

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,
FARMACYI 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 1875 do 1 stycznia 1876) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1876 r. rsr. 168 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauk Lekarskich. Rocznie rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

TREŚĆ: Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Dwa przypadki obecności ruchomych ciał w stawie kolana. (*Corpora libera s. mobilia in articulatione genu*) Spostrzeżenia Prof. Girsztowta. Przepuklina pachwinowo-mosznowa uwięziona. Podwójne nieudanie się odprowadzenia (*taxis*) bez chloroformu i z chloroformem; odprowadzenie w pochyłym położeniu chorego, ze zgięciem kręgosłupa. Przez Dra Perier. Kazuistyka. Kronika zagraniczna. Nowe metody za pomocą których się dostępnym czyni pęcherz moczowy u kobiet. Przez Dra Wildta. Streścił Dr. St. Jerzykowski. Korrespondencya. Sprawozdanie z Walnego Zebrania Sekcyi Lekarskiej Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego. — Wiadomości bieżące. Ś. p. Dr. Antoni Pawłowski. Poszukiwania nad zmianami czułości w chorobach skóry. Rozdarcie przewodu piersiowego (*ductus thoracicus*), wylanie się limfy do jamy brzusznej. Nowy sposób leczenia dymienie kilowych. — Dodatek. Choroby zaraźliwe ostre, T. II, ark. 21. Medycyny Sądowej T. II, ark. 41. Bibliografii i Krytyki Lek. Nr. 15. Wody Mineralne—dodatek VI.

Dwa przypadki obecności ruchomych ciał w stawie kolana.

(*Corpora libera s. mobilia in articulatione genu*).

Spostrzeżenia Prof. Girsztowta.

W d. 1 grudnia z 1874 r. weszła do kliniki chirurgicznej Ces. Uniwer. Warsz. E. C., panna, 22 lat, rodem Szwedka, dobrze zbudowana i odżywiana, skarżąc się jedynie na ból w lewém kolanie i niemożebność chodzenia. Ból ten, o ile chora sięga pamięcią, po raz pierwszy wystąpił przed rokiem, bez żadnego powodu; kolano zbrzękło prawie od razu, zginanie stało się trudném, w końcu niemożebném i panna E. C. zmuszoną była położyć się do łóżka, w którym pozostała trzy tygodnie. Po użyciu środków przeciwzapalnych bóleści i puchlina znikły wprawdzie, chora zaczęła chodzić, ruchy jednak wykonywała z bojaźnią i tańca, któremu przedtém oddawała się chętnie, zaniechać musiała. Tak ubiegło dziewięć miesięcy. W pierwszych dniach października 1874 r. pomimo że chora siedząca prawie prowadziła życie, kolano na nowo puchnąć zaczęło, przyłączyły się bóle, i kiedy zastosowane środki nie przyniosły żadnej ulgi, chora postąpiła do kliniki.

B a d a n i e m i e j s c o w e (*exploratio topica*). Chora trzyma nogę w położeniu zupełnie wyprostowaném (*extensio*), prawie nieruchomo; lewe kolano w całej objętości opuchłe, ma kształt wrzeciona, zarysy zwykłych okolic kolana wygładzone, skóra na niém nieco napięta, blada, gładka; z obydwóch boków rzepki i nad nią spostrzegać się dają trzy wyniosłości formy owalnej. W obwodzie objętość lewego kolana o trzy centymetry większa od prawego; ciepłota na niém nieco podniesiona w porównaniu z prawém, powierzchnia przy dotykaniu zupełnie gładka, konsystencya ciastowata, daje uczucie wrzekomego chełbotania (*pseudofluctuatio*); przy wymacywaniu zewnętrznej wyniosłości z boku rzepki wyczuwa się w nięj ciało wielkości włoskiego orzecha, kształtu owalnego, odporności sprężystej, zupełnie ruchome, przy nieco znaczniejszym nacisku od razu znikające z pod palców, w wyniosłości zaś znajdującej się na wewnętrznej stronie rzepki, mniejszej od przeciwległej, znajdujemy dwa podobneż ciała, objętości małego orzecha leśnego, przy nacisku kryjące się pod rzepkę. Przy delikatnym nacisku chora bólu nie doświadcza, przy mocniejszym zaś, zwłaszcza w wyniosłości zewnętrznej, ból występuje przykry. Ruchy w kolanie zupełnie ograniczone, zgięcie trochę możebne, ale bolesne; przy położeniu wyprostowaném choręj nogi, nacisk górnego końca piszczeli (*tibia*) o dolny koniec kości udowej nie sprawia żadnego bólu, przy chodzeniu (wykonaném na moją prośbę) chora trzyma nogę zupełnie wyprostowaną, kolano przyjmuje położenie jakby zupełnej sztywności (*ankylosis completa*) i stopę suwa po podłodze bez unoszenia w górę. Na polecenie, żeby starała się zgiąć nogę w kolanie i stopę unieść w górę, chora odpowiada: nie mogę, czuję ból i nogę mam jakby związaną w kolanie, przy tém dodaje, że będąc jeszcze w domu, nagłona koniecznością podjęcia przedmiotu jakiegoś z podłogi, zapominając o chorobie, gdy nagle zrobiła kilka kroków, uczuła ból do nie zniesienia w kolanie upadła i odtąd nie może czy też obawia się zginać nogę i woli kuleć i przesuwac nogę, aniżeli próbować ją zginać w kolanie, od tego też czasu zaczęła używać kuli przy chodzeniu. Po uspianiu choręj za pomocą chloroformu przekonaliśmy się, że zgięcie kolana było możebne, jakkolwiek nieco utrudnione i że przy wykonywaniu ruchów w stawie ciała ruchome zmieniały swe położenie i że odnalezienie ich było trudniejsze. Po próbach tych kolano bardziej zbrzękło, ale przy zachowaniu spokoju i zastosowaniu zimnych okładów wróciło do dawniejszego stanu, chora jednak ani na chwilę nie opuszczała łóżka.

Drugi przypadek nie mniej charakterystyczny, jakkolwiek w objawach nieco odmienny od poprzedzającego, miałem sposobność obserwować przed dwoma laty. W d. 17 Września 1872 r. wezwany zostałem do K. L., mężczyzny, 35 lat wieku, silnie zbudowanego: znalazłem go leżącego w łóżku, bladego, przestraszonego, zimnym oblanego potem. Chory opowiedział mi, że przed godziną, w chwili, kiedy zstępował ze stołka, potknął się, nagle uczuł ból dotkliwy w kolanie lewém, zdało mu się jakby w niém coś pękło, stracił równowagę i upadł. W przekonaniu, że złamał nogę wołał, żeby go jak najprędzej położono do łóżka. Prośbie zadość uczyniono natychmiast, dostał jednak zawrotu głowy, szumu w uszach, nudzenia i wymiotów. W czasie me-

go oglądania noga była w położeniu wyprostowaném, nieruchoma, żadnych śladów zewnętrznego obrażenia na niéj nie było. Za pomocą dotykania zbadać stanu choréj nogi nie mogłem, bo chory usilnie prosił, żeby nie dotykać członka chorego. Z kierunku kończyny wnosząc, że podług wszelkiego prawdopodobieństwa noga nie jest złamaną, ograniczyłem się chwilowo na zastosowaniu zimnych okładów na bolące kolano. Na drugi dzień jakkolwiek objawy wstrząśnienia nerwowego (*shock*) znikły prawie zupełnie, kolano jednak spuchło i dotykać się doń chory nie pozwalała. Zaleciłem też same okłady zimne, bóle znacznie się zmniejszyły i trzeciego dnia mogłem już macaniem (*palpatio*) zbadać stan chorego kolana. Było ono spuchnięte i w jamie stawowej wyczuć już można było wyraźne chęłbotanie (*fluctuatio*), a przy staranniejszém badaniu udało się wyczuć ciało twarde, okrągłe, ruchome, trudno dające się unieruchomić pomiędzy palcami, przeciwnie, znikające z pod palców z największą łatwością. Na zapytanie, mogące rzucić światło na powstanie i przebieg choroby, p. K. L. upewnia, że w ciągu życia był zdrow, nigdy nie padał, w kolano niczem nigdy nie uderzył i napadu strasznego bólu po raz pierwszy obecnie doświadczył.

