

# 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 1876 do 1 stycznia 1877) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1877 r. rsr. 188 (z przesyłką).

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

**PRESC:** Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej. Wypadek ostrego ropnego zapalenia prawej jamy bębnekowej (*cavum tympani*) z zejściem w zupełne wyzdrowienie. Podał Dr med. Jan Wróblewski.—Rozprawy naukowe. Leczenie chorób kobiecych za pomocą metody „Massage”. Dra Gustawa Norström ze Stokholmu. Podał Dr Pruski.—O chorobach układu nerwowego. Wykłady kliniczne prof. Charcot (w Paryżu). Podał Dr Piotr Dubelt (Dalszy ciąg).—Kronika zagraniczna. Utworzenie sztucznego moczowodu (Dokończenie). — Wiadomości bieżące. S. p. Prof. Dr Skobel. Ciągłe i powolne drażnienie nerwów. Wykład położnictwa Dra Jerzykowskiego. Kwas salicylowy w kapsułkach aptekarza Kusmierskiego.—Dodatek. Anatomii chirurgicznej Tom II, ark. 29 i 30. Chemii lekarskiej ark. 18. Choroby z zatrucia ark. 11 i 12. Hygieny ark. 23.

## Wypadek ostrego ropnego zapalenia prawej jamy bębnekowej (*cavum tympani*) z zejściem w zupełne wyzdrowienie.

Podał Dr med. Jan Wróblewski,

Do Ujazdowskiego szpitala wojskowego, dnia 7 lutego roku bieżącego postąpił żołnierz 3-ciej brygady artylerji i grenadierów, Bazyli Dymów, chory na tyfus brzuszny i ulokowany został w jednym z oddziałów chorób wewnętrznych. W przebiegu tyfusu, któren, mówiąc nawiasem, miał charakter ciężkiego ogólnego cierpienia, w 17 dni choroby chory począł się uskarżać na silny ból w prawem uchu i z tego powodu po upływie dwóch tygodni przeprowadzonym został na salę chorób usznych, zostając pod moim zawiadywaniem.

Przy bliższem badaniu znalazłem: chory 21 lat, silnej budowy ciała, w skutek przebytego tyfusu wymizerowany, osłabiony, anemiczny. Dotąd żadnych ciężkich chorób nie przebywał. Z prawego ucha miał obfity odpływ ropy, za uchem zaś na wyrostku sutkowym miał obrzękłość i ból dokuczliwy. Prawy bebenek był zgrubiały, matowy, odbicia światła (*Lichtstrahl*) widać na nim nie było; powierzchnia jego była normalną, położenie rękojeści młoteczka (*manubrium mallei*) prawidłowe, zaś w przedniej swjej części był przedziurawiony nie wielkim otworem, przez któren wyciekła w obfitej ilości gęsta, bia-

ło-żółtawa ropa z jamy bębenkowej (*cavum tympani*). Prawa trąbka Eustachiusza swobodnie przepuszczała strumień powietrza. Przewodnictwo fal dźwięcznych przez koście czaszki było najzupełniej zachowane, to jest, dźwięk kamertonu wprowadzonego w wibrację (przez uderzenie) i przyłożonego do głowy, chory wyraźnie słyszał prawem uchem, co służyło za dowód, że nerw słuchowy wrażliwości swej nie utracił. Słuch na chore ucho był mocno przytępiony. Przy wdmuchiwanu zgęszczonego powietrza przez kateter (powietrzne dusze), wprowadzony do trąbki Eustachiusza, jak również przy doświadczeniu Valsalva (*experimentum Valsalvae*—przy zamkniętych ustach i ściśniętych nozdrzach robi się akt wydechania, *expiratio*), odpływ ropy przez otwór w bębunku znacznie się powiększał. Obok tego wszystkiego chory trochę gorączkował, tętno 96, ciepłota 38,8°C., nocie przepędzał bezsennie, a to z powodu dokuczliwego bólu w uchu, a bardziej jeszcze za uchem na wyrostku sutkowym.

Na mocy wyżej opisanych danych, rozpoznałem: ostre ropne zapalenie prawej jamy bębenkowej (*otitis interna acuta*) z przejściem zapalenia na błonę śluzową, pokrywającą komórki wyrostka sutkowego (*cellulae mastoideae*), oraz zapalenie bębunku z następnem przedziurawieniem tegoż. Następstwem zaś zapalenia błony śluzowej rzeczonych komórek (błona ta ma tutaj znaczenie okostnej—*periosteum*), było zapalenie okostnej (*periostitis*) wyrostka sutkowego, które się objawiało przez silny ból, powiększający się przy nacisku, obok nader nie wielkiej obrzękłości i tylko lekkiego zaczerwienienia skóry.

Prognozę postawiłem wątpliwą, tak co do życia chorego a jeszcze bardziej co do zachowania słuchu. Obawy moje były uzasadnione, praktyka bowiem otiatryczna poucza, że przyczyną zejścia śmiertelnego w wypadkach ostrego ropnego zapalenia jamy bębenkowej, bywa bądź zapalenie błon mózgowych, bądź zapalenie i zakrzep żył mózgowych — *sinus durae matris*, najczęściej *sinus transversus*; jeśli zaś ostre zapalenie przechodzi w stan chroniczny, to mamy do czynienia z ciągłym odpływem ropy (*otorrhoea*), z następczym zniszczeniem częściowem lub całkowitem kosteczek usznych i z możliwem *caries partis petrosi ossis temporis*, które również może wywołać wspomniane sprawy zapalne w błonach, żyłach mózgowych i w samym mózgu. Widziałem niejednokrotnie śmiertelne zejścia w podobnych wypadkach *otorrhoeae*; pamiętam bardzo dobrze, jak w końcu zeszłego roku straciłem dwóch chorych, u których w skutek chronicznej *otorrhoeae* powstało *caries partis petrosi*, następnie *meningitis purulenta*, *thrombosis purulenta sinus transversi durae matris*, a u jednego zaś z nich uformował się ropień na prawej półkuli mózdziku.

Co się tyczy leczenia, w mowie będącego wypadku, to zaleciłem: częste przemywanie ucha ciepłą wodą, wlewanie do ucha kropel siarczanu cynku (gr. j na unc. j aq.), częste, co parę godzin zastosowanie doświadczenia Valsalva, a to w tym celu, aby zbierającą się ropę odprowadzać z jamy bębenkowej do kanała usznego zewnętrznego. Za ucho pijawki. Do środka podałem choremu wino i proszek morfiny na noc.

Na drugi dzień zrobiłem głębokie do kości cięcie na wyrostku sutkowym, gdyż tylko w tém cięciu widziałem środek na uspokojenie nieznośnego bólu; chębotania (*fluctuatio*) w miejscu wykonania cięcia nie było: jakoż nadzieja mnie niezawiodła, zaraz bowiem ból zmniejszył się znacznie, a następnego dnia przekonałem się o nowej korzyści z owego cięcia: biało-żółtawa ropa zebrana w komórkach wyrostka sutkowego poczęła swobodnie odpływać przez świeżą ranę, że zaś była to ropa z rzeczonych komórek, czyli w ogóle z jamy bębenkowej, nie zaś z zewnętrznego, głębokiego ropnia, to przekonałem się o tém za pomocą doświadczenia Valsalva i dusz powietrznych, przy zastosowaniu których ropa pełnym strumieniem odpływała przez ranę.

