

# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,  
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1875 do 1 stycznia 1876) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1876 r. rsr. 168 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauk Lekarskich. Rocznie rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

TREŚĆ: Rozprawy naukowe. O wodzie z boro-cytrynianem magnezyi. Przez Dra Aleksandra M. Weinberga, właśc. Inst. Wód Mineral. w Ogrodzie Saskim.—Czwarte sprawozdanie lekarskie z Instytutu Oftalmicznego Imienia Edwarda księcia Lubomirskiego za rok 1874. Prze Dra Med. Narkiewicza-Jodko (dokończenie). — Kilka uwag o działaniu morfiny. Podał Dr Rydygier, lekarz prakt. w Chełmnie.—Kronika zagraniczna. Nowe metody uprzystępnienia pęcherza moczowego u kobiet. Zastosowanie ich w celu rozpoznawczym i leczniczym. Przez Dra H. Wildt w Gera (Dalszy ciąg).—Wiadomości bieżące. Wewnętrzny krwotok u ciężarnych. O przechowywaniu limfy ospowój.—Dodatek. Chemii lekarskiej ark. 14. Choroby zaraźliwe ostre T. II, ark. 34. Historii medycyny ark. 15 i 16.

## O wodzie z boro-cytrynianem magnezyi.

Przez Dra Aleksandra M. Weinberga, właśc. Inst. Wód Mineral. w Ogrodzie Saskim.

Odkrycie wielu bardzo środków leczniczych, tak pochodzenia mineralnego jak i organicznego zawdzięczamy często przypadkowi. Nie małą zasługę na tém polu mają alchemicy średniowieczni, którzy, uganiając się za kamieniem filozoficznym lub *panaceum universale* i na oślep poddając wzajemnemu chemicznemu na siebie działaniu najróżnorodniejsze ciała i związki w najrozmaitszych warunkach, do ważnych nieraz dochodzili wyników.

Jednym z owych tak na wsze strony badanych ciał, które przez pewien czas grało niemałą rolę w ówczesnej medycynie, a następnie pogrążone w toni zapomnienia, dopiero przed niedawnym czasem uwagę lekarzy na siebie zwróciło, jest minerał zwany *boracytem*.

O nim to i o jego przetworach i związkach pomówić tu zamierzam.

Z częstych wzmianek w kronikach ówczesnych zdaje się niewątpliwym, że choroba zwana „kamień pęcherzowy“ była w średnich wiekach, zwłaszcza w Niemczech zachodnich, niezmiernie pospolitą; między innemi przemawia za tém i ta okoliczność, że ziemstwo Westfalskie postanowiło sprowadzić z Fran-

cyi do Padeborn relikwie Śgo Liboriusa, którym przypisywano cudowną władzę leczenia téj choroby.

Wiadomo, że znakomity Paracelsus pierwszy podał teorię choroby kamieniem zwanéj, która pomimo intryg i prześladowań ze strony jego konserwatywnych kolegów, niewzruszenie aż do 17-go wieku utrzymała się. Według téj teorii, jak z wina osadzają się obce części w postaci kamienia winnego (*tartarus*), tak w organizmie ludzkim wydzielają i osadzają się obce części, które spowodzają objawy „kamienia“. Do liczby ich oprócz właściwéj choroby kamieniowéj (*lithiasis*) zaliczał także i *arthritismus*. Badając dalej rozprzestrzenienie tego cierpienia w różnych okolicznych prowincjach, zauważył, że najmniej podlegają jéj mieszkańcy południowo-wschodniéj Szwajcaryi, mianowicie prowincyi Engadin, i korzystny ten objaw przypisuje rozpowszechnionemu u tamtejszych mieszkańców używaniu przy rozlicznych cierpieniach wody mineralnéj ze źródła St Mauritius w niższéj Engadinie wytryskującego. Zwróciło bowiem uwagę jego, że często używający wody mineralnéj z powyższego źródła prawie nigdy nie zapadają na podagrę ani na chorobę kamieniową. Z tego też powodu używanie wody mineralnéj ze źródła St Mauritius gorąco zaleca osobom, podlegającym wyżej wzmiankowanym cierpieniom.

Oprócz powyższéj wody mineralnéj uważa on środek zwany *Ludus*, *Cevillus* lub *Fel terrae*, jako najpotężniejsze *arcanum* przeciwko kamieniowi; ma on bowiem rozpuszczać wszelkie kamienie, osady kamieniowe i piasek, nie tylko w pęcherzu ale i w nerkach, a nawet w ogóle w całym ciele ludzkim. Zaleca on *Ludus* wypalony i drobno sproszkowany *per resolutionem* na gęsty olej zamienić, i z takowego używać przez dni 14 dwa razy dziem, a mianowicie rano i wieczór po jednym skrupule w szklance wina.

Wszelako z właściwą owym wiekom tajemniczością ani o samym *Ludus* i miejscu jego znajdowania, ani o sposobie zamienienia go na masę rozpuszczalną w pismach swoich nie wspomina.

Van Helmont, który, jak wiadomo, wiele pracował nad chorobą kamieniową i jéj leczeniem, przyznawał środkowi *Ludus* najlepsze w tym kierunku działanie. W pismach swoich jest on mniej tajemniczym od Paracelsa; podaje bowiem niektóre wybitniejsze reakcyje, opis i miejsce znajdowania się tego tajemniczego środka.

Nazwa *Ludus*, powiada on, pochodzi z tego, że w ziemi znajdowanym bywa w postaci kostki do gry. Kolor jego jest jasno żółtawym. Znajdował go zaś wyłącznie i jedynie w kilkomilowym na jedną tylko stopę grubym pokładzie Flötzowym, ciągnącym się nad brzegami rzeki Scheldy, w okolicach Antwerpii; w żadnym zaś innym miejscu téj okolicy podobnego kamienia nie znalazł.

Co do własności charakterystycznych twierdzi on, że kamień ten jest twardy, miększy jednak od krzemienia. Trzymając go przez dni kilka w piecu przy wypalaniu wyrobów garncarskich w znacznej części ulatnia się, co prędzej następuje gdy zmieszany zostanie z saletrą.

Dla zastosowania go jako środek leczniczy radzi go na mialki proszek utrzyć, lekko wypalić, następnie zaś na gorąco z salmiakiem i wodą długo w moździerzcu ucierać. Tak otrzymana sól miała po wysuszeniu chęciwie wilgoć z powietrza przyciągać, rozplywając się przytém na płyn zielonawy oleisty, w wodzie zupełnie rozpuszczalny i barwiący takową na żółto-cytrynowo.

Ten dosyć szczegółowy opis tak samego minerału, jak i miejscowości, w której się znajduje, naprowadził Dra Beckera lekarza okręgowego i Dra Graegera chemika i właściciela apteki w Mühlhausen w Turynгии na myśl, że *Ludus Paracelsa* i Van Helmonta jest prawdopodobnie *boracytem*, a powtórzenie z minerałem tym kilku wyżej przytoczonych reakcyi, przypuszczenie to potwierdziło w zupełności.

Dr Graeger tak z naturalnego boracytu, jak i ze sztucznego boranu magnezyi otrzymywał z salmiakiem sól podwójną w następujący sposób: drobno sproszkowany i przez wypalenie pozbawiony wody boracyt lub boran magnezyi rozpuszczał na gorąco w bardzo stężonym roztworze salmiaku, przyczem część amoniaku wydzielala się; roztwór cedził, parował i kryształizował nad kwasem siarczanym. Otrzymał żółtawe kryształki soli następującego składu procentowego: kwasu bornego 32,89, kwasu solnego 40,11, amonii 14,29, magnezyi 2,61, wody 10,10. Sól tę nazwał *sal ammoniacum boraciticum*.

Otrzymawszy środek, pozostawało jego przez Paracelsa i Van Helmonta tak zachwalaną skuteczność w chorobach natury kamieniowej wypróbować. Jakoż Dr Becker \*) w roku 1844 pierwszy raz sól tę w *lithiasis* zastosował, przyczem zauważył, że stale od czasu zadawania tego środka do wewnątrz, znaczna ilość fosforanów i mocznika przy powiększoném wydzielaniu moczu z organizmu na zewnątrz wydaloną była, przy czém polepszenie następowało.

