

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. **Prace oryginalne.** Kanalizacya Warszawy. Ważniejsze szczegóły z nowoczesnej dyagnostyki i terapii chorób żołądka. Podał docent Dr. W. Jaworski. (Ciąg dalszy). — **Streszczenia i wyciągi.** 5. Zastąpienie skrobaczki elektrycznością przy usuwaniu z macicy resztek jaja płodowego po poronieniu. — **Krytyka i Bibliografia.** Sir H. Thompson. Zwężenia i przetoki cewki moczowej. Sprawozdawca Dr. A. Grünbaum. (Dokończenie). — **Ogłoszenia.**

Kanalizacya Warszawy.

I.

W olbrzymim już dziś obszarze wiedzy z której się składa higiena, pierwszorzędne zajmuje miejsce sprawa kanalizacyi miast i w nierozzerwalnym z nią związku będąca sprawa zaopatrywania mieszkańców w dostateczną ilość czystej i zdrowej wody. Nie masz chyba jednego oświeconego mieszkańca większego miasta, któryby potrzeby kanalizacyi nie uznawał i nie pojmował korzyści jakie ona dla zdrowia i cywilizacyi zapewnia. Kto miał sposobność bliżej zapoznać się z kanalizacją w jej pełnym obrazie, kto zwłaszcza mieszkał w mieście nieskanalizowanem a potem w mieście kanalizacją posiadającym, ten musiał dojść do wniosku, że kanalizacya to cała higiena miast, to nowa epoka w zbiorowym życiu całych setek tysięcy ludzi, to instytucja ponad którą we względnie zdrowotnym nie masz ważniejszej, a bez której tak zwana higiena prywatna prawie żadnych nie może wydać rezultatów. Cóż bowiem pomoże choćby najczystsze utrzymywanie mieszkań i przestrzeganie wszelkich przepisów higieny w takim mieście, w którym cały grunt od wieków nawskroś jest zanieczyszczony, i którego woda oraz powietrze, choroborodnymi pierwiastkami jest przepełnione? Na co się przydadzą w miastach takich komitety antyepidemiczne i wszelkie bodaj najlepsze sanitarne przepisy, skoro grunt, woda i powietrze miast nieskanalizowanych same przez się stanowią media dla przechowywania zarazków, które w pewnych warunkach jako zabójcze czynniki dla zdrowia, zwłaszcza ubogiego zaludnienia, występują? W obec uznanej i żadnej już dyskusyi nie podlegającej potrzeby kanalizacyi dla każdego większego miasta, ukazanie się w r. 1879 dzieła inżyniera W. Lindleja p. t. „Projekt kanalizacyi i wodociągu w mieście Warszawie” dzieła, będącego wynikiem gruntownych, kilkoletnich studyów, powitane zostało z najwyższym zadowoleniem przez wszystkich pojmujących doniosłość zdrowotnych urządzeń. Zawdzięczając niezmordowanym, iście obywatelskim staraniom JW. Prezydenta miasta Starynkiewicza, kanalizacya zatwierdzoną została. Dziś już lat dziesiętek dobiega od chwili rozpoczęcia prac przygotowawczych, a obecnie kanalizacya w pełnym jest rozwoju, wkraczając w nową fazę, w fazę najważniejszą,

w której już znaczna liczba posesyj prywatnych może być skanalizowaną. W rzeczy samej, jest ona najważniejszą, gdyż dopiero z chwilą łączenia się domów za pomocą t. z. przykanalików z kanałami głównymi, rozpoczyna się możliwość doszczętnego wydalania z zamieszkałych terytoriów wszelkich nieczystości grunt i powietrze zakażających; teraz dopiero bezpośrednio korzyści pod względem zdrowotnym z kanalizacji możemy zacząć osiągać.

Przyznać trzeba, iż kanalizacja ulic, to jest budowa kanałów ulicznych postępuje dość żwawo, zawdzięczając energii zarządu miasta. Pod tym względem nie pozostajemy w tyle po za innymi miastami, które pomimo większych niż Warszawa środków, szybciej robót kanalizacyjnych nie prowadziły. O ile jednakże to co od zarządu miasta jest zależnem w sposób prawidłowy i szybki się rozwija, o tyle kanalizacja posesyj prywatnych, to jest budowa przykanalików, idzie oporem. Pod tym względem panowie obywatele miasta nie tylko kompletną okazują apatyją, lecz prosto powstają przeciwko skłanianiu ich do budowy przykanalików, bez czego korzystanie z kanalizacji jest przecież niemożliwem. Chociaż należyte zapoznanie się z urządzeniami kanalizacyjnymi i krytyczne ocenienie różnych systematów kanalizacyjnych wymaga fachowego przygotowania, jednakże ogólne zasady i cele do których kanalizacja dąży, mogą być przez każdego oświeconego mieszkańca bez trudności zrozumiane. Nie ulega przeto wątpliwości, iż każdy obywatel miejski rozumie dobrze, że budowanie kanałów ulicznych nie miałoby żadnej racji bytu, gdyby posesyje przy nich położone miały nie być zkanalizowane, to jest, miały się nie łączyć z kanałami ulicznymi za pomocą t. z. przykanalików, a za pośrednictwem których każdy dom opróżnia się ze wszelkich swych nieczystości; że miliony wydane już dotąd przez miasto byłyby po prostu bez żadnej korzyści wyrzuceniem, gdyby posesyje prywatne miały pozostać *in statu quo ante*, t. j. trzymać się na zewnątrz kanalizacji i uważać ją za nieistniejącą; że faktycznie, nie przykanaliki posesyi prywatnych służą dla kanałów ulicznych, lecz odwrotnie, kanały uliczne służą do przyjęcia przykanalików, czyli, że budowanie kanałów ulicznych jest koniecznym wynikiem przyjętego systemu kanalizacji spławnej wymagającej, aby każdy dom miał samoistny odpływ czyli przykanalik wpadający do kanału ulicznego; że zatem początek sieci kanalizacyjnej stanowią kanały domowe wraz z całym systemem rur odpływowych w obrębie danego domu się znajdujących, gdy kanały uliczne stanowią część dalszą, a kolektor główny, część końcową kanalizacji. Nie trudno również zrozumieć, mając na uwadze zasadę doszczętnego i natychmiastowego wydalania wszelkich nieczystości z każdego domu, iż korzyści sanitarne dla ogółu mieszkańców jakie z kanalizacji osiągnąć można, są w stosunku prostym do ilości zkanalizowanych domów, że zatem rezultat zupełny tylko przy połączeniu się wszelkich domów z kanałami ulicznymi otrzymać można. Nieskanalizowanie wszystkich domów pewną całość we względnie kanalizacyjnym stanowiących ma jeszcze tę złą stronę, iż niezależnie od zwykłych niesanitarnych warunków jakie w domach nieskanalizowanych w dalszym ciągu by istniały, działa jako przeszkoda w prawidłowem funkcyonowaniu urządzeń kanalizacyjnych w domach sąsiednich, już zkanalizowanych. Sądźmy, iż to co dotąd wypowiedzianem zostało, dla każde-