Wiadomem jest, że w podobnych okolicznościach, to jest przy zebraniu ropy w komórkach wyrostka sutkowego, robiono niekiedy trepanację owego wyrostka, a to w celu odprowadzenia ropy na zewnątrz. Operacja rzeczona wykonywana bywa w tych właśnie wypadkach, kiedy po zrobieniu cięcia na wyrostku sutkowym ropa nie może się wydobyć przez kość zgrubiałą bądź patologicznie, bądź w stanie normalnym. Zadaliśmy więc sobie pytanie, jakim sposobem w naszym wypadku bez trepanacji ropa utorowała sobie drogę przez wyrostek sutkowy na zewnątrz?

Winienem tu nadmienić, że wyrostek sutkowy u osób dorosłych przedstawia bardzo wiele zmian co do swój budowy; substancja kostna jest albo zbyt twarda (*compacta*), albo też gąbczastą (*spongiosa*); komórki w nim zawarte albo są zbyt wielkie, albo też małe, również i przegródki pomiędzy niemi są cieniutkie lub grube. Podobnie i ścianka zewnętrzna wyrostka bywa albo zbyt grubą, albo też niekiedy zbyt cienką, przeświecającą, a nawet posiada niekiedy dziureczki, komunikujące się bezpośrednio z komórkami i to właśnie dziureczki pod względem praktycznym mają pewną doniosłość.

Za pomocą tych właśnie dziureczek, a być może i za pomocą przedziurawienia substancji kostnej w miejscach cienkich, wytłumaczyliśmy sobie swobodny odpływ ropy z komórek sutkowych na zewnątrz w naszym wypadku.

Obfity odpływ ropy z jamy bębenkowej przez otwór w bębunku z jednej i przez wyrostek sutkowy z drugiej strony, przyczynił się bardzo do polepszenia ogólnego stanu chorego: gorączka bowiem ustała, ból znikł, zjawił się apetyt i spokojny sen, tak że z dniem każdym chory widocznie począł siłą nabierać. Obok pożywniej diety zaleciliśmy choremu żelazo, chininę w małych dawkach i wino. Co zaś do ucha, to czyste utrzymanie jego było na pierwszym planie; raz na dzień wlewano do ucha krople siarczanu cynku.

Powoli odpływ ropy zmniejszał się, a otwór w bębunku począł się zablizniać i zmniejszać się także, a w miarę tego przy doświadczeniach Valsalva nie mogliśmy już dostrzedz ani odpływania ropy, ani przejścia powietrza z wiadomym piskiem; to ostatnie zjawisko udawało się nam przez dni parę otrzymywać sposobem Politzera. Sposób ten, jak wiadomo, zależy na tém, że zalecamy choremu połykać i w tej samej chwili zgęszczamy powietrze *in cavo naso pharyngeale* za pomocą kateteru wprowadzonego do nosa i baloniku



gumowego. Powietrze w chwili połykania przechodzi przez trabkę Eustachiusza do jamy bębenkowej.

W pierwszych dniach czerwca otwór w bębunku zabił się zupełnie; bębenek pozostał jak dawniej, w początku choroby, zgrubiałym, matowym. Na prawe chore ucho, chory słyszał bardzo dobrze, uderzenia zegarka słyszał w oddaleniu 20 cali. Rana za uchem zagoiła się niewielką, nieco wklęsłą blizną. Chory opuścił szpital 18 czerwca.

## Leczenie chorób kobiecych za pomocą metody „Massage“.

(Dra Gustawa Norström ze Stokholmu.)

Podał Dr Pruski.

W dniu 18 stycznia r. b. Dr Norström przedstawił na posiedzeniu Towarz. Lekarskiego w Paryżu metode „Massage“ zastosowana do leczenia chorób kobiecych. Jakkolwiek z punktu widzenia gynecologicznego wspomniana metoda dziwnie się przedstawia, Dr Norström popiera ją jednak dość szczegółową statystyką zebraną w Szwecyi i obejmującą 174 obserwacyi. Od kilku miesięcy zastosowywają również na klinice Dra Péana w szpitalu św. Ludwika w Paryżu. Przedstawiamy ją więc czytelnikom, choć do jej stronników zupełnie nienależymy.

„Massage“, które na nasz język przetłumaczyćby należało przez gniecenie i pocieranie, jako środek higieniczny a po części i leczniczy (głównie w reumatyzmach) znany był od dawna w Indjach i Arabii. Rhazès i Albucasis wspominają o nim. Do dziś dnia używanym jest na północy Rosyi, w Szwecyi, Norwegii, a we Francyi—w Normandyi i Bretonii. Ling, wynalazca gimnastyki szwedzkiej, pierwszy zwrócił nań uwagę lekarzy i odtąd wielu znanych praktyków nim się zajmowało, starając się go podnieść do godności metody, jako to: Laisné, Dally, Phéliepeaux i Sarlandière we Francyi, Dr Metzger z Amsterdamu, a głównie Berghman i Hellenday w Szwecyi, którzy to ostatni starali się go oprzeć na fizyologicznych podstawach.

Trousseau, poświęcając massażowi krótką wzmiankę i zalecając wykonywać go w temperaturze 25 do 30°R. w łaźni suchej lub wilgotnej, w tych słowach o nim się odzywa: „Les personnes qui s’y soumettent prétendent éprouver par cette manoeuvre une indicible sensation de bien être et d’excitation, il leur semble que l’élasticité musculaire de la jeunesse se réveille sous la main qui les presse, que les forces se rétablissent, que le jeu de toutes les fonctions s’exerce plus librement. La fatigue surtout qui résulte de l’abus de la marche, de la veille ou des plaisirs de l’amour, disparaît pendant l’acte même du Massage. Aussi est il d’expérience que dans les rhumatismes aigus non fébriles, dans les rhumatismes chroniques, dans les paralysies qui sont en voie de guérison, dans l’impuissance vénériennes, cette medication est suivie d’un heureux résultat“ (Traité de thérapeutique et de matière médicale).

Co do sposobu działania samego masażu na tkanki podległe zapaleniu to Bergbman i Helleday w ten sposób objaśniają: masaż działa dwojako mechanicznie i fizyologicznie. Działając mechanicznie masaż zmienia warunki krążenia i znosi stazę krwi, działając fizyologicznie podbudza za pomocą tarcia nerwy czuciowe, sprowadzając tym sposobem drogą odruchu skurez rozwolnionych naczyń.

Skurez w ten sposób wywołany jest wprawdzie krótkotrwałym, po nim następuje paralityczne rozwolnienie naczyń i przekrwienia, lecz tego ostatniego niedopuszcza mechaniczne ciśnienie sprawiane nagniataniem.

Tym więc sposobem masaż znosi przekrwienie. Następnie masaż ułatwia rezorbeyę ekstrawazatu, również dwojakim sposobem: 1) wypychając go mechanicznie z przedziałów łączno-tkankowych w naczynia limfatyczne i 2) przyspieszając krążenie krwi i znosząc stazę. W zapaleniach chronicznych dłużej się ciągnących, w których nastąpił już rozrost tkanki łącznej, tarcie i nagniatanie rozrywa wątle nowo utworzone naczynia i tym sposobem tworząc ekstrawazaty zmienia warunki odżywiania, utrudnia je, w skutek czego elementy nowoutworzone podpadają przemianie tłuszczowej i mogą być w następstwie zrezorbowane. Masaż, działając drażniąco na nerwy, uśmierza ból, każde bowiem drażnienie nerwu, sprowadzając naprzód podwyższenie drażliwości, pociąga w następstwie znaczne jej obniżenie. Jeśli więc na nerw znajdujący się w stanie chronicznego rozdrażnienia, jak to ma miejsce w hyperestezyach i newralgiach, działać za pomocą masażu przez czas dłuższy będziemy, to sprowadzić można obniżenie chorobliwej drażliwości. Masaż poniża temperaturę, o czem przekonać się można, działając przez czas pewien na skórę w stanie zapalenia będącą, która po pewnym czasie manipulacyi przedstawia nie podwyższoną, lecz poniżoną temperaturę.

