

90585

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. W sprawie kanalizacji miasta Warszawy. Rak krtani. Całkowite wycięcie krtani. Podali Dr. W. H. Krajewski i Dr. W. Wróblewski. (Ciąg dalszy). Ważniejsze szczegóły z nowoczesnej dyagnostyki i terapii chorób żołądka. Podał docent Dr. W. Jaworski. (Ciąg dalszy). — **Streszczenia i wyciągi.** 2. Przyczynę do etiologii zapalenia płuc włóknikowego. 3. Wodowstręt u człowieka i korzyść z penzlowania kokainą przeciw kurczowi krtani. 4. Ropnica, jako następstwo bezpośrednie rzeżączki. — **Krytyka i Bibliografia.** Sir H. Thompson. Zwężenia i przetoki cewki moczowej. Sprawozdawca Dr. A. Grünbaum. (Ciąg dalszy). — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

W sprawie kanalizacji miasta Warszawy.

Komitet higieny publicznej Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, którego zadaniem jest badanie wszelkich kwestyi sanitarnych, przedewszystkiem zaś odnoszących się do zdrowotności naszego miasta, wyczytał w piśmiech publicznych artykuł p. t. „W sprawie kanalizacji“ opatrzony podpisem JW. Prezydenta miasta. W artykule tym JW. Prezydent w obec dyskusyi i uchwał powziętych na ostatniem ogólnem zebraniu Warszawskiego Towarzystwa Kredytowego Miejskiego, wywołanych jakoby obawą o zubożenie właścicieli domów oświadcza, iż „przy takim ich (obywateli) zapatrywaniu się i stosunku ich do kanalizacji, jaki się teraz okazuje, zarząd miejski ma zamiar zatrzymać na czas nieograniczony roboty kanalizacyjne, po ukończeniu tych stosunkowo niewielu, jakie są już zatwierdzone.“

W obec takiego zagrożenia niezmiernej doniosłości dzieła dla zdrowia wszystkich mieszkańców miasta, Komitet higieny publicznej uważa za obowiązek podnieść głos przeciwko tym wszystkim, którzy na zasadzie mylnych względów ekonomicznych i urojonych strat usiłują wstrzymać rozwój tak chlubnie rozpoczętego dzieła. Komitet pragnie uwidatnić raz jeszcze ważność kanalizacji pod względem sanitarnym i nieodzowną konieczność doprowadzenia jej do ostatecznego wykończenia w całości.

Kanalizacyja miasta Warszawy nie odbywa się sposobem experymentu, lecz opartą jest na zdobytem od lat wielu doświadczeniu ogromnej liczby miast Europy i Ameryki, które wszystkie bez wyjątku, na jej zaprowadzeniu osiągnęły znaczne zmniejszenie śmiertelności. Zmniejszenie to wynosi od 6-ciu do 13-tu przypadków śmierci na 1000 ludności. Stosując wynik tego doświadczenia do naszego miasta i przyjmując tylko najmniejszą jego cyfrę, wypada, że gdyby śmiertelność zniżyła się o 6 na 1000, to 2700 mieszkańców rocznie byłoby uchronionych od śmierci. Ponieważ zaś takiej liczbie zgonów odpowiada 81,000 chorych, a 1,620,000 dni choroby; to już z tych samych cyfr wyka-

ANC 208/53113

zuje się oczywiście niezmierny pożytek z przeprowadzenia kanalizacji. Jeżeli obok tych korzyści sanitarnych, podniesiemy korzyści materialne, to pozostawiamy ekonomistom obliczenie wartości życia 2700 jednostek rocznie, strat ponoszonych przez społeczeństwo skutkiem zgonów, choroby, i niezdolności do pracy. Można by również obliczyć oszczędności jakieby dla miasta ztąd wypływały na utrzymaniu szpitali i innych zakładów dobroczynnych, oraz na zmniejszeniu ubóstwa i sieroctwa, a korzyści jakieby z powiększenia ludności i utrzymania jej w stanie zdrowia oraz sił produkcyjnych wynikły, pośrednio i na właścicieli domów by spłynęły.

Ponieważ jednak połowiczne przeprowadzenie kanalizacji, pozostawiłoby w mieście niezliczone źródła chorób i zakażeń, a koszt dzisiejszych już uskuteczniętych robót i takby obciążył budżet miasta, to z tego już względu wynika, iż przerwanie robót kanalizacyjnych, stanowiłoby wielką dla miasta klęskę.

Komitet higieny publicznej uważa nadto:

— że nie tylko sieć kanalizacyjna powinna objąć całe terytorjum miasta, ale że dla skuteczności sanitarnej niezbędnem jest ściśle, ewentualnie przymusowe, przeprowadzenie kanalizacji wszystkich bez wyjątku domów z doszczętnem wydalaniem z nich odchodów i odpływów, które mogą być przez kanalizację usunięte;

— że interes choćby nawet kilkuset właścicieli domów nie może być przeciwstawiony żywotnym interesom blisko półmilionowej ludności miasta;

— że niezamożnym właścicielom należałoby jaką bądź drogą przyjść z pomocą materialną, aby rzeczywista czy też domniemana ich niezamożność nie stawała na przeszkodzie w doprowadzeniu do skutku tak koniecznego i pożytecznego dzieła;

— że obowiązkiem Warsz. Tow. Lek. jak i wszystkich lekarzy jest, wedle sił i możności używać całego swojego wpływu na opinią publiczną i wykazywać przy każdej sposobności prawdziwe znaczenie kanalizacji i jej korzyści o wiele przenoszące potrzebne na nią nakłady. Wreszcie,

Komitet higieny publicznej wnosi, aby Warszaw. T. L. podzieliło zapatrywanie się Komitetu, przyjęło jego wnioski, i zapisało je do protokołu.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie na swem ogólnem posiedzeniu w d. 8 Stycznia 1889 roku odbytem, wnioski Komitetu jednogłośnie przyjęło, postanowiwszy zobowiązać kolegów redaktorów pism lekarskich w Warszawie wychodzących, aby ze względu na ważność poruszonej kwestyi uchwałę Warszawskiego Tow. Lek. do wiadomości publicznej wraz z motywami podać zechcieli.

Z III oddziału chirurgicznego w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Rak krtani. Całkowite wycięcie krtani.

PODALI

Dr. W. H. Krajewski, ordynator tegoż oddziału

i

Dr. W. Wróblewski, ordynator kliniki uniwersyteckiej szpitalnej.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 1).

Carcinoma fibrosum laryngis.

Krtani dosyć duża. Po rozcięciu wewnątrz niej z prawej strony i od przodu widać obszerny wrzód. Ten wrzód w kierunku poziomym zajmuje prawie całą ścianę prawą krtani, jej kąt przedni i nieco więcej niż jedną czwartą część przednią ściany lewej. W kierunku pionowym wrzód ma szerokości około 3,5 cm. i rozciąga się od górnego brzegu chrząstki tarczowej do dolnego brzegu chrząstki obrączkowej. Ogólny obrys wrzodu jest nieprawidłowym owalem z największym rozmiarem poziomym. Na prawej ścianie krtani wrzód zajmuje miejsce struny prawdziwej, fałszywej, woreczka Morganiego i przestrzeni leżącej pod struną prawdziwą, z lewej strony wrzód leży całkowicie pod przednim końcem struny prawdziwej lewej.

Brzeg wrzodu na całej przestrzeni jest mocno wyniesiony, wałowaty. Szerokość tego wału miejscami wynosi około 10 do 12 millimetrów i wał nad poziom otaczającej błony śluzowej wszędzie wznosi się na 4 do 6 millimetrów.

