

# MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE  
dla lekarzy-praktyków.

TRESĆ. **Prace oryginalne.** O zeszyciu żołądka. Podał Dr. W. Sztejner. (Dokończenie). Przyczynę do kazuistyki szczepienia błony z jaja kurzego na przedziurawioną błonę bębenkową. Podał L. Guranowski. (Dokończenie). — **Streszczenia i wyciągi.** 18. Śpiączka przymiotowa. 19. Przyczynę do patologii grzylcy krtani pierwotnej. — **Odczyty kliniczne.** O niezłatach pęcherza moczowego przez prof. Guyon'a. Streszczył Dr. T. Solman. — **Korrespondencye „Medycyny.“** Z San-Remo p. D-ra Tymowskiego. — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

Z kliniki chirurgicznej profesora KOSIŃSKIEGO.

## O ZESZYCIU ŻOŁĄDKA

Podał Dr. Władysław Sztejner, ordynator tejże kliniki.

(Dokończenie.—Zobacz str. 10).

Przenikające rany żołądka tem łatwiej zdarzyć się mogą, im żołądek więcej miejsca w jamie brzusznej w danej chwili zajmuje; zdawałoby się, że innego zdania pod tym względem być nie może. Tymczasem długi czas sądzono, że napęczniony żołądek trudniej zranieniu ulega, które to przekonanie było tak rozpowszechnione, że mający się pojedynkować obfite przed tem spożywali śniadanie. Jeszcze SÉDILLOT trzymał się tego poglądu mówiąc, że rany są mniej niebezpieczne w tym razie, ponieważ ściana żołądka przylega do ściany brzusznej i odpycha jelito poprzeczne, oraz sieć ku dołowi. Żołądek napęczniony, jak wiadomo, opuszczając się ku dołowi, robi oprócz tego ruch około osi poprzecznej, przechodzącej przez małą krzywiznę, tego rodzaju, iż ściana przednia staje się jednocześnie górną, zaś ściana tylna dolną; wielka krzywizna zwraca się ku przodowi, a mała ku tyłowi <sup>2)</sup>. Z tego względu, iż wielka krzywizna z tętnicą wieńcową (*arteria gastroepiploica*) zbliża się ku ścianie brzusznej, zranienie pełnego żołądka jest o wiele niebezpieczniejsze, ponieważ krwotok może być odrazu śmiertelny; takie przypadki były znane już MORGAGNI'EMU.

Drażące rany żołądka nie zawsze łatwe są do rozpoznania, mianowicie rany kłóte. Miejsce rany przedstawia dane tylko prawdopodobne, ponieważ narzędzie wbite w okolice nadbrzuszną, lub w lewe podżebrze może nie przeniknąć do żołądka, albo przebić inne trzewia jak na przykład w przypadku rany postrzałowej w okolicy żołądka, opisanym przez BAUDENS'A <sup>3)</sup>, po rozszerzeniu rany okazało się, że przebite było jelito dwukrotnie, a oprócz tego przy autopsyi znaleziono przedziurawienie jelita ślepego. Z drugiej strony widziano żołądek przebity w razie, gdy rana zewnętrzna znajdowała się po za okolicą nad-

<sup>2)</sup> TILLAUX. *Traité d'Anatomie topographique* III ed. 1882 p. 713.

<sup>3)</sup> MIKULICZ. O laparotomii w przypadkach przedziurawienia żołądka i jelita. *Przegląd lekarski* 1885 r. Nr. 7 i następne.

brzuszną, ze względu że napełniony żołądek opuszcza się ku dołowi, a u niektórych osób może być nadmiernie rozszerzonym. Jeżeli miejsce rany zewnętrznej nie daje pewnych oznak, to istnieją inne pewniejsze dane, jakie z rozpatrzenia wymiocin i wydzieliny rany otrzymać możemy. Już samo istnienie wymiotów pozwala przypuszczać zranienie żołądka. Mogą się wprawdzie zdarzyć wymioty wobec rany jelit, zwłaszcza jeżeli wylana zawartość już podrażnienie otrzewnej wywołała, lecz nie występują one tak stale i tak wcześnie. Zwymiotowane masy są też same, które żołądek przed zranieniem zawierał i są krwią zabarwione. Ta okoliczność jest bardzo ważną, ponieważ w razie zranienia кишки, krew przez ruchy przeciwoznaczkowe do żołądka dostać się może, ale wtedy zmieszana jest ona z zawartością jelit, a nie z resztkami pokarmów. Jeżeli w chwili zranienia żołądek był próżny, to chory wymiotuje samą tylko krwią w większej lub mniejszej ilości względnie do tego, czy znaczniejsze naczynia były uszkodzone, lub nie. Wydobywające się z rany płyny wskazują zdaniem BÉRARD'A <sup>4)</sup> bez wątplenia zranienie żołądka, jeżeli przedstawiają cechy kwaśnej, szarawej miazgi pokarmowej (*chymus*). Rozpoznanie jest łatwiejszem, jeśli pokarmy jeszcze wcale strawione nie były. Zdarzało się też, że chory mając wielkie pragnienie pił wodę, która przez ranę zewnętrzną się wylewała.

Rany żołądka więcej niż inne rany przewodu pokarmowego wywołują: niepokój, ochłodzenie skóry, dreszcze, osłabienie i omdlenie. Największe niebezpieczeństwo ran żołądka zależy od wylania zawartości do jamy brzusznej. W niektórych razach to wylanie zawartości nie następuje. Jeżeli rana jest bardzo mała, to skutkiem skurczenia się błony mięsnej błona śluzowa wywija się na zewnątrz i otwór zatyka. Prof. FISCHER <sup>5)</sup> widział podwójne przedziurawienie żołądka zagojone bez żadnych następstw. Inni widzieli wyzdrowienie z utworzeniem przetoki, do czego żołądek ma szczególne warunki i znosi je dobrze przez czas długi. Przy małych ranach żołądka ta skłonność do tworzenia przetoki ratuje nieraz życie; niewielkie wylewy zawartości do otrzewnej otorbijają się. Wogóle wylewy te zdarzają się według NUSSBAUM'A nie tak łatwo, jak w kiszkiach, ponieważ żołądek opróżnia się przez wymioty i mniej się niż jelita porusza. Nie mniej przeto śmierć, która tu jest najczęstszem zejściem, nastąpić może nawet w tych rzadkich przypadkach, gdzie rana żołądka sama się zagoiła. Świadczy o tem przypadek DORSEY'A (*Elements of surgery* 1818 vol. 1. p. 94) <sup>6)</sup> w którym mężczyzna po wypiciu portera zraniony w brzuch umarł czwartego dnia na zapalenie otrzewnej. Przy badaniu pośmiertnem znaleziono ranę w żołądku zupełnie zagojoną. Wobec takich okoliczności wbrew zdaniu dawniejszych autorów i z nowszych BECK'A musimy uważać laparotomię i zeszytanie żołądka przy ranach kłótych za równie wskazaną, jak przy innych ra-

<sup>4)</sup> BÉRARD. Plaies de l'estomac. Répertoire général des sciences médicales au XIX siècle. Bruxelles 1841. t. XII p. 231.

<sup>5)</sup> NUSSBAUM. Die Verletzungen des Unterleibes 1880 (Deutsche Chirurgie) p. 104.

<sup>6)</sup> FOLLIN et DUPLAY. Traité élem. de pathologie externe. T. V. 1878 p. 730.

nach. Na poparcie tego służy wspomniany wyżej przypadek TILING'A <sup>7)</sup>, rany krótkiej żołądka, zadanej w krótkim czasie po jedzeniu. Rana ta miała 2 ctm. długości i znajdowała się na 3 ctm. na lewo od linii środkowej, na trzy poprzeczne palce powyżej pępka. Wymioty krwawe. Otworzono brzuch cięciem 12 ctm. długiem. W jamie brzusznej znajdowały się duże ilości krwi wylanej. Na przedniej powierzchni żołądka rany nie było, lecz więcej na lewo znajdowała się rana w *ligamentum gastrocolicum*, po rozszerzeniu tejże znaleziono ranę na tylnej powierzchni żołądka 1 ctm. długości mającą. Szew dwurzędowy; dokładna toaleta jamy brzusznej; wyzdrowienie.

