

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

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

Redakcyjja przy ulicy Marszałkowskiej, Nr. 45.

TREŚĆ: Spostrzeżenia z kliniki chorób skórnych i przymiotowych w szpitalu Ś-go Łazarza. Dwa przypadki szankrów rozpadowych żrących. Kilka uwag o leczeniu tego rodzaju szankrów. Spostrzegął i podał Dr. E. KLINK, ordynator tejże kliniki. — Przegląd piśmiennictwa lekarskiego cudzoziemskiego. O nowotworach krtani i ich operowaniu na drodze wewnątrzkrtniowej, podług Dr. OERTEL'A, Docenta w Monachium. Podał St. Kw. (Dokończenie.) — Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej za granicą. O wpływie rozciągania na staw udowy i kolanowy. Użycie eteru u suchotników. Kurcz palców u telegrafistów. — Kronika zagraniczna. M a r i e n b a d. — Kronika miejscowa. Wybór dziekana wyd. lek. Wybór redaktora Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego. — Ogłoszenia.

SPOSTRZEŻENIA Z KLINIKI CHOROÓB SKÓRNYCH I PRZYMIOTOWYCH,

W SZPITALU Ś-GO ŁAZARZA W WARSZAWIE.

Dwa przypadki szankrów rozpadowych żrących (*ul. phagadaenica*). Kilka uwag praktycznych o leczeniu tego rodzaju szankrów.

Spostrzegął i podał Edward Klink, Ordynator tejże kliniki.

Spostrzeżenie I. Władysław B., wyrobnik, lat 24 liczący, przybył do kliniki dnia 1 Grudnia 1874 z powodu licznych owrzodzeń pomieszczonech na skórze brzucha i częściach płciowych.

Z opowiadania chorego dowiedziałem się, iż tenże przed miesiącem odbył spółkowanie po raz ostatni z kobietą publiczną i że w dni kilka po tem zauważył na zołędzi prącia małe owrzodzenie. W końcu drugiego tygodnia trwania choroby, chory spostrzegł guz w lewej pachwinie, codziennie się powiększający, który mniej więcej po 10 dniach trwania sam pękł, poczem wypłynęła znaczna ilość ropy. Otwór bardzo szybko się powiększał, ropienie obfite trwało bezustannie a chory niedbający o siebie pozwalał rozpyływać się ropie po skórze brzucha i uda. Wskutek nieczystości powstało dosyć znaczne swędzenie skóry, chory drapiąc po takowej powodował wieloliczne powierzchowne obnażenia naskórka i sam zaszczepiał ropę szankrową z dymienicy wypływającą. W parę dni później zauważył, że w wielu bardzo miejscach na skórze uda ze strony lewej i skórze brzucha po nad składką pachwinową, wytworzyła się dosyć znaczna liczba pęcherzyków ropnych, które pękały, w skutek czego następnie powstały owrzodzenia.

Przy bliższem badaniu okazało się: Chory dobrze zbudowany i od-

żywny. Nieznaczny stan gorączkowy. Na żołądźci prąca z prawej strony tuż przy ujściu zewnętrznem cewki moczowej, owrzodzenie wielkości grochu szablatego. Napletek nie dawał się odciągać. Zpoza napletka wypływała znaczna ilość ropnej wydzieliny cuchnącej, co wskazywało na prawdopodobnie istniejące owrzodzenia w rowku żołądźciowym. Na brzegu wolnym napletka, w jego części tylnej przedstawiało się owrzodzenie podługowate, około 1 centim. długości mające. Skóra moszny zaczerwieniona, obrzękła, owrzodzeń na niej żadnych nie było. Skóra brzucha prawie na połowie przestrzeni rozciągającej się od kości łonowych do pępka, na granicy części włosistej, niemniej skóra w obu pachwinach, bardzo mocno zaczerwieniona, obrzękła, pokryta bardzo licznymi owrzodzeniami, dochodzącymi do wielkości grochu, bobu, orzecha włoskiego. Owrzodzenia te z powodu obfitej wydzieliny ropnej, spowodowały zlepienie się włosów pokrywających wzgórek łonowy, a po ich ostrzyżeniu przedstawiła się powierzchnia owrzodzona; owrzodzenia miały więcej kształt podłużny, w kierunku fałdów brzusznych.

Na skórze brzucha, na granicy części włosistej, można było widzieć pojedyncze pęcherzyki ropne, pierwsze okresy szankra, które nie zdążyły jeszcze przemienić się w owrzodzenia. W prawej pachwinie na skórze spostrzegamy trzy owrzodzenia różnego kształtu i wielkości. W lewej pachwinie jedno owrzodzenie, mające długości około $4\frac{1}{2}$ a szerokości 3 centim. Owrzodzenie to powstało w skutek pęknięcia dymienicy, przedstawiało ono cechy szankra gruczołowego, brzegi były zapadnięte do dna jamy, zgłębnik wchodził do jamy mającej wielkość orzecha włoskiego. Na skórze uda z obu stron, w bliskości składek pachwinowych widzieć można było kilka szankrów. Wszystkie owrzodzenia dopiero co opisane przedstawiały wszelkie cechy szankrów rozpadowych; utrata tkanek była głębsza niż we zwykłych owrzodzeniach szankrowych, większa część owrzodzeń była zatokowata, brzegi były mocno powygryzane, zaś w większych owrzodzeniach bardziej podminowane. Dno wrzodu niejednostajne, powygryzane, miejscami wyniesione, miejscami pogłębione, pokryte szaro-żółtym nalotem.

W miejscach gdzie skóra moszny dotyka się powierzchni wewnętrznej uda, powstały wyniosłości brodawkowate w liczbie około 10 z każdej strony, podobne do łepieży brodawkowych. Inne narządy nie przedstawiały nic godnego uwagi.

Dla leczenia przeznaczono: codziennie rano kąpiel ogólną, po południu zaś kąpiel nasiadową (*Sitzbad*), przestrzykiwania 8—10 razy dziennie roztworem kwasu karbolowego (z dr. 1 na funt wody) jamy napletka. Po wystrzyżeniu dokładnem okolicy nadłonowej i pachwinowych opatrunek wszystkich owrzodzeń roztworem winianu potażu i żelaza (*Sol. tart. ferri et potassae* z dr. 1 na funt wody). Opatrunek ten zmieniać w ciągu doby 4 razy.

Dnia 3 Grudnia. W prawej pachwinie spostrzegliśmy obrzmienie ograniczone, bolesne, o skórze naprężonej, nie przedstawiające jednak objawów chełbotania; obrzmienie to odnieść należało do świeżo wytwarzającej

się dymienicy. Poprzednio istniejące pęcherzyki, tak po prawej jak i lewej stronie przemieniły się w owrzodzenia szankrowe.

Dnia 4 Grudnia. Przecięliśmy dymienicę w prawej pachwinie; po przecięciu wypłynęła znaczna ilość ropy mocno cuchnącej. Opatrunek obu dymienic i wszystkich owrzodzeń pozostał takiż sam.

Dnia 5 Grudnia. Miejsce wczorajszego przecięcia znacznie się powiększyło, w skutek rozpadu brzegów przeciętej tkanki, szankier gruczołowy w lewej pachwinie oczyszcza się.

Dnia 7 Grudnia. Stan zapalny skóry brzucha zmniejszył się, a także wyciek zpoza napletka. Powstały nowe pęcherzyki w prawej pachwinie. Ilość ropy wydzielająca się z obu dymienic znaczna. Szankier gruczołowy w lewej pachwinie rozszerza się bardziej na zewnątrz.

Dnia 9 Grudnia. Owrzodzenia oczyszczają się, powstały dwa szankry na skórze prącia, przy jego nasadzie.