Powyższe dwa przypadki cierpienia kolana pod względem klinicznym cechujące dwie odmienne formy chronicznego i ostrego wystąpienia choroby, zasługują na bliższe zbadanie co do powstawania (*genesis*) i istoty ruchomych obcych ciał w jamach stawów, tém bardziej, że w piśmiennictwie naszém nie znalazłem ani jednego wypadku ogłoszonego drukiem w mowie będącego cierpienia. Choroba ta jednak, jakkolwiek rzadko się zdarza, nie jest bynajmniej nowością w nauce: pierwszy przypadek dokładnie opisany i na drodze operacyjnej uleczony datuje jeszcze z XVI wieku (1558 r.); autorem jego jest Ambroży Paré, nestor chirurgii francuzkiéj. W 130 lat potém (1691) chirurg szwedzki Jan Mikołaj Pechlinus podał opis drugiego podobnego wypadku; właściwie jednak naukowe badania nad istotą téj choroby zaczynają się dopiero w XIX stuleciu, kiedy coraz częstsza kazuistyka dostarczyła bogatego materiału. Abernethy, Desault, Russel, Brodie, Cruveilhier, a z nowszych pisarzy Friedländer (1855), Foëck, Forstmann, Recklinghausen położyli tu nie małe zasługi. Pierwsze statystyczne zestawienie opisanych w różnych czasach wypadków téj choroby zrobił Larrey; zebrał on już 129 przypadków, Berthenson — 130, Volkmann — 179, Schmidt — 218. Nowe spostrzeżenia rok rocznie liczbę tę zwiększają, dając zarazem możność do zbadania anatomicznój budowy ciałek, oraz praktycznego ocenienia różnych sposobów ich leczenia.

Że nagły i gwałtowny ból w stawach i zniszczenie czynności ich niespodzianie i odrazu występujące u osób zupełnie zdrowych, zależą rzeczywiście od obecności ciał obcych w jamach stawowych, dowiodła ta prosta okoliczność, że po ich wyjęciu bóle więcej nie wracały i czynność stawów odbywała się następnie zupełnie prawidłowo. Rozwiązanie zagadnienia w jaki sposób powstają te ciałka i przy jakich warunkach wywołują ból niespodziany, dało powód do stworzenia licznych teoryj i różnych nazw, jakimi ochrzczono tę chorobę. Do-

świadczenie nauczyło, że dwa są główne źródła powstawania ciał obcych w stawach, mianowicie: a) albo dostają się one od zewnątrz, albo też, co nierównie bywa częściej, b) pierwotnie tworzą się w próżni stawów skutkiem chorób różnych tkanek wchodzących do budowy takowych. Do pierwszych należą igły, małe kule, odłamki kości, które dostawszy się do jamy stawowej przez przekłócie, rozdarcie, zużycie (*usura*) torebki stawowej, otoczone zostają złoгами tak z mazi (*synovia*), jak i z wysięku zapalnego i tutaj przez czas pewien mogą, nie wywołując żadnych dolegliwych przypadłości. To są właściwe *corpora extranea articularum*, ale należą one do zjawisk nadzwyczajnie rzadkich. Zwykle ciała te tworzą się w samej próżni stawów. Mechanizm powstawania ich tutaj jest rozmaity: 1) skutkiem mechanicznego obrażenia stawu (*trauma*) następują wylewy krwi (*extravasatum*) do jamy stawowej, które w części zostają wessane, w części zaś tworząc bezkształtne włóknikowe złogi (*concrectiones amorphae*) stają się obcymi ciałami stawu; 2) złamania wewnątrz torebkowe (*fractura intracapsularis*), tak np. kawałek odłamanego *processus coronoidei ulnae* znajduwany był w stawie łokciowym. jako obce ciało; 3) oderwanie kawałka stawowej chrząstki, który swobodnie pływa w mazi stawowej; 4) zwykłe surowicze, lub włóknikowe zapalenie błony maziowej (*synovitis serosa, fibrinosa*), przy którym powstają złogi włókniste pod postacią małych, okrągłych ciałek (*corpuscula pyriformia, oryzoidea*) częstokroć ulegających następnie zwapnieniu (*concrementa, arthrolithi*); 5) chroniczne zapalenie torebki stawowej natury twórczej (*synovitis hyperplastica, proliferans*), przy którym t. zw. wyrostki (*processus synoviales*) z wewnętrznej jej warstwy pod postacią marszczek, frędzli, kosmków (*villi synoviales*), fałdów (*plicae synoviales, vasculosae, adiposae, ligamenta mucosa*) ulegają bujaniu i tworzą wyrosłe wewnątrz stawu najrozmaitszego kształtu: zkad powstały nazwy *vegetationes dendroideae, lipoma arborescens, mola articularum racemosa*), a są to tylko włókniaki, tłuszczaki, mięsaki stawowe (*corpuscula fibromatosa, lipomatosa*); przypomnijmy nadto, że na wierzchołkach kosmków w stawie nawet naturalnym znajdują się czasami komórki chrzęstne, które też ulegając bujaniu tworzą prawdziwe chrzęstniaki (*chondroma, corpuscula chondromatosa*) nieraz ulegające skostnieniu (*corpuscula ossea*). Ciała tego ostatniego pochodzenia w ciągu długiego czasu zostają w związku nieprzerwanym z kosmkami, czyli wiszą na nich jakby na szypułce (*pedunculus*), od której następnie skutkiem jej zaniku lub nacisku odrywają się i stają się wolnymi, ruchomymi, zdolnymi zmieniać położenie przy każdym ruchu stawu; 6) chroniczne zapalenie chrząstek stawowych (*chondritis articularis*), przy którym rozwija się zwykle warstwowe odłuszczenie się chrząstki (*exfoliatio cartilaginis, necrosis*); drobne te kawałki chrząstki tworzą również obce ciała stawów; 7) zniepodobniające zapalenie stawu cząstkowe lub ogólne (*arthritis deformans partialis v. universalis*), przy którym we wszystkich tkankach staw składających tworzą się narośle chrzęstne lub kostne (*osteophyta, stalactita*), dają również powód do powstawania ciał obcych w stawach.

Stosownie do tak rozmaitego sposobu powstawania ciałek stawowych i fizyczne ich własności nie mniej są rozmaite. Co do kształtu rozróżniamy ciała okrągłe, płasko-okrągłe, kształtu jajka, podobne do migdału, z jednej strony wypukłe, z drugiej wklęsłe, nieprawidłowe. Wielkość ich też bywa rozmaita, zaczynając od ziarnka grochu, dochodzi do orzecha włoskiego lub kurzego jaja; powierzchnia ich zwykle jest gładka, jakby odszlifowana, bywają jednak ciała i nierówne, podobne do maliny, jakby brodawkami usiane. Konsystencya ich też jest różna, miękka, sprężysta, twarda; ciała te nieraz można zmiażdżyć pomiędzy palcami, w innych znowu razach są tak twarde jak kość, kamień, marmur, trudno je rozbić młotkiem. Barwa ich bywa biaława, połyskująca, szara, żółta, czarna. W rozkroju przedstawiają się już to jako masa bezpostaciowa, już to ułożone są warstwami koncentrycznymi, częstokroć otoczone osłonką (*capsula*). Liczba ciałek też bywa rozmaita: czasem bywa jedno ciało, albo kilka, kilkadziesiąt i kilkaset.

(*Dokończenie nastąpi*).

Przepuklina pachwinowo-mosznowa uwięziona. Podwójne nieudanie się odprowadzenia (*taxis*) bez chloroformu i z chloroformem; odprowadzenie w pochyłym położeniu chorego, ze zgięciem kręgosłupa.

Przez Dra Perier.

Jan Bony, robotnik, mający lat 65, miał od 40-go roku swego życia przepuklinę pachwinową prawą, która powstała nagle, w chwili gdy podnosił ciężki worek. Mimo ciągłego użycia bandaża, przepuklina stopniowo się powiększała, wychodząc za najmniejszym wysiłkiem; ale chory wsuwał ją łatwo. Jednakże w przeciągu lat kilku, dwa razy przepuklina stawała się nieodprowadzalną, dwa razy były objawy uwięzienia, ale p. Gosselin łatwo wykonał odprowadzenie, pierwszy raz bez chloroformu, drugi raz po znieczuleniu.

Od 8-miu czy 9-ciu lat podobny wypadek się nie trafił, gdy w sobotę 5 Września 1874 r. o godz. 11-jej wieczorem. chory spostrzegł, powracając do domu, że przepuklina wyszła pod bandażem. Tym razem niepodobna było mu ją wsunąć. Noc zeszła bez snu, prawa pachwina była nader bolesna, chory dostał wymiotów, przepuklina się zaczerwieniła i powiększyła, brzuch wzdął się znacznie. Dwa następne dni zeszły w tym samym stanie, z nieustannymi wymiotami, bez stolca i wiatrów; podana lawatywa była oddana bez stolca.