Dno wrzodu przedstawia się jako okrągława wpadlina z najwięcej zagłębionym środkiem (na 6 do 8 millim.). Powierzchnia wrzodu jest wszędzie nieprawidłowo-ziarnista. Dno miejscami jest szaro-czerwonawe, w innych miejscach szare, sadłowate, pokryte nie wielką ilością płynu brudnego, szarawego, zmieszanego ze śluzem.

Na rozkroju brzeg wałowaty wrzodu składa się z tkanki szaro-białawej, ziarnistej, twardej, która głęboko zapuszcza się w tkanki zdrowe. Toż samo widać pod dnem wrzodu. Tu taka sama twarda, ziarnista, biało-szarawa tkanka dosięga od powierzchni dna do ochrzęstnej miejscami zrasta się z nią, a nawet wrasta do przestrzeni szpikowych skostniałej chrząstki tarczowej. Ta szaro-biaława, twarda, ziarnista tkanka, tworząca brzegi i dno wrzodu, od otaczających tkanek zdrowych odróżnia się dosyć jasną, jakkolwiek wcale nie ostrą granicą.

Badanie mikroskopowe wykazuje, że wymieniona biało-szarawa tkanka, tworząca brzegi i dno wrzodu, wszędzie zbudowana jest z dwóch różnych tkanek, a mianowicie: z tkanki łącznej, w której rozrzucone są ogniska tkanki nabłonkowej.

Tkanka łączna jest wszędzie włóknista, twarda, zbita. Zawiera ona nie wiele stałych komórek i wszędzie jest w niewielkim stopniu nacieczona komórkami podobnymi do wędrujących. Tej tkanki włóknistej w porównaniu z ilością tkanki nabłonkowej wszędzie jest dużo, a w okolicy środka dna wrzo-

du tak dużo, że z trudnością daje się odszukać ognisko tkanki nabłonkowej. Naczyń krwionośnych w tej tkance łącznej, włóknistej jest stosunkowo niewiele.

Ognisk tkanki nabłonkowej najwięcej jest w brzegach wrzodu. W ogóle ogniska te nie są duże. Forma ich bywa rozmaita, owalna, sznurkowata, cylindryczna, rzadziej okrągława lub jajowata. Granica tkanki nabłonkowej od tkanki łącznej wszędzie jest ostra. Przy pędzelkowaniu skrawków ogniska tkanki nabłonkowej wypadają i brzeg, zawierających je, jamek w tkance włóknistej pozostaje zupełnie równy.

Komórki tkanki nabłonkowej są przeważnie dosyć małe i najczęściej okrągławe, lub okrągławo-wielościennie. Na brzegach wrzodu widać wszędzie, że tkanka nabłonkowa ognisk znajduje się w związku z mocno rozrosłym nabłonkiem, pokrywającym błonę śluzową krtani.

Opisana budowa tkanki biało-szarawej, ziarnistej, tworzącej brzegi i dno wrzodu zmusza do, jedynie możliwego w tym razie, rozpoznania, a mianowicie, że ta tkanka jest rakiem (*Carcinoma*) i to rakiem twardym, włóknistym (*Carcinoma fibrosum*).

Dokoła raka błona śluzowa krtani jest blado-różowa, zwykłej grubości i pokryta nie wielką ilością śluzu. Tkanki pod błoną śluzową również żadnych widoczniejszych zmian nie przedstawiają. Chrząstki zaś tarczowa i obrączkowa są dosyć mocno skostniałe. Do przestrzeni szpikowych chrząstki tarczowej wnika tkanka rakowa.

Okolicowe gruczoły limfatyczne, o ile je widać na wyciętym preparacie, oprócz lekkiego stwardnienia i powiększenia skutkiem prostego rozrostu, nie przedstawiają żadnych zmian zależnych od rozwoju wtórnego raka.

Dr. Przewoski.

Fig. II na załączonej tablicy przedstawia podobiznę wyciętej krtani; ponieważ, jak to wyżej zaznaczyłem, krtani rozrywała się podczas operacyi, więc też rysunek, zdejmowany z natury, musiał być dopełniony podług wskazówek D-ra PRZEWOSKIEGO ¹⁾.

Przebieg po operacyi był nadspodziewanie szczęśliwy. Puls zaraz po operacyi wynosił 86 uderzeń na minutę i dni następnych ulegał bardzo tylko nieznacznym zmianom. Ciężota ciała raz tylko jeden, na 3-ci dzień po operacyi, podniosła się do 38,2^o, zresztą wahała się ciągle w normalnych granicach. Przez pierwsze 4 dni pozostawiłem zatykowaną rurkę Hahn'a na miejscu, a to z obawy, aby obfita wydzielina rany nie dostała się do oskrzeli i płuc i nie wywołała zapalenia płuc. Dopiero 5-go dnia po operacyi, przypuszczając, iż dłuższe pozostawianie rurki w tchawicy wywoła odleżynę na błonie śluzowej, wyjąłem ją i zastąpiłem długą zwyczajną rurką, obszytą gazą jodoformową. Wydzielina z rany w pierwszych dniach była bardzo obfita, prawdopodobnie w skutek nadmiernego wydzielania się śliny, to mię zmuszało do codziennej zmiany opatrunku. Wydzielina z rurki przy kaszlu była w ciągu pierwszych

¹⁾ Składam serdeczne podziękowanie Panu Wereńko, Studentowi V kursu Medycyny, za pracowite i nader dokładne wykonanie rysunków.

dwóch dni cokolwiek krwawa, później zupełnie bezbarwna i skąpa. Przez kilka pierwszych dni po operacji rozpylano przy łóżku chorego słaby (1%), letni rozczyn kwasu karbolowego (3—4 razy na dobę), oprócz tego dawano mu po kilka kropli *Liq. amonii anisati*, jako środek wykrztuśny i pobudzający zarazem. Żywienie odbywało się tylko za pomocą zgłębnika, przez który wprowadzano do żołądka same tylko płynne pokarmy, a więc: mleko, wino, rosół moczny, w którym rozbito kilka żółtek i do którego później zaczęliśmy dodawać proszek mięsny. Porozumiewanie się z chorym było bardzo utrudnione, gdyż nie umiał pisać, a w dodatku nie był dość inteligentnym na to, aby się umiejętnie mimiką posługiwać ¹⁾.

Na 6-szy dzień po operacji odbyliśmy pierwszą próbę lykania: po usunięciu zgłębnika żołądkowego i zatkaniu, za pomocą tamponu z waty, otworu prowadzącego z gardzieli do rany, dałem choremu kawałek kotleta do zżucia i połknięcia, pierwszy kawałek jakoś szczęśliwie przeszedł do żołądka, lecz następne, pomimo dość długiego przytrzymywania otworu tamponem, wszystkie wyszły przez ranę; dla tego też zgłębnik żołądkowy pozostawiłem na miejscu. Tegoż dnia, obawiając się, aby 2 pierścienie chrzęstne pozostawione nad rurką tchawicową nie stanęły później na przeszkodzie przy wprowadzeniu sztucznej krtani, wyciąłem przednią ich część, pozostawiając ścianę tylną i boczne. Nadto zdjąłem szwy z bocznych cięć skórnych przeprowadzonych na wysokości kości gnykowej, ta część rany skleiła się przez rychłozrost.

