

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

| | | | | | |
|--------------|-----------------|-------------|------------------------------------------------|-----------------|-------|
| w Warszawie: | rocznie..... | rs. 5 | na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką: | rocznie..... | rs. 6 |
| | półrocznie..... | „ 2 kop. 50 | | półrocznie..... | „ 3 |
| | kwartalnie..... | „ 1 „ 25 | | | |

Redakcyjja przy ulicy Marszałkowskiej, Nr. 45.

TREŚĆ: Spostrzeżenia z praktyki prywatnej. Rozszerzenie cewki moczowej u kobiety w celu wydobycia kamienia z pęcherza moczowego. Podał Dr. W. TREPKA, z Solca. — Przegląd piśmiennictwa lekarskiego cudzoziemskiego. O nowotworach krtani i ich operowaniu na drodze wewnątrzkrtańniowej, podług Dr. OERTEL'A. Docenta w Monachium. Podał St. Kw. (Ciąg dalszy.) — Sprawozdania z posiedzeń Towarzystw lekarskich. Towarzystwo lekarzy lubelskich. Posiedzenie z dnia 4 Sierpnia r. b. Sprawozdawca Dr. J. TALKO. — Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej za granicą. Rozpoznawanie rozszerzeń żołądka. Do działania pietrasznika plamistego. Eserin przeciw płaswicy. — Kronika zagraniczna. Rady dla studentów medycyny. — Kronika miejscowa. Odezwa Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego.

SPOSTRZEŻENIA Z PRAKTYKI PRYWATNEJ.

Rozszerzenie cewki moczowej u kobiety w celu wydobycia kamienia z pęcherza moczowego.

Podał W. Treпка, z Solca.

Zadanie rozszerzania cewki moczowej u kobiet, przez A. COOPER'A postawione, a następnie poruszane przez HARTSKORNE'A, BRYANT'A, COULSON'A i wznowione ostatniemi czasy przez ALLIS'A, HEATH'A i SIMON'A skłoniło mnie do zastosowania, przy zdarzonej sposobności, operacji tej w praktyce. Wyniki otrzymane czytelnikom, których ten przedmiot obchodzi, podaję.

W końcu Maja r. b., zgłosiła się do mnie, żądając porady, Małka Goldfeld z Zawichosta, starozakonna, lat 20 wieku mająca, średniej budowy ciała, z charłaczą blado-żółtą barwą skóry, przy dosyć dobrze rozwiniętych mięśniach. Chora od 1½ roku zamężna, miesiączkuje prawidłowo od lat dwóch; w ciążę nie zachodziła, chorób żadnych nie przebywała.

Obecne cierpienie rozpoczęło się przed sześciu miesiącami i wyraża się, wedle opowiadania chorej, następującemi dolegliwościami:

1) Częste wydalanie moczu w małej ilości z domieszką krwi i śluzu, z wydymaniami i odczuciem niekiedy jakby piasku; 2) uczucie ciężaru i klócia w dole brzucha; 3) ogólne niedomaganie z brakiem łaknienia, a od czasu do czasu z lekkimi gorączkowemi poruszeniami i silniejszymi boleściami w dole brzucha połączone.

Ścisłe badanie, prócz obecności kamienia w pęcherzu moczowym, żadnych zmian w innych narządach nie wykryło. Ze strony nerek, ani w czasie badania, ani poprzednio oznak chorobowych nie było.

Kamień tak zakrywał wejście do pęcherza, iż tylko z trudnością

i przyczyniając znaczny ból, można było wprowadzić metalowy cewnik (*kateter*), przez który odeszła mała ilość gęstego śluzu wraz ze krwią.

O ile można było oznaczyć za pomocą postukiwania cewnikiem, kamień miał powierzchnię obszerną, dość twardą i nierówną, ból jednak jaki ten rękoczyn wywoływał, był tak silny, iż nie podobna było powziąć dokładnego wyobrażenia o prawdopodobnych jego rozmiarach.

Ponieważ znaczna objętość kamienia zdawała mi się nieodpowiednią czasowi trwania choroby, począłem pilniej śledzić i, przy badaniu przez pochwę, udało mi się wyczuć tarcie się dwóch kamieni o siebie.

Chora od 4-ch miesięcy leczona była, wedle okazanych mi recept, sporyszem, tanniną, chininą, kwasami i lekko rozwalniającymi środkami, bez żadnej zmiany w stanie choroby.

Na operację, widząc bezskuteczność aptecznego leczenia, bez oporu przystała i zaraz też do takowej przystąpić postanowiłem.

Brak pomocników i wążkość pochwy, w którą palec wskazujący wchodził z trudnością, nie dopuszczały myśli o użyciu noża. Należało przeto wybierać pomiędzy kruszeniem i wydobywaniem kamieni przez rozszerzoną cewkę.

Przy postukiwaniu cewnikiem kamienie wydawały się twardemi, a śluz i krew okazujące się już od 5-u miesięcy przy każdym wydalaniu moczu, pogorszenia występujące od czasu do czasu ze strony pęcherza, wzbudzały obawę, aby ostre kawałki po kruszeniu pozostałe, drażniąc owrzodzony pęcherz, nie wywołały ciężkiej sprawy zapalnej.

Krótki czas trwania choroby przemawiał za małą objętością kamieni, przy znacznej zaś podatności cewki u kobiet, można się było spodziewać nie-trudnego wydobycia takowych. Zresztą chęć zrobienia próby silnie mię kusił i ostatecznie na postanowienie rozszerzania wpłynęła. Tem więcej, że Thomas BRYANT podaje przykłady wychodzenia przez cewkę kamieni, mających po 6 cali w obwodzie i po 4 uncyje wagi ¹⁾, a WALTER, COULSON i HARTSKORNE również znacznej objętości kamienie u kobiet wydobywali. Samo rozszerzenie wreszcie znakomicie mogło ułatwić kruszenie, gdyby wydobyć trudnem lub niemożliwem się okazało.

Postanowiwszy zrobić rozszerzenie, należało wybrać dokonanie takowego powoli albo doraźnie.

BRYANT zaleca to drugie, przytaczając że na 13 przypadków powolnego rozszerzania w 4-ch miało miejsce mimowolne odchodzenie moczu (*incontinentia*).

Na klinice SIMON'A po doraźnem rozszerzaniu nigdy nie spostrzegano moczocieku, jak powiada WILDT ²⁾. ALLIS jednak ³⁾ rozszerzając cewkę palcami przez dni 14 (co drugi dzień) u 58-letniej kobiety, wydobył dwa kamienie po 3¹/₂ cala obwodu mające i również moczocieku nie było.

¹⁾ PODRAZKI—Pitha u. Billr. Chirurgie, III B. II Abt. 7 Lief. str. 106.

²⁾ MEDYCYNA 1875, Nr. 22, str. 346.

³⁾ Przegl. Post. N. L. za rok 1873 str. 394.

Zdawało mi się przeto, że daleko racjonalniej będzie trzymać się zasady *festina lente*.

Powolne i stopniowe rozpychanie daje możność włóknom mięśniowym cewkę moczową składającym wydłużyć (rozszerzyć) się do możliwych granic bez naruszenia ich ciągłości, rozszerzanie zaś szybkie, gwałtowne, musi ciągłość tkanki naruszyć; tkanka nienaruszona powoli wraca do stanu prawidłowego; uszkodzenia zostawiają blizny, które sprężystości, kurczliwości i sprawności w odbieraniu wrażeń tkanki prawidłowej nie posiadają.

Aby jednak uniknąć obrażeń, potrzeba żeby cewka do najwyższego stopnia była sprężystą, aby rozszerzanie było nadzwyczaj powolnym, łagodnym i z przerwami (jak u ALLIS'A), a do tego niezawsze i chorej i lekarzowi cierpliwości i czasu starczy. Przy prędszem przeto (ale niedorażnem) rozszerzaniu obrażenia cewki i zwieracza pęcherza mają bezwątpienia miejsce jako następstwa długotrwałego ciśnienia rozszerzających przyrządów, ale podobnież się dzieje i przy rozpychaniu dorażnem. Cała różnica jest w tem, że zamiast zgniecenia następuje rozerwanie.

Zgniecenie wprawdzie znaczniejsze obrażenie (obmarcie tkanki) pociągnąć może za sobą, ale takowe jest więcej powierzchownem i po zagojeniu więcej nieprawidłowe pozostawia blizny; o ile się więc traci na fizjologicznych własnościach uszkodzonej tkaniny, o tyle zyskuje się na silniej kurczących się obszernych bliznach, zwążających mechanicznie światło przewodu (*strictura*). Oczywiście, obrażenia te tem będą większe, im silniejszy opór stawia tkanina rozszerzana; przy bardzo słabym oporze obrażeń nie będzie, tak przy dorażnem jak i przy powolnem rozszerzaniu.