P. Dupré, w asystencyi p. Capron, zrobił forsowne odprowadzenie czterema rękami w ciągu pół godziny, jak mówi chory. P. Gosselin, który dwa razy odprowadzał już przepuklinę w takich okolicznościach, przyszedłszy do tego chorego, zrobił odprowadzenie raz bez użycia chloroformu, potem drugi raz po uspieniu chorego: odprowadzenie trwało 10 minut, ale że pozostało bez skutku, chory był odesłany do szpitala Charité. P. Gosselin, któremu byłem dodany w tej chwili, kazał mnie uprzedzić prosząc, abym robił operację, o ile można prędko. Przybyłem około 9 wieczorem, to jest w 46 godzin po wystą-

pieniu opisanych przypadłości. Twarz chorego nie była bardzo zmieniona, kończyny nie chłodne, tętno dość dobre (86), brzuch wzdęty, trochę bolesny w okolicy dołu biodrowego prawego. Z prawej strony przepuklina wielkości jaja strusiego, napięta, połyskująca, czerwona i bolesna najwięcej na granicy obrączki; szypuła stosunkowo mała. Guz z tępym odgłosem przy opukiwaniu przedstawia chełbotanie i zdaje się zawierać wielką ilość płynu. Zauważymy mimochodem, że z lewej strony wychodziła i wsuwała się z największą łatwością mała przepuklina. Wszystko było przygotowane do operacji (*herniotomia*). Nie myślałam wcale powtarzać sposobów, które już przedtém robiono bezowocnie, ale będąc pod wpływem tego, com niedawno czytał, chciałem przed użyciem operacji krwawej, spróbować metody, która według Dra Leasura (z Pittsburga) zawsze mu się udawała, ilekroć wyczerpał bezskutecznie szereg zwykłych środków.

Posługacz wziął na ramiona nogi chorego i podniósł je tak, że na łóżku została tylko głowa i ramiona. W tém pochyłym położeniu brzuch się zakłęsał a ściany jego były zwisłe wskutek silnego zgięcia stosu kręgowego. Niezwłocznie chory dostał wymiotów, ale niezważając na to, ujęłem lewą ręką szypułę przepukliny, pociągając ją w górę, to jest ku dnu moszen, podczas gdy drugą ręką przyciskałem wierzchołek guza w sposób, by wtłoczyć zawartość jego ku dołowi brzucha. Uczułem zaraz, że guz zmniejsza się pod moimi palcami wolno i stopniowo; gdy o połowę się zmniejszył, stał się miękkim i miejscami nieco ciastowatym. Nie było już płynu w worku, zostały w nim sieć i кишки. Chociaż to odprowadzenie trwało czas bardzo krótki, może mniej jak dwie minuty, kazałem ułożyć chorego w pozycji poziomej i kończyłem odprowadzenie z wielką łatwością; przy powtórném rozpoczęciu odprowadzenia słychać było szmer (*gargouillement*). Chory doznał niezwłocznie ulgi; nałożyłem mu bandaż na pachwinę. W nocy miał dwa stolce i spał dobrze. Nazajutrz nie miał już ani bólu ani wymiotów, pojawiło się łaknienie i rzeczy poszły takim biegiem, że 12 Września chory wyszedł zupełnie wyleczony. — Co zdaje się nadawać rzeczywistą wartość temu spostrzeżeniu to to, że odprowadzenie było próbowane przez ręce zręczne, i że mój szacowny mistrz p. Gosselin, z którym mało osób mogłoby iść w zawody w rozpoznawaniu podobnych rzeczy, sądził, że wykonanie herniotomii nagli. Nie można więc robić zarzutów, że ta przepuklina, w chwili gdy przyszedł, mogłaby być zmniejszoną bez środków gwałtowno-niebezpiecznych, przez zwykłe odprowadzenie bez pomocy pochyłego ułożenia. Głównie skłoniło mnie uciec się do tego środka czytanie kilku spostrzeżeń bardzo zajmujących w pamiętniku Dra Daniela Leasura, ogłoszonych w *American Journal of the medical sciences* pod tytułem: *Tractile method of reducing strangulated hernia*.

Autor ma jedynie pretensję przywrócić dawną metodę, którą uważa za niesłusznie zapomnianą. Metoda jest dawna rzeczywiście, a jeśli popadła w zapomnienie, to dla tego niestety, że nasi klassycy stawiają ją na równi z potępionymi ogólnie sposobami zawieszania, pomimo, że między tą metodą a tak zwanem zawieszaniem zachodzi znaczna różnica. W czystem i prostem zawie-

szeniu, gdy głowa jest opuszczona, brzuch jest na tyle wyciągnięty jak w zawieszaniu równoległym do poziomemu. Zupełnie przeciwnie gdy głowa i ramiona spoczywają na łożku; wówczas jest wygięcie stosu kręgowego, które dostatecznie zwalnia powłoki brzuszne z przodu, aby wnętrzności opuściły się w pewnym stopniu skutkiem własnego ciężaru. Jednak znajduje się wzmiankę szczegółową tego postępowania w *Traité des hernies de Lawrence*, ale opisawszy położenie, jakie należy dać choremu, autor dodaje: „Mówią, że usiłowania w odprowadzeniu przy tém położeniu miały pomyślny skutek, gdy wszystkie inne środki chybiły i dla tego niektórzy chirurdzy bardzo je zalecali. Nie mogę ocenić zasługi téj metody, gdyż nigdy jój nie używałem ani nie widziałem jak inni używają. Nie zdaje mi się, aby korzyści jój zrównoważyły niedogodność, przykrość i ambaras, nieodłączne przy jój użyciu.“

Następnie uważając za niedorzeczną myśl aby ciężar i ruch trzewiów mogły wywołać skutek użyteczny na części wyszłej z miejsca, utrzymuje, że wskazane położenie nie może ani zwalczyć ani zmniejszyć przeszkód do odprowadzenia.

Widząc takiego chirurga jak Lawrence, odrzucającego dla prostych teoretycznych przyczyn metodę, która nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa, a w zamian wykazującego niedogodność, przykrości i ambaras nieodłącznego od jój użycia, które są, mówiąc prawdę, prawie żadne, — podejrzewam, że jeśli jój nie użył, to był powstrzymany przez prostą przyzwoitość. Wyznaję, że w pierwszej chwili miałem wstręt, by ułożyć mego chorego w ten sposób, ale dziś nie waham się. Na przyszłość w każdej przepuklinie, gdzie będę przypuszczał, że wnętrzności mogą bezkarnie wejść do brzucha, będę się uciekał do odprowadzenia w położeniu poziomem, następnie w pochyłym z nagięciem stosu kręgowego. W wypadku niepowodzenia ponowię też same środki po użyciu chloroformu i dopiero gdy ta nowa próba się nie uda, będę się uważał za upoważnionego do przedsięwzięcia operacji krwawej.

K a z u i s t y k a.

Pan Patrycy D., lat 76, cierpiący od dawna na rozedmę płuc (*emphysema pulmonum c. asthmate nervoso*), lecz stosunkowo zdrowy i czerstwy, dotknięty przytém przepukliną pachwinową (*hernia inguinalis*) po stronie lewej, przed kilku miesiącami zwrócił uwagę na powstałe po tejże stronie lewej obrzmienie jądra. Zaniepokojony tém, choć mu to żadnego bólu nie spowodowało i początku nawet obrzmienia nie zanotował w pamięci, gdyż zwróciwszy uwagę znalazł jądro w dwójnasób powiększone, rozpoczął kurację, zmieniając takową kilkakrotnie, a wkrótce zniechęcony jodynowaniem jądra, wcieraniami merkuryalnemi i drażniącemi, ciepłemi kąpielami miejscowemi i ciepłemi okładami narkotycznemi, które mu powierzchowny ból powłok moszny, jój zaczerwienienie a nawet owrzodzenie z suchém zestrupieniem sprawiały, zaniechał na

raz to wszystko, próbując jeszcze skutków *Baumseheidt'y*zmu: kilkakrotne nakłócie moszny i okolicy lędźwiowej po obu stronach kręgosłupa przyniosły mu rzekomą ulgę, t. j. pozorne zmniejszenie jądra, co pacjent obfitym potem chętnie przypisywał.—Dziś i ta metoda daje tylko rezultat ujemny: jądro w trójnasób powiększone, chwilowo przebiegają w niem lekkie tępe bóle: po stronie jądra niezajętego prawego odkrywa się nieznaczne źródło z nieznanym ropieniem. Wygląd powłok worka mosznowego nie zmieniony, nasiąknięcia i nacieczenia w worku mosznowym się nie dostrzega, gruczoły jądrowe przesuwalne, przyjądrze lekko obrzmiałe i równie jak lewe jądro na ucisk mało wrażliwe, konsystencyi twardziej, tęgiej, sprężystej. Takowe dane oprócz więcej szczegółowych, w które tu nie wchodzę, wyłączają *Hydrocele*, jako też i sprawę nowotworową. Jako moment etiologiczny przyjąć można długoletni nacisk paska po stronie lewego jądra (prawe naturalnej wielkości (a ztąd bierny zastój).

Dr. A. Skorkowski.

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

Nowe metody, za pomocą których się dostępnym czyni pęcherz moczowy u kobiet.

Przez Dra Wildta (*Arch. f. Klin. Chir. t. XVIII, zeszyt I, 1875*).

Streścił Dr St. Jerzykowski.