Blżej nas, z uwagi na wyżej opisany przypadek, obchodzące rany cięte żołądka mniejsze w rozpoznaniu przedstawiają trudności, ponieważ jednocześnie zadana rana w ścianie brzusznej jest daleko większa, dokładniej przeto całe uszkodzenie rozpatrzyć pozwala. BÉRARD <sup>8)</sup> dzieli takie rany na dwie kategorie, do pierwszej zalicza przypadki, w których żołądek na zewnątrz nie wypada, lecz łatwość, z jaką zawartość wylewa się przez ranę, każe wnosić, że zraniona część jego blisko zewnętrznego otworu w jamie brzusznej się znajduje, lub też żołądek ukazuje się w ranie w chwili wymiotów. Po raz pierwszy zeszyście żołądka w takim przypadku było dokonane jeszcze w roku 1522 w Regensburgu przez lekarza niewiadomego nazwiska z pomyślnem zakończeniem (WOELFLER). BÉRARD podaje dwa przypadki zakończone wyzdrowieniem, jeden RUHSTRAT'A w którym rozpoznanie trudności nie przedstawiało, ponieważ jednakowe masy wychodziły przez ranę i przez usta. Rana miała dwa cale długości, przez tę ranę wydobyto żołądek i nałożono 5 szwów, poczem chory wyzdrowiał (*Bulletins de la Faculté de méd. de Paris* t. V. p. 391). Drugi przypadek PERCY'EGO dotyczył rany w lewym podżebrzu, długości czterech palców poprzecznych, przez którą wypływało mleko spożyte przez chorego przed godziną. Przy każdym ruchu wymiotnym ukazywała się w ranie część żołądka zraniona, przyczem ścięte części mleka wyrzucane były na zewnątrz. Żołądek został przy pomocy palców i kleszczy wydobyty i zeszyty; 28 dnia nitki wyjęto. Chory wyzdrowiał. (*Mem. de l'Acad. de chir.* t. 1 p. 441). Pomimo tych dwóch wyleczeń po zeszyściu żołądka, z nowszych autorów TILLAUX jest zdania, że w takich razach lepiej zeszyć tylko brzegi rany żołądkowej z raną ściany brzusznej i utworzyć przetokę, którą później zagoić będzie można. Do drugiej kategorii zalicza BÉRARD takie przypadki, w których żołądek wypada częściowo na zewnątrz. W takich razach, co nie rzadko się zdarza, niebezpieczeństwo wylania się miazgi pokarmowej do brzucha jest mniejsze, albowiem miazga ta wylewa się z łatwością na zewnątrz. W jednym przypadku LAROCHE'A zraniony żołądek tworzył przepuklinę i nie mógł się cofnąć napowrót do jamy brzusznej, po zeszyściu żołądek odprowadzić się dało i chory wyzdrowiał. Odprowadzenie takie niekiedy przedstawiało pewne trudności; z tego powodu dawniejsi autorowie byli przeciwni temu rękoczynowi. LESSÉVÉ u chorego z wypadnię-

<sup>7)</sup> TILING. Penetrende Stichverletzung der hinteren Magenwand St. Petersb. med. Wochenschrift. Nr. 44 p. 440. 1884. Hirsch Jahresberichte 84. II.

<sup>8)</sup> BÉRARD l. c. p. 232.

ciem sieci i zranionego żołądka, po przewiązaniu i oddzieleniu sieci, chciał odprowadzić żołądek, lecz przy najmniejszym nacisku na część wypadniętą, chory się dusił, skutkiem czego wspomniany lekarz od rękoczynu odstąpił. Inny chirurg w trzy dni później chciał szew założyć, lecz nitki przecinały ściany żołądka. Rana pozostawiona samej sobie zmniejszała się powoli i zagoiła się po dwu miesiącach (*Mem. acad. de chir.* t. 1 p. 440—1819)<sup>9)</sup>. W nowszych czasach zraniony i wypadnięty żołądek zeszył PARTSCH<sup>10)</sup>. Chory po zranieniu zeszedł z 2 piętra, wszedł na wóz, pojechał do szpitala i przeszedł 150 kroków do sali operacyjnej. Rana znajdowała się w lewym podżebrzu, miała długości 5 ctm., żołądek zraniony występował na zewnątrz w kształcie guza wielkości pięści, oprócz tego wypadł kawałek grubości 3 palców. Rana żołądka miała 10 ctm. długości, miazgi pokarmowej żołądek nie zawierał, tylko jasny szklisty śluz. Założono 17 szwów Lemberta bez usypiania. Chory wyzdrowiał i miał zalecone noszenie elastycznej peloty. W przypadku FACILIDES'A<sup>11)</sup> rana cięta żołądka nastąpiła skutkiem upadnięcia dziewczynki 7-letniej na rozbitą butelkę. Ze względu na cięcie odłamem szkła spowodowane, zachodzi tu pewna analogia z naszym przypadkiem. Żołądek wypadły na zewnątrz miał postać kulistego guza, po wydobyciu na zewnątrz znaczniejszej jego części pokazała się rana żołądka na 5 ctm. długo, którą zeszyto katgutem jałowcowym (pięć szwów); chora wyzdrowiała.

Rany postrzałowe żołądka należą do najcięższych, ponieważ powikłane bywają zazwyczaj zranieniem innych trzew. Według J. MARION SIMS'A<sup>12)</sup> na 64 rany postrzałowe przez niego zestawionych w jednym tylko przypadku nastąpiło wyzdrowienie. W pięciu przypadkach śmiercią zakończonych chorzy żyli po zranieniu 7, 8, 9 a raz nawet 40 dni. Co pozwala przypuszczać, iż rezultaty byłyby zupełnie inne, gdyby w odpowiednim czasie było wykonane dokładne zbadanie uszkodzenia i zeszytanie żołądka. Ta jedynie racjonalna metoda lecznicza nie była w użyciu do ostatnich czasów, być może ze względu na to, iż przez ranę postrzałową żołądek nie wypadł, a lekarze nie mieli dość odwagi jak powiada SIMS, aby rozszerzyć zewnętrzną ranę i określić rodzaj i rozmiary wewnętrznego zranienia. Pierwszy dopiero KOCHER<sup>13)</sup> dokonał takiej operacji u chłopca 14-letniego, który postrzelony został z pistoletu Floberta z odległości pięciu kroków. W pół godziny potem wszedł jeszcze na schody, wkrótce jednak wystąpiły objawy ogólnego sił upadku, oraz stłumienie przy opukiwaniu brzucha. W trzy godziny po obrażeniu wykonał KOCHER laparotomię, oczyścił jamę brzuszną ze krwi wylanej i zeszył otwór w żołądku mający 1,5 ctm. długości, w bliskości krzywizny położony, kuli jednakowoż nie znalazł. Nastąpiło wyleczenie; w przebiegu następczym utworzył się ropień w kanale szwowym. W 3 przy-

<sup>9)</sup> BÉRARD *l. c.* p. 233.

<sup>10)</sup> Bresl. aerztl. Ztschrft. IV. 22. 1882. Schmidt's Jahrbücher 1883 t. 198.

<sup>11)</sup> Schnittwunde der vorderen Magenwand. Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 51. 1884.

<sup>12)</sup> J. MARION SIMS. British medical Journal 1881—2. Schmidt's Jahrbücher 1884. T. 202. p. 49.

<sup>13)</sup> Correspondenzblatt f. Schweiz. Aerzte 1883. Nr. 23—24. Beiträge f. Chirurgie des Magens. MIKULICZ *l. c.*