Używanie soli téj przy różnych cierpieniach kamienia, a mianowicie: przy kamieniu pęcherzowym, nerkowym, przy piasku w moczu, a także przy niezbytach pęcherza zawsze najlepszym uwieńczone było skutkiem. Z razu zastosowywał on sól tę w proszku, ale sprowadzała ona silne podrażnienie ścian żołądka. Następnie podawał ją w roztworze (1 drachmę na 6 uncyi syropu lub odwaru lukrecyi z gumną), lecz działanie drażniące soli téj nie wiele przez to się zmniejszało; okoliczność ta zmusiła go do experymentowania niewielkimi tylko dawkami. Prócz tego smak tego lekarstwa tak był obrzydliwym, że mimo najwidoczniejszego polepszenia choroby po kilkodniowém użyciu tego środka, do dalszego zażywania w żaden sposób nie dali się nakłaniać.

---

\*) Dr Christian August Becker (Geheimer Sanitätsrath und Kreisphysikus) w Mühlhausen zyskał sobie już w roku 1835 nie małą zasługę za odkrycie sposobu przygotowywania *ferrum carbonicum saccharatum*, a następnie przez dokonanie na sobie samym licznych doświadczeń z świeżo wówczas odkrytą pepsyną, której odczytami swojemi na zebraniach naturalistów i lekarzy w roku 1851 w Gotha, w 1854 w Paryżu, w 1857 w Wiedniu do obecnego jój rozpowszechnienia drogę utorował.

W następstwie tego Dr Becker starał się wynaleźć przetwór, któryby przy podobném zupełnie działaniu na organizm, wyżej wspomnionych niedogodności nie posiadał. Jakoż po licznych próbach, do których używał strasfurtitu  $[2(3\text{MgO}4\text{BO}_3)+\text{MgCl}+\text{HO}]$ , udało mu się, zastąpiwszy salmiak kwasem cytrynowym otrzymać sól podwójną boro-cytrynian magnezyi. Sól ta, którą on sam nazwał *boracitus citratus*, okazała się w działaniu swoim równą soli boro-amono-magnezyowej, w smaku zaś o wiele od niej przyjemniejszą.

Doświadczenia robione tak przez samego Dra Beckera w Mühlhausen, jak i przez chemika Beckera (syna poprzedniego) w Letschin w roku 1868 i 1870 wykazały następujące rozpuszczające własności roztworu borocytrynianu magnezyi na stałe składniki moczu. Używano do każdego doświadczenia 50 cc. roztworu 10% borocytrynianu magnezyi, który w temperaturze  $34^\circ$   $36^\circ$  R. w ciągu 48 godzin rozpuszczał:

0,037 gramm szczawianu wapna,  
0,247 trójzasadowego fosforanu wapna,  
0,986 fosforanu amono-magnezyowego,  
0,508 kwasu moczowego,  
0,850 moczanu sody,  
0,157 moczanu amonii.

Borocytrynian magnezyi w stanie suchym przedstawia się w postaci drobnych łusek perłowego blasku, nieco szarawo-żółtawego koloru, w smaku jest lekko kwaskowatym i szczypiącym, na powietrzu przyciąga wilgoć.

Wewnątrz zadany w proszku sprowadza podrażnienie przewodu pokarmowego i rozwolnienie, tak że Cadet de Gassicur wyrabiał z soli téj w połączeniu z dwuwęglanem sody proszki przeczyszczające, zwane *limonade purgative gazeuse en poudre*, z których każdy proszek zawierał dwa grammy borocytrynianu magnezyi. W krótkce jednak zaniechano używania proszków tych, właśnie z powodu ich silnego drażniącego działania na przewód pokarmowy.

Najlepszy sposób otrzymania borocytrynianu magnezyi jest następujący: boracyt lub strasfurtyt najstaranniej oczyszczony rozpusza się w temperaturze nie wyższej na  $40^\circ\text{C}$ . w roztworze równoważnikowo obliczonym kwasu cytrynowego; otrzymamy roztór następnie w próżni nad wapnem niegaszonym paruje się do krystalizacyi. Otrzymane kryształki mają najwyższy procent wody krystalicznej i taka tylko sól jest w wodzie zupełnie rozpuszczalną.

Opierając się na doświadczeniach tak samego Dra Beckera, oraz innych lekarzy przemawiających za swoistém działaniem borocytrynianu magnezyi na moczany i fosforany, na początku roku 1873 pierwszy zaczęłem wyrabiać w odę gazową z borocytrynianem magnezyi. Zadaniem mojem było, drażniące działanie borocytrynianu magnezyi przez rozcieńczenie wodne złagodzić, a wpływ jego spotęgować przez dodanie do dwóch jego kwasów i kwasu węglanego, działającego poniekąd w tym samym i one kierunku, w każdym razie wessanie soli przyspieszającego.

Przewidywania moje pod tym względem ziściły się w zupełności. Woda gazowa z borocytrynianem magnezyi, przez znaczny nawet przeciąg czasu

używana, żadnego drażniącego wpływu na przewód pokarmowy nie wywierała, a właściwem sobie działaniem na nerki i ich wydzieliny, silnych i zbawiennych własności leczniczych dowiodła. Przy użyciu jój stale następuje znaczne powiększenie ilości wydzielanego moczu, sam mocz staje się ciemnym i męt-  
nym od nadmiaru fosforanów i moczanów, ziarenka piasku jeżeli takowe w mo-  
czu się znajdowały, pierwotnie twarde i ostre, stają się pod wpływem téj wo-  
dy zaokrąglone i tak miękkie, że z łatwością między palcami rozgniatać się  
dają.

Kwestyi téj bynajmniej nie przesądzając, pozostawiam lekarzom spra-  
wdzenie wymienionych własności, ośmielę się jednak podać na tém miej-  
scu moje własne przekonanie w tym względzie. Ponieważ woda z bo-  
rocytrynianem magnezyi odznacza się rozpuszczającym i rozmięczającym dzia-  
łaniem na piasek moczowy, o czém sam kilkakrotnie przekonać się mogłem,  
przeto analogicznie rzeczy biorąc, sędzę, że pomieniona woda tak samo działać  
powinna i na większe złogi kamieniowe tak pęcherzowe, jak i nerkowe. Być  
może, że dłuższy wpływ téj wody kamienie pęcherzowe i nerkowe nie rozpu-  
szcza w zupełności. Powiadam, być może, nie jest to bowiem faktem dowiedzio-  
nym, należałoby przeprowadzić odnośnie do téj kwestyi kilka prób ścisłych i do-  
kładnych; ale gdyby dłuższe użycie rzeczonej wody odznaczało się tylko tą  
własnością, że kamienie pęcherzowe i nerkowe rozmięcza, to jużby ona nie-  
małą przysługę mogła oddawać cierpiącym i lekarzom, wówczas bowiem i kru-  
szenie kamienia niezmiernie by się ułatwiło.

W ogóle pod względem podobieństwa działania, wodę z borocytrynianem  
magnezyi postawić można na jednéj lini z wodą Vichy font des Celestins.

Tak samo jak Vichy, działa ona rozpuszczająco na moczany, ma zaś tą  
niezaprzeczoną wyższość, że rozpuszczające jój działanie rozciąga się jeszcze na  
fosforany i na szczawiany. Zasługuje także na pierwszeństwo i z tego wzglę-  
du, że w daleko mniejszych dawkach ten sam skutek sprowadza; kiedy bo-  
wiem ze źródeł Vichy chory po 10 do 20 szklanek wody mineralnej dziennie  
wypija, i przez to 50 do 100 gramków dwuwęglanu alkalicznego do organizmu  
wprowadza, który łatwo przez zbytne z alkalizowanie krwi objawów skorbuty-  
cznych może się stać przyczyną, to woda z borocytrynianem magnezyi używa  
się w ilości 3 do 6 szklanek dziennie, i zawiera w roztworze niewielki  
tylko procent soli obojętnej, która oprócz swego właściwego działania na mocz  
i jego składniki żadnego złego wpływu na ustrój ludzki nie wywiera.

---

## Czwarte sprawozdanie lekarskie z Instytutu Oftalmicznego imienia Edwarda księcia Lubomirskiego, za rok 1874.

Przez Dra Med. Narkiewicza-Jodko.