Następnych dni przy każdym opatrunku próbowałem podawać choremu pokarmy przez usta, zawsze jednak wszystkie wychodziło przez ranę; w końcu doszedłem do przekonania, iż przyczyną tak długiej niemożności połykania jest, pozostawiony na stałe, zgłębnik żołądkowy. Zgłębnik ten, opatrzony dość ciężkim zaciskadłem, po nałożeniu opatrunku, zwieszał się na dół, naciskał na górny brzeg przedniej ściany gardzieli i wywijał go ku przodowi i dołowi. Chcąc stwierdzić to moje przypuszczenie, usunąłem zgłębnik z rany 12 go dnia po operacji i zacząłem żywić chorego, wprowadzając zgłębnik kilka razy na dzień przez usta. Zmiana okazała się bardzo skuteczną, gdyż w 3 dni później chory, wprawdzie z trudnością jeszcze, mógł jednak połykać przeżute kawałki pokarmów stałych. W tym czasie t. j. na 15 dzień po operacji rana była cała pokryta piękną ziarniną i znacznie się zmniejszyła. Tegoż dnia w chwili gdy rana skórna była zakryta tamponem, tak iż otwór tchawicowy komunikował, za pośrednictwem jamy rany i otworu w gardzieli, z jamą ust, chory wymówił szeptem kilka wyrazów, dość wyraźnie na to, aby być zrozumianym, w ten sposób porozumiewanie stało się łatwiejszem i odbywało się podczas rannej zmiany opatrunku.

Wtedy dopiero dowiedzieliśmy się, iż chory gwałtownie tęskni do chleba

¹⁾ Miło mi stwierdzić na tem miejscu bezinteresowność i poświęcenie, jakiego dał dowód Pan Sadowski, felezer mojego oddziału, który spędził przy łóżku chorego 7 bezsennych nocy. O ile wiem, jest to już drugie podziękowanie, które pan Sadowski od ordynatorów szpitalnych w piśmie lekarskiem za swą sumienną pracę odbiera (Dr. Matlakowski. Gaz. Lek. 1887 r. str. 1139). Oby publiczne stwierdzenie tego rodzaju pocieszających faktów mogło zachęcić innych członków korporacyi felezerskiej do równie pożytecznej dla cierpiącej ludzkości działalności.

i kaszy, pragnienie to zadowolniliśmy dnia następnego i przekonaliśmy się, iż łykanie idzie coraz lepiej, zawsze jednak trzeba było zatykać otwór gardzielowy tamponem, dopiero we 25 dni po operacji chory zaczął zupełnie dobrze łykać pokarmy stałe i pół płynne; płynnych jeszcze nie mógł połykać, tak że wodę i wino trzeba było ciągle wlewać do żołądka za pomocą zgłębnika, którą to czynność sam chory nauczył się wybornie skutecznie.

2 Stycznia 1888 roku, a więc w 33 dni po operacji, wprowadziłem po raz pierwszy sztuczną krtani Gussenbauer'a ¹⁾. Pierwsze próby były dość niefortunne, jak tylko górny koniec rurki krtaniowej dotknął podstawy języka, natychmiast występował: kaszel, krztuszenie się, ruchy wymiotne i tak obfite ślinienie, iż ślina zalewała rurkę i wywoływała nowe napady kaszlu, które ostatecznie zmuszały do wyjęcia rurki krtaniowej. Główną jednak przeszkodę stanowiła niecierpliwność chorego, który utrzymywał, iż może się zupełnie obejść bez mówienia, i nie chciał nam dopomóc w przezwyciężeniu trudności. Dopiero po długich, mozolnych próbach, powtarzanych kilka razy dziennie (w czem mi głównie dopomógł kol. DZIERŻAWSKI, pod on czas asystent oddziału), udało nam się przekonać chorego, iż z założenia rurki krtaniowej płyną dlań istotne korzyści, do obecności zaś ciała obcego u podstawy języka przyzwyczaić się można. Rzeczywiście, po upływie dni ośmiu, rurka krtaniowa mogła być pozostawiana cały dzień na miejscu, bez jakiegobądź dla chorego dolegliwości. Po zamknięciu przedniego otworu, chory mówił szeptem bardzo wyraźnie, po założeniu zaś aparatu fonacyjnego mówił głośno, tak iż można go było słyszeć w odległości 10-ciu kroków; głos miał dźwięk metaliczny, bardzo nieprzyjemny, nadto obecność aparatu fonacyjnego w rurce sprowadzała duszność, tak iż chory nigdy dłużej nad parę minut znieść go nie mógł i zawsze bardzo się bronił od ponownego założenia; naturalnie dopóki był u mnie na oddziale, musiał to robić codziennie, jestem jednak przekonany, że, powróciwszy do domu, zupełnie zaniechał użycia aparatu fonacyjnego, zadawałnając się mową szeptem.

Podczas tych prób z noszeniem krtani sztucznej jama rany stopniowo się zmniejszała, ostatecznie pozostały 2 otwory: górny—gardzielowy i dolny—tchawicowy, szczelnie obejmujące, leżące w nich, rurki; pomiędzy obu otworami wytworzył się most z przedniej ściany gardzieli, most ten miał kształt klina i leżał w miejscu skrzyżowania się rurek. Wkrótce brzegi otworów i most pokryły się nabłonkiem, tak iż rana zupełnie się zagoiła, nastąpiło to 18 Stycznia 1888 roku, a więc w 49 dni po dokonaniu operacji.

Od 8-go Stycznia chory mógł już przelykać pokarmy płynne bez pomocy zgłębnika; kilkakrotnie obserwowałem, jak się odbywa łykanie płynów, po usięciu krtani sztucznej i zauważyłem, iż, w chwili połykania, wytwarzały się

¹⁾ Ogólne rozpowszechnienie, jakim się cieszy sztuczna krtani Gussenbauera, jakoteż liczne opisy tego przyrządu tak w pojedynczych artykułach, jak w podręcznikach chirurgii, uwalniają mnie od podawania na tem miejscu detalicznego opisu sztucznej krtani, tem bardziej iż bez odpowiednich rysunków wydałby się on bardzo zawiłym. Czytelnika odsyłam pod tym względem do dzieła Schüller'a: „*Die Tracheotomie, Laryngotomie, Extirpation des Kehlkopfes*” — *Deut. Chirurgie, Lief. 37 str. 217* i następn.

z błony śluzowej gardzieli dwie fałdy podłużne, które się zbiegały na linii środkowej i zupełnie szczelnie zamykały otwór gardzielowy podczas przechodzenia płynów.

Właściwie chorego można było uważać za wyleczonego w 49 dni po operacji t. j. wtedy gdy się rana zupełnie zabiłżniła, ponieważ jednak nie umiał on się jeszcze dość zręcznie się obchodzić z, założonym mu, apparatus, ponieważ nie mógł go sam ani wyjmować, ani oczyszczać, ani napowrót zakładać, pozostawiłem go więc dłużej na oddziale, tem bardziej iż nie chciałem go wystawiać na silne mrozy podówczas panujące. Tak więc, już zdrow zupełnie, pozostawał P. na moim oddziale, aż do 11 Kwietnia 1888 roku, przez cały ten przeciąg czasu czuł się wybornie, utył znakomicie, przybyło mu na wadze 15 funtów, krtani sztuczna funkcyonowała dobrze, z wyjątkiem apparatu fonacyjnego, którego chory coraz rzadziej używał. W końcu d. 11 Kwietnia 1888 r., a więc we 4½ miesiące po operacji wypisałem chorego, jako wyleczonego, czy na długo? przyszłość to dopiero pokaże, gdybym chciał ją przepowiedzieć na zasadzie dotychczas operowanych przypadków (patrz niżej), musiałbym z wielkiem prawdopodobieństwem twierdzić, iż u mojego chorego prędzej czy później rak się wróci ¹⁾.

U w a g i.

I. Technika operacyjna.

Bezpośrednie wyniki całkowitego wycięcia krtani poprawiły się nieco w ostatnich czasach dzięki wprowadzeniu metody przeciwnilnej i ulepszeniom w tamponowaniu tchawicy. O dobroczynnym wpływie opatrunku przeciwnilnego byłoby zbyt czynnem się dłużej rozpisywać, zaznaczam więc tylko, że i tutaj, jak zresztą w całej dziedzinie chirurgii operacyjnej, spowodował on zwrot ku lepszemu.

