

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TRESĆ. Prace oryginalne. Torbiel sklepienia gardzieli. Podał Dr. Z. Srebrny. — Streszczenia i wyciągi. 101. Operacja przecięcia krtani i stosowanie jej przy wyluszczeniu nowotworów. 102. O operacji wycięcia krtani. 103. O roździeńcu ciernistym. — Krytyka i Bibliografia. O uszkodzeniach cewki moczowej u mężczyzn i ich leceniu. Streścił Dr. A. Grünbaum. — Odcinek. Wykaz statystyczny lekarski, tyżący się chorych leczonych w szpitalu św. Łazarza w Warszawie, w ciągu 1886 r. Podał Dr. med. Watraszewski. (Dokończenie). — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

TORBIEL SKLEPIENIA GARDZIELI.

Podał Z. Srebrny.

Z. W. panna lat 21 zgłosiła się do mnie dnia 25/V b. r. z powodu kaszlu suchego, trwającego od 2-eh miesięcy. Środki wewnętrzne, dotychczas używane nie przyniosły chorej żadnej ulgi. Przed 3-ma miesiącami, jak powiada, przebyła zapalenie oplucnej, po którym kaszel powoli ustawał, wkrótce jednak na nowo powrócił. Chora miewa często przypadłości nerwowe (których bliżej określić nie chce) i ból głowy.

Osoba słabo odżywiana, blada, z przeświecającemi przez skórę żyłami, przez cały czas badania z małemi przerwami ciągle kaszle. Kaszel suchy, krótki, kureczowy. W płucach znalazłem oddech pęcherzykowy zaostrzony z licznemi rżęczeniami suchemi (*Bronchitis diffusa*). Granice i tony serca prawidłowe. Badanie górnych dróg oddechowych wykazało: przerost całej błony śluzowej nosa, zwłaszcza przednich końców obu dolnych muszel (*rhinitis hypertrophica*) lekkie zaczerwienienie tylnej ściany krtani i zgrubienie strun głosowych prawdziwych (*laryngitis chronica*); przerost błony śluzowej tylnej ściany gardzieli z bardzo skąpą wydzieliną (*pharyngitis chron. hypert.*) na sklepieniu gardzieli, nie pokrytem żadną wydzieliną, mniej więcej na środku linii, łączącej górny brzeg tylnej przegrody nosa z guziczkiem pierwszego kręgu szyjowego (*tuberculum atlantis*) guz wielkości pestki od wiśni, żółto przeświecający.

Chcąc dokładnie zbadać jego własności, wprowadziłem do jamy nosogardzielowej zgłębnik, zaledwie jednak dotknąłem się nim guza, zmuszony byłem w tej chwili się cofnąć z powodu silnego napadu kaszlu. Kilkakrotne usiłowania moje w tym kierunku nie doprowadziły do żadnego rezultatu. Dopiero po zapenziowaniu jamy nosogardzielowej kokainą, byłem w stanie, dotknąwszy się główką zgłębnika, przekonać się, że ściana guza była gruba, naprężona i pod silniejszym uciskiem ustępowała, że zatem guz był napelniony płynem.

Ponieważ zmiany, znalezione w krtani i płucach, nie odpowiadały natężeniu kaszlu, a przytem środki wewnętrznie używane, nie odniosły żadnego skutku, pozostawało więc przyczyny jego szukać w nosie lub w jamie nosogardzielowej.

Widzieliśmy już, że każde najlżejsze dotknięcie guza na sklepieniu gardzieli natychmiast powodowało silny kureczowy kaszel. W warunkach normalnych błona śluzowa gardzieli *resp.* jamy noso-gardzielowej zachowuje się nieco odmiennie. Lekkie dotknięcie jej wywołuje tylko krztuszenie się, ruchy wymiotowe, albo same wymioty; dopiero po dłuższym drażnieniu błony śluzowej gardzieli następuje kaszel. Wyjątek stąd stanowią wyloty trąbek Eustachiusza, których dotknięcie, jak wykazał BESCHORNER ¹⁾ wywołuje kaszel.

Dotykanie zgłębnikiem rozmaitych punktów błony śluzowej nosa nie wywoływało kaszlu. Nie zapomniałem jednak o tem, że drażnienie błony śluzowej nosa nie zawsze wywołuje tę lub ową nerwicę zwrotną, pomimo to, że przyczyna jej znajduje się w nosie, dla upewnienia się więc w rozpoznaniu przyczyny kaszlu na tem samym posiedzeniu przypaliłem lewą dolną muszłę żegadłem galwanicznym.

29/V. Chora przybyła znowu do mnie bez żadnej poprawy: kaszel nie zmniejszył się wcale, co też sam byłem w stanie skonstatować podczas wizyty. Na zaproponowane przezemnie przypalenie prawej muszli dolnej chora nie zgodziła się.

6/VI. Stan ten sam. Guz na sklepieniu gardzieli zdawał mi się być cokolwiek większym. Jakkolwiek chciałem jeszcze przed przystąpieniem do otwarczenia guza dla pewności zniszczyć przerost prawej dolnej muszli, musiałem jednak ustąpić wobec protestu chorej.

Po znieczuleniu jamy noso-gardzielowej kokainą, przepaliłem żegadłem galwanicznym ścianę guza w największym jego wymiarze od przodu ku tyłowi. Ściana miała grubości około 2 mm. Wślad za otwarciem guza zaczął pokazywać się gęsty żółtawy płyn, który wycisnąłem za pomocą penzelka z waty. Utworzyła się w ten sposób obszerna jama, którą przypaliłem azotanem srebra, natopionym na zgłębnik srebrny.

8/VI. Chora z zadowoleniem powiedziała mi, że kaszel znacznie się zmniejszył. W samej rzeczy podczas półgodzinnej wizyty chora zakaszlała jeden raz.

Guz z powodu odczynu zapalnego powiększył się trochę, otwór pokryty szarym nalotem, po usunięciu którego za pomocą penzelka z waty, znowu przypaliłem całą jamę, jak poprzednio, azotanem srebra.

10/VI. Kaszel wzmógł się znowu. Guz powiększył się w dwójnasób, całe sklepienie gardzieli, począwszy od przedniego brzegu guza do tylnej ściany jamy noso-gardzielowej, pokryte gęstym śluzem. Po usunięciu śluzu znalazłem otwór, zrobiony 6/VI zamkniętym. Zgłębnikiem rozerwałem zrost i wypenzlowałem całą jamę 50% roztworem azotanu srebra.

18/VI. Chora z powodu nerwowych przypadłości nie mogła przez 8 dni wychodzić z domu; kaszel przez ten czas coraz bardziej się powiększał; obecnie jak przy pierwszym widzeniu, kaszle prawie bezustannie. Guz tych samych rozmiarów, co 10/VI, otwór zarosnięty. Zgłębnikiem jednak znowu udaje się rozerwać zrost. Wycisnąłem obfitą ilość gęstego, ciągnącego się płynu i przy-

¹⁾ Beschorner. Ueber Husten (wyjęte z dzieła Tornwaldt'a „Ueber die Bedeutung der Bursa pharyngea etc.”).

pałilem jamę azotanem srebra, natopionym na zgłębnik. Przez tydzień chorej nie widziłem.

25/VI. Kaszel prawie zupełnie ustał. Guz mniejszy. *Cauterisatio arg. nitr. in subst.*

7/VII. Kaszel znowu powiększył się. Guz zmniejszył się do pierwotnych rozmiarów. Otwór pokryty gęstym śluzem, który przechodzi wzdłuż sklepienia na tylną ścianę jamy noso-gardzielowej. Kaszel stracił swój poprzedni charakter i przeszedł raczej w częste chrząkanie. Z guza nie wycisnąć się nie daje. Leczenie to samo. Od tego czasu chora przychodziła do mnie w przeciągu 3-ch tygodni, z początku codziennie, później co drugi dzień. Na każdym posiedzeniu przypalałem jamę azotanem srebra. Śluz na sklepieniu gardzieli powoli przestał się zbierać. Otwór zmniejszył się i kaszel, który już teraz znacznie mniej chorą męczył i połączony był z wykrztuszaniem kawałków śluzu, powoli ustawał.

27/VII. Kaszel od dwóch tygodni niewraca. Na miejscu guza widać szparę wąską długości 2—3 mm. nie pokrytą śluzem. Zaczerwienienie tylnej ściany krtani znikło, rzężeń w płucach nie słychać. Następnego dnia chora wyjechała dla poprawienia ogólnego stanu na wieś, gdzie dotąd przebywa.