(Dokończenie).

Reasumując to, cośmy o zaciemkach drugiej kategorii powiedzieli, mieli-  
śmy odtrącając wypadki operacyi zaciemków zwieczniętych rezultat dodatni  
w  $87\frac{1}{2}\%$ , połowiczny w  $6\frac{1}{4}\%$  i ujemny w  $6\frac{1}{4}\%$ .

Na szczegółowy opis zasługuje kilka nowotworów obserwowanych i operowanych przez nas w roku 1874.

1. F. G., gajowy z opoczyńskiego, lat 30 wieku, zdrowego i silnego ciała, przybył do Instytutu 10 kwietnia. Powieki oka lewego, nieco rozciągnięte, pokrywają dostatecznie gałkę powiększoną i ukrytą w guzie dużych rozmiarów o nierównej blado-różowej powierzchni. Guz wykonywa dość swobodnie wszystkie ruchy wraz z gałką, o tyle o ile na to spłaszczona jego przednia powierzchnia pozwala. Śladów gałki na przedniej powierzchni guza odkryć nie można, chociaż chory ma bardzo dobre poczucie światła, nie tylko bowiem przy otwartych powiekach, ale i przy zamkniętych nawet światło od cienia odróżnia, gdy pomiędzy silnym światłem lampy a okiem ręką przeprowadzamy, dokładnie ukazuje chwilę, przez którą oko w cieniu zostaje.

Z danych anamnestycznych tyleśmy się od chorego dowiedzieć mogli, że już przed 15 laty dostrzegł mały guziczek na zewnętrznej granicy rogówki i twardówki, który się następnie zwiększał głównie ku stronie twardówki, aż po 3-ach latach istnienia doszedł do wielkości niewielkiej śliwki; ponieważ w tym czasie już zasłaniał nieco źrenicę, tak iż utrudniał patrzenie, a głównie ponieważ nie dozwalał swobodnie okiem poruszać, postanowił go się pozbyć i udał się w tym celu do Dra S., który mu go odciął prawie zupełnie, małe tylko kawałeczki wielkości ziarnka soczewicy pozostał na sklerze i pomimo kilkakrotnego przypalenia saletranem srebra nie zmniejszał się; rana jednak po operacji pozostała prędko się zagoiła, a ponieważ pozostały guziczek wcale choremu nie zawadzał, więc przestał się on troszczyć, zwłaszcza, że z początku zdawał się wcale nie zwiększać. Po pół roku jednak zauważył pewne, chociaż bardzo powolne powiększenie się guziczka we wszystkich rozmiarach, przed 4-ą laty znowu zaczął wzrok zasłaniać, a przed rokiem chory tym okiem widzieć przestał zupełnie, ale rozmiary guza i oka nie były jeszcze bardzo wielkie, dopiero od pół roku guz zwiększać się szybciej zaczął, a niekiedy i bóle silne wywoływał, które, gdy coraz częstszymi się stawały, zdecydowały chorego do szukania u nas pomocy.

Po bliższym zbadaniu przekonaliśmy się, że mamy do czynienia z guzem ściśle z powierzchnią oka połączonym, twardym przy powierzchownym dotknięciu, ale tak podatnym przy naciśnięciu nieco silniejszym, że istnienie poza nim gałki koniecznie przypuszczać musielibyśmy, gdyby nawet pozostałe uczucie światła w oku nas do tego nie upoważniało. Na łącznicę powiekową guz nie przechodził, powierzchnia jego przednia gładkim nabłonkiem przykryta, była spłaszczoną, do równoległoboku o zaokrąglonych nieco kątach podobną, w wymiarze poziomym cal przeszło mierzył, w pionowym był o  $\frac{1}{3}$  krótszy. Swobodne zupełnie ruchy oka kazały przypuszczać, że torebka Tenona w skłał guza nie wchodziła, że więc prawdopodobnie przednią tylko powierzchnię gałki pokrywa i z twardówki lub łącznicy gałkowej bierze swój początek.

Uwzględniając rozmiary guza, po zachloroformowaniu chorego, rozszerzyliśmy przedewszystkiem szczelinę powiekową i odcięliśmy zdrową łącznicę powiekową od części gałkowej na powierzchnię guza przechodzącej, a następnie

odciągnawszy ku gorze i dołowi oddzielone od guza powieki, nożyczkami oddzielaliśmy zdrowe tkanki wypełniające oczodół od części zwyrodnionych i w ten sposób dosyć prędko doszliśmy do nerwu wzrokowego, który też nieco poza gałką przecięliśmy, tak że kawałeczek na 2 mm. długi przy gałce pozostał. Już w czasie operacji doszedłszy do tylnych części guza, przekonaliśmy się o prawdzie naszego przypuszczenia, tył bowiem gałki był zupełnie zdrowym.

Przecięcie całego guza wraz z gałką potwierdziło wszystkie nasze przypuszczenia, znaleźliśmy bowiem gałkę zupełnie zdrową, guz zaś wychodzący, jak się zdaje, z granicy pomiędzy rogówką i twardówką (nabrzmiałości obrączkowej), w tych bowiem częściach najmocniej był z twardówką połączony; dalej ku obwodowi, jakkolwiek grubiał ciągle, jednak wyraźnie z łącznicy wychodził, z przednią bowiem półkulą oka luźnie był tylko złączony; rogówka była pokrytą bardzo cieniutką tylko warstwą nowotworu, w niektórych miejscach zaledwie może 1 mm. grubą, ku obwodowi do 3 mm. dochodzącą. Najgrubsza skroniowa obwodowa część guza mierzyła na przecięciu przeszło 9 mm., budowa prawie jednolita, nabłonek odznacza się od samego guza, nawet przy makroskopijném badaniu. Zbadany przez prof. Brodowskiego okazał się mięsakiem (*sarcoma*).

2. M. K., służąca, lat 21 wieku, brunetka, średniego wzrostu, silnej budowy ciała, o bladój nie mizernój twarzy, przybyła do Instytutu Oftalmologicznego w dniu 28 kwietnia z objawami ostrój jaskry w oku lewém. Objawy były bardzo charakterystyczne, więc ich wyliczać nie będziemy, powiemy tylko, że pomimo zadymienia środków oka przejrzystych (jaskrze właściwego) mogliśmy o tyle do wnętrza oka przejrzeć, żeśmy rozpoznali oddzielenie siatkówki w części górnej i zewnętrznej wypięte ku środkowi gałki, jakby czemś poza nią leżącym i zajmujące mniej więcej  $\frac{2}{3}$  wnętrza gałki, tak iż tylko półksiężycowa przestrzeń przepuszczała światło do tylnych części oka i przez tę tylko różowy odbłask dojrzyć mogliśmy.

Objawy jaskry były bardzo silne i dla chorój przykre, uczucie światła w nieoddzielonych częściach siatkówki dobre (ruchy ręki widziała na 2'). Nie mając więc absolutnej pewności co do przyczyny tak oddzielenia siatkówki, jak i jaskry następczej, pomimo to, że więcej skłanialiśmy się do przypuszczenia iż mamy z nowotworem naczyniówki do czynienia, ale nie mogąc absolutnie negować istnienia wagra (*cysticercus cellulosae*) pod siatkówkowego, postanowiliśmy tymczasem wykonać tylko operację wycięcia tęczy częściowego, a następnie obserwować chorą stale w Warszawie zamieszkującą i postępować stosownie do wskazań, jakie dalsza obserwacja i przebieg choroby wykażą.

W dniu 1 maja operację fręczoną wykonaliśmy na części górnej tęczy i objawy jaskry bezpośrednio po tej w zupełności ustąpiły, tak że już w dniu 12 maja mogliśmy chorój pozwolić Instytut opuścić z zaleceniem przedstawiania się od czasu do czasu w ambulatoryum.

Przy wypisywaniu wzrok o tyle się polepszył, iż chora większe litery N. 20 Snellen'a na 1' czytać mogła, a palce rachowała w odległości 12' dobrze.

Badając wziernikiem przez znacznie rozszerzoną operacją źrenicę i przy zupełnej przejrzystości soczewki i ciała szklistego nabraliśmy jeszcze większej pewności, że z nowotworem mamy do czynienia, guz bowiem pokryty siatkówką był gładki, okrągły, zupełnie nie przejrzysty i na znacznej przestrzeni zrosły z siatkówką, w której nowo potworzone, olbrzymio rozszerzone naczynia dojrzeć w tych warunkach mogliśmy.