padkach zebranych przez J. Marion SIMS'A doszło do utworzenia przetoki żołądkowej, lecz i tu śmierć nastąpiła po 4, 7 i 12 tygodniach; chociaż zdaniem rzeczonoego autora, gdyby w swoim czasie była zrobiona *gastrorrhaphia*, prawdopodobnie chorzy przyszliby do zdrowia. W ogólności, pomimo że utworzenie przetoki żołądka jako operacja chirurgiczna małe przedstawia niebezpieczeństwo, dwa tylko znane są OTIS'owi przypadki, w których po utworzeniu się przetoki żołądka w następstwie rany postrzałowej życie trwało czas dłuższy (MAILLOT 1794 i BEAUMONT 1833). Ostatni przypadek dotyczy sławnego strzelca kanadyjskiego, na którym później przeprowadzono badania fizyologiczne, nad sokiem żołądkowym i zjawiskami trawienia. Skutkiem rany postrzałowej na blizkiej odległości część ściany tułowia z mięśniami na szerokość ręki była wyrwana, równie i przednia połowa 6 żebra. Lewe płuco zranione tworzyło przepuklinę, która na ostrym odłamie żebra była zaczepiona. Przepona i żołądek były przedziurawione. Ostatni narząd występował przez rozerwaną przeponę i ścianę tułowia, oraz tworzył guz wielkości indyjskiego jaja, mający otwór, przepuszczający palec, przez który wychodziły pokarmy spożyte przed wypadkiem przez ranionego. Przy leczeniu konserwatywnem nastąpiła mocna reakcja z objawami zapalenia otrzewnej i opłucnej. Przeciwko temu zastosowano upust krwi i środek rozwalniający, który przez ranę żołądka na zewnątrz wypłynąć nie omieszkał. Piątego dnia po odpadnięciu części zgorzelinowych rozmiary rany żołądka i klatki piersiowej jeszcze się powiększyły, tak że do obu jam sięgnąć okiem można było z łatwością. Jedenastego dnia gorączka ustąpiła, po odpadnięciu nowem strupów i rana pokryła się dobrą ziarniną. Do dnia 17-go wszystkie pokarmy występowały na zewnątrz tak, że chorego przez odbytnicę odżywiać musiano. Dopiero później udało się zatrzymać pokarmy w żołądku przy pomocy kompresów umocowanych plastrem lepkiem <sup>14)</sup>. Wszystko nakoniec się zagoiło z pozostawieniem przetoki, z którą chory od 18 do 70 roku życia dożył i w r. 1873 cieszył się dobrem zdrowiem <sup>15)</sup> (*Esper, and Observ. on the gastric. Juice.* Pittsburg 1833).

Rokowanie wobec ran żołądka do ostatnich czasów było bardzo nie-pomyślne. Ambroise PARÉ uważał te obrażenia za bezwzględnie śmiertelne, jeżeli nie liczyć cudów, jakie robi nieraz natura. PERCY i LAREY uważali również wyzdrowienie po ranach żołądka klótych i ciętych jako bardzo rzadkie; spostrzeżenia późniejsze dawały rokowanie jeszcze gorsze. Według OTIS'A śmiertelność 99 na 100 bliższą jest prawdy, niż cyfry podane przez PERCY'EGO 75%. Wobec ran postrzałowych rokowanie jest nie mniej ciężkie. Wziąwszy pod uwagę przypadki nie ulegające w rozpoznaniu wątpliwości, w całej literaturze wojskowo-lekarskiej OTIS <sup>16)</sup> znalazł 6 lub 7 przypadków wyzdrowienia po ranach postrzałowych żołądka z utworzeniem przetoki, lub też bez niej. ALCOCK <sup>17)</sup> podaje jeszcze gorsze wyniki, bo jedno wyzdrowienie na 3000 ran postrzało-

<sup>14)</sup> Berard *l. c.* p. 233. 4.

<sup>15)</sup> Follin ut Duplay *l. c.* 732.

<sup>16)</sup> Follin et Duplay *l. c.*

<sup>17)</sup> Encyclopedie international de chirurgie. Ashhurst-Gosselin. Paris 1886. T. VI. art. Plaies pénétrantes de l'estomac p. H. Morris p. 296.

wych. Jeżeli wobec przytoczonych spostrzeżeń zastanowimy się nad wskazaniami leczniczymi, to zeszytanie zranionego żołądka musimy uważać za operację niezbędną, nie tylko przy wypadnięciu tego trzewia, ale w każdym przypadku rany drażącej. Laparotomia w przebicium żołądka jest zabiegiem ratującym życie chorego tak samo jak podwiązanie naczynia krwawiącego; wskazanie to w ostatnich czasach rozszerzono i do przedziurawień patologicznych (MIKULICZ) i takich które pozostają od urazów bez naruszenia całości skóry, jakto opisał ZAGÓRSKI<sup>15)</sup>.

W każdym zatem przypadku, jeżeli mamy pewność, że żołądek został przebity, lub w ogóle jeżeli są objawy groźne dla życia, należy otworzyć jamę brzuszną, naczynia krwawiące wewnątrz jamy otrzewnowej podwiązać i rany drażące pozesywać. Przy ranach postrzałowych, których brzegi okazują oznaki stłuczenia, należy części te podcinać i następnie dopiero szew założyć. Szew powinien być nałożony według zasad LEMBERTA, ażeby stykały się ze sobą błony surowicze, mniejszą różnicę stanowi, czy to będzie szew ciągły, kuśnierski, jak radzi NUSSBAUM, lub też węzłkowy. Szew dwurzędowy daleko większą przedstawia pewność, lecz pierwszy rząd może być założony według przepisów JOBERTA, CZERNY'ego lub taki jaki w naszym używaliśmy przypadku. Szew ściany brzusznej, jeśli laparotomia była zrobiona nie w linii białej zwykle bywa nakładany piętrami, jest to o tyle niezgodne, że jeśli się zacznie ropienie około nitki, to zbyt długo musimy czekać na oddzielenie się tychże, przez co gojenie na dłuższy czas się przewleka.

Rozpatrzywszy się w okolicznościach dotyczących naszego spostrzeżenia i w zebranej z dostępnej literatury kazuistyce dochodzimy do wniosku, że ze względu na przytoczone przypadki zeszytania żołądka, wszystkie pomyślnie zakończone, musimy rokowanie postawić daleko lepsze i nie możemy uważać ran drażących żołądka za tak prawie absolutnie śmiertelne, jak utrzymują wyżej wymienieni autorowie. Sądzę, że użyte w naszym przypadku przepłókanie żołądka przez zgłębnik do przelyku wprowadzony dobrze oddaje usługi; nie tylko tym sposobem opróżnimy żołądek z zawartości, ale się przekonywamy, czy szew dobrze trzyma i czy nie ma w tem samym trzewiu drugiego otworu. Przypadek nasz zdaje się nadto wykazywać, że w razie powstania niewielkiej przetoki zaprzestanie użycia płynów przyczyni się do szybszego zagojenia tejże, tembardziej że chory dostatecznie odżywiać się może przyjmując małe ilości stałych pokarmów przez usta, a wszelkie płyny w lewatywie.

PRZYCZYNEK DO KAZUISTYKI  
szczepienia błony z jaja kurzego  
na przedziurawioną błonę bębenkową.

Podał L. Guranowski.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 13).

Spostrzeżenie VI. K. Łag. l. 18 student z Chemnitz zgłosił się do mnie w Lipcu 1886 r. Stwierdziłem wtedy przedziurawienie błon bębenko-

<sup>15)</sup> Medycyna 1886. Nr. 42—44.

wych w obu uszach po stronie prawej przedziurawienie zajmuje całą tylną połowę błony, po stronie lewej tylny dolny odcinek, ropienie nieznaczne. Zaleciłem choremu przestrzykiwania rozczynek kwasu borowego. Chorego potem nie widziałem, gdyż wyjechał dla studjów zagranicę. W Grudniu 1886 zgłosił się do mnie powtórnie. Ropienie zupełnie ustało. Słuch nieznacznie przytępiiony. W uchu lewym trzeszczenie przy polykaniu. Trzeszczenie to słyszy i badający na dość dużej odległości od ucha chorego.

**B a d a n i e u c h a p r a w e g o.** W przewodzie słuchowym zewnętrznym nagromadzenie mass naskórkowych. Po ich usunięciu nieznaczne zaczerwienienie przewodu w odcinku kostnym. Przedziurawienie całej tylnej połowy błony bębenkowej. W górnym tylnym odcinku widać główkę strzemięcia i ścięgno mięśnia strumieniowego. W kilku miejscach punkta świetlne, ku górze od główki strzemięcia przebiega naczynie w błonie śluzowej jamy bębenkowej. Błona śluzowa jamy bębenkowej koloru żółto-czerwonego. Ropienia nie ma.

**B a d a n i e u c h a l e w e g o.** Błona bębenkowa, obrzmiała, zaczerwieniona. Wzdłuż rękojeści młotka naczynie. W tylnym dolnym odcinku blizna poruszająca się przy polykaniu. W bliźnie widać po zastosowaniu sposobu Politzera mały otvorek z którego wydobywa się trochę ropy. Słuch przytępiiony po obu stronach. Zegarek chory słyszy po stronie prawej na odległość 13 cali, po str. lewej 21 cali. Słuchomierz Politzera po stronie lewej na odległość 2 stóp, po prawej 1½ stopy. Duży kamerton C. przez kości czaszkowe wyraźnie lepiej po stronie prawej.

