przedstawioną do Akademii Umiejętności w Paryżu potrafił na nowo rozbudzić zajęcie Francuzów do téj operacji, w następstwie czego weszła ona znowu w użycie i stała się przedmiotem kilkunastu dySSERTACyj (C a r b o n e l l, A n d r a d e, D u d o n, B o e c k e l, V o i l l e m i e r, B o u r g u e t, R e l i q u e t i w. i.). W miarę częstszego jój wykonywania mnożyły się i nieszczęśliwe zejścia, tak T h o m p s o n w r. 1854 zebrał 39 wypadków, z których 4 operowanych umarło, u innych zwięzienie wróciło, u innych znowu w następstwie operacji została przetoka. B o e c k e l zebrał 75 wypadków, z których 16 umarło, przeto 21,34%. Przyczyną śmierci była albo posocznica, albo też zapalenie nerek. W r. 1858 T h o m p s o n zestawil 219 wypadków uretrotomii zewnętrznej przez trzydziestu operatorów angielskich dokonanej; z 219 wypadków u 15 nastąpiła śmierć, czyli umarł 1 na 14 operowanych (6,84%). Zaczęto szukać przyczyn tak uderzającej różnicy śmiertelności, przyczem okazało się, że uretrotomie na przewodniku robione, a zatém w wypadkach stosunkowo lżejszych przedsiębrane, przedstawiają mniejszą śmiertelność, tak. że z ogólnej cyfry znanych dotąd operacyj wyprowadzić można wniosek, że na 5 operowanych bez przewodnika umiera 1, i to najczęściej na białkomocz (*nephritis albuminosa*), na którą oddawna już przed operacją cierpieli chorzy, mała zaś liczba od posocznicy rozwijającej się od warunków najczęściej szpitalnych, nie zaś w skutek samej operacji.

Zebrane wypadki pojedynczych operatorów tak różne co do śmiertelności, na szali krytyki zważone, były powodem, że odnośnie do rokowania i wy-

konania samej operacyi podzielono je na lżejsze i trudniejsze: do pierwszych zaliczono te w których operacya wykonywa się na przewodniku (*itinerarium*), do ostatnich zaś te, gdzie przewodnika zastosować nie możemy, a pomimo to operacyę, jakkolwiek bez pewnej podstawy na jej powodzenie, wykonać obowiązani jesteśmy (*operatio urgens*), nie będąc częstokroć pewni czy zdołamy ją nawet skończyć pomyślnie, bo każdy operator wie dobrze, że wynalezienie bez przewodnika końca cewki wiodącego do pęcherza należy do najmozolniejszych, a nie rzadko bezowocnych starań jego.

Pierwszem następstwem współczesnych nam badań nad tą operacyą było, że stosownie do celu jej wykonania rozdzielono ją na dwa rodzaje: 1) na właściwą *boutonnière*, której zadaniem jest otworzenie cewki moczowej w okolicy międzykrocza dla wprowadzenia kateteru do pęcherza celem wypuszczenia moczu i 2) na uretrotomię zewnętrzną, która oprócz otworzenia cewki w jakiejś części, ma nadto i głównie na celu zniszczenie zwężenia, właściwie więc jest to *stricturotomia ab extus*. Ponieważ jednak każda z nich wykonywa się od zewnątrz i również tak w pierwszej jak i w drugiej przecina się cewka bez względu, czy istnieje w niej zwężenie, lub nie—nazwa przeto *urethrotomia externa* (ὀρθήρα—cewka, τεμαίω—ciąć) w zupełności jest wystarczającą.

Ta ostatnia jest przedmiotem obecnego rozbioru:

Zatrzymanie moczu zupełne w obec takich zmian chorobnych w cewce moczowej, przy których niemożliwe jest wprowadzenie kateteru do pęcherza celem wypuszczenia uryny, stanowi ogólne wskazanie do uretrotomii zewnętrznej (*indicatio generalis*).

Zasada ta jednak nie jest powszechnie ustaloną i przez wszystkich lekarzy przyjętą: z jednej strony twierdzą bowiem, że nie ma zwężeń cewki moczowej, przez które cienkim kateterem przejśćby nie można było (*strictura impermeabilis*) powiadają, potrzebne są do tego tylko zręczność, wprawa i wytrwałość, tak że ta nieprzechodność jest tylko względna, od osobistości lekarza zawisła; z drugiej znowu strony są lekarze, którzy hołdują tym przekonaniom, że jakkolwiek można kateterem przejść zwężone miejsce, pomimo to jednak dla prędszego i pewniejszego ich uleczenia, uretrotomii zewnętrznej trzeba oddać pierwszeństwo przed innymi sposobami leczenia tego cierpienia. Nadto każdemu z lekarzy z doświadczenia znane są wypadki zupełnego zarośnięcia światła cewki moczowej (*obliteratio urethrae*), w których przeto o przejściu kateterem przez miejsce zarośnięte i mowy być nie może. Z tych powodów najwłaściwiej postąpiemy, jeżeli wskazania do uretrotomii zewnętrznej podzielimy: 1) na względne (*indicatio relativa*) i 2) bezwzględne (*indicatio absoluta*).

Prof. Syme, jeden z najgorliwszych zwolenników operacyi w mowie będącej, do wskazań względnych uretrotomii zewnętrznej zalicza z wężenia przechodnie (*strictura permeabilis*). Znakomity uczony angielski przyjmując w zasadzie, że zwężenia cewki przez które kateterem, chociażby najmniejszym przejść można, powinny być leczone przez stopniowe rozszerzanie (*dila-*

tatio gradata, lenta, progressiva), robi jednak zastrzeżenie: 1) że w wypadkach nadzwyczajnej wrażliwości cewki (*urethra irritabilis*), gdzie po zaprowadzeniu kateteru występują przypadłości nerwowe, lekarz uciekać się winien do uretrotomii zewnętrznej, zwłaszcza jeżeli użyte środki narkotyczne i rozmięczające zostały bezskutecznymi; 2) w wypadkach, w których po uleczonym zwężeniu przez rozszerzanie, takowe skutkiem wielkiej kurczliwości tkanek prędko wróciło, zdaniem tegoż S y m e'a trzeba robić uretrotomię zewnętrzną; 3) w zwężeniach cewki bliznowych (*strictura cicatricialis*) i na wielkiej przestrzeni rozwiniętych, które nieprzewyciężony prawie stawiają opór rozszerzaniom, jako ostateczny a pewny ratunek widzi S y m e także w uretrotomii zewnętrznej. Oddajemy hołd zasługom naukowym S y m e'a, musimy jednak wyznać, że zasad jego postępowania w wypadkach powyżej wyliczonych podzielać nie możemy: 1) nadzwyczajną drażliwość cewki złagodzić lub nawet znieść zupełnie możemy środkami przyzeganymi; 2) każde zwężenie, jakąbądź metodą usunięte, zawsze wraca, co więcej i uretrotomia zewnętrzna, jak to poniżej zobaczymy, bynajmniej od recydywy nie zabezpiecza; 3) zwężenia bliznowate ze skutkiem leczymy przez uretrotomię wewnętrzną lub przez rozerwanie zwężenia rozszerzaczami, (*divulsio, dilatatoria metallica*: Holt'a, Rigaud'a, Thompson'a i w. i.). Prócz tego czas pooperacyjny dla zabliznienia rany potrzebny nierównie jest dłuższy, aniżeli przy innych sposobach leczenia zwężeń. Prawda, że w wypadkach powyżej wyliczonych wykonanie uretrotomii zewnętrznej, jako na przewodniku dokonywane, bardzo jest łatwe i złych następstw zwykle za sobą nie pociąga, ale też nie ma żadnego pierwszeństwa przed innymi sposobami leczenia zwężeń, i uciekanie się doń jest więc rzeczą dowolną, od poglądu lekarza zawisłą, ztąd to wskazania w wyliczonych powyżej wypadkach nazwaliśmy względnymi, czyli indywidualnymi.