We 4 tygodnie po operacji chora zadowolniona ze skutków tejże, przybyła do Instytutu twierdząc, iż widzi lepiej i zupełnie jest wolną od jakichkolwiek bądź przypadłości chorobowych. Przy badaniu stwierdziliśmy istotnie polepszenie widzenia, chora bowiem czytała dobrze litery z N. 7 Snellena i palce rachowała na 22', a nawet przy badaniu wziernikiem zdawało się nam, iż dostrzegamy redukcję rozmiarów guza wewnątrz ocznego.

Następnie chora przedstawiła się 3 listopada, a więc w pół roku po operacji i w stanie który niezaprzeczenie mówił za zwiększaniem się nowotworu i niezbędnie wskazywał potrzebę wyłuszczenia oka. Nowotwór wypełniał już całą gałkę przyciskając soczewkę i tęczę do rogówki, na całej przedniej tychże przestrzeni; gałka była twardą jak kamień, zaczerwienioną, łzawiącą, a w okolicy blizny po poprzedniej operacji pozostałej, tak sama blizna, jak i sąsiednie części błony twardej już się poddawały uciskowi wewnątrz gałkowemu, przedstawiając początki garbca (*staphyloma*). Oczewiście uczucia światła najmniejszego nie było i chora twierdzi, iż stan ten trwa już od dwóch tygodni, a tylko bojaźń drugiej operacji powstrzymywała ją od przybycia do Instytutu.

Nazajutrz po zachloroformowaniu chorą przystąpiliśmy do operacji wyłuszczenia oka i wykonaliśmy takową starając się nerw wzrokowy przeciąć nieco poniżej przejścia tegoż w gałkę oczną.

Przy obejrzeniu gałki jednak, pomimo to, że 6 mm. nerwu wzrokowego przy tejże pozostało, dostrzegliśmy podejrzaną czarne zabarwienie przy brzegu przeciętego nerwu (jakby pomiędzy pochewkami tegoż zewnętrzną i wewnętrzną); chcieliśmy więc jeszcze kawałek nerwu wyciąć, ale chora się ocknęła i pomimo najszezerszych chęci z naszej strony zachloroformować się ponownie nie dała. Zagojenie rany nasąpiło w ciągu dni kilkunastu i 19 listop. chora Instytut opuściła.

Zbadaniem gałki zechciał łaskawie zająć się Dr Kramsztyk i rezultat sekcji w tych słowach nam zakomunikował:

„Przy powierzchowném obejrzeniu gałki, największe zmiany napotykały się w przednim jej odcinku, pomiędzy równikiem gałki a rogówką — cała ta część przeistoczona jest w nieregularny guzowaty garbiec, zwłaszcza u góry rogówki, gdzie się blizna po pierwszej operacji znajduje; części tylne gałki, zarówno jak rogówka powierzchownych zmian nie przedstawiają. Na przekroju wewnątrz gałki okazuje się wypełnioném przeważnie masą mniej więcej jednolitą, brunatnego koloru, miękkiej konsystencji. Masa ta od góry i zewnątrz silnie jest zrosniętą z białkówką, od wewnątrz zaś i od dołu oddzieloną jest od ścian gałki ocznej podwójną warstwą siatkówki. Guz więc wzięść musiał początek z naczyniówki w jej górnej lub zewnętrznej stronie, a rosnąc do wnętrza gałki pchał przed sobą siatkówkę, aż wreszcie dwie jej połowy znalazły się w bez-



pośredniem prawie zetknięciu. Ku przodowi usunięta przez nowotwór część siatkówki przylega prawie bezpośrednio do zdrowej i przezroczystej soczewki. Ciało szkliste w małej ilości i zmętniałe. Guz badany po stwardzeniu okazał się mięsakiem o drobnych zabarwionych komórkach (*melanosarcoma molle multi-globo-cellulare*).

W 6 tygodni po tej operacji przybyła chora znowu do Instytutu prosząc o pomoc z powodu łzawienia oczodołu po wyjętej gałce pozostałego; przy bliższym zbadaniu znaleźliśmy na brzegu powieki górnej, w miejscu gdzie też była nieco skaleczoną przy operacji, grzybowaty płaski nowotworek miękki, różowy o gładkiej błonę śluzową pokrytej powierzchni, przypominający granulomata, często na ranach chrząstek powiekowych wyrastające; nadto dostrzegliśmy z miejsca gdzie odcięty koniec nerwu wzrokowego zrasta się z łącznicą, a więc u szczytu lejka łącznicowego, po wyjęciu gałki wyściełającego oczodół, guziczek wielkości niewielkiego groszka na nitkowej wiszący szypulce, różowawy i gładki, tylko nieco twardszy od guziczka na powiece dostrzerzonego. Obieiliśmy takowe i pod mikroskopem znaleźliśmy zabarwione komórki w guziczku wyrastającym z okolic nerwu wzrokowego, więc obawa recydywy niepokoiła nas czas jakiś, ale przed 10 dniami, a więc w 10 miesięcy po operacji wyłuszczenia gałki, miałem sposobność dokładnie zbadać stan rzeczy przy okazji dobierania i wkładania sztucznego oka i przekonałem się, iż najniżej obawy recydywy nie ma, koniec bowiem nerwu dający się dokładnie przy palpowaniu wyczuć zupełnie prawidłowych jest rozmiarów i w całym oczodole żadnych podejrzanych stwardnień nie znalazłem.

3. Jeszcze jeden guz ciekawej, choć nieco zagadkowej natury obserwowaliśmy u p. F. G., 18 letniego właściciela dóbr z gub. Grodzieńskiej; był to według wszelkiego prawdopodobieństwa naczyniak jamisty z dużym jakimś naczyniem w połączeniu zostający. Siedliskiem guza był kąt górny wewnętrzny oczodołu lewego, z przodu, tak iż powierzchnia guza przykryta była tylko skórą, którą wypuklając odznaczał się wyraźnie pod wewnętrznym końcem brwi, wystając na zewnątrz o 3" — 4" ponad powierzchnię zagłębienia tej miejscowości właściwego. Guz był okrągły, gładki i miękki (chelboczący), przy nacisku opróżniał się zupełnie, przy usunięciu zaś nacisku napełniał się znowu w ciągu kilku sekund; przy wysilnej i dłuższej expiracji naprężał się i nieco zwiększał; po opróżnieniu guza wyczuwać się dawało w głębi niby jakie chrząstkowej twardości ciało, nieco ruchome ze 3" długie i 2" szerokie. Czy guz był wrodzonym, czy też początki jego sięgały dzieciństwa, o tém chory nas objaśnić nie umiał, zauważył tylko z pewnością, tak sam, jak i otaczający, że od 2-ech lat guz zwiększa się ciągle i obecnie dosyć nawet jest szpecącym.

Przypuszczenia nasze co do natury guza wypowiedzieliśmy wyżej, z powodu tychże nie mogliśmy się odważyć na próby wyłuszczenia, sądziliśmy jednak, że kilkakrotnym zastrzykiwaniem półtorachlorku żelaza sprowadzimy zmniejszenie rozmiarów guza i zarośnienie jamy tegoż na zewnątrz wystającej. W tej myśli przyjąwszy chorego do Instytutu w dniu 14 maja wstrzyknęliśmy temuż do wnętrza guza dwie przedziałki szpryki Pravatza czystego roztworu

półtorachlorku żelara i zaraz potem nałożyliśmy opatrunek uciskający, starając się o ile możności guz przycisnąć do ściany oczodołowej wewnętrznej. Ból po wstrzyknięciu był nader silny i guz cały stwardniał bardzo wyraźnie; po wierzchu bandaża przykładano ciągle płaty na lodzie oziębiane, w celu zmniejszenia bólu i zapalenia. W godzinę po zastrzyknięciu miał chory silne wymioty i te powtórzyły się jeszcze tegoż dnia 3 razy, ból głowy był nader silny i odczyn gorączkowy dosyć wyraźny: puls 104, temp. 38,3 (wieczorem); przez noc jednak te zatrwarzające objawy ustąpiły, została tylko mocna czerwoność gałki i stwardnienie guza. W ciągu dni następnych nastrzyknięcie naczyń krwistych gałki zmniejszyło się, a guz od 3-go dnia zaczął mięknąć i po tygodniu już żadnego śladu po wykonanym zastrzyknięciu nie pozostało—rozmiary guza nie zmniejszyły się i krew tak samo zeń wyciskać było można jak przedtem. Na tej też próbie ograniczyliśmy zalecając choremu wyczekiwanie, nie mieliśmy bowiem śmiałości powtarzać zastrzykiwania przy tak wyraźnych następczych objawach podrażnienia mózgowego.