go jest zrozumiałem. Pomimo tego, od pewnego czasu dostrzedz się daje energiczny prąd antykanalizacyjny. Wielu z obywateli wprost wyraża najwyższą niechęć do łączenia swych posesyj z kanałami ulicznymi. Można by podobny stan rzeczy do pewnego stopnia wytłomaczyć sobie brakiem środków ze strony niejednego właściciela, co w obecnych czasach, które nie bez racji ciężkimi nazywamy, faktycznie może mieć miejsce; ale nie pojmujemy agitacji podtrzymywanej w tym kierunku przez ludzi zamożnych, nawet bardzo zamożnych, którzy zamiast szukać sposobów i dróg umożliwiających doprowadzenie do skutku jedynego środka uzdrowotnienia miasta jakim jest kanalizacja, demoralizują swym nieobywatelskim wpływem innych, utrudniając i tak już trudne położenie. Dopóki głosy podobne były odosobnionemi i występowały pojedynczo jako objaw bądźto osobistej niechęci, bądź braku środków, bądź negocjowania pożytków z kanalizacją opartego na niezajomości rzeczy, złe nie było tak wielkiem, acz w każdym razie głosy podobne nie mogą służyć za dowód dojrzałości i zrozumienia interesu ogólnego. Z chwilą jednak, gdy podobne zapatrywania się i sądy wystąpiły jako objaw zbiorowy, jako uchwała ze strony jednostek, które lepiej niż kto inny powinny rozumieć, że nie burzyć dobre dzieło lecz je podtrzymywać należy; stan kwestyi się zmienił. Wszelkie obojętne lub wyczekujące zachowanie się ze strony wszystkich, którzy doniosłość kanalizacji pojmują, a szczególnie ze strony lekarzy, byłoby co najmniej niewłaściwością. Mamy tu na myśli postanowienia zapadłe na ogólnem zebraniu Warszawskiego Towarzystwa Kredytowego Miejskiego w dniu 20 Grudnia r. z. które, gdyby swą prawomocność zachowały zadalyby stanowczy cios przyprowadzeniu do skutku kanalizacji w tym zakresie, w jakim on do uzdrowotnienia miasta jest niezbędnie potrzebny. Postanowienia te brzmią: „1) ażeby kanalizacja posesyj ograniczyła się na wpuszczaniu do kanałów tych ścieków, które obecnie odprowadzane są rynsztokami; i 2) żeby w warunkach korzystania z wodociągu była skasowana opłata minimalna za tę ilość wody, którą taryfa określa jako normalną”.

Rozwodzić się nad powyższemi postanowieniami i wykazywać całą ich dla sprawy szkodliwość, byłoby rzeczą zbyteczną. Same one za siebie mówią. Chcąc one w widokach oszczędnościowych zredukować całą kanalizację do jakiegoś urządzenia wątpliwej pod względem sanitarnym skuteczności, boć oczywiście, olbrzymia większość ognisk nieczystości i zarazków jakimi są doły kloaczne, pozostałaby jak dotąd, zakażenie gruntu odbywałoby się z tą samą systematycznością; słowem że wszelkie jak dotąd warunki zachowania tejże samej śmiertelności i zachorowań, pozostałyby też same, a miliony już wydane na kanalizację ulic pozostałyby w ziemi, żadnej nie przynosząc korzyści. Zebranie nadto, wykazało w punkcie 2-gim wielki wstręt do wody. Broniło się ono od opłaty za minimum wody, które jako norma zostało oznaczone. Minimum wody, jest to jak wiadomo, taka jej ilość, bez której skuteczne funkcyonowanie urządzeń kanalizacji jest niemożliwe. Komu kanalizacja jest niepotrzebna, temu i woda jest zbyteczną. Zebranie więc było z logiką w zupełnym porządku, gdy się nie chciało zgodzić na opłatę za t. z. minimum wody.

Na postanowienia owe, które nie tylko w sprawie kanalizacji lecz w roz-

woju cywilizacyjnym naszego społeczeństwa stanowią przykry dyssonans, nie zwracalibyśmy uwagi i nie nadawali im poważnego znaczenia, mając to przekonanie, że w gronie członków zebrania, prędzej czy później znajdą się ludzie, którzy złe naprawią, gdyby nie to, że one skłoniły p. Prezydenta miasta do otwartego wypowiedzenia: „iż w obec takiego zapatrywania się pp. obywateli miasta na kwestyję kanalizacyi, roboty kanalizacyjne na czas nieograniczony wstrzymane zostaną“. Czy przerwanie robót kanalizacyjnych na czas nieograniczony mogłoby faktycznie przyjść do skutku w obec już poniesionych olbrzymich wydatków? nie możemy przesądzać. Faktem jest tylko pewnym, iż opór ze strony obywateli miejskich przeciwko kanalizacyi swych posessyi, skłonił p. Prezydenta do kategorycznego wypowiedzenia słów powyżej przytoczonych. Wobec takiego stanu rzeczy Warszawskie Towarzystwo Lekarskie dało niezbity dowód, iż pojmuje swoje zadanie ogłaszając w pismach lekarskich w Warszawie wychodzących jednomyślnie zapadłą uchwałę, domagającą się kategorycznie: 1) dalszego prowadzenia kanalizacyi i ukończenia jej w całości; 2) skanalizowania teritorium całego miasta; 3) skłonienie obywateli do nieuchylania się od kanalizacyi, ewentualnie użycia przymusu w celu doprowadzenia do skutku skanalizowania posessyj prywatnych; i wreszcie 4) zwracającą uwagę na to, iż każdy lekarz powinien w miarę sił swoich oddziaływać na opinią publiczną i przy każdej sposobności wykazywać prawdziwe znaczenie i użyteczność kanalizacyi. Chociaż zbiorowy głos lekarzy nie może w danej kwestyi mieć rozstrzygawczego znaczenia, bądź co bądź odrazu stawia on kwestyą jasno, określa stosunek naszej społeczności lekarskiej do zasadniczej reformy sanitarnej jaką jest kanalizacya, i do pewnego stopnia ratuje naszą opinią w oczach cywilizowanego świata postanowieniami powyżej wymienionemi zagrożoną. Do uchwalenia postanowień o których mowa miało panów obywateli skłonić podobno to, iż kanalizowanie posessyj jest bardzo kosztownem, i że ono na pewno wywoła ruinę ekonomiczną miasta. Jakie dane faktyczne służyły podobnemu twierdzeniu za podstawę? nie wiemy; w każdym razie musiały one być inne od tych, jakie w pismach codziennych streszczających głosy mówców na owem zebraniu, podanemi zostały. Jako fakt pewny i niewątpliwy przeciwko owym postanowieniom przytoczyć można, iż wiadomość o tem, że kanalizowanie posessyj prywatnych musi każdego właściciela na koszt narazić, bynajmniej nagle panów obywateli nie zaskoczyła. Wiedzieli oni o tem już od dawna, wiedzieli nawet jakie w przybliżeniu będą na to wydatki. Jeżeli więc jakaśkolwiek opozycya mogła być mieć miejsce, to wówczas, gdy miano przystąpić do budowy kanałów ulicznych, a nie dzisiaj, gdy one już zbudowane zostały.

Musielibyśmy zwątpić o poczuciu zasadniczych obowiązków ze strony naszego społeczeństwa, gdybyśmy przypuścili, że tak przeciwnie interessowi zdrowia publicznego postanowienia uchylonemi nie zostaną. Owszem, żywimy przekonanie, że to niedługo nastąpi, a za objaw ku temu zmierzający poczytujemy wyasygnowanie summy z kassy Towarzystwa Kredytow. Miejskiego na korespondencye z zarządami miast kanalizacyą posiadających, oraz na

zasięgnięcie opinii „specyjalistów zagranicznych”. Dowodzi to, iż Towarzystwo chce się zająć kanalizacją, chce się z nią obeznać, chce mieć materiał do porównawczego zestawienia różnych systemów kanalizacyjnych, aby tym sposobem zapewnić sobie możność wypowiedzenia własnego zdania.