Otoż na tych danych opierając się i wstępując w ślady empirycznej działalności gimnastyka szwedzkiego Brandt'a i Norström stara się zastosować gniesienie i pocieranie czyli masaż do leczenia chronicznego zapalenia macicy i jej anexów, oraz znacznej liczby innych zbroceń wynikłych z zaburzenia, odżywiania lub zbroceń sytuacji.

Tak rozległe zastosowanie metody pochodzi z tego powodu, że Dr Norström exaggeruje niesłychanie znaczenie chronicznego zapalenia, mieszając je np. za przykładem Seanzonięgo z zawałem (*l'engorgement*), z fluxyą etc.

Oto więc, według p. Norström wskazania do użycia metody masaż:

1) Chroniczne zapalenie macicy; tu przez tarcie i nagniatanie usuwamy stazę, sprowadzamy żywszą cyrkulacyę i tym sposobem rozejście zapalenia. Jeśli zapalenie, przeciągając się nieco dłużej, sprowadziło rozrost tkanki łącznej, wtedy tarcie i nagniatanie rozrywa wątle nowoutworzone naczynia, tworzy ekstrawazaty, przerodzenie tłuszczowe nowoutworzonych elementów i ich rezorbeyę w obec znacznej obfitości naczyń limfatycznych w macicy. Jeśli jednak zapalenie weszło w ostatni swój peryod, t. j. induracyi zupełnej, wtedy masaż jest bezskutecznym. W induracyi' niezupełnej możebne jest polepszenie.



2) Dalej zamieszcza autor odmianę chronicznego zapalenia, charakteryzującą się głównie mniej lub więcej silnymi krwotokami, a którą, podobnie jak Nonat, Béhier i Hardy, nazywa *Endometritis haemorrhagica*. Ten stan patologiczny opierając się, według Dra Norström, wszystkim środkom ściągającym i kaustycznym tak płynnym, jak i stałym, jest jednym z najlepiej się leczących za pomocą massażu.

3) Wypadnięcie pochwy i macicy. W cierpieniu tem masaż działa w sposób dwojaki: a) Zmniejszając objętość macicy usuwa skłonność do wypadnięcia. b) Nadając pochwie i dźwigaczowi odbytu właściwą siłę oporu usuwa samo wypadnięcie. Według bowiem autora, na wypadnięcie macicy wpływa nie tyle osłabienie właściwego aparatu więzowego macicy, ile stan rozwolniony pochwy i dźwigacza odbytu. Tym więc ostatnim, powiada, należy nadać tonus i siłę, chcąc zwalczyć samo wypadnięcie.

4) *Anteversio et anteflexio, retroversio et retroflexio*. Stany te autor uważa jako nieuleczalne w zasadzie, lecz znośne zupełnie dla organizmu jeśli wszelkie komplikacye (głównie *metritis chronica*) usuniętymi będą.

Otóż najstosowniejszym dla usunięcia tych ostatnich jest masaż, który, oprócz zwykłego działania, wpływa tu jeszcze w ten sposób, że usuwa z macicy zgromadzone sekrecye i tym sposobem zmniejsza napięcie jej ścianek. Co do pessaryi, to autor zupełnie odrzuca je zupełnie i nie tylko szkodliwe w istocie pessarya wewnątrz maciczne, lecz w ogóle wszystkie. Przy retrowersyach czystych, rzadkich, jak wiadomo, bez powikłania z retrofleksją, pessarya, powiada, w początkach są skuteczne, lecz skuteczność ta jest nader krótkotrwałą. Zagięcie pochwowe tylne rozciągnięte nad miarę, zwolna zaczyna się kurczyć, co w połączeniu z działaniem pęcherza i кишки odchodowej wywiera ten efekt na pessaryum, że ono po pewnym czasie znajduje się w miejscu zupełnie odmiennem od pierwotnego a macica w dawnym, fałszywym położeniu. Przy retrofleksyach, pessarya zupełnie celowi nie odpowiadają, sprawiając jedynie irytacye i powiększenie sekrecyi.

5) Włókniki i polipy macicy. Tu wzbudzająca skurcze macicy za pomocą massażu sprowadzić możemy: a) pedikulizacyę w nowotworze, b) usuwany krwotoki tak niebezpieczne dla życia. W pewnych razach, powiada autor, wpływać nawet możemy pomyślnie na sam proces nowotworzenia, sprowadzając zmianę cyrkulacyi, ekstrawazaty, przemianę tłuszczową, usuwając chroniczne zapalenie etc.

6) W zapaleniach jajników, jeśli nie istnieją zrosty i zaburzenia zewnątrzjajnikowe.

7) W owrzodzeniach ust macicznych, które, według autora, zależą głównie od chronicznego zapalenia.

Przeciwwskazanie do massażu tworzą ostre zapalenia macicy i okołomaciczne, oraz ciąża. Przeciwwskazaniem chwilowem jest miesiączkowanie.

Manipulacya massażu. Jeśli kobieta zbadana zwykłymi sposobami przedstawia np. chroniczne zapalenie macicy, wtedy umieszczamy ją na grzbie-

cie, głowa wzniesiona, golenie i uda, dla zwolnienia mięśni brzusznych. przyciągnięte do brzucha, oddechanie głębokie i wolne.

Operator umieszczony na stronie prawej wprowadza dwa palce ręki lewej do pochwy aż do zgięcia pochwowego tylnego, starając się posunąć je o tyle, aby dosięgnąć ciała macicy. Następnie cisnąc na część tylną macicy, usiłuje wzniesić ją o ile tylko jest to możebnem. W tymże czasie palcami ręki prawej umieszczeniem na ściankach brzusznych stara się uchwycić dno macicy. Gdy to zostało już uskuteczniönem, wtedy masaż się rozpoczyna, polegając na nagniataniu i pocieraniu macicy. Jako punkt oparcia służą tu palce ręki lewej, unoszące macicę, które należy nieco oddalić od siebie i lekko zgiąć, aby uniknąć w czasie operacyi wyslizgnięcia się macicy z pomiędzy palców, co sprawia zawsze ból znaczny. Przy nachylaniu znacznem macicy ku przodowi, korzystniejszém jest w pewnych razach wprowadzić palce ręki lewej w zagięcie pochwy przednie, lecz w takim razie należy najprzód wprowadzić palce w zagięcie pochwy tylne, drugą ręką uchwycić dno macicy i wtedy dopiero przesunąć palce do zagięcia pochwowego przedniego. W innych razach korzystniej jest naciskać samą część pochwową lub też naciskać macicę ku ściankom bocznym miednicy lub tylnej stronie spojenia łonowego. Uniesienie macicy palcami ręki lewej konieczne przy manipulacyi masażu, odbywa się zwykle bez trudności; przy wprowadzaniu jednak palców do pochwy, unikać należy dotykania łechtaczki i części przedniej pochwy. Ponieważ nagniatanie i pocieranie fatygować może dość szybko operatora, należy więc wypocząć od czasu do czasu, unikając jednak wyjmowania ręki lewej z pochwy, gdyż w takim razie koniecznem byłoby nowe uchwycenie ręką prawą dna macicy, co sprawia zawsze pewien ból. Gdy leczenie jest bolesnem, należy zalecić chorąj po przybyciu do domu absolutny spoczynek i zimne kompresy na brzuch. W początku leczenia i na początku każdego posiedzenia należy zawsze postępować łagodnie, a następnie wzmacniać stopniowo nagniatanie i tarcie. Dyeta wzmacniająca jest nieodzowna.