Główną przyczyną niepowodzeń, wrogiem, zagarniającym największą liczbę ofiar i to w pierwszych zaraz dniach i tygodniach po operacji, było zapalenie płuc (*Schluckpneumonie*); zapobiedz mu opatrunek przeciwnilny nie mógł,

¹⁾ Praca niniejsza przeleżała kilka miesięcy w Redakcyi „Medycyny”, w okresie tym doszły mi wiadomości o dalszych losach Pawluczka, nie chcąc zmieniać tekstu, podaję je w dopisku (niezbędne poprawki w tablicy i obliczeniach zrobiłem). Pawluczyk, podług doniesienia kol. D-ra Wroczyńskiego z Białej, który zechciał łaskawie zająć się, na moją prośbę, zebraniem wiadomości na miejscu, zmarł w końcu Lipca r. b.; ostatnia jego choroba, jak opowiadają krewni chorego (lekarza nie wzywano) trwała dni 7, połączona była z gorączką i dusznością, tylko te ostatnie 7 dni chory leżał w łóżku. Nadto kol. Wroczyński doniósł mi od siebie, iż widział Pawluczka na kilka tygodni przed śmiercią i zauważył powiększenie gruczołów podszczękowych, prawdopodobnie rakowej natury. Na zasadzie przytoczonych szczegółów należy przypuścić, iż bezpośrednią przyczyną śmierci Pawluczka było ostre zapalenie płuc, którego się prawdopodobnie przy robotach w połu nabawił. Umierając, miał już jednak recydywę w gruczołach; trudno na karb tej ostatniej złożyć śmierć operowanego, skonstatowano ją bowiem zaledwie na kilka tygodni przed śmiercią, a jak wiemy, takie recydywy mogą istnieć po kilkanaście miesięcy nie pociągając za sobą śmierci (na poparcie przytoczę chociażby przypadek Kochera, którego chory w 7 miesięcy po operacji miał już recydywę w gruczołach, a pomimo to w 16 miesięcy po operacji czuł się jeszcze zdrowym i nie miał recydywy miejscowej). W zajmującym nas przypadku jest to tem prawdopodobniejsze, że mikroskopowe badanie stwierdziło najłagodniejszą i najwolniej przebiegającą formę raka.

gdyż występowało ono w skutek przedostania się do oskrzeli i płuc krwi, wydzieliny rany i pokarmów; to też prawdziwe polepszenie bezpośrednich rezultatów dało się osiągnąć dopiero wtedy, gdy udoskonalono środki z zupełnego odgrodzienia dolnych dróg oddechowych do krtani *resp.* jamy rany, tak podczas operacji, jak i przez pewien przeciąg czasu po jej dokonaniu.

Pierwszy NUSSBAUM ¹⁾, w 1869 roku, powziął myśl zamykania wejścia do krtani, podczas dokonywania operacji na szczękach, w nosie etc. W tym celu wykonywał tracheotomię, a *aditus ad laryngem* zakrywał kompresikiem w kilkoro złożonym i zmoczonym w oliwie. CZERNY zmodyfikował to postępowanie w ten sposób, iż po dokonaniu tracheotomii, wprowadzał przez ranę do góry (w kierunku krtani) tampon z gazy, a potem dopiero rurkę ²⁾. Obie te metody zbyt pierwotne, narażające często na zawód, nie mogły być zastosowane przy operacjach, dokonywanych na samej krtani.

Dopiero pomysł TRENDELENBURGA ³⁾ w 1871 roku, polegający na użyciu specjalnej zatykowej rurki (*Tamponcanule*), utorował drogę laryngochirurgii. Zaczęto od usuwania drogą zewnętrzną polipów, leżących pod strunami, a i całkowite wycięcie krtani nie długo kazało na siebie czekać, wykonał je po raz pierwszy z powodzeniem BILLROTH w 1873 roku ⁴⁾.

Obecność opisu i podobizny rurki Trendelenburga w każdym nowszym podręczniku chirurgii, uwalnia mnie od powtarzania go na tem miejscu; chcę tu tylko zaznaczyć, iż rurka ta nie ziszcila w zupełności, pokładanych w niej, nadziei. Przekonano się, iż, po upływie kilku godzin, powietrze, wypełniające balonik elastyczny, uchodzi nieznacznie, a wtedy krew podczas operacji lub wydzielina rany, po jej dokonaniu, do oskrzeli dostać się może ⁵⁾; nadto przy cokolwiek mocniejszym napełnieniu balonika tworzą się odleżyny na błonie śluzowej tchawicy; niekiedy wydarza się, iż rozdymany balonik, nie znajdując dość miejsca do ulokowania się pomiędzy ścianą tchawicy i rurki, wydyma się ku dołowi i wytwarza wał, zatykający rurkę od dołu ⁶⁾, czego następstwem napady duszności, aż do zupełnego zatrzymania oddechu. W końcu balonik, przy wydymaniu, może pęknąć, a wtedy trzeba usuwać rurkę i zakładać nowy balonik, co sporo zabiera czasu.

(d. c. n.)

¹⁾ M. Schüller. l. c. str. 45.

²⁾ C. Maydl (Intern. klin. Rundsch. Nr. 4 i 5—1888 r.) windukuje dla siebie pierwszeństwo takiego rodzaju tamponowania tchawicy, zdaje się jednak, iż cała nowość polega na tem, że użył gazy jodoformowej, a nie innej, gdyż nawet przełożony kliniki, w której Dr. M. był asystentem, Prof. Albert w podręczniku swym z r. 1877 twierdzi, iż jest to myśl Trendelenburga (tom I str. 33).

³⁾ Berl. klin. Woch. Nr. 9. 1871 r. i Arch. v. Lang. tom XII.

⁴⁾ Właściwie pierwszy Watson w 1866 r. wyciął całą krtani z powodu zwężenia przymiotowego, jednak dopiero po operacji Billroth'a, poprzedzonej doświadczeniami na zwierzętach, dokonanimi przez Czerny'ego i Gussenbauer'a, rozpoczyna się historia tej operacji.

⁵⁾ Prof. Rydygier. Podręcznik chirurgii szczękowej. Zeszyt II str. 420.

⁶⁾ Prof. Kosiński. Centr. f. Chir. 1877 r. Nr. 26 str. 404.

WAŻNIEJSZE SZCZEGÓŁY z nowoczesnej dyagnostyki i terapii chorób żołądka.

Podał Docent Dr. W. Jaworski.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 1).

D. Nerwice rozlane.

Gastroneuroses vagae.

Hysteria i neurastenia biorą swój początek we wzmożonej pobudliwości centralnego układu nerwowego, która może równocześnie dotyczyć ośrodków kierujących czynnościami żołądka. Ponieważ te ośrodki i ich drogi prowadzące do żołądka, jak to z uwag fizyologicznych przytoczonych w ustępach o nerwicach ruchowych wynika, w licznych miejscach mózgu i rdzenia są umieszczone, to często zdarzyć się musi, że przy wygórowanej pobudliwości pewnej partii układu nerwowego, powstanie nieprawidłowość w jednej lub więcej czynnościach żołądka, wskutek równoczesnego zajęcia w niej zawartych ośrodków dla żołądka. Według doświadczenia klinicznego jest też hysteria i neurastenia obfitem źródłem pojawienia się rozmaitych zbożeń żołądkowych, tak że w znacznej części przypadków tych chorób stanowią one najwybitniejszą grupę przypadłości chorobowych, górujących nad zbożeniami właściwymi tym chorobom. Ztąd też bardzo wielu chorych cierpiących na przypadłości hysteryczne i neurasteniczne udają się do lekarza tylko z powodu dolegliwości żołądkowych. Rzeczą też jego jest, w każdym pojedynczym przypadku zwrócić uwagę na to, czy obok przypadłości żołądkowych istnieją jeszcze inne właściwe dla hysterii i neurastenii. Jeżeli takowe znajdzie, to przyjdzie we wątpliwych przypadkach wykluczyć cierpienie organiczne żołądka przez badanie wewnętrzne, mając na względzie, że cierpienie organiczne żołądka może wywołać przypadłości przedstawiające się pozornie, jako hysteryczne lub neurasteniczne, i że w innych jeszcze przypadkach hysteria i neurastenia przebiegają obok zmian organicznych w żołądku naprz. obok wrzodu.