Ztąd zdaje mi się, wypada, że nie od sposobu, ale od osobniczej własności tkaniny którą się rozciąga, zawisł moczoćcik.

Na te własności wywierają wpływ liczne czynniki.

Cierpienia pęcherza wymagające powyższej operacyi mogą działać *per continuitatem* i na cewkę.

Sama cewka podlega również zboczeniom chorobowym niezależnie. Czynności zaś sąsiednich narządów płciowych kobiety, jak spółkowanie i poród, najwięcej na stopień rozszerzalności cewki wpływać muszą.

Te uwagi skłoniły mnie do rozszerzania powolnego; prócz tego nie miałem wzierników SIMON'A, a choloroformowanie konieczne przy dorażnem rozszerzaniu, z powodu silnego bólu jaki sprawia ten rękoczyn, jest także wielką w prywatnej praktyce niedogodnością.

Najstosowniejszym do wykonania operacyi przyrządem wydał mi się blaszeniec (*laminaria*), którego laseczki wzdłuż prześwidrowane, doskonale się ku temu nadają, służąc jednocześnie na podobieństwo cewnika do odpływu moczu.

Jakoż ułożywszy chorą na łóżku, jedną z grubszych laseczek wsunąłem w cewkę, o godzinie 7 zrana 25 Maja, urządziwszy naprędcę odbieralnik do moczu ze zwyczajnego pęcherza wieprzowego.

Po założeniu blaszeńca, przyciśniętego od zewnątrz kompresem i pęczniącego szybko wskutek ciągle przepływającego moczu, chora poczęła się

uskarżać na dokuczliwy dół w cewce, który po dwóch dawkach morfiny ($\frac{1}{12}$ gr. *pro dosi*) stał się znośnym o tyle, że dosyć spokojnie dzień przepędził.

O godzinie 8 wieczorem tegoż dnia znalazłem cewkę już na grubość palca wskazującego (około $1\frac{1}{2}$ centimet. średnicy) rozszerzoną, że zaś pęcherz odczynu nie okazywał, zamieniłem rozpęczniałą laseczkę blaszeńca dwiema nowemi, pozostawiając takowe na noc, którą chora przepędziła spokojnie.

26-go o 8-ej zrana cewka na grubość dwóch palców (około 3 cent.) rozszerzona. Po wyjęciu blaszeńca, wprowadziłem z łatwością posmarowany oliwą palec wskazujący lewej ręki do pęcherza, w którym wyczułem 3 kamienie, najeżone kolecami, każdy wielkości włoskiego orzecha. Powierzchnia ich mimo koleców zdawała się miękką. I rzeczywiście dwa z nich kolejno chwytane wprowadzonymi po palcu długimi szczypeczykami, pod dosyć słabym naciskiem rozpadały się na drobne kawałki. Trzeci, zasypany okruciami pierwszych dwóch, musiałem pozostawić w połowie tylko skruszonym bo trudno było orientować się pomiędzy garścią drobnych kamyków, a nie chciałem zbyt długą operacją mocno drażnić pęcherza, tem więcej, że pojedyncze kawałki usuwać się zaraz nie dały, gniotły się bowiem na masę, dobywanie więc takowych było mozolne i zbyt ciężkie.

Sądząc z wyjętych cząstek, kamienie składały z fosforanów, kruchość zaś ich musiała zależeć od dziurkowatej, gąbczastej budowy.

Przestrzyknięcie pęcherza letnią wodą zakończyło operację, a okrucchy odchodziły massami w ciągu trzech dni.

Wraz z wyjęciem blaszeńca wystąpił moczociek, trwający ciągle w dzień i w nocy przez 5 dni, to jest do 30 Maja włącznie. Przy tem oddzielała się w strzępach błona śluzowa cewki, silnie zgnieciona rozszerzającym przyrządem. Szóstego dnia odpływ mimowolny moczu w dzień ustał, w nocy jednak podczas snu nie przestawał. Ponieważ znaczna część 3-go kamienia w pęcherzu jeszcze się znajdowała, nazajutrz przeto t. j. 1 Czerwca, założyłem ponownie jedną lasekę blaszeńca, cewka bowiem już palca nie przepuszczała, a chciałem jeszcze raz dokładnie zbadać stan pęcherza. Po 12 godzinach skruszyłem tak jak poprzednio resztę, która odeszła z moczem w ciągu jednego dnia (2 Czerwca).

Usunąwszy kamienie cały miesiąc jeszcze musiałem walczyć z przewlekłym zapaleniem i owrzodzeniami pęcherza, z którego ciągle służył i krew wraz z silnie amonijakalnym moczem się wydzielają.

Tym to objawom przypisywałem niemożność utrzymania moczu w nocy, przy częstem (prawie co godzina) wydalaniu takowego w małej bardzo ilości, podczas dnia.

Pooperacyjnie leczenie przez pierwsze dwa tygodnie, polegało na ciepłych siedzeniowych kąpielach 3 razy dziennie stosowanych oraz picciu orszady. Następnie podano w mieszance olej terpentynowy, zamieniony po kilku dniach na kwas benzoesowy z dodatkiem chininy. Przytem robiono dwa razy dziennie wstrzykiwania do pęcherza, przemytego naprzód wodą letnią,

roczynu z 6 gran. siarczanu cynku (*zinci sulphurici*) na uncję wody na raz; gdy jednak środek ten, po tygodniowym stosowaniu, mały wpływ na cierpienie wywierał, przyczyniając tylko ból w pęcherzu, a ilość sluzu i krwi niewiele się zmniejszała, zmieniłem takowy na tanninę w stosunku 2 dr. na 6 unc. wody, przyczem własności moczu szybko się poprawiły. Po 3-ich już dniach krew i sluz przestały się pokazywać i operowana mocz wydalana dowolnie w większej ilości i rzadziej; przykra woń moczu znikła. W nocy podczas snu odpływ był bezwiedny, chora jednak już parę razy budzona była potrzebą moczenia, co dotąd miejsca nie miało.

Szczególnem było to, że chora podczas snu w dzień mocz ciągle utrzymywała. Do 1-o Lipca robione były codziennie raz wspomniane wstrzykiwania i ostatecznie chora z resztkami jeszcze niezytu pęcherza i bez moczocieku, który w tydzień po rozpoczęciu wstrzykiwań z tanniny ustał, do domu odjechała celem prowadzenia dalej leczenia przez picie wody Vichy i używanie słono-alkalicznych kąpiel.

W przypadku tym bezwątpienia zaniedbany niezyt pęcherza, był przyczyną utworzenia się kamieni, dla tego po usunięciu tychże, mimo dość energicznego leczenia, ustępował on z trudnością i wywoływał moczocięk nocny, który tak długo się przewłóczył.

Biorąc więc na uwagę: znaczne obrażenie cewki podczas rozszerzania u kobiety, która jeszcze nie rodziła, a zatem nie mogła mieć do tyle podatnego przewodu, jak starsza zapewne mnogorodząca chora ALLIS'A, tudzież, zadawnione cierpienie pęcherza zmuszające chorą do częstego wydalania moczu, mam prawo uważać wynik operacyi za zupełnie pomyslny.

Zważywszy zaś, że mimowolny odpływ moczu przez pewien przeciąg czasu, po tak obszernym jak nasze rozszerzeniu cewki, musi być koniecznym następstwem, czy takowe będzie wykonane doraźnie czy powolnie (najgrubszy wziernik SIMON'A rozszerza tylko na 2 ctm., u nas zaś takowe wynosiło 3 ctm.), a idzie tylko o to żeby ten objaw chorobowy nie został na zawsze; że powolne rozszerzanie przez blaszeniec jest daleko więcej stopniowem, a zatem łagodniejszym od podobnego rozpychania innemi przyrządami kierowanemi ręką, która nie jest w stanie tak równo wywrzeć ciśnienia; że kilkanaście godzin czasu stanowiących różnicę w szybkości rozszerzania są bez znaczenia, bo cierpienia pęcherza operacyi tej wymagające nagłacemi nie są; że powolne rozszerzanie nie wymaga chloroformowania, prawie niemożliwego dla pojedynczego lekarza; że nakoniec mimo bardzo znacznego dwukrotnego rozszerzania cewki w opisanym przypadku ciągnącego się pierwszy raz 24, drugi raz 12 godzin, moczocięk trwał bardzo krótko, przy złych, jak wyżej powiedziałem osobniczych warunkach,—jestem, zdaje mi się, w prawie następujące z powyższego wyprowadzić wnioski:

1. Że blaszeniec jest dobrym i zupełnie wystarczającym do rozszerzenia cewki moczowej środkiem, a oddzielne przyrządy do tego są niepotrzebne,

2. Że powolne rozszerzanie blaszkiem ma pierwszeństwo przed doraźnym, jako mniej bolesne, nie wymagające chloroformowania, do wykonania jest łatwiejszem i nie więcej od tego ostatniego usposabiającem do moczoćki.