Ponieważ ropienie po stronie prawej zupełnie ustało, zaszczerpiłem choremu błonkę z jaja kurzego. Natychmiast po przyłożeniu błonki, słuch się poprawił. Zegarek słyszał chory na przestrzeni 22 cali, mowę głośną 8 stóp, szept 2 stóp. Po lewej stronie przeciąłem bliznę, ażeby tym sposobem uwolnić chorego od przykrego uczucia jakie poruszanie blizny przy każdorazowym polykaniu wywoływało. Przez 2 tygodnie obserwowałem chorego i mogłem się przekonać, że błona przyszczepiona doskonale przystawała do brzegów przedziurawienia i słuch jeszcze się cokolwiek poprawił. Trzeszczenie w uchu lewym po nacięciu blizny znacznie się zmniejszyło i rzadziej występowało. Chorego dłużej obserwować nie mogłem, gdyż wyjechał z Warszawy.

**S p o s t r z e c z e n i e VII.** W. R. chłopczyk 9-letni. W 7 roku życia przechodził płonicę z silną błonią, poczem pozostało ropienie z obu uszu.

**B a d a n i e u c h a p r a w e g o.** Przewód słuchowy jak na wiek chorego bardzo szeroki. Błona bębenkowa zupełnie zniszczona, brak kosteczek słuchowych. Błona śluzowa jamy bębenkowej rozpulchniona, pokryta ziarniną. W górnym przednim odcinku jamy bębenkowej wydzielina ropna cuchnąca z głębi pochodząca. Badanie zgłębnikiem wykazuje w górnym przednim kącie próchnienie kości. W okolicy wyrostka sutkowego na wysokości górnego brzegu przewodu słuchowego widać zagłębienie w kości pokryte bliznowato-zmienioną skórą.

Z wyrostka sutkowego wydobyto przed dwoma laty kilka martwiaków.

**B a d a n i e u c h a l e w e g o.** Błona bębenkowa przedziurawiona w całej górnej połowie. Błona śluzowa jamy bębenkowej sucha, żółto czerwonej barwy. Młotek w dolnej swej połowie zniszczony (*caries*). Ropienia nie ma.

**B a d a n i e s ł u c h u.** Po stronie prawej chory nie słyszy. Po stronie lewej zegarek przy położeniu do muszli. Mowę głośną na bardzo blizkiej odległości od ucha. Kamerton przez przewodnictwo kostne po stronie lewej, po stronie prawej bardzo słabo na wyrostku sutkowym. Leczenie polegało na częstem przyżeganiu ziarniny w uchu prawem kwasem chromnym i bardzo starannem oczyszczaniu ucha rozcżynami kwasu karbolowego, nadmanganianu potassu i sublimatu. Do ucha lewego zasypywano kwas borny, jodoform a w końcu kalomel. Pod wpływem tego ostatniego środka ropienie szybko ustało.

Po roku leczenia ropienie z ucha lewego zupełnie ustało pozostało tylko duże przedziurawienie. Słuch pomimo częstych przedmuchowań jamy bębnekowej i stosowania sztucznej błony bębnekowej z waty salicylowej w szczypczykach Hassensteina nie poprawiał się. W Listopadzie r. z. zaszczipiłem choremu błonę z jaja i to tylko w górnym tylnym odcinku przedziurawienia, gdyż trudno mi było przystosować tak duży kawałek błonki, aby pokrył dokładnie całe przedziurawienie. Błonka zaszczipiona przylegała z jednej strony od dołu do brzegu przedziurawienia, a z drugiej t. j. od góry opierała się o pozostałą część młotka. Na drugi dzień błonka była cokolwiek wciągnięta ku jamie bębnekowej i prawdopodobnie przylegała do błony śluzowej jamy bębnekowej. Słuch cokolwiek się poprawił, chory mowę głośną słyszy na większej odległości. Choremu temu mam zamiar po pewnym czasie zaszczipić jeszcze drugi kawałek błonki w przednim górnym odcinku przedziurawienia. Może wtedy i słuch jeszcze się poprawi. W każdym razie będzie to najlepszy sposób zabezpieczenia chorego od powrotów ropienia.

**S p o s t r z e c z e n i e VIII.** M. E. panna 24 letnia, leczyła się u mnie w roku 1883. Zanotowałem wtedy przewlekłe ropne zapalenie jamy bębnekowej prawego ucha z przedziurawieniem błony bębnekowej w tylnym górnym odcinku. W roku 1884 chora zgłosiła się powtórnie, ropienie bowiem nie ustało i wytworzył się niewielki polip, który wtedy usunąłem zapomocą pętli WILDA. Ropienie na pewien czas ustało, wkrótce jednak na nowo wystąpiło. Od roku 1885 chora skarży się na nadzwyczaj przykry ból w prawej połowie języka i na zdrętwienie tej połowy. W Grudniu 1886 roku chora zgłosiła się znów do mnie. Przy badaniu ucha prawego znalazłem co następuje: Błona bębnekowa pokryta zbitymi massami nabłonkowymi. Próby przestrzykania tych mass letnią wodą nie udawały się, przytem przykre uczucie w języku znacznie się powiększyło.

Za pomocą szczypczyków POLITZERA udało się masy nabłonkowe usunąć. Przekonałem się wtedy, że przedziurawienie było tej samej wielkości co przy pierwszym badaniu. Dotykając zgłębnikiem pewnego punktu w okolicy szyjki młotka mogłem wywołać silny ból w języku. Taki sam ból i zdrętwienie występowało i przy ucisku wywieraniem na pozostałą błonę bębnekową. Ropienia nie ma.

W celu usunięcia wpływów drażniących jamę bębnekową, a tem samem może i strunę bębnekową (od czego zależało przykre uczucie w języku) zaszczipiłem chorej błonę z jaja kurzego. Słuch nieznacznie się poprawił i ból



w języku się zmniejszył. Błonka zaszczipiona doskonale przylegała do brzegów przedziurawienia i zupełnie przyrosła.

Na 8 wyżej opisanych przypadków, w których wykonałem szczepienie błony z jaja kurzego, mieliśmy 5 razy do czynienia z obustronnem cierpieniem jamy bębnekowej i 3 razy z cierpieniem jednostronnem. We wszystkich 3 przypadkach cierpienia jednostronnego wyniki szczepienia były dodatnie (Spost. 1, 3 i 8). W 5-ciu przypadkach cierpienia obustronnego w których wykonano 7 szczepień, 2 razy szczepienie dało wynik dodatni (Spost. 4 i 6), 4 razy niepewny (Spost. 2, 5 (2 szczepienia) i 7) i w jednym przypadku wynik szczepienia był ujemny (Spost. 2).

Widzimy więc, że wyniki otrzymane przezemnie w każdym razie są bardzo zadawalające i że szczepienie błony z jaja kurzego przewyższa dotychczasowe metody leczenia stałych przedziurawień błony bębnekowej. Wprawdzie nie we wszystkich przypadkach otrzymaliśmy poprawy słuchu, lecz za to zawsze udawało nam się stale ochronić błonę śluzową jamy bębnekowej od działania szkodliwych wpływów zewnętrznych i od powrotów ropienia.

Sądzę więc, że szczepienie takie powinno być wykonywane w każdym przypadku przedziurawienia błony bębnekowej, naturalnie po wyleczeniu ropienia, bez względu od wielkości i umiejscowienia przedziurawienia.

### STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

18. **Spiączka przymiotowa** *Althaus. Syphilitisches Coma (Deutsche Med. Wochen. Nr. 6. 1887)*. Znajomość spraw przymiotowych mózgu i rdzenia jest zdobyczą czasów nowszych i zaczyna się dopiero od prac VIRCHOW'A (1869) i HEUBNER'A (1874), ponieważ poprzednio nieuczynawano istnienia przymiotu mózgu, jak również przymiotu innych wewnętrznych narządów. (HUNTER, ASTLEY-COOPER). ALTHAUS opisuje klinicznie jeden z mózgowych objawów przymiotu, a mianowicie śpiączkę, która dotychczas nie była przez nikogo opisana, na zasadzie spostrzeganych przez się ośmiu przypadków. Wszystkie one miały miejsce u mężczyzn między 25 i 42 rokiem życia, u których przymiot istniał niewątpliwie; u czterech chorych znaleziono swoistą wysypkę, u jednego owrządzenie na języku. W jednym przypadku śpiączka wystąpiła w 8 miesięcy po zarażeniu, w 6 przypadkach między 3 a 5 rokiem, w jednym wreszcie w lat 17. W 2 przypadkach nie poprzedzały śpiączki żadne objawy mózgowie, 6 zaś innych chorych różnemi czasy cierpiało na zawroty głowy, drgawki padaczkowe i przejściowe porażenia kończyn. Za przyczyny wywołujące napad autor uważa nadmierne wysiłki umysłowe, wzruszenia moralne natury przynębiającej, nadużycia płciowe i nadużycie wyskoku.