XLII. Nerwice żołądka hysteryczne.

Gastroneuroses hystericae.

Przypadłościom żołądkowym na tle hysterycznym mogą towarzyszyć równocześnie rozmaite tej chorobie właściwe zbożenia, jako to: ciśnienie na wierzchołku głowy (*clavus hystericus*), uczucie dławienia lub obcego ciała w przełyku (*globus hystericus*), przeczulice skórne, niespodziewanie zmieniające się nerwobóle lub bóle stawowe, w innych znów przypadkach znieczulenia dotykowe i elektryczne w rozmaitych obszarach, porażenia hysteryczne kończyn wobec utrzymanej kureczliwości elektrycznej mięśni, a zniesionego czucia, a ostatecznie drgawki i napady hysteryczne. Wobec egzaltowanego usposobienia i przesadnego przedstawiania dolegliwości przez chorych, a zmienności powyższych przypadłości bez jakiegokolwiek przyczyny, można przypuścić, że i przypadłości żołądka na tem samym tle polegają. Jeżeli zaś powyższe objawy przypadłościom

żołądka nie towarzyszą, nie ma powodu uważać każdy objaw żołądkowy pojawiający się u kobiet za hysteryczny, ale jako samoistny organiczny lub nerwowy. Musielibyśmy powtórzyć wszystkie ustępy przytoczone w dziale o nerwicach, gdybyśmy chcieli wyliczać wszystkie zбочenia żołądkowe, pojawiające się w przebiegu hysterii. Przytoczymy tylko te, z którymi się codziennie spotykamy. Zwykle nie przedstawia się nam jedno zeburzenie w czynności żołądka, ale cały szereg tychże, tworząc pewne objawy chorobowe.

1. **Niestrawność hysteryczna** (*dyspepsia hysterica*), jest to najczęściej pojawiający się zbiór przypadłości żołądkowych u hysterycznych, z którymi one do lekarza się udają. Znajdują się w niem następujące zбочenia:

a. **Brak łaknienia** (*anorexia hysterica*), który pochodzi albo z powodu znieczulenia jamy ustnej, albo uciążliwości w wykonywaniu ruchów połykowych, przez co wyrabia się odraza do spożywania pokarmów, gdyż ich obecność i żucie nietylko nie sprawia przyjemności, ale staje się wprost przykrem. Trzeba jednak i o tem pamiętać, że osoby hysteryczne symulują brak łaknienia i wzbraniają się przed jedzeniem, chcąc swój stan chorobowy przedstawić otoczeniu, jako bardzo groźny, ukradkiem zaś zjadają wszystko, co się pod rękę nawinie. Niedawno miałem sposobność obserwowania tego objawu u 16-letniej hysteryczki, dość dobrze odżywionej, która od dwóch lat, według opowiadań wielce strapionej matki, oprócz rosolu, wody i trochę wina, niczego więcej nie spożywała. Sondowanie na ten zabieg nieprzygotowanej pacjentki, która twierdziła stanowczo, że niczego jeszcze nie jadła, wykazało miążgę pokarmową, składającą się z owoców. Następowe badania wewnętrzne żołądka wykazały mechanizm i chemizm prawidłowy. Może jednak być, że przyczyna rzeczywistego braku łaknienia w niektórych przypadkach hysterii jest czasowy brak kw. solnego (*anaciditas nervosa ust. XLI*).

b. **Przeżulice żołądka** (*hyperaesthesiae hystericae*) w rozmaitych postaciach, jako: gniecienie, tłoczenie, nudności, rozdymanie i t. p.

c. **Odbijania połykowe** częste (*eructatio hysterica*), którym często towarzyszy czkawka, podchodzenie i zbieranie się gazu w jamie ustnej, bębniaca żołądka (*pneumatosis hysterica*), powstająca przez połykanie powietrza, które się może dostać i do jelit, wytwarzając ogólną bębniacę (*tympanitis hysterica*). Objaw ten może jednak według obserwacji niektórych autorów powstać przez niższe kureczowe ustawienie się przepony. Ze względu na stosunki unerwienia żołądka, należy w bębniacy żołądka i następowem odbijaniu hysterycznym przypuścić rozluźnienie wpustu, a kurecz odźwiernika (p. XXXIV i XXXVII).

2. **Nerwobóle żołądka** (*cardialgia hysterica*), pojawiają się w przebiegu hysterii i dość często, szczególnie u osób mało krwistych i źle odżywionych. Ja dostrzegałem ich pojawianie się w kilkodniowych lub kilkotygodniowych odstępach z trwaniem 2 — 3 trójdniowem a przerwami kilkogodzinnymi. W dniach napadu wykazywał żołądek pluskanie, aż do pępka i zawierał ciecz od kw. solnego silnie kwaśną. W dniach wolnych od nerwobólu tych objawów nie było. Chorzy uśmierzali nerwobóle przez picie herbaty ciepłej.

3. **Wymioty hysteryczne** (*vomitus hystericus*), pojawiają się bardzo często w przebiegu hysterii, a u nas zdarzają się przeważnie u izraelitek. Mają one

albo charakter zwracania (*regurgitatio hysterica*), albo wymiotów właściwych. W jednych przypadkach poprzedza wymioty napad nerwobólu żołądka, w innych znów odbywa się wymiotowanie z małemi lub bez żadnych dolegliwości. Pierwsze przypadki uważa Rth. jako polegające na podrażnieniu opuszkowych ośrodków nerwów błędnych, a drugie na przeculicy obwodowych zakończeń tych nerwów. Najczęściej wymiotują chorzy ciecze, a zatrzymują pokarmy stałe. Są jednak przypadki, w których chorzy wszystkie pokarmy wymiotują, tak, że w celu zapobieżenia zagłodzeniu się, należy stosować l e w a t y w y o d ż y w c z e. W niektórych przypadkach wymiotów hysterycznych zauważono we wymiocinach znaczną ilość mocznika (LAYCOCK, CHARCOT), w obec zatrzymania się moczu.

Powyższe zbożenia żołądkowe napotykanne w hysteryi nie różnią się w swych objawach niczem od opisanych w poprzedzających ustępach, nadto i postępowanie lecznicze jest to samo, jakie tam przytoczono. Oprócz tego należy stosować środki przeciwmaciennicze, jakie bywają podawane w podręcznikach klinicznych. Przypomnieć jeszcze wypada, że niedawno stosowano z pewnym powodzeniem w uporeczywych wymiotach i napadach hysterycznych wyjęcie jajników (*castratio*).