Krok ten jest dobry, ale nie powiemy aby obecnie był niezbędny. Wprawdzie nie ma racji twierdzić, że z postępem czasu nie znajdzie się jakiś nowy, lepszy system kanalizacji od tego, jaki przez inżyniera Lindleja został dla Warszawy opracowany; niemniej faktem jest pewnym, iż system Lindleja jest ostatnim wyrazem tego co w kanalizacji w ogóle tak pod względem technicznym jako i higienicznym dotąd zrobionem zostało. Takie jest przynajmniej zdanie rzeczoznawców tak miejscowych jak i zagranicznych t. j. inżynierów i higienistów. Za Lindlejem przemawia olbrzymie doświadczenie zdobyte już przy kanalizacji miast takich jak Hamburg i Frankfurt nad Menem, oraz bardzo wyczerpujące długoletnie studia przygotowawcze nad kanalizacją naszego miasta. Pomimo tego, nie zaszkodzi sięgnąć po opinie techników zagranicznych, ale któż ma więcej danych do rozwiązania wszelkich kwestyi kanalizacji naszego miasta dotyczących, p. Lindlej, który świadom jest miejscowych warunków i studyował miasto, czy też technicy zagraniczni, którzy nie studyowali Warszawy i widzieli ją może tylko na mappie?

Czytając pilnie wszelkie głosy tak powołanych jak i nie powołanych autorów, jakie w prasie codziennej pomieszczone były, doszliśmy do tego przekonania, że wszelkie błędne poglądy, wpływają z nieznajomości rzeczy i że nawet lekarze zbyt mało są obeznani z tą tak złożoną kwestyą, bez sumiennego zgleźbienia której, niepodobna głosu zabierać. Moglibyśmy na to faktyczne przytoczyć dowody. W obec takiego stanu rzeczy uważamy za swój obowiązek obznajmienie kolegów z najważniejszymi pytaniami w zakres kanalizacji wchodzącemi, a w tym celu ogłosimy materiały danej kwestyi dotyczące a mianowicie: wstęp do dzieła Lindleja, zawierający motywa uzasadniające nieodzowność i konieczność skalizowania tak niehigienicznego, może najniehigieniczniejszego miasta, jakim jest Warszawa; prawidła kanalizowania posessyi prywatnych; operat napisany przez p. Lindleja, wyjaśniający pewne kwestye dotyczące prawideł kanalizacji posessyi prywatnych; uwagi ministryjum nad prawidłami kanalizowania posessyi prywatnych; wreszcie, w miarę materiału jaki będzie w naszym rozporządzeniu, postaramy się informować czytelników o poglądach Komitetu higieny publicznej tutejszego Towarzystwa lekarskiego, o ile one do wyjaśnienia należących tu kwestyj posłużyć będą mogły.

WAŻNIEJSZE SZCZEGÓŁY z nowoczesnej dyagnostyki i terapii chorób żołądka.

Podał Docent Dr. W. Jaworski.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 2).

XLIII. Nerwice żołądka néurasteniczne:

Gastroneuroses neurasthenicae. Neurastenia gastrica. Burkart. E.

W chorobie tak różnopościowej co do objawów, jaką jest neurastenia, przedstawiają się przypadki przebiegające ze zbozeniami w czynności żołądka

nader rozmaicie. Przeważnie zdarza się kilka objawów równocześnie, wykazujących zboczenie w sferze czuciowej, a biorących swój początek w jednych przypadkach w podnieconej wrażliwości układu nerwowego czaszki, w innych kręgosłupa — *neurasthenia irritativa*, a w drugich w ogólnem osłabieniu (wyczerpaniu) układu nerwowego — *neurasthenia depressiva* (Rth.). Za przyczynę neurasteniczną objawów żołądkowych przemawiają, inne równocześnie istniejące zboczenia, jako to: rozdrażnienie lub pogńębienie psychiczne, obawa uliczna (*agoraphobia*), osłabienie pamięci, niemożność pracowania umysłowo, uczucie znużenia, szczególnie w kończynach dolnych, bezsenność, ciśnienie, ból i zawroty głowy, łatwe pojawianie się krótkiego oddechu, duszności, bicia serca przy wykonywaniu ruchów, uczucie tętnienia w jamie brzusznej, uczucie bólu w kręgach piersiowych i lędźwiowych, przeczulica kręgosłupa punkty i obszary bolesne (*puncta dolorifica*) w okolicy wyrostków poprzecznych i przestworów międzyżebrowych, dających się wykazać bądź dotykiem, bądź słabym prądem przerywanym albo przyłożeniem katody prądu stałego, pojawianie się nerwobólów (*neuralgia supraorbitalis, brachialis, cruralis, cervico-occipitalis*), osłabienie popędu płciowego, przeczulica wzdłuż przewodów nasiennych, jakoteż międzykroczą, wzmożenie odruchów kolanowych, zaparcie stolca, kurczowe zatrzymywanie się moczu, pojawianie się w nim większej ilości fosforanów ziemnych, w innych znów przypadkach indykanu i szczawianu wapienego w kryształach i t. d.

Najczęściej napotykanne zboczenia żołądkowe w przebiegu neurasthenii są te, które można określić jako:

1. *Dyspepsia neurasthenica*, przedstawiająca następujące objawy: a) Brak łaknienia (*anorexia neurasthenica*), przyczem wymięcie wypadu dość często pojawiającą się u chorych idiosynkrazją do pewnych nawet strawnych potraw, po których spożyciu uskarżają się na dolegliwości podmiotowe. b) Uczucie pełności, nawet rzeczywista bębnicza żołądka (*pneumosis gastrica*), gniczenie i ucisk w dołku podsercowym szczególnie po jedzeniu. Chorzy opowiadają, że czują nawet pokarmy w którym miejscu leżą. c) Nudności i niesmak, a w niektórych przypadkach równoczesny zawrót głowy pojawiający się po spożyciu pokarmów (*vertigo, Magenschwindel*). d) Odbijania męczące, czece, bez smaku, albo sprawiające zgagę.

Objawy powyższe przypominają te, jakie napotykamy w niezycie żołądka miernego natężenia, a według STILLERA należy je uważać jako obraz chorobowy, opisany przez Leubego pod nazwą *niestrawności nerwowej* (*dyspepsia nervosa*). Tą nazwą zamierzał L. określić cierpienia żołądka, który pod względem chemizmu i mechanizmu przedstawia się prawidłowym, a pomimo to trawienie odbywa się z przypadłościami podmiotowemi. Prawidłowe stosunki żołądka poznaje L. przez dokładne strawienie obiadu próbnego po 7 godzinach, a za podstawę cierpienia przyjmuje nadmierną pobudliwość nerwów żołądkowych.

2. *Nerwobóle neurasteniczne żołądka* (*gastralgia neurasthenica*) zdarzają się o wiele rzadziej, niż w hysteryi, trwają według Rth.

przez kilka godzin i pojawiają się w odstępach kilkutygodniowych. Według E. towarzyszy im często nerwoból jelit (*enteralgia*).

3. Wymioty neurasteniczne (*vomitus neurasthenicus*) pojawiają się jeszcze rzadziej, niż nerwobóle neurasteniczne i zwykle bez szczególnych dolegliwości żołądkowych.

Leczenie miejscowe w zbożeniach neurastenicznych żołądka, nie odnosi trwałego skutku. Środki ogólne na układ nerwowy działające okazały się najskuteczniejszymi: terapia bromowa, leczenie hydriatyczne, elektryczność (ust. XXX), zmiana klimatu, podróże morskie i t. p. W mało-krwistości skutkują wody i przetwory żelaziste, a według Rth. nawet podskórne wstrzykiwania po jednej strzykawce 5% roztworu *ferrum peptonisatum*, albo *oleinicum* (w roztworze oliwy), lub też *ferrum citricum*; w zaparciu stolca skutkuje *extractum belladonae*. Najważniejszym jednak czynnikiem terapeutycznym jest usunięcie przyczyny, wywołującej główne cierpienie np. zbożenia w narządzie płciowym, szkodliwy wpływ psychiczny, nadmierną pracę umysłową i t. p. Liczne szczegóły terapeutyczne, dotyczące leczenia neurastenii muszą być pozostawione podręcznikom klinicznym.

E. Nerwice żołądka symptomatyczne.

Gastroneuroses symptomatice.