3. Że mimowolny moczoćki jest niezależnym od sposobu rozszerzania cewki, a od stanu mniej lub więcej chorobowego włókien takową składających, to jest od stopnia jej rozszerzalności.

PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA LEKARSKIEGO CUDZOZIEMSKIEGO.

O nowotworach krtani i ich operowaniu na drodze wewnątrzkrtańowej

Podług Dr. OERTEL'A, Docenta w Monachium.

Podał St. Kw.

(Ciąg dalszy. Zobacz Nr. 34—37).

Brodawkowce (*papillomata*). Autor spostrzegł 24 przypadki tego rodzaju nowotworów, z których 20 operował; dwóch chorych zmarło (obaj zgodzili się z początku na operację; u jednego z nich nastąpiło uduszenie wcześniej, zanim przyszła pomoc lekarska; drugi zaś po przecięciu tchawicy zmarł z wyciężenia); w dwóch zaś pozostałych przypadkach narodził się dobowolnie.

Przy badaniu wziernikiem brodawkowce przedstawiały przeważnie trzy rozmaite postacie rozwojowe. Wszystkie one wyrastać mogą w różnych miejscach krtani, jednakże w ogólności każda z nich występuje przeważnie na pewnych częściach.

Do postaci pierwszej zalicza autor najmniej cechujące narodziłe od jasno do ciemno-czerwonej barwy, opatrzone mniej lub więcej wyraźnymi guzikami niejednakowej wielkości; te guzy przy badaniu wziernikiem trudno bywa odróżnić od włókniaków. Rozpoznanie utrudnia jeszcze ta okoliczność, iż narodziłe owe przytwierdzone bywają przeważnie do brzegu strun głosowych lub do kąta ich połączenia i powierzchnia ich górna przedstawia się nieraz nieco tylko nierówną, falistą, często zaś gładką i połyskującą. W ogóle guzy te często przytwierdzają się do tkanki macierzystej szeroką podstawą, przy której zwłaszcza średnica grubości rozciąga się nieraz daleko po za brzeg dolny struny głosowej; są one mało ruchome i przez to dają się do pewnego stopnia odróżnić od włókniaków. Jednakże zdarzają się i brodawkowce pasemkowato przytwierdzone do tkanki macierzystej, zatem opatrzone takąż samą ruchliwością jak włókniaki. Jeżeli przytem i powierzchnia będzie niejednostajnie falistą, wówczas niepodobna rozpoznać rodzaju takiego guza bez zbadania pod drobnowidzem. Jak już wzmiankowano, głównem siedliskiem brodawkowców bywają struny głosowe prawdziwe, najczęściej ich dolne powierzchnie i brzegi, albo też kąt jaki one tworzą przy swem przyczepieniu do chrząstki tarczowej. W pojedynczych przypadkach z owych miejsc wyrastają one tak, iż pokrywają i powierzchnię górną struny, która wtedy w większej lub mniejszej części zostaje przez narodziłe opasana. Rzadko tylko się zdarza, by powierzchnia dolna była od nich wolną, a wówczas przytwierdzają się one do brzegu lub powierzchni górnej struny głosowej jako odosobnione guziki wielkości ziarna konopnego lub grochu. Oprócz tego zjawiają się one na brzegach strun rzekomych (górných), mianowicie na ich trzeciej części przedniej, jakoteż w punkcie ich przyczepienia do chrzą-

stki tarczowej, na wyrostku głosowym i na innych częściach chrząstek nalewkowych, wreszcie na tej części powierzchni dolnej nagłośni, która zachodzi na struny głosowe rzekome; gdy tymczasem pozostałe jej części zwykle bywają siedliskiem innych postaci brodawkowców.

Wielkość ich bywa rozmaita: od ziarna konopnego do małego podłużnego bobu. Stosunki wielkości najczęściej przedstawiają się w ten sposób, iż średnica największa tych narośli jest równoległą do podstawy, o parę milimetrów od niej mniejszej. Autor nigdy nie spostrzegł guzów, którychby podstawa leżała w największej średnicy i któreby zatem posiadały kształt odcinka kuli, mającego wysokość równą $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ promienia. Przy dotykaniu z głębnikiem tych narośli przedstawiają się one po największej części jako twarde, z trudnością dające się ucisnąć i zależnie od swej podstawy mało ruchome; w tych tylko razach, gdy przy małym rozprzestrzenieniu się guza, a ciągłym jego wzroście wytworzyło się pasemkowane połączenie z tkanką macierzystą, tam i ruchliwość sprawiana przez ucisk głębnika bywa znacznie większą.

Wreszcie co się tyczy liczebności tych narośli, jednocześnie w krtani wyrastających, to ta w stosunku do włókniaków przedstawia bardzo cechujące różnice. Autor zawsze spostrzegł jeden tylko włókniak; STÖRK'OWI rzadko zdarzało się widzieć dwa razem, być może, że się zdarzają jednocześnie w liczbie trzech, gdy tymczasem odwrotnie rzecz się ma z brodawkowcami, których najczęściej dwa, trzy i więcej można spostrzegać jednocześnie w krtani na najróżnorodniejszych miejscach. I tak autor widział takie guzy rozmieszczone w ten sposób, iż jeden siedział na trzeciej części przedniej jednej struny głosowej, podczas gdy drugi na tylnej połowie drugiej struny, albo na brzegach strun rzekomych, w kącie przyczepienia ich do chrząstki tarczowej i na wyrostku głosowym.

Badanie drobnowidzowe wykazuje, iż te guzy składają się z krótkich, najczęściej dość szerokich brodawek pojedynczych, lecz często ze sobą połączonych, utworzonych przez młodą, pulchną tkankę łączną i obficie unaczynioną, co im nadaje ciemno-czerwone zabarwienie; brodawki te pokrywa niezbyt gruba warstwa komórek nabłonkowych, ułożonych w ten sposób, iż warstwa komórek stożkowatych przylega bezpośrednio do brodawek; za nią następuje kilka warstw bardziej wydłużonych komórek, które zbliżają się już więcej do komórek wielokątnych tak, że warstwa zwierzchnia nosi na sobie już zupełne cechy komórek płaskich.

Drugą postacią. Brodawkowce tej postaci bywają więcej w rozwoju swym posunięte i ztąd przy badaniu wziernikiem łatwiejsze do rozpoznania. Przedstawiają się one pod postacią guzów blado czerwonych lub białoszarych od wielkości główki szpilki do wielkości bobu, nie jednostajnie okrągławe lub jajowatego kształtu, lecz tworzą najróżnorodniejsze nieprawidłowe rysunki, jakich nigdy nie spotykamy w poprzedniej postaci. Ztąd wynika, iż niepodobna ich już na pierwszy rzut oka zmieszać z włókniakami. Przy dokładniejszym badaniu wziernikiem można się przekonać że powierzchnia ich jest pokrytą ostro zakończonymi nieprawidłowymi czopkami o zmiennej wielkości: od ziarenka prosa do wysokości 2 mm. przeszło dochodzącymi, przy podstawie zaś mającymi grubość około 1 mm. Czopki te na pierwszy rzut oka przedstawiają się ułożonemi bez żadnego porządku. Ścisłejsze badanie ich za pomocą głębnika lub, co lepiej, spostrzeganie części guza odjętej z krtani wykazuje natychmiast, iż owe różnorodnie wyrastające czopki w ogólności układają się w taki sposób, że czopki mniejsze są ustawione do koła większych, tworząc pojedyncze grupy różnej wielkości. W niektórych miejscach na takich guzach utwory te są tak mocno rozsunięte, że odgraniczają się wyraźnie od głównej treści narośli

(*Hauptmasse*); tam zaś, gdzie czopki są mniejsze, narosł przedstawia większą jednorodność. Na powierzchni przecięcia takiego guza widzimy, iż owe małe czopki, wielkości zaledwie główki szpilki, układają się obok siebie w pewnym oznaczonym porządku, a cała treść guza rozkłada się na pojedyncze różnej wielkości zrosty brodawek, które można porównać z mineralnymi zrostami (*Drusen*) kryształów. Skoro pojedyncze te zrosty brodawek dosięgły wielkości soczewicy lub małego grochu, wówczas nie tylko wyraźnie występują jako od guza odgraniczone, lecz w ogólności bez trudu można je od niego odosobnić.