Prowadząc leczenie w ten sposób, powiada autor, widzimy zwykle stan chorąj wkrótce się polepszający, ciężkość i bóle w okolicy miednicy i krzyża mało pomалу ustępujące. Miesiączkowanie, które w pewnych razach bywa silniejszém podczas leczenia, ulega później znacznej moderacyi. Posiedzenia powtarzać należy każdodziennie w przeciągu 3 do 4 minut, dwa w ciągu dnia jednego wykonane, przyspieszyć tylko mogą powrót do zdrowia. Co do pytania jak długo przedłużać należy leczenie, to z góry oznaczyć tego niepodobna, gdyż bardzo wiele warunków tak wewnętrznych jak i zewnętrznych wpływać tu może. W pewnych razach 5 do 6 tygodni jest wystarczającém, w innych przeciągać się może do 4, 5 lub 6 miesięcy. Metoda ta wymaga więc znacznej cierpliwości tak ze strony lekarza jak i chorąj. Dodać tu jednak musimy, że, jak to widzieliśmy sami, chore dosyć chętnie jej się poddają, i według autora, reedywy są tu nader rzadkie, a jeśli zjawiają się w pewnych

razach to w stopniu nieznacznym. Jeśli zapalenie chroniczne macicy zjawia się w następstwie porodu, wtedy leczenie rozpocząć należy jak najprędzej, najdalej po miesiącu, gdyż w takim razie i natura sama wspomagać nas w leczeniu będzie. Przy wypadnięciu pochwy sposób ręczny postępowania jest ten sam i wymaga tylko większej jeszcze cierpliwości. Przy wypadnięciu pochwy i macicy leczenie właściwiej jest prowadzić w dwóch seansach każdodziennie, działając w jednym seansie na pochwę, a w drugim na macicę. Leczenie bywa tu często nader długie, często do 4 lub 6 miesięcy się przeciąga, recydywy jednak tak częste przy zwykłym leczeniu wypadnięć macicy, według autora, miejsca tu nie mają. Przy włókniakach i polipach macicy masaż odbywa się w tenże sposób jak i przy chronicznem zapaleniu. W pewnych razach przy ściankach brzusznych grubych i tłustych uchwycenie ręką prawą dna macicy jest nader trudnem, po kilku jednak dniach ścianki brzuszne się rozwalniają i dalsze rękoczynny odbywają się bez trudności. W początkach leczenia przy ujmowaniu dna macicy ból czasami bywa dosyć znaczny, po przeciągu jednak tygodnia lub 15 dni zmniejsza się stopniowo aż do zupełnego zniknięcia. Statystyka podana przez Dra Norström przedstawia się w sposób następujący:

1) *Metritis chronica* w liczbie 138 dało: 43 uleczenie kompletne, 70 prawie zupełnie, 13 polepszenie nieznaczne.

2) Wypadnięcie pochwy i macicy w liczbie 12; z których 10 uleczenie, 2 polepszenie.

3) *Endometritis haemorrhagica* w liczbie 9; wyleczenie zupełne we wszystkich wypadkach.

4) W 7 wypadkach bezpłodności połączonych z *metritis chronica* poczęcie nastąpiło w dwóch razach zaraz po wyleczeniu, w 3 bezpłodność, 2 niewiadome.

Statystyka ta, jeśli jej tylko wierzyć można, przedstawia się, przyznać trzeba, w sposób dosyć zadawalniający. Aby jej zaprzeczyć lub potwierdzić, należałoby śledzić przebieg leczenia od początku do końca. Dr Norström otworzył w Paryżu poliklinikę dla chorych przychodnieli, my jednak nie obserwowaliśmy tu dłużej ani jednego wypadku.

Z teoretycznego jednak punktu widzenia podobne rękoczynny wykonywane na macicy, stać się mogą, naszym zdaniem, powodem krwotoków, ostrego zapalenia tak macicy jak i otrzewni, nie mówiąc już, że wspomniona metoda i z moralnego punktu widzenia ujemne przedstawia strony, będąc, jeśli się nam wyrazić tak wolno, uprawnionym onanizmem. To też podajemy ją więcej jako curiosum, niż życząc, by zwolenników znalazła.



## O chorobach układu nerwowego.

Wykłady kliniczne Prof. Charcot (w Paryżu).

Podał Dr Piotr Dubelt.

(Dalszy ciąg).

Ten obraz musiałby się koniecznie zmienić, gdyby zmiany patologiczne przekroczyły zwykłe swoje granice i z białej istoty rozszerzyły się na przednie rogi istoty szarej. Wówczas jako następstwo eierpienia komórek ruchowych, widzielibyśmy szybki zanik mięśniowy. Wykazałem już w swoim czasie <sup>1)</sup>, w podobnych razach przyłączają się objawy postępującego zaniku mięśni do zwykłych objawów stwardnienia tylnej części istoty białej bocznej części i t. d. Niedawno też w tego rodzaju wypadku znaleźliśmy po śmierci wielobiegunowe komórki najwyraźniej zmienione, czemu, mojem zdaniem, należało przypisać zboczenia odżywcze w mięśniach <sup>2)</sup>.

Należą także do tej gromady stwardnienia w rozrzuconych ogniskach (*sclérose en plaques disséminées*) <sup>3)</sup> i stwardnienia rozlane. Można dalej zaliczyć częściowe *myelitis* bez różnicy czy pierwotnie powstaje,

---

1) Charcot et Joffrey l. c. p. 351.

2) Porównaj między innymi i niedawno przez mojego ucznia Pierrret'a opisany wypadek — Sur les alterations de la substance grise de la moelle epiniere dans l'ataxie locomotrice considerées dans leurs rapports avec l'atrophie musculaire, qui complique quelquefois cette affection. Archives de Physiologie etc. T. III. p. 599. W tym wypadku proces zapalny rozszerzył się z tylnych wiązek, na przedni róg istoty szarej prawej połowy rdzenia, idąc wzdłuż przebiegu nerwu wewnętrznych korzeni tejże strony. Następowy zanik mięśniowy był ściśle ograniczony do prawych kończyn. Dodam tu jeszcze opis jednego wypadku pokazującego jasno, że następowe połowicze zapalenie wiązek istoty białej przez rozszerzenie się na szarą istotę, zanik mięśniowy sprowadza.

70-cioletnia kobieta została dotknięta porażeniem lewej połowy ciała, w skutek krwawej apopleksji w prawej półkuli mózgu. Porażone kończyny, które okazywały bardzo weześnie skurczenia, dopiero w dwa miesiące po napadzie zaczęły tracić na objętości. Zanik mięśniowy rozprzestrzeniał się równomiernie na całe kończyny, znacznie postępował i łączył się z bardzo widocznym zmniejszaniem się elektrycznej kureczliwości. W trakcie tego, na wszystkich miejscach skóry tych odnóg podlegających uciskowi, wystąpiły pęcherze i wkrótce przeszły w zgorzel. Po śmierci znaleźliśmy w poprzecznych przecięciach rdzenia, że zstępujące stwardnienie lewych bocznych wiązek rozprzestrzeniło się do przednich rogów istoty szarej tejże strony i sprowadziło zanik pewnej liczby komórek ruchowych.