4. U m e ż c z y z n rzadko zdarzają się przypadłości żołądkowe na tle hysterycznem (*hysteria virilis*); natomiast częściej napotykamy je w p r z e b i e g u h y p o c h o n d r y i. Chorzy hypochondryczni drobiazgowo i przesadnie opisują sensacje, jakich doznają w żołądku: pełność, czczość, ssanie, gorąco lub zimno, gryzienie, uczucie ciała obcego, a nawet bólu; trapią się, że mają wrzód lub raka żołądka. Uskarżają się bardzo często na brak łaknienia, podczas gdy przy bliższych wywiadach okazuje się, że nawet za wiele jedzą i piją, dlatego też są zwykle dobrze odżywieni. Jeżeli im się przepisze pewną lub ścisłą dietę, to jej nigdy nie obserwują, ale według swych zapatrywań ją zmieniają. W podobnie nużący sposób przedstawiają i swoje rzekome przypadłości ze strony innych narządów, krtani, płuc, serca i t. d. i nie zadawalniają się zwykle radą jednego lekarza. Obraz rzekomych przypadłości chorobowych, jaki się przedstawił u tego samego chorego przy pierwszej wizycie lekarskiej, utrzymuje się m o n o t o n n i e przez całe lata, nie przedstawiając takiej różnorodności jak w hysteryi. Nie zawsze jednak są skargi na przypadłości żołądkowe, chociaż wydają się polegać na tle hypochondrycznem, bez podstawy, owszem, napotykałem często przy badaniu wewnętrznem zbożenie w czynności wydzielniczej lub mechanicznej, które leczyć należało.

Podobnie, jak leczenie chorych hysterycznych wymaga i leczenie ch o r y c h h y p o c h o n d r y c z n y c h, będących częstokroć istnym *crux medicorum*, wiele cierpliwości i wyrozumiałości ze strony lekarza. Przedewszystkiem należy starać się odwrócić uwagę ich od miejsca chorobowego przez podanie odpowiedniego zajęcia umysłowego, przez pobyt wśród towarzystw wesołych, przez odbywania podróży, jako też przez zapełnienie dnia, wyznaczając szczegółowo postępowanie lecznicze. Według okoliczności i właściwości cierpienia poleca się: ćwiczenia gimnastyczne, mięsienie, zabiegi wodolecznicze, le-

czenie winogronowe, środki regulujące stolec, a w stosownej porze wysyła się pacjentów w miejsca górzyste, do kąpiel morskich, do Karlsbadu, Maryenbadu lub do Kissingen.

(d. c. n.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

2. **ACHILLE MONTI.** (Z pracowni patologicznej i histologicznej w Pawii). **Przyczynę do etyologii zapalenia płuc włóknikowego.** Autor poświęcił się badaniu przyczyny chorobotwórczej zapalenia płuc włóknikowego, do czego posłużył mu materiał z 21 chorych dotkniętych *pneumonia crouposa*, a także z 65 zwierząt. Wnioski, do jakich doszedł, są następujące: 1) W wysięku zapalenia płuc włóknikowego rodzimego (*genuina*), który był wzięty od żywego chorego, znajdowały się wyłącznie owalne ustroje drobnowidzowe z otoczką których najczęściej można obserwować w pierwszych dniach choroby. 2) W hodowlach owego wysięku znajduje się zawsze mikroorganizm A. Fraenkel-Weichselbaum'a, bądź to jako czysta hodowla, bądź też jednocześnie z roporodnymi kokkami. W epidemii, badanej przez autora, ani razu nie można było odnaleźć laseczniaka Friedländer'a. 3) Ustrój drobnowidzowy Fraenkel-Weichselbaum'a jest identyczny z *Bacillus salivarius septicus* Biondi'ego; działa w sposób choroborodny na młode świnki morskie i wywołuje typowe zapalenie płuc, jeżeli, będąc należycie osłabionym, zostanie wprowadzony do tchawicy niektórych zwierząt (królików, świnek morskich). Nawiasowo trzeba dodać, że doniesienia Foà i Bordoni-Uffreduzi, którym w jednym tylko przypadku udało się ze skutkiem zaszczerpić śwince morskiej laseczniaka Fraenkl'a, jak również Biondi'ego, który twierdzi, iż świnka morska odznacza się odpornością (*immunitas*) względem *Bacillus salivarius septicus*, o tyle zdają się być w zgodzie z pozytywnymi badaniami Fraenkl'a, że według doświadczeń autora dojrzałe świnki morskie zachowują się względem wspomnianego drobnoustroju odpornie, podczas gdy młode i małe zwierzęta ulegają bezwzględnie jego działaniu zakaźnemu. 4) Ustrój drobnowidzowy Fraenkl'a wprowadzony do organizmu psa podskórnie nie wywołuje żadnego działania, atoli zaszczerpiony temuż zwierzęciu pod twardą oponę, powoduje ciężkie zapalenie opon mózgodzeniowe (*meningitis cerebrosplanialis*). Wspomnimy jeszcze o pewnym spostrzeżeniu autora. Przy badaniu wysięku, pochodzącego z zapalenia płuc i opłucnej, które się rozwinęło u chorego na raka żołądka, znaleziono bardzo mało ustrojów choroborodnych, podczas gdy ilość diplokokków w wysięku była nader wielka; czysta hodowla wysięku wywołała śmierć u młodego królika nie w ciągu godzin 24, jak tego oczekiwano, lecz po upływie dni 7; inny znów królik, któremu wprowadzono hodowlę do tchawicy, pozostał wbrew oczekiwaniu przy życiu.

(Centralbl. f. klin. Med. 1888—43).

3. **Dr. FUBINI.** **Wodowstręt u człowieka i korzyść z penzlowania kokainą przeciw kureczowi krtani.** W „*Medicina contemporanea*” Dr. Fubini opowiada następujący przypadek. Pewien zdrowy i silny mężczyzna został pokąsany przez wściekłego psa. Powstałe wskutek tego obrażenia były tak nieznaczne, że pokąsany nie pozwolił sobie przypalić ran; rany wkrótce same się zagoiły. Dopiero po upływie sześciu miesięcy wystąpiły pierwsze objawy wodowstrętu ze wszystkimi strasznymi symptomatami ubocznymi tej choroby. Dla zwalzenia silnego kureczu krtani i gardzieli Fubini zaordynował penzlowanie gardzieli roztworem: *Cocain-hydrochlor.* 1:20. Skutek tego zabiegu był zdumiewająco dobry; kurecz ustąpił i chory mógł przyjmować stałe i płynne pokarmy. Niestety jednak chory następnej nocy umarł. Zastrzyknięcie królikowi sterylizowanej zawiesiny rdzenia wywołało klasyczny obraz *Rabiei caninae*.

(Il progresso Medico-Agosto 1888).

4. R. PARK. Ropnica, jako następstwo bezpośrednie rzeżączki (*Pyæmia as a direct sequel of Gonorrhæa*). Park podaje do wiadomości historią choroby pewnego pacjenta, który w przebiegu niezbyt ciężkiej rzeżączki dostał opuchliny naprzód jednego, a potem i drugiego stawu kolanowego i który wkrótce potem wśród objawów ropnicy życie zakończył. Oględziny pośmiertne potwierdziły w zupełności rozpoznanie „ropnicy”. Słusznie autor utrzymuje, iż w danym przypadku musiało mieć miejsce mieszane zakażenie, i że w wydzielinie zarówno świeższej, jak i dawniejszej rzeżączki częstokroć możnaby odnaleźć zapomocą hodowli kokki ropne; dziwi się nawet autor, iż zejście podobne rzeżączki tak rzadko wydarza się w praktyce. (*Americ. Associat. of genito-urinary surgeons*). A. W.

KRYTYKA I BIBLIOGRAFIA.

Sir. H. THOMPSON. Zwężenia i przetoki cewki moczowej. (*Die Stricturen und Fisteln der Harnroehre, Uebersetzt und mit Ruecksicht auf deutsche Literatur bearbeitet von L. CASPER 1888 r. str. 299*).

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 1).