Jeżeli przy możebności przejścia przez zwężenie uretrotomia zewnętrzna jest operacją dowolną, to z drugiej strony są wypadki w praktyce lekarskiej, gdzie ona stanowi jedyną i wyłączną pomoc dla zagrożonego życia chorego. Te to wypadki stanowią bezwzględne wskazania do jej wykonania. Do nich należą:

1) Zwężenia cewki moczowej, przez które przeprowadzić nie możemy najmniejszej świeczki lub kateteru (*strictura impermeabilis*). Oddawanie moczu przytém może być albo zupełnie wstrzymane, albo też mocz sączy się, lub cieniutkim odpływa strumieniem. Przy zupełnej niemożności oddawania moczu, takowy rozciąga pęcherz, który w końcu ulega pęknięciu, lub też rozrywa się cewką moczową, albo w następstwie zatrucia organizmu składowemi częściami uryny, chory umiera. W obec tych okoliczności, operacja staje się nagłą (*operatio urgens*).

2) Zupełne zarośnięcie cewki moczowej (*obliteratio urethrae*) skutkiem przebytego zapalenia, przy czém zwykle spotykamy jedną lub kilka przetok moczowych (*fistulae urethrae*), przez które sączy się uryna. W podobnym wypadku dla przywrócenia normalnego kanału moczowego wskazaném jest wycięcie

modzelowato przeistoczoną i zarośniętą część cewki (*excisio stricturae*) i utworzenie w tém miejscu nowej cewki z części otaczających.

3) Obecność obcych ciał w cewce moczowej (*corpora extranea*), jeżeli takich wyjąć (*extractio*), lub skruszyć (*lithotripsia*) nie jesteśmy w stanie.

4) Rozerwanie gwałtowne cewki moczowej (*ruptura traumatica*).

5) Uretrotomia zewnętrzna wskazaną jeszcze bywa jako operacya następująca po przekłóciu pęcherza moczowego, zrobionego celem doraźnego wypuszczenia moczu.

Przystępując do wykonania uretrotomii zewnętrznej przedewszystkiém zbadać winniśmy przyczynę wywołującą niemożebność oddawania moczu, określić jej siedlisko w cewce moczowej, czyli w jakiej części cewki znajduje się przeszkoda dla swobodnego wydalania moczu, oznaczyć jej przestrzeń i stopień, oraz uwzględnić zawikłania (np. przetoki moczowe, przekłócie pęcherza), które nieraz stają się okolicznościami ułatwiającemi wykonanie samej operacyi. Wprowadzenie kateteru do cewki moczowej i opowiadania chorego zdolne są zadosyć uczynić tym wymaganiom lekarza.

Z powyżej przytoczonych przyczyn (wskazań) zniewalających lekarza do uretrotomii zewnętrznej najczęstsze są zwiężenia; stopień zwiężenia rozstrzyga łatwość wykonania operacyi. Przy wskazaniach względnych, gdzie stopień zwiężenia pozwala przeprowadzenia przez nie przewodnika (*itinerarium*), operacya jest łatwą. Ułożywszy chorego w pozycyi wyżej podanej wprowadzamy cewnik rowkowany do cewki moczowej aż do spotkania przeszkody, następnie na rowku cewnika przed zwiężeniem (między otworem zewnętrznym cewki a miejscem zwiężenia), rozcinamy, idąc od zewnątrz ku cewce, wszystkie części miękkie i samą cewkę na przestrzeni cala, rozprowadziwszy brzegi rany i gąbką osuszywszy je, wyszukujemy otworek prowadzący do zwiężenia, wprowadzamy doń zgłębnik srebrny rowkowany i na nim zwykłym skalpelem rozcinamy samo zwiężenie. Wprowadzenie kateteru do pęcherza stanowi ostatni akt operacyi. Zupełnie rzecz ma się inaczej w obec *strictura impermeabilis*, gdzie zwiężenie zniszczyć zmuszeni jesteśmy bez przewodnika: wtedy pierwsze cięcie zrobione na cewniku przedłużamy w linii środkowej nad zwiężeniem aż do odkrycia cewki moczowej poza tylnym końcem zwiężenia; rozszerzona cewka z tyłu zwiężenia i wylanie się moczu na zewnątrz są wskazówkami rozcięcia cewki i zwiężenia. Jest to akt operacyi bardzo mozolny; dla tego lepiej jest otwierać cewkę z tyłu zwiężenia, w okolicy *partis bulbosae urethrae* i dopiero idąc z tyłu ku przodowi rozcinać samo zwiężenie. W tym celu w środkowej linii międzykrocza (*raphe*) otwieramy cewkę moczową i ztąd staramy się wejść zgłębnikiem do tylnego końca zwiężenia, i takowe na nim rozciąć; gdyby i ztąd nie można było przejść do tylnego końca zwiężenia, to żeby nie wpaść na manowce przy odszukiwaniu zwiężonego miejsca, wprowadzamy palec wskaziciel lewej ręki do przedniego końca rany zwróconego ku zwiężeniu i w tymże czasie wprowadzamy sondę do cewki z przodu zwiężenia; obecnie zbliżając palec z rany do końca sondy w przedniej części cewki znajdującej się, mostek pomiędzy niemi pozostały, a stanowiący samo miejsce zwiężenia, rozcinamy łącząc

palec z końcem zondy; albo też przez tkanki stanowiące mostek (właściwe zwężenie) gwałtem przesuwamy rowkowany zgłębnik i na nim rozcinając tkanki niszczymy zwężenie; gdyby tym mostkiem oddzielającym koniec zondy od palca w ranie cewki znajdującego się była tkanka zgrubiała, bliznowata, w takim razie cały ten mostek wycinamy (*resectio v. excisio stricturae*) i wprowadziwszy kateter do pęcherza, zostawiamy naturze utworzenie na drodze brodawkowdnia nowego kawałka cewki z części otaczających. Możemy jeszcze otworzyć cewkę w bliskości gruczołu przyprątneho: w tym celu wprowadzamy palec wskaziciel lewój ręki do odbytnicy, wielkim zaś palcem (*pollex*) tejże ręki naciskając na międzykrocze z przodu gruczołu przyprątneho, który służy za punkt oparcia się przy operacyi, napinamy skórę, w tymże czasie trzymając skalpel w prawej ręce robimy na międzykroczu poprzeczne cięcie z wypukłością ku górze jak przy *cystotomia bilateralis* na 15 millimetrów z przodu odbytnicy (pomiędzy *ossa ischii*); w głębi rany rozcinamy również poprzecznym cięciem na przestrzeni jednego centymetru cewkę; otwór ten służy tak dla wypuszczenia moczu natychmiastowego jak i dla odszukania miejsca zwężenia w cewce przez wprowadzenie doń cewnika. Gdyby usiłowania nasze utworzenia cewki bez przewodnika nie powiodły się, nie pozostaje nic innego jak wykonać przekłócie pęcherza moczowego *in regione suprapubica* i z wnętrza pęcherza przez jego szyjkę przeprowadzić kateter do cewki moczowej (*catheterismus retrogradus*) i na nim takową rozciąć.

Z tego cośmy powiedzieli wynika, że uretrotomia zewnętrzna bez przewodnika, bez względu czy otwieramy cewkę przed lub po za zwężeniem, należy do najtrudniejszych operacyj chirurgicznych. Operacyę tę ułatwić nam nieco mogą przetoki znajdujące się czasem na międzykroczu, wiodące do cewki: korzystamy wtedy z ich obecności i stopniowo rozszerzywszy jedną z nich dochodzimy zgłębnikiem do cewki, a z niej odszukujemy zwężenie i takowe rozcinamy. Jeżeli obecność obcego ciała w cewce daje powód do zatrzymania moczu i jeżeli go wydobyć lub pokruszyć nie możemy, uretrotomia będzie łatwiejszą, bo cewkę rozcinamy wtedy kierując się właśnie położeniem tego ciała; jeżeli cewka jest rozerwana, dojście doń jest łatwiejszém, bo z powodu nasiąknięcia moczowego (*infiltratio urinosa*) upoważnieni jesteśmy do zrobienia głębokich nacięć międzykrocza, z których otwór cewki rozerwanój łatwiej jest wynaleść, bo mocz wyciekający służy tutaj wskazicielem.