3) Przed rokiem obserwowaliśmy kobietę z rozsianem mózgo-rdzeniowym zapaleniem, które się rozszerzyło w szyjowej części mlecza prawie na całą grubość istoty szarej, a szczególnie na przednie jej rogi. W tem miejscu komórki nerwowe okazywały różne stopnie zaniku i wiele z nich znikło bez śladu. U tej kobiety ręce były przeobrażone w ten sposób, że tworzyły tak zwane *griffe*, *Krallenhand*. Mięśnie wielkiego i małego palca, a także międzykostne zanikły. Na przedramieniu również widocznym był zanik, ograniczający się do pewnych gromad mięśni.

czy pochodzi z ucisku przez jakiś guz, z próchnienia kręgów etc. Te wszystkie patologiczne zmiany nie wywierają żadnego bezpośredniego wpływu na odżywienie mięśni, jeżeli nie zajęły komórek ruchowych. Należą zaś i to do bardzo rzadkich wyjątków tylko te wypadki, w których cierpienie jakkolwiek się ogranicza do istoty białej, zajmuje jednakże takie części wiązek tej istoty, które przepuszczają włókna nerwowe, wychodzące z przednich korzeni. Jak tylko te włókna zostaną chorobowo zmienione, natenczas muszą odpowiednio ucierpieć i nerwy obwodowe <sup>1)</sup>.

B. Druga gromada obejmuje te choroby rdzenia, które pociągają za sobą prawie niezbędnie różne zmiany w odżywieniu mięśni. Rozdzielimy tę gromadę na dwie części:

1) W pierwszej umieścimy ogniskowe i rozlane choroby z przebiegiem ostrym albo ostrawym, które znaczną długość istoty białej i szarej jednakowo zajmują, lub też umiejscowiają się przeważnie w ostatniej. One sprowadzają zwykle wielkie zmiany elektrycznej kurezliwości i szybko postępujący zanik w mięśniach.

Na czele tych chorób umieszczę ostre centralne zapalenie mlecza, które, jeżeli się mniej więcej rozszerzy i zajmuje np. znaczną część zgrubiałości grzbieto-łędźwiowej, musi koniecznie wywołać upośledzenie elektrycznej pobudzalności mięśni w dolnych kończynach. Mannkopf widział raz w takim wypadku zmniejszoną pobudzalność już 7-go dnia po wystąpieniu pierwszych objawów choroby <sup>2)</sup>.

Jeżeli chory nie zaraz swoje cierpienia zakończy, natenczas można dokładnie badać rozwijanie się odpowiednich objawów, między którymi zanik mięśniowy staje się prędko widocznym. Niedługo też są do sprawdzenia histologiczne zmiany, będące powodem zaniku. Oprócz zmian w pierwotnych wiązkach mięśni, ulegających bardzo rzadko stłuszczeniu, spotyka się jeszcze w po-

---

<sup>1)</sup> Co do częściowego myelitis, powstałego samoistnie lub przez sąsiedni guz wywołanego, możemy taką czynić uwagę: znajduje się zwykle na któremkolwiek miejscu części grzbietowej mlecza i zajmuje bardzo niewielką przestrzeń. Ządł pochodzi, że jeżeli przednie rogi ucierpią pierwotnie, lub przez rozszerzenie się patologicznych zmian w poprzecznym kierunku, to zboczenia w mięśniach, jako następstwo powyższych zmian w istocie szarej rdzenia, ograniczają się do małych części klatki piersiowej albo ściany brzusznej i nie zdradzają się za życia przez żadne objawy. Mięśnie kończyn odżywiają się zupełnie nieprawidłowo, jeżeli częściowe myelitis zajmuje wyżej oznaczone miejsce i jeżeli nie przyłączą się do niego jakie powikłania. Zmieniłyby się stonki, gdyby to zapalenie choć bardzo ogromne zajęło pewne części zgrubienia szyjowego, albo łędźwiowego mlecza. Natenczas mięśnie kończyn musiałyby ucierpieć i okazałyby niebawem swoje niewłaściwe odżywienie przez zmiany w czynnościach i kształtach rzeczonych kończyn.

<sup>2)</sup> M a n n k o p f. Amtlicher Bericht über die Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Hannover. p. 251. 1866.

dobnych razach, podług Mannkopfa <sup>1)</sup> i Engelkena <sup>2)</sup>, rozrost jąder w omięsnj. Ogólnie mówiąc, zmiany niniejsze noszą na sobie oznaki podrażnienia. Udające się do takich mięśni nerwy, które Mannkopf wielokrotnie poszukiwał, albo są zupełnie zdrowe, albo też przedstawiają tak nieznaczne zmiany, że się żadną miarą nie dadzą porównać ze zmianami w mięśniach <sup>3)</sup>.

Z kolei następują *haematomyelitis*. Jest to choroba która tak ze względu na patogenezę jak i patologiczną anatomję znakomicie się różni od pospolitego wynaczynienia w mózgu, a mianowicie dla tego, że prawie bez wyjątku wynaczynienie w rdzeniu zajmuje środkową część takich tkanek, w których już przedtem zapalenie sprowadziło pewne zmiany. Wynaczyniona krew rozlewa się przeważnie w istocie szarej i często niszczy takową, szczególnie w kierunku podłużnym.

Przy takim zniszczeniu mięśnie porażonych kończyn okazują częściowy albo nawet zupełny ubytek elektrycznej kurezliwości i ten objaw zdaje się stale towarzyszyć powyższym zmianom w rdzeniu. I tak: Levier <sup>4)</sup> widział raz w 14 dni po okazaniu się pierwszych objawów choroby nieprawidłową pobudzalność mięśni; Colin zaraz po apoplektycznym napadzie (?); a w wypadku opisanym przez Duriau <sup>5)</sup>, dziewiątego dnia elektryczność słabiej działała. Apopleksya rdzeniowa zwykle prędko kończy się śmiercią i dla tego nie podała dotąd sposobności do zbadania zmian histologicznych w mięśniach. Nie ulega jednak żadnej wątpliwości, że gdyby to cierpienie dłużej potrwało, zanik mięśniowy wystąpiłby musiał.

Złamania i zwiehnienia stosu kręgowego sprowadzają także jak to Duchenne (de Boulogne) <sup>6)</sup> znajdował, prędkie osłabienie elektrycznej kurezliwości w mięśniach porażonych członków; dzieje się to prawdopodobnie z tej przyczyny, iż pierwotnie częściowe podrażnienie mlecza wkrótce rozszerza się na dalsze jego części.

2) Choroby, które do drugiej gromady należą, polegają na drobniejszych anatomicznych zmianach. Rzeczywiście zmiany te, jakby systematycznie zajmują przednie rogi szarej istoty, i to jeszcze bardzo rzadko w całości; natomiast często można widzieć, jak się dosyć ściśle ograniczają do wązkich, owalnych przestworów, mieszczących w sobie rozmaitą ilość komórek ruchowych.

---

<sup>1)</sup> Mannkopf, l. c.

<sup>2)</sup> H. Engelken. Beitrag zur Pathologie der acuten Myelitis. Zürich 1867.

<sup>3)</sup> Porów. cośmy wyżej w tym przedmiocie powiedzieli (str. 347).

<sup>4)</sup> Levier. Beitrag zur Pathologie der Rückenmarksapoplexie. Inaugural. dissertation. Bern 1864.

<sup>5)</sup> Duriau. Union médicale. T. I. 1859. p. 308.

<sup>6)</sup> Porów. Duchenne (de Boulogne) p. 246. l. c. Złamanie stosu kręgowego w połowie części grzbietowej. Mlecz rozmiękczony na przestrzeni kilkocalowej w okolicy grzbieto-lędźwiowej. Osłabienie pobudzalności elektrycznej, począwszy od szóstego dnia choroby.