Najmniejszej jednak nie ulega wątpliwości, że największa część spostrzeganych przez nas zwężeń jest pochodzenia tryprowego. Zważywszy jednak, że tryprowe to zapalenie stosunkowo tylko u bardzo małej liczby chorych wywołuje głębokie owrzodzenie z następczem zwężeniem kanału, przychodzi Th. do wniosku, że to ostatnie rozwija się tylko u osobników osłabionych t. j. u takich osób, u których rzeżączka ma skłonność stać się przewleclną i rozprze-strzeniæ się na tylną część cewki, szczególnie na bardzo bogatą w naczynia krwionośne opuszkę. Podane w następującej tablicy cyfry dają nam jasne pojęcie: 1) o stosunku przyczyn, wskutek których zwężenia te powstają i 2) o czasie wystąpienia przy ich istnieniu pierwszych objawów. Na 217 przypadków zwężeń, jakie Th. spostrzegał,

znalazł że u 164 było przyczyną tryprowe zapalenie		
„ 28	„	zranienie krocza
„ 1	„	zgorzel
„ 6	„	wrodzone niedostatki
„ 3	„	blizny po szankrowem owrzodzeniu.
<hr/>		
razem 202		

U reszty zaś 15 chorych zwężenia te były nie organicznego pochodzenia, z tych u 8 ono było wynikiem krótkotrwałego zapalenia, które wywołanem zostało wskutek nadużycia *in Baccho et venere*.

„ 2	„	miało charakter kurezowy wskutek drażnienia kiszki stolcowej
„ 2	„	niewiadomej przyczyny i
„ 3	„	nadzwyczajnej kwaśności moczu
<hr/>		
15		

Wspomnione wyżej 164 przypadki zwężenia tryprowego pochodzenia można podzielić w następujący sposób:

w 90	przypadkach	tryper miał charakter przewleclny lub był bardzo zaniedbany
w 3	„	chorzy uważali za przyczynę stricturæ wstrzykiwanie ost-trych środków.
w 6	„	rzeżączka została w samej rzeczy bardzo szybko wyleczoną, ale u 5 z nich zauważono bezpośrednio zwężenie.
w 4	„	zwężenie nastąpiło prawie jednocześnie z pojawieniem się trypra i
w 61	„	nie było żadnych danych, któreby przemawiały za przewleclnym charakterem rzeżączki.
<hr/>		
164		

Co się tyczy czasu, w którym spostrzeżono pierwsze objawy zwężenia, widzimy że

u 10	one występowały zaraz lub nawet podczas istnienia trypra.
u 71	" w ciągu pierwszego roku,
u 41	" " 3—4 lat
u 22	" " 7—8 lat i nareszcie
u 20	" " 8—20—25 lat.

164

Rozpoznanie. Dla dokładnego określenia anatomicznych własności organicznej tej przeszkody, musimy przedewszystkiem wyrobić sobie jasne pojęcie o istocie, miejscu i ilości istniejących w danej cewce zwężeń. Dla osiągnięcia więc tego celu, radzi Th., żeby przy badaniu stosowano wyłącznie miękkie oliwką zakończone zgłębniki, w przypadkach zaś, w których nie możemy zapomocą tych ostatnich wnikać do pęcherza, należy stosować cienkie metaliczne narzędzia. Ostatnie te narzędzia muszą być bardzo gładkie i muszą mieć nader dokładną krzywiznę.

Dzioby tych metalicznych cewników lub zgłębników muszą być w taki sposób zaograbione, żeby oś końca krzywizny z osią trzonu tworzyły kąt prosty, lub rozwarty, równający się 120°. Co się tyczy pytania, czy nie lepiej jest badać zwężoną cewkę za pomocą endoskopu, to Th. odpowiada stanowczo przecząco. Doświadczona bowiem ręka może bardzo dobrze określić istotę i ilość zwężeń za pomocą wyżej wspomnianych miękkich lub twardych narzędzi; nie doświadczona zaś może wywołać, i przy badaniu za pomocą endoskopu, znaczne uszkodzenia w cewce.

Leczenie. Przy leczeniu zwężeń cewki musimy, jak wiadomo, starać się 1) żeby światło jej w zwężonym miejscu odzyskało znowu swój prawidłowy rozmiar, albo żeby o tyle przynajmniej rozszerzyło się, o ile bezpieczeństwo i wygoda chorego tego wymagają i 2) żeby odzyskane zapomocą odpowiednich rękoczynów prawidłowe rozmiary nie szybko znikły. Zwężenia cewki, powstałe wskutek rozwinięcia się w jej ścianach modzelowatości, blizn, pierścieni i t. d. mogą być niewątpliwie w zupełności usunięte albo za pomocą powolnego i stopniowego rozszerzenia, albo za pomocą żrących środków, działających na nie bezpośrednio, albo nareszcie zapomocą noża. Najczęściej jednak Th. rozszerza zwężone w cewce miejsca za pomocą powolnego i stopniowego wprowadzenia coraz grubszych cewników lub zgłębników. Do następnych zaś sposobów t. j. właściwie do cięcia, ucieka się tylko w takich przypadkach, w których modzelowata tkanka, tworząca zwężenie, jest nader niepodatliwą, albo u takich chorych, którzy po każdym takim wprowadzeniu narzędzia strasznych doznają bólów, albo podlegają silnemu napadowi gorączki. Oprócz tylko co wspomnianych własności bliznowatej tkanki i cewki, zmuszających nas przy wyborze sposobu leczenia zwężeń do stanowczego zaniechania kateteryzacji, napotykamy nie raz jeszcze na cały szereg bardzo poważnych trudności, które dla każdego chirurga, nie mającego tak wprawnej jak Th. ręki, powinny służyć do pewnego stopnia wskazaniem do przeprowadzenia krwawej operacji. Na takie trudności dla wprowadzenia odpowiednich narzędzi napotykamy, 1) jeżeli otwór cewki w zwężonym miejscu jest tak małym, że nie możemy przeprowadzić narzędzia najmniejszego nawet kalibru, 2) jeżeli kanał w zwężonym miejscu ma kierunek świderkowaty, 3) jeżeli na około zwężenia istnieją fałszywe drogi i 4) jeżeli tylny odcinek cewki, znajdujący po za zwężonym miejscem, nie jest na całej swojej przestrzeni w jednakowy sposób rozszerzony. Wspomniane tylko co przeszkody nie czynią jednak podług Th. wprowadzenie cewników nie możliwym, lecz je nadzwyczaj utrudniają. Dla tego też radzi Th. żeby każdy chirurg, który, rozumie się, wprawna ma rękę, starał się,