Ponieważ pojedyncze brodawki, dopóki jeszcze nie dosięgną do pewnej wielkości, stale są do siebie przyrosłe, przeto guz w tym okresie wzrostu tworzy jeszcze więcej zbite ciało, od którego oddzielne grupy nie tak łatwo dają się odosobnić. Owa łatwość odosobnienia się nastąpiła w skutek tego, że grupy te podczas swego wzrostu, z przyległymi małemi brodawkami były połączone nie tak mocno, iżby mogły stawiać opór działaniu jakiegokolwiek bądź zewnętrznej siły. Od tego też zależy i ta okoliczność, że przy rozprzestrzenionych guzach tego rodzaju, zrosty wielkości ziarenka grochu mogą się przy mocnym kaszlu odrywać i z płwociną wydalać. Nakoniec takie ułożenie pojedynczych brodawek i ich wzrost, zależny znów od wieku guza, objaśnia ową nieprawidłową, szczególną postać, jaką te guzy w przeciwstawieniu poprzednim mogą przyjmować i jaka je od tych ostatnich tak wydatnie odróżnia przy badaniu wziernikowym.

Siedliskiem tych guzów, podług dotychczasowych spostrzeżeń autora, były jedynie tylko struny głosowe dolne i mała bardzo część przyległej im błony śluzowej. Autor przeważnie je spotykał na dolnej powierzchni strun, na brzegu ich; rzadziej na powierzchni górnej w odległości paru milimetrów od brzegu, i to tylko, gdy nowotwór zajmował jednocześnie górną i dolną powierzchnię struny. Nieraz takie wyrastanie pojedynczych zrostów na powierzchni górnej struny głosowej było tylko pozornem; szczególnie przy wielkich pojedynczych zrostach wystających w zatoce Morgagniego, zdawało się, iż siedziały one na środku powierzchni górnej struny, gdy tymczasem rzeczywiście wyrastały z brzegu tejże. Podobnie przy narosli mocno zachodzącej w otwór głosi szerokość samej struny głosowej zdawała się być powiększoną. Pod spodem strun owe narosłe nie ograniczały się do dolnej tylko ich powierzchni, lecz pokrywały też dalszą jeszcze przestrzeń w kierunku ku dołowi, jednak rzadko dalej jak na 4—5 mm. Oprócz tego brodawkowce tej postaci znajdowano jeszcze na wyrostku głosowym, w kącie połączenia strun głosowych i na samej chrząstce tarczowej na przestrzeni około 5—6 mm. od strun ku dołowi. Na wszystkich pozostałych miejscach błony śluzowej nigdy ich nie spostrzegano.

Przytwierdzenie tych guzów do tkanki macierzystej stanowiło zawsze szeroką podstawę. Ponieważ większe, starsze brodawki i zrosty zawsze były otoczone przez mniejsze i młodsze, z którymi się łączyły bezpośrednio, ztąd powstawała masa zbita, wysokości kilku milimetrów, która całą swą szerokością i długością była połączona z tkanką macierzystą. W miarę swego wzrostu guz taki nie odosobniał się więcej od tkanki, która mu dała początek, jak to miało miejsce przy włókniakach, lecz pojedyncze zrosty nabierały z czasem większej ruchliwości tak dalece, iż ostatecznie połączyły się z treścią guza, tylko za pomocą cienkiej szypułki. Sam guz w skutek oddzielenia się pojedynczych takich części, traci bardzo mało ze swej objętości. Na miejscu części wypadłej znajdujemy małe zagłębienie kształtu stożkowatego z wierzchołkiem zwróconym ku dołowi.

Takie zagłębienie w skutek szybkiego rozrostu przyległych czopków po upływie pewnego czasu zupełnie się zamyka. W jednym przypadku autor widział nową brodawkę wyrosłą z podstawy takiego zagłębienia.

W miarę wzrostu w wysokość pojedynczych zrostów cała masa powiększała się i w kierunku szerokości tak, iż tym sposobem podstawa coraz bardziej się rozszerzała. Obok tego zwiększenia się w objętości istniejącej już masy, na zdrewej dotychczas błonie śluzowej wyrastały jednocześnie nowe brodawki, które z czasem w części zlewały się z masą główną nowotworu.

Tym sposobem przy tych narosłach nie przychodziło do utworzenia podstawy szypułkowatej, jak to miało miejsce w poprzedniej postaci brodawkowców, ani do ruchomego, choćby nawet i szerszego przytwierdzenia, lecz pozlewane ze sobą krótkie i grube czopki, w wysokości mające od 1—3 mm., oraz pozrastane z nimi większe brodawki i zrosty tworzyły masę zbitą, siedzącą na tkance odżywczej (*Nährboden*) największą swą szerokością i długością. Podobnież nacisk zgłębnikiem wprowadzonym do krtani sprawia po większej części tylko przesuwanie się błony śluzowej lub całego narządu (organu), będącego siedliskiem nowotworu. Przy badaniu zgłębnikiem brodawki narostu przedstawiały się jako twarde czopki, z których nawet swobodnie wystające były nader mało ruchome i nie dawały się wcale zgłębnikiem ucisnąć.

Nowotwory te, pod drobnowidzem badane, przedstawiały budowę następującą: nadzwyczaj mała ilość słabo unaczynionego podścieliska łączno-tkankowego wychodziła z tkanki odżywczej pojedynczemi czopkami, które się przedstawiały albo odosobnione albo też więcej ze sobą skupione, albo wreszcie w postaci więcej rozgałęzionych długich brodawek. Na tem delikatnem podścielisku leżała gruba warstwa komórek nabłonkowych, wysokość której miejscami przenosiła przeszło w dwójnasób grubość ciała brodawkowego. Bezpośrednio do tkanki łącznej przylegała warstwa komórek stożkowatych, na niej zaś układały się warstwy komórek podłużnych. Bliżej powierzchni komórki te podłużne coraz więcej przyjmowały okrągłą, wielokątną postać i przedstawiały się jako wyraźnie zazębione, przyczem oddzielne ząbki wzajemnie o siebie się zahaczały. To zazębienie brzegów najwięcej występowało w warstwach średnich nabłonka; ku powierzchni zaś, gdzie komórki spłaszczaly się coraz więcej było ono niewyraźnem i wreszcie ginęło tam, gdzie nabłonek stawał się zupełnie płaskim. Warstwę nabłonka leżącą na powierzchni tworzyły tylko komórki płaskie.

Wzajemny związek widziany gołym okiem, jaki zachodzi pomiędzy brodawkami nietylko jednakowej wielkości, lecz także pomiędzy mniejszemi i większemi, rozgałęzionemi, odbywał się za pomocą grubych komórek nabłonkowych, wzajemnie na siebie zachodzących. Połączenia łączno-tkankowego grupy te były pozbawione. Od tych stosunków anatomicznych zależy owa łatwość odosobniania się pojedynczych zrostów, o jakiej wyżej była mowa. Co się tyczy unaczynienia tej postaci brodawkowców, to było ono w ogólności nadzwyczaj słabe: mała tylko ilość delikatnych naczynek wnikała w podścielisko łączno-tkankowe, tworząc w brodawkach drobne pętelczki; ztąd blade, białoszarawe zabarwienie tych guzów.

(d. c. n.)

SPRAWOZDANIA Z POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Towarzystwo lekarzy Lubelskich.

Posiedzenie z dnia 4 Sierpnia r. b. Prezydował wiceprezes Dr. GŁOGOWSKI.

(R o k d r u g i.)

1) Sekretarz zawiadamia o otrzymaniu od kol. RODCIEWICZA 28 i od kol. POCIEJA 10 egzemplarzy wzorów rozesłanych dla określenia epoki dojrzałości płciowej. Następnie odczytał odezwę miejscowego urzędu lekarskiego, zawiadamiającą iż Warszawski generał-gubernator znajduje niemożliwym dozwolnić Towarzystwu wysłać 2-ech delegatów na zjazd lwowski; stosownie przeto do tego zawiadomienia Towarzystwo przesłało odpowiedź do wydziału gospodarczego 2-go zjazdu. W końcu odczytuje list kol. PANKIEWICZA, dziękującego za ofiarowany mu przez Towarzystwo obiad pożegnalny.