Na kilka godzin lub dni przed napadem śpiączki występują objawy zwiaśtunowe: bóle i zawroty głowy, niewyraźna mowa, mroczki przed oczami, nagła i krótkotrwała ślepotą, drętwienie kończyn, ogólne osłabienie. W 2 przypadkach objawów tych wcale nie było. Okres początkowy śpiączki, następujący po wyżej opisanym okresie zwiaśtunów, zaczyna się zwykle podczas snu. Chory, zasnawszy wieczorem, zrana znaleziony zostaje w łóżku, jakby pogrążony w głębokim śnie: leży na wznak, bez ruchu i głosu, z twarzą bladą, bez żadnego wyrazu. Po otworzeniu powiek widać, że gałki oczne są głęboko wciągnięte w oczodoły a osie widzenia rozchodzą się. Zrenice małe, niewrażliwe na światło; pobudzalność odruchowa łącznicy zniesiona lub osłabiona. Zupełny brak mięśniowego napięcia; podniesiona ręka lub noga upada, jako massa bezwładna.

Czucie i pobudzalność odruchowa znacznie zmniejszone lub zniesione zupełnie. Łaskotanie podeszew nie wywołuje ruchu nogi a po głębokiem ułkóciu igłą następuje słaby ruch kończyny lub, czasem, gniewne mruknięcie. Z powodu porażenia zwieracza pęcherza mocz bezustannie wydziela się kroplami. *Sedes involuntaria*. Tętno, bądź to wysoce napięte, bądź to słabe i małe, uderza 40—60 razy na minutę. Oddech wolny i powierzchowny 8—10 razy. Ciepłota od 35,5 do 36. Chory na bardzo głośne zapytanie czasami coś niewyraźnie odpowiada i na żądanie zdoła niekiedy wysunąć nieco język, który nie zbacza.

W powyższym klinicznym obrazie utrata przytomności, dowolnych ruchów i czucia wskazuje przerwę w działalności kory mózgowej, szczególniej zrazów czołowych i skroniowych jak również zwojów centralnych; stan zaś tętna oddechania i temperatury jest następstwem podrażnienia ośrodków naczynioruchowych, oddechowych, termicznych i serca w rdzeniu przedłużonym i moście Varol'a. To połączenie objawów porażenia i pobudzenia nie powinno nas dziwić wobec normalnych różnic pobudliwości istniejących w rozmaitych częściach mózgu. Przy zatruciu kwasem węglanym istnieje również krótki okres pobudzenia kory mózgowej (ból i zawrót głowy, szum w uszach) po którym bardzo szybko następuje depressya z utratą przytomności i śpiączką, współcześnie jednak zwolnione tętno, zwiększone ciśnienie krwi i drgawki są wyrazem pobudzenia w rdzeniu przedłużonym i moście Varol'a. Że w początkowym okresie śpiączki syfilitycznej mamy do czynienia z podrażnieniem ośrodków życia roślinnego, dowodzi tego zwolnienie tętna, zwiększenie ciśnienia krwi, zwolnienie oddechu, spadek temperatury a wreszcie stan źrenic i mięśni ocznych. Dla dwojga ostatnich istnieje ośrodkowy organ w tylnej części dna trzeciej komórki i przewodów Sylwiusza, będący zatem w ścisłym związku z górną częścią mostu Varol'a, pobudzenie tego ośrodku wywołuje zwężenie źrenic i rozmaite rodzaje skurcza mięśni ocznych.

Opisany powyżej początkowy okres śpiączki trwa zwykle 2 do 5 dni i przechodzi albo w okres końcowy *respective* śmierć, albo w wyzdrowienie. W razie wyzdrowienia chory z wolna odzyskuje przytomność umysłu i siły i po upływie 10—14 dni powraca do normalnego stanu, niekiedy jednak powstaje na czas dłuższy niewyraźna mowa, osłabienie pamięci i innych władz umysłowych. W razie przeciwnym nieprzytomność, brak czucia i pobudzalności odruchowej potęgują się, a później występują objawy porażenia rdzenia przedłużonego i mostu Varol'a. Stan chorego jest następujący: Sinica twarży, niewrażliwość łącznicy na drażnienie, opadnięcie zuchwy z powodu porażenia żwaczy, oddech cuchnący, niemożność łkania. Ciało pokrywa się zimnym potem. Tętno drobne i słabe 140—180 i więcej na minutę, ostatecznie staje się niemożliwym do zliczenia. Liczba oddechów 30—40 na minutę, następnie charczenie i objaw Cheyne-Stokes'a lub też katar neurolytyczny z nadmiernem wydzielaniem śluzu w oskrzelach tachwicy i krtani. Ciepłota z 35° lub 36° podnosi się do 39°—40° lub nawet wyżej. Źrenice rozszerzają się znacznie. Wreszcie po 24 lub 36 godzinach takiego stanu następuje śmierć.

Z 8 chorych autora 6 wyzdrowiało, 2 zaś umarło podczas pierwszego napadu; z 6 chorych, którzy przetrwali pierwszy napad śpiączki, 3 uległo takowemu powtórnie a jeden z nich zmarł po 3 latach, w czasie których śpiączka powracała pięciokrotnie.

Autor, acz badania zwłok w przypadkach zakończonych śmiercią nie dokonywał, przypuszcza, że przyczyną objawów klinicznych śpiączki są zmiany w *art. basilaris*, która zaopatruje w gałązki mózdzek, most Varol'a i rdzeń przedłużony i kończy się jako *art. cerebri profunda*, czyli, że odżywia części mózgu najważniejsze dla życia. Nagła niedrożność tętnicy podstawowej, wywołana przez ostre zapalenie jej ścian lub zakrzep, powoduje szybką śmierć, a głównym objawem od samego początku jest głęboka śpiączka; przypadki takie spostrze-

gano niejednokrotnie i stwierdzono pośmiertnem badaniem (HAYEM, VULPIAN, MARTINEAU, GONGENHEIM, BASTIAN). Przebieg śpiączki przymiotowej jest o wiele powolniejszy, ponieważ przy *arteriitis obliterans syphilitica* potrzeba znacznie dłuższego czasu dla powstania niedrożności tętnicy, aniżeli przy zwykłym zapaleniu lub zakrzepie.

Różniczkowe rozpoznanie śpiączki przymiotowej bywa czasami bardzo trudne. Historia choroby i inne towarzyszące jej okoliczności pozwalają odróżnić śpiączkę przymiotową od śpiączki będącej następstwem działania wysokich temperatur, ran głowy, zapalenia opon, róży twarzy i t. d. Przy śpiączce, towarzyszącej cięższym postaciom krwotoku mózgowego są objawy połowicznego bezwładu, których niema przy śpiączce przymiotowej. Przy krwotoku wewnątrz mostu Varol'a występuje zwięźlenie źrenic, wciągnięcie gałek ocznych wgląb oczodołów i porażenie wszystkich czterech kończyn, podobne objawy wywołuje również otrucie makowcem. Otóż przy śpiączce przymiotowej źrenice są tylko średnio zwięźnione, gdy tymczasem przy krwotoku *in ponte* i otruciu zwięźnienie dochodzi do możliwego *maximum*; prócz tego przy otruciu czuć opium w oddechu chorego, który pomimo bezprzytomności uporeczywie drapie swoją skórę, a mocz jest zatrzymany, w razie zaś śpiączki przymiotowej ma miejsce moczenie bezwiedne. Krótsze trwanie, pokąsanie języka, piana w ustach, petocie na twarzy odróżniają śpiączkę następującą po napadzie padaczki lub drgawek hystero-epileptycznych od śpiączki przymiotowej, w razie gdybyśmy samych drgawek nie widzieli. Przy głębokiej śpiączce, będącej następstwem upicia się wyskokiem, mocz ma zapach alkoholu, co ułatwia rozpoznanie. Śpiączka mocznicowa nie jest jednostajnie ciągłą lecz składa się z kolejnych nasileń i zwolnień a obrzęki i badania moczu uzupełniają dyagnozę. Charakterystyczna duszność i rezultat badania moczu dostatecznie odróżniają śpiączkę przy cukromoczu od przymiotowej. Rokowanie w śpiączce przymiotowej pochodzenia jest zawsze bardzo niepewne, jeżeli jednak chory przetrwa pierwszy napad i podda się systematycznemu leczeniu, trwającemu mniej więcej dwa lata, wtedy rokowanie o wiele się polepsza.