Do tych nerwic zaliczamy takie zbożenia nerwowe ze strony żołądka, pod których formą rozpoczyna się lub przebiega choroba zupełnie innego rodzaju. Zdarza się to w uwiąznięciu rdzenia pacierzowego, w zimnicy i w durze. Znajomość tych pozornych nerwic żołądka jest bardzo ważną ze względu na rokowanie i leczenie, gdyż należy leczyć głównie chorobę ukrytą, a nie objawy gastryczne.

XLIV. Napady żołądkowe tabetyczne.

Crisis gastriques (Delamare, Chareot).

Pierwszemi, a nawet czasem jedynymi objawami klinicznymi zwyrodnienia sznurów tylnych rdzenia pacierzowego, z którego jak w ustępach o nerwicach ruchowych podniesiono można na czynność żołądka wpłynąć, bywają w niektórych przypadkach przypadłości żołądkowe. Te rozpoczynają się u chorych, na żołądek dotąd zdrowych, jako bóle w jamie brzusznej bliżej niemiejscowione, jednak ciągnące się ku dołkowi podsercowemu, a niekiedy rozpromieniające się i do ud. Bóle bywają bardzo znacznego natężenia, a wśród nich pojawiają się wymioty pokarmów, a potem mas żółciowych, mogących zawierać ślady krwi świeżej. Napady tego rodzaju powtarzają się kilka razy dziennie, a szczególnie po spożyciu jakiegokolwiek pokarmu, trwają nawet dni kilka i w wysokim stopniu wyczerpują siły chorego. Chorzy nazywają te napady kurezami żołądka. Napady tabetyczne mają do pewnego stopnia podobieństwo do bólów podczas wymiotów w przebiegu wrzodu ukrytego. Należy jednak mieć na uwadze następujące okoliczności: a) że nie ma dokładnego umiejscowienia bólów, jak to we wrzodzie bywa; b) że bóle rozpromieniają się zwykle ku dołowi w okolicę pęcherza, ud, gdy we wrzodzie okrągłym

dążą one najczęściej ku kręgosłupowi; c) że niema w czasie wolnym od napadów bólów uciskowych w okolicy żołądka, jak to we wrzodzie okrągłym często się zdarza; d) że wywiady i bliższe zbadanie chorego daje najczęściej już wskazówki możliwości istnienia uwiadu rdzenia paciierzowego. W tym celu należy zwrócić uwagę, czy nie istnieją już następujące objawy: mrowienie lub bóle przeszywające w kończynach dolnych, zdwojone widzenie, rozszerzenie lub trwałe zwężenie źrenice, zmniejszenie czucia dotykowego lub elektrycznego w kończynach dolnych, zniesienie odruchów kolanowych, niepewność w chodzeniu, a może już i niezborność ruchów kończyn dolnych.

Rozróżnienie napadów gastrycznych od zmian organicznych żołądka nie bywa zawsze łatwem. Przed dwoma laty leczyłem z kilkoma kolegami przypadek wątpliwy, dotyczący urzędnika kolejowego. Pacjent liczący lat 55, bardzo dobrze odżywiony, z wybornem łaknieniem, nigdy nieuskarżający się na jakiegokolwiek dolegliwości żołądka, począł dostawać od półtora roku, co kilka miesięcy nagle szarpiających lecz niebolesnych wymiotów bez względu na spożywanie pokarmów, a trwających przez 1—2 dni. Badanie wykrywało: źrenice znacznie zwężone i nieruchome na działanie światła, chód ciężki, uczucie ściągania w pasie. Po wielokrotnych naradach lekarskich w Krakowie i w Wiedniu uważano przypadłość żołądkową jako *crises gastriques*. Lecząc w jednym z następnych napadów wystąpiły wymioty krwawe z wyrzuceniem przeszło dwóch litrów krwi skrzepłej. Po trzech miesiącach pojawił się taki sam napad, przyczem około czterech litrów krwi zostało wyrzuconem, w skutek czego chory życie zakończył. Śekeyi nie robiono. Najprawdopodobniej rozwijały się w tym przypadku obok siebie cierpienia rdzenia i wrzód ukryty żołądka.

Inny przypadek, który znajduje się od czterech lat w mojej obserwacji, jest następujący: trzydziestoletni urzędnik, dotąd według wywiadów zdrów, cierpi od trzech tygodni na dokuczliwe bóle w okolicy żołądka, pojawiające się kilka razy dziennie, poczem następuje wymiotowanie pokarmów i cieczy żółciowej. Badanie chorego wykazuje bolesność dotykową w dołku podsercowym, pluskanie wybitne aż do pępka, zresztą innych zboczeń w ustroju wykazać nie można. We dwa dni po tem badaniu zawezwany 30. IX. 1885 przez pacyenta, znalazłem go w łóżku, uskarżającego się na gwałtowne bóle w okolicy żołądka i ciągłe wymioty. Obfite wymiociny zawierające z początku tylko pokarmy, przedstawiały w dalszym ciągu ciecz zielonkową, a w niej czarne i czerwone smugi krwi. Wszystkie odczynniki wykazały bardzo wybitne oddziaływanie na wolny kw. solny. W żołądku utrzymuje się stale pluskanie. Rozpoznałem wrzód okrągły w części odźwiernikowej z następową rozstrzenią, poleciłem krople morfinowe, a po ustąpieniu przypadłości żołądkowych, wyjazd do Karlsbadu, co też chory uczynił. Po przebytem leczeniu karslbadzkiem, uważał się pacjent za zdrowego i miał się bez przerwy zupełnie dobrze, aż do października 1887 r. Kiedy znów pojawiły się znaczne bóle napadowe żołądka i wymioty, które trwały przez tydzień; były one jednak łżejszymi niż pierwszy raz, gdyż chory nie potrzebował leżeć w łóżku. Przy badaniu chorego znalazłem wtedy również nagromadzenie cieczy w żołądku, lecz brak bolesności dotykowej. Natomiast uskarżał się chory na bóle w łądz-

wiach, bolesne rwanie w kończynie dolnej prawej, przykre uczucie w pasie; badanie wykazało nadto osłabienie znaczne odruchów kolanowych, a chory zapytany dokładniej przypomniał sobie, że przez kilka tygodni przed napadami miewał zdwojone widzenie. Uważałem przeto obecne napady jako *crises gastriques*, na co następnie i koledzy specjaliści się zgodzili. Przy użyciu przetworów bromowych miał się chory aż do września 1888 r. znów dobrze. Dopiero w tym czasie podczas podróży dostał pacjent bardzo gwałtownych napadów gastrycznych, trwających przez 2 tygodnie. Chory podaje, że z powodu silnych bólów w jamie brzusznej odchodził od przytomności i musiał być eucony; bóle w kończynach dolnych były tak silne, że musiano wstrzykiwać kilkakrotnie morfinę; przepisywane środki przeczyszczające, jak kalomel nie odnosiły najmniejszego skutku; widziałem też stolce kalomelowe, odchodzące dopiero po tygodniu, gdy chory już powrócił do Krakowa po przebyciu napadów, użyte lewatywy również nie odchodziły. Obecnie doznaje chory od czasu do czasu bólów przeszywających w kończynie dolnej prawej, ma chód dostrzegalnie ciężki i wykazuje odruchy kolanowe prawie zniesione, a uczucie dotykowe i elektryczne u palców nogi prawej zmniejszone. Leczenie polega na używaniu pigulek z *argentum nitricum*, antipiryny w razie bólów w kończynach, kąpieli letnich (27° R.), penzlowaniu faradycznym kończyn dolnych i galwanizowaniu odśrodkowem rdzenia prądem o natężeniu $1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$ M.—A.

W przypadkach uwiadu rdzenia paciierzowego, przebiegających z przypadkościami gastrycznymi, a badanych pośmiertnie, znaleziono zwyrodnienie jąder nerwów błędnych (Kahter, Demange, Oppenheim).