2) Wiceprezes zawiadamia iż prezes dyr. szczegółowej p. Bieliński, zbierający składkę na fundusz dla syna po ś. p. SURZYCKIM, nie zgadza się na przyjęcie od Towarzystwa rs. 156 z warunkiem, aby takowe zwróconemi były Towarzystwu w przyszłości dla utworzenia stypendyum. Postanowiono przesłać na jego ręce zebrane pieniądze bez żadnych warunków.

3) Przyjęto na członka czynnego Julijana BUTRYMA, lekarza miasta Dubienki.

4) Kol. ŻYLIŃSKI opowiedział: a) o przypadku złośliwej zimnicy (*febris pernicioso*): U 13-letniego chłopca zmarłego we wsi Krzesimowie po 2 ch napadach trzeciaczki; śledzioną ważyła funt jeden, długa była na 7 cali, gruba $2\frac{3}{4}$ szeroka $\frac{3}{4}$ cala, odporności miękkiej. b) o przypadku śmiertelnego otrucia się grzybami pewnej rodziny włościańskiej; w ogóle otrucia się grzybami obecnie zdarzają się dosyć często w naszej gubernii. c) Podał ciekawe spostrzeżenie spiączki (*hypnosis*) u upewnego żyda z Kowna, który sypia po tygodniu, nieprzyjmując pokarmu.

(Przyp. Sprawozd.) Na parę dni przed śmiercią tego osobliwego chorego, a która nastąpiła 15-go Września r. b., widziałem go wraz z kol. SAKSEM i ŻYLIŃSKIM. 23-letni Chaim Berek Betman spał w prywatnym domu na przedmieściu Kalinowszczyzna i żadne przedstawienia nie zdołały rodziców jego skłonić do przewiezienia go do szpitala, gdzieby możebnem było przeprowadzenie ścisłego i nieustannego spostrzegania tej rzadkiej choroby, jako też karmienie spiączonego pożywnemi enemami. Matka chorego za przyczynę spiączki podaje zabranie 150 rs. przez żonę chorego, która go opuściła. Początek chorobliwego spania datuje od Marca r. b.; z początku sypiał po tygodniu bez przerwy, budził się raz na tydzień i spożywszy nieco pokarmu znów zasypiał; przez cały „pejsach” nie spał i ostatecznie spał bez przerwy 33 dni pomimo niejednokrotnego budzenia go; na dzień przed śmiercią obudził się prosząc aby mu poprawić pierzynę, poczem sen przeszedł wkrótce w śmierć. Kol. ŻYLIŃSKI spostrzegał ciągłe пониżenie ciepłoty ciała tego chorego (średnio 36,4^o C.), przy tętnie 80 i oddechu 20 (raz 14). Jeśli chory przebudziwszy się przemówił, to bardzo cicho, jakby szepcząc. Podczas snu, jakem się przekonał, członkom można było nadawać dowolne położenia, których spiący nie zmieniał, z początku pozowania mogły być nawet kataleptyczne, lecz w końcu podniesione kończyny opadały bezwładnie, a to z powodu prawie zupełnego zaniku mięśni. Wycieńczenie było tak ogromne, że chory przypominał sobą skielec obciągnięty skórą. Wskutek nieustannego szczękociski, spiączonego można było utrzymywać przy życiu tylko pożywnemi buljonami zadawanemi w enemach. Wydalanie moczu i kału odbywało się bezwiednie. W skórze i w spojówce powiek nie znalazłem najmniejszego czucia przy ukłóciu szpilką. Od czasu do czasu spiący lekko ruszał ręką, jakby gładząc brodę lub skrobiać się w głowę, i otwierał na chwilę ciągle zamknięte oczy. Gałki oczne zwrócone były do góry i ku wewnątrz, jak w śnie fizjologicznym, źrenice zwężone słabo kurezliwe; po rozszerzeniu ich atropiną wziernikowałem oczy: oprócz lekkiej bledości dna ocznego w głębi oczu nie

wykryłem nie nieprawidłowego; to też gdy się chory przebudził rozpoznawał dobrze osoby i przedmioty go otaczające. Odruchy aczkolwiek bardzo upośledzone, mogły być jednak wywołane: bryzając zimną wodą na twarz zauważyłem lekkie drżenie powiek. Śpiący ani razu nie miał drgawek, i nigdy nie wymiotował i, co godna uwagi, odleżyn (*decubitus*) nie było pomimo iż przy nadwyzwyczajnem wycieńczeniu śpiący ciągle prawie leżał na jednym boku. Na 3 dni przed śmiercią tętno podniosło się do 128, oddech do 40, następnego dnia, po chwilowem przebudzeniu się ciepłota 37,6° C., tętno 132, oddech 56; musiało więc nastąpić z wyniszczenia śmiertelne zejście tej śpiączki, którą można nazwać *kataphorą* (RICHTER), jako mającą podobieństwo do naturalnego snu i przerywaną od czasu do czasu chwilowem przebudzeniem się. Badanie zwłok, ma się rozumieć, nie było dozwolonem.

5) Kol. TETZ opowiedział: a) o przypadku wtórnego przymiotu u ciężarnej w 5-ym miesiącu, uleczonym 24 wcieraniami szaruchy (12 dr.) bez ślinotoku; b) o 8-mio dniowym zaparciu stolca, przy ogromnych bólach i wzdęciu brzucha u pewnej kobiety;— mechaniczna przeszkoda w kiszkiach usunięta została po wielu enemach i wprowadzeniu do okrężnicy fiszbinu; c) komunikuje iż dziewczyna, obecnie kobieta publiczna która przed 2-ma laty cierpiała na zebranie ropy i powietrza w jamie opłucni (*pyopneumothorax*) (G a z. Lekarska 1873 Nr. 15) świeżo przebyła zapalenie płuc po tejże stronie i jest obecnie zdrową; d) w końcu odczytał spostrzeżenie: p. n. Operacja uwięzionej przepukliny pachwinowej z pomyslnym zejściem u 70-letniego starozakonnego. Spostrzeżenie to poniżej przytaczamy dosłownie.

„Dnia 30 Czerwca r. b. przybył do szpitala starozakonných 70-letni mężczyzna, który od lat wielu dotknięty był przepukliną pachwinową po stronie prawej, dającą się odprowadzać do jamy brzusznej i paskiem podtrzymywaną. Piątego dnia przed przybyciem chorego do szpitala przepuklina wystąpiła z jamy brzusznej i nie dała się już odprowadzić. Poprzednio chory codzień miewał stolec; wszakże podczas ostatnich 2-eh dni wystąpiły wymioty, i ból brzuszny w napadach. Przy badaniu ciepłota ciała okazała się prawidłową, chociaż tętno było nieco przyspieszonem. Brzuch miękki, nieczuły przy naciskaniu. Po prawej stronie znajdowała się przepuklina zajmująca prawą pachwinę, które to miejsce mało było czułem przy dotknięciu, jak również i moszna (*scrotum*) której objętość znacznie była powiększoną. Pomimo że przedsięwzięte odprowadzenie (*taxis*) było bezskuteczne, to jednak w obec opisanego niezbyt zatruwającego stanu ogólnego chorego, wspólnie z kol. TALKO i SAKSEM postanowiliśmy czekać dzień jeden, korzystając z tego czasu dla stosowania zimnych okładów, ciepłych kąpieli, wpuszczenia powietrza w przewod pokarmowy i t. p. Wspomniane co tylko środki nie polepszyły wszakże stanu chorego. Stolec wprowadzić był przez chorego wydalany, lecz stan ogólny widocznie się pogorszał: wymioty nie ustępowały, napady bólów stawały się częstszymi, zaś podczas ostatniej doby przyłączyła się czkawka (*singultus*).

Nie można więc było wątpić że istnieje w tym przypadku uwięzienie przepukliny (*incarceratio herniae*), chociaż niebyło bezwzględnej przeszkody dla poruszania się zawartości kiszki (sądziłmy że mamy do czynienia z uwięzieniem sieci (*epiplocele*) czego przedmiotowo dla czułości odpowiedniego miejsca stwierdzić nie można było). Uważaliśmy więc operację za wskazaną i bezzwłocznie przystąpiliśmy do takowej (we 24 godzin po przyjęciu chorego).