W takich miejscach neuroglia zwykle bywa zbitsza, ciemniejsza, zawierająca wiele ciałek krochmalowych, słowem, nosi na sobie ślady przebytego zapalenia; w komórkach zaś nerwowych widać jednocześnie rozmaite rodzaje i stopnie zaniku. Jeżeli się zapytamy, który z tych histologicznych pierwiastków był pierwotnie zajęty, to znajdziemy, że wszystko za komórkami przemawia. Bo też rzeczywiście trudno byłoby zrozumieć, jakim sposobem ogranicza się cierpienie do najbliższego sąsiedztwa komórek, gdyby miało za punkt wyjścia neuroglię. Przytém często się zdarza, iż jedyną oznaką chorobliwego stanu jest zanik pewnej liczby komórek, albo nawet całej ich gromady, gdy tymczasem otaczająca je tkanka łączna zachowała przejrzystość i prawie wszystkie cechy normalnej budowy. W innych znowuż, niemniej jasnych wypadkach, zmiany w neuroglii znaczniejsze są na stronie dotykającej komórek, niżeli na przeciwniej, a prócz tego znaczniejsze przy samych komórkach od tych, jakie w międzykomórkowych przestworach widzimy. W tych wypadkach każda komórka jest niejako środkowym punktem, albo oddzielnym ogniskiem zapalenia, które się stąd na pewną przestrzeń, jakby promienisto rozszerza. Z drugiej strony ledwo przypuścić można, żeby podrażnienie wzięło początek w obwodzie i wzdłuż przebiegu przednich korzeni nerwowych dostało się do środka, ponieważ w miejscach chorobowo zmienionego mlecza te korzenie przedstawiają stosunkowo małe zmiany, które się żadną miarą porównać nie dadzą ze zmianami w szarej istocie. A zatem nie ulega, zdaje się, żadnej wątpliwości, że komórki ruchowe są pierwotnym siedliskiem patologicznych złożeń, i że ostatecznie przechodzą następowo na neuroglię i stopniowo rozciągają się do różnych części przednich rogów. Takie jednak rozszerzenie się procesu nie jest koniecznym i tem więcęj można je za następowe i dodatkowe uważać, że w niektórych wypadkach dochodzi aż do stykających się z przednimi rogami bocznych i przednich wiązek istoty białej <sup>1)</sup>. (Dalszy ciąg nastąpi).

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

### Utworzenie sztucznego moczowodu.

(N u s s b a n n, *Bayer. Intell. Blatt*).

(Dokończenie).

Z pomocą Dra H a l m a i Dr L i n d p a i n t n e r a przedsięwziętem 3-go dnia (10 listopada 1875) następującą operacyę:

<sup>1)</sup> Wypowiedziane tu poglądy co do znaczenia chorób tak zwanych komórek ruchowych w patogenezie postępującego zaniku mięśni, (rdzeniowego) porażenia dziecięcego, ostrego, centralnego myelitis i w ogólnosci mięśniowego zaniku pochodzącego z cierpienia rdzenia, rozwinęliśmy w prelekyi mianej w Salpêtrière w czerwcu 1868. Porów. H a y e m Archives de Physiologie 1869. p. 263. — Ch a r e o t et J o f f r o y, id. p. 756. — D u c h e n n e (de Boulogne) et J o f f r o y, id. 1870.—Te poglądy przyjęte zostały w nowym dziele H a m m o n d: A Treatise on Diseases of the nervous System. Sect. IV. Diseases of Nerve Cells. p. 683. New-York 1871.

Po zachloroformowaniu pacjentki i po nadaniu jej położenia, jakiego się używa przy operacyi kamienia, rozciąłem cewkę moczową od góry i od dołu i rozszerzyłem ją przez dowolne wkładanie rozmaitych walców *S i m o n a*; gdy piąty wyciągnąłem mogłem łatwo wskazującym palcem dojść do wnętrza, a wsunąwszy średni palec do pochwy dostałem się bardzo głęboko.

W styczniu 1861 r. ogłosiłem metodę operacyi kamienia u kobiety (*Lithotomie* i *Lithotripsie*) i przekonałem się, że rozszerzenie cewki moczowej sposobem krwawym, a następnie jej zeszcienie wydaje piękne rezultaty. Przynajmniej ja potłukłem wielkie kamienie na kilka kawałków i powyciągałem je. Kobiety wyzdrowiały w kilku dniach. Wielu mych kolegów zastosowywało tę samą metodę. Mimo tych szczęśliwych prób, wolałem jednak rozszerzyć kanał moczowy za pomocą walców *S i m o n a* w sposób niekrwawy.

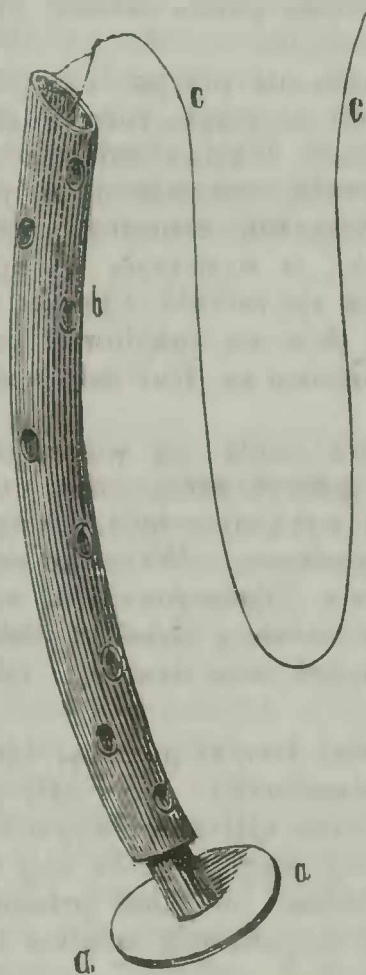
Lewy zdrowy moczowód znalazłem łatwo—inaczej rzecz się miała z prawym. Zdawało się, że tenże po utracie swęj funkcyi stracił także swą nabrzmiałość i natychmiast przyszedłem do przekonania, że będę musiał utworzyć sztuczny moczowód. Wsunąłem, jak można, najgłębiej lewy wskazujący palec w przetokę brzusznią, a prawy wskazujący w pęcherz moczowy, nie mogłem przecież obu końców palców razem zetknąć. Zamiast prawego wskazującego palca wsunąłem męzki kateter w pęcherz moczowy i dopiero wtenczas mogłem się dotykać kateteru lewym palcem znajdującym się w rezerwoarze moczowym, musiałem wszakże koniec kateteru dobrze w górę nacisnąć. Przedział pomiędzy kateterem a palcem wynosił 3—4 cm., jeżeli się pęcherz moczowy nie bardzo w górę naciskało. Wysokie położenie rezerwoaru moczowego zdawało mi się

być korzystnem, miałem przez to większą nadzieję, że po założeniu sztucznego moczowodu zyskam dostateczny odpływ do pęcherza, do czego się przyczyniło także i prawo ciężkości. Dla tego nie potrzeba się było obawiać ani cofania się wstecz moczu z pęcherza do rezerwoaru, ani tworzenia się kamyczków w rezerwoarze moczowym. Ponieważ byłem przygotowanym na wszelkie możebne ewentualne przypadki, więc mogłem zaraz skutecznie utworzenie sztucznego moczowodu. W tym celu przygotowałem dren długości 7 centim., jak to załączona figura w naturalnej wielkości pokazuje.