Leczenie napadu śpiączki jest po części objawowe, po części swoiste. Niezmiernie ważną rolę odgrywa systematyczne odżywianie chorego za pomocą mleka, rosółów, bulionu i małych dawek wyskoku; w razie nagłego niebezpieczeństwa dobrze działają zastrzykiwania eteru po 20 kropli 3 do 4 r. dn. Stosowanie lodu na głowę jest niepotrzebne przy zwykłym stanie temperatury a szkodliwe przy jej upadku. Najważniejszym jest leczenie swoiste pod postacią wcierań szaruchy lub podskórnych zastrzykiwań przetworów rtęci.

*Trzeciński.*

19. Dr. M. POGREBIŃSKI. **Przyczynę do patologii gruźlicy krtani pierwotnej.** Na wstępie przytacza autor pokrótce całą niemal literaturę odnośnej kwestyi. Następnie podaje bardzo dobrze zbadany jeden przypadek z miejskiego szpitala w Odessie.

10 Lutego 1881 roku przybył na oddział d-ra P. 18-letni rzeźnik Pietrow; mężczyzna nader silnie zbudowany, lecz mało krwisty. Choroba zaczęła się przed 3 tygodniami chrypką; od 5 dni wystąpiło nader utrudnione oddychanie. Skarży się na lekki, suchy kaszel i zupełny bezgłos. Pochodzi z rodziny zdrowej. Przymiotu nigdy nie przebywał. Oddychanie bardzo utrudnione, głośne, krtan podnosi się przy każdym oddechu; mięśnie oddechowe również silnie pracują. Bezgłos zupełny. Chory jednak chodzi swobodnie, łyka bez bólu. Stan bezgorączkowy.

Krtan. Nagłośnia zgrubiała u nasady, blado-czerwona, gładka, ruchoma. Struny fałszywe lekko obrzmiałe, tylne ich odcinki pokryte ziarniną; takież zmiany i na więzach nagłośnio-nalewkowych. Miejsce strun prawdziwych zajmują bardzo rozległe owrzodzenia, w całym wnętrzu krtani, przechodzące i na

tehawicę. Na tylnej ścianie krtani zmiany nie wielkie. Błona śluzowa gardzieli bardzo błada. W płucach żadnych zmian chorobowych, wszędzie oddech pęcherzykowy. Sledziona, wątroba, serce, prawidłowe. Wobec poczynającego się obrzęku krtani proponowano choremu tracheotomię, lecz się na nią nie zgodził. Zmarł 13 Lutego. Badanie pośmiertne wykazało: Nagłośnia nacieczona gładka, bez owrzodzeń. Oba więzy nagłośnio-nalewkowe zgrubiałe, więcej jednak jeszcze struny fałszywe, które mają formę okrągłych ciemno-czerwonych wałków. Lewa zatoka Margagni'ego owrzodzona na całej swej przestrzeni; w prawej tylko dolna ściana. Obie struny prawdziwe zupełnie zniszczone, na ich miejscu rozległe powierzchnie owrzodzone, zajmujące wewnętrzne ściany chrząstki tarczowej i obrączkowej z prawej strony do pierwszego, z lewej do drugiego pierścienia tehawicy. W niektórych miejscach owrzodzenia są tak głębokie, że na dnie ich spotykamy obnażoną chrząstkę. Brzegi owrzodzeń wy-szarpane, dno nierówne, pokryte ziarniną, około dolnego brzegu, owrzodzenia i w głębi na rozkroju spotykamy guziczki prosówkowe. Gruczoł tarczowy, gruczolę chłonne szyi powiększone, niektóre zserowaciałe. Płuca dobrze opadają, przekrwione, żadnych zresztą innych zbocezeń, nigdzie ani śladu stwardnień. W lewym zrazie wątroby 3 prosówkowe guziczki, żółto-szare, tuż pod powłoką. W innych trzewiach żadnych zbocezeń chorobowych. W końcu pracy swej autor przytacza wyniki badania drobnowidzowego, stwierdzające w zupełności w przypadku tym pierwotną gruźlicę krtani. Mianowicie: utratę nabłonka, zastąpienie tkanek normalnych, tkankę ziarninową, obfita ilość na dnie i w pobliżu wrzodów komórek olbrzymich otoczonych massami komórek drobnych okrągłych. W głębi drobnokomórkowe nacieczenie. Komórki olbrzymie znajdują się i w zserowaciąłych gruczolach chłonnych szyi. Bliższe szczegóły znajdzie czytelnik w oryginale.

(Prace lekarzy Odesskiego szpitala micjskiego. Tom IV rok 1881). Wróblewski.

## ODCZYTY KLINICZNE.

**O nieżytach pęcherza moczowego** przez prof. GUYON'A (*Annales des maladies des organes genito-urinaires* 1886, 1887).

Streścił Dr. T. Solman.

Zapalenie pęcherza moczowego przedstawia się pod względem klinicznym w różnych, licznych odmianach, a co chwila występując w dziedzinie patologii dróg moczowych, bądź jako cierpienie samoistne, bądź jako powikłanie innych chorób blisko lekarza praktyka obchodzi. Podział nieżytów pęcherza moczowego na kilka głównych typów klinicznych jest trudny. Przyjęte zazwyczaj rozróżnianie odmian podług jednej cechy, jak np. odnośnie do przyczyny, anatomii patologicznej, objawów, rozwoju, jest nieracyonalne, ponieważ ta sama odmiana może otrzymać różną nazwę, względnie do tego, podług jakiej z powyższych cech rozpatrywać ją będziemy. Tak np. *cystitis blenorragica* może być nieżytem ostrym, przewlekłym, ropnym, krwawym, nieżytem szyjki lub całego pęcherza. Określenia—*cystitis purulenta*, *c. haemorragica* nie są również ścisłe, bo ropę lub krew w moczu znajdujemy przy najrozmaitszych odmianach nieżytku. Grunt chorobowy, który nieżył pęcherza w danym osobniku napotyka, wpływa dopiero na sam rozwój cierpienia i nadaje mu charakterystyczne właściwości, których kliniczne objawy rozpatrywać nam przychodzi. W ścisłym więc oznaczeniu tego gruntu szukać winniśmy pojęcia o naturze samego cierpienia i różnych jego odmianach. Stosownie do tego poglądu będziemy się starali rozpa-

trzyć z kolei przebieg nieżytu pęcherza u chorych dotkniętych rzerzączką, gruźlicą, zwężeniem cewki moczowej, kamieniem pęcherza, przerostem gruczołu krokowego, nowotworami pęcherza, a wreszcie cierpieniami nerek. Z dokładnego rozpatrzenia objawów pominiętego cierpienia, rozważanych poszczególnie w tych wszystkich przypadkach, złoży się sam przez się ogólny obraz rozpatrywanej choroby, z uwzględnieniem charakterystycznych cech, towarzyszących każdej z jej odmian:

Nieżyt pęcherza moczowego rzerzączkowy (*cystitis blennorrhagica*) zdarza się bardzo często, występując już to podczas przebiegu trypra i wtedy przyczyna jest widoczną, już też w okresie późniejszym, gdy pozornie zapalenie cewki rzerzączkowej już ustąpiło, a wtedy przyczyna wydaje się zagadkową. GUIARD zauważył, że te spóźnione formy bywają li tylko u tych chorych, u których istniało *urethritis posterior latens*. W ogóle podczas przebiegu rzerzączki zapalenie pęcherza przytrafia się w różnych okresach; wyjątkowo w pierwszych dniach choroby, zwykle w trzecim lub czwartym tygodniu, rzadziej w późniejszym przebiegu chronicznego trypra. Powstawanie nieżytu pęcherza zależy od przyczyn usposabiających lub wywołujących. Tutaj przede wszystkim należą wstrzykiwania do cewki źle robione, t. j. wstrzykiwania zbyt wielkiej ilości rozczyńców leczniczych, wtedy bowiem nierzadko płyn przenika po za zwieracz błoniasty (*sphincter membranosus*) i przenosi ropę z cewki do pęcherza. <sup>1)</sup> Wprowadzenie cewnika może również niekiedy wywołać zapalenie pęcherza. Oprócz tego zbyt wczesny powrót do stosunków płciowych, samogwałt, wykroczenia przeciwko dyetetyce, długie spacery, konna jazda, tańce, wszelkie fizyczne wysiłki, mogą wpłynąć na rozwój nieżytu. Powyższe przyczyny mają częstokroć stanowczy wpływ dopiero przy pewnym usposobieniu chorego, zależnym od jego ogólnego ciałaoskładu. Nieraz nawet samo usposobienie jest dostatecznym, żeby bez wszelkiej innej przyczyny, ułatwić rozszerzanie się sprawy chorobowej na pęcherz, co szczególnie często przytrafia się w gruźlicy, zółtach i gościecu.