Chirurgiczne leczenie chorób odbytnicy i pęcherza moczowego w dawniejszych czasach przedstawiało wiele trudności, ponieważ przy wprowadzaniu palca lub narzędzia, celem rozpoznania lub leczenia, znaczną przeszkodę tworzyły odruchowe skurcze ściągaczów; nigdy zaś nie dało się tak przystępnymi uczynić wymienione organa, iżby było podobna wykonać w nich jaką operację. Przez znieczulenie chloroformem usunięto wprawdzie bolesność i odruchowe skurcze, dwie znaczne przeszkody dla operacji, wszakże długi czas nie odważono się przystęp do odbytnicy i pęcherza moczowego tak rozszerzyć, iżby się dało do nich wprowadzić większe instrumenty; obawiano się bowiem, że się przez zbytne rozciągnięcie ściągaczów zniweczy tychże ściągliwości, a potem brakło odpowiednich narzędzi. Co do odbytnicy bowiem, to wziernik przyrządzony według *Weissa*, ani nie wystarczał dla rozpoznania chorób w kiszce odbytowej, ani też nie dawał dostatecznego pola dla wykonania jakiej plastycznej operacji. Dopiero gdy się przez metodyczne stosowanie ręcznego rozszerzania odbytnicy, według *Simona*, przekonano, że się ściągacz odbytnicy da rozszerzyć do 3 cali średnicy, i mimo tego nie traci swój ściągliwości, odważono się większe narzędzia wprowadzać do odbytnicy, a obecnie za pomocą wzierników *Simsa* lub *Simona* jama odbytnicy da się tak dostępną zrobić, że się np. najtrudniejsze operacje na odbyto-pochwowej ścianie dają wykonać z pomyślnym rezultatem.

Trudniejszą przedstawia się ta rzecz przy cewce moczowej. Co do cewki moczowej u mężczyzn, to w literaturze bardzo mało znajdujemy wypadków, w których w celach leczniczych rozszerzano ten kanał. Tu dotąd należy najpierw endoskop *Desormeau*'a, dalej kilka wypadków *Simona*, który kamyczki od wielkości jądra u czereśni aż do wielkości orzecha laskowego, gdy utknęły w cewce moczowej, wypychał napowrót do pęcherza moczowego, a potem cewkę coraz grubszy cewnikami rozszerzał tak, aż się owe kamyczki samodzielnie wydzieliły na zewnątrz razem z mo-

czem. Jest to wszystek zabytek, jaki w literaturze o rozszerzeniu cewki u mężczyzn znajdujemy i w ogóle zachodzi pytanie, czy się przy organie tym dla jego niepomysłnej budowy anatomicznej dojdzie do jakich znaczniejszych rezultatów.

Cewka moczowa u niewiast jest daleko stosowniejszą do rozszerzania, aniżeli u mężczyzn, ponieważ znaną jest jej znaczna rozciągliwość. Znane są przecież wypadki, w których dość znacznej objętości kamienie wydzielaly się samodzielnie przez cewkę moczową, albo bywały wydalane na zewnątrz wśród boleści podobnych do bólów porodowych; znaną także rzeczą, że się przy spółkowaniu wzniesione prącie dostawało do cewki moczowej, co opisują Hyrtl, Szymanowski i inni. Mimo tego aż do najnowszych czasów tylko w bardzo rzadkich wypadkach rozszerzano cewkę u kobiet w celach rozpoznawczych i leczniczych. Tego rodzaju operację opisuje np. Warner (porów. Bardeleben, Lehrb. d. Chir. u. Oper. t. 4. 1872, p. 221), który, chcąc u kobiety wydalić jakiś nowotwór, „z wielką trudnością“ wprowadził palec przez cewkę moczową, przekonał się o siedlisku i wielkości nowotworu i potem go wydobył przeciąwszy cewkę moczową. Porter (The Dublin quart. Journ. of med. science Nov. 1863) w wypadku, w którym dziewczę szpilkę od włosów włożyło sobie do pęcherza moczowego, przez pięć dni za pomocą gąbki rozszerzał cewkę moczową, poczem mógł palec wprowadzić do pęcherza i kleszczykami szpilkę wydobyć. Jednakże dopiero od czasów Ch. Heatha (Med. Tim. and Gazette 1874. 11 April) rozpoczęto ogólnie rozszerzać cewkę moczową u niewiast. Postępował on sobie tym sposobem, iż zachloroformowaną pacjentkę ułożywszy w położeniu jak dla wyjęcia kamienia, ślednik przewodni (*director*) wprowadzał przez cewkę do pęcherza i ślednik spychając silnie ku dłoni, starał się do otworu wsunąć palec wskazujący lub mały, ażeby potem wymacać wnętrze pęcherza. Jeśli mu się nie udało wsunąć nawet małego palca, natenczas wprowadzał „Two bladed dilator“ i tymże gwałtownie rozszerzał cewkę moczową, co według doświadczeń autora nigdy żadnego złego wpływu nie wywierało na zatrzymywanie moczu, lecz przeciwnie, było jak najlepszym środkiem do usunięcia kurczowego ściągnięcia. Metodą tą udało się Heathowi rozpoznać małe kamienie, których poprzednio wysledzić nie mógł, i potem takowe przez rozszerzoną cewkę wydobyć za pomocą kleszczyków i łyżki.

W klinice Heidelbergskiej dwóch używano sposobów do rozszerzania cewki moczowej w celach rozpoznawczych i leczniczych, i to:

- 1) metodycznego rozszerzania cewki moczowej, po nacięciu brzegów jej ujścia;
- 2) przecięcia ściany pęcherzo-pochwowej.

1) Co do pierwszej metody, to się wykonywa ją sposobem następującym: Pacjentkę chloroformuje się, ponieważ rękoczyn ten jest bolesny; potem układa się ją w położeniu pośladko-grzbietowém, tak iż do zewnętrznych części płciowych przystęp bywa łatwym. Następnie rozszerza się cewkę moczową za pomocą wzierników na ten cel zbudowanych. Są one przyrządzone na podobę wzierników dla pochwy, z twardej gumy i wszystkie zaopatrzone obturatorem od przodu stożkowatym; długość rurki wynosi $6\frac{1}{2}$ ctm., obturatora $8\frac{1}{2}$ ctm. Używa się zaś tychże w 7 numerach, rozmaicie grubych, tak iż 9 mm. grubości posiada nr. 1, 11 mm. nr. 2, 13 mm. nr. 3, 15 mm. nr. 4, 17 mm. nr. 5, 19 mm. nr. 6 i 2 ctm. nr. 7. Najprzód nr. 1, dobrze oliwą wysmarowany i obturatorem zaopatrzone, wprowadza się wśród obrotowych ruchów do cewki moczowej, przyczem się gwałtu należy wystrzegać. Później wyciągnawszy go, wsuwa się wziernik z nr. następnym i tak postępuje się tak długo, aż się nie wprowadzi nr. 7. Ponieważ pospolicie brzeg ujścia jest bardzo napiętym, przeto zwykle trzeba go ponacinać na $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ ctm. głęboko i to po obu stronach, ku dołowi i ku górze. Nacięcia te nie zaburzają nigdy zatrzymywania moczu, pozwalają wprowadzić obszerne wzierniki i zapobiegają gwałtownemu rozdarciu cewki, co następuje prawie we wszystkich wypadkach, jeśli się bez nacięć rozszerza cewkę. Po wyciągnięciu obturatora, tylna ściana pęcherza przykłada się do światła wziernika i tym sposobem przesuważąc wziernik, można obejrzeć wielką część ściany pęcherzowej.

Jeśli się zaś do cewki udało wprowadzić nr. 7, natenczas da się do pęcherza wsunąć nawet gruby palec wskazujący i nim wymacać wewnętrzną powierzchnię pęcherza. Przy badaniu tém należy równocześnie palec średni wprowadzić do pochwy, przez co badającym palcem można daleko głębiej wnikać do pęcherza. Metodę tę wykonywano bardzo często w klinice Heidelbergskiej i nigdy nie widziano, żeby miało przyjść do niemożności zatrzymania moczu (*incontinentia urinae*); pacjentki prawie zawsze były

nawet w stanie zatrzymać w sobie 500 gramów wody, wstrzykniętej zaraz po badaniu.

Co się zaś tyczy wskazań do tego rodzaju rozszerzania, to prawie przy każdym cierpieniu pęcherza moczowego u niewiast da się skutecznie stosować ten rękoczyn. Dalej przy rozpoznawaniu chorób, ważną operacja ta odgrywa rolę. Małe kamyczki moczowe, drobne ciała obce, nawet mimo najtroskliwszego badania, nie dają się nieraz wysledzić cewnikiem; wielkie kamienie, które spoczywają w zaułkach *vessie à colonnes* i są pokryte częścią przez ściany zaułków, częścią przez śluz i ropę, przy dotykaniu ich cewnikiem mogą nie dawać tego charakterystycznego tonu, jaki zwykle powstaje, gdy się metalem uderza o kamień; wreszcie przy *vessie à colonnes* wystające wiązki mięśniowe, często twarde jak chrząstka i pokryte osadami soli, przy przesuwaniu po nich cewnika, mogą dawać pozór kamienia. Wszystkie te błędy są niemożliwe, skoro się po rozszerzeniu cewki wymacuje wnętrze pęcherza. Wszelkie zaułki, wszelkie wybujałości i nowotwory dają się bezpośrednio wysledzić na błonie śluzowej, a wielkość i kształt kamieni da się wyraźnie wyczuć. Nawet dla wzroku można przystępnym uczynić wnętrze pęcherza, tak iż się bezpośrednio przekonujemy, czy i w których miejscach nieżyt pęcherza spowodował owrzodzenia i t. d.