Po zrobieniu uretrotomii zewnętrznej t. j. po zrobieniu drogi dla wydania się moczu na zewnątrz i zniszczeniu zwężenia, główną jest rzeczą zarośnięcie rany i uprzedzenie powtórnego zwężenia: w tym celu zaraz po operacyi wprowadzamy elastyczny kateter do cewki i do pęcherza, żeby mocz odpływał przez jego światło (*lumen*) i żeby na nim odbywało się zabliznienie rany na drodze brodawkowania. Pomimo zdań sprzecznych, z własnego doświadczenia radzimy pozostawiać kateter w cewce i pęcherzu aż do zupełnego zabliznienia rany, rozumie się zmieniając go co 3—5 dni, żeby powierzchnia jego lub nawet i światło nie pokrywały się inkrustacyami, które drażnią tkanki otaczające od zewnątrz i zmniejszając stopniowo światło, mogą je zam-

knać zupełnie. Przy zmienieniu kateteru żeby ułatwić jego wprowadzenie i nie stracić dolnego czyli tylnego otworu cewki, radzimy, żeby na końcu kateteru, który zaraz wprowadzamy do pęcherza po uretrotomii, zrobić mały otworek; chcąc zmienić ten kateter przed jego wyjęciem wprowadzamy doń metaliczny przewodnik (*mandrin*) opatrzony główką, która przejść musi otworek końcowy kateteru i pozostać na chwilę w pęcherzu; tak usadowiwszy przewodnik, wyciągamy pierwszy zużyty kateter, a drugi (świeży) kateter, również z otworkiem na końcu, wsadzamy na przewodnik metaliczny pozostający w cewce i po nim wprowadzamy do pęcherza. Dopiero wyciągamy przewodnik. Mechanizm ten dla zmiany kateterów jest dobry.

Po wprowadzeniu kateteru do pęcherza po zrobionej uretrotomii, zadanie lekarza polega na wyczekiwaniu. Ranę pokrywamy kawałkiem zwilżonego płótna i dwa razy dziennie ją przemywamy; dbamy, żeby chory oddawał regularnie stolec, bo nagromadzające się masy w kiszce odchodowej wypychają kateter z pęcherza. Rana zwykle się goi w 5 do 8 tygodni. W okresie popoperacyjnym zdarzają się czasem krwotoki następcze, są one albo mięszone, lub tętnicze (*art. bulbosa* może być raniona); zwykle *haemostatica* (*aqua Pagliari*, *Nelubini*, *liquor ferri sesquichlorati*) wystarczają dla wstrzymania krwotoków. Gorszym zawikłaniem jest zapalenie nerek i *uraemia*, które jednakowoż jeszcze przed operacją zwykle się zaczynają, skutkiem zaś operacji pogorszyć się mogą; pomimo to jednak operacja jest konieczną i czém wczesniej była zrobioną, tém lepiej dla chorego.

Uretrotomia zewnętrzna bynajmniej nie wyłącza recydywy zwężenia, ztąd to każdemu operowanemu radzimy po zagojeniu rany zacząć wprowadzać świeczki przynajmniej jeden raz co dni kilka, celem uprzedzenia powrotu choroby. I z tego więc względu uretrotomia zewnętrzna nie przedstawia żadnego pierwszeństwa przed drugimi sposobami leczenia zatrzymania moczu i zwężeń cewki, a wykonanie jej jest trudniejsze od wszystkich innych sposobów leczenia zwężeń i zawikłania gorsze. Z tego wypada, że uretrotomia zewnętrzna jest tylko operacją konieczności, do której uciekamy się wtedy tylko, kiedy jedynie w niej samej widzimy nadzieję ocalenia życia chorego; zestawienie jej więc z innymi metodami leczenia zwężeń i zatrzymania moczu nie może mieć miejsca, ponieważ ona ma swoje odrębne wskazania, których wypełnić innymi sposobami nie możemy.

K R O N I K A Z A G R A N I C Z N A .

Przewlekłe niezytowe zapalenie płuc.

Przez Dra. Autrechta.

(Dokończenie).

Ja sam zupełnie to samo widziałem co Klebs, tylko że inaczej to objaśniam. I ja także znalazłem w tych miejscach, w których były granulacye, zmieniony śródbłonek naczyń limfatycznych i ja także widziałem że znaczna liczba małych komórek, mniejszych

od zmienionego śródbłonka, wzięła udział w tworzeniu się granulacyj i jak otaczając śródbłonek naczyń limfatycznych, leżała w substancji zasadniczej. Nie miałem jednak żadnej podstawy do przyjęcia, że śródbłonek naczyń limfatycznych rozróżnił się i aby komórki znajdujące się w substancji zasadniczej na około naczyń limfatycznych miały pochodzić z śródbłonka. Przeciwnie, na zasadzie badania granulacyj, wziętych z otrzewnej królika i oplucnej człowieka muszę twierdzić, że wśród każdej granulacji, między zmienionym śródbłonkiem naczyń limfatycznych i komórkami, które otaczając te ostatnie leżą w substancji zasadniczej, istnieje bardzo wyraźna granica, która już z góry wszelki genetyczny związek wyklucza. Różnica ta polega na rozmaitej wielkości komórek obwodowych i w środku leżących, albo jeszcze charakterystyczniej, obecnością włóknistego pierścienia otaczającego większe komórki, a który sam jest otoczony mniejszymi komórkami. Ten z tkanki łącznej złożony pierścień, rozumie się nie zupełnie okrągły, jest to skośnie ścięta ściana małego naczynia limfatycznego, o czym bardzo łatwo na innych przecięciach przekonać się można. Jeżeli zrobimy cięcia w innym kierunku, nie otrzymamy owego pierścienia leżącego po większej części po środku granulacji, lecz tylko rurkę, rozciągającą się po za mały guziczek, granulacye, i bezpośrednio przedłużającą się do naczynia limfatycznego, które wyraźnie charakteryzuje się swymi podługowato wielokątnymi komórkami. Tutaj także daje się śledzić za stopniowemi zmianami śródbłonka naczyń limfatycznych aż do środka samych granulacyj, gdzie uległy najdalej posuniętym zmianom. Podczas gdy w części naczynia limfatycznego leżącego po za obrębem granulacyj, śródbłonek tylko nieco więcej jest zmętniały w skutek czego wyraźniej są widzialne jak zwykle, to śródbłonek leżący bliżej granulacyj, z powodu wypełnienia się małemi ciemnymi ziarnkami staje się coraz mętniejszy. W miejscu nareszcie, w którym naczynie limfatyczne przechodzi przez granulacye, przyjmuje śródbłonek kształt i wygląd tak dalece różny od normalnego, że związek między nimi, tylko obecnością wśród niego światła naczynia, stwierdzić się daje. Tracą one mianowicie swoją podługowato wielokątną formę i przyjmują kształt więcej równokątny, grubieją, zawierają więcej ziarenek, a jądro ich przestaje być widzialne. Jeszcze jeden krok dalej a granice komórek zacierają się i mamy już rozpad ich. Nie widziałem jednakowoż ani mnożenia się śródbłonka samego naczyń limfatycznych, ani jego jąder.