---

### Kilka uwag o działaniu morfiny.

Podał Dr Rydygier, lekarz prakt. w Chełmnie.

Ukończywszy moje doświadczenia nad działaniem kwasu karbolowego, zabrałem się do badania sposobu działania morfiny w podobny sposób.

Do doświadczeń moich używałem roztworu z 1,0 grammu morfiny na 20,0 grammów wody.

Pierwszój żabie pędzlowałem przez  $\frac{1}{4}$  godziny brzuch tym roztworem ale ponieważ nie nastąpiła w tym czasie ani najmniejsza zmiana, przekonałem się, że morfina przez skórę nie wywiera żadnego wpływu. Przekonanie to potwierdziło się w licznych przypadkach, gdyż nie poprzestałem na jedném tém doświadczeniu, ale kilkanaście żab w ten sam sposób pędzlowałem z tym samym skutkiem.

Przy dalszych doświadczeniach nastrzykiwałem  $1\frac{1}{2}$ —2 strzykawkę Pravaz'a w udo. Potem występowała wkrótce (po 20—30 minutach) silne przykurczenie mięśni téj kończyny, w którą morfina zastrzyknięta. Przykurczenie ustępowało zwykle w przeciągu 20 godzin. Na miejscu zastrzyknięcia nic osobliwszego nie spostrzegłem. Obieg krwi w naczyniach skórnych pozostawał zawsze nadzwyczaj żywy, naczynia zdawały się być rozszerzone. Po 3—4 dniach żaby zwykle zdychały, a w dzień śmierci obieg krwi zwolniał cokolwiek.

W próbkach krwi znalazłem nadzwyczajną zmianę czerwonych ciałek, jakiej po żadnych innych środkach, np. eterze, chloroformie, kwasie karbolowym, glicerynie i t. d. nie widzieliśmy. W tarczy czerwonych ciałek krwi widziałem 3—4—6 małych, okrągłych, ostro od reszty odgraniczonych, przezroczystych miejsc. Tę zmianę w krwi u wszystkich żab, którym morfina zastrzyknięta, regularnie znalazłem; mogłem ją nawet już w krążącej krwi śledząc

obieg jój w krézce dostrzedz. Z przyczyn odemnie niezawisłych jednego tylko królika poświęciłem tym doświadczeniom. U niego ciała krwi nie były w podobny sposób zmienione. Zmiany w nich spostrzegane były zupełnie podobne do zmian występujących po alkoholu. Wszystkie czerwone ciała krwi były gwiazdkowate — w zęby. Zęby były delikatne i mało wystające. Oprócz tego spostrzegłem kilka ciałek podługowato wyciągniętych — owalnych, ale i ich brzegi były w ząbki. Żadne ciało nie miało normalnej postaci. Królik użyty do doświadczenia dostał 5 strzykawkę roztworu morfiny (1:20), a w godzinę potém zdechł w kurczach i z objawami braku powietrza. Krótko przed śmiercią nastąpił krwotok z pyszczka. Pomimo, że małą tylko liczbę doświadczeń zrobiłem, sędzę, że możnaby z nich wnosić, iż usypiający wpływ morfiny prędzej można przypisywać chemicznej zmianie ciałek krwi, jak mechanicznej, ponieważ widziałem, że obieg krwi u żaby wcale nie był zwolniony, ani też pojedyncze ciała krwi nie były w sposób taki zmienione, żeby utrudniały obieg, jak to miało miejsce po zadaniu karbolowego kwasu. Uważałbym więc, że morfinę z większym prawem możnaby nazwać trucizną nerwów w ściślejszym słowa tego znaczeniu, jak kwas karbolowy. Nie poważam się atoli na pewno tego twierdzić, gdyż zbyt małą liczbę doświadczeń zrobiłem.

---

## K R O N I K A   Z A G R A N I C Z N A .

---

### **Nowe metody uprzystępnienia pęcherza moczowego u kobiet. Zastosowanie ich w celu rozpoznawczym i leczniczym.**

Przez Dra H. Wildt w Gera.

(*Dalszy ciąg*).

Gdy więc cewka moczowa przez wprowadzenie wziernika Nr. 7 rozszerzyła się aż do 2 cm., łatwo jest wprowadzić do pęcherza nawet bardzo gruby palec i obmacać większą część wewnętrznej powierzchni pęcherza, która się skurczyła w skutek odpłynięcia moczu. Bardzo korzystnym jest przytém wprowadzenie środkowego palca do pochwy, w taki bowiem sposób brzeg cewki układa się w ustępie między dwoma palcami, ręka może być dalej do sromu a palec do pęcherza wsunięty niż przy zgięciu środkowego palca w kierunku dłoni. Następnie obmacanie wyżej położonych części pęcherza ułatwia się bardzo przez zbliżanie tych części ręką drugą swobodną, na powłoki brzuszne naciskającą. Taka metoda badania pęcherza była zastosowywaną w klinice Heidelbergskiej już przeszło 50 razy \*) i nigdy nie pozostała się niemożność zatrzymywania moczu, pomimo, że nieraz z tuzin palców pęcherz obmacało; przeciwnie, zawsze prawie wodę bezpośrednio po badaniu zastrzykniętą do pęcherza w ilości 500 grm. chore w stanie były zatrzymać, tak że ani kropla jój mimowolnie nie odpłynęła.

W trzech niżej się opisać mających wypadkach wraz z palcem było jeszcze wprowadzonym do cewki narzędzie i całemi godzinami, robiąc tylko krótkie przestanki, w pę-

---

\*) Przy badaniach tych, zarówno jak i przy ręcznym obmacywaniu kiszki prostej szło nietylko o cele rozpoznawcze i lecznicze, ale robiono je także często dla demonstrowania przed studentami i wprawy, albowiem prof. Simon był najzupełniej przekonany o ich nieszkodliwości.

cherzu óperowano, a jednak możność zatrzymywania moczu nigdy nie była naruszoną, nawet bezpośrednio po jaknajdłuższym posiedzeniu.

Tylko co opisana metoda rozszerzania cewki dla zbadania pęcherza stanowi wielki postęp w stosunku do poprzednio czynionych usiłowań, dla tego, że z jój pomocą w przeciągu nie wielu minut i w sposób bezpieczny, nawet przy najwęższej cewce, możemy dojść do takiego rezultatu, do którego np. Porter, jak wyżej powiedziano, potrzebował 5 dni; ma ona także wyższość nad metodą Heath'a, gdyż nacięcia brzegu ujścia cewki pozwalają na wprowadzenie najgrubszych wzierników, a następnie i palca bez jakiegokolwiek obrażenia cewki; przy postępowaniu zaś Heath'a w wielu wypadkach dostateczne rozszerzenie cewki było niemożliwem bez pewnych uszkodzeń. Oprócz tego zdaje się, że Heath nie doprowadził rozszerzania do tego stopnia, co Simon, który do cewki obok palca wprowadzał i narzędzia.

Co się tyczy wskazań do rozszerzania cewki i następnego obmacania wnętrza pęcherza, to prawie niema choroby pęcherza u kobiet, przy którejby postępowanie to nie dało się z korzyścią zastosować. Dla rozpoznania może być ono w wielu razach rozstrzygającym; gdyż, jakkolwiek kateter jest nadzwyczaj cennym środkiem dla rozpoznania chorób pęcherza, to jednak w wielu wypadkach sam przez się nie wystarcza. Drobne kamienie moczowe lub drobne ciała obce mogą przy powtarzaniem i najstaranniejszym nawet stosowaniu kateteru ujść naszej uwagi, jak to Heath wyraźnie nadmienienia w wzmiankowanej już przez nas rozprawie.