Także pod względem leczniczym korzyści metody tej są bardzo wielkie. Skoro się obce ciała dostały do pęcherza, najlepší jest, po rozszerzeniu cewki i wprowadzeniu palca do pęcherza, obok palca wsunąć długie kleszcze dla ukleją, obce ciało palcem napychać w kleszcze i, gdy się je zachwyciło, wydostać najpierw palec a potem ciało obce. Tak samo postępujemy sobie z kamieniami moczowemi, które już w dość znacznej objętości można wydobyć przez cewkę, dającą się rozszerzyć aż do 2 ctm. Większe zaś kamienie nie potrzeba tak mocno rozmiędzać za pomocą litotryptora, lecz wystarcza już drobniejsze skruszenie.

Rozszerzenie cewki moczowej zezwala także na energiczne leczenie miejscowe nieżyty pęcherza moczowego. Heath ślednikiem i palcem rozszerza cewkę moczową, potem wziernik swego pomysłu wsuwa do cewki moczowej i, umaczawszy pędzelek w roztworze *arg. nitr.* (1,0 na 4,0 wody), pociera nim tak wielką powierzchnię ściany pęcherzowej, jaką przez wziernik może osiągnąć. Pocierania tegoż należy również dokonywać wśród odurzenia chloroformem, ponieważ jest bardzo bolesnym. W Heidelbergskiej klinice leczono tym sposobem kilka nieżyty pęcherza, z tą tylko odmianą, iż używano wygodniejszego i lepszego wziernika Simona.

Nadzwyczaj zaś skutecznym może się to rozszerzenie cewki okazać przy nowotworach w wnętrzu pochwy. Badając palcem wysledzimy zawsze takie nowotwory, śledzenie zaś cewnikiem nie daje nam nigdy takiej pewności i nieraz doprowadza nas do błędów. Rozpoznawszy zaś cierpienie, da się nowotwór usunąć łatwiej albo przez rozszerzoną cewkę, albo też przez metodę poniżej opisaną.

Następnie opisuje autor szczegółowo trzy wypadki nowotworów pęcherza moczowego, które powyższym sposobem operowano z pomyślnym rezultatem, i przytacza jeden wypadek przetoki pęcherzo-pochwowej, której operacja po rozszerzeniu cewki moczowej i dokładnem obejrzeniu utraty istoty bardzo szczęśliwie się zakończyła; poprzednio chorą operowano sześć razy bez wszelkiego skutku.

2) Drugim sposobem dla wyrobienia sobie przystępu do pęcherza moczowego u niewiast bywa przecięcie ściany pęcherzo-pochwowej. Ściany tej nie przecinano dawniej nigdy w celu badania pęcherza, lecz tylko w celu wydobywania kamienia lub usunięcia przewłocznego nieżyty pęcherza. Do tych dwóch wskazań obecnie przybywa jeszcze trzecie, t. j. wydalenie nowotworów z pęcherza. Co do przecinania ściany pęcherzo-pochwowej dla wydobywania kamieni, to operację tę wykonywano dawniej bardzo rzadko, ponieważ się obawiano, że pozostanie nieuleczona przetoka pęcherzo-pochwowa. Obecnie zaś uleczenie przetoki tego rodzaju jest tak pewnym, że dla wydalenia kamieni u kobiet nie potrzeba innego cięcia, jak wyżej oznaczonego. Cięcie to nie jest niebezpiecznym, przez ranę dają się wydobyć wielkie kamienie w razie potrzeby po poprzednim skruszeniu, a co do pozostających przetok, to jeśli się rana nie zagaja wkrótce po ukończeniu operacji, uleczenie ich żadnej nie podlega wątpliwości.

Celem usunięcia przewlekłego nieżyty pęcherza moczowego nacinano również ścianę pęcherzo-pochwową. Przez wytworzenie przetoki pęcherzo-pochwowej przy uporczywym niezycie z owrzodzeniami miało się osiągnąć tę korzyść, że mocz mógł

bezpośrednio z pęcherza odpływać. Tym sposobem chciano zapobiedz, ażeby się mocz nawet krótki czas nie zatrzymywał w pęcherzu i przez to nie pogarszał stanu, nie powodował owrzodzeń i krwotoków. Wszakże korzyści tego środka leczniczego nie są jeszcze dostatecznie stwierdzone.

W czysto rozpoznawczych celach ścianę pęcherzo-pochwową nacina się naturalnie tylko wtenczas, kiedy siedliskiem cierpienia z wszelkiem prawdopodobieństwem bywają najwyższe części pęcherza, albo kiedy się ono aż tam rozciąga; inną bowiem drogą niepodobna tak wysoko dosięgnąć palcem. Rozpoznawcze cięcie pęcherzo-pochwowe rozpoczyna się w tylnym końcu cewki moczowej i rozdziela ścianę pęcherzo-pochwową w linii środkowej aż do ust macicznych. Przez taką ranę da się wygodnie dwa palce wprowadzić do pęcherza i, napychając od zewnątrz wyższe części pęcherza na badający palec, można wymacać jak najgłębsze zatoki pęcherza. Cięcie prowadzi się w kierunku podłużnym, ponieważ tym sposobem nie trafia się na moczotoki i ponieważ cięcie podłużne da się łatwiej zeszyć, aniżeli poprzeczne. Jeśli się przez nacięcie powyższe nie osiąga żadnego celu (np. przy brodawkowym nowotworze siedzącym wysoko po bokach pęcherza), to przez poprzeczne nacięcie przedniego sklepienia pochwowego, tworzące z nacięciem podłużnym głoską T, można naciskając przez powłoki brzuszne, pęcherz zupełnie wywrócić i wepchnąć do pochwy i potem wszystkie części nie tylko z łatwością wymacać, ale nadto po większej części oczyma obejrzeć. Do wywrócenia pęcherza do pochy wystarcza już, kiedy poprzeczne cięcie wynosi 3—4 ctm., a podłużne 2 ctm. Chociaż ostatniego rodzaju cięcie nie wykonywano jeszcze u osób żyjących, to jednakże próbowano ich częścię na trupach i przytem dało się zawsze łatwo stwierdzić, że przez cięcia te bardzo wielka część pęcherza była przystępna dla badania wzrokiem, że się całe wnętrze pęcherza dało wymacać palcem, i że się nowotwory, siedzące bardzo wysoko i niedające się dosięgnąć przez rozszerzoną cewkę, dawały łatwo i gruntownie usunąć za pomocą noży i łyżki.

Po przecięciu ściany pęcherzo-pochwowej zeszywa się naturalnie ranę zaraz, jeśli się ma do czynienia z cierpieniem, które się da usunąć na jednem posiedzeniu, a więc np. jeśli chodzi o wydalenie jakiegoś wysoko umieszczonego ciała obcego. Jeśli zaś leczenie wymaga kilkakrotnych badań pęcherza, to się ranę utrzymuje tak długo otwartą, aż się dojdzie do żadanego celu i potem dopiero zamyka się przetokę.

W końcu przytacza autor obszernie wypadek przewłocznego niezytu pęcherza moczowego, w którym dla uleczenia cierpienia przecięto ścianę pęcherzo-pochwową i co 8—14 dni błonę śluzową przyżegano mocnym roztworem saletrzanu srebra. Chora doznała wprawdzie pewnej ulgi w swém cierpieniu, wszakże nie takięj, jakiej się spodziewano, i jest obawa czy choroba nie wystąpi ponownie w swęj dawnęj sile. Z tego powodu wytworzenie przetoki pęcherzo-pochwowej przy przewłocznym niezycie pęcherza zaleca autor tylko w tych razach, w których wszelkie inne środki okazały się bezskutecznemi, cięcie zaś musi być tak wielkie, iżby się mocz pod żadnym warunkiem nie zatrzymywał w pęcherzu, lez bezpośrednio spływał do pochwy.

KORRESPONDENCYA.

Poznań dnia 3 Lipca 1875 r.

Sprawozdanie z Walnego Zebrania Sekcyi Lekars. Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego.

Dnia 24 Czerwca b. r. Sekcyja Lekarska Tow. Przyjaciół Nauk odbyła swe półroczne Walne Zebranie w obec licznie zgromadzonych członków miejscowych, a nader szczupłej liczby członków zamiejscowych, z których się zaledwie czterech stawilo. Dziwny to zaprawdę objaw objętości lekarzy zamiejscowych dla Towarzystwa, czego przyczynę trudno rzeczywiście odgadnąć; bo w wielu miejscowościach po kilku znajduje się lekarzy, tak iż wyjazd na jeden dzień nie sprawia tak wielkich trudności, i połączenia kolejowe przy dobrej chęci przyjazd czynią nader łatwym.