Zupełnie inaczej zachowuje się drugi rodzaj komórek, ¹⁾ otaczających naczynie limfatyczne i całemu tworowi nadających kształt guziczków. Są to małe, okrągłe komórki, które są znacznie mniejsze i bardziej przezroczyste od wyżej opisanych, a bardzo podobne do białych ciałek krwi.

Granica ich od otaczającej tkanki nie jest wyraźną; podczas gdy na około naczynia limfatycznego leżą najgęściej, to oddalając się od tego ostatniego, spotykają się, coraz rzadziej.

Jeżeli przeto nie ma żadnej podstawy do przyjęcia genetycznego związku między śródbłonkiem naczyń limfatycznych a otaczającymi je okrągłymi komórkami, to każdy kto się przekonał o słuszności nauki Cohnheima, musi koniecznie dopatrzeć się innego związku między temi dwoma gatunkami komórek. Jeżeli każda rana rogówki przyciąga białe ciała krwi z daleka, jeżeli obnażenie otrzewnej powoduje wystąpienie białych ciałek krwi z naczyń krwionośnych, czyż nie jesteśmy tedy bezwarunkowo usprawiedliwieni przyjmując, że zapalony śródbłonek naczyń limfatycznych powoduje przywędrowanie białych ciałek krwi i nagromadzenie się ich w kształcie guziczków. Tylko przy pomocy tego przypuszczenia jesteśmy w stanie wytłómaczyć sobie sposób powstawania ziarnicy (gruźlicy) w ten sposób, że z ogniska zaszezepionego u zwierząt albo z gruczołu z rozpadłym zapalnym wysiękiem, dalej z nieżytego ogniska w płucach, już to bezpośrednio, do otaczających naczyń limfatycznych albo za pośrednictwem krwi do odległych naczyń limfatycznych dostają się pierwiastki, które w pojedynczych miejscach drażnią nabłonek aż do wywołania stanu zapalnego i że ten proces znów wywołuje wystąpienie białych ciałek krwi z naczyń otaczających śródbłonek, będący w stanie zapalenia.

Wróćmy się teraz do związku między przewlekłym nieżytem zapaleniem płuc a ziarnicą. Tutaj nie daje się i dziś jeszcze nic innego ani ściślejszego powiedzieć nad to, co Buchl przed 14 laty powiedział. „Gruźlica prosówkowa jest tedy (na zasadzie istniejących już od zajętej tkanki nie otorbionych, żółto-białych mass gruźliczych albo od jam

¹⁾ Pomijam tu zupełnie olbrzymie komórki w gruźelku, które uważam za zmieniony śródbłonek naczyń limfatycznych ze stopioną protoplazmą.

pochodzących) chorobą rezorbeyjną i zakaźną i zachowuje się do swego punktu wyjścia jak ropnica ze swemi zawałami krwotocznymi i ropniami do sposoczałych ognisk, albo jak ostra prosówkowa forma raka do pierwotnego tworu rakowego.“¹⁾

Nieco rzadziej jak ziarnica przyłączają się galopujące suchoty do przewlekłych nieżytych ognisk w szczytach płuc. Anatomiczną podstawą galopujących suchot, jest szybko przebiegające obustronne zapalenie płuc płatowe. Łatwo się udaje, zbadać procesem tym spowodowane zmiany w różnych okresach choroby. Z początku ogniska płatowe, łatwo dają się poznać, z powodu swego gronkowatego albo jeżynowego kształtu i brudnego, brunatno-żółtego zabarwienia. Później, gdy rozpad tych ognisk sprządza rozpad tkanki płucnej, powstają ropnie albo żółto-serowate kruche ogniska a tak z jednych jak z drugich powstają jamy. Często i inne organa zostają zajęte. Wrzody w krtani i kiszkaach często się zdarzają; przerodzenie mięszone wątroby, nerek, mięśni serca, należy do zwykłych zjawisk towarzyszących temu procesowi.

Rozpoznanie galopujących suchot w pierwszych dniach jest dosyć trudne, gdyż tak suchoty galopujące jak i ostry nieżyt płuc i krtani, mogą przyłączyć się do ognisk nieżytych w szczytach płuc już istniejących i że oba te procesy mogą wywołać z początku te same subiektywne i obiektywne objawy, nie wyłączając gorączki. Dopiero gdy przy mało zmienionych objawach auskultacyjnych i perkusyjnych gorączka gwałtownie się wzmaga i z małemi tylko ramnemi remissyami (w jednym wypadku przeciwnie widziałem exacerbacye ranne i remissye wieczorne) dłużej jak tydzień trwa, jeżeli od początku już gwałtowny kaszel dalej trwa, jeżeli wystąpi obfita plwocina, poty nocne, szybkie wychudzenie, wtedy dopiero z pewnością rozpoznać się dają suchoty galopujące. W pojedynczych jednak wcale nie rzadkich wypadkach, występuje stan soporyczny na kilka dni a nawet tygodni przed śmiercią, który oswobadza chorego od cierpień. Chorzy zaledwie żądają pokarmu jakiego. Jeżeli się ich obudza i pyta „jak się mają“, otrzymujemy zwykle odpowiedź, że wcale nie źle się czują. I ten sam stan trwa aż do śmierci.

Na pewien właściwy przebieg galopujących suchot, jaki miałem sposobność kilka razy obserwować, muszę zwrócić szczególną uwagę, gdyż przebieg ten może po największej części dać powód do przyjęcia, jakoby istniały pierwotne suchoty krtaniowe, to jest, że owrządzenie krtani poprzedza zajęcie płuc. W takich mianowicie wypadkach chrypka jest pierwszym objawem, zwracającym na siebie uwagę. Badanie laryngoskopijne z początku nie wykazuje nic innego, prócz lekkiego zaczerwienienia strun głosowych. Ochrypły pacjent, nie skarży się na nic innego; jest w stanie wykonywać swoje czynności, cieszy się dobrym apetytem, jednym słowem wszystkie czynności odbywają się u niego normalnie. Ponieważ zaś i puls jest normalny, to do czasu wystąpienia wrzodu na prawdziwych strunach głosowych—gdyż na tych tylko ostatnich widziałem je wyłącznie—rozpoznaje się tylko prosty nieżyt krtani. Najważniejsze dane daje tu termometr. Już na pewien czas przed tworzeniem się wrzodu, wtedy gdy obiektywne badanie klatki piersiowej nie pozwala jeszcze wyprowadzić pewnego wniosku, gdyż być może, że wypadaloby opierać się tylko na słyszalnych w szczytach płuc nieżytych rżężeniach, w tym mówimy już czasie, termometr wykazuje wieczorem uderzająco wysoką temperaturę przy zupełnych z początku remissyach rannych. W dalszym ciągu, nie występują już remissye ranne i wtedy smutne objawy szybko przebiegających suchot dają niestety za nadto wyraźny obraz choroby. Dla mnie jednak nie ulega żadnej wątpliwości, że u takich pacjentów zajęcie płuc poprzedziło zajęcie krtani.

Z resztą galopujące suchoty mogą przyłączyć się do każdego okresu przewlekłego nieżytych zapalenia płuc. To ostatnie może być ograniczone do bardzo małej przestrzeni a nawet za pomocą obiektywnego badania z trudnością wykazać się daje, albo proces mógł już oba zrazy płucne zająć.

Choroba może trwać od 1 do 3 miesięcy.²⁾ Nie widziałem aby choć jeden wypadek zakończył się wyzdrowieniem.

Po wyłączeniu wypadków, w których do przewlekłego nieżytych zapalenia płuc przyłącza się ziarnica albo galopujące suchoty, zostaje jednak jeszcze znaczna liczba wypadków, któreśmy wyżej do trzeciej kategorii zaliczyli, a mianowicie wypadki z długotrwałym przebiegiem. W tych wypadkach proces szerzy się od szczytów płuc do podstawy nadzwyczaj powolnie i odpowiednio temu rozpad tkanki płucnej jest też bardzo powolny.