Większe kamienie, które, leżąc w zagłębieniach tak zwanój *vessie à colonnes*, są w części ścianami pęcherza w części zaś śluzem i ropą pokryte, mogą przy dotykaniu ich kateterem nie wydawać charakterystycznego dźwięku, jaki zwykle się otrzymuje przy zetknięciu się metalu z kamieniem; nakoniec zaś wystające nakształt przegródek pęczki mięśniowe t. zw. *vessie à colonnes*, dochodzące często do twardości chrząstki i pokryte osadem fosforanu amonii i magnezyi, podczas badania kateterem mogą być często brane za kamień. Wszystkie te pomyłki są niemożliwe, jeżeli po poprzedniem rozszerzeniu cewki, wnętrze pęcherza daje się palcem obmacać. Wszelkie zagłębienia, przerosty lub nowotwory znajdujące się na błonie śluzowej pęcherza mogą być bezpośrednio wyczuwane, wielkość zaś i kształt kamieni pęcherzowych mogą być jaknajdokładniej określone.

Za pomocą wzierników cewkowych można nawet obejrzeć wielką część wnętrza pęcherza i w taki sposób bezpośrednio przykonać się czy katar pęcherza doprowadził do owrzodzeń i w jakich miejscach takowe się utworzyły i t. d. Tylko przednia i wysoko położone boczne części pęcherza, które nie dają się obniżyć przez naciskanie powłok brzusznych, są niedostępne dla oglądu.

Zarówno wielkie korzyści przedstawia ta metoda i pod względem leczniczym. Gdy ciała obce z zewnątrz do pęcherza się dostały, to najlepiej postąpimy, gdy po rozszerzeniu cewki i wprowadzeniu palca wskazującego do pęcherza wsuniemy długie ciężki do polipów (*Polypenzange*), ciało obce z pomocą palca cząstkami pochwyćmy, a następnie palce i pochwycone ciała przez cewkę wydalimy.

Analogicznie można postępować i z kamieniami moczowemi, a ponieważ cewka kobieca, jak powiedziano, może być z łatwością do średnicy 2 cm. rozszerzoną, to jest widocznem, że tą łatwą i dogodną drogą mogą być wydalone z pęcherza kobiecego kamienie dosyć wielkiej objętości.

Jeszcze większe kamienie można zmniejszyć z pomocą narzędzia do kruszenia kamieni, i przy tém skruszenie nie potrzebuje być tak znacznem, gdyż kawały mające 2 cm. w średnicy mogą się już przez cewkę przesunąć. Cięcie przez całą błonę śluzową cewki, a nawet przez mięśnie pęcherza, które było przez wielu operatorów dla litotrypsyi wykonywanem, okazało się podług doświadczeń robionych w klinice Heidelbergskiej najzupełniej zbytecznem.

Operacya więc kamienia u kobiet w przyszłości znajdzie zastosowanie tylko w wypadkach ostatecznych, gdy kamień dojdzie do nadzwyczajnej wielkości, albo gdy pęcherz będzie tak drażliwy, że nie pozwoli na żadne manipulowanie narzędziami.

Przez rozszerzenie cewki staje się także możebnem stosowanie energicznego leczenia miejscowego przy katarze pęcherza, i rzeczywiście Chr. Heath pierwszy tak sobie postąpił. Heath rozszerza cewkę przy pomocy zgłębnika i palca, następnie

wsuwa w nią wziernik odróżniający się od wyżej opisanych tylko t $\acute{e}$ m, że nie posiada obturatora, i że przedni jego koniec jest skośnie ucięty; następnie pędzelkiem namaczanym w bardzo stężonym roztworze azotanu srebra (Argent. nitric. 1,0; Aq. destill. 4,0) dotyka się błony śluzowej pęcherza, o ile ona jest w tym celu dostępną. Postępowanie to z powodu wielkiej bolesności wymaga także znieczulenia chloroformem. Postępowanie to było także próbowan $\acute{e}$ m w klinice Heidelbergskiej przy chronicznym katarze pęcherza (porówn. niżej podaną historię choroby Katarzyny Geissler). Rozszerzanie cewki, które w tym razie potrzebuje być tylko nieznaczn $\acute{e}$ m tak, aby gruby pędzelek dał się do pęcherza wprowadzić, było dokonywan $\acute{e}$ m z pomocą wyżej opisanych wzierników, daleko łatwiej dających się wprowadzić, aniżeli skośnie obcięte i nie opatrzone obturatorem, wzierniki Heath'a.

Rozszerzanie cewki z następn $\acute{e}$ m jej obmacaniem może nabrać szczególn $\acute{e}$ j wagi w stosunku do rozpoznania i leczenia nowotworów w $\acute{e}$ wn $\acute{e}$ trza pęcherza. Palcowi badającemu nowotwór się nie wymknie, podczas gdy przy badaniu kateterem nowotwory mogły być przeoczonemi dopóty, dopóki nie następowała inkrustacja ich solami moczowemi, towarzyszący im katar pęcherza bywał brany za katar samodzielny. Wszystko to pociągało za sobą stosowanie niewłaściwego leczenia; teraz zaś, po dokładn $\acute{e}$ m rozpoznaniu, nowotwór może być usunięty przez rozszerzoną cewkę albo też w sposób jaki niżej będzie podany.

Dla lepszego rozjaśnienia tego co wyżej powiedziano, podamy tutaj kilka historii chorób:

1) W 1869 pewna 70 letnia pacjentka zaczęła doznawać silnych dolegliwości ze strony pęcherza moczowego; cierpiała na silne parcia do oddawania moczu, bolesne moczenie i gwałtowne krwotoki. Mocz był amoniakalny i zawierał osad złożony z fosforanu amonii i magnezyi. Przypuszczając, że w pęcherzu nie znajduje się kamień, wprowadzono do pęcherza lithotriktor, lecz zamiast kamienia, znaleziono tylko w miejscu odpowiadając $\acute{e}$ m trójkątowi Lieutauda wzniesienie w wielu miejscach chropawe. Każde silniejsze dotknięcie tego nieprzesuwalnego wzniesienia wywoływało silne krwotoki. Tak więc zgodzono się na obecność nowotworu w pęcherzu, a ponieważ wzierniki jeszcze wówczas w użyciu nie były, więc z pomocą ramion korncanga cewkę do tego stopnia rozszerzono, że można było palec wsunąć do pęcherza. Koniec palca tuż za cewką natrafił na nowotwór, którego łodyga dochodziła do wielkości 5-ciu groszy srebrnych, i który składał się z mnóstwa strzępków, w wielu miejscach inkrustowanych. Najwydatniejszą część nowotworu odkręcono przy pomocy delikatnych korncangów, a następnie infiltrowane dno łyżeczkami wyskrobano. Krwawienie podczas operacji było dosyć znaczne lecz nie niepokojące, a operacja dawała się stosunkowo łatwo nskutecznić, gdy podczas kurczenia się pęcherza trójkąt Lieutauda do palca się przybliżał. Reakcyja była niewielka, jakkolwiek błona śluzowa pęcherza doznała dosyć znacz $\acute{e}$ go obrażenia. Już 4-go dnia chora mogła powstać z łóżka. Mieszka ona w Heidelbergu i obecnie po upływie pięciu lat jest jeszcze zupełnie zdrową.

2) Pewna dama z Rosyi, mająca 40 lat wieku, doznawała silnych dolegliwości ze strony pęcherza, t. j. częstych napierań do oddania moczu i skurczów pęcherza. Mocz był amoniakalny, często ze krwią zmieszany; częściej zaś zdarzało się zupełne zatrzymanie moczu. Długi czas cierpienia jej uważano za zwyczajny katar pęcherza, dopóki lekarze petersburgscy po uprzedni $\acute{e}$ m rozszerzeniu cewki nie wyczuli palcem nowotworu, zajmującego całą powierzchnię pęcherza, dostępną dla obmacania. Cz $\acute{a}$ stki niewielkie tego nowotworu były odrywane c $\acute{a}$ żkami przez ciąg pewn $\acute{e}$ j ilości posiedzeń. Ponieważ jednak cierpienia chor $\acute{e}$ j doznały tylko ulgi czasow $\acute{e}$ j, przeto w 2 lata po rozpoznaniu nowotworu przybyła do Heidelberga. Tutaj 4 kwietnia 1874 roku dokonano rozszerzenia cewki i przekonano się, że prawie dwie trzecie w $\acute{e}$ wn $\acute{e}$ trza pęcherza były wypełnione nowotworem. Z pomocą ostrych łyżek wyskrobano tk $\acute{a}$ ń nowotworu, o ile się to dało i wielkie ilości jej w ten sposób zostały oddalone. W przeciagu 1 $\frac{1}{4}$  godziny łyżka została wprowadzoną do pęcherza 20 razy, a wyskrobywanie dokonywano pod kontrolą palca. Podczas operacji miało miejsce dosyć silne krwawienie, lecz reakcyja po ni $\acute{e}$ j była bardzo nieznaczn $\acute{a}$ . Chora doznawała tylko niewielkich bólów i miała najzupełniejszą możność zatrzymywania moczu.