Dnia 12 Grudnia. Powstało około 12 nowych większych szankrów na skórze prawego uda, a także znaczna ilość mniejszych, niemniej także wytworzyły się owrzodzenia szankrowe na skórze lewego uda, lecz takowe były mniejsze. Dawniejsze owrzodzenia oczyściły się i przedstawiały powierzchnię z dobrą ziarniną. Wielkie owrzodzenie w lewej pachwinie posunęło się bardziej ku zewnątrz i ku górze.

Dnia 16 Grudnia. Owrzodzenia powiększyły się, choć takowe były bardzo nieznaczne. Na skórze uda prawego i lewego w miejscach dotykających moszny, w przeciągu 4-ch dni ostatnich powstała dość znaczna ilość małych świeżych szankrów. Obrzmienie skóry i moszny zmniejszyło się znacznie, owrzodzenia u nasady prącia oczyściły się. Wydzielina z po za napletka była bardzo nieznaczna, napletek można było odciągnąć o tyle, że dało się na wewnętrznym listku napletku spostrzedz 3-y owrzodzenia i jedno na główce prącia, wielkości dziesiątki srebrnej. Wszystkie owrzodzenia przedstawiały czystą powierzchnię ziarninową, mniejsze już się poczęły zablizniać.

Dnia 20 Grudnia. Napletek dawał się całkowicie odciągać, można było wtedy wyczuć na wewnętrznym listku napletka, tuż przy koronie prącia, cechującą twardość, dla tak zwanego twardego szankra. Znaczna część owrzodzeń na skórze brzucha już się zablizniała. Wielkie owrzodzenia powstałe z szankrów gruczołowych w większej połowie wypełniły się ziarniną i przestały się rozprzestrzeniać ku zewnątrz. Obrzęku moszny prawie nie było. Owrzodzenia powstałe w ostatnich dniach oczyściły się.

Zabliznienie wszystkich owrzodzeń szło drogą prawidłową, ciągle przy tem samym leczeniu jakie w dniu pierwszym naznaczyliśmy choremu, tak, że dnia 1 Stycznia 1875 r. a więc w miesiąc od dnia wejścia chorego do kliniki wszystkie owrzodzenia zablizniły się z wyjątkiem wypustek szankra gruczołowego lewej pachwiny, które ostatecznie zablizniły się dnia 10 Stycznia r. b.

Dnia 12 Stycznia r. b. wystąpiła na skórze brzucha i piersi wysypka znana jako różyczka przymiotowa (*sypphilis cutanea erythematosa*), gruczoły chłonne szyjowe, pachwinowe i łokciowe obrzmiały. Naznaczyliśmy wówczas wcierania z szarej maści po pół drachemy i płukanie jamy ustnej roztworem chloranu potażu (z 2 dr. na funt). Chory otrzymał podobnych wcierań 36. Wysypka znikła już w czasie brania 16-go wcierania, a w dniu wypisania chorego z kliniki t. j. 18 Lutego b. r. nie było ani śladu pierwotnego stwardnienia. Blizny na brzuchu i udach zbladły, a na wzgórku łonowym poczęły odrastać włosy.

W spostrzeżeniu przytoczonym uderza nas nadzwyczajna o b f i t o ś c o w r z o d z e ń, które powstały w części (mianowicie z początku) przez szczepienie ropy szankrowej wypływającej z dymienicy lewej przez samego chorego, w części przez samoistne szczepienie nadzwyczaj zaraźliwej ropy owrzodzeń umieszczonych na ścianie brzusznej z dymienicy prawej strony, pomimo możliwego starania się naszego o czystość. Owrzodzenia te jak wyżej nadmieniliśmy miały cechę wrzodów rozpadowych zrączych.

Niemniej uderza nas nadzwyczajna zaraźliwość ropy tego rodzaju szankrów. Znaczny stopień zaraźliwości ropy wyrażał się wielką liczbą owrzodzeń powstałych w tak krótkim przeciągu czasu. To szybko rozprzestrzeniające się zarażanie tkanek okolicznych wskazuje nam drogę leczniczą a mianowicie: starania nasze powinny być skierowane ku temu, aby jak najprędzej powstającą ropę z podobnych owrzodzeń usuwać i aby środki nasze opatrunkowe szybko rozkładając ropę, niszczyły jej zaraźliwość.

Bardzo pomysłne wyniki leczenia skłonni jesteśmy przypisać przedewszystkiem środkowi w ostatnich czasach zaniedbanemu, a mianowicie wianowi potażu i żelaza.

Spostrzeżenie II. Józefa S. służąca, lat 28 licząca przybyła z prowincyi do kliniki dnia 10 Października 1874 r. z powodu owrzodzenia na skórze uda w bliskości części płciowych pomieszczonego.

Z opowiadania chorej dowiedzieliśmy się, że w miesiącu Marcu 1874 w dni kilka po podejrzanem spółkowaniu, powstało owrzodzenie na lewej wardze sromnej w bliskości dołka Łódkowatego, owrzodzenie to przeszło na powierzchnię zewnętrzną wargi sromnej i powoli rozprzestrzeniło się ku górze i ku dołowi na udo. W jednym ze szpitali prowincjonalnych, opatrywana przez chłopca felczerskiego 15 lat mającego, rozlicznymi maściami ordynowanymi przez przyszłego ucznia felczerskiego, stosownie do jego uznania, doczekała się w przeciągu 7-u miesięcy takiego leczenia, że owrzodzenie przyjęło rozmiary, jakie tu na rysunku w zmniejszonym rozmiarze przedstawiamy.

Uważając chorobę jako raką, a chorą jako niewyleczalną, odesłano ją do Warszawy do szpitala Ś-go Łazarza. Chorą tę wzięliśmy pod swoją opiekę. Przy bliższem badaniu okazało się. Chora dobrze zbudowana i odżywiona. Na skórze lewego uda i poczynając mniej więcej od

dolnego końca warg sromnych, spostrzegaliśmy owrzodzenie o obrysach nieprawidłowych, idące na zewnątrz warg sromnych; ku dołowi na pośladek, ku górze do składki pachwinowej. Owrzodzenie to na pośladku mogło być wielkości męskiej dłoni z palcami. Część górna tego owrzodzenia, idąca równolegle od wargi sromnej przedstawiała się znacznie węższą, a na przestrzeni kilku centymetrów, przy samych wargach już zabliznioną.

Owrzodzenie na pośladku było bardzo głębokie, zajmujące całą grubość skóry, aż do tkanki łącznej podskórnej; dno było w pewnych miejscach bardziej wygryzione, w innych wyniosłe, brzegi tego owrzodzenia mocno powygrzyżane przedstawiały już w pewnych miejscach zbitą tkankę bliznowatą. Ilość ropy wydzielającej się z powierzchni owrzodzenia bardzo obfita. Na dnie tego owrzodzenia odkryliśmy zgłębnikiem 13 otworów w które zgłębnik wechodził na głębokość od 2—5 centymetrów. Kierunek tych zatok był rozmaity. Przy nacisku z boku podobnej zatoki wypływała z nich nieznaczna ilość ropy z krwią zmieszanej. Z macicy i pochwy dosyć znaczny odpływ śluzowy. Na skórze nie było ani śladu wysypki świeżej lub dawniej istnieć mogącej. Gruzoły chłonne nieobrzmiałe.

Dla leczenia przepisano: rano, codziennie kąpiel ogólną, a wieczorem kąpiel nasiadową. Do opatrunku *sol. tartr. ferri et potassae* (z 2 dr. na funt), opatrunek zmieniano 3 razy dziem. We wszystkie zatoki zakładano skubanek maczaną w powyższym opatrunkowym roztworze. Przy pierwszym badaniu naszym zaszczepiliśmy ropę z wielkiego owrzodzenia na udzie.