Na jednym końcu drenu była przymocowana szklanna rurka *aa*, której brzeg nad lampą dosyć szeroko wygiąłem; na drugim końcu drenu przymocowałem długi srebrny drut *cc*. Teraz przeprowadziłem zakrzywiony trójgraniec przez cewkę moczową, przez pęcherz i przebiłem tenże w tem miejscu, gdzie się spodziewałem ujścia dawnego.

Przebiwszy tylną ścianę pęcherza, kierowałem końcem trójgrańca do góry ku końcowi mego lewego palca wskazującego, który wsunąłem przez przetokę brzusznią głęboko w rezerwoar moczowy. Skoro tylko koniec trójgrańca dotknął się mego palca, pociśnąłem prawą ręką cały instrument dosyć silnie, tak że trójgraniec tkwił połową w rezerwoarze moczowym, połową w pęcherzu. Teraz wyciągnąłem styłęt i przeprowadziłem przez srebrną rurkę długi fiszbin, wyciągnąłem trójgraniec, tak że tylko fiszbina pozostała, u której dolnego końca przymocowałem srebrny drut *cc*. Wyciągnąłem teraz fiszbinę, do której z góry przymocowane były: srebrny drut, dren i szklan-

na rurka i ciągnąłem tak daleko, jak długo mym prawym wskazującym palcem wsuniętym do pęcherza mogłem czuć, że wszystko było przeciągnięte przez tylną ścianę pęcherza, tylko wygięta rurka szklanna *aa* pozostała w pęcherzu. Było mym zamiarem, aby jak można najmniej pozostawić obce ciała w pęcherzu, gdyż pacjentka była bar-



*aa.* rurka szklanna z wygiętym brzegiem. *bb.* kauczukowy dren. *cc.* srebrny drut.



dzo drażliwą. Rurkę szklaną dla tego tak silnie wygiąłem, aby się nie mogła wysliznąć przez otwór zrobiony w pęcherzu.

Położenie zatem było następujące: wygięty brzeg rurki szklanej *aa* był w pęcherzu; dren spełniał funkcję sztucznego moczowodu i przechodził przez ścianę pęcherza, tkankę pomiędzy pęcherzem a rezerwuarem moczowym, przez sam rezerwoar i część przetoki; górna część tej ostatniej zawierała srebrny drut *cc*, którego pozostały koniec wychodzący przez przetokę brzuszną przyczepiłem na boku do ściany brzusznej za pomocą plastru. Wysprycowałem przez przetokę brzuszną kilka strzykawek rozcieńczonej tynktury lakmusowej, która natychmiast odpłynęła przez pęcherz i widocznie przekonała, że dren funkcjonuje jako sztuczny moczowód; gdy już wszędzie karbolową wodą wymyto i wysprycowano i na przetokę brzuszną przyłożono wilgotny borlind i gutaperchę przeniesiono pacjentkę do łóżka.

Przebudziwszy się skarżyła się na ból i na nieustające parcie, by oddać mocz. Pomimo bardzo starannego rozszerzenia cewki moczowej przecież przez kilka dni zupełnie moczu zatrzymać nie mogła, czego jednak nie można uważać za sprzeczne z metodą, gdyż chora była do tego bardzo skłonna i ponieważ parcie moczenia w wysokim stopniu było.

Gorączka utrzymała się w pewnych granicach i temperatura nie przechodziła nigdy 39°, odpływ moczu przez przetokę brzuszną widocznie się zmniejszył, jednak nie tak znacznie jak oczekiwałem, spodziewałem się bowiem, że natychmiast wszystkie mocz według prawa ciężkości odchodzić będzie do pęcherza, a przez przetokę brzuszną ani jedna kropla się nie posączy. Po trzech dniach mogła już mocz zatrzymać, parcie jednak jeszcze tak silne, że co 8 — 10 minut musiano mocz wydzielać. Morphium wszakże, które było nieodzownem, powodowało częściej usunięcie parcia moczu, choć nie zupełnie.

Chora, która zawsze mało jadła, teraz nie mogła prawie nie przyjąć, z przymusem piła trochę piwa i czasem jedno jaję; cierpiała przytem na ciągłe rozwolnienie, którego nie można było usunąć nawet wielkimi dawkami opium. Piątego dnia przeraziłem się mocno. Chora leżała cała mokra w łóżku, jak dawniej, wszystkie mocz prawej nerki odpływał znowu przez przetokę brzuszną. Zbadalem mój sztuczny moczowód i znalazłem, że pomimo znacznie wygiętego brzegu rurki, ta wysliznęła się przez ścianę pęcherza, i że natychmiast sztuczne ujście do pęcherza się zatkało. Chociaż kanał przetoki, w którego górnej połowie tylko cienki srebrny drut się znajdował, znowu się znacznie zwęził, to przecież mogłem lekkim pociągnięciem za drut cały aparat do góry wyciągnąć.

Teraz znów to samo położenie co w pierw, tylko chora czuła się więcej słabą. Zachloroformowałem ją zaraz, abym swobodnie swe poszukiwania mógł urządzić i nie zaniechać przypadkiem tej myśli, która tak bliską wykonania była. Podczas uśpienia wyczyściłem przetokę brzuszną i pęcherz przez sprycowanie. Wszystko przepelnione śmierdzącą ropą i mocz zdradzał przymioty zepsucia. Zasparycowałem wodę na niebiesko zafarbowaną do przetoki brzusznej i wkrótce z radością ujrzałem niebieską wodę w pęcherzu. Mój sztuczny przewód moczowy nie był więc stracony, tylko zatkaany przez smrodliwe wydzieliny.

Z trudnością udało mi się wprowadzić jeszcze raz jeden dren za pomocą elastycznego kateteru. Ten dren był długości 20 cm., tak że przechodził przez cały pęcherz, cewkę moczową i sięgał do nocnika. Górny koniec drenu ująłem srebrnym drutem, który się w przetoce znajdował, do przetoki brzusznej sięgał i obok niej był przymocowany za pomocą plastru. Operacya tą razą była trudną, bo kanał przetokowy znacznie się zwęził, a tem samem lewy palec wskazujący z trudnością mogłem weń wsunąć.

Holler po przebudzeniu się była mocno chorą, parcie moczu powiększyło się, koniecznie musiałem zadać większe dawki morfiny 0,02—0,03, temperatura podniosło się do wysokości 39,4—39,7, mechaniczny jednak, przebieg zupełnie mię zadawalniał. Przez przetokę brzuszną odpływało bardzo mało moczu, ten uchodził prawie wszystkie przez pęcherz do nocnika. Mocz ciągle był mocno amoniakalny.

Drugiego dnia po powrotnem zasparycowaniu morfiny nastąpił spokojniejszy sen, gdy znowu chorą zobaczył ku mojemu wielkiemu zdziwieniu i ten długi dren wysliznął się przez pęcherz, rezerwoar moczowy i przetokę, tak że całkiem wolno na



brzuchu leżał. Chora zapewniała, że ani razu nie pociągnęła za drut srebrny, ale że zaraz od pierwszej godziny czuła, że dren zaczyna się wyslizgiwać.

Ponieważ chora o wiele mniej w łóżku miała wilgości i zaprycowana niebiesko farbowana woda w kanał przetokowy mnie przekonała, że moja sztucznie utworzona droga jest wolną, nie wsuwałem już więcej drenu, lecz spodziewałem się, że każdą razą odpływający mocz przez sztuczną drogę i nadal ją utrzyma swobodną. W istocie tak się stało. Mocz prawej nerki spływał do pęcherza i tylko kilka kropel przechodziło przez przetokę brzuszną. Znowu pojawiająca się niemożebność zatrzymania moczu cewki moczowej i ropiasty cuchnący mocz powoli zniknęły zupełnie. Gorączka i parcie moczu ustały także. Czułość okolicy pęcherzowej, która wprawdzie nie była nigdy w wysokim stopniu, znikła także, tak że stan chorób był zupełnie zadowalniający. Tylko uporeczywe rozwolnienie przez dłuższy czas stawiało opór wszelkim środkom i trwało jeszcze 3 tygodnie, do czasu, kiedy Holler opuściła mój zakład.