L e c z e n i e jest skierowane przeciw chorobie głównej, lecz podczas napadu postępujemy symptomatycznie, jak przy nerwobólach żołądka zostało wskazane. Rth. zaleca: worki wypełnione ciepłą wodą o 40° C. na kręgi szyjne i piersiowe, worki wypełnione ciepłym piaskiem na grzbiet i jamę brzuszną, przykładanie anody silnego prądu galwanicznego na dołek podsercowy, silne penzlowanie faradyczne tej okolicy, a ostatecznie wstrzykiwania podskórne morfiny.

Należy jeszcze na tem miejscu wspomnieć, że dostrzegano napady bólów żołądkowych w innych chorobach rdzenia jako to: *myelitis subacuta* (Leyden, O.) i *sclerosis multiplex*.

XLV. Przypadłości żołądkowe zimnicze.

Gastroneuroses malaricae.

W typowym przebiegu zimnicy zdarzają się często przypadłości gastryczne, lecz o zboczenia tego rodzaju tu nie chodzi. Zakażenie zimnicze może się jednak ukrywać jedynie tylko pod objawami gastrycznymi (*intermittens larvata*), tak, że charakterystycznych objawów zimnicy: powiększenia śledziony, napadów gorączkowych, wcale nie ma. Przypadłości żołądkowe zimnicze mogą przebiegać pod dwiema postaciami, jako:

a. N i e s t r a w n o ś ć z i m n i c z a (*dyspepsia malarica* L.) polega ona na objawach dyspeptycznych różnego rodzaju, które trwają stale, jednak od czasu do czasu się powiększają. Tego rodzaju choroby przyjeżdżają zwykle do Karls-

badu z rozpoznaniem nieżyty żołądkowego i tu, chociaż w całej okolicy nie istnieje zimnica, po kilku lub kilkunastu dniach leczenia karlsbadzkiego rozwijają się typowe napady zimnicze, wyjaśniające przyczynę objawów dyspeptycznych. Zmiana leczenia karlsbadzkiego na duże dawki chininy, usuwa całe cierpienie.

b. **Nerwoból żołądka zimniczy** (*gastralgia malarica*), pojawia się na tej samej podstawie, co i inne nerwobóle (*neuralgia supraorbitalis, brachialis, intercostalis* i t. d.), maskujące zakażenie zimnicze. Nerwoból żołądka zimniczy może przebiegać z wymiotami, nerwobólem jelit, biegunką; nie pojawia się on jednak zawsze w regularnych odstępach. Rozpoznanie przypadłości żołądkowych zimniczych opiera się przeważnie na tem, że osoby pochodzą z okolic malarycznych i że chininą usuwa objawy chorobowe, a rzadko kiedy na typowości napadów.

Leczenie polega na podawaniu przetworów chininy w większych dawkach, a jeżeli żołądek ich nie znosi, to w czopkach. Rth. zaleca podskórne wstrzykiwanie roztworu glicerynowo-wodnego z chininum boriseum po 0,3—0.5. W razie bezskuteczności chininy należy próbować *liquor natri arsenicosi* (Pearsoni) po 5 kropel trzy razy dziennie, który to przetwór ma zastąpić *Solutio arsenicalis Fowleri* z obawy przed użyciem kilku miligramów potasu; a ostatecznie *Tinctura Eucalypti globuli* po łyżeczce od kawy kilka razy dziennie.

XLVI. Dyspepsia uratica.

Zboczenie to, szczególnie przez angielskich lekarzy obserwowane, może być jedynym objawem, pod którym się dna (*arthritis uratica*) ukrywa. W przypadkach dny obserwowanych przezemnie w Karlsbadzie, mogłem wywnioskować, że choroba w swoich początkach polegała przez dłuższy czas tylko na zboczeniach dyspeptycznych, jak to: niesmaku, odbijaniu, braku łaknienia, paleniu w okolicy żołądka, zgadze, a nawet uczuciu kwasów w połyku, przyczem istniało zajęcie głowy i ogólne znużenie. Chorzy leczeni byli albo z powodu nieżyty żołądka albo hypochondryi, aż pojawienie się napadu dny i charakterystycznego moczu wyjaśniło istotę choroby. W innych znów przypadkach okazało się przeciwnie, że bywały bóle właściwe w palcach lub stawach, jednak tak nieznaczne i krótkotrwałe, że chorzy na nie szczególniejszej uwagi nie zwracali. Po takich napadach rozwinęły się przypadłości żołądkowe, które nagłe lukulusowym obiadam kres położyły.

Czy w niestrawności uratycznej, sądząc po objawach podmiotowych, wydzielanie kw. żołądkowego jest zwiększonem, nie wiemy. Zdaje się jednak, że to nie ma miejsca, gdyż chorzy nie okazują zwykle nadmiernego pragnienia i łaknienia. Rozpoznanie niestrawności uratycznej jako utajonej dny (*arthritis larvata*) jest wielce trudnem. Można jej istnienie przypuszczać, jeżeli wiemy, że chory prowadził życie wykwintne, jeżeli w moczu jest większa ilość osadu moczanów, jeśli wobec przypadłości, wskazujących pozornie na nadmierne kwasną tresę żołądka, nie istnieje nadmierne łaknienie, ani pragnienie.

Leczenie polega przedewszystkiem na przestrzeganiu diety, jakiej wymaga diathesis uratica, a następnie użyciu wód alkalicznych (Karlsbad i t. p.) i kąpeli ciepłych.

XLVII. Zboczenia żołądkowe następowe.

Dyspepsie consecutivae.

W przebiegu wielu chorób organicznych rozmaitych narządów dostrzegamy zboczenia gastryczne, które w mniemaniu chorych stanowią ich jedyną i najważniejszą chorobę. To też lekarz musi te stosunki bliżej znać i wszystkie narządy dobrze zbadać, aby się nie dać co do istoty choroby w błąd wprowadzić. Poznawszy zaś źródło przypadłości gastrycznych (chorobę serca, wątroby i t. p.), należy leczenie stosować przeciw tym narządom, a nie przeciw objawom żołądkowym

1. Niestrawność w przebiegu gruźlicy płuc pojawia się bardzo często, jeżeli nastaje okres gorączkowy. Lecz tu pomyłka rozpoznawcza jest mniej prawdopodobną. Zdarza się jednak, że pierwszym objawem, na jaki się chorzy suchotniczy zaczynają uskarżać, jest niestrawność podmiotowa, pomimo, że przy uważnem badaniu narządu oddechowego jeszcze żadnych lub tylko wątpliwe objawy wykazać można. Przypominam sobie 35-letniego nauczyciela, który jeszcze w r. 1881 radził się mnie, jak i kilku innych lekarzy z powodu braku łaknienia i gniecienia w żołądku, które to objawy dla braku zmian w innych narządach, musiały być uważane jako miejscowe. Po 6 latach przedstawił mnie się ten sam chory z wybitnemi naciekami szczytowemi i stanem podgorączkowym, żaląc się jedynie tylko na same dolegliwości żołądkowe, jakich doznawał przed 6 laty. Częstość tego rodzaju przypadków początkowej niestrawności w stosunku do ilości przypadków gruźlicy, zdaniem Marfana, zajmującego się tą sprawą szczegółowo, jest nieznaczna, aczkolwiek Hutchinson ocenia ją na 33%. Jednak wobec wielkiej częstości gruźlicy u nas, przypadki tego rodzaju mogą się lekarzowi dość często wydarzyć. Jakim przyczynom należy przypisać poprzedzenie gruźlicy płuc przez niestrawność, — trudno orzec, zwłaszcza, że zmiany gruźlicze w żołądku w postaci wrzodu gruźliczego, jakie z Zakładu patologicznego krakowskiego opisał prof. Pareński, jako też dr. W. Pisek, zdarzają się bardzo rzadko, ja zaś w kilku przypadkach suchot płucnych, badanych wewnątrznie, napotkałem zawsze sok żołądkowy dobrze trawiący. Pomyłka rozpoznawcza początkowej niestrawności gruźliczej, może się stać w swych następstwach szkodliwą, jeżeli do przypadłości żołądkowych skierowane zabiegi terapeutyczne polegają na ograniczeniu żywienia. Aczkolwiek niestrawność przeszkadza wiele lekowaniu i dobremu żywieniu chorych suchotniczych, to sądzę, że wobec przedmiotowego stanu żołądka, na tą niestrawność w zabiegach terapeutycznych wiele zważać nie potrzeba, gdyż żołądek u suchotników, pomimo przypadłości podmiotowych, może zwalczyć znaczną ilość pokarmów, jak to przypadki forsownego żywienia według Debove'go wykazują.