Jaki guz miałem przed sobą? Ponieważ był on niebolesny, przeświecał i ustępował przy ucisku zgłębnikiem, więc rozpoznałem w nim torbiel.

Przypadki torbieli sklepienia gardzieli do niedawnego jeszcze czasu były znane w tak szczupłej liczbie, że możnaby było sądzić, iż należą one do bardzo rzadkich form chorobowych. Do r. 1885 spotykamy wzmianki o nich tylko u v. TRÖLTSCHA²⁾, CZERMAKA³⁾ i LUSCHKI⁴⁾. TRÖLTSCHEM podaje dwa przypadki torbieli sklepienia gardzieli i sądzi, że powstają one z zamkniętych gruczolków. Przypuszcza on jednak, że guzy te muszą być częste, a to na tej zasadzie, że po katetyzacyi ucha chorzy niejednokrotnie wyrzucali massy śluzoropne i sami wpadali na myśl, że kateterem został przerwany worek, napełniony śluzem. W jednym z tego rodzaju przypadków, gdy chory w przeciągu 24 godzin po katetyzacyi ciągle wykrztuszał tego rodzaju massy zabarwione krwią, TRÖLTSCHEM, spostrzegłszy dwie chustki pełne tych mass, sądził, że chory dostał zapalenia płuc. Dla upewnienia się posłał go z wydzieliną do BIERMERA, który po zbadaniu orzekł, że wydzielina pochodziła z nosa lub gardzieli. CZERMAK opisuje przypadek guza wypełniającego całą jamę nosogardzielową, o grubych ścianach, przeświecającego i napełnionego płynem. LUSCHKA, mówiąc o worku gardzielowym (*bursa pharyngea*), wspomina o mogących z niego powstać torbielach i tłumaczy też w ten sposób powstanie torbieli, spostrzeganych przez v. TRÖLTSCHA i CZERMAKA.

Bliżej kwestyą tą zajął się dr. TORNWALDT⁵⁾ z Gdańska. Spostrzegał on

2) Tröltsch. Lehrbuch der Ohrenheilkunde 1881.

3) Czermak. Der Kehlkopfspiegel 1863 (wyjęte z dzieła Tornwaldt'a).

4) Luschka. Der Kehlkopf des Menschen 1871.

5) Tornwald. Ueber die Bedeutung der Bursa pharyngea für die Erkennung und Behandlung gewisser Nasenrachenrachen. Krankheiten 1885.

dwa cierpienia, którym podlegać może worek gardzielowy: niezbyt i przejście w torbiel. Pierwszy należy do chorób częstych, o czym niejednokrotnie przekonano się mogłem, drugie zdarza się rzadziej. W przeciągu dwóch lat z pomiędzy ogólnej liczby 892 chorych, dotkniętych cierpieniami jamy nosogardzielowej, spostrzegł TORWALDT 45 przypadków torbieli na sklepieniu gardzieli. Czy wszystkie one pochodziły z worka gardzielowego, czy też część ich brała początek z gruczołów śluzowych, tego nie był w stanie rozstrzygnąć w każdym przypadku. Uważał atoli za punkt wyjścia worek gardzielowy, gdy guz znajdował się mniej więcej na środku linii, łączącej górny brzeg tylnej przegrody nosowej z guziczkiem pierwszego kręgu szyjowego (*tuberculum atlantis*), t. j. na miejscu, gdzie w warunkach normalnych prawie u każdego znaleźć można otwór worka gardzielowego. Niekiedy wyniosłość na sklepieniu gardzieli była tak nieznaczna, że pomimo kilkakrotnego badania, TORWALDT nie był w stanie spostrzedz guza, a jednak po próbnym przekłóciu żegadłem galwanicznym wydobywała się nieraz spora ilość gęstego, lepkiego płynu.

(d. n.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

101. Dr. Karol SCHUCHARDT. **Operacja przecięcia krtani i stosowanie jej przy wyluszczeniu nowotworów.** Ze względu na bardzo interesujący przypadek, dotyczący kobiety 59-letniej, której w r. 1883 przecięto tchawicę wskutek wystąpienia duszności, zależnej od guza wypełniającego szparę głosową, a następnie w r. b. wyleczono ją przez dokonanie przecięcia krtani i wyluszczenia włókniaka, omawia S. kwestyje, czy i kiedy usprawiedliwionem jest usuwanie nowotworów krtani na drodze krwawej od zewnątrz.

Idea tej operacji stanowi zasługę francuzkiego chirurga DESAULT, wykonał ją zaś po raz pierwszy w r. 1788 PELLETAN w celu wydobycia z krtani kawałka mięsa; pierwszy guz wydalony został tą drogą przez ALBERS'A (professora w Bonn), pierwsze zaś pomyślne zejście po tej operacji osiągnął EHRMANN (przypadek ogłoszony w r. 1844 w Strasburgu). W ogóle przed rokiem 1861, t. j. przed wynalezieniem lusterka krtaniowego operacja była bardzo rzadką, potem zaś, jakkolwiek dokonywano ją częściej, do r. 1880 ogłoszono wszystkiego 60 przypadków, w wielu bowiem razach operowano z wynikiem zadawalającym przez usta pod kontrolą lusterka. Tę ostatnią metodę uważa autor za bezwarunkowo odpowiedniejszą, w przypadkach jednak powikłanych i przy nowotworach złośliwych zaleca stanowczo przecięcie krtani. Wskazania, któremi kierować się należy przy wyborze sposobu operacji są według Sch. następujące:

1. W obec guzów złośliwych (zwłaszcza raków) postępowanie wewnątrz-krtaniowe możliwem jest w tych niezmiernie rzadkich przypadkach, w których nowotwór znajduje się w miejscu wyjątkowo dogodnem, lub gdy istnieje wątpliwość co do natury guza. Skoro jednak złośliwość nowotworu została napewno skonstatowaną przez zbadanie drobnowidzowe cząstek wyrwanych drogą ust, postępowanie wewnątrz-krtaniowe winno być w znacznej większości przypadków zaniechanem, gdyż czas użyty na ten rękoczyn byłby straconym, przecięcie natomiast krtani w możliwie najwcześniejszych okresach rozwoju raka pozwala pomyślnie rokować pod względem trwałości wyleczenia i zachowania w stanie prawidłowym narządu mowy.

W przypadkach późniejszych, a tem samem cięższych należy niejednokrotnie oprócz zajętej sprawą rakowatą błony śluzowej usunąć jednocześnie niektóre części szkieletu krtani (*excirpatio partialis*). Przy połowicznym zajęciu

krtani dostatecznym jest wycięcie odpowiedniej połowy; w przypadkach wreszcie najcięższych przy przejściu sprawy nowotworowej na tkanki sąsiednie, gruczoły limfatyczne i t. d. pozostaje jako ostatni środek ratunku całkowite wycięcie krtani i części okolicznych podległych sprawie chorobowej (*Eastirpatio totalis*).

2. Nowotwory krtani łagodne, zwłaszcza włókniaki i brodawczaki mogą być usuwane przez usta; nie należy jednak trzymać się tej metody niewolniczo, lecz przystąpić do przecięcia krtani, skoro okaże się ono dla chorego korzystniejszym. Przecięcie krtani ma niezaprzeczoną wyższość nad rękoczynem wewnątrzkrtniowym: a) przy bardzo obszernych guzach; b) gdy nowotwór pozabawiony szypuły znajduje się poniżej szpary głosowej, lub w głębi zatoki Morgagniego.

Przy stale odrastających brodawczakach krtani, zwłaszcza u dzieci, nie stosują często żadnej z tych metod. Tymczasem nawet w przypadkach niezmiernie upartych przecięcie krtani z następczem bardzo starannem jej wyczyszczeniem i przy nałożeniu opatrunku przeciwnilnego pozwala daleko pomyślniej rokować co do wyleczenia, niż przypuszczają dotychczas i tym sposobem w wielu razach stoi wyżej od postępowania wewnątrzkrtniowego.

3. Przecięcie krtani w okolicy li tylko więzów, zwane zazwyczaj częściowem (*Laryngotomia partialis*), jest w rzadkich bardzo przypadkach równoznacznem, lub ma wyższość przed rękoczynem wewnątrzkrtniowym, co najwyżej wówczas, gdy guz wyrasta bez szypuły poniżej szpary głosowej. Zawsze jednak gdy nam chodzi o to, aby dokładnie widzieć całą jamę krtani, a więc szczególnie przy nowotworach złośliwych i przy obszernych brodawczakach, skoro zdecydowaliśmy się na przecięcie, należy je wykonać przez całą chrząstkę tarczową.