Codziennie pęcherz przepłukiwano letnią wodą. Wkrótce mocz nabrał odczynu kwaśnego i po pięciu dniach chora mogła już opuścić łóżko. W tenże sam sposób, lecz

tylko z odpowiednio zbudowanemi cęgami mającemi kształt litery S, powtórzono operacyą 28 kwietnia i znowu oddalono znaczne ilości nowotworu. W 8 tygodni po pierwszej operacyi, kiedy chora opuszczała Heidelberg, brodawkowate narośle już nie istniały, lecz na punktach ich wyjścia znajdowały się tylko nierówne twarde miejsca błoną śluzową pokryte. Mocz był kwaśny, bóle pęcherza znikły: chora była w stanie zatrzymywać mocz w ciągu 5-iu godzin bez żadnych napierań; stan ogólny był wyborny.

3) Krystyna Bruner, 44 lat wieku mająca, praczka z Heidelberga. Pacjentka przedtém zawsze była zdrową, dopóki w 20 roku życia po porodzie nie nastąpiło u niej opuszczenie się macicy (*descensus uteri*), które w 33 roku życia jej po następnym porodzie zamieniło się w zupełne wypadnięcie. Dla utrzymania macicy chora używała odpowiednich krążków, nie sprawiając sobie tém żadnych przykrości. Od karnawału roku 1874 doznaje ona silnych dolegliwości ze strony pęcherza, mianowicie ciągłego napierania do oddawania moczu i bólów podczas moczenia.

*Status praesens* z 4 maja:

Wygląd chorój jest dość dobry, organa zawarte w klatce piersiowej okazują się przy badaniu fizykalnym w stanie normalnym. Badanie narzędzi płciowych wykazuje dość obszerną szczelinę sromną z wystawianiem ściany odbytnicopochwowej (*rectocele vaginalis*). Macica znajduje się dosyć wysoko, usta maciczne zewnętrzne otwarte, wargi ust macicznych, szczególnie tylna, są w stanie silnego przerostu. Z zaczerwienionego otworu cewki moczowej ciągle mocz wycieka, zapachu amoniakalnego; badanie kateterem nie wydało żadnych rezultatów dla rozpoznania. Chora głównie narzeka na gwałtowne napieranie, które ją zmusza do ciągłego siedzenia na nocniku, gdyż mocz kroplami bezustannie wycieka.

Od 4 maja do 30 czerwca stosowano codzienne przemywania pęcherza; z początku wstrzykiwano letnią, a następnie zimną wodę źródlaną. Przy tém leczeniu stan chorój znacznie się poprawił; mocz mógł być zatrzymywany przez ciąg prawie godziny, 13 maja oddziaływał już kwaśno, zawierał jednak jeszcze wielkie ilości ciałek ropnych i nabłonka pęcherza, a po przefiltrowaniu okazywał ślady białka. Pod koniec jednak maja stan chorój się pogorszył i pomimo że przystąpiono do wstrzykiwań 2 procentowego roztworu tanniny cierpienia nie ustawały, tak że okazała się konieczność regularnego używania środków narkotycznych. Pogorszenie to skłoniło chorą do porzucenia dotychczasowego leczenia poliklinicznego i do wstąpienia do kliniki chirurgicznej 1 lipca 1874 roku.

Tutaj jeszcze tegoż samego dnia przedsięwzięto rozszerzenie cewki moczowej i zbadanie pęcherza przy pomocy palca. Palec wsunięty do pęcherza, jak daleko sięgał, wszędzie natrafił na brodawkowate dosyć odporne wzniesienia. Ponieważ zgodzono się na obecność nowotworu brodawkowatego, wprowadzono więc do pęcherza odpowiednio zbudowaną ostrą łyżkę, różniącą się tém, od zwykłych takich łyżek, że z trzonkiem stanowi prawie kąt prosty. Z pomocą téj łyżki usunięto tyle nowotworu wiele się dało.

Następstwem téj operacyi był silny krwotok; gdy dla zatamowania go wstrzyknięto do pęcherza zimną wodę i chciano ją kateterem wypuścić, skrzepy krwi zupełnie wypełniły światło kateteru i nie z niego wypłynąć nie mogło. Wprowadzono więc do cewki Nr. 6 wziernika, przez który skrzepy wraz z zastrzykniętą wodą łatwo się wydalily; fakt ten pokazuje, że wzierniki mogą także oddawać wielkie usługi przy krwotokach z pęcherza.

Chora po operacyi czuła się dosyć dobrze i teraz t. j. w połowie września objawy przeważnie subiektywne znacznie się polepszyły. Prawdopodobnie jednak chora będzie wkrótce zmuszoną poddać się ponownej operacyi, a przy rozprzestrzenieniu się choroby trzeba będzie zastosować zupełnie inną operacyę, którą niżej opiszemy, mianowicie: cięcie ściany pęcherzo-pochwowej z następnym wywróceniem pęcherza.

(*Dokończenie nastąpi*).