Dnia 13 Października. Na miejscu szczepienia wytworzyło się owrzodzenie o dnie sadłowatym i czerwoną obrączką zapalną. Ropę z tego szankra zaszczepiliśmy na skórze drugiego uda, a po zaszczepieniu wypalano wrzód pierwszy kamieniem piekielnym. W dwa dni później otrzymaliśmy zupełnie podobne owrzodzenie jak w pierwszym przypadku. Ropę z tego drugiego szankra zaszczepiłem po raz trzeci, i otrzymałem



takiż sam wynik jak w dwóch poprzednich przypadkach. Te dwa ostatnie owrzodzenia wypalano również jak i pierwsze. Szczepienia czyniliśmy w celu postawienia stanowczego rozpoznania, bo rozpoznanie z którym przysłało chorą do szpitala nawet nie zasługiwało na uwagę.

Dnia 17 Października. Owrzodzenie na pośladku znacznie się oczyściło; leczenia naznaczonego w pierwszym dniu nie zmieniano. W przeciągu czasu od 17—30 Października owrzodzenie całkowicie się oczyściło i z brzegów poczęło zablizniać; długość zatok zmniejszała się.

Dnia 30 Października. Zaczęliśmy dla szybszego wypełniania się ziarniną zatok, wstrzykiwać za pomocą cienkiej cewki srebrnej roztwór azotanu srebra (z dr. na unc.) do wnętrza zatok, poczem do zatoki zakładano suchą skubanę.

Dnia 3 Listopada. W bliznie stanowiącej brzeg zewnętrzny owrzodzenia powstał mały ropień (*a*), który po przecięciu i zbadaniu zgłębnikiem okazał się zatoką około 2 centim. długą, zatokę tę leczono jak i inne.

Opatrunek ciągle ten sam. W przeciągu miesiąca Listopada wielkie owrzodzenie było prawie na ukończeniu zabliznienia się, 6 mniejszych zatok wypełniło się ziarniną i zablizniło.

Dnia 15 Grudnia. Owrzodzenie na udzie całkowicie było już zabliznione. Z 13 dawniejszych zatok pozostały 3 niezabliznione (*b, c, d*)

Dnia 28 Grudnia. Przecięto małego ropień (*e*) wytworzony w bliznie a po przecięciu wprowadzony zgłębnik wykazywał obecność zatoki około 1 cent. długości mającej.

Dnia 2 Stycznia 1875 r. Nad ropniem poprzednim (*e*) wytworzył się świeży ropień (*f*), który przecięto i wytworzoną ztąd zatokę leczono jak i inne.

Dnia 10 Stycznia. Pozostałe trzy zatoki z pierwszych 13-u już całkowicie się zablizniły, w ogóle więc wszystkie zatoki jakie spostrzeżliśmy w pierwszym dniu zablizniły się, pozostały jeszcze tylko świeżo wytworzone trzy (*a, e, f*).

W dniu 12 Stycznia. Wśród świeżo wytworzonej blizny powstał mały ropień (*g*) i przyczynił się przez to do wytworzenia nowej zatoki.

Dnia 18 Stycznia. Dwie zatoki *e, f* połączono przecięciem mostka skóry, w skutek czego wytworzyło się otwarte owrzodzenie. Zatoka *a* okazała się powierzchownie przebiegającą pod skórą, takową więc również rozcięto, przez co otrzymaliśmy ranę otwartą, przystępniejszą dla opatrunku. Tak samo postąpiono i z zatoką *g*, którą przecięto ku dołowi.

Dnia 1 Lutego. Owrzodzenia te były już zabliznione i chorą uważaliśmy za wyleconą, lecz w dniu wypisu t. j. 3 Lutego okazały się w tkance bliznowatej dwa nowe małe ropnie (*h, i*); jeden (*h*) w górnej części a drugi (*i*) w górnej zabliznionego owrzodzenia.

Dnia 15 Lutego. Oba ostatnio przecięte ropnie zablizniły się.

Dnia 17 Lutego. Powstały nowe dwa ropnie (*k, l*), jeden (*k*) na zewnętrznym brzegu dawnego owrzodzenia, a drugi (*l*) mniej więcej w środku wielkiej blizny.

Dnia 1 Marca. Dwa ostatnie ropnie zablizniły się.

Chorą dla spostrzegania trzymaliśmy jeszcze dni 10 w klinice i gdy nie powstawało już więcej nowych ropni, wypisaliśmy ją po 5 miesiącach pobytu w szpitalu.

Nie ulegało wątpliwości żeśmy mieli do czynienia z szankrem żrącym rozpadowym. Niewłaściwe leczenie tego owrządzenia w pierwszej chwili jego rozwoju, spowodowało tak znaczne zniszczenie tkanki i wytworzenie się tyłu zatok. Codziennie wykonywany kilkakrotnie staranny opatrunek, możliwy z powodu zatok, wielka skuteczność środka opatrunkowego, spowodowały, że już 15 Grudnia a więc w dwa miesiące po przybyciu chorej do kliniki, wielkie owrządzenie było zabliznione, wyjąwszy trzech zatok z liczby 13 w pierwszym dniu naszego spostrzegania odnalezionych.

Wyleczenie zupełne i wypisanie chorej ze szpitala przeciągało się z powodu ciągle powstających małych świeżych ropień w tkance bliznowej, co nawiasem mówiąc weale nie jest szczególną właściwością dla szankrów w ogólności a szankra rozpadowego w szczególności.

(d. n.)

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO CUDZOZIEMSKIEGO:

O nowotworach krtani i ich operowaniu na drodze wewnątrzkrtańowej
Podług Dr. OERTEL'A, Docenta w Monachium.

Podał St. Kw.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 34—37, 40, 42, 43 i 46.)

Z danego materiału praktycznego dają się wprowadzić pewne wnioski, które nie tylko okazują się potrzebnymi w nauce o nowotworach krtani i ich operowaniu, lecz zarazem winny stanowić zasady nauki o operacjach w ogólności dokonywanych w krtani przy pomocy wziernika.

Jakkolwiek na pierwszy rzut oka tak same nowotwory krtani, jak również ich stosunek do pojedynczych jej części przedstawiają niesłychaną różnorodność, pomimo tego jednakże, jak wszędzie w przyrodzie, tak i tu dadzą się odszukać pewne teoretyczne zasady, do których można odnieść owe właściwości choć różnorodne, lecz we wszystkich nich mogące się przytrafić, które tyczą się nie tylko ich budowy anatomicznej, ale i stosunków topograficzno-chirurgicznych. Dla dokładnego wyjaśnienia i należytego ocenienia stosunków ogólnych, jakie zawiera dany przypadek, wypadła nam za podstawę do tego rodzaju badań przyjąć topografię krtani, przedstawiającą najprostsze jej stosunki przestrzeni bez względu na budowę anatomiczną tego narządu. Oprócz tego badamy również stosunki bryłowości (stereometryczne) samych nowotworów, nie uwzględniając zgoła ich cech anatomicznych. Otóż wyniki tych badań powinny właśnie zawrzeć owe ogólne zasady, jakie mają przewodniczyć przy operowaniu guzów krtaniowych.

Pomijając już położenie krtani, usunięte z pola bezpośredniego widzenia, zwróćmy uwagę na to, że nie przedstawia ona powierzchni dogodnej dla działania narzędziem. Zależnie od jej kształtu, pole operacyjne stanowi powierzchnię wewnętrzną cewy pionowej, której nie można wprowadzić w żadne położenie dogodne dla rękoczynów operacyjnych, i do której potrzeba się dostawać za pośrednictwem cewy poziomej. Tak więc

siła mechaniczna działać będzie mogła przeważnie w kierunku pionowym, zakreślonym przez przebieg samej cewy: z góry ku dołowi lub odwrotnie; gdy tymczasem kierunek jej poziomy, zależny od średnicy cewy, zawsze będzie tylko bardzo ograniczonym. Powierzchnia tej cewy jest zaopatrzoną w dwie parzyste marszeczki poprzeczne, po nad sobą leżące, z których dolna wystaje w otwór głośni bardziej, aniżeli górna. Przytem owe marszeczki są przytwierdzone w ten sposób, że w prostolinijnym naprężeniu z obu stron wypełniają odcinek cewy i nigdzie nie tworzą wyrostków, któreby wystawały w jej otwór.