4. Operacja przecięcia krtani zwłaszcza przy leczeniu rany pod opatrunkiem przeciwnilnym nie jest bynajmniej niebezpieczną. Głos zazwyczaj w zupełności powraca, zaburzenia zaś występują wtedy jedynie, gdy struny głosowe, czego zresztą łatwo uniknąć, zostaną przez niestrożność uszkodzone, albo też gdy umiejscowienie i własności nowotworu czynią niezbędnem usunięcie części struny, albo wreszcie w takim razie, gdy jeszcze przed operacją objętość guza, lub inne specjalne przyczyny powodowały niezupełne zbliżanie się i wogóle niedokładną działalność strun głosowych.

(*Volkmann'sche Sammlung Nr. 302*). W. Szumlański.

102. Eug. HAHN. O operacji wycięcia krtani. Wobec ogólnego zainteresowania się operacją wycięcia krtani uważa H. za odpowiednie przedstawić pokrótce wyniki, jakie do chwili bieżącej otrzymał. Wogóle wycinał krtani z powodu raka 15 razy bądź częściowo, bądź też całkowicie. Najmłodszy chory liczył 35 lat wieku, najstarszy 69. Z pomiędzy operowanych znajduje się dotychczas przy życiu dwóch; jeden z nich od lat siedmiu, t. j. od czasu wykonania operacji, czuje się zupełnie dobrze, jakkolwiek wówczas miał lat 69, a nowotwór zajmował tak znaczną przestrzeń, iż cała krtani została usunięta. U drugiego pacjenta operowanego przed 1½ rokiem w Londynie, cierpienie było ściśle ograniczone, wskutek czego dostatecznym było wycięcie jednej połowy krtani; w obu razach nowotwór przedstawiał się jako rak rogowy (*Carcinoma keratoides*). Przed paru dniami jednak otrzymał H. wiadomość od d-ra SEMON'A z Londynu, według której przypuszczać należy powrót cierpienia. Być może, iż prócz dwóch wzmiankowanych, żyje jeszcze trzeci chory, o którym jednak H. niema pewnych wiadomości, te zaś jakie ostatnio otrzymał pozwalają mniemać, że i w tym przypadku nastąpił powrót raka. W każdym razie wyników swych nie uważa HAHN za zachęcające; twierdzi on, iż tak znaczna odsetka śmiertelności zależy przeważnie od tego, że operacja w większości przypadków dokonywana bywa bardzo późno. Opierając się na spostrzeżeniu, w którym siedem razy w pew-

nych odstępach czasu robiono operację, zwraca H. uwagę na to, iż gruczoły chłonne przy raku krtani nadzwyczaj późno podlegają cierpieniu; dalej, wyraża przekonanie, że przy rakach, mających skłonność do rogowacenia, rokowanie może być stanowczo pomyślniejszem, niż wobec postaci miękkich; w pierwszym przypadku operacja jest bezwarunkowo wskazaną, w drugim zaś przy obszernem nacieczeniu rakowatym, wielce usposabiającem do rozpadów, lepiej się od operowania powstrzymać.

W jednym przypadku usunięto guz za pomocą przecięcia krtani. Wyniki badania drobnowidzowego otrzymano bardzo wątpliwe, a mimo to po upływie 2—3 miesięcy, nastąpił tak gwałtowny powrót, iż H. zmuszony był całą krtani wyciąć.

W innym przypadku, u chorego, dotkniętego próchnieniem żeber, wystąpiło cierpienie krtani. Rozpoznawano ogólnie gruźlicę, badanie jednak pod drobnowidzem wykazało obecność raka, wskutek czego wykonano operację; po pół roku cierpienie wystąpiło ponownie, a powtórna operacja przedłużyła życie choremu zaledwie o rok jeden.

Rurka, jakiej HAHN zazwyczaj używa, jest to zwykła rurka uciskająca (*Presskanüle*), która w zupełności zamyka tchawicę.

(*Deut. Medizinal-Zeitung*. Nr. 94). W. Szumlański.

103. William JAYESINGHA. **O Rozdzeńcu ciernistym** (*On Hygrophila Spinosa vel Asteracantha Longifolia*). *Hygrophila spinosa vel Asteracantha longifolia*—ciernista roślina, rosnąca w bardzo ciepłych bagnistych miejscowościach Cejlonu, należy do rodziny *Acanthaceae* (Rozdzeńcowate) - jako środek moczopędny ze skutkiem podawaną była w kilkunastu przypadkach wodnej puchliny w Civil Hospital, Kurunayala na wyspie Cejlon. Wszystkie części rośliny mają zastosowanie w medycynie. Cejlońscy lekarze uważają ją, jako najlepszy i najpewniejszy środek przeciwko wodnej puchlinie i, nie tylko podają ją do zażywania w odwarze, lecz używają jej także zewnętrznie w postaci miejscowych nakadzań (*fomentation*) przy różnych zapalnych cierpieniach skóry, a także i przy gościecu stawowym.

Indyjscy lekarze, jak Dr. J. SHORTT opisuje, podają popiół z tej rośliny dwa lub trzy razy dziennie mniej więcej w ilości po pół łyżeczki od kawy. Dr. KIRKPATRICK przytacza, że i on także często używał tego środka przy ogólnych wodnych puchlinach i zapewnia, że bezsprzecznie środek ten posiada silne moczopędne własności. Dr. GIBSON także podaje przykłady, stwierdzające powyższe spostrzeżenia.

Według Indyjskiej Farmakopei, wydanej przez WARING'A, środek ten można podawać pod następującymi postaciami a) *Decoctum*. Rp. *Radicis asteracanthae* 30,0, *Aq. destill.* 600,0, *Coque ad remanentiam* 420,0, *dein filtra*. Dawka wynosi 30 do 45 gramów dziennie.

b) *Acetum*. Rp. *Folior. Asteracanthae* 60,0, *Aceti puri* 480,0, *macera per dies tres dein comprime et filtra*. Dawka dzienna 16 do 30 gramów.

Szpitalnym chorym omawiany środek autor podawał w sposób następujący: na 60 gram. wysuszonej rośliny nalewano gorącej wody 600; po upływie pół godziny płyn przecedzano i całkowitą ilość podawano choremu w jednokowych dawkach w ciągu 24 godzin.

Przytoczone następnie przez Autora sześć przypadków z silnie wyrażoną ogólną wodną puchliną, dość wymownie stwierdzają dodatni wpływ tej rośliny na wydzielenie się moczu; we wszystkich przypadkach puchlina, nie poddająca się wpływowi innych moczopędnych środków, prędko ustępowała pod wpływem nalewki z Rozdzeńca ciernistego. Szkoda tylko, że autor nie wyjaśnia od jakich mianowicie przyczyn zależne były opisane przez niego przypadki wodnej puchliny.

(*The British Medical Journal*, July 16, 1887). J. Drzewiecki.

KRYTYKA I BIBLIOGRAFIA.

Dr. A. ÉTIENNE. O uszkodzeniach cewki moczowej u mężczyzn i ich leczeniu
Des ruptures de l'urethre chez l'homme et leur traitement. (Annales des maladies der Organes Génito-Urinaires NN. Mai, Juin i Juillet 1887).

Streścił Dr. A. Grünbaum.