2. W chorobach wątroby, przyjmującej do swego obiegu krew żylną ze żołądka, pojawiają się często przypadłości żołądka „nieżytowe“ na tle zastoinowem. Przypadłości dyspeptyczne pojawiają się w przekrwieniu biernem, marskości i raku wątroby, czasem nawet wcześniej, nim można rozpoznać chorobę wątroby.

3. W chorobach serca (niedomykalności zastawkowej, osłabieniu lub zapaleniu przewłocznem mięśnia sercowego), pojawiają się zastoiny żyl-

ne w błonie śluzowej żołądka i przypadłości niestrawności, które z polepszeniem sprawy sercowej ustępują. Należy jednak i o tem pamiętać, że każde zaburzenie w mechanizmie trawienia żołądka (np. bębniaca) powiększa dolegliwości sercowe z powodu ucisku lub drogą odruchową.

4. W zółzach, blednicy, małokrwistości wieku młodocianego objawy dyspeptyczne są bardzo częste i stoją na przeszkodzie leczeniu tych chorób, wymagającemu dobrego odżywiania się. Przyczyną niestrawności w tych przypadkach nie zdaje się być zaburzenie w chemizmie, ale w mechanizmie trawienia. Openchowski, jako też i Frantzen dostrzegali na zwierzętach, że żołądek wprowadzony w stan małokrwistości wskutek podwiązania naczyń doprowadzających krew do niego, wykonywa ruchy nieprawidłowe, a ostatecznie popada w stan porażenia. Spostrzeżenia kliniczne przemawiają też za tem, gdyż u chorych anemicznych niedowład mechaniczny żołądka jest bardzo częstym objawem.

5. W chorobach nerek pojawiają się często przypadłości dyspeptyczne, a niekiedy cały stan uremiczny przedstawia tylko objawy dyspeptyczne. Ztąd też badanie w chorobach żołądka nie powinno być zaniechanem. Może ono ochronić od jednej jeszcze bardzo ważnej pomyłki rozpoznawczej. Jeżeli chory podaje wzmożone łaknienie i pragnienie, to jest możliwość przypuszczenia zбочenia chorobowego żołądka, przebiegającego ze wzmożonym wydzielaniem soku żołądkowego, albo na tle nerwowem, tymczasem może to być także objaw *diabetes mellitus*.

6. Wreszcie przypomnieć należy, że wszystkie choroby gorączkowe, zakaźne, jako też mózgowe, mogą się rozpoczynać od przypadłości gastrycznych: od braku łaknienia, nudności, wymiotów i t. d. i to w tym jeszcze okresie, kiedy niema żadnego podwyższenia ciepłoty. W okresach gorączkowych pojawiają się stale objawy niestrawności, a dr. Wolfram mógł wykazać w tym stadium stały brak kwasu żołądkowego i przyspieszone wydalanie treści żołądkowej. Jedynym napojem oraz pokarmem, którego chorzy gorączkujący jeszcze pragną, okazuje się woda sodowa kwaśna (*aqua sodata acidula*, p. str. 4).

(d. c. n.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

5. Henry de FRY w Waszyngtonie. **Zastąpienie skrobaczki elektrycznością przy usuwaniu z macicy resztek jaja płodowego po poronieniu.** Usuwanie resztek jaja po poronieniu zapomocą skrobaczki przedstawia tę niedogodność, że przy podobnym zabiegu usuwa się jednocześnie i zdrową błonę śluzową macicy. Dlatego to lepiej stosować skrobaczkę tylko w celach rozpoznawczych, a resztki jaja należy usuwać zapomocą elektryczności. Jeżeli resztki są świeże, należy stosować prąd przerywany, jeżeli zaś od chwili poronienia upłynął dłuższy przeciąg czasu, należy użyć prądu stałego. Przy stosowaniu tego ostatniego, biegun dodatni (w postaci zglębnika macicznego) przykładą się do miejsca, w którym się owe resztki znajdują, biegun zaś ujemny (w postaci siatki z drótu miedzianego pokrytej watą, nasyconą tłuszczem) do brzucha. Posiedzenie trwać winno 6—10 minut, i należy je powtarzać co drugi dzień 3—4 posiedzenia wystarczają. Zaczynamy elektryzować prądem o sile równej 60 milliampèrom i za każdym razem zwiększamy siłę do 10 milliamp. Działanie prądu stałego jest w tych

razach trojakiemu rodzaju. Przedewszystkiem niszczy on tę nieznaczną żywo-
ność, jaką posiadają jeszcze pozostające w macicy resztki jaja i łożyska, dzięki
czemu te ostatnie łatwiej się oddzielają. Powtórę powoduje on krzepnięcie
krwi w resztkach jaja i łożyska, wskutek czego ustaje krwotok. Potrzebie
w tem miejscu, do którego jest przyłożony biegun dodatni, istnieje swobodny
tlen (*in statu nascenti*), który wywiera działanie przeciwnilne, tlen bowiem
jest znakomitym środkiem antyseptycznym, silniejszym nawet od sublimatu.
Co się tyczy działania prądu przerywanego, to wpływ jego polega na wywo-
ływaniu skurczów macicy. Jest on wskazany nie tylko wtedy, gdy chodzi
o usunięcie świeżo pozostałych resztek jaja ale także i to nawet głównie wtedy,
gdy przeobrażenie wsteczne macicy jest niedostateczne, co niejednokrotnie daje
się zauważyć po poronieniu. Można też polecić jednoczesne nakłówanie galwa-
niczne (*galvanopunctura*) szyjki, dokonywane raz na tydzień przez czas trwania
powyższej terapii. Autor ilustruje swoje poglądy opisem przypadku, w którym
wskutek pozostałych resztek jaja po poronieniu istniały przez długi czas krwo-
toki i w którym po czterech posiedzeniach udało się resztki te usunąć, dzięki
czemu chora odzyskała zupełnie zdrowie.

(*Amer. Journ. of Obstetr. June—1888, pag. 573*). A. W.

KRYTYKA I BIBLIOGRAFIA.

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

(*Die Stricturen und Fisteln der Harnrohre, Uebersetzt und mit Ruecksicht auf deu-
tsche Literatur bearbeitet von L. CASPER 1888 r. str. 299*).

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 2).