Tym sposobem powstają stosunki następujące (fig. 1):

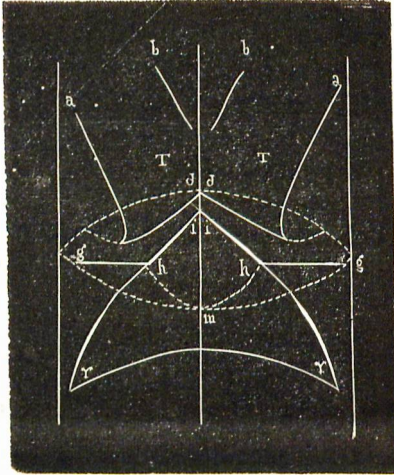


Fig. 1.

I. Marszeczki górne (struny głosowe rzekome) tworzą:

1) Dwie powierzchnie parzyste *ab* *cd* pochylone w kierunku z góry i od zewnątrz ku dołowi i na wewnątrz.

2) Brzeg *cd* przez zawinięcie błony śluzowej w zatokę MORGAGNI'EGO.

II. Marszeczki dolne (struny głosowe dolne czyli prawdziwe) tworzą:

1) Powierzchnię poziomą *ghi*.

2) Powierzchnię ukośną *ilr* w kierunku od wewnątrz i z góry na zewnątrz i ku dołowi (powierzchnia dolna strun głosowych prawdziwych).

3) Brzeg ostry *hi*.

Na skutek wysunięcia się marszerek parzystych dolnych po za górne, brzeg *cd* przechodzi na nieznaczną odległość po nad powierzchnię *ghi*, gdy tymczasem brzeg *hi* zupełnie swobodnie wystaje w cewie.

III. Powierzchnię pionową części górnej odcinka tylnego, niezajętego przez marszeczki poprzeczne *hlm* (*plica interarythaenoidea*); prócz tego nieparzystą, skośną powierzchnię, leżącą pomiędzy parzystymi powierzchniami górnymi ukośnymi na zewnątrz i ku przodowi i powstałą przez przyczepienie nagłośni *bdb*. Wreszcie w skutek połączenia różnych brzegów i powierzchni tworzą się odpowiednie kąty.

Otóż tedy, jeżeli do tej powierzchni wewnętrznej cewy tak różnorodnie upostaciowanej przytwierdza się jakkolwiekby guz, natenczas trudności spotykane przy jego usuwaniu na drodze mechanicznego oddzielania wzrastać będą o tyle, o ile powierzchnia, na której owa narosł siedzi, zbacza od kierunku pionowego siły nań działającej. Od tych stosunków zależy muszą narzędzia używane do usuwania danych guzów. Ponieważ guz należy oddzielać tylko tuż przy samej powierzchni, przeto budowa narzędzi winna umożliwić działanie użytej siły także w tym kierunku, albo też siłę działającą w kierunku pionowym zamienić na taką siłę lecz w innym kierunku działającą (szczypczyki i także poniekąd pętlica druciana, jakoteż pętlica galwanokaustyczna). Tam, gdzie powierzchnia wewnętrzna cewy ma kierunek pionowy, ostre narzędzie działające w tymże kierunku, nie raniąc powierzchni, na której narosł siedzi, winno go od niej oddzielić. Ponieważ powierzchnie ukośnie skierowane ruchliwych marszerek pod naciskiem narzędzia mogą się po części zamienić na pionowe (powierzchnia dolna strun głosowych prawdziwych), przeto pozwalają one użyć narzędzia działającego pionowo (nóż); nadto z powodu nadzwyczaj słabego przytwierdzenia błony śluzowej do ruchomej, poziomej powierzchni strun

głosowych dolnych, rzeczona powierzchnia w skutek przesunięcia tejże błony może się zamienić w prawie pionową. W tych miejscach, gdzie taka przemiana skośnej albo poziomej powierzchni na więcej lub mniej pionową nie może się dokonać, a ogranicza się to do małego tylko obrębu części górnej powierzchni ukośnej strun głosowych rzekomych i części zewnętrznej powierzchni poziomej strun głosowych dolnych; tam tę trudność pokonać może bądź wprowadzenie narzędzia z szerokim brzeszczotem a krótkim końcem (noż dłótkowaty), bądź też przemiana siły działającej (szczypczyki, pętlica).

Nakoniec ponieważ z powierzchni gładkiej nie wystaje, co by się dało uchwycić narzędziem działającym współśrodkowo, jakoto: obrączką, pętlicą, przeto wszystko, co tylko takie narzędzie odetnie, może należeć jedynie tylko do nowotworu. Tym sposobem powierzchnia wewnętrzna krtani umożliwia zastosowanie narzędzi w kształcie obrączki i pętlicy, w które guz sam się uchwytuje i oddziela, bez potrzeby wykonywania tego odcięcia pod przewodnictwem oka.

Teraz jeżeli ze sobą porównamy stosunki bryłowatości spostrzeganych postaci guzów i ich zachowanie się względem powierzchni wewnętrznej krtani, to otrzymamy ogólne przypadki następujące:

Guz uważany tylko jako pojedyncze ciało w przestrzeni, daje stosunki jak następuje:

a) Wszystkie trzy wymiary ciała: długości, szerokości i wysokości prawie równe sobie, wzrost sześciennej (*cubisches Wachstum*): przeważnie włókniaki; po części raki i brodawkowce.

b) Przeważające wymiary ciała: długość i szerokość; wymiar wysokości stosunkowo mały; średnice w dwóch kierunkach powiększone; rozrost przeważnie po powierzchni: guzy błoniaste, włókniaki na strunach głosodolnych, twory błoniaste pomiędzy strunami głosowymi, niektóre postacie raków; nowotwory rozlane, na powierzchniach ścian krtani tak pionowych, jak ukośnych, a po części i poziomych.

c) Wymiar ciała występuje przeważnie w jednym kierunku t. j. na wysokość; największa średnica w jednym kierunku; wzrost na długość przeważający: guzy walcowate, po największej części brodawkowce, częścią też raki, rzadziej guzy łączno-tkankowe.

Stosunki tego ciała do powierzchni wewnętrznej krtani wyrażają się w dwojaki sposób:

- A) Przytwierdzeniem jego czyli przyczepieniem do jej ścian.
- B) Zachowaniem się jego względem wnętrza krtani.

A) Przytwierdzenie.

Zwróćmy naprzód uwagę na spostrzeżenia nad połączeniem guzów z krtanią. Uderzają nas tu w oczy przede wszystkim dwie okoliczności, a mianowicie: **liczba punktów przyczepienia** ciała do tej ściany wewnętrznej krtani, do której się ono przytwierdza, oraz stosunki przestrzeni, jakie zachodzą przy tem przytwierdzeniu.

1) Przyczepienie jednostronne, jakie się spotyka w większości guzów, i

2) Przyczepienie dwustronne, cechujące błoniaste zrosty; przyczepienie to właściwe jest nowotworom rozwijającym się w kątach wnętrza krtani, w kącie połączenia strun głosowych tak górnych, jak dolnych, a także w kącie, pod którym się schodzą blaszki chrząstki tarczowej.

Przytem sposób przyczepienia ze względu na stosunki przestrzeni przedstawia się jak następuje:

1) Przyczepienie (podstawa) posiada dwa wymiary: długość i szerokość; przyczepienie rozlane.