Dopiero po stopniowem przecięciu licznych warstw przerosłej tkanki łącznej, dostaliśmy się do nader zgrubiałego worka przepuklinowego, po nakłóciu którego obficie wytrysnął płyn krwawo-surowicy, po przecięciu worka ujrzeliśmy nie sieć (*omentum*), lecz kiszkę grubą (*c. ascendens*), której znaczna część wypadła. Obok kilku mniejszych, znajdowała się jedna większa pętla barwy ciemno-czerwonej kałem przepelniona. Pomimo że przewod pachwinowy swobodnie przepuszczał końce dwóch palców, daremne były usiłowania odprowadzenia wspomnianej pętli, nie dała się bowiem wyprostować, gdyż tworzyła ciało stałe z powodu prawie chrząstkowato zwyrodniałej tkanki odpowiedniej krezki (*mesenterium*). Musiałem więc w paru miejscach naciąć pierścień ścięgnisty przewodu pachwinowego,

lecz i to początkowo nie pomogło, a dopiero po dłuższych usiłowaniach i po podniesieniu w górę miednicy chorego, udało się kol. TALKO odprowadzić *en masse* wspomnianą pętlę kiszkową.

Oczywiście, że pętla, która skutkiem opisanej właściwości po rozszerzeniu obejmującego ją pierścienia i przy bezpośrednim działaniu na nią ręki z trudnością odprowadzić się dała—ani sama ani przy próbach odprowadzenia przed operacją do jamy brzusznej powrócić nie mogła. Chociaż więc masy kałowe dosyć swobodnie jeszcze przez kiszki poruszać się mogły (co niezawodnie w razie niewykonania operacji nareszcie ustało), powoli rozwijać się począł stan zapalny tej pętli, jak o tem świadczy stan wypadniętej kiszki i obfity krwawo-surowiczny wysięk w worku przepuklinowym znaleziony. Możemy więc powiedzieć, żeśmy właściwie operowali z powodu zapalenia pętli kiszkowej (*enteritis partialis*), któreby przy zaniedbaniu wywołało zupełne uwięznięcie (*incarceratio*). Wspomniana pętla zapewne nie poraz pierwszy wypadła, a ponieważ zwyrodnienie krezki już od dawna niezawodnie trwało, dziwić się więc poniekąd należy, że już dawniej u chorego nie było podobnych przypadłości.

Przebieg pooperacyjny nie był zresztą wolnym od powikłań. Już nazajutrz przy silnem ziębieniu i znacznie podniesionej ciepłocie ciała około rany wystąpiła róża, zajmująca dolną prawą część brzucha i rozszerzająca się na moszna. Chociaż zdołano zapobiedz szerzeniu się róży, w głębi rany nastąpiło obumarcie (*mortificatio*) tkanki łącznej, znacznie przekraczające granicę samej rany. Jednocześnie z tem nastąpił groźny upadek sił chorego (*collapsus*) i trzeba było starannej terapeutycznej i chirurgicznej pomocy za nim ogólny stan się poprawił, a rana zablizniać się począła. Zapalenie rozlane moszny (*phlegmone scroti*) które w następstwie się przyłączyło, było dalszym powodem przewlekłego wyzdrowiewania tak, iż dopiero 29 Lipca r. b. starzec ten zupełnie wyzdrowiał i mógł szpital opuścić z zarośniętym workiem przepuklinowym, a więc bez obawy wznowienia się przepukliny”.

Dr. TALKO po odczytaniu spostrzeżenia zrobił uwagę iż w pętlach kiszek, znajdujących się w worku przepuklinowym, istniały miejscami lejkowate zagłębienia ścian kiszek, w które łatwo można było wprowadzić pióro gęsie lub ołówkę. Lejkowatości te, wyglądające dosyć oryginalnie, być może, powstały w skutek miejscowego skurczenia się (naprężenia) bliznowatej krezki.

6) Kol. ZAŃSKI z Janowa, nadesłał następujące spostrzeżenie pomysłnego działania jaborandi przy białkomoczu.

„Urzędnik J. S. lat 55 wieku mający, prowadzący życie jednostajne i skromne, nie podlegający dawniej żadnym wybitnym chorobom, oprócz gośceca, bez widocznej przyczyny, chyba od długiego przesadywania nad pracą biurową, blisko od dwóch miesięcy czuł się niezdrowym: doznawał od czasu do czasu lekkich dreszczów, ciśnienia w dolku, odbijania, pełności brzucha, parę razy wymiotował i w ogóle znacznie osłabł. Uznając swe cierpienie za prostą niestrawność, rady lekarskiej nie zasięgał, dopiero zauważana przez niego i otaczających poczynająca się puchlina twarzy, a następnie kończyn do tego go zniewoliła.

Będąc wezwany do chorego w d. 3 Maja r. b. znalazłem oprócz powyższych objawów, wygląd twarzy chorobliwy, cerę blado-żółtawą, twarz obrzmiała, brzuch pełny z wyraźnem chelbotaniem, dolne kończyny obrzmiałe, w narządach wewnętrznych zmian szczególnych żadnych, stan bezgorączkowy, tętna 50 uderzeń na minutę przez cały czas trwania choroby. Mocz przy ogrzewaniu mętniał na podobieństwo serwatki, po zagotowaniu osadzały się w nim w znacznej ilości strzępy białka; próba z kwasem saletrzanym również wykazywała białko.

W ciągu pierwszych trzech tygodni zastosowane były choremu początkowo bańki cięte w okolicy nerek, *calomel* w małych dawkach, następnie tannina, chinina ale bezskuteczne: puchlina ogólna doszła do wysokich rozmiarów, ilość moczu każdej doby mierzona, malała. Po zastosowaniu ciepłych kąpeli codziennie, chory zaczął pocić się i puchlina dalej nie postępowała, a nawet cokolwiek znikła, nie okazywało to jednak widocznego wpływu na zmniejszenie się białka.

W dniu 24 Maja zastosowałem napar *jaborandi* z $1\frac{1}{2}$ drachmy na szklanę gorącej wody w jednorazowej dawce. W kilkanaście minut po użyciu wystąpił na całym ciele pot i powiększyło się wydzielanie śliny; poty trwały do trzech a ślinienie do 10 godzin, przytem ilość moczu w ciągu doby zwiększyła się blisko o półtrzeciu raza w stosunku do tego, ile go było przedtem, a co najważniejsze, że białko wkrótce potem znajdowało się tylko w moczu dłużej zatrzymanym w pęcherzu, w innym go nie było; próba na białko była dokonywana z każdym świeżo wydalonym moczem. Puchlina zaczęła widocznie i znacznie zmniejszać się. Chory użył jeszcze dwie takie dawki *jaborandi* w przewlele trzydniowej i czterodniowej; w innych dniach stosowane były gorące kąpiele. Skutek był ten sam jak po pierwszej dawce: mocz wydalał chory ciągle w powiększonej ilości, białka pokazywało się coraz mniej i tylko czasami, w końcu zupełnie zaprzestało wydzielać się, puchlina całkowicie ustąpiła, tętno podniosło się do 64 uderzeń jak przed chorobą. Obecnie, po trzech tygodniach od użycia pierwszej dawki *jaborandi*, chory uważa się za zdrowego i powrócił do zwykłych zajęć."

Po odczytaniu tego spostrzeżenia dr. TALKO opowiedział podobne szybkie wyleczenie puchliny brzusznej (wskutek ostrego zapalenia nerek) u 37-letniego chłopca ze wsi Niemce, chorego od 2-eh tygodni. Brzuch był ogromnych rozmiarów, w moczu obfitość białka. Po ciętych bańkach na krzyżu postawionych i użyciu dwóch dawek naparu *jaborandi* w ciągu tygodnia (dr. 2 *pro dosi*) chorego trudno było poznać z powodu zupełnego zniknięcia puchliny, w moczu jednak znajdowało się jeszcze nieco białka. Ślinienie obfite („cały garniec") rozpoczęło się w kwadrans po wypiciu i trwało za każdym razem po 6 godzin; poty zaś rozpoczynały się w pół godziny i trwały 5 godzin, z godzinną przerwą. W ogóle środek ten okazał się w tym razie więcej ślinopędnym, aniżeli napotnym.

Kol. JAWOROWSKI oświadcza że *jaborandi* używano w szpitalu Ś-go Jana u 3-eh chorych, u 2-eh z przewlek. zapal. nerek widziano tylko polepszenie choroby, u 3-go dotkniętego marskością wątroby (*cirrhosis hepatis*) niestwierdzono najmniejszego zmniejszenia się puchliny.

7) Kol. JAWOROWSKI opowiada iż przy badaniu zwłok pewnego 30-letniego chłopca wykrył wrodzone zwężenie całej tętnicy głównej: szerokość jej luku po rozłożeniu rozciętych niezmiennych ścian wynosiła 2 cale, przytem znalazł przerost i rozszerzenie serca. Kol. GŁOGOWSKI zwraca przytem uwagę, iż VIRCHOW i BENEKE zauważyli iż dziedziczność i skłonność do chorób jest w zależności od stanu naczyń krwionośnych.