Leczenie zwężeń cewki drogą krwawą. Operacyjne to leczenie może być
wykonanem w sposób dwojaki, 1) za pomocą cięcia wewnętrznego (*urethrotomia
interna*) i 2) za pomocą cięcia z zewnątrz na wewnątrz (*urethrotomia externa*).
Cięcie wewnętrzne dzieli się podług Th., stosownie do kierunku w jakim zo-
staje przeprowadzonym, a) na cięcie z kierunkiem od przodu ku tyłowi i b) na
cięcie w odwrotnym kierunku. Ponieważ podług Th. cięcie cewki wskazanem
jest w tych tylko przypadkach, w których, tworząca zwężenie, bliznowata
tkanka nie może być za pomocą cewników ostatecznie i trwale rozszerzoną
i ponieważ przy przecinaniu istniejących w modzeli bliznowatych włókien mu-
simy się starać, żeby je przeciąć doszczętnie, t. j. żeby dojść nożem aż do zdro-
wej tkanki, przeto też radzi Th., żeby wewnętrzne to cięcie przeprowadzić za-
wsze za pomocą zmodyfikowanego przez niego urethrotomu Civiale'a w kierun-
ku z tyłu ku przodowi. Za pomocą takiego bowiem tylko cięcia może chirurg,
naciskając palcem na guzik krającego noża, stanowczo określić, czy cała mo-
dzelowata tkanka doszczętnie przecięta została. Co przy cięciu z przodu ku
tyłowi za pomocą urethrotoma Maisonneuve'a nie może być w żaden sposób
osiągniętem. Żeby więc mózdz przeprowadzić wspomniany urethrotom Civiale'a
przez zwężenie, należy to ostatnie poprzednio rozszerzyć do Nr. 5 skali angielskiej.
Jeżeli więc chorzy, którzy byli w taki sposób operowani, nie są, jak Th.
miał możność kilkakrotnie zauważyć, absolutnie zabezpieczeni od recydywy, to
można jednak na zasadzie danych otrzymanych drogą obserwacji twierdzić, że
ona zjawia się daleko rzadziej, niż u chorych operowanych za pomocą narzę-
dzia Maisonneuve'a i daleko później t. j. po upływie długiego szeregu lat.
Długoletnia ta pauza jest dla tych chorych rzeczą nader zbawienną. Przez
długi bowiem ten ciąg czasu mogą pęcherz moczowody i nerki pełnić w nader
prawidłowy sposób swoją fizyologiczną czynność, a tem samem mogą jak naj-
zupełniej anatomicznie się odrestaurować. Zjawiające się po raz drugi zwężenie

należy powtórnie operować podług wyżej wskazanego sposobu. Wogóle ręko- czyn ten należy tyle razy powtarzać, ile razy zwężenie to staje się znowu znacznem.

Cięcie cewki zewnętrzne wskazanem jest podług Th. najczęściej tylko u takich chorych, u których cierpliwym i wprawnym mającym rękę chirurg nie może przez zwężone miejsce żadnego przeprowadzić instrumentu. Cięcie to wykonywa się wtedy w następujący sposób. Po ułożeniu chorego w pozycji bocznej cięcia, chirurg wprowadza kateter do przedniego końca zwężenia. Doszedłszy do tego miejsca, oddaje do ręki asystentowi kateter wraz z prąciem i sam przecina cewkę w środkowej linii przed przednim końcem zwężenia na długość 6 mm. Przeciąwszy tedy ją w tem miejscu na wskroś, chirurg odwraca brzegi rany na zewnątrz i za pomocą już to przewleczonych nitki, już to wprowadzonych hacików podtrzymuje je w tem położeniu, ogląda starannie przedni koniec zwężenia i odszukuje jego otworu. Znalazłszy ten ostatni, wprowadza wtedy w zwężony kanał cewki naprzód cienki, następnie rowkowy zgłębnik i przecina na nim stanowczo wszystkie warstwy modzelowato przerodzonej tkanki. Jeżeli zaś przez światło stricturae można przeprowadzić zgłębnik Nr. 1 lub 2 skali angielskiej, to Th. wykonywa to cięcie w taki sam sposób, w jaki się wykonywa zwykle boutonnière, z tą tylko różnicą, że stosowane przez niego itinerarium, z powodu swojej cienkości, ma pełny trzon; rowkowana zaś jest tylko krzywizna. Żeby zaś, tworząca się po tem cięciu, blizna nie wywołała większego jeszcze zwężenia, należy to ostatnie przeprowadzić ściśle w środkowej linii podług wszelkich prawideł antyseptyki; przy czem musimy się starać, żeby brzegi rany były zupełnie gładkimi.

W ostatnich swoich lekcjach Th. w nader jasny sposób przedstawia powikłania, jakie najczęściej spostrzegamy przy istnieniu znaczniejszych zwężeń, i sposoby ich leczenia. Powikłaniami temi, jak wiadomo, są: 1) zatrzymanie moczu, 2) tworzenie się ropni i przetok moczowych w kroczu, mosznach i cewce i 3) gorączka moczowa (*fièvre urineuse*). Zatrzymanie moczu przy organicznych zwężeniach cewki może nastąpić nagle, co najczęściej się zdarza, lub też być wynikiem powolnego nagromadzenia się tego płynu w jamie pęcherza. Retentio ta może być zupełną, lub też niezupełną t. j. taką przy której mocz odpływa ciągle kroplami. Ustawiczne takie wyciekanie uryny spostrzegamy u tego rodzaju chorych najczęściej przy nadmiernym przepelnieniu pęcherza. Nagłe i zupełne zatrzymanie występuje zwykle albo wskutek rozwinięcia się w bliznowatej tkance cewki zapalnego obrzęku, albo wskutek zjawienia się w tem miejscu silnego skurczu, albo nareszcie wskutek jednoczesnego wystąpienia obu tylko co wspomnianych przyczyn. Samo przez się rozumie się, że pierwszym obowiązkiem każdego lekarza, znajdującego się przy łóżku chorego, dotkniętego zupełnym zatrzymaniem moczu, jest starać się o natychmiastowe i całkowite opróżnienie pęcherza z jego zawartości. Opróżnienie to może być osiągniętem albo za pomocą ogólnego leczenia, co jednak rzadko się udaje, albo za pomocą odpowiednich rękoczynów stosowanych miejscowo. Co się tedy wyboru sposobu, to Th. radzi, żeby chirurgowie, którzy nie posiadają odpowiedniej zręczności, lub chociaż dostatecznie nabytej wprawy, jakiej trzeba przy wprowadzeniu cienkich cewników, wcale takowych nie wprowadzali, a starali się opróżnić pęcherz za pomocą środków terapeutycznych, t. j. 1) wprowadzenia preparatów makowca do kiszki stolcowej w postaci czopków lub lawatyw, 2) gorących ogólnych lub nasiadowych wan i 3) środków przeczyszczających. Jeżeliby zaś, pomimo stosowania tylko co wspomnianego ogólnego leczenia, oddawanie moczu nie nastąpiło, to musi się każdy chirurg starać o jego odprowadzenie za pomocą któregośkolwiek z niżej wymienionych odpowiednich rękoczynów. Ponieważ w znacznej części tych przypadków zręczne wprowadzenie do pęcherza kateteru jest dla większości lekarzy i nawet chirurgów rzeczą