Siedlisko: powierzchnia strun głosowych tak górnych jak dolnych, część znajdująca się poniżej strun głosowych dolnych i t. d.

2) Przyczepienie ma miejsce przeważnie w jednym kierunku; przyczepienie linijne, pasemkowe.

Siedlisko: głównie na brzegach strun głosowych górnych i dolnych.

3) Przyczepienie w stosunku do treści (*corpus*) guza nadzwyczaj cienie; przyczepienie punkcikowe, szypułkowe.

Siedlisko: na wszystkich punktach wnętrza krtani, równie na powierzchniach, jak na brzegach.

B) Zachowanie się ciała względem wnętrza krtani.

Dalsze stosunki treści guza do wnętrza krtani, niesłuchanie pod względem operacyjnym ważne, bywają następujące:

1) Treść narosła albo wystaje zupełnie swobodnie w otworze (świecie) krtani, albo też tylko przy znacznym powiększeniu przylega swym wierzchołkiem do części najbliższych strony przeciwległej.

2) Treść narosła prawie bezpośrednio pod swoim przyczepieniem przylega do pewnej części tej ściany krtani, do której dno się przytwierdza, głównie na powierzchniach i brzegach, utworzonych przez dwie parzyste marszeczki błony śluzowej.

Jeżeli teraz stosunki zebrane z danego materiału praktycznego postawimy za zasadę do operowania guzów krtaniowych w ogólności t. j. odcięcia ich od tkanki, która im dała początek, to przedstawi nam się szereg wskazań, jakie znalazły już praktyczne zastosowanie przy wykonywaniu odnośnych operacji. Zasady, jakie w praktyce okazały się odpowiednimi i jakich w ogóle trzymać się przy operowaniu wypadają, są następujące:

Na wykonanie operacji, na wybór i zastosowanie narzędzia przede wszystkim wpływa ta okoliczność, czy guz wystaje swobodnie we wnętrzu krtani, czy też przylega do którejkolwiek z jej ścian; dalej czy przyczepienie jego dla rękoczynu jest dostępne ze wszech stron i nie przedstawia niebezpieczeństwa obrażenia części sąsiednich, czy przeciwnie.

I. Narosł swobodnie wystający.

1) Najprostszą operacją jest oddzielenie guza przytwierdzonego za pomocą szypułki.

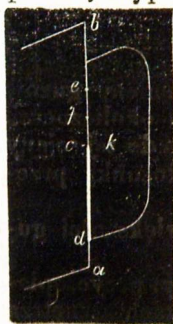


Fig. 2.

czynnie *ab*.

Wykonanie wymaga jednego aktu: oderwania guza od tkanki macierzystej za pomocą szczypeczyków albo pętlicy drucianej i wydobycia go temże samem narzędziem. Narzędzia: szczypeczyki i pętlica drucziana.

2) Operowanie guzów o przyczepieniu szerokim, pasemkowatym (fig. 2).

a) Oddzielenie na linii *md* w płaszczyźnie *ab* w jednym akcie. Wycięcie nożem obrączkowym, gilotyną; wycięcie koliste (*circumfere Excision*).

b) Oddzielenie na linii *md* w płaszczyźnie *ab* w kilku aktach:

1) Wkłócić noża lancetowego lub wycinającego w *c* na płaszczyźnie *ab* i cięcie w kierunku *cd* na płaszczyźnie *ab*.

2) Wkłócić w *f* i cięcie w kierunku *mf* na płaszczyźnie *ab*. Oddzielenie mostku *fd* szczypeczykami.

3) Wkłócie w f , kierunek cięcia podług fe ; powtórne wkłócie w e , kierunek cięcia podług em i oddzielenie mostku fe szczypczykami, albo: kierunek cięcia ef i oddzielenie mostku em szczypczykami; wycięcie linijne (*lineare Excision*).

Albo też przy rozprzestrzenionych brodawkowcach, które się dadzą z łatwością oddzielić (fig. 3).

Wkłócie w e , kierunek cięcia ed ; oddzielenie tej masy szczypczykami albo pętlą drucianą.

Dalszy ciąg operacji: wkłócie w e albo w f , cięcie w kierunku fe albo em , oddzielenie części mf albo ec szczypczykami albo pętlą drucianą.

Narzędzia: gilotyna o nożach obrączkowych rozmaitej wielkości. Nóż lancetowaty i wycinający, szczypczyki i narzędzie służące do zakładania pętlicy (*Schlingenschnürer*).

c) Przy zastosowaniu galwanokaustyki guz chwyta się pętlą platynową i oddziela w kierunku md , podobnie jak nożem obrączkowym.

3) Operowanie guzów o podstawie rozlanej (fig. 4 i 5).

Wykonanie: oddzielenie guza k od tkanki macierzystej $efgh$ w płaszczynie ab okazuje się po największej części niemożliwym; części wystające wycinają się podług prawideł podanych pod Nr. 2 albo II (patrz niżej).

Postępowanie operacyjne: częściowe zniszczenie tkanki guza za pomocą galwanokaustyki i przyżegania; dalsze jego zmniejszenie w skutek ściągania się blizny.

a) Guz o treści jednorodnej: zapomocą żegadła galwanicznego w kształcie noża prowadzi się linija cd . Zmniejszenie guza odbywa się na drodze częściowego zniszczenia jego tkanki i ściągania się blizny.

b) Guz zbiorem pojedynczych tworów, brodawek i t. d. Zniszczenie tkanki jego za pomocą przyżegania potażem gryzącym albo kwasem chromnym.

Narzędzia: żegadło galwanicznie zaostrzone, w kształcie noża, różne narzędzia utrzymujące srodki gryzące.

II. Narost podstawą przylegająca do ścian wewnętrznej krtani.

Cechy: guzy po części bywają niedostępne dla pewnych narzędzi (kął przedni strun głosowych dolnych dla gilotyny), po części zaś istnieje niebezpieczeństwo obrażenia części głębiej położonych.

Operowanie.

1) Guz o przyczepieniu jak pod 3 (patrz wyżej) szypułkowatym, z wszelką łatwością można usuwać za pomocą szczypczyków i pętlicy drucianej.

2) Guz o przyczepieniu pasemkowatym, a po części i rozlanym (*flächenförmig*) (fig. 6).

Guz k przyczepia się do płaszczyny ad , przylega zaś do płaszczyny fb (struna głosowa górna i dolna).

Wykonanie:

a) Oddzielenie podstawy w kierunku ce za pomocą płytkich cięć nożem dłótkowatym. Ukończenie operacji szczypczykami.

b) Oddzielenie podstawy w kierunku cd za pomocą noża galkowatego. Ukończenie operacji szczypczykami.

Narzędzia: nóż dłótkowaty, galkowaty, nóż wycinający, szczypczyki albo pętlica druciana.



Fig. 3.

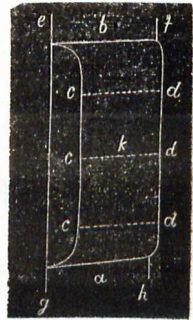


Fig. 4.

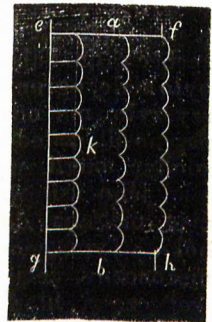


Fig. 5.

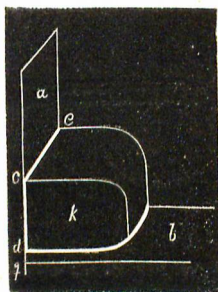


Fig. 6.

3) Narosłe o podstawie rozlanej operują się podług prawideł podanych pod I, 3.

Narosł o przyczepieniu pod wójnem.