Pod nazwą *rupturae urethrae* rozumiemy wszelkiego rodzaju naruszenie całości ścian cewki moczowej bez uszkodzenia otaczających ją w kroczu zewnętrznych powłok. Takie naruszenie całości ścian może w zdrowej cewce nastąpić tylko wskutek nadmiernego wyciągania, gwałtownego zgięcia lub skręcenia naprężonego prącia, albo wskutek uderzenia na nie twardem krawędzistym ciałem, albo nareszcie, co najczęściej się zdarza, wskutek upadnięcia okrzakiem na takie ciało. Uszkodzone w taki sposób ściany cewki przedstawiają zwykle rany z kierunkiem poprzecznym, które rozprzestrzeniają się już to na cały obwód, (*ruptura completa*), co bardzo rzadko się zdarza, albo tylko na część obwodu (*ruptura incompleta*), jak to zwykle ma miejsce. Ponieważ kierunek nacieków moczowych i objawy kliniczne, jakie zjawiają się po pęknięciu cewki, zależą głównie od anatomicznego miejsca w którym to ostatnie nastąpiło, przeto też dokładna znajomość anatomicznych stosunków każdej jej części do rozmaitych tkanek, szczególnie do powięzi krocza jest rzeczą nader ważną. Dla tego też autor zgodnie z GUXONEM, oprócz przyjętego anatomicznego podziału cewki na część krokową, błoniastą i jamistą, dzieli ją jeszcze na części przednią, rozprzestrzeniającą się od *orif. externum urethrae* do więzu Carcassona i na tylną, zaczynającą się od tego więzu i rozprzestrzeniającą się do wewnętrznego otworu cewki. Ostatnią znowu dzieli na krokową powierzchowną (*perinéale antérieure*) i na krokową głęboką (*perinéale profonde*). Oprócz tego należy pamiętać, że obie ściany cewki t. j. przednia i tylna wielce się różnią między sobą, mianowicie tem, że przednia jest krótszą, gładszą i mniej elastyczną, wskutek czego nazywa ją GUXON ścianą chirurgiczną i radzi, żeby przy wprowadzeniu cewnika trzymano się dziobem tej ostatniej, gdyż tylko wtedy chirurg może być pewnym, że żadnej nie dozna po drodze przeszkody i że żadnego nie wywoła uszkodzenia. Stosując się więc do tylko co opisanego podziału cewki, autor dzieli jej rany na takie, które znajdują się przed więzem Carcassona i na takie, które z tyłu tego więzu się znajdują. Ostatnie znowu dzieli, stosownie do tego między jakimi listkami powięzi krocza zbiera się wylany mocz, na powierzchowne i głębokie.

Pęknięcie cewki w części przedniej, czyli jamistej przestrzegamy w ogóle bardzo rzadko. Uszkodzenie bowiem tej części przy zdrowych ścianach może nastąpić, jakośmy wyżej widzieli, tylko wtedy, jeżeli mocno naprężone prącie doznaje od razu silnego skręcenia, zagięcia lub uderzenia o twarde krawędziste ciało. Nie co łatwiej może nastąpić pęknięcie tej części cewki, jeżeli ściany jej są chorobowo zmienione; wtedy bowiem t. j. przy bliżnowatem zwyrodnieniu jakiegokolwiek bądź części tkanek cewki, lub przy istnieniu w jej mięszu guzków, pozostałych po byłym tryprowie zapaleniu, może się zdarzyć, że cewka w danym miejscu przy akcji naprężenia nie może się z taką szybkością rozciągać z jaką zwykle rozciąga się prącie, wskutek czego następuje w tej części pęknięcie ścianki. Jednym słowem pęknięcie cewki w chorobowo zmienionej części jamistej jest najczęściej wynikiem dysharmonii w rozciągliwości ciał jamistych prącia i cewki moczowej. Miejsce, w którym tego rodzaju pęknięcie następuje i co zatem idzie zwężenie, bywa zwykle w oddaleniu 0,03—0,05—0,09 od zewnętrznego otworu cewki.

Pęknięcie cewki w części krokowej przedniej (*Rupture*

de la portion périnéale antérieure). Uszkodzenie to może nastąpić albo wskutek padnięcia okrakiem na krocze, albo wskutek uderzenia na to ostatnie jakimś twardym ciałem. Objętość i postać uderzającego ciała nadzwyczaj ważną przy ranieniu tej części cewki odgrywają rolę. Im bowiem ciało uderzające mniejszą ma średnicę i ostrzejsze ma kandy, tem głębiej wnika pod spojenie łonowe i tem możliwsiem staje się pęknięcie cewki. W ogóle należy pamiętać, że całkowite lub częściowe pęknięcie tej części cewki może powstać tylko wskutek nagłego i gwałtownego ucisku, jakiego ona doznaje, znajdując się między kośćmi spojenia łonowego i uderzającym ciałem: w szczególności zaś, pod względem mechanizmu, musimy odróżnić sposób padnięcia na krocze, wywołujący zranienie części błoniastej od sposobu padnięcia, wywołującego zranienia opuszki. VELPEAU i FRANC utrzymują, że część błoniasta podlega uszkodzeniu, jeżeli uderzające ciało naciska na nią z jednej strony, a dolny brzeg łuku łonowego z drugiej strony. Opuszka zaś tylko wtedy, jeżeli znajduje się między przednią powierzchnią kości łonowych i ciałem uderzającym. CRAS i TERRILLON zaś zupełnie zaprzeczają możności bezpośredniego zetknięcia się części błoniastej z dolnym brzegiem łuku łonowego, a tem samem możność jej uszkodzenia przy padnięciu okrakiem i, opierając się na swoich doświadczeniach i rozmaitych spostrzeżeniach klinicznych, utrzymują, że uszkodzenie tej części cewki może nastąpić tylko w części opuszkowej; przyczem mechanizm ranienia jest następujący: 1) albo chory pada okrakiem na ciało małej objętości, które z łatwością może wnikać pod sam łuk i odepchnąć cewkę na bok pod zstępującą gałąź kości łonowych i w tem to miejscu zostaje mocno uciśniętą przez uderzające ciało; miejscem tedy uszkodzenia będzie część środkowa opuszki w ścianie jej boczno-tylnej. 2) Jeżeli chory pada okrakiem na ciało znacznej objętości, które nie może wnikać pod łuk łonowy to cewka może być uciśniętą tylko wtedy, jeżeli dostaje się między przednią powierzchnią kości i ciałem uderzającym; rana wtedy znajdować się będzie w przedniej ścianie opuszki, albo w jej ciele jamistem.

Pęknięcie cewki moczowej w części kroczonej głębokiej. (*Rupture de la portion périnéale profonde de l'urèthre par fracture du pubis*) spostrzegamy prawie wyłącznie przy jednoczesnem istnieniu zgruchotania lub wywichnięcia kości łonowych. Część błoniasta cewki, obejmująca przednią i tylną powierzchnię kości łonowych, jak również brzeg ich dolny, podlega przy każdym ich złamaniu, zgruchotaniu lub wywichnięciu rozmaitego rodzaju uszkodzeniom. Czasem jednak zdarza się, że wywichnięte kości łonowe samodzielnie i dosyć szybko wracają do swego prawidłowego położenia, pozostawiając jako jedyny ślad wywichnięcia rany w części błoniastej cewki.

Zmiany patologiczne. Ponieważ znaczna istnieje różnica między anatomiczną budową części jamistej i błoniastej cewki, przeto też należy rozpatrzeć zmiany, jakie tworzą się wskutek zranienia każdej z tych części, oddzielnie. *a) Uszkodzenie części jamistej.* Ściany tej części cewki, składając się z błony śluzowej, tkanki jamistej i błony włóknistej, mogą być albo w ten sposób uszkodzone, że tylko jedna z tych tkanek została zranioną, albo że rana przenika przez wszystkie trzy wspomniane warstwy. Stosownie więc do tego mamy 1) rany śródmiaższowe, powstałe wskutek pęknięcia krokiewek ciał jamistych, 2) rany błony śluzowej i podśluzowej i nareszcie 3) rany drażące przez całą grubość wszystkich tych trzech warstw. Następczemi więc zmianami, jakie przy tego rodzaju uszkodzeniach zwykle spostrzegamy są *a)* przy ranach śródmiaższowych, tworzenie się pod odepchniętą ku światłu cewki błoną śluzową ograniczonych kaletek, zawierających w sobie wylaną krew i przedstawiających się w postaci twardych guzików, *β)* przy ranach błony śluzowej i podśluzowej, tworzenie się kaletek, otwierających się do światła cewki i nareszcie *γ)* przy ranach drażących przez wszystkie trzy warstwy, tworzenie się nacieków moczowych w luźnej tkance łącznej, otaczającej cewkę. *b) U s z k o -*

dzenie części błoniastej. Rany tej części cewki drażą zawsze przez całą grubość ściany i wywołują we wszystkich tych przypadkach dosyć groźne nacieki moczowe. Wszystkie tylko co wyliczone rany cewki mają kierunek poprzeczny i w większej części przypadków obejmują tylko część obwodu. Zdarza się jednak, chociaż rzadko, że rana ta rozprzestrzenia się na cały obwód cewki i wtedy ostatnia dzieli się na dwa odcinki, przedni i tylny. Odcinki te, kurcząc się, zostawiają między sobą nierówną, pozbawioną błony śluzowej, powierzchnią, długości 0,02—0,04. Uszkodzenia cewki *in parte prostatica* prawie nigdy nie spostrzegano. Ponieważ rozmiary rany cewki pod względem klinicznym żadnego nie mają znaczenia, przeto też autor bardzo mało niemi się zajmuje. Co się tyczy uszkodzeń miękkich części, otaczających bezpośrednio cewkę, to wszystkie, za wyjątkiem skóry, tkanki łącznej podskórnej i powierzchownego listka powięzi krocza, które dzięki swojej elastyczności i miękkości nie tak szybko poddają się wpływowi zewnętrznym, podlegają także dosyć często znacznym uszkodzeniom. Skutkiem czego spostrzegamy prawie zawsze w kroczu, zaraz po uszkodzeniu części kroczonej przedniej (*portion perinéale antérieure*), zmiążdżeniu głęboko położonych miękkich tkanek, a czasami i zgruchotaniu kości łonowych, zakrytą od zewnątrz jamę, napełnioną krwią i moczem.