Poglądy na istotę choroby nie są jeszcze ustalone. DIDAY, zważywszy szybkie powstawanie choroby, niejednokrotnie raptowne jej zakończenie, częsty brak ropnej wydzieliny, stan bezgorączkowy, przypuszcza, że rzerzączkowy nieżyt pęcherza jest tylko skurczem szyjki, lub nerwobólem pęcherza moczowego t. j. porażeniem czysto nerwowej, a nie zapalnej natury. GUYON jednak twierdzi, że sumienne badanie moczu, wykazujące zawsze zawartość ropną i obecność krwi w moczu, świadczą o istnieniu zapalenia, a badania pośmiertne, chociaż nieliczne, dowodzą słuszności powyższego poglądu. Siedliskiem choroby jest przeważnie okolica szyjki pęcherza moczowego, chociaż często zapalenie rozprzestrzenia się na całą błonę śluzową pęcherza. Fakt kliniczny, że ropa w moczu znajduje się stale w znacznej ilości, świadczy, że porażona jest sprawą zapalną nie pewna mała część błony śluzowej szyjki, lecz cała błona śluzowa pęcherza. Nadto cierpienie rozszerzać się może na moczowody, miedniczki, a nawet sam miąższ nerek. GUYON przytacza pięć zastarzałych przypadków nieżytu rzerzączkowego, w których badanie pośmiertne wykazało, że zmiany anatomiczne dotyczyły głównie okolicy szyjki pęcherza, rozszerzając się niekiedy na cały przebieg dróg moczowych; znajdowano też wyrosłe grzybowate ziarninowe, zwyrodnienie całej błony śluzowej, ropnie podśluzowe, nacieczenie drobnokomórkowe warstwy mięśniowej, a nawet podsurowiczej.

Przebieg rzerzączkowego zapalenia pęcherza bywa bardzo rozmaity. W przypadkach cięższych występują szalone bóle podczas oddawania moczu, bóle te rozszerzają się na kroczę, członek, dolną część brzucha i jądra. Chory pomimo naj-

<sup>1)</sup> Większość współczesnych klinicystów ten moment etyologiczny odrzuca. (Spr.).

większego wysiłku oddaje na raz tylko po kilka kropli moczu, ostatnie krwią zabarwione; po kwadransie, czasem już po pięciu minutach występuje nowe, gwałtowne parcie na mocz. Chory traci sen i łaknienie, wyniszczenie ogólne wzrasta. W przypadkach najłżejszych naodwrot brak zupełnie podmiotowych dolegliwości, tylko w moczu stale znajduje się nieznaczna ilość ropy. Pomiedzy temi dwoma ostatecznościami jest mnóstwo przejść pośrednich; najczęściej objawy są następujące: potrzeba oddawania moczu co 2 godziny lub co godzinę, poczem chory czuje przez kilka minut napieranie, pewną dolegliwość w kroczu, ostatnie krople są nieco zabarwione krwią, mocz mętny z różną ilością ropy. Zwykle pierwszy strumień moczu zawiera większą ilość ropy, następnie ropy jest mało lub zupełnie jej brak, lecz mocz ma odcień różowawy, wreszcie w ostatku mocz jest wyraźnie zmieszany z krwią; jeżeli krwotoki były znaczniejsze, to przy początku urynowania może wydalić się skrzep, który pozostawał w kanale cewki, GUYON nie widział jednak nigdy, by pęcherz był wypełniony skrzepami krwi, jak to bywa w gruźlicy, przeroście gruczołu krokowego, a szczególnie przy nowotworach. Wykrycie gonokokków NEISSER'A w moczu, byłoby bardzo ważnem w celu rozpoznawczym, w przypadkach wątpliwych, jednak dotąd GUYON odkrycia tego nie spożytkował. Niejednokrotnie przyłącza się zatrzymanie moczu lub moczocięk; zatrzymanie zależne jest od kurczu zwieracza cewki, wywołanego podrażnieniem szyjki pęcherza moczowego; moczocięk jest wrzekomy (*incontinentia spuria*) t. j. mocz wycieka nie bez wiedzy chorego, lecz tylko chory pomimo wysiłków nie może wstrzymać się od jego oddania. Objawy ogólne zależą od bólu i podrażnienia nerwowego, wywołującego bezsenność. Pomimo ciężkich objawów stale niema gorączki, jeżeli tylko jednocześnie nie występuje zapalenie gruczołu krokowego lub nerek, wystąpienie gorączki oznacza zawsze powikłanie. Przebieg choroby bywa albo krótkotrwały (czasami kilka godzin lub parę dni burzliwych objawów), albo też cierpienie trwa dłużej około dwóch tygodni, poczem stopniowo objawy słabną i znikają, niekiedy nakoniec, względnie dość często, zdarza się przejście w stan przewlekły.

Rokowanie jest tem poważniejsze, im gorszy jest ogólny stan chorego. Na przebieg nieżytu rzerzączkowego ważny ma wpływ leczenie; niema postaci nieżytu pęcherza w której możnaby działać skuteczniej. Nieraz środki higieniczne i lecznicze pozostają bezskuteczne, ziółka, kąpiele, kataplazmy, środki balsamiczne, środki kojące, preparaty belladonny nie zawsze usuwają cierpienie, jest jednakże środek, który nawet w upartych przypadkach przewlekłych lecz szczególnie w okresie ostrego nieżytu rzerzączkowego daje doskonałe wyniki. Tym środkiem są wstrzykiwania roztworu azotanu srebra (w roztworze wodnym  $\frac{1}{5}\%$ ). Skuteczność tych wstrzykiwań przy rzerzączkowym nieżycie pęcherza jest tak widoczna, że może służyć za wyjaśnienie w przypadkach wątpliwych, gdy rozpoznać trudno, czy przyczyną cierpienia jest rzerzączka czy gruźlica: przy gruźlicy bowiem wstrzykiwania te są bezużyteczne a nawet niekiedy szkodliwe, przy rzerzączce zaś działanie ich jest niewątpliwie skuteczne i prędkie. W przypadkach upartych, zastarzałych, w których wstrzykiwania azotanu srebra nie działają, ponieważ błona śluzowa zbyt silnie i zbyt głęboko jest zmieniona, jako *ultimum refugium* pozostaje wykonanie cięcia nadłonowego, wtedy bowiem możemy bezpośrednio działać na porażone części błony śluzowej pęcherza, lyżeczkować je, przypalać, zapewniając jednocześnie choremu narządowi zupełną bezczynność, bezwzględny spokój, co najskuteczniej na wyleczenie wpływa.

(d. c. n.)

## KORRESPONDENCYE „MEDYCINY”.

San-Remo w Marcu 1887 r.

Z boleścią w sercu kreślę te wyrazy, sądząc jednak, że będzie na miejscu uwiadomić czytelników Medycyny o ostatniej chorobie czeigodnego i zasłużonego naszego pracownika, J. I. KRASZEWSKIEGO.