Przyczepienie bywa albo linijne, pasemkowane, a wtedy narosł przedstawia się w postaci błony i rozciąga się przeważnie w dwóch kierunkach, albo też przyczepienie bywa rozlane, płaskie (*flächenförmig*), a wtedy średnice narosli rozciągają w jednakowym stopniu w trzech kierunkach.

1) Operowanie ciała błoniastego *eghd* o przyczepieniu *eg* i *hd* na brzegach *ab* i *af* (fig. 6).

Wykonanie:

a) Częściowe oddzielenie od strony *hd*.

Wklócić noża wycinającego w *d*; cięcie w kierunku *cd*.

b) Całkowite odcięcie od strony drugiej; od *g* do *e*.

Oddzielenie mostku *ch* szczypcami.

Operowanie ciała albo postaci błony albo postaci *ead*.

Przyczepienie *ae* i *ad* na brzegach *ab* i *af*.

Wykonanie:

a) Częściowe oddzielenie jednej strony *ae*. Wklócić noża w *a* i poprowadzenie cięcia w kierunku *am*; albo też wklócić noża w *m* i poprowadzenie cięcia ku *a*.

b) Oddzielenie drugiej strony; wklócić w *a* i całkowite oddzielenie aż do *d*. Oddzielenie mostku *me* szczypcami.

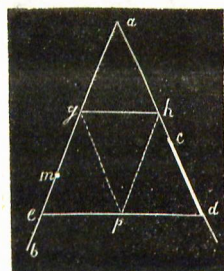


Fig. 7.

2) Narosł o przyczepieniu rozlanem *gahp* (fig. 7).

Operowanie: przyczepienie ciała dwustronne: w *pga* i *pha*.

Wykonanie: oddzielenie strony *pga* nożem, wycinającym; następnie oddzielenie strony *pha* i ukończenie operacji szczypcami.

Narzędzia: nóż wycinający i szczypczyki.

Wreszcie autor poświęca kilka słów elektrolizie, której próbował w dwóch przypadkach guzów łącznotkankowych, wielkości ziarnka grochu, siedzących na brzegu struny głosowej dolnej. Wyniki, jakie otrzymał z jej zastosowania nie były tak zadawalające, by miały go

zachęcić do dalszych nad tem doświadczeń. Działaniem jej bezpośredniem było małe, ograniczone przypalenie; lecz podczas przeprowadzenia prądu towarzyszyło mu uczucie tak silnego bólu, że chorzy zamykanie strumienia przenosili zaledwie kilka tylko sekund i to przy największej, na jaką się zdobyć mogli, wytrwałości. Bardzo często występowały odruchy, najczęściej jako usiłowania do wymiotów, które zaciskały głębiej w tkankę koniec bieguna dodatniego (katodu) i powodowały powiększenie uczucia bólu. Tym sposobem częstokroć skutek jednego posiedzenia był nader nieznaczny, że już pominiemy wtórne objawy zapalne większej lub mniejszej części błony śluzowej krtani; brunatnawy albo, w razie nastąpienia wynaczynienia, czarniawy punkt odkryje nazajutrz to miejsce, w które igła została wciśnięta. Ponieważ autor przy systematycznie przeprowadzonym takim postępowaniu nie spodziewał się po dłuższym nawet czasie zupełnie oczyścić brzeg struny głosowej, przeto w obu wzmiankowanych przypadkach postanowił ukończyć operację na drodze wycięcia liniowego.

Istnieje jeszcze pewna liczba rozmaitych sposobów operowania podanych po części przez samego autora, po części przez innych operatorów; tych sposobów jednakże autor nie uważa za konieczne tu umieszczać z po-

wodu, iż dawały one albo wyniki ujemne albo też nierównoważne z powyższymi.

W tem, co powiedziano, autor zgoła nie miał na myśli utrzymywać, by tylko te sposoby operowania, jakie on podaje, jedynie były dobremi. Przeciwnie wyraża on nadzieję, że przyszłość poda nam lepsze jeszcze środki do operowania guzów kraniowych. W pracy niniejszej autor postawił sobie za zadanie jedynie tylko przedstawić wyniki swego dwunastoletniego na tem polu doświadczenia i poddać je pod sąd publiczności lekarskiej.

KRÓTKIE SPRAWOZDANIA Z POSTĘPU WIEDZY LEKARSKIEJ ZA GRANICĄ.

O wpływie rozciągania na staw udowy i kolanowy (*Ueber den Einfluss der Distractionsmethode auf das Hüft und auf das Kniegelenk.* P. MOROSOFF. *Russische Inaug. Diss. Charkow 1875*). Autor starał się rozstrzygnąć w swej pracy następujące pytania: czy rzeczywiście następuje rozejście się (*Diastase*) powierzchni stawowych biodrowych i kolanowych przy rozciąganiu takowych? w jakim stopniu ono ma miejsce? przy jakim obciążeniu? Aby najpierw oznaczyć kształt i wielkość główki kości udowej i panewki autor wykonał 16-ie doświadczeń, których wyniki w streszczeniu są: 1) przeważający kształt krzywizny główki kości udowej i panewki w dojrzałym wieku (20—35 lat) jest prawidłowo kulisty; 2) w późniejszym wieku główka przybiera kształt sferyczny z nieznacznym powiększeniem południkowego wymiaru. 3) U 16-letniego chłopca główka tworzyła sferoid z przeważającą krzywizną równikową. 4) Krzywizny główki i panewki tak się ze sobą stykają, że między niemi znajduje się cienka tylko warstwa błony maziowej (*synovia*). W niektórych przypadkach powierzchnie stawowe nie stykają się tak ściśle ze sobą, lecz pozostaje między niemi szczelina mająca w szerokości $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ mm., spostrzega się to jednak tylko na trupach które nie są już świeże. 5) Przy rozmaitych ustawieniach stawu biodrowego, powierzchnie stawowe nie zawsze się z sobą ściśle stykają, — pozostaje szczelina której szerokość wynosi 1 milimetr.

Powtórzenie sławnych doświadczeń WEBER'owskich wykazujących wpływ ciśnienia atmosferycznego na staw biodrowy dało autorowi ciekawe wyniki. Bracia W. oznaczyli, że ciśnienie atmosferyczne działające na staw udowy wynosi $29\frac{1}{4}$ funt. (przy 750 mm. ciśnienia barom), SCHMIDT podawał 55 f., MOROSOFF zaś znalazł 58,9 f. (przy 750 mm. c. b.). Ta różność wyników pochodzi z różnego oznaczania podstawy słupa rtęciowego przy ciśnieniu powietrzni na staw biodrowy. M. przyjmuje jako podstawę (*basis*) płaszczyznę równikową główki kości udowej, — co ma za sobą tę korzyść, że przy zmianie wielkości główki kości udowej ciśnienie powietrzni na staw biodrowy także ulega zmianie. Dwie cyfry znalezione przez autora, jedna doświadczalnie, druga teoretycznie, i odnoszące się do ciśnienia powietrzni, różnią się od siebie tylko o 0,9 f. Autor przytacza następnie 7 doświadczeń, w których starano się przez przecięcie więzu torebkowego, oddzielenie wszystkich części miękkich otaczających staw i obciążenie ciężarami, oddalić powierzchnie stawowe. Otrzymano przy tem także większe cyfry od podanych przez braci W. Przy obciążeniu 20 f. powierzchnie stawowe nie rozchodziły się zupełnie, dopiero następowało to przy obciążeniu 50—60 f. Powierzchnie stawowe oddalały się wtedy na $4\frac{1}{2}$ mm. Przecięciowo siła potrzebna dla rozerwania stawu biodrowego wynosi 60 f. Powierzchnie stawowe przy wyprostnem położeniu stawu biodrowego zostają utrzymywane w ścisłem pomiedzy sobą zbliżeniu także bez ciśnienia powietrzni, a jedynie przez więz torebkowy i więz BERTIN'A. Co do tego ciekawe są dwa doświadczenia autora: przewiercono dno panewki i usunięto przez to wpływ ciśnienia powietrzni na staw biodrowy; kości wchodzące w skład stawu biodrowego nie rozchodziły się dopóki nie przecięto więzu torebkowego i więzu B. Mięśnie oddzielono w obydwóch doświadczeniach. Przy obciążeniu nogi 10—12 f. nie zauważano najmniejszego rozejścia się powierzchni stawowych, przy 20 f. rozejście wynosiło $\frac{1}{2}$ mm. przy 40 f. 1 mm. Wiąz B. utrzymuje zatem przy wyprostowanym położeniu stawu sam jeden ściśle złączenie powierzchni stawowych. Przy