Stosownie do zapowiedzianego porządku dziennego o godzinie 12-ój z południa odbyła się wizyta w zakładzie Sióstr Miłosierdzia, gdzie pp. Dr Sęcki i Dr Kaczorowski najważniejsze okazywali wypadki chorób. Dr Sęcki przedstawił zebrany kilkanaście operacyj, których w ostatnim czasie dokonał w wspomnionym zakładzie; z tych zasługują na wspomnienie następujące: 1) Rak dolnej wargi. Z powodu znacznego zniweczenia utkania, po wyjęciu nowotworu, nie wystarczało do pokrycia utraty istoty zwyczajne zeszywanie rany, lecz trzeba było z boku wyciąć trójkąt i wciągnąć go w ranę. Zagojenie się *per prim. int.*—blizna wygląda zupełnie gładko i nigdzie nie widać żadnych resztek nowotworu. 2) Kościork szpikowy (*osteo-carcinoma medullare*) u prawej nogi. Nowotwór zajmował prawie wszystkie kości stopy, nadto sam staw był nacieczony, i chory nie mógł wcale używać kończyny. Początkowo ścięto nożem całą część nowotworu, która wystawała ponad powierzchnią stopy, poczem się wytworzył wrzód, wydzielający brudną i cuchnącą ropę i dwa palce podległy zgorzeli. Wśród takich okoliczności, gdy nacieczenie rakowe zajmowało także staw i chory widocznie słabł, odjęto kończynę w górnej części. Chory, znajdujący się dotąd w zakładzie, ma się stosunkowo dobrze. 3) Próchnienie kości piszczelowej i goleniowej, obszerne owrzodzenia i złam w ranie samój. Ponieważ proces z piszczeli i goleni przechodził także na staw sam i nawet części kości udowej były już nim zajęte, odjęto kość udową w górnej połowie. Rana zagoiła się *per prim. int.*; chorego stan zadawalniający. 4) Kamień w pęcherzu moczowym, z wężeniem zewnętrznego ujścia cewki bardzo znaczne. Po rozszerzeniu ujścia cewki moczowej za pomocą świeczek i stożków z gąbki prasowanej, przystąpiono do zbadania pęcherza, na który chory, liczący obecnie lat 18, narzeka już od wczesnej młodości. Wprowadziwszy lithotryptor, dało się wyraźnie wysledzić kamień znacznej objętości; w ramienia lithotryptora dostawał się on dość łatwo, jednakże podczas szrubowania narzędzia wymykał się z nich znowu. Wszakże dwa razy już udało się zachwycić go dobrze i zgruchotać należycie, tak iż obecnie objętość jego zmniejszyła się znacznie. U chorego po każdorazowej operacji występują w dość ostrym stopniu objawy zapalenia pęcherza moczowego. 5) Obce ciało w pęcherzu. Z powodu przewlekłego wiewióra i zwężenia cewki moczowej chory wprowadzał sobie sam cewnik, przyczem się ułamał koniec i pozostał w cewce. Od chwili téj chory doznawał mocnego bólu w pęcherzu, ciągłego parcia na mocz, którego wydzielanie było utrudnioném. Nacięto cewkę moczową i pęcherz moczowy (*urethro-cystotomia*), przyczem kawałek ułamanego cewnika dostał się do pęcherza moczowego. Przez ranę nie odcieka wcale mocz, z tego powodu, że cięcie pierwsze dochodzące aż do powięzi, nie przypada na cięcie cewki moczowej. Chory, który po operacji doznał znacznej ulgi w swém cierpieniu, znajduje się obecnie jeszcze w kuracji. 6) Kaszak znacznej objętości w okolicy karku. Wyluszczenie całkowite; rana zablizniła się *per prim. int.* 7) Włókniak lewego przedramienia, wielkości boecianiego jaja; wyluszczenie całkowite, zagojenie się *per prim. int.* 8) Przepuklina moszna, mięsak (*sarcoma*) jądra, trzebieenie (*castratio*). Po przekłóciu obrzmiałego worka mosznowego wykazało się, że przyczyną wysięku w worek mosznowy był nowotwór w jądrze samym. Jądro wyjęto przez podwiązanie dotyczących naczyń i przecięcie; chory znajdujący się jeszcze w zakładzie, ma się zupełnie dobrze.

Na miejscu tém niechaj mi wolno będzie przytoczyć jeszcze trzy wypadki, które wprawdzie nie były przedstawione na Walném Zebraniu, ale które kolega Sęcki zechciał mi w tymże dniu łaskawie okazać: Odjęcie lewej kończyny górnej ponad stawem łokciowym. Mężczyzna, 50 letni, cierpiał od dawnego czasu na wielki wrzód ciągnący się od stawu łokciowego aż do stawu ręki. Przy bliższym badaniu okazało się, że cała kość łokciowa podległa martwinie, i że proces ten ogarniał także dolną część kości ramieniowej; wypilowano tedy dość wielki kawał kości łokciowej, wszakże w cierpieniu żadne nie nastąpiło polepszenie. Ponieważ nadto chory skarżył się na odrażającą woń, na jaką z powodu owój choroby ustawnie był wystawiany, dopominał się sam, ażeby mu rękę odjęto, i widocznie słabł coraz więcej, postanowiono wykonać odjęcie ramienia powyżej stawu łokciowego, które się bardzo pomyślnie zakończyło; rana bowiem *per prim. int.* zagoiła się w krótkim czasie i chory do dawnych powraca sił. Dwa wypadki zapalenia

ściegien (*tendinitis*); w jednym z tych wypadków zapalenie wystąpiło na obu rękach i zajęło grzbiet ręki, skutkiem czego ręce obrzmiały mocno, poruszenia są trudne i bolesne, a w jednym miejscu przyszło do ropienia i pęknięcia na zewnątrz. Pod wpływem jodyny i hydropatycznych okładów obrzmienie ustępuje coraz więcej. Obustronne zapalenie sutki piersiowej z wytworzeniem się przetok mlecznych. Chora podczas karmienia doznała początkowo nieznacznego zapalenia, z którego się później wywiązało bardzo obszerne cierpienie, ogarniające po obu stronach całą sutkę piersiową. Zrobiono nacięcia w promieniach do brodawki sutkowej, skąd się później wytworzyły przetoki mleczne, obecnie jeszcze istniejące; przyczem cały gruczoł jest jeszcze mocno obrzmiały i twardy. Chorą leczy się hydropatycznymi okładami i wcieraniem szaruchy.

Następnie Dr Kaczorowski z oddziału wewnątrznie chorych następujące przedstawił wypadki: 1) Zapalenie torebek stawomaziowych. U chorej (11 letniego dziewczęcia) widać ślady przebytego próchnienia kości; obecnie zaś torebki stawomaziowe są znacznie obrzmiałe, chodzenie dla chorej uciążliwe. Zastrzyknięto dwa razy kwas salicylowy (1 cz. na 10 cz. wody i 10 cz. alkoholu), po upływie tygodnia obrzmienie opadło znacznie i chora zaczyna pewniej stąpać. 2) Tęże trwający już od 9 czerwca. Mężczyzna 30 letni, będąc zgrzanym spał na ziemi, poczem się wkrótce pojawiły kurcze występujące za najmniejszym poruszeniem; pierwotnie były one bardzo silne, później zwolniały nieco pod wpływem wodanu chloralu, który chory bierze wtenczas, skoro się kurcz pojawi. Oprócz wodanu chloralu podawano początkowo także morfinę, wszakże później zaprzestano tego leku, ponieważ każdorazowe nakłócie wywoływało skurcze w mięśniach. Obecnie napady są coraz radsze i słabsze, tak iż jest nadzieja, że się chory wyleczy zupełnie z tego niebezpiecznego cierpienia. 3) Zapalenie opłucnej z durowatym charakterem; wykładający nadmieniał, że w tym roku w ogóle wszystkie zapalenia opłucnej występowały w tym charakterze tyfoidalnym. 4) Dwa wypadki nowotworu (prawdopodobnie raka) w krtani. Chorzy dotychczas zdrowi, od niejakiego czasu skarżą się na utrudnione łykanie, głos staje się ochryplym, chudną mocno, opadają z sił i przybierają ów kachektyczny wygląd, właściwy osobom cierpiącym na raka. 5) Róża twarzy. Ażeby zapobiedz dalszemu szerzeniu się procesu zapalnego, wstrzykiwano na granicach róży kwas karbolowy, wszakże bezskutecznie, ponieważ róża zajęła całą głowę. Później gdy proces ten przeszedł także na grzbiet i wszelka była obawa, iż się dalej rozszerzać będzie, wstrzykiwano znowu kwas karbolowy, i tym razem z pomyślnym rezultatem; od téj chwili bowiem róża przestała się rozprzestrzeniać i ustąpiła wkrótce zupełnie. 6) Wypadek 5 - cioletniego idioty; chory wydziela pod siebie mocz i kał, łykać nie może wcale, lecz do jądła trzeba mu głowę w tył przewracać i w głąb ust wlewać płyny lub wkładać miękkie pokarmy; twardych bowiem nie jest w stanie pogryźć. Osobliwszemi są ruchy małego pacjenta: po większej części siedzi on na ziemi; skoro się go postawi na nogi, bieży szybko kilka kroków naprzód, stawa i siada znowu na ziemi; podniósłszy go ponownie, tę samą widzimy scenę. Cała jego intelligencya objawia się rozpoznawaniem kubka, napelnionego jądłem, do którego chętnie dąży skoro mu się pokaże go z daleka.