Objawy. Dokładna znajomość objawów, jakie występują zaraz po pęknięciu cewki, jest rzeczą nadzwyczajnej wagi. Rozpoznanie bowiem tego uszkodzenia w samym początku, w niektórych przypadkach może być opartem tylko na gruntownej ich znajomości. Objawami temi w ogólności są 1) ból, 2) zakłócenie w oddawaniu moczu, 3) krwawienie z kanału moczowego i 4) zjawienie się guzowatości w kroczu. Samo przez się rozumie się, że najważniejszemi z tylko co wspomnianych objawów są trzy ostatnie, jako wynikające bezpośrednio z uszkodzenia ściany cewki i sąsiadujących z nią miękkich tkanek. Wskazane tylko co w ogólnych zarysach objawy przedstawiają się w rozmaitych przypadkach pęknięcia cewki w nader rozmaitej postaci, stosownie do przyczyn je wywołujących, do miejsca w którym uszkodzenie to nastąpiło i do stopnia zmiążdżenia, jakiemu uległy miękkie części krocza. Zakłócenie w oddawaniu moczu może się zjawiać zaraz po uszkodzeniu, wskutek zmian anatomicznych, jakie rana wywołuje w cewce, albo dopiero po upływie kilku dni wskutek rozwinięcia się w tej ostatniej sprawy zapalnej i może się wyrażać, stosownie do tego czy zależy od tworzenia się guzowatości, wystającej do światła cewki, czy od odklejenia się błony śluzowej na pewnej przestrzeni, czy nareszcie od nagromadzenia się w cewce skrzepów krwi, w postaci trudnego urynowania, lub całkowitego zatrzymania (*retentio completa*). Również krwawienie z cewki może być bardzo rozmaitem, gdyż krew, stosownie do tego czy zraniona została tylko błona śluzowa, tkanka jamista lub nawet jaka tętnica, może wyciekać już to kroplami, już to słabym lub silnym strumieniem. To samo można powiedzieć o zjawieniu się guzowatości w kroczu, której nawet w pewnych razach, mianowicie kiedy wylana krew i mocz zbierają się nad średnim listkiem krocza, może wcale nie być.

Przebieg. Ponieważ przy tego rodzaju uszkodzeniach widzimy, że w rozmaitych okresach czasu rozwijają się różne i bardzo poważne powikłania, przeto dzielimy te ostatnie 1) na powikłania, które występują zaraz po uszkodzeniu: krwawienie i zatrzymanie moczu, 2) na powikłania, które, mając charakter zapalny lub zgorzelinowy, występują w przypadkach ciężkiego uszkodzenia dopiero po upływie pewnego czasu i nareszcie, 3) na powikłania, które zjawiają się dopiero po zbliżeniu ran t. j. zwiężenia. Stopień niebezpieczeństwa, jaki wspomniane powikłania mogą wywołać, zależy a) od miejsca w którym uszkodzenie to nastąpiło, b) od charakteru zmiążdżenia, jakiemu ściany cewki i miękkie tkanki krocza uległy i c) od odczynu, jaki ma wylany mocz. Przy ranach więc śródmiaższowych tworzą się kaletki, zawierające w sobie wylaną krew,

które w większej części przypadków podlegają z czasem sprawie zapalnej i wywołują ropnie, otwierające się już to na zewnątrz, już to na wewnątrz, albo jednocześnie z obydwu stron z utworzeniem w kroczu nacieków moczowych. Przy ranach błony śluzowej i podśluzowej, jeżeli zabliznienie szybko nie nastąpiło, tworzą się w ich miejscu ropnie, rozprzestrzeniające się na sąsiednie tkanki i wywołujące dosyć groźne objawy. Przy znacznych zaś i ciężkich uszkodzeniach cewki rozwijają się prawie zawsze nadzwyczaj niebezpieczne powikłania, gdyż nawet w nader rzadko spostrzeganych szczęśliwych przypadkach, t. j. kiedy zmiażdżone tkanki oddzieliły się prawidłowo i mocz wydzielał się swobodnie przez otwór w kroczu, tworzył się zawsze z przedniego odcinka cewki, wskutek kurczenia się rozdartych części, ślepy kanał z zakrytym tylnym końcem, a na obnażonej powierzchni ciał jamistych tworzył się gruby modzelowaty wałek. Co się tyczy powikłań spóźnionych, zjawiających się po zabliznieniu ran, to są one zawsze wynikiem kurczenia się blizn i zwężenia światła cewki. Ważność tego powikłania i forma zwężenia zależą w zupełności od miejsca, w którym uszkodzenie to nastąpiło i od tkanek, jakie zranione zostały. Stosownie więc do tego mamy a) przy ranach w przedniej części cewki i przy uszkodzeniach tylko krokiewek ciał jamistych bez naruszenia całości błony śluzowej bliznę, okrążającą tę ostatnią w postaci świderka, więc zwężenie świderkowate; przy pęknięciu zaś błony śluzowej i podśluzowej—bliznę, wywołującą zwężenie i skrzywienie cewki i nareszcie przy zupełnem rozdarciu cewki i obnażeniu ciał jamistych tworzy się na całym obwodzie silnie ściągająca modzelowata blizna, która po upływie kilku miesięcy może zupełnie zamknąć światło cewki i b) przy ranach w tylnej części cewki t. j. z tyłu więzu Carcassona, spostrzegano zawsze zrosty, łączące tylny jej odcinek z sąsiednimi tkankami i skrzywienie kanału, tak że po upływie kilku dni odszukanie tego odcinka stało się niemożliwem.

Rozpoznanie. Uszkodzenie cewki moczowej można w znacznej liczbie przypadków bardzo łatwo rozpoznać. Objawy bowiem, jakie zwykle zaraz po padnięciu lub uderzeniu na krocz występują: krwawienie, zakłócenie w oddawaniu moczu i tworzenie się guzowatości w kroczu, przy jednoczesnem istnieniu przepełnienia pęcherza dosyć jasno wskazują, że najniezawodniej w cewce utworzyła się nagle jakaś przeszkoda do swobodnego oddawania moczu, wskutek zranienia jej tkanek. Rozpoznanie to może być w niektórych przypadkach jeszcze bardziej jasnym, jeżeli jednocześnie z uszkodzeniem cewki istnieje rana w kroczu przez którą wydobywa się na zewnątrz mocz. W ogóle należy pamiętać, że uszkodzenie to powinno i może być rozpoznane bez badania za pomocą cewnika.

Rokowanie. Przy tego rodzaju uszkodzeniach, chirurg, rokując, musi być od samego początku bardzo ostrożnym. Ponieważ uszkodzenia te, jakośmy wyżej widzieli, wywołują powikłania bezpośrednie i następne, przeto też i rokowanie musi być dwojakim. Stosownie więc do tego czy powikłania bezpośrednie będą lekkie, przy których uszkodzenie kończy się dosyć często wyzdrowieniem, średniej ciężkości, kończące najczęściej niepomysłnie i ciężkie, rokowanie może być pomyslnem, wątpliwem i stanowczo niepomyślnem. W stosunku zaś do następnych powikłań t. j. do skutków, jakie wywołują zwężenia, zjawiające się po każdym takim uszkodzeniu, rokowanie musi być zawsze poważnem.