doświadczeniach tych zauważano prócz tego: że przy obciążaniu nogi 20—40 f. kość udowa ulegała mocnemu wywróceniu na zewnątrz—przy obciążeniu 40—60 f. na wewnątrz. Ważnem to jest z tego powodu, że niektórzy (BUSCH, REYER) objaśniają działanie rozciągania (*Distraction*) przy chorobach stawów, zmianą punktów zetknięcia się powierzchni stawowych. Z mięśni otaczających staw autor przypisuje mięśniowi zasłonowemu zewnętrznemu (*m. obturator externus*) przylegającemu mocno do wycięcia panewki (*incisura acetabuli*) ważny wpływ na zamknięcie szczelne jamy panewkowej,—także mięsień biodrowy (*m. iliopectineus*) jest także niezbędny dla utrzymania główki w panewce przy wyprostnem położeniu stawu biodrowego.

Trzeci dział doświadczeń odnosił się do działania metody rozciągowej (*distractionsmethode*) na staw biodrowy. Oddalanie się uda przy rozciąganiu sprawdzano (kontrolowano) dwoma igłami, z których jedna była wkręcona w kość udową, druga w kość biodrową, i ta ostatnia pozostając nieruchomą wskazywała że międnica nie zbacza w żadnym kierunku. Wyniki otrzymane były następujące: 1) U trupa dokonywa się rzeczywiście przy rozciąganiu oddalenie się powierzchni stawowych, co następuje łatwiej lub trudniej, stosownie do świeżości trupa. 2) Przy obciążeniu 9—12 f. powierzchnie stawowe nie rozchodzą się zupełnie. 3) Jeżeli trup nie jest świeży, to przy obciążeniu 20 f. może nastąpić rozejście się powierzchni stawowych do $\frac{1}{2}$ mm. 4) 40—50 f. powodują oddalenie się powierzchni stawowych na 1 mm. 5) Przy znaczniejszem obciążeniu (60—80 f.) powierzchnie stawowe więcej się już nie rozchodzą. 6) Ruch odsiebny który chirurgowie każą dokonywać, nie wywiera żadnego wpływu korzystnego na rozejście się powierzchni stawowych. 7) Rozejście się (*Diastase*) powierzchni stawowych u żyjącego jest wątpliwem, dopóki więz B. utrzymuje się w całości. Odnosnie stawu kolanowego autor dokonał 12-e doświadczeń zwykłym sposobem rozciągania, w drugich 8-u doświadczeniach dokonanych sposobem manometrycznym sprawdzał doświadczenia HÜTER'A, WEIDENMÜLLER'A i REYHER'A. Z pierwszych doświadczeń otrzymał następujące dane: 1) W stawie kolanowym przy jego wyprostowaniu nie ma żadnego przedziału pomiędzy powierzchniami stawowemi. 2) Rozciąganie 20 f. nie wywiera żadnego wpływu. 3) Przy obciążeniu 45 f. następuje przedział wynoszący pomiędzy wewnętrznymi kłykcami $\frac{1}{2}$ mm. między zewnętrznymi $1\frac{1}{2}$ mm. Ostatnie trzy doświadczenia dały następujące wyniki: 1) rozejście się powierzchni stawowych łatwiej następuje i w większym stopniu skoro staw kolanowy zostaje otwarty. 2) Rozciąganie 12 f. nie wpływa na rozejście się powierzchni stawowych 3) obciążenie 20—60 f. powoduje w krótkim czasie zupełne rozejście się powierzchni stawowych. 4) Poziom wody w cewce szklanej opada przy nagłem zawieszaniu ciężarów, powoli tylko, przy nagłem odjęciu ciężarów woda w cewce nie podnosi się do poprzedniej wysokości, tylko na kilka *ctm.* Rozebrawszy krytycznie wszystkie teoryje objaśniające działanie metody rozciągowej, autor tłumaczy pomysłny wpływ rozciągania przy zapaleniach stawu biodrowego i kolanowego w następujący sposób: 1) Przy rozciąganiu, skutkiem powiększonego ciśnienia wewnątrz-stawowego, następuje lekki równomierny ucisk na powierzchnie stawowe uległe zapaleniu. 2) Ściągnięcie się (*contractura*) mięśni otaczających stawy ulega zmniejszeniu. 4) Stawy podczas rozciągania znajdują się w spokoju i unieruchomieniu.

(Ref. w *Centralblatt f. Chirurgie* Nr. 39—1875). E. Modrzejewski.

W tymże numerze *Centralblatt f. Chirurgie* dr. H. RANKE z Halli podaje doświadczenia dokonane w Volkmann'owskiej klinice, a mające na celu zbadanie zachowywania się ciśnienia wewnątrz-stawowego, pod wpływem ciągłego wyciągania (*permanente Extension*). Dokonywał także doświadczenia na trupach mierząc zaraz ciśnienie wewnątrz-stawowe stosownie urządzonym trójgranicem opatrzonym manometrem rtęciowym. Badał wpływ ciśnienia przy wylewach krwistych do stawu kolanowego, przy ostrych i przewlekłych wylewach surowicznych, oraz przy przewlekłych zapaleniach z ropieniem w stawie. Liczby które podaje pokazują widocznie, że wyciąganie (*Extensio*) powoduje zawsze podniesienie się ciśnienia wewnątrz stawowego.

(Przyp. Spraw.)

Zadawanie eteru siarczanego suchotnikom nie w celu odurzającym lecz dla poprawienia trawienia, zastosował z pomyslnym skutkiem B. FORSTER (*Lectures and Essays*).

London 1875), a mianowicie u tych, którzy tranu rybiego znosić nie mogą, a to w ten sposób, że z początku dodawać kazał po 10 kropli eteru na każde 2 drachmy tranu, a następnie po 20 kropli eteru na taką ilość tranu.

(*Podług ref. w Gaz. hebdom. Nr. 36—1875*). J. R.

Kurcz palców u urzędników telegrafu. Podług ONIMUS'A (*Gazette méd.* 1875) u telegrafistów zdarza się podobny kurcz jak u piszących, rytmowników, muzyków i t. d. Cierpienie cechuje się z początku trudnością oznaczania punktów (w systemie Morse'a litery oznaczają się kropkami i kreskami), a mianowicie przy przesyłaniu liter: *s* (3 kropki) i (2 kropki), *v* (2 kropki i kreska) objawia się przeszkoda. Stopniowo każda kombinacja kropek i kresek w zwykłym położeniu ręki jest bardzo utrudnioną, tak iż chory posługując się kolejno paluchem, wskazicielem, środkowym palcem, potem całą pięścią, co w następstwie wywołuje kurcz całego przedramienia. Do tego przyłącza się ogólna ociężałość, uczucie zawrotu, bezsenność i t. d. Najlepszym środkiem dla uniknięcia cierpienia jest zmiana od czasu do czasu palca którym się telegrafuje, a po wystąpieniu pierwszych już objawów zastąpienie telegrafu M o r s e'a takimiż H u g h s'a.