Posiedzenie o godz. piątój z południa zagał prezes Dr Matecki w lokalu Towarzystwa przy ulicy Młyńskiej i przywitawszy zebranych wezwał do obru przewodniczącego; wybór padł na Dra Bojanowskiego z Kościana. Gdy nikt z członków zamiejscowych nie zgłosił się ani do odczytu, ani do referatu, Dr Kaczorowski rozpoczął odczyty rozprawą swą p. t. o Rabce, Zakopanem i Szczawnicy — wspomnienie z podróży zeszłorocznej. Prelegent zastanawia się na wstępie nad przyczynami, dla których goście zamiast do wód ojczystych wolą wyjeżdżać za granicę. Zdaniem prelegenta, wina tego spoczywa nie tylko w publiczności, u której w ogóle co własne to nie dobre, nie tylko w niedostatecznych urządzeniach zdrojowisk naszych, które pod niejednym względem przewyższają nawet wody zagraniczne, ale także w znacznym stopniu leży ona po stronie lekarzy, którzy nie znając ojczystych zakładów zdrojowych małą liczbę swych klientów tam wysyłają; zaleca tedy zwiedzać nasze zdrojowiska i przekonać się naocznie samemu, bo żaden opis i żadne polecenia nie są w stanie za-

stąpić własnego doświadczenia. Poczem prelegent opisuje kolejno Rabkę, Zakopane, i Szczawnicę wykazując ich ważność i pożytek, obznajmiając ze skutkami wód ojczystych oraz z urządzeniami zdrojowo-kąpielnemi w naszych zakładach. Po ukończeniu tego odczytu zabrał głos Dr Bojanowski z Kosciała i zbijał mniemanie prelegenta co do przyczyn tak nielicznego odwiedzania źródeł ojczystych; zdaniem jego, powodem tego ani niechęć ze strony publiczności, ani oziębłość i niezajomość ze strony lekarzy, ale przeważnie nieudolność władz administracyjnych, które nie dbają o to, ażeby ułatwić przyjazd do wód galicyjskich, obecnie połączony z tylu trudnościami i niedogodnościami, mianowicie dla osób słabowitych.

Następnie prelegent odczytał drugą rozprawę swą p. t. o t e r a p e u t y c z n y c h d o ś w i a d c z e n i a c h z k w a s e m s a l i c y l o w y m. Co do chorób zewnętrznych, to autor przekonał się, że kwas salicylowy działa niepomysłnie na świeże rany, bo sprawia ból, granulacye zaczynają krwawić i trzeba powrócić do dawnych środków. Natomiast na owrzodzenie z wydzieliną posoczystą wpływa ten środek skutecznie, i to głównie z tego powodu, iż się da stosować w postaci suchej. W tej formie wsysa on w siebie wydzieliny, zezwala na to, iż opatrunek można pozostawić przez dłuższy czas nadmuchując z boków kwas salicylowy. Przy wycięciu jajnika, przez autora nie dawno temu dokonaniem w tutejszym szpitalu miejskim, obsypywano trzon także kwasem salicylowym; przy oględzinach pośmiertnych wykazało się, że trzon usechł i naokoło rany nie było żadnego cuchnienia. Co do chorób wewnętrznych, to kwas salicylowy odwieżdża znakomicie jamę ustną, czy to w zwyczajnej formie zapalenia ust, czy przy wrzodach błonicowych; cuchnienie ustępuje i smak staje się znośniejszym. W roztworze 1:1000 można go podawać jako napój w chorobach gorączkowych.

Dr Jarnatowski przedstawił rzadki wypadek z praktyki okulistycznej, jaki w ostatnim czasie spostrzegali Drem Jerzykowski. Dotyczył on 20 letniego mężczyzny, któremu podczas pracy ułamał się koniec pilnika i wpadł z wielką siłą do oka. Wytworzona stąd rana znajdowała się na granicy rogówki i wynosiła mniej więcej 3 ctm. długości. Całe oko zabiegło mocno krwią i nastąpiło silne zapalenie; choremu podawano do wewnątrz kalomel i zalewano oko atropiną. Mniej więcej po ośmiu tygodniach badano chorego wziernikiem, przyczem widać było, że z oka znikła zupełnie tęczęwka i źrenica, tak iż bardzo wyraźnie można dostrzedz siatkówki wraz z jej naczyniami, które w dolnej połowie są mocno rozszerzone; brodawki ocznej nie było podobna dojrzeć.

Następnie Dr Zielewicz rozpoczął swój odczyt p. t. K i l k a w y p a d k ó w z p r a k t y k i c h i r u r g i c z n e j, przedstawieniem chorób z zapaleniem twardówki (*scleritis*) w oku prawym. Ta rzadka choroba okazuje się w niniejszym wypadku na granicy przedniego i tylnego odcinka górnej powierzchni gałki ocznej w postaci pagórka, wybitnie nad powierzchnię wystającego, o barwie cisawo-niebieskawej i spojówce oka prawidłowej. Obraz wziernikowy prawidłowy. Jedynym objawem podmiotowym bywa uczucie ciśnienia i rozpierania w oku, któryto ból jednakże ostatniemi czasy ustaje na chwilę; nadto chora narzeka na bóleści w okolicy skroniowej i nadoczodołowej. Choroba trwa od Marca r. b. Leczenie: zastrzykiwanie morfiny w okolicę nadoczodołową, wcieranie szaruchy w okolicę skroniową i zapruszanie oka kalomelem. b) Dalej opowiada autor o przypadku błonicy paszczy (*diphtheritis pharyngis*) leczonej kwasem salicylowym z bardzo pomyslnym rezultatem. Podczas gdy Hanowi Fouthem używali przetworów tego leku, wykładający zastosował go *in substantia* pocierając trzy razy dziennie pędzlem, zmoczonym w sproszkowanym kwasie salicylowym, miejsca wypociną błonicową dotknięte. W wypadku niniejszym, w którym wypocina na migdałach i lukach podniebiennych była znaczną, ciepłota ciała podwyższoną aż do 39,8°C. i mocno obrzmiałe gruczoły, już po dwurazowym zastosowaniu kwasu salicylowego chory począł wykrztuszać kawały błon błonicowych i trzeciego dnia ustąpiły wszystkie objawy cierpienia. Wykładający nie twierdzi, ażeby kwas salicylowy miał być swoistym lekiem przeciw błonicy, atoli lek, którego zbawienne działanie z godziny na godzinę było można kontrolować w opisanym wypadku, zasługuje na gorące polecenie w celu dalszego badania jego terapeutycznej wartości. c) Nadto przytacza autor wypadek jamistego naczyniaka w jamie ustnej, który zachodził u 9 miesięcznego dziecka, a który razem z Dr Batkowskim autor operował za po-

mocą galwanokaustyki. Nowotwór był wielkości orzecha włoskiego z siedzibą na war-
dze dolnej a pojedynczemi wypustkami zachodził na dziąsła. Wykładający podnosi za-
lety galwanokaustyki w podobnych przypadkach, gdzie z powodu wzmiankowanych wy-
pustek doszczętne wycięcie nie da się wykonać, a operacya sama w stosunku do cier-
pienia bywa rękoczynem bynajmniej nie obojętnym, lekovanie zaś środkami żrącemi,
w jakiegokolwiek formie użytymi, pociąga za sobą ropienie i jego następstwa u dziecka
będącego przy piersi. Nowotwór zniszczono kończastym galwanokauterem T a v i g n o-
t a, a obecnie po upływie pół roku widać tylko nieznaczną blizną na błonie śluzowej
wargi; — odnowa nie nastąpiła. d) W końcu autor udziela zgromadzonym kolegom
wiadomości epikrytycznych o chorobie, jakiej uległa znana na całą dawną Polskę autor-
ka P a u l i n a z L a u c z ó w W i l k o ń s k a, którą wykładający leczył wspólnie
z Dr Ś w i d e r s k i m. Powieściopisarka nasza zmarła na głęboki ropień
ś r ó d k r o c z a z z g o r z e l i n o w y z przystępem posocznicy. Ropień wielkości
główki noworodka, nie będący w żadnym bezpośrednim związku ani z odbytnicą, ani
z pochwą, okazywał wypuk bębenkowy na całej swój powierzchni, tak w miejscach naj-
wyżej, jak najniżej położonych. Badanie akidopeirastyczne wykazało zawartość kałową
cuchnącą. Oględziny pośmiertne stwierdziły jamę sięgającą ku górze w bezpośrednio
sąsiedztwo trzewiów brzuszno-miedniczych ze zgorzelinowemi szczątkami powięzi mie-
dnicy. Wykładający podnosi z uznaniem tę okoliczność, że ś. p. W i l k o ń s k a tak
piśmiennie w testamencie jako i ustnie krótko przed śmiercią objawiła życzenie, ażeby
ciało jój poddane było oględzinom pośmiertnym. I z tego nawet względu cześć jój
pamięci!