nim przystępuje do krwawego leczenia, przezwyciężyć wspomniane przeszkody za pomocą następujących wypróbowanych przez niego sposobów, mianowicie a) nader wązki otwór w zwężonym miejscu cewki, przez który żaden z istniejących dotychczas metalicznych instrumentów nie może być przeprowadzonym, należy przenikać za pomocą przygotowanych dla niego przez Weissa w Londynie 1) srebrnego włosowatego cewnika, który na całej swojej długości odpowiada Nr. 1 skali fr., i 2) cewnika, który ma pełny dziób, włosowaty kanał, w trzonie i mały otworek na granicy dziobu i trzonu. Średnica dziobu odpowiada Nr. 1, a trzonu Nr. 3—4 skali fr., b) zwężenia, które mają otwór z boku osi cewki, lub kanał z kierunkiem świderkowatym, należy przenikać za pomocą bardzo cienkich w odpowiedni sposób zakrzywionych fiżbinowych zgłębników, c) największych niewątpliwie doznajemy trudności, przy wprowadzeniu do zwężonej cewki zgłębników lub cewników, jeżeli na około strictury istnieją fałszywe drogi. Żeby jednak i w takich przypadkach być w stanie przeprowadzić wspomniane narzędzia przez naturalny lecz zwężony kanał, należy podług Th. trzymać się ciągle końcem instrumenta górnej ściany cewki i, wskazującym palcem lewej ręki wprowadzonym do kiszki stołcowej, kontrolować grubość przegrody, jaka znajduje się między tym ostatnim i dziobem cewnika. Szczesliwie ominięcie tylko co wspomnianych przeszkód nie daje nam jeszcze prawa mniemać, że już śmiało możemy dalej prowadzić nasz instrument aż do samego pęcherza i że już więcej nie natrafimy na żadną przeszkodę. Ściany bowiem tylnego odcinka cewki, znajdującego się po za zwężeniem, nie są, jak już wiemy, na całej swojej rozciągłości w jednakowy sposób rozszerzone i nie przedstawiają się wszędzie zupełnie gładkimi; wskutek czego może się zdarzyć, że wprowadzony cienki koniec narzędzia zaczepi się o którekolwiek z istniejących tam zagłębień i już dalej w żaden sposób nie pójdzie. Jeżeli więc przy wspomnianych tylko co trudnościach udało się w jakikolwiek bądź sposób wprowadzić cewnik odpowiedniej cienkości, to musimy koniecznie ten ostatni tam pozostawić na 48—72 godzin. Zdarzyło się bowiem nie raz, że powtórne jego wprowadzenie było stanowczo niemożliwem i dla najbardziej nawet doświadczonego chirurga. Żeby zaś uniknąć możności rozwinięcia się powikłań, jakie często spostrzegamy przy dłuższem przebywaniu narzędzi w cewce, jak zapalenia jąder, strasznych bólów, dreszczów i t. d. radzi Th. 1) stosować wyłącznie angielskie kauczukowe cewniki, które nie tak szybko podlegają działaniu moczu, 2) żeby wprowadzony cewnik nie sterczał całym swoim końcem w pęcherzu i 3) żeby średnica pozostawionego cewnika była zawsze o jeden numer mniejszą od średnicy zwężonego otworu cewki. Trzymając się więc tej zasady, że leczenie modzelowatego lub bliznowatego zwężenia cewki powinno głównie polegać na powolnem i stopniowem jego rozszerzaniu za pomocą odpowiednio stosowanych cewników, przedstawia się pytanie, jak często należy powtarzać wspomniane te rękoczyn? Otóż Th., opierając się na swoich klinicznych spostrzeżeniach, twierdzi, że wprowadzenie kateterów powinno być powtarzaniem nie częściej jak co 3 dni. Obserwując bowiem dokładnie zmiany, jakie zachodzą w objętości strumienia po każdym takim rozszerzaniu, niejednokrotnie zauważył, 1) że średnica strumienia, a tem samem światła zwężonego miejsca, zaraz po wyjęciu narzędzia bywa znacznie powiększoną, 2) że następnie, w kilka godzin po wyjęciu tego narzędzia, strumień ten staje się znowu bardzo cienkim, czasem nawet następuje zupełne zatrzymanie moczu i nareszcie 3) że trzeciego dopiero dnia następuje stanowe powiększenie objętości strumienia, które jednak nigdy nie dosięga tych rozmiarów, jakie zauważane były zaraz po wyjęciu cewnika. Opisane tylko co zmiany w objętości strumienia są podług Th. wynikiem następujących spraw, zachodzących w modzelowatej tkance zwężenia; mianowicie: że pierwotne i nagłe powiększenie średnicy strumienia zależy od mechanicznego rozszerzenia, jakie-

mu w pierwszej chwili uległa sprężysta tkanka stricturae; że następne zmniejszenie jego objętości, lub zupełne zatrzymanie moczu jest wynikiem zapalnego odczynu, jaki prawie zawsze występuje w błonie śluzowej, pokrywającej bliznowatą tkankę i nareszcie że umiarkowane powiększenie jego średnicy, które od trzeciego dnia już stale spostrzegamy, zależy od zniknięcia t. j. wessania pewnej ilości modzelowatej tkanki t. j. wylociny, znajdującej się już to w tkance podśluzowej, już to w ciałach jamistych. W ogóle Th. twierdzi, że w każdej takiej bliznie znajdują się dwa następujące histologiczne elementa, 1) wylocina, która pod wpływem mechanicznego działania cewników podlega zupełnemu zanikowi t. j. wessaniu i 2) tkanka sprężysta, która żadnym stanowczym nie podlega zmianom i która w bliższej lub dalszej przyszłości staje się zawsze przyczyną rozwinięcia się powtórnego zwężenia. Przytoczone tylko co spostrzeżenia jak najdowodniej pokazują, że codzienne wprowadzenie cewników podtrzymuje tylko wywołane już w błonie śluzowej, pokrywającej bliznę, zapalenie i powiększa jeszcze istniejące zwężenie. Gwałtownego rozszerzenia zwężenia z rozerwaniem modzelowatej lub bliznowatej tkanki należy podług Th. stanowczo zaniechać. O leczeniu zwężeń za pomocą środków żrących wspomina Th. tylko jak o sposobie należącym do historyi. (dok. nast.)

Wiadomości bieżące.

— Na posiedzeniu wyborczem w tutejszem Towarzystwie Lekarskim wybrani zostali: na prezesa Włodzimierz Brodowski, na vice-prezesa Edward Przewoski, na sekretarza dorocznego Maryjan Jakowski, t. j. ciż sami którzy byli w roku zeszłym.

— Czytamy w pismach codziennych: „Konkurs na posadę nadetatowego ordynatora w oddziale dzieci przy szpitalu Dz. Jezus odbędzie się w dniu 31 Stycznia. Warunki są następujące: zbadanie 2-ch chorych; wykonanie sekcji; rodzaj lekcyi na temat z patologii lub higieny wieku dziecięcego, zadany przez komisyję konkursową”. Zwracamy uwagę czyją należy, iż prawie niepodobniestwem jest, aby się znalazł ktoś, coby podobnym wymaganiom mógł zadość uczynić. Na posadę ordynatora nadetatowego zgłosi się prawdopodobnie nie professor pedyjatrii lub nawet nie lekarz czas dłuższy praktykujący, lecz lekarz młody, chcący się uczyć i na pedyjatrę wykształcić. Kazać młodemu lekarzowi zbadać w obec komisyji dwóch czy więcej chorych oraz plan ich leczenia nakreślić, jestto wymaganie bardzo słuszne bez którego konkurs nie byłby konkursem; kazać mu robić sekcję, naturalnie w celu aby examinowany wykazał nie już biegłość w technice sekcyjnej lecz ściśle znajomość processów nieraz doświadczonemu patologowi do określenia niełatwych, utrudnia już konkurs w wysokim stopniu. Można czegoś podobnego żądać od docenta lub mającego dyrygować pedyjatrycznym oddziałem. Cóż dopiero gdy do tych wymagań dodamy jeszcze to, że kandydat ma wypowiedzieć rodzaj lekcyi na zadany temat (!!) Czemżesz więc konkurs na profesora pedyjatrii lub nawet na dyrektora kliniki pedyjatrycznej od konkursu na nadetatowego ordynatora różnić się będzie? Pytamy kogo należy.

— Czytamy w *Catalogue Officiel* wystawy brukselskiej z r. 1888, iż p. J. Świecianowski budowniczy z Warszawy, stający do konkursu nauk i przemysłu otrzymał medal srebrny za urządzenia i aparaty higieniczne.

Sprostowanie. W N-rze 1 Medycyny na str. 12 w wierszu 4-m od dołu zam. 22,3, czytaj 21,3, na str. 13 w wierszu ostatnim zamiast *część korzenia*, czytaj *część krokowa*, oraz na str. 15 zam. *wysiek* czytaj *wyciek*.

Do dzisiejszego Numeru dołącza się Nr. 1-szy Wiadomości Farmaceutycznych.

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

Дозволено Цензурою. Варшава 29 Декабря 1888 г.—Друк Марыи Зіемкіевіч
Krak.-Przedm. Nr. 17. Cena numeru pojedynczego kop. 15.