## Wiadomości bieżące.

Wewnętrzny krwotok u ciężarnych (Prof. Hennig, Arch. f. Gyn. 1875. 2 z.—Allgem. med. Centralztg. N. 73. 1875). Gdy w każdym wykładzie położnictwa jest mowa o wewnętrznych krwotokach ciężarnej macicy, które stanowią dalszy ciąg zewnętrznego krwotoku, albo mu towarzyszą, to bardzo szczupłe tylko znajdujemy wiadomości o wewnętrznych nagromadzeniach krwi bez zewnętrznego krwawienia. W rzeczy samej ostatnia okoliczność, wyłącznie krwotok wewnętrzny, należy do wielkich rzadkości. Skłonność do silniejszych napływów do ciężarnej macicy i wstrząśnienia stanowią, według autora, najważniejsze przyczyny wewnętrznych krwotoków. Na dowód ostatniego twierdzenia, autor opisuje dwa wypadki. W pierwszym z nich wymioty odgrywają główną rolę, chociaż może przekrwienie i skłonność ciężarnej macicy do udarów, do krwawienia, zarazem nie małe posiadały znaczenie. W drugim wypadku zachodziły gwałtowne i długotrwałe napady kaszlu; pacjentka poroniła już kilka razy wśród niebezpiecznych i długotrwałych krwawień późniejszych. W bardzo rzadkich wypadkach, najłatwiej przy drugim bliźniaku zupełnie oddzielone łożysko, nawet gdy się osadza prawidłowo, może się urodzić przed dzieckiem; najczęściej gdy łożysko przoduje. W wypadku opisanym przez Hüttera, łożysko na dnie przyczepione, opadło aż do ujścia macicznego. Najrzadszy tego rodzaju wypadek spostrzegł autor u rodzącej po raz ósmy: łożysko siedziało na pół środkowo, więcej od lewej i tylnej strony przy wewnętrznym ujściu, a dwa dni przed rozwiązaniem przymusowym dwa małe łożyska przyboczne wydzieliły się samodzielnie, główne zaś łożysko (23 ctm. długie, 650 gramów ciężkie—koniec dziewiątego miesiąca) pozostało w macicy. Według Scanzoniego w pierwszym okresie porodowym bywa po największej części kurecz macicy przyczyną wewnętrznego krwotoku. Według Habita i Schroedera szczelne przyleganie dolnego odcinka może zapobiegać zewnętrznemu krwawieniu. Objawy: Silniejsze nagromadzenia krwi powodują gwałtowne bóle brzucha, które, gdy przystępuje tężec macicy, wznoszą się do nieznośnej wysokości i wytrzymują długo. Pospolicie jednakże bóle porodowe słabną i ustają zupełnie; natenczas macica nie oddziałuje nawet na podniety stosowane na jej powierzchni. Coraz więcej rozszerzająca się macica wywołuje trudne oddychanie. Jeśli się krew po rozdarciu się łożyska lub błon jajecznych dostaje do jamy jajecznej, natenczas zwykle odpływa kroplami płyn krwawosurowiczny. Niekiedy krew zbiera się pomiędzy łożyskiem a wewnętrzną ścianą macicy. Okoliczność ta zachodzi mianowicie wtenczas, kiedy brzeg łożyska na całym swym obwodzie przyczepia się zbyt silnie, środkowe części się oddzielają, i z powodu mocnego kulistego przyrostu wstrzymuje się skurecz tego oddziału macicy, który odpowiada oddzielonej części. Scanzoni w wypadku swym zaraz po sztucznym oddzieleniu małej części brzegu łożyska widział, że wypłynęło więcej jak dwa funty krwi, poczem znikł guz na przedniej ścianie macicy. Goodell (Amer. Journ. of Obst. Vol. II. 2. p. 281) przytacza 10 przykładów środkowego oddzielenia się łożyska. Jeśli wylana krew zatrzymuje się między łożyskiem i dnem, to macica z większą się nadzwyczajnie na podłuż, w drugich zaś wymiarach nie zmienia się. Z tego powodu ciąża zdaje się dalej być posuniętą, a niżeli jest w rzeczywistości. Baudelocque upomina, ażeby według tego oceniać ilość wylanej krwi, co według autora jest bardzo ważnym, ponieważ mianowicie w położeniu na grzbiecie i stosownie do sił kobiety niekiedy niejasnymi są objawy niedokrwistości w pozostałym ciele, albo występują one bardzo późno. Nieraz macica ma postać klepsydry i jest niejako na dwie części podzielona, które się dają wymacać jedna na drugiej. Nadzwyczaj rzadko występuje wewnętrzny krwotok przed trzecim miesiącem ciąży. We wszystkich miesiącach ciężarna, gdy wysięk szybko wzrasta, doznaje szczególnego uczucia ciągnięcia i napięcia, kolek, bólei w słabiznie, uczucia ciężenia ku ujściu macicznemu, a macica mimo braku bólów zdaje się twardszą, tylko krótko przed śmiercią wiotką lub biernie napiętą.—Rokowanie dla matki zależy od tego, czy się zjawisko to rozpozna i czy się jemu wcześniej zapobieże. Z 110 matek zmarło dotychczas 56, z 111 dzieci uratowano tylko 7.—Leczenie. Skoro jako tako znacznym jest wysięk naczyń

maciczno-łożyskowych, zarówno czy natenczas krzepnie czy też nie, matka znajduje się w niebezpieczeństwie zalania krwi, a dziecko w niebezpieczeństwie zaduszenia się. Gdy przeważa kurcz macicy, należy chorą zalecić spokojne leżenie w łóżku i podawać częściej małe dawki *ipecacuanhy* z o p i u m, a gdy jest skłonność do wymiotów, podskórnice wstrzykiwać m o r f i n ę i stosować lewatywy z wodanu chloralu. Jeśli zaś macica jest wężka, to stosownemi są zimne okłady na brzuch i pokrapiania eterem okolice dna macicznego i przedniej ściany. Jeśli do wewnętrznego ujścia można dojść, natenczas, gdy zagraża niedokrwistość, należy pęcherz przekłóć, górny oddział macicy pocierać silnie, sporysz podawać wewnętrznie albo podskórnice w postaci wodnistego wyciągu. Jeśli krew zbiera szybko, co się zdradza przez przedłużenie macicy, natenczas n a t y c h m i a s t n a l e ż y s z t u c z n i e o p r ó ż n i ć c a ł k o w i c i e m a c i c ę. Gdy usta są jeszcze zamknięte, C e l s u s zaleca w chwili od bólów wolnej wprowadzić palec wskazujący do ujścia, potem wsunąć drugi i trzeci i nareszcie całą rękę, pęcherz przekłóć, płód obrócić i wyciągnąć wraz z łożyskiem i skrzepami krwi. W tak krytycznym położeniu akuszer nie powinien się zbyt długo zatrzymywać przy tamponie. Gdy ujście miało być jeszcze za mało podatne, natenczas wraz z S c h r o e d e r e m zaleca autor rozszerzyć je krwawo. Jeżeli zaś szyjka macicy stoi jeszcze wysoko i jest jeszcze tak długą, iż się w nią nie da wprowadzić narzędzie, natenczas przez zimne okłady na brzuch i przez elektryczny strumień trzeba się tak długo starać o bóle porodowe, aż takowe uczynią przystępnymi usta maciczne, w danym razie przy pomocy kolpeuryntu. Jeśli zaś bóle porodowe z góry posiadają charakter tępcowy, to uspienie chloroformem oddawało autorowi jeszcze najlepsze usługi.

0 przechowywaniu limfy ospowej (Dr G u l i k, Allgem. med. Centralztg. N. 76. 1875). Bez wątpienia najwięcej trudności sprawia lekarzowi, trudniącemu się szczepieniem ospy, przechowanie skutecznej limfy ospowej. Świeża limfa wprost z krosty wprowadzona do rurek kapilarnych, zazwyczaj już w ósmiu dniach gnije i jest bezskuteczną, mianowicie gdy powietrze jest gorące. Przy mikroskopijnem badaniu widać w takiej limfie często zarodniki takie, jakie się także znajduje w zgniliej, spleśniałej krwi. Dłużej już da się utrzymać limfę, jeśli się takową przed wprowadzeniem w rurki na szkiełku zbiera i uwalnia od skrzepów włóknika. Taka limfa może się utrzymać skuteczną od 14 dni aż do czterech tygodni. Jeśli się takową mięsza jeszcze z gliceryną, według przepisu Dra M ü l l e r a, natenczas utrzymuje się jeszcze lepiej. Odwłóknioną limfę glicerynową nawet po dwóch miesiącach używał G. z dobrym skutkiem. Później i ona traciła swą siłę. W przeszłym roku autor odwłóknioną limfę mięszał z roztworem kwasu salicylowego w wodzie destylowanej i dzisiaj jeszcze posiada ona swą całkowitą siłę. Postępuje zaś sobie tym sposobem: z otworzonej krosty limfę zbiera się na szkiełko, do tego dodaje się równą ilość mieszaniny gliceryny z wodą destylowaną, w której jest rozpuszczony kwas salicylowy. Ażeby rozpuścić jak największą ilość kwasu salicylowego, wsypuje autor kwas salicylowy w przewyżce do roztworu gliceryny (glycerin. i Aq. distill. aa), znajdującego się w rurce reagensyjnej i gotuje. Po ostudzeniu ostrożnie rozlewa jasny roztwór. Z roztworem kwasu salicylowego, powyższym sposobem przyrządzonym, świeżo zebraną limfą należy na szkiełku dostatecznie mięszać i przed wprowadzeniem jej w rurki kapilarne pozostawić niejaki czas spokojnie. Skrzepy włóknika opadają natenczas na dół i nie dostają się do rurek. Przy przechowywaniu należy nadto na to zważać, ażeby limfa ani nie zziębła, ani też nie była wystawioną na zbyt wielkie gorąco. Rurka z limfą salicylową położona choć tylko na kilka godzin na słońce traciła szybko swą skuteczność. Jak długo skuteczną pozostaje limfa, tym sposobem przyrządzona, nie da się jeszcze oznaczyć na pewno. Cały rok mająca limfa salicylowa przy szczepieniu okazała się tak dobrą, że bez wyjątku wszystkie przyjęły się krosty. Dalsze swe doświadczenia autor zamierza podać później.

---

Redaktor i wydawca Prof. Dr G i r s z t o w t.

---

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364 (nowy 1), mieszkania Nr 6.

---

Druk. Gaz. Lek. Ul. Śto Krzyzka N 9. Дозволено Цензурою, Варшава 22 Октябрю (3 Ноябрю) 1875.