Leczenie uszkodzeń cewki. Przy leczeniu tego rodzaju ran, musi chirurg głównie starać się, po zatamowaniu krwawienia z cewki, zadosyć uczynić dwóm następującym wskazaniom: 1) dać choremu możność swobodnego wydzielenia zbierającego się w pęcherzu moczu i 2) ochronić go od możliwości szybkiego tworzenia się w cewce modzelowatego zwężenia z jego smutnymi w następstwie skutkami. Ponieważ krwawienie w danych przypadkach można najczęściej przerwać za pomocą spokoju, ucisku lub zimna, a w najgorszym razie za pomocą

cięcia w kroczu, odszukania naczynia i podwiązania, przeto też autor bardzo mało zajmuje się leczeniem tego objawu i z największą ścisłością rozbiera wartość sposobów, jakie zwykle stosujemy dla usunięcia najgroźniejszego u tych chorych objawu, t. j. zatrzymania moczu. Zapobiedz zatrzymaniu się w pęcherzu moczu przy istnieniu w pasażu niedrożności, jak wiadomo, można za pomocą wprowadzenia w każdym oddzielnym przypadku odpowiednich cewników, albo za pomocą przekłócia pęcherza nad spojeniem łonowem, lub też za pomocą cięcia w kroczu. Opróżnić pęcherz za pomocą cewnika przy zranionej cewce autor stanowczo nie radzi. Przeprowadzenie bowiem tego zabiegu może nieraz stać się przyczyną jeszcze większego zranienia cewki i nadwyzczaj obfitego krwawienia. Jeżeliby jednak chirurg w jakim specjalnym przypadku uważał za najstosowniejsze wprowadzenie cewnika, to powinien pamiętać, że zabieg ten musi być wykonany z nadwyzczajną ostrożnością i podług pewnych zasad i, używając w każdym oddzielnym przypadku odpowiednich cewników, stosować się w zupełności do rad GUYONA, mianowicie: jeżeli przy wprowadzeniu żadnych nie było trudności, należy opróżniać pęcherz za pomocą cewnika 3—4 razy dziennie, gdyby zaś wprowadzenie to było połączone z wielkimi trudnościami, należy go tam pozostawić na kilka dni komornem i szczególną zwracać uwagę na ogólny stan chorego. Przebywanie bowiem w pęcherzu cewnika jeszcze nie zupełnie ochrania pacyenta od możności rozwinięcia się ciężkich powikłań.

(d n.)

ODCINEK.

WYKAZ STATYSTYCZNY LEKARSKI

tyczący się chorych leczonych w szpitalu Ś-go Łazarza w Warszawie w ciągu 1886 r.

Podał Dr. Med. Watraszewski

naczelnny lekarz tegoż szpitala.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 50).

II. CHOROBY SKÓRNE.

Na choroby skórne leczyło się ogółem 473 osób, w tej liczbie 128, dotkniętych było także wenerycznymi cierpieniami i pomieszczonych w odpowiedniej rubryce (I). Wyłącznie zaś dotkniętych chorobami skórnymi leczyło się 345 osób mianowicie:

 mężczyzn 180
 kobiet . 151
 dzieci . 14, którzy przebyli w szpitalu 3558 dni, czyli średnią liczbą po 10,2 dni na pojedynczą jednostkę.

Choroby skórne i czas pobytu w szpitalu cierpiących na takowe przedstawia się w następujący sposób: (patrz tablicę na str. 840)

U dotkniętych w jednym czasie chorobami skórnymi i wenerycznymi 128 osób (89 mężczyzn i 39 kobiet), cierpienia skórne były następujące:

Eczema osób	31	Pityriasis	7
Favus „	5	Psoriasis vulgar.	31
Herpes tonsurans.	8	Scabies et pediculosis	47

Przypadków śmierci w oddziale chorób skórnych notowanych nie było.

Rodzaj choroby skórnej	Liczba chorych	Liczba dni ogólna	Liczba dni przeciętna
Eczezema.	51	806	15.8
Favus	9	197	21.8
Herpes tonsurans.	3	30	10.2
Lupus vulgaris	25	631	25.6
Pemphigus foliaceus.	1	24	24.0
Prurigo.	10	108	10.8
Psoriasis vulgaris.	22	477	21.6
Scabies et Pediculosis	221	1210	5.4
Sycosis.	2	37	18.1
Varicella	1	38	38.0

III. ZWYRODNINIENIE RAKOWATE.

Dotkniętych rakiem osób 48, w stopniu czyniącym nie możliwą wszelką radykalną pomoc operacyjną (w przeciwnym razie chorzy przesyłani bywali do oddziałów chirurgicznych innych szpitalów) przebyło w szpitalu S-go Łazarza dni 2728, czyli przeciętnie po 56 dni na jedną osobę. Z liczby tej umarło osób 27, co w stosunku do liczby ogólnej chorych daje 0,83%, zaś w stosunku do chorych dotkniętych rakiem 56% śmiertelności (w szpitalu).

Nie otrzymawszy dotychczas upoważnienia do otwarcia w szpitalu bezpłatnego ambulatoryum w którym lekarze ordynujący udzielali by porad biednym dotkniętym chorobami wenerycznymi i skórnymi, lekarz naczelny, podobnie jak i lat dawnych przyjmował takich chorych sam dwa razy tygodniowo w mieszkaniu własnem. Liczba porad tym sposobem udzielonych wynosiła w ciągu roku 2670. Należy przypuścić iż z chwilą otwarcia ambulatoryum liczba ta znacznie się powiększy, albowiem często zachodziła niemożność przyjęcia dla braku czasu wszystkich żądających porady pacyentów. Nadmienić zaś wypada, iż urządzenie ambulatoryum, przy szpitalu S-go Łazarza nie tylko nie wpłynęłoby na zmniejszenie liczby chorych leczonych w samym szpitalu, lecz przeciwnie na jej powiększenie. Albowiem z kilkoletniego doświadczenia okazuje się iż znaczna część chorych, zwłaszcza mężczyzn w początkach po zarażeniu się, lecząc się zwykle u felezerów lub szarlatanów różnego rodzaju wyzyskujących ich często do ostatniego grosza, wstępuje do szpitala dopiero po wyczerpaniu wszelkich materialnych środków i w stanie często oplakany. Tymczasem spory kontyngens chorych po bezpłatną poradę przechodzących wstępuje do szpitala bez namysłu, jeżeli lekarz widząc iż choroba nie kwalifikuje się do leczenia ambulatoryjnego, zwróci na to uwagę pacyenta i rozsądną a życzliwą radą do leczenia się w szpitalu nakłonić go nie omieszka.

W związku ze sprawozdaniem za r. 1886 niech mi wolno będzie poruszyć kwestyę agitowanej w tymże i w bieżącym roku zmiany charakteru specjalnego szpitala S-go Łazarza, a mianowicie utworzenia w tymże szpitalu oddziału dla chorób wewnętrznych. Na zasadzie faktu, iż w czasie gdy inne szpitale warszawskie bywają przepełnione chorymi, w szpitalu S-go Łazarza w ostatnich paru latach pewna liczba miejsc bywała nie zajętych, wyprowadzony został wniosek, iż szpital ten na potrzeby miejscowe jest za wielki i z tego względu po odpowiednim przerobieniu go i urządzeniu, dla pomieszczenia także i wewnątrz chorych użytym być powinien.

Otóż pozwolę sobie w przedmiocie tym zwrócić uwagę na następujące okoliczności.

Przedewszystkiem liczba niezajętych od pewnego czasu łóżek stosuje się tylko do oddziału żeńskiego: W oddziale zaś męzkim zwłaszcza w ciągu kilku miesięcy zimowych, nie tylko że nie ma miejsc wolnych lecz przeciwnie, wypadło niejednokrotnie z powodu przepelnienia oddziału wyszukiwać miejsce dla chorych aż w suterenach zupełnie dla celu tego nie właściwych. Dla tej samej przyczyny w skutek przedstawienia lekarza naczelnego i za zgodą byłego kuratora szpitala, oddział kliniczny męzki o jedną obszerną salę na koszt miesie dla kobiet został powiększony. Plan zaś i konstrukcyja gmachu w którym oddział męzki się mieści są tak niefortunnie obmyślane, iż istnieją trudności dla oddzielnego pomieszczenia pojedynczych chorych potrzebujących odosobnienia. Co się zaś tyczy oddziału kobiecego, w którym mojem zdaniem już ze względów technicznych nie możebne jest urządzenie osobnego poddziału, odseparowanego od innych, to przeciw zmniejszaniu liczby miejsc w tymże dla kobiet dotkniętych chorobami wenerycznemi, przemawiają następujące okoliczności.