Zapowiedziany odczyt Dra Ś w i d e r s k i e g o nie przyszedł do skutku, ponie-
waż prelegent dla nadzwyczajnych przeszkód na zebranie przybyć nie mógł.

Po zakończeniu odczytów przewodniczący przemawia do zgromadzonych kolegów,
ażeby na zjazd Lwowski w Lipcu jak najliczniej stawić się zechcieli, i odczytawczy te-
legram Dra P e r n a c z y ń s k i e g o z Wrześni, który zawiadamia, iż dla ważnych po-
wodów na Walne Zebranie przybyć nie może, zamknął posiedzenie o godzinie 9 wie-
czorem.

Dr St. Jerzykowski.

Wiadomości bieżące.

— Ś. p. Dr Antoni Pawłowski. W dniu 1 Czerwca 1875 r. po długiej i ciężkiej
chorobie, w Tomaszowie Ordynackim, zmarł tamtejszy Lekarz Powiatu A n t o n i P a-
w ł o w s k i. Urodzony w 1834 r. z ojca byłego oficera wojsk polskich, był oddanym
do korpusu kadetów w Petersburgu, gdzie uległ wypadkowi złamania nogi, co przy
skrofulicznym jego usposobieniu zmusiło go do opuszczenia pierwiastkowego zawodu.
Jakoż następnie o własnych prawie siłach skończył gimnazyum i udał się na wydział
lekarski do Uniwersytetu Moskiewskiego, z którego w r. 1860 jako lekarz wyszedł.
Za przybyciem do kraju pierwiastkowo osiadł w Łęcznie, a po przebyciu tam roku, po-
wołany został do Tomaszowa na Lekarza Ordynacji Zamojskiej, gdzie też został le-
karzem miasta, a w roku 1867 przy nowej organizacyi lekarzem powiatu. Przemie-
szkał zatem w Tomaszowie przez lat 12, w ciągu którego to czasu był prawdziwie uży-
tecznym miastu i okolicy. Lekarz i kolega wysokiej sumiennosci, starał się być zawsze
na równi z postępem nauki, stosując w praktyce to wszystko, co z pożytkiem dla cho-
rych użyć się dawało; — cenił on wyżej spokój sumienia nad największe dostatki,
z kąd płynęła najskrupulatniejsza jego sumiennosc, tak względem chorych, jak szcze-
gólniej względem kolegów, a do tych ostatnich był do tyła sumiennym, że nawet
osobistym swym przyjaciolom oddawał sprawiedliwość, a nawet dla godności stanu nie-
jednokrotnie błędy ich pokrywał. Krótkie życie ś. p. P a w ł o w s k i e g o nie dało
mu rozwinąć obfitych zasobów jego wiedzy w formie prac pisanych, lecz jako lekarz
praktyczny, jako kolega i człowiek może on posłużyć za przykład do naśladowania.—
Spełnił więc sumiennie obowiązek zaciągnięty przy wstąpieniu do stanu lekarskiego.
Niech mu ziemia lekką będzie!

Dr F. Krajewski.

Poszukiwania nad zmianami czułości w chorobach skóry (Rendu). P. Rendu zauważył, że są pewne choroby skóry, które przy jednakowych anatomicznych zmianach różnią się jednak pod względem niektórych objawów, zależnie od tego czy powstały pod wpływem usposobienia lub nie. Zebrawszy znaczną liczbę wypadków, rozebrawszy je i porównawszy z największą starannością, ułożył interesujący pamiętnik, z którego przytoczymy kilka uwag, o ile można w krótkości. Wykazawszy pochodzenie nerwowe bąblicy, utrzymuje, że system nerwowy gra również rolę w powstawaniu niektórych form łuszczycy, pryszczycy i purpury. Nie będziemy się rozwodzić nad wszystkimi argumentami, których doniosłość autor daje zrećźnie poznać na korzyść swego zdania; najlepiej przeczytać te spostrzeżenia, a my zachęcamy czytelników do przejrzenia oryginalnej pracy p. Rendu. Chcielibyśmy wraz z nim wyjaśnić, dla korzyści w praktyce, doktrynę czy mianowicie choroby skórne, jako też objawy nerwowe zależą od zmian w mózgu lub rdzeniu kręgowym, czy też od zбочenia w nerwach obwodowych? P. Rendu zwraca właśnie uwagę, że przy dzisiejszym stanie naszych wiadomości, jest to istotnie zadanie prawie nierozwiązane, ponieważ za bardzo pomijamy anatomie patologiczną chorób skórnych i nerwowych. Można rozbiierać prawdopodobieństwa na zasadzie zebranych faktów, rozbiór taki właśnie znajduje się w pracy p. Rendu. Wspomina on o następczych chorobach skóry po chorobie nerwów obwodowych, a podobne wypadki opisują także Weir Mitchell, Brown-Sequard i Charcot. Ten ostatni zaznacza choroby skóry powstające przy cierpieniu ośrodków nerwowych. Zbytecznym byłoby opisywać charakter i formę tych wysypek. Każdy wie, że są one najczęściej w formie pryszczycy i pęcherzyków, i że tak jak bąblica charakteryzują się nadczułością miejsc, które zajmują. Między temi dwiema kategoriami chorób skórnych, już tyle różnych z punktu zapatrywania się na mechanizm ich powstawania, mieszczą się choroby zwyczajne, w których system nerwowy nie zdaje się odgrywać żadnej ważniejszej roli; widocznym jest jednakże, że w wielu w wypadkach, system nerwowy wywiera jawny wpływ na chorobę skóry. Zresztą najciekawszym punktem w pamiętniku p. Rendu jest zdanie, że „w wielu zwykłych chorobach skóry istnieją ciekawe modyfikacje czucia obwodowego, i że te modyfikacje są jednym z najwymowniejszych objawów roli, jaką odgrywa system nerwowy w chorobach skóry.“

Dr E. F.

Rozdarcie przewodu piersiowego (*ductus thoracicus*), wylanie się limfy do jamy brzusznej (Wilhelms). Patologia przewodu piersiowego jest bardzo mało zbadana. Znajdują się tu i owdzie w pismach peryodycznych spostrzeżenia o ranach, ropieniu, przedarciu, ale należą do osobliwości; należy więc skorzystać z każdej sposobności aby dać poznać zбочenia tego naczynia. Wypadek w mowie będący dotyczy sześciomiesięcznego dziecka, dotkniętego krztuścem, podczas którego wystąpiła dość znaczna puchlina brzucha. Przekłucie ścian brzucha spowodowało wielki odpływ (około 5 litrów) płynu mlecznego, który badany pod mikroskopem przez Rindfleischa, okazał się być limfą. W przeciągu roku też operacja była 10 razy powtarzana i dawała zawsze jednaki rezultat. Autor sądzi, że to wylewanie się limfy, po gwałtownym krztuszeniu się przy kaszlu powstające mogło być spowodowane przez pęknięcie przewodu piersiowego. Nie trzeba jednak tego za bardzo potwierdzać.

Dr. E. F.

Nowy sposób leczenia dymienic kiłowych (F. Jakubowits—Wien. med. Presse 1874 Nr. 38). Autor nie ma na myśli wywołać reakcją zapalną, jak inni zwolennicy miąższowych wstrzykiwań, lecz unikając o ile można wszelkiego zapalenia, wpływać na bezpośrednio wysysanie. Do dopięcia tego celu nie używa on *tinct. jodi*, alkoholu i t. d., lecz słabych rozczyńców jodku potasu (*kal. jod. 1,0, tinct. jodi gutt. 5:30,0 H₂O*). Na jednym posiedzeniu wstrzykuje się mniej więcej 1 gram rozczyńca, i to tym sposobem, że się różne części gruczołu nakłówa przez poruszanie wierzchołką igły. Rezultaty mają być bardzo pomyślne.】

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

Redakcja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364 (nowy 1), mieszkania Nr 6.

W Druk. Gaz. Lek. Ul. Śto Krzyzka Nr 9. Дозволено Цензурою, Варшава 27 Іюня (9 Іюля) 1875