(*Berl. klin. Wochft. Nr. 28—1875*). W. G.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Marienbad. W m. Wrześniu r. b., lekarze zdrojowi marienbadzcy wezwani zostali na posiedzenie do urzędu gminnego w celu ocenienia potrzeby odwie trzenia tego zakładu, oczyszczenia go i obmyślenia sposobów przeprowadzenia takowego. Marienbad posiada opinię miejscowości, w której żadna zakaźna nie pojawia się choroba; i istotnie opinii tę podtrzymywały fakta dopóki mniej osób przybywało do niej, ale gdy liczba przyjezdnych z każdym rokiem wzrastała się poczęła i obecnie przechodzi już 10,000 osób, gdy ilość domów wzrosła odpowiednio, przed paru laty zjawiła się durzycą wysypkowa a w r. b. płonica z błonicowem zapaleniem gardła. Wprawdzie choroby te ograniczały się tylko do miejscowej ludności, a jeden tylko przypadek błonicy pokazał się u przyjezdnych, przypadek ten zresztą pomyślnie się skończył, mimo to niepodobna było zaprzeczyć że choroby zakaźne nagminnie panować tam mogą i należało pomyśleć o zabezpieczeniu od nich mieszkańców i przybywających gości, którzy, jako niemiejscy mieszkancy, tem więcej mogą być narażeni na panujące choroby.

Przedmiotem dyskusji było tu jak gdzie indziej: „*Kanalisation oder Abfur*”? t. j. czy należy skanalizować miasto czy zaprowadzić regularną i dokładną wywózkę nieczystości? Ponieważ ten przedmiot jednakowo się przedstawia we wszystkich miejscowościach, gdziekolwiek zostanie podniesionym, dotknijemy go pokrótce, bo się wszystko i do naszych zdrojowisk i miast da zastosować.

Dla porównania jednego sposobu nad drugi, pod względem oczyszczenia miasta, nie były brane pod uwagę względy wydatków, działo się to bowiem wśród ludności niemieckiej, a jakkolwiek nieokazuje się ona hojniejszą od ludności naszej, gdy chodzi o przedmioty ze zdrowiem publicznem związane, to przecież łatwiej pojmuje niż nasza iż z podobnemi urządzeniami stoi w związku bezpośrednim własny jej interes i naleganiom swych władz mniej stawia opór. Były tu przeszkody telluryczne i z samego położenia wynikające, które kanalizację zaniechać zmuszały. Dwa głównie projekta były dane do ocenienia miejscowym lekarzom: projekt p. ZANETTI'EGO budowniczego miasta Monachium, który go wedle rad prof. PETTENKOFER'A układał i projekt prof. RECLAM'A z Lipska. Na odrzucenie kanalizacji wpływał brak dostatecznej ilości wody do obmycia każdego mieszkańca, każdego domu i zabrania przez nią wszelkich nieczystości, i brak miejsca w któreby odpływająca z nieczystościami wodę odprowadzić było można. Strumienie przepływają przez Marienbad ze wschodu na zachód i zwracają się na południe, w tę bowiem stronę biegnie pochyłość gór opasujących to zdrojowisko od północy, wschodu i zachodu; na południe zaś leży wieś okoliczna Auszowice, której pola mogłyby być zalane i dwa źródła Ferdynanda i Rudolfa, które zostałyby przez odpływające nieczystości zepsute.

Te okoliczności dały pierwszeństwo wywozowi nad kanalizacją—ale i ten trudnym jest w Marienbadzie do uskutecznienia, bo większa część domów stoi na znacznej wynio-
słości i zabudowana jest w szeregi, tak jak w wielkich miastach, z małemi podwórzami
albo i bez nich, co obrót wozu czyni niemożliwym. Dla tego prof. RECLAM proponował
system pneumatyczny LINDE'A, polegający na tem, że przez wyciąganie powietrza z kana-
łów, za pomocą odpowiednio urządzonych pomp, nieczystości spychają się do ogólnego
zbiornika, w znacznem oddaleniu położonego. Ciśnienie zewnętrzne powietrza niepozwała
na wydzielanie się gazów z kanałów. Ale nad tym projektem przeważył sposób wywożenia
nieczystości, zaprowadzony świeżo w Monachium. Polega on na tem, że zamiast wozów
i pompy, zaczęto tam używać niewielkich puszek, metr wysokości, 50—70 centim. śred-
nicy mających, walcowatych, szczelnie zamkniętych, które wpuszczone w kanał, albo dół
kloaczny wyciągają z niego nieczystości. Czy się to okaże dostatecznem? niedaleka przy-
szłość pokaże. Nadto lekarze zażądali: 1^o Ażeby z Iona rady miejskiej wyznaczoną
została komisya, czuwająca nad tem, ażeby właściciele domów, hoteli, restauracyj,
wszystkie nieczystości na podwórzach się gromadzące odwieźrali (desinfekowali) i dwa
razy na tydzień wywozili. 2^o Aby postawiono jeszcze jedne łaźienki. 3^o Ażeby udo-
kładniczo napełnianie flaszek przy wysyłce wód, iżby o ile możności całą ilość kwasu
węglanego zawartą w wodzie zatrzymać i utrudnić opadanie soli w butelce. D.

KRONIKA MIEJSCOWA.

Dziekanem wydziału lekarskiego tutejszego uniwersytetu został wybrany, na
następne lat trzy dotychczasowy dziekan prof. Wł. BRODOWSKI.

Redaktorem Pamiętnika Tow. lekarskiego Warszawskiego
wybrano, większością głosów na posiedzeniu w d. 16 b. m. i r. odbytem, na r. 1876 teraź-
niejszego redaktora tegoż czasopisma dra ROGOWICZA. Na członków czynnych Towarzy-
stwa wybrano na temże posiedzeniu drów DOBRSKIEGO i KOSMOWSKIEGO.

O g ł o s z e n i a.

A P T E K A LEONARDA ZIEMIŃSKIEGO

MAGISTRA FARMACYI

w Warszawie, przy ulicy Marszałkowskiej wprost Zielonego Placu.

Zawiadamia, że nadszedł świeży transport **Tranu** lekarskiego **Lofodzkiego** oczyszczonego po-
dług metody Möllera, aptekarza w Chrystyjanii, komisarza delegowanego przez Rząd Norwęski na
wyspy Lofodzkie,—opisaney przezemnie w Gazecie Lekarskiej z roku 1869 w numerach 31 i 32.

Tran z benzoanem żelaza, najlepszym i najdelikatniejszym przetworem żelazistym, który za
granicą obecnie wyrugował wszystkie inne gatunki **Tranu** żelazistego zawierające związek chemiczny
tlenika żelaza z kwasami tłuszczowemi żelazalami, które tylko utrudniają trawienie. — Nadto
Apteka przysposabia **Tran z Jodkiem** żelaza.

Zakład leczniczy prywatny dla chorych chirurgicznych

Dra CHWATA, w Warszawie.

Przyjmuje chorych z cierpieniami zewnętrznymi tak mężczyzn jak i kobiety na
stałe pomieszczenie i przychodnich. Pensjonarze w zakładzie zapewnione mają całko-
wite wygodne utrzymanie, pomoc lekarską, lekarstwa i wprawną obsługę felerzską.

Zakład urządzony jest wzorowo i zaopatrzony w najnowsze przyrządy chirurgiczne
i ortopedyczne, odpowiednio wymaganiom chirurgii postępowej.

O warunkach pomieszczenia chorych w zakładzie dowiedzieć się można w mieszka-
niu Doktora przy **ulicy Przejazd Nr. 41**, codziennie między godziną 3 i 5 po południu.

Redaktor odpowiedzialny, Dr. K. Benni.

Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

Дозволено Цензурою. Варшава 6 (18) Ноября 1875 г.—w Druk. M. Ziemińskiego (dawnej Jaworskiego),
Krak.-Przedm. Nr. 415. Cena pojedynczego Numeru kop. 15 (złp. 1).