1) Buhl, Zeitschr. f. rat. Med. N. F. Tom. VIII str. 50.

2) Porówn. Hérard et Cornil, De la phthisie pulmonaire Paris 1867 str. 466.

Często proces ten występuje tylko w krótkich odstępach czasu i spowoduje raczej stwardnienia mięszu na znacznej przestrzeni, z powodu że oddzielające się komórki zostają w pęcherzykach płucnych i zakończeniach drobnych oskrzeli, albo zamieniają się na włóknistą tkankę. Te ogniska stwardniałe mogą dojść do wielkości pięści, dosyć często jednak zostają małe, wielkości orzecha laskowego; w tych jednak razach liczba ich jest bardzo znaczna. Ogniska te zwykle są koloru szyfrowo-czarnego w skutek przemian barwnika. Barwnik ten odłożył się tutaj z czerwonych ciałek krwi, które razem z białymi z naczyń wystąpiły.

Przebieg choroby odpowiada powolnemu szerzeniu się zmian anatomicznych. Chorzy tacy cieszą się całe dziesiątki lat, a szczególnie jeżeli należą do wyższych klas społeczeństwa, względnie dobrym zdrowiem i zgadzam się najzupełniej z Baylem, ¹⁾ że przewlekłe nieżytowe zapalenie płuc (*bronchopneumonia*) może trwać 40 a nawet 50 lat, za nim doprowadzi do śmierci. Podczas gdy badanie klatki piersiowej wykazuje niewątpliwie zajęcie płuc, objawy są bardzo nieznaczne. Najczęściej uskarżają się chorzy na duszność i cierpią na nieżyty z obfitą plwociną, szczególnie na wiosnę i jesień. W lecie może wcale nie być kaszlu. Po większej części chorzy ci są dosyć wychudzeni, nie rzadko jednak pełność i zdrowa cera twarzy nie pozwalają domyślać się wychudzenia reszty ciała. Bez wątpienia, przyczyną cery twarzy są po części zastoje w naczyniach krwionośnych twarzy, co się objaśnia utrudnieniem krążenia w znacznej części tętnicy płucnej. Z tej też przyczyny twarz jest nieco obrzękłą i sino zabarwioną.

Lecz niestety, ten bardzo pomyślny długotrwały przebieg choroby, zostaje przerwany znaczną liczbą przypadkowych chorób i tym sposobem choroba ta przedstawia tak zadziwiającą różnorodność form. W najbliższym związku z przewlekłym nieżywym zapaleniem płuc stoi krwotok, zapalenie opłucnej i odma piersiowa. Co się tyczy powstawania tych dwóch ostatnich cierpień, nie mam nic nowego do powiedzenia; chcę tylko zwrócić uwagę, że tak jak do odmy piersiowej przylęcza się zapalenie opłucnej, tak samo, jakkolwiek rzadko, zapalenie opłucnej, może wywołać odnę piersiową. Wysiłek zapalny może mianowicie w pojedynczych miejscach za pośrednictwem opłucnej płucowej uciskać tkankę płucną i w skutek tego wywołać rozpad, tak, że może się utworzyć komunikacja między normalnymi poprzednio częściami płuc i jamą opłucną.

W sercu powstaje najczęściej przerost komórki prawej. Powstaje on bezwątpienia w skutek zatkania, albo przynajmniej zwężenia pewnej gałęzi tętnicy płucnej. Przy sekcyi przerost komórki prawej tém bardziej wpada w oko, że towarzyszy mu zwykle zanik komórki lewej. Mięśnie komórki prawej są twarde i mocno czerwone, mięśnie zaś lewej komórki są wiotkie i blade. Podczas gdy z powodu utrudnionego krążenia krwi w płucach, powstaje mniej lub więcej znaczny zastój w systemie żylnym, który uwidocznia się, najpierw, jak już wyżej wspomniano, w żyłach głowy i wątroby, to jednocześnie zmniejszona energia komórki lewej, również się przyczynia do upadku ogólnego odżywiania. Co się tyczy jednak tego ostatniego, to z pewnością jeszcze inne działają tu przyczyny.

Z organów w jamie brzusznej leżących, najwcześniej zaczyna współcierpieć wątroba. Klinicznie daje się wykazać mniej lub więcej znaczne powiększanie tego organu. Ponieważ rzadko tylko następuje sposobność, anatomicznie badać wątrobę w tym okresie, a rezultat nie może być pewny, jeżeli śmierć nastąpiła z powodu przypadkowej choroby, to powiększenie się wątroby tylko przypuszczalnie może być tłómaczone nacieczeniem tłuszczu do tego organu ²⁾. Czasami objawy ze strony wątroby i żołądka są uderzające a objawy ze strony płuc tak nieznaczne, że o zbadaniu klatki piersiowej ani nawet się pomyśli, ponieważ chorzy często bardzo dobrze wyglądają, a nawet mogą mieć niezwykle zdrową cerę. Takich chorych, jeżeli ich stan majątkowy na to pozwala; wysyła się często do Karlsbadu; w następnej jednak zimie tak samo się skarżą, jak i poprzedniej.

¹⁾ Bayle, De la phthisie pulmonaire Paris 1810 p. 43. 44.

²⁾ Po wyłączeniu przemiany mączkowatej i przemiany mięszowej wątroby, wypadki o których mówimy, (lekkie stłuszczenie wątroby), wcale nie tak często się zdarzają, jak utrzymuje Louis (*Recherches anatomico-pathologique sur la Phthisie*. Paris 1825, str. 113).

W późniejszych okresach choroby, z powodu zastojów w żyłę wątrobowej, powstaje tak zwana wątroba muszkatołowa.

Często w przebiegu przewlekłego nieżyłowego zapalenia płuc, mamy przerodzenie mączkowate wątroby, do czego przylęcza się często i także przerodzenie śledziony i nerek. Dosty często przemiana mączkowata jest bezpośrednią przyczyną śmierci.

Nerki, oprócz dopiero co wspomnianej przemiany, mogą uleść przewlekłemu śródmiąższowemu zapaleniu, które ja, z powodu wcale nie rzadkiego zjawiania się tego procesu w przebiegu przewlekłego nieżyłowego zapalenia płuc, uważam jako w przyczynowym związku będące z tą chorobą. Powłoka nerkowa łatwo wprawdzie zdejmuje się, sama nerka jest normalnej wielkości, tylko w pojedynczych wypadkach mniejsza od normalnej; nerka jednak sama jest twardą bardzo, a badanie drobnowidzowe wykazuje obecność dosty znacznej liczby komórek w tkance śródmiąższowej, albo pomnożenie tkanki łącznej śródmiąższowej. Badania moczu ludzi, u których istnieje taka zmiana w nerkach, rzadko tylko wykazuje obecność białka, często jednak znajdujemy pod mikroskopem wązkie blade cylindry.

Najczęściej jednak zajęty przewód pokarmowy. Cierpienie żołądka polega więcej na funkcyjnej zmianie, mniej lub więcej znacznym braku apetytu, z powodu ilościowej lub jakościowej zmiany soku żołądkowego, niż na katarze żołądka ¹⁾. Dalej kiszki cienkie, w których bardzo łatwo powstają zmiany, pochodzące z zajęcia gruczołów torebkowych. Gruczołki te przyjmują zwykle kształt ukośny, brzegi ich są podminowane. Jedno i drugie może zależeć od przebiegu naczyń limfatycznych w tkance podśluzowej kiszek; przynajmniej często widzimy na dnie wrzodu, żółto-ropiasty wygląd mającem paseczki, które ukośnie do osi podłużnej kiszek przedłużają się po za brzegi wrzodu i tym sposobem przenoszą zapalno-zgorzelowy rozpad, na tkankę podśluzową.