Po powrocie ze Szwajcaryi KRASZEWSKI czuł się doskonale i codziennie zyskiwał na zdrowiu. Stan jego płuc aż do końca Stycznia b. r. był zupełnie zadawalający i ani razu nie cierpiał on na zwykle przedtem nieżyty oskrzeli. Dnia 25 Stycznia wyjechał do Florencyi, zkąd powrócił 21 Lutego daleko słabszy, głównie z przyczyny nieżyty oskrzeli, jakiego się w drodze nabawił. Stan żołądka był bardzo zły, zupełny brak apetytu i niemoc ogólna. Dnia 23 Lutego przysłała owa straszna noc, którą KRASZEWSKI sam opisał. Od tego czasu szło coraz gorzej, niepokój się wzmagął, kończyny dolne i górne obrzękły, puls był słaby, nieregularny, śpiączka w dzień, a noc bezsenne. Z powodu często powtarzających się trzęsień ziemi rozdrażnienie nerwowe doszło do najwyższego stopnia... nieszczęśliwy, wieloma innemi udręczeniami złamany starzec, znajdując się do tego w jaknajniekorzystniejszym otoczeniu, przeciwko moim radom zdecydował się pojechać na wiosnę do Szwajcaryi, gdzie w okolicach Lausanny zamysłał się osiedlić. Wreszcie dnia 11 b. m. nastąpiło znów dość silne trzęsienie ziemi, po którym natychmiast KRASZEWSKI postanowił z San-Remo wyjechać; uwiadomił mnie o tem w następujących wyrazach:

„Jestem zdecydowany wziąć extra-cug moim kosztem do Turynu choćby jutro. Potrzebuję mieć informacją co do kosztów i liczby osób, którą zabrać mogę. Jeżeli Dyrekcyja odmówi, będę telegrafował do Rzymu o pozwolenie. Każdy życie ratuje choćby ostatkiem. Proszę o pomoc i wzajem czem mogę odśłużyć się ofiaruję. Zdrowie nakazuje pośpiech i t. d.“

Staralem się go namówić, aby zamiast do Szwajcaryi pojechał do Rzymu, ale wszystko było na próżno, znałem już z tej strony KRASZEWSKIEGO, że jak co zamierzy, to wykona. Ale niestety ów zamierzony ratunek przyniósł mu śmierć, bo już w dwa dni po przybyciu do Genewy życie zakończył, pomimo najusiłniejszych starań prof. LASKOWSKIEGO.

Śmierć jego została bez wątpienia przyśpieszoną przez trzęsienie ziemi, które w ogóle więcej ludzi wygubiło przez różne choroby, niż pod gruzami rozwalonych domów pogrzebało. San-Remo właściwie nie nie ucierpiało, wszystkie domy i hotele stoją całe, a jednak tysiące ludzi opuściło miasto, tysiące chorych naraziło się na znaczne pogorszenie, zwłaszcza, że od 4-ch dni w Północnych Włoszech, Tyrolu i Szwajcaryi silne spadły śniegi. Mieszkańcy tutejsi, jak i na całej Rywjerze nocują w barakach, lub namiotach, deszcze padają, zapalenia płuc, oskrzeli, reumatyzmy się mnożą, a przepowiednie Falba przestraszają ludzi. Od 3-ch tygodni nikt się nie rozbiera, nikt spokojnie pracować nie może. Wiek nasz jest wiekiem przesady a prassa zamiast nauczać, przestrasza i sensacyjne rozszerza wiadomości.

Przestрах ten udzielił się i KRASZEWSKIEMU, który w ostatniej chwili stracił spokój ducha i z narażeniem życia, opuścił San-Remo, pomimo wszelkich z mej strony usiłowań. \*)

Dr. Tymowski.

\*) Korrespondencyą powyższą tem chętniej umieszczamy, ponieważ w pismach naszych pojawiły się pewne niedokładności co do tego mianowicie punktu: czy wyjazd Kr. z San-Remo do Szwajcaryi miał miejsce za zgodą jego lekarza lub nie. (Przyp. Red.).

## Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.

**Krajowe.** Posiedzenie kliniczne Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbędzie się we **Wtorek** d. 5 Kwietnia 1887 r. o god. 6 $\frac{1}{2}$  wieczorem.

I. **Fr. NEUGEBAUER.** Demonstracja kilku preparatów anatomicznych.

II. **RUPPERT.** O rokowaniu przy krwotokach kiszkowych w tyfusie brzuszny.

III. **SOKOŁOWSKI.** O zwężeniu przymiotowem tchawicy (z demonstracją preparatu).

IV. **SOKOŁOWSKI.** Przypadek krupu oskrzeli (*bronchitis cruposa*) z demonstracją preparat.).

V. **JAWDYŃSKI.** Sprawozdanie z prac D-ra **GULIŃSKIEGO.**

**Zagraniczne.** Towarzystwo lekarskie Krakowskie na posiedzeniu swem d. 9 Marca r. b. wybrało jednogłośnie prof. **BLUMENSTOKA** na członka honorowego w uznaniu zasług, położonych około Przeglądu lekarskiego, którego czynnym jest redaktorem od całego szeregu lat.

— Wakacyjne odczyty dla lekarzy praktycznych w Berlinie z każdym rokiem mają więcej zwolenników pomiędzy lekarzami cudzoziemskimi. Z pośród 148 uczestników tegorocznych odczytów, które trwać mają od d. 7 Marca do 9 Kwietnia jest 65 lekarzy cudzoziemców.

**Zmarli.** W Włocławku zmarł ś. p. **Adam CHAŁUPCZYŃSKI** przeżywszy lat 64. Urodzony w Piotrkowie poświęcił się początkowo zawodowi aptekarskiemu, który jednak wkrótce porzucił i wstąpił na fakultet lekarski w Moskwie gdzie w. r. 1849 został lekarzem. Praktykował początkowo w Zamościu a następnie w Działoszynie. Rok 1863 zastał go lekarzem w Izbicy, gdzie w szpitalu miejscowym niósł pomoc rannym. Od r. 1876 praktykował w Włocławku gdzie cieszył się wielkim uznaniem. Nieboszyk uprawiał też skutecznie nauki przyrodnicze, a prace jego o teorii Darwina miały w swoim czasie niemałą wartość.

— W Warszawie zakończył życie ś. p. **Paweł Walery LENARTOWSKI** lekarz praktykujący na Pradze przeżywszy lat 45.

— W Wiedniu dokonał życia po długich i ciężkich cierpieniach genialny i w całym świecie znany okulista prof. **Ferdynand v. ARLT** przeżywszy 75 lat. Urodzony w Teplicach, nieboszyk studiował medycynę w Pradze, gdzie w r. 1839 otrzymał dyplom doktorski. W roku 1849 został professorem okulistyki w Pradze a w r. 1855 powołany został na też samą katedrę w Wiedniu. W roku 1883 opuścił tę katedrę, chociaż był jeszcze w pełni swej fachowej działalności a to z powodu, iż prawo Austriackie nakazuje w 70 roku życia opuścić zajęcie professorskie. Oprócz licznych prac na polu okulistyki, nieboszyk wydał obszerny podręcznik chorób ocznych. ARLT był dzielnym okulistą i wybory profesorem, a uczniowie jego byli lub są pierwszorzędnymi powagami w swoim fachu, że wymienimy tylko: **COCCUSA**, **ADALBERTA**, **GRAEFFEGO**, **BECKERA**, **RYDLA** etc. Był on towarzyszem **OPPOLZERA**, **ROKITAŃSKIEGO**, **SKODY**, **HEBRY**, z którymi razem pracował i przyczynił się do rozgłosnej sławy fakultetu Wiedeńskiego.

— W Lipsku zmarł Dr. **Karol RECLAM** Autor wielu poczytnych dzieł popularnych z działy higieny, przeżywszy lat 66. Nieboszyk był Redaktorem pisma p. t. *Gesundheit*.

— W Tuluzie zmarł Dr. **BONANY** profesor Anatomii w szkole medycznej.

### Wykaz prac oryginalnych w czasopismach lekarskich polskich zamieszczonych.

**W Przeglądzie lekarskim.** W N-rze 12: **SONDERMAYER.** O leczeniu ropni zimnych zapomocą wstrzykiwań mieszaneki jodoformowej. **Justyn KARLIŃSKI.** Przyczynek do znajomości ran postrzałowych serca. **J. ZIELEWICZ.** Chirurgia w usługach medycyny wewnętrznej (c. d.).

**W Gazecie lekarskiej.** W N-rze 12: **A. PANOMAROW.** O ilościowym określaniu glikogenu i tworzeniu się pośmiertnem cukru w wątrobie. **A. ELSENBERG.** Pityriasis rubra universalis (dok.). **L. WOLBERG.** Tyfus brzuszny u dzieci (d. c.). W N-rze 13: **S. KRYSIŃSKI.** Przyczynek do techniki histologicznej. **A. PANORMOW.** O ilościowym określeniu glikogenu i tworzeniu się pośmiertnem cukru w wątrobie (d. s.). **L. WOLBERG.** Tyfus brzuszny u dzieci.

**W Kronice lekarskiej.** W N-rze 3: **SAWICKI.** O przepuklinie przedotrzewnowej. **T. MACZEWSKI.** Skiaskopija. Badanie stanu łamalności oka.

---

REDAKTOR I WYDAWCA, DR. **G. Fritsche.** Adres Redakey: Al. Jerozolimska N. 80 nowy.

Дозволено Цензурою. Варшава, 19 Марта 1887 г.—Члениками Михаила Зіемкiewicza  
 Krak.-Przedm. Nr. 17. Cena numeru pojedynczego kop. 15 (złp. 1).