nie możliwą, przeto też każdy z nas, chcący takowy opróżnić, musi się szybko decydować na przeprowadzenie któregośkolwiek z następujących zabiegów operacyjnych, mianowicie. 1) *Cathéterisme forcé*, 2) przecięcie cewki z tyłu lub w samym zwężonym miejscu, 3) aspiracja i 4) nakłucie pęcherza. Nakłucie to może być wykonanem, a) przez kroczę, b) przez kiszkę stołcową, c) nad spojeniem łonowem i d) przez same spojenie łonowe. Z tylko co wyliczonych sposobów należy najczęściej stosować, jako zabiegi najłatwiej dające się wykonać i pociągające za sobą najmniejsze niebezpieczeństwo, aspirację, nakłucie nad spojeniem łonowem, lub też nakłucie przez kiszkę stołcową. *Cathéterisme* zaś *forcé* należy stanowczo wykreślić z listy zabiegów operacyjnych. Cięcie zaś cewki może być stosowanem, z powodu nadzwyczajnych trudności na jakie w tych razach zwykle napotykanym, tylko bardzo rzadko. Aspirację należy stosować kilka razy, t. j. tak długo dopóki obrzęk zapalny lub skurcz mięśni nie znikną zupełnie. Drugiem powikłaniem jest, jak już wyżej wspomnieliśmy, tworzenie się w luźnej tkance łącznej kroczka, moszen i cewki, ropni i przetok moczowych. Ropnie te tworzą się najczęściej u takich chorych, u których zebrany z tyłu zwężenia w znacznej ilości mocz, wywiera tak silny ucisk na zmienioną już i owrzodzoną błonę śluzową cewki, że ta ostatnia pęka. Wskutek czego nie rzadko widzimy, że nagromadzona uryna czasami od razu przedostaje się do luźnej tkanki łącznej kroczka i tworzy tam znaczne nacieki moczowe, które w następstwie przechodzą w ropnie i przetoki. Moczowe te ropnie w kroczu mogą, stosownie do tego po za jakim listkiem powięzi utworzyły się, stać się mniej lub więcej groźnemi i tworzyć przetoki w najrozmaitszych kierunkach. Przetoki te pod względem klinicznym przedstawiają się w rozmaity sposób, 1) przetoki proste t. j. takie, w których, otaczające otwór, tkanki nie są anatomicznie zmienione, 2) przetoki z modzelowatemi brzegami i 3) przetoki ze znacznieszym brakiem tkanek w otaczających otwór powłokach. Ponieważ przetoki pierwszego rodzaju, gdzieby one się nie otwierały, należy uważać, przy istnieniu znacznieszych zwężeń, za pomocnicze, mocz odprowadzające, przewody, przeto też i leczenie ich polega głównie na usunięciu przeszkody w swobodnem oddawaniu moczu t. j. w dostatecznem rozszerzeniu zwężonej cewki. Samych zaś brzegów, o ile one nie mają gruzliczego charakteru, nie należy tknąć. W taki sam sposób należy traktować przetoki, które mają ściany i brzegi modzelowato przerodzone, z tą tylko różnicą, że wprowadzenie kateterów musi się odbywać przez nieporównanie dłuższy czas t. j. nawet po dostatecznem już rozszerzeniu zwężonego w cewce miejsca. W większej jednak części przypadków ostatnie te przetoki, mimo że światło zwężonej cewki pod wpływem katetyryzacji rozszerzonym zostało do prawidłowych granic, nie znikają. U takich to więc chorych należy usunąć całą tę modzelowato przerodzoną tkankę za pomocą noża, albo też za pomocą środków żrących. Krwawy ten zabieg operacyjny najlepiej daje się przeprowadzić, jeżeli jednocześnie wykonywamy *boutonniers*. Przetoki zaś ze znacznym brakiem tkanki w powłokach mogą być skutecznie leczone tylko za pomocą odpowiednich plastycznych operacyj, przy systematycznem, rozumie się, odprowadzeniu moczu na zewnątrz za pomocą miękkich cewników. Chcących zaś zapoznać się ze sposobami przeprowadzenia tych plastycznych operacyj muszę odesłać do samej książki. Trzeciem nareszcie powikłaniem, jakie czasami spostrzegamy u takich chorych, którzy z powodu anatomicznych zmian w cewce z trudnością oddają mocz, jest gorączka. Gorączkę tę, zjawiającą się, najczęściej wskutek ostrego lub przewłocznego otrucia moczem, radzi Th. nazwać moczową „*fièvre urineuse*“. Kliniczny obraz tej gorączki przedstawia się w trzech rozmaitych postaciach. Pierwsza jej forma, spostrzegana u takich chorych, którzy zupełnie zdrowe mają nerki, przedstawia się w następujący sposób. W kilka godzin po jakimś drażnieniu cewki, najczęściej zaś po wprowadzeniu narzędzia znacznego kali-

bru, chorzy zaczynają od razu skarżyć się na silny dreszcz, ból głowy, łama-
nie w kościach, pragnienie i ogólne silne niedomaganie. Ciepłota ciała docho-
dzi u nich do 40° i wyżej stopni. Objawy te w znacznej liczbie przypadków
kończą się po upływie kilku, czasem po upływie 24—36 godzin silnym potem;
poczem chorzy dosyć szybko do zupełnego wracają zdrowia. Drugą nieporów-
nanie cięższą postać tej gorączki widzimy u chorych, którzy już przed wpro-
wadzeniem narzędzia byli dotknięci nieznacznie patologicznymi zmianami
w nerkach. Gorączka ta różni się tem od przedniej, że paroksyzmy jej trwają
nieporównanie dłużej i powtarzają się kilka razy w odstępach 48—72 godzin-
nych. I forma ta na szczęście kończy się jeszcze najczęściej zupełnem wyzdro-
wieniem. Trzecią nareszcie i zarazem najgroźniejszą formę tej gorączki widzi-
my u takich chorych, którzy już poprzednio byli silnie wycieńczeni, lub u ta-
kich, którzy już oddawna są dotknięci, z powodu ogromnego nagromadzenia
się moczu w zbiorniku, jak to zwykle ma miejsce przy znacznych zwężeniach,
lub silnych przerostach gruczołu krokowego, bardzo poważnymi patologiczne-
nymi zmianami w pęcherzu, moczowodach i nerkach. Moczowa ta gorączka
występuje zwykle u tego rodzaju chorych powoli i stopniowo, bez żadnych
silnych dreszczów i trwa mniej więcej około 3—4 tygodni; przy czem ciepłota
ciała prawie nigdy nie osiąga bardzo wysokich cyfr. Gorączki tej formy koń-
czą się najczęściej niepomyślnie. W bardzo rzadkich tylko przypadkach chorzy
ci, mimo długotrwałego cierpienia i silnego wycieńczenia, do zupełnego wraca-
ją zdrowia.

Zwężenie cewki u kobiet. Ponieważ cewka moczowa u kobiet jest nadzwyc-
zaj krótka, ma nader szczęśliwe anatomiczne położenie i nadzwyczaj proste
fyzjologiczne znaczenie, przeto też bardzo rzadko, albo nawet nigdy nie pod-
lega ani tym sprawom chorobowym, ani tym uszkodzeniom, na jakie narażone
są cewki męskie i które prawie zawsze w następstwie wywołują znaczne i na-
der poważne patologiczne zmiany w całym narządzie moczowym. Co się tyczy
przyczyn, które wywołują u kobiet zwężenia cewki, to Th. na zasadzie kilku
przypadków opisanych w literaturze i jednego obserwowanego przez siebie,
twierdzi, że zwężenia te są najczęściej skutkiem zranienia, na jakie kobiety są
narażone przy ciężkich rodach; rzadziej zaś skutkiem usadowienia się szankro-
wego owrzdzenia na brzegach zewnętrznego jej otworu; najrzadziej zaś roz-
wijają się te zwężenia wskutek przeniesienia się sprawy tryprowej z pochwy
do cewki, szczególnie do jej gruczołów.

A. Grünbaum.

Wiadomości bieżące.

— Na ostatniem posiedzeniu Warsz. Towarzystwa lekarskiego W. STANKIEWICZ opisał
3 przypadki zwężeń cewki moczowej w których wykonał *Urethrotomiam internam* a następnie
czynił uwagi nad zwężeniami cewki i ich leczeniem w ogóle. Praca ta drukowaną będzie *in
extenso* w naszej gazecie.

Następnie demonstrował 2 torbielc wyłuszczone z więzów szerokich macicy u jednej ko-
biety. Torbiel lewa skórzasta (*Cysta denoidalis*) zawierała przeszło 2 litry płynu gęstego żółto-
szarawego, a nadto obfity zwój włosów i kilka zębów dobrze wykształconych wrośniętych
w ścianie torbieli. Torbiel lewa znacznie mniejsza zawierała płyn rzadszy, kolloidalny i naro-
śle brodawkowate.

W dyskusyji nad leczeniem zwężeń cewki moczowej zabrali głos koll. MATLAKOWSKI
i TRZCIŃSKI.

REDAKTOR I WYDAWCA, DR. Gustaw Fritsche. Adres Redakeyi: Aleja Jerozolimska N. 80.

Дозволено Цензурою. Варшава 5 Января 1889 г.—Друк Марыи Зiemkiewicz
Krak.-Przedm. Nr. 17. Cena numeru pojedynczego kop. 15.