8) Prow. far. ORTO przedstawił: a) *picras ammoniacae*, używany po $\frac{1}{4}$ gr. na dobę przy upartych zimnicach (w pigułkach *c. extr. gentianae*, po $\frac{1}{2}$ gr. w jednej) i b) *Gouttes amères de Baumé (tinct. St. Ignatii)*, zalecanych w nerwobólach, do 5 kropli na dawkę.

9) Panujące choroby w miesiącu Lipcu r. b. odra, niezżyty żołądkowe, zimnica, a szczególnie biegunka krwawa (*dysenteria*) istniejąca w całej gubernii.

Dr. Józef Talko.

KRÓTKIE SPRAWOZDANIA Z POSTĘPU WIEDZY LEKARSKIEJ ZA GRANICĄ.

Rozpoznawanie rozszerzeń żołądka (*gastrectasia*). Wiadomo jak trudnem jest rozpoznanie tego cierpienia, zwłaszcza małego stopnia, pochodzi to z braku objawów któreby były właściwemi tylko dla rozszerzenia żołądka. I tak: zjawiska niestrawności (*dyspepsia*) spotykamy i przy wszystkich innych chorobach żołądka. Wielka obfitość wymiotów nie jest cechującą, bo nawet przy znacznych stopniach rozszerzenia ilość ich nie dosięga prawidłowej objętości jamy żołądka, która wynosi 5—8 funtów (LUSCHKA). Granica krzywizny wielkiej i małej jest nadzwyczaj trudną do oznaczenia za pomocą macania i oglądania, a zresztą rozszerzona kiszka gruba (*colon*) może być powodem błędnego rozpoznania. To samo tyczy się ruchów robaczkowych, które niektórzy autorowie sposterzegali przez skórę w rozszerzonym żołądku. Ruchy te mogą zależeć od kiszek cienkich które się pomieściły między żołądkiem a skórą. Niewiele pewniejszymi są znaki otrzymywane przez osłuchiwanie (*auscultatio*). Szczególny szmer podawany dawniej za objaw

patognomiczny rozszerzonego żołądka, a który powstaje przez falowanie płynu będącego w żołądku zawierającym powietrze, po nagłym uciśnięciu na dołek sercowy, można wywołać sztucznie u zdrowego po wypiciu kilku szklanek wody. Dalej dosyć raz nacisnąć u trupa na kiszkę grubą wypełnioną w części płynem i rozdętą gazami, by nabrać przekonania, o ile ten objaw jest właściwy tylko rozszerzonemu żołądkowi. To samo da się powiedzieć o szmerze jaki słychać gdy chory nagle zmienia położenie ciała i o szmerze słyszalnym przy osłuchiwaniu brzucha gdy ciecz po wypiciu spada na dół żołądka. Więcej pewnymi są dane otrzymywane przez opukiwanie (*percussio*). Daremnie jest usiłowanie odróżnić dokładnie przy próżnym żołądku za pomocą opukiwania granice jego. Możliwym to jest tylko przy częściowym napelnieniu żołądka pokarmami, stan w jakim się znajduje ciągle rozszerzony żołądek. Wtedy to w położeniu stojącym w pewnej odległości od łuku żeberowego zaczyna się stłumienie, a gdy chory przyjmie położenie leżące, na miejscu stłumienia wykukujemy odgłos bębniasty. Dowodzi to iż w pewnym większym wydrążonym narządzie brzuszynym obok powietrza jest pewna ilość płynu, która ze zmianą położenia chorego odpowiednio do praw ciężkości zmienia poziom. Nie wiadomo jednak czy to jest żołądek czy wzdęta kiszka gruba. Nabieramy pewnego stopnia pewności, gdy granica tępości zmienia się po wypiciu dużej ilości płynu (PRORRY), chociaż i tu można popełnić błąd, bo wedle spostrzeżeń czynionych przy łóżku chorego, można pobudzić ruchy kiszki z żołądka. Jeżeli więc ucisk cieczy wypitej w żołądku wywoła ruchy kiszki, to woda zostanie popchniętą dalej i nie nastąpi zmiana w wysokości linii stępienia. Co innego jeśli weźmiemy do pomocy cewnik żołądkowy i za pomocą niego wyciągniemy lub wstrzykniemy do żołądka dowolną ilość cieczy. Wtedy to możemy zmienić dowolnie wysokość powierzchni płynu. Jeżeli ona po zastrzyknięciu 1 litra wody leży nie wiele wyżej jak pępek, to na pewno istnieje rozszerzenie żołądka, bo przy prawidłowej wielkości jamy żołądkowej po zastrzyknięciu powyższej ilości płynu, tak górna jak i dolna granica tępości leży nad pępkiem. Dla rozpoznania rozszerzenia żołądka należy zwykle oznaczyć granicę dolną stępienia odpowiednią krzywizną wielkiej. To możliwym jest tylko gdy kiszka gruba poprzeczna (*colon transversum*) jest próżną, chociaż i wtedy jeszcze wynik opukiwania może być fałszywy, bo część kiszki może leżeć pomiędzy rozszerzonym żołądkiem a powłokami brzucha i maskować odgłos opukowy. Ważnym więc jest środek, któryby niezależnie od tych okoliczności dał nam możność oznaczenia z pewnością rozszerzenia żołądka ku dołowi. Jako taki środek podaje prof. LEUBE w Erlangen (*Deutsches Archiv f. klin. Med. Bd. 15 Hft. 3 i 4*) wyczuicie przez ściany brzucha dolnego końca zgłębnika wprowadzonego do żołądka, położenie którego odpowiada położeniu krzywizny wielkiej. Naciskając ku tyłowi, można zgłębnik wyczuć i przez odbytnicę (*rectum*). Wprowadzając zgłębnik u zdrowych przekonał się L., iż granica dolna do której on w zdrowym żołądku może osiągnąć, leży na wysokości pępka. U trupów można wypuklić zgłębnikiem ścianę żołądkową aż do linii łączącej kołce biodrowe przednie górne (*cristae ilei ant. sup.*). Podobne jednak rociągnięcie u żywych jest niepodobnem, bo przy niem już u trupów następować skaleczenie błony śluzowej a czasem i przedziurawienie żołądka. Owszem należy przyjąć, powiada LEUBE, iż przy prawidłowej czułości błony śluzowej można rociągnąć dolną ścianę żołądka tylko do wysokości pępka, by przytem chory nie doznał żadnej przykrości. Im zgłębnik bliżej się wyczuwa kołców biodrowych, tem rozpoznanie rozszerzenia żołądka jest pewniejszym, a just ono niemylnem gdy koniec znajduje się poniżej linii łączącej te kołce. Za pomocą tego sposobu L. był w stanie rozpoznać rozszerzenia żołądka u takich osób, u których inne objawy tego cierpienia wystąpiły dopiero daleko później, a więc w czasie gdzie nie jeszcze nie zdradzało istnienia rozszerzenia żołądka. Wł. Gajkiewicz.

Do działania pietrasznika plamistego (*conium maculatum*). Dr. HARLAY w Londynie pomieścił w „*Medico-Chirurgical Transactions of the Royal Society*” (T. 57. 1874) pracę o użyciu pietrasznika w przypadkach chorobliwych ruchów mięśniowych. Dowiadujemy się z niej, iż środkiem tym możemy osłabiać, zwiotczać mięśnie bez uwłaczania czynnościom czucia i innym. Przytacza on 3 chorých: jednego z przewlekłymi przepuszczającymi kurczami w mięśniu piersiowym prawym (*m. pectoralis maj. dext.*) i w mię-

śniach lewych szyi i karku, 2-go z takimiż cierpieniem tylko nieco odmiennie umiejscowionem; oba spowodowane nadmierną pracą mechaniczną; 3ci padaczka (*epilepsia*) z połowicznym porażeniem (*hemiplegia*) u dziecka pięcioletniego w 7 tygodni (?R.) po upadku na skroń. We wszystkich trzech przypadkach nastąpiło duże polepszenie już od pierwszego dnia podania wyciągu wodnego pietrasznika (*extr. aqu.* 2 dr. na 4 unc.) kilka razy dziennie. Zważywszy trudność leczenia kurczowego *torticollis* i kurczów padaczkowych, wyniki dotychczasowe zachęcają do próbowania *conium maculatum* w tych cierpieniach. HARLEY przedstawiał Towarzystwu lekarzy Londyńskich chorego, któremu na krótko przed tem podał pietrasznik. Okazało się zupełne zwolnienie (*relaxatio*) mięśni poprzecznie prążkowanych zwłaszcza szyi i głowy. Mięsień okrężny oka (*m. orbicularis*) był jakby porażonym. Ruchy gałki ocznej bardzo leniwe, żucie i polykanie prawie niemożliwemi, mowa trudna, głos chropawy z powodu zwiózczenia mięśni krtani. Serce i oddychanie prawidłowe, czucie i świadomość zupełna. Każdej uncyi leku odpowiada godzina trwania tych objawów. HARLEY przytacza, iż działanie zwalniające mięśnie pietrasznika plamistego, może być spożytkowane także w Chirurgii i Oftalmologii, mianowicie tam, gdzie napięcie mięśni stoi na przeszkodzie jakiej operacji. (*Berl. klin. Wochenschrift* Nr. 24 1875).