Faktem jest niezaprzeczonym iż między ludnością męzką w Warszawie choroby weneryczne grasują obecnie jeśli nie w większym stopniu niż dawniej to bynajmniej nie w mniejszym. Oprócz poważnej cyfry leczonych w szpitalu Ś-go Łazarza mężczyzn z których tenże jak wspomniałem, czasami nie jest w stanie ich pomieścić, w sześciu lecznicach prywatnych w mieście największy kontyngens pacjentów stanowią mężczyźni weneryczni. (Liczba porad udzielanych w lecznicach dochodzi w ciągu roku do 30,000). Prócz tego pamiętać należy o ambulatoryach prywatnych lekarzy specjalistów, a dalej o chorych należących się i eksploatowanych przez felezerów i t. d. i z którymi jako stowarzycami znaczną stosunkowo cyfrę podobnie rachować nam się wypada.

Tym czasem liczba kobiet publicznych t. j. podległych obowiązkowej rewizji policyjno-lekarskiej i przysyłanych na kuracyę również obowiązkową do szpitala Ś-go Łazarza od lat kilku nieustannie się zmniejsza: W r. 1878 przy znacznie mniejszej niż obecnie ludności w Warszawie leczyło się w szpitalu 2631 kobiet publicznych, w roku zaś 1885, przy z górą 400,000 mieszkańców było ich wszystkiego 1749 na kuracyi. W trakcie tego liczba chorych mężczyzn 1296 w r. 1878, powiększa się do 1395 w r. 1885¹⁾.

Czyli iż bez względu na ciągłe powiększenie się ludności, bez względu na to, iż liczba chorych mężczyzn wzrosła o 100, liczba kobiet podległych policyjno-lekarskiej kontroli zmniejszyła się o 900. Na objaśnienie anormalnego tego stosunku wpływa oprócz innych przyczyn, które pomijam, bez kwestyi i okoliczność iż tego rodzaju kobiety rozmyślnie uchylają się od rewizyi i kontroli. Kontrola nad kobietami publicznymi najłatwiej, bez żadnej wątpliwości, wykonywać się daje w domach publicznych (bordelach), gdzie takowe kobiety zamieszkują stale i zmuszone są poddawać się dwa razy tygodniowo oględzinom lekarskim. Daleko trudniej jest zmusić do poddawania się prawidłowo rewizyi kobiety przechodzące do t. z. domów schadzek, mieszkań stręczycielek i t. p. Otóż widzimy iż domów publicznych w r. 1872 było 39, w roku zaś 1885 wszystkiego tylko 17; natomiast znajdujemy wspomnianych przybytków rozpusty w r. 1872—65, podczas gdy w r. 1885 liczba takowych wzrosła do 148.

Kobieta publiczna mieszkająca pojedynczo i praktykująca nierząd na własną rękę, gdy spostrzeże iż jest zarażoną, często na razie zmienia mieszkanie i tym sposobem na pewien czas unika rewizyi, lub też kryje się u znajomych

¹⁾ Cyfry przytoczone tutaj wzięte są ze sprawozdań rocznych policyjno-lekarskich. Według zaś statystyki prowadzonej w szpitalu Ś-go Łazarza w r. 1885 dysproporcya ta jeszcze jest wyraźniejszą, albowiem znajdujemy dotkniętych chorobami wenerycznemi i leczących się tutaj ogółem 1552 mężczyzn, kobiet zaś wszystkich 1694!

swych, albo wreszcie wyjeżdża z miasta na pewien czas, wiedząc iż za takie przewinienia łagodna tylko czeka ją kara.—Jednakowoż i liczba kobiet publicznych mieszkających pojedynczo zmniejsza się bez względu na przyrost ludności. W roku 1879 było ich 815, w roku zaś 1885 — 551. W ogóle od roku 1879 do r. 1886 liczba prostytutek z 1873 spadła do 1263, pomimo ciągłego powiększania się ludności. Innemi słowami, iż podczas gdy w ciągu lat sześciu ludność w mieście wzrastała bezprzestannie, liczba kobiet publicznych zmniejszała się o 610. Różnica ta uwydatnia się szczególnie w liczbach kobiet rewidowanych tylko jeden raz tygodniowo: w r. 1879 przysłanych było na kurację do szpitala 460 tego rodzaju kobiet, w roku zaś 1885 wszystkiego tylko 166. Z liczby walęsających się w okolicach Warszawy przysłano do szpitala w r. 1879 kobiet 548, w roku zaś 1885 tylko 214 ¹⁾.

Dziwne to stopniowo zmniejszanie się cyfr dotyczących się jawnej prostytucji jest również w związku z wprowadzeniem reformy sądowej t. j. odjęciem policji dyskrecyjnalnej władzy w kwestyach prostytucji. Od tej chwili podciągnięcie pod kontrolę policyjno-lekarską kobiety czyniącej rzemiosło z nierządu odbywa się zwykle na drodze sądowej t. j. znacznie wolniej aniżeli według dawnego proceduru policyjnego.

Jeżeli zatem w ciągu ostatnich lat w szpitalu Ś-go Łazarza kilka sal z liczby przeznaczonych dla kobiet stało pustkami, to fakt ten na zasadzie wyż przytoczonych warunków anormalnych tłumaczyć należy, z których wynika jako konsekwencya, że w szpitalu tym leczy się tylko pewna ograniczona część z liczby tych kobiet, które utrzymując się z prostytucji leczyć by się tamże rzeczywiście powinny. W razie wyregulowania powyższych warunków, co ze względu na zdrowie publiczne jak najrychlej byłoby do życzenia, należy prędzej obawiać się aby szpital Ś-go Łazarza nie okazał się wtedy za szczupłym.

Przemawiają przeciwko zmianie charakteru specjalnego szpitala Ś-go Łazarza i inne jeszcze względy. Doświadczenie uczy nas iż leczenie pewnego rodzaju chorób najwłaściwiej odbywa się w specjalnych zakładach i przez lekarzy specjalistów. Kierunek ten w leczeniu chorób uwydatnia się coraz jaskrawiej z postępem nauk lekarskich, zwłaszcza w nowszych czasach. Zasada ta od dawna praktykowaną była w szpitalu Ś-go Łazarza i zwinięcie jej obecnie byłoby krokiem w tył na drodze postępu. Obecność oddziału dla chorób wewnętrznych pociągnie także za sobą utrudnienie lekarzowi naczelnemu specjalistcie kontroli nad ogólnym biegiem służby lekarskiej w szpitalu.

Pomijając dalej możliwość spowodowania, przez otwarcie podobnego oddziału, chorób zakaźnych i epidemicznych do szpitala, dotąd od takowych oszczędzonego, przypuścić należy iż świadomość o obecności w szpitalu chorych z zaraźliwymi i gorączkowymi chorobami i w dalszym ciągu obawa przed tyfusem, ospą etc. wstrzyma nie jednego wenerycznego od zapisywania się do specjalnych oddziałów i większą część chorych dotkniętych cierpieniami wenerycznymi będzie w stanie od szpitala odstręczyć. Czy z drugiej strony wewnętrznie chorzy z chęcią spieszyć będą do szpitala pod patronatem Ś-go Łazarza pozostającego, w którym od wieków leżeni byli tylko weneryczni i rakowaci i odstawieni bywają przez policję na przymusową kurację ludzie płci obojga do najpośledniejszych klas społecznych należący, pod tym względem mamy prawo słuszne mieć powątpiewania.

¹⁾ Cyfry tu przytoczone poczerpnięte są z oficjalnych sprawozdań ogłaszanych przez Magistrat m. Warszawy. Starszy ordynator szpitala Ś-go Łazarza dr. Diehl, zebrał je i uporządkował za lat 14, t. j. do 1885 r. włącznie; młodszy zaś ordynator szpitala dr. Trzcinański wybrał z ogółu cyfr i pozostawiał ze sobą te które nas specjalnie interesowały.

Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.

Krajowe. NAJJAŚNIEJSZY PAN w dniu 18 Października Najwyżej zezwolił raczył na utworzenie Komitetu budowy, sposobem gospodarczym, warszawskiego domu obłąkanych i rozkazał mianować do tegoż Komitetu: prezydującym: radcę tajnego Wilujewa, obecnie członka warszawskiej rady miejskiej dobroczynności publicznej i kuratora szpitala Dzieciątka Jezus; członkami komitetu: inżyniera generał-majora Palicyna, z obowiązkiem przewodniczenia w Komitecie w razie nieobecności prezydującego; radcę kol. Pankowa; kuratora szpitala Ś-go Jana Bożego, rzeczywistego radcę stanu Styczakowskiego, z obowiązkiem pełnienia czynności referenta Komitetu; przeznaczonego na dyrektora przyszłego domu obłąkanych, a obecnie starszego ordynatora oddziału obłąkanych kobiet przy szpitalu Dzieciątka Jezus, doktora medycyny, radcę dworu Chardina, budowniczego domu obłąkanych w Tworkach, inżyniera-architekta, radcę stanu Oswalda, i budowniczego prywatnego Józefa Dziekońskiego.