Staralem się dotychczas powiedziane w jak najszczuplejszych ramach zamieścić, unikając z jednej strony rozszerzenia pojedynczych rozdziałów, z drugiej przytaczałem wprawdzie wyniki badań innych autorów, na tém polu dokonanych, lecz nie chciałem być erudytą i podawać cytaty z cytata, aby całość nie urosła do objętości obszernego tomu. Teraz zaś, ponieważ chcę dodać parę uwag odnośnie do leczenia przewlekłego nieżyłowego zapalenia płuc i ziarnicy, jestem przymuszony być treściwym, gdyż nie mam w tym względzie wiele do powiedzenia.

Prawda, że mamy najpiękniejsze środki profilaktyczne, cały szereg rad dla zwalczania poczynającej się choroby, ale niestety, wiele z nich albo wcale przeprowadzić się nie daje, albo wtedy, gdy lekarza używają, to już o stosowaniu ich i mowy być nie może.

Na jeden tylko do środków zapobiegawczych należący szczegół, chciałbym tu baczniejszą jeszcze zwrócić uwagę, niż to dotychczas miało miejsce.

Wspomniałem wyżej, że zapalenia płuc nieżytowe w wieku dziecięcym pozornie zupełnie rozchodzą się, a jednakowoż mogą spowodować takie zmiany, które po latach wielu przyczynić się mogą do powstawania przewlekłego nieżyłowego zapalenia płuc. Takie nieżytowe zapalenia dość często powstają w czasie uczęszczania do szkoły.

Daleki jestem od tego, abym miał podzielać zdanie tych, którzy utrzymują, że w obecnych czasach za nadto dzieci w skutek pracy nateżają umysł, w skutek czego i ciało ich cierpi, muszę jednak zwrócić uwagę, że stosunkowo do zajęcia umysłowego dzieci, za mało zwracamy uwagi na zdrowie ich, że jednym słowem nie stosujemy dla zdrowia dzieci tych środków, jakie zaleca nauka lub doświadczenie. Zwróćmy tylko uwagę na ciasną przestrzeń, w której dzieci pobierają naukę. Czy każde dziecko ma potrzebną ilość powietrza, to nikogo nie zajmuje; czy dziecko tak siedzi, aby klatka piersiowa odpowiednio się rozszerzała i powietrze do szczytów płuc się dostawało, o to nikt nie dba; nie ma też odpowiednich stołów, termometr w szkole należy do rzadkości ²⁾.

¹⁾ Powołuje się w tym względzie na zdanie Hassego z Nordhausen (Einige Fälle von Transfussion Berl. klin. Wochenschr. 1869, Nr. 35), który zajęcie przewodu pokarmowego u chlorotyczek i osób anemicznych wyprowadza z tego, że z powodu zmienionego składu krwi, nie wydziela się dostateczna ilość soku żołądkowego.

²⁾ Obraz ten nie stosuje się wprawdzie do wszystkich szkół, ale z pewnością do większej liczby.

Przypuściwszy nawet, że nie jest możliwem, aby nieżytowe zapalenie płuc powstało w skutek pobytu w szkole, do czego jeszcze przyłącza się zmiana temperatury w zimie przy wyjściu ze szkoły, że nie jest możliwem, że nieżytowe zapalenia płuc pozostawiają usposobienie, które po kilku latach prowadzi do rozwoju suchot, to jednakowoż nikt wątpić nie będzie, że zepsute powietrze w salach szkolnych, że zaniedbane położenie przy siedzeniu u takich dzieci, które usposobione są z powodu dziedziczności zółzów i t. p. nawet bez zapalnego procesu w płucach prowadzić mogą do przewlekłego nieżytego zapalenia płuc (*bronchopneumonia*). Powietrze przepelnione gazowymi produktami, może drażnić błonę śluzową najcieńszych oskrzeli i wywołać w skutek tego wydzielanie śluzu, albo oddzielanie się nabłonka, niedostateczne rozszerzenie się szczytów płuc, jest powodem, że produkta te pozostają na miejscu, które znów przy usposobieniu dziedzicznem albo nabytem, mogą dać powód do przewlekłego zapalenia szczytów płuc.

Co się tyczy innych środków zaradczych, muszę wskazać odpowiednie miejsca u Fonssagrives'a ¹⁾.

W pierwszych okresach przewlekłego nieżytego zapalenia płuc, które niestety dosyć często napotykaemy u ludzi w wieku od 15 do 30 lat, okazało się żelazo względnie najlepszym środkiem. Użyłem żelazo u chlorotycznych dziewcząt, jakkolwiek badanie pokazało, że ograniczone przewlekłe zapalenie nieżytowe jednego lub obydwóch szczytów płucnych było przyczyną bladaczki. Okoliczność, że pomimo obecności cierpienia płucnego, tylko żelazo pomyślnie działało, dalej zalecenie użycia tego środka przez znakomitych autorów ²⁾ w suchotach, spowodowało mnie do częstego stosowania środka tego u osób z ogniskami zapalnymi w płucach resp. u suchotników. Za przeciwwskazanie do użycia środka tego, uważam tylko daleko posunięte suchoty, stan gorączkowy, jakoteż upośledzenie czynności przewodu pokarmowego i nakoniec nie używałem żelaza, gdy pojedyncze objawy, jak kaszel, zbyt obfita plwocina i t. d., zmuszały do użycia innych środków. Zwykle podawałem żelazo z chininą w pigułkach, tak, aby chorzy przyjmowali dziennie 3 do 4 decigramm siarczanu żelaza, którego wyłącznie używałem i 1 decigramm siarczanu resp. chlorku chininy. Niektórzy chorzy przyjmowali środki te przez całe miesiące. W ciągu ostatnich dwóch lat stosowałem te środki u znacznej liczby chorych, i mogę zapewnić, że ci, którzy obawiając się użyć żelaza, z powodu, że to ostatnie może spowodować krwotoki, nie mają słuszności. Jeżeli wolno mi na zasadzie licznych obserwacyj wyrzec zdanie, powiedziałbym raczej, że u tych suchotników, którzy przyjmowali żelazo, krwotoki zdarzały się uderzająco rzadko.

Przy obecności bólu, klócia w bokach, kaszlu ze skąpą plwociną, dodawałem morfinę do żelaza i chininy.

Przeciw ziarnicy opon mózgowych u dzieci (ziarnicowe zapalenie opon na podstawie mózgu), zalecam zgodnie z Fonssagriv'em użycie jodku potasu (*kalium jodatum*). Jednakowoż nie chcę przeczyć, aby we wszystkich wypadkach, w których nastąpiło wyzdrowienie, rozpoznanie miało być pewne.

O użyciu chloralu u dzieci.

przez prof. Steiner'a.

Podał w streszczeniu Dr. St. Jerzykowski, lekarz w Poznaniu.

Ponieważ chloral ze względu na swe działanie fizyologiczne znany jest jako środek uśmierzający system nerwowy, przeto próbował go autor przedewszystkiem w chorobach następujących: w krztuścu (*tussis convulsiva*), w płasawicy (*chorea minor*), w drgawkach (*convulsio*), w padaczce (*epilepsia*), w szczykościsku i tężcu (*trismus i tetanus*). Co się tyczy ilości w jakiej zadawano chloral, to zaleca autor zawsze rozpocząć od małych dawek, ponieważ w razie przeciwnym łatwo mogłyby nastąpić przykre skutki; tak u noworodków nie dawał autor więcej jak 0,03—0,06 grm., u ssawców 0,06—0,18 grm., u dzieci aż do sześciu lat

¹⁾ Fonssagrives, *Thérapeutique de la phthisie pulmonaire*. Paris 1866.

²⁾ Porów. odnośną literaturę u Köhlera: *Handbuch der spec. Therapie* Tübingen 1867, str. 866.