Eserin przeciw płasawicy (*chorea*). Podług BOUCHUR (*Gaz. Med.*) 1875 okazał się Eserin—*Physostigmin*, działająca część składowa bobu Kalabaryjskiego, bardzo skutecznym przeciw płasawicy. B. używał go w dawce 0,003—0,005 grm. 3—4 razy dziennie podskórnie. Podczas swego działania 1—3 godzin znosi on zupełnie chorobliwe ruchy a w dalszym czasie osłabia je powoli, tak, iż przecięciowo w 10 dni następuje wyleczenie. Zadany do wewnątrz działa wolniej, stąd dawka musi być większą. Objawy jakie przy tem występowały były: ból żołądka, nudności, wymioty i chwilowe porażenie przepyony. (*Berl. klin. Wochenschrift* N. 27. 1875).

Przy sposobności wspomnieć musimy iż prof. FRIEDRICH w Hajdelbergu leczy płasawicę jedynie z mianą otoczenia chorego, to jest przeniesieniem go np. z domu rodzicielskiego do szpitala. W półroczu zimowym 1874/5 widzieliśmy trzy przypadki płasawicy u chorych od lat 10—16 w ten sposób pomyślnie leczone. U jednego z nich płasawica była połowiczna a u 2 innych zajmowała wszystkie mięśnie, a prztem w jednym z tych ostatnich przypadków była utrata mowy. Wszyscy trzej mali pacjenci pozostawieni przez rodziców w szpitalu pozbyli się chorobliwej ruchliwości w przeciągu 3—4 tygodni nie biorąc w tym czasie ani łyżki jakiegokolwiek leku. W. G.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Rady dla studentów medycyny. „The Lancet” z dnia 11 Września roku bieżącego tak zwany *Student's Number* przeznaczony jest wyłącznie dla studentów medycyny angielskich. We wstępnym artykule wystosowanym do tych, którzy mają rozpocząć studia medyczne znajdujemy wiele zdrowych i rozumnych rad doświadczonego praktyka i pedagoga, rad, które nietylko dla angielskich studentów mogą być drogocennymi. Autor przedewszystkiem roztrząsa kwestyję jak należy pracować, żeby jak najwięcej korzyści z tej pracy wyciągnąć i jaki powinien być stosunek pracy do odpoczynku. Praca powinna być ustawiczna t. j. codzień należy się jej oddawać przez pewną ilość godzin. Wszelkie dorywcze i usilne uczenie się, po którym następuje okres bezczynności, jest zgubne. Trzy godziny studyjów w dniu nad książką, po za praktycznemi zajęciami i odczytami, są dla ludzi średnich zdolności wystarczające. Czas ten należy rozdzielić pomiędzy wszystkie przedmioty, które się w danej chwili studyjuje. Anatomia, fizjologija i chemija są kamieniem węgielnym na którym się budowę całą stawia, im trzeba z tego powodu dużo czasu poświęcić i studyjować je tak teoretycznie jak praktycznie. Trzem głównym gałęziom wiedzy lekarskiej: medycynie wewnętrznej, chirurgii i akuszeryi w czasie studyjów należy jednakowo się poświęcać. Nauka medycyny wymaga zapamiętania nadzwyczaj wielkiej ilości faktów a umysł ludzki ma to do siebie, że nowo przyswojone wiadomości wypierają z pamięci poprzednio nabyte; dla tego trzeba ciągle i ustawicznie

powtarzać i uprzytomniać sobie nauki, które się poprzednio studyjowało; żadne pole nie powinno ani na chwilę odlogiem leżeć. Jestto nadzwyczaj trudne, nużące i wymaga wielkiej wytrwałości, ale jest niezbędne i z gruntownymi studyjami nierozłączne. Bezustanne takie powtarzania oszczędzają nam wiele czasu spędzonego na przygotowanie do egzaminów i nadają wielką pewność siebie tak przy tych ostatnich jak i w życiu. Notowanie w czasie ustnego odczytu bardzo dla większości umysłów jest korzystne ale układanie z tych notatek kursu w domu jest czasem straconym. Przytem układanie takiego kursu jest niebezpiecznym, gdyż najczęściej tłumaczmy sobie że jak coś zanotujemy to już umiemy, kiedy tymczasem między zapisaniem i zapamiętaniem wielka jest różnica. Nietrzeba nigdy zaniedbywać przedstawiania sposobem wykreślonym wszystkiego co się do tego nadaje, gdyż sposób ten wielce przychodzi w pomoc pamięci.

Spostrzeżenie jest podstawą nauki medycznej, dla tego jak najczystsze i jak najdłuższe pozostawanie w szpitalu i śledzenie za jak największą ilością chorób bardzo jest korzystnym, ale należy starannie wszystkie zmysły jednocześnie wprawiać i nie tylko wszystko obejrzeć (zmysł wzroku jest u nas w ogóle najwięcej rozwiniętym) ale wszystkiego samemu się dotknąć, obmacać, wziąć w rękę, wysłuchać i wypukać. Student powinien jak najwięcej uczęszczać na pośmiertne badania zwłok (sekcye), zwłaszcza ważne są badania dotyczące osób których chorobę się spostrzegalo. Należy starać się koniecznie pośmiertne objawy, o ile możliwości wszystkich chorób dokładnie obejrzeć. Lekarz praktyce oddany niema czasu na studyjowanie praktycznie anatomii patologicznej, jeżeli więc tego w czasie studyjów zaniecha, strata jest niepowetowana.

Te i tym podobne rady, których każdy student jak katechizmu na pamięć wyuczyć się powinien, kończy rozumny doradca następującymi pięknymi słowy:

„Miejcie na myśli zawsze i w każdej chwili wielką odpowiedzialność jaka na was ciąży. Przedewszystkiem starajcie się uprawiać delikatność i troskliwość dla waszych chorých, nie tylko w czynnie ale w słowach, a nawet i w myśli. Będziecie często zmuszeni sprawiać ból fizyczny i cierpienie moralne, ale przykładajcie możliwych starań, żeby tak jedno jak drugie było o ile możności najmniejsze. Pojęcia nie macie jak wiele cierpień sprawiają lekarze chorym przez nierozumny i nierozważny sposób wyrażania się. Pamiętajcie że macie do czynienia z najdelikatniejszą stroną ich jestestwa. Niejedno wyrażenie, niejedno giest albo lekceważenie, na które człowiek zdrowy najmniejszej uwagi nie zwróci, staje się źródłem wielu cierpień moralnych u chorego. Cierpienie, choroba i śmierć są tylko próżnemi i czczemi słowami dla ludzi zdrowych; u tych zaś którzy są albo mają być wkrótce niemi dotknięci zmieniają one cały tok myśli i uczuć; pamiętajcie o tem dobrze i nie sądzcie nigdy człowieka chorego tak jak zdrowego. Starajcie się zawsze wejść w położenie cierpiącego i znoście cierpliwie rozdrażnienie lub upór, będące koniecznym następstwem jego choroby. Nie zaniechajcie nigdy przystępować do cierpienia bliźnich z szcunkiem i powagą, jakie smutna i nieprzeblagana tajemnica, która jego głęboką przyczynę otacza, nakazuje!”

G. Fritsche.

KRONIKA MIEJSCOWA.

Odezwa. Z rozporządzenia Tow. lek. Warszawskiego mam honor zawiadomić, z powodu zgodzenia zajścia w Ogrodzie Saskim pomiędzy dwoma lekarzami, o którym w swoim czasie MEDYCINA doniosła (Nr. 34), że żaden z obudwu bezpośrednio interesowanych nie należał do naszego grona, i że członkowie Towarzystwa biorący udział w tej sprawie, nie występowali bynajmniej w charakterze polubownych sędziów, lecz tylko jako świadkowie **przeproszenia**, którego warunki między interesowanymi poprzednio już ułożone a ostatecznie przyjęte zostały.

Sekretarz stały Tow. lek. Warszawskiego, Dr. *Szokalski*.