— Czytamy w Wiadomościach farmaceutycznych:

Nazwa nowej soli karlsbadzkiej (*Karlsbader Quellsalz*) została w bieżącym roku zmienioną na nazwę: *Natürliches Karlsbader Sprudelsalz pulverförmig*. Opakowanie, które pierwiej miało miejsce w słoikach okrągłych, zostało zmienione na słoiki czworoboczne, zawierające 125 g tej soli. Nowy ten przetwórc sprudlowy w proszku, jednak i obecnie zupełnie tak samo otrzymuje się z wody sprudlowej, jak i dotychczas, *Quellsalz* przedstawia ten sam stosunek ilościowy wszystkich składników w wodzie rozpuszczalnych, co woda sprudlowa i to samo zachowanie pod względem klinicznym, jakie wykazał dr. JAWORSKI w swej pracy w r. 1884. Nie należy przeto ten przetwórc używać jako dawną sól sprudlową sproszkowaną, która również jeszcze dotąd w podobnym opakowaniu pod nazwą *Natürliches Karlsbader Sprudelsalz Krystallisirt* w handlu istnieje, a jest prawie tylko czystą solą glauberską. Zamiarem zarządu miejskiego jest jednak tę krystaliczną sól powoli z handlu usunąć, a tylko sól w proszku nadal pozostawić, która z powodu swego składu rzeczywiście na miano *Natürliches karlsbader Sprudelsalz pulverförmig* zasługuje.

— Kilka interesujących szczegółów o zbiorze kwiatu pomarańczowego podaje *Journ. de Pharm. et de Chimie*. W drzewa pomarańczowe uprawiane dla kwiatów, obfituje południowa Francya; szczególnie okolice Vallauris mogą być uważane za stolicę tego przemysłu. W miejscowości tej istnieje przeszło 15 zakładów destylujących wodę pomarańczową. Zbiór kwiatów odbywa się od 25 Kwietnia do końca Maja i zatrudnia około 2 tysięcy ludzi. Plon roczny dosięga przeciętnie milion kilogramów, co pomimo zmian ceny stanowi bogactwo dla prowincyi południowej Francyi. Od 1882—1883 r. kwiat pomarańczowy sprzedawano po 30—60 franków za 100 kilogramów, w roku 1883, gdy przymrozki wyniszczyły prawie wszystkie kwiaty, cena doszła do 350 fr. W roku zeszłym cena wahała się między 75 a 100 fr.

Wydatność olejku jest zależną od chwili zbioru. Kwiaty z wczesnych chwil dostarczają zaledwie 50 cg z kilograma kwiatów—w końcu maja wydają do 2 g, czyli że produkeya roczna dosięga 750,000 k olejku.

Zagraniczne. Czytamy w Przeglądzie lekarskim:

We środę d. 30 listopada wykonano w klinice prof. MADUROWICZA cięcie cesarskie według metody Porro na kretyńce lat 30 i kilka liczącej z powodu znacznego ścieśnienia miednicy. Matka i syn mają się dobrze.

— Przeciwko mimowolnemu moczeniu S. J. WRIGHT zaleca naftol i opowiada o 34-letniej pacjentce u której przypadłość znikła po zadaniu naftolu w kapsułkach. Chora nie miała żadnego cierpienia pęcherza.

— H. C. Wood zaleca fosforan sody przeciwko biegunce latowej u dzieci, zwłaszcza u takich, które cierpią na zatwardzenie, a od czasu do czasu dostają napadów rozwolnienia. Do półkwartowej flaszki z mlekiem dodaje się grm. 0,6 tego leku.

— Jakie opisy podają cierpliwym czytelnikom swoim pisma amerykańskie, widzimy z artykułu jednego z lekarzy, który opowiada iż obserwował pewnego murzyna nie wydającego wcale kału od lat pięciu. Kał musiał się u niego wydalać przez skórę, gdyż wydawała ona bardzo przykrą woń!!

— Prof. REMGE z Dorpatu powołany został do Gettynge na profesora akuszerki w miejscu ustępującego prof. SCHWARTZA.

— Dr. GEO W. HOWARD przytacza (*Nashville Journal of Medicine and Surgery*) przypadek lekkiego ukąszenia ośmio-letniego chłopca w rękę i twarz przez tehrza. Po upływie miesiąca wystąpiły objawy kurczu gardzieli i chłopiec umarł.

— MONNERET poleca jako środek przeciwko katarowi następujący:

Rp. Morphii hydrochlor. 0,1
Pulv. gummi arab. 8,0
Bismuthi subnit. 24,0
MS. Zewnętrznie.

— Ból zębów szybko ustaje po wysmarowaniu dziąsła następującym płynem:

Rp. Cocain. hydrochlor. 1,25
Morphii hydrochlor. 0,30
Acidi benzoici 0,40
Eugenol. 3,75
Alcohol. absolut. 30,0
MS. Zewnętrznie.

Wykaz prac oryginalnych w czasopismach lekarskich polskich zamieszczonych.

W Przeglądzie lekarskim. W N-rze 49. WICHERKIEWICZ. Doświadczenia nad użyciem kokainu w chirurgii okulistycznej (d. c.). OBALIŃSKI. W sprawie techniki przy amputacji podudzia. ZAGÓRSKI. Przyczynek do chirurgii dróg żółciowych (c. d.). OBRZUT. Chroniczne zapalenia śródmiąższowe wątroby (c. d.). *Sprawy Towarzystwo lekarskich. X.* Posiedzenie Sekcyi lwowskiej z d. 25 Czerwca—XI. Posiedzenie Sekcyi lwowskiej z d. 22 Października. Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydz. lekarsk. Tow. Przyj. Nauk. Poznańskiego z d. 7 Paźdz. W N-rze 50. ZAGÓRSKI. Przyczynek do chirurgii dróg żółciowych (dok.). WICHERKIEWICZ. Doświadczenia nad użyciem kokainu w chirurgii okulistycznej (dok.). OBRZUT. Chroniczne zapalenia śródmiąższowe wątroby (c. d.). *Sprawy Towarzystwo lekarskich. XII.* Zwyczajne naukowe posiedzenie Sekcyi lwowskiej z dnia 5 listopada.—IX. Posiedzenie Komisji przemysłowej Tow. lek. krak. z dnia 3 listopada.

W Gazecie lekarskiej. W N-rze 50. BUJWID. Odczyn chemiczny na bakteryje choleiry azyjatyckiej (czerwień cholery). MATLAKOWSKI. Zestawienie 25 przypadków otwarcia jamy otrzewnej przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych niezapalnego pochodzenia (c. d.). M. JAKOWSKI i MATLAKOWSKI. O twardzieli nosa (*Rhinoscleroma Hebrae*) (c. d.).

W Wiadomościach lekarskich. W N-rze 4. RUMSZEWICZ. O tłuszczakach podspojówkowych. KOWALSKI. Kilka słów o durze brzuszynym.

OD REDAKCYI.

„MEDYCYNĄ“ wychodzić będzie w roku przyszłym XVI-ym swojego istnienia w obecnym naukowo-praktycznym kierunku i dotychczasowych terminach.

Wysokość przedpłaty żadnej nie ulega zmianie.

Abonentów w Warszawie nie zamieszkających zawiadamiamy, iż za najdogodniejsze dla nich i dla siebie uważamy przysyłanie przedpłaty wprost do Redakcyi.

Abonentom otrzymującym Medycynę wprost z Redakcyi nadsyłać będziemy zagubione Numera, o ile otrzymamy odpowiednie żądanie przed 1 Marca r. p.

Za zmianę adresu przysłać należy cztery marki pocztowe po 7 kop.

Z powodu układania nowych list prenumeracyjnych, drukowania adressów i t. p. przygotowawczych czynności, pożądanem byłoby wczesne zgłaszanie się z przedpłatą na r. 1888.

Zalegających w opłacie przedpłaty za dobiegające półrocze, upraszamy o pośpiech w nadsyłaniu zaległości.

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

Дозволено Цензурою. Варшава 3 Декабря 1887 г.—Druk Michała Ziemkiewicza
 Krak.-Przedm. Nr. 17. Cena numeru pojedynczego kop. 15 (złp. 1).