0,24—0,36 grm., a u starszych aż do dziesięciu do dwunastu lat 0,48—0,72—0,9 grm. na jedną dawkę. Preparaty, których przeważnie używano w formie płynnej, nie powinny być przechowywane zbyt długo, ponieważ chloral rozkłada się łatwo, przez co staje się w działaniu swem nie tylko niepewny, ale może nadto być szkodliwym.

Na krztusiec leczył S. 22 dzieci i najmłodsze z nich miało pół roku, najstarsze zaś dziewięć lat. Co do czasu, to w większej części użyto tego środka zaraz na początku kurezowego stadyum, a w rzadkich tylko wypadkach, kiedy charakterystyczne paroksyzmy trwały już czas krótszy lub dłuższy. We wszystkich jednakże 22 wypadkach, leczonych w ten sposób, nie widział S. żadnych pomyslnych skutków po użyciu chloralu; najszybciej bowiem nastąpiło wyzdrowienie w ośmiu tygodniach, podczas kiedy większa część na ten sposób leczonych dzieci potrzebowała do uleczenia 8—10—12—14 tygodni. Zmarło zaś z tych 22 dzieci czworo. Przy krztuscu więc chloral nie wywiera żadnego wpływu ani na trwanie, ani na przebieg cierpienia, a nawet nie umniejsza ani natężenia ani też liczby napadów; dalej nie jest w stanie zapobiedz przykrym i niebezpiecznym powikłaniom krztusca; wreszcie pokazały się we wszystkich 22 wypadkach takie objawy, jakie znachodzimy u dzieci leczonych innymi środkami, albo też wcale nie leczonych. Nawet większego spokoju w nocy nie widział S. po użyciu tego środka. We wszystkich zaś wypadkach krztusca, w których wydzieliny błony śluzowej są obfite i przytem istnieje utrudniony oddech i sinica, radzi S. nie używać wcale chloralu, ponieważ tenże wśród takich okoliczności musi działać zgubnie umniejszając już i tak osłabioną energię płuc.

Na płasawicę leczył autor środkiem tym 10 dzieci, zadając go dwa razy dziennie i to w dawce coraz wyższej. U trojga dzieci trwała powyższa choroba krótki nader czas, u pozostałych zaś 2, 3 i więcej tygodni. Między nimi znajdowały się lżejsze wypadki, gdzie mięśnie tylko nieznaczny wskazywały niespokój, ustępujący zupełnie podczas snu, jako też wypadki cięższe, w których drganie mięśni było bardzo gwałtowne, tak iż dzieci nie mogły ani siedzieć, ani też stać, a podczas snu można było jeszcze dostrzedz oznaki cierpienia. Chloral nie dawał żadnych pomyslnych rezultatów, co najwięcej niespokój w mięśniach ustępował na czas krótki skutkiem odurzającego wpływu tego środka; trwanie jednakże cierpienia nie doznało żadnego ukrócenia, ponieważ płasawica we wszystkich 10 wypadkach nie ustępowała prędzej jak po 8, 10, 12 do 16 tygodniach. W kilku wypadkach powiększyła się nawet niespokojność w mięśniach skutkiem użycia chloralu tak znacznie i drgawki dostąpiły takiego natężenia, iż trzeba było zaprzestać dalszego zadawania tego środka.

Przy drgawkach używał autor chloralu w 14 wypadkach. Przyczyny tego cierpienia były różne, jako to zwyczajne przekrwienie mózgu u ssawców i ząbkujących dzieci, ropne i grzlicze zapalenie błon mózgowych, mocznica w przebiegu *norbus Brighii scarlatinosus*, jakoteż przewlekła puchlina mózgu. Dziecko najmłodsze miało trzy miesiące, najstarsze 13 lat. W większej części wypadków widocznie działał chloral uspakajająco tak na natężenie jako też trwanie drgawek, jednakże nie zapobiegał ponownemu pojawieniu się tychże. Chloral nie używa się tutaj w pewnych oznaczonych odstępach, lecz według nagłości pojedynczego wypadku, tak iż niekiedy można go użyć 4 do 6 razy w przeciągu 24 godzin. Przy cierpieniach oskrzeli, płuc i serca, jako też u dzieci bezkrwistych i osłabionych, i w ogóle we wszystkich wypadkach, w których istnieje sinica, należy środka tego używać z jak największą oględnością albo najlepiej zaniechać go zupełnie. Środek ten jest więc lepszym aniżeli opium i morphiun, których używamy także przy drgawkach.

Z dzieci zapadłych na padaczkę, leczył S. chlorałem częściowo. Takowe podlegały wspomnianemu cierpieniu już od kilku lat i leczyły się już różnymi innymi środkami bezskutecznie. Przed zadaniem chloralu dzieci powyższe przez czas dłuższy nie leczyły się wcale. Zadawano zaś chloral według częstości napadów 2 do 4 razy w 24 godzinach, przyczem zaraz z początku użyto większej dawki i takową z wolna zwiększano; tak iż w niektórych dniach spożyto nawet 1,5 gr. do 2,5 grm. Co do wpływu chloralu, to się okazał takowy pomyslnym, tak ze względu na liczbę jakoteż na natężenie napadów padaczkowych; po zaprzestaniu zaś środka tego, zwiększały się na nowo liczba i natężenie napadów. Chloral więc, jako środek symptomatyczny, należy przedewszystkiem podawać tylko w tych wypadkach padaczki, w których choroba polega na organicznych zmianach w środkowym układzie nerwowym i paroksyzmy występują w nadzwyczajnie wielkiej liczbie oraz znacznym natężeniu; a nawet u tego rodzaju osób zaleca się chloralu nie podawać bezprzestannie, lecz w pewnych odstępach.

Co do działania chloralu na szczykościskitężec, to badał S. takowe

w ośmiu wypadkach u noworodków. Cierpienia te pojawiły się siedm razy w przeciągu pierwszych ośmiu dni, a raz tylko dopiero dnia szesnastego, kiedy pępek już był zupełnie zablizniony, wystąpiły one w razie ostatnim, prawdopodobnie skutkiem zbyt gorącej kąpieli. Używał zaś autor w dwóch formach chlorału: u pięciorga dzieci podawał 0,06 grm., tak długo, dopóki nie pojawiały się napady kurezowe, co powtarzał niekiedy 8 do 10 razy w 24 godzinach; trzem pozostałym dzieciom dawano chlorał w większych, jednorazowych lub dwurazowych dawkach (0,24 do 0,36 grm.) w przeciągu 24 godzin, i to w formie enemy, jeśli dla szczękościsku przez usta podać go nie było możebnem. Rezultat był we wszystkich ośmiu wypadkach niepomysłny, bo wszystkie dzieci umarły w kilku dniach, wśród objawów zwyczajnych towarzyszących téj niebezpiecznej chorobie. Przebieg był w wszystkich wypadkach szybki, trwał u trojga dzieci tylko 48 godzin, a u pozostałych 3, 4 do 5 dni; temperatura była przytem zawsze podniesiona (39,5° do 40° C.). Na tęczec więc i szczękościsk nie wywiera chlorał żadnego pomyslnego wpływu. Znane zkaąd inąd uleczenia pod tym względem, dotyczyły tylko tych wypadków, w których przebieg cierpienia był wolny i temperatura ciała niska (37° C.); więcej zaś wypadków uleczenia przy szybkim przebiegu i znacznie podwyższonej temperaturze ciała, nikt dotąd jeszcze nie opisał.

Wiadomości bieżące.

— Aqua laurocerasi jako środek rozpuszczający środki narkotyczne dla wstrzykiwań podskórnych. Według podania L u t o n'a, do rozpuszczania morfiny i atropiny nie ma lepszego środka od *Aq. laurocerasi*, która podnosi działanie narkotyków i zachowuje je przez czas długi w stanie świeżym i niezepsutym. Obok tego wstrzyknięcie nie wywołuje ani bólesci w skórze, ani też innych złych skutków, a użyteczność tego płynu staje się większą z tego powodu, iż środek ten zewnątrznie działa zarówno uspakajająco jak i przy wewnętrzném jego użyciu, ponieważ wessanie wszystkich leków przez to znacznie się powiększa.

(*Gas. med. ital. Nr 44, 1873*).

— Roczny przyehód szpitali Londyńskich. Szpitale londyńskie dzielą się na 3 rodzaje: o g ó l n e, w których leczą się choroby wszelkiego rodzaju; s p e c y a l n e, do których przyjmują się tylko pewne specjalne cierpienia i a m b u l a n s e (*dispensaries*). Do ogólnych liczą się owe wielkie zakłady, z czasów jeszcze średniowiecznych pochodzące, jak np. St. Bartholomews. Ze szpitali drugiego rodzaju niektóre zawdzięczają swe istnienie potrzebom religijnym, inne zbudowane zostały na koszt pojedynczych specjalistów. Ambulanse, których w Londynie jest kilkaset, utrzymują się z datków dobrowolnych. Szpitale najstarsze są również najbogatsze. Pierwsze miejsce między nimi zajmują Bartholomews, Guy's i St. Thomas z przychodem rocznym 400,000 fl. Dalej następuje szpital Londyński w Whitechapel Road, z przychodem 260,000 fl. i majątkiem zakładowym z 2,000,000 guldenów; King's College, Universitys College i Royal Free, każdy po 120,000 fl. rocznie; Charing Cross 100,000 fl.; Westminster 70,000 fl. rocznie. Z pomiędzy 16 większych szpitali, mamy przed sobą sprawozdania czternastu. Według nich przyehód roczny wynosi 2,020,000 guldenów. Co się tyczy szpitali specjalnych, uderza to najbardziej, iż te z nich cieszą się szczególniejszą troskliwością, w których leczą się cierpienia współczucie wzbudzające. Na pierwszym planie stoją tu szpitale dla suchotników. Sześć ich ma przyehód roczny 400,000 fl. Szpitale dziecinne rozporządzają rocznie summą 210,000 fl. Z dziesięciu zakładów położniczych, pięć ma po 75,000 fl. rocznie. Szpital gorączkowy ma 125,000 fl. rocznie. Dochód roczny szpitala dla rakowatych wynosi 76,000 fl. Po za szpitalami dla chorób oczu, uszu, nóg i rozmaitych innych części ciała, następują zakłady dla nieuleczalnych, których w Londynie jest liczba dosyć znaczna. Trzy z nich mają rocznego dochodu 340,000 fl. Ogólny dochód roczny 38 szpitali specjalnych wynosi 1,370,000, co razem z przychodem szpitali ogólnych wynosi summę 3,750,000 fl. Setki nie wliczonych tu *dispensaries* posiadają również dość znaczny dochód roczny; a przynajmniej trzecia część téj ogromnej summy utrzymuje się z datków dobrowolnych.

(*Wiener med. Wochenschr. Nr. 48, 1873*).

Od Redakcyi Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich.

I. Gazeta Lekarska i w przyszłym półroczu 1874 wydawaną będzie w tym samym co i obecnie ściśle naukowym kierunku. Gazeta i nadal otwiera swe szpalty dla pracowników z prowincyi, będzie jednak przeważnie organem klinik i szpitali, a badania w pracowniach uniwersyteckich dokonywane o tyle będą uwzględniane, o ile mieć będą bezpośredni związek z praktyczną medycyną. Rocznie wychodzą dwa tomy, które zaczynają się od 1 stycznia i od 1 lipca; z d. 1 stycznia 1874 r. zaczyna się tom *s z e s n a s t y*. Cena Gazety Lekarskiej: 1) w Warszawie: w Redakcyi i w Księgarniach z odnośnieniem do mieszkań rocznie rsr. pi ę ć, półrocznie rsr. d w a k o p. pi ę ć d z i e s i ą t; 2) na prowincyi z przesłaniem do wszystkich miejsc Cesarstwa i Królestwa: rocznie rsr. s z e ś ć, półrocznie rsr. t r z y.

Tomy Gazety Lekarskiej z lat ubiegłych (oprócz tomów 4-go i 6-go) są do nabycia po rsr. 4 każdy (z przesłaniem).

II. Biblioteka Umiejętności Lekarskich, w półroczu przyszłym 1874 wydawaną będzie.

Pismo to ma na celu: a) przedstawienie obecnego stanu nauki lekarskiej we wszystkich jej gałęziach, i b) ciągle śledzenie za postępem wiedzy lekarskiej we wszystkich krajach.

Stosownie do tego zadania Biblioteka Umiejętności Lekarskich, rozpada się na trzy działy:

Pierwszy z nich, przedstawiający obecny stan nauki lekarskiej, zamyka w sobie:

1) Dzieła oryginalne lub tłumaczone z obcych języków,

obejmujące wszystkie gałęzie medycyny teoretycznej i praktycznej.

D z i e ł t y c h w przyszłym półroczu wyjdzie s t o arkuszy druku. Prenumerata półroczna (od 1 stycznia 1874 do 1 lipca 1874 r.) wynosi rsr. d z i e ś i ę ć.

W drugim dziale Bibl. Um. Lek. zawiera się:

2) Historia Szpitali i Zakładów Dobroczynnych.

Dla prenumeratorów *Gazety Lekarskiej* dział ten, jako d o d a t e k dołącza się bezpłatnie. Oprócz tego dla pp. Prenumeratorów dołącza się bezpłatnie:

1) Bibliografia i Krytyka Lekarska.

2) Opisanie Królestwa Polskiego pod względem lekarskim.

Trzeci nareszcie dział Bibl. Um. Lek., mający na celu śledzenie za postępem wiedzy lekarskiej, zawiera krótki ale dokładny obraz corocznych postępów całej medycyny we wszystkich krajach, czyli streszczenie wszystkich prac, które w ciągu roku ogłoszone zostały drukiem i pod jakim bądź względem przyczyniają się do postępu wiedzy lekarskiej. Dział ten nosi nazwę:

3) Przegląd Postępu Nauk Lekarskich.

„Przegląd” prac za rok 1872 w przyszłym półroczu wychodzić będzie i prenumerować go można albo oddzielnie, albo też razem z *Dziełami* wyżej wyliczonymi, lub z *Gazetą Lekarską*. Przegląd za rok 1872 obejmie również 50 arkuszy drobnego i ścisłego druku. Cena Przeglądu za rok 1872 wynosi: 1) dla prenumeratorów *Gazety Lekarskiej* i pierwszego działu Bibl. Um. Lek., t. j. *Dzieł* rsr. 4; 2) dla prenumeratorów samej *Gaz. Lek.* rsr. 6; 3) dla nieprenumerujących pism powyższych rsr. 8 (z przesyłką).

III. Kalendarz Lekarski na rok 1874. Wszedł z druku. Cena rs. 1.

Pod prassą:

IV. Katalog Dzieł Lekarskich polskich, lub przez lekarzy Polaków napisanych, od wydania pierwszej książki lekarskiej w Polsce aż do ostatnich czasów. Przedpłata rs. 1. Po wyjściu z druku dla nieprenumeratorów cena wynosić będzie rsr. 3.

V. Słownik Lekarski. Przedpłata rsr. 6. Po wyjściu dzieła—rsr. 12.

Zwracamy uwagę Szanownych Panów Prenumeratorów, że wszystkie powyższe pisma najdogodniej jest dla nich prenumerować b e z p o ś r e d n i o w Redakcyi *Gazety Lekarskiej*, która w razie zatracenia na poczcie pojedynczych N-rów, poręcza bezpłatne powtórne ich wysłanie. Prenumeratorowie z Galicyi, Poznańskiego i w ogóle z zagranicy mogą również składać przedpłatę i w pocztamtach zagranicznych, ponieważ debit pocztowy pisma powyższe uzyskały w całej Europie.

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

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