Mocz dziennie oddawany przez cewkę moczową przedstawiał się zupełnie w normalnym stanie 900—1000—1100 Cc., własności jego zupełnie dobre i tworzenia się kamyczków nie dostrzegłem już więcej i tem samem uniemożebnione było przez szybki odpływ moczu, do którego się przyczynił sztucznie utworzony moczowód. Rezerwoar moczowy, jak to wyżej wspomniałem, leżał wysoko nad macicą i otwór wchodowy mego sztucznego moczowodu był tak głęboko na dole w pęcherzu, że mocz prawie prostopadłe ściekał i nie było obawy aby się rozkładał, lub żeby się tworzyły moczowe konkrementy.

Po 14 dniach pobytu pacjentki w domu odwiedziłem ją: rozwolnienie ustało, była zadowolona i zdrową, tylko przez przetokę brzuszną odchodziła jeszcze mała ilość moczu kroplami, pomimo, że przetoka znacznie się zwęziła. Wziąłem rozżarzoną igłę (drucik do robienia pończoch) i przyżegnąłem wązki kanał pokryw brzusznych. Po kilku dniach odpadł strup, po przypaleniu tedy połączyłem ściśle brzegi przetoki za pomocą plastrów, przez co natychmiastowe zagojenie się rany nastąpiło, tak że Holler zupełnie zdrową była i wolną od jajnikowego guza i od brzusznej przetoki moczowej; od tego czasu żadnych zmian w jej organizmie nie dostrzegłem, wszystko było normalne i moja dawna pacjentka zdrową.

## Wiadomości bieżące.

— S. p. Prof. Dr Skobel. Z Krakowa smutną otrzymujemy wiadomość. W d. 26 b. m. zmarł tam Fryderyk Kazimierz Skobel, doktor medycyny i chirurgii, professor uniwersytetu Jagiellońskiego, człowiek głębokiej nauki, najserdeczniejszy opiekun i przyjaciel uczącej się młodzieży. Skobel promował się w r. 1831; w r. 1834 wstąpił na katedrę patologii, terapii ogólnej i farmakologii. Na stanowisku tem rozwinął Skobel niewyczerpany zapas wiadomości, ośniewał poglądem oryginalnym na podstawach rzetelnych studyów opartym. Wziął się też do badania historii lekarskiej polskiej, na którym to polu niezmordowany pracownik nie ma dotąd współzawodnika. Związawszy się z Dr Majerem jął się wydawnictwa wielu najpożyteczniejszych dzieł medycznych; Encyklopedia Orgelbranda na licznych kartach ma ślady jego pióra. Owoc badań swoich i spostrzeżeń składał też Skobel w znacznej części w pamiętniku wydziału Lekarskiego Krakowskiego. Trudem zaiste byłoby niemałym zliczenie wszystkich jego prac tak w języku łacińskim jak i polskim — ograniczamy się więc na wzmiankę, dodając, iż są to wszystko rzeczy niepośledniej wartości. Przy tem trwał Skobel ciągle na swem professorskim stanowisku. Największą jednak zasługę Skobla stanowić będzie praca około ustalenia polskiego słownictwa lekarskiego, zawdzięczającego mu olbrzymie mnóstwo wyrazów celnych, w duchu języka odtworzonych. Wiadocznym upadek mowy polskiej w Galicyi, podał mu myśl wydania dzieła pod tytułem „Skażenie języka polskiego“, w którym okazuje się gorącym miłośnikiem słowa, jego znawcą i żarliwym obrońcą. Cokolwiekby o niektórych tu poglądach Skobla powiedziano — słusność jednak wyznac każe, iż rzeczą tą przyczynił się znacznie do oczyszczenia języka polskiego ze szpecących go niemieckich, francuzkich i innych naleciało-

ści. W życiu prywatnem Skobel był arcywzorowym obywatelem;—znane było jego przywiązanie do młodzieży. Każdą młodą duszę otaczał on pieczą, łagodnością i szlachetnym spokojem, prostując gnące się ku ziemi latorośle. Z pod dłoni tego kierownika w winnicy wiedzy, wychodziły więc same zdrowe krzewy pnące dumne czoła w górę! Ojcem był młodzi, bratem jej; młódz była potrzebą jego myśli, serca jego; takich profesorów w wielu uniwersyteckich aulach napróżnoby dziś szukał. Ta gorąca miłość zdawała się utrzymywać przy siłach siedmziesięcioletniego starca, ona stała się jego życiem. Zgon Skobla przyprawił ciało lekarskie, naukę o wielką stratę; młodzieży niepokieszonć odebrał podporę i dźwignię. Złamana więc ciosem u stóp jego mogiły składa wieńce hołdu i niewygasłej wdzięczności.—Cicho śpij piękny duchu, coś wielkiego dzieła dokonał na ziemi!

K. W.

— Ciągłe i powolne drażnienie nerwów (C. Fratscher, Jen. Zeitschr. f. Naturw IX. p. 130 — Centralbl. f. d. med. Wiss. Nr. 38. 1876). Kontynuując doświadczenia Heinzmana autor robił pod kierownictwem Preyera nowe próby z powoli wzrastającymi chemicznymi i mechanicznymi bodźcami na żabach pozbawionych mózgu i na nieuszkodzonych, i przy ostrożnem postępowaniu nie otrzymał nigdy czuciowego podrażnienia. Również powoli następujące zmiżdżenie ruchowych i czuciowych nerwów pozostało bez skutku. Powtórzenie prób Heinzmana z zmianą ogrzanej powierzchni skóry potwierdziło zupełnie jego rezultaty.

— Wykład Położnictwa. Napisał Dr Jerzykowski (Poznań, 1876 r. str. 460). W piśmiennictwie lekarskiem polskiem mamy już kilka dzieł traktujących o akuszeryi; ale jedne z nich są zbyt krótkie (Tyrchowski, Colnstein), drugie znówu zbyt obszernie (Neugebauer, Krassowski, Jerzykowski), tak że czuć się dawała potrzeba treściwego, ale wyczerpującego przewodnika w tój gałęzi wiedzy lekarskiej, zwłaszcza dla lekarzy praktykujących po mniejszych miastach. Próżnię tę w naszej literaturze wypełnił obecnie Dr Jerzykowski wydaniem oryginalnego dzieła, w którem naukę położniczą skreślił według dzisiejszego stanowiska nauki, przystępnie i jasno. Dzieło, o którem mowa, autor podzielił na trzy części: fizyologiczną, patologiczną i operacyjną. Oto treść dzieła: Część pierwsza. Fizyologia ciąży, porodu i połogu. I. Fizyologia ciąży. A. Miednica kostna. B. Miednica z częściami miękkimi do niej przyczepionemi. C. Jajo i jego rozwój. D. Zmiany wywołane przez ciążę w ustroju kobiety. E. Rozpoznanie ciąży. F. Dyetyka ciąży. II. Fizyologia porodu. A. Siła wytłaczająca. B. Mechanizm porodu. C. Poród bliźniętami. D. Dyetyka porodu. III. Fizyologia połogu. A. Zmiany w organizmie matki. B. Dyetyka porodu.—Część druga. Operacye akuszeryjne.—Ogólny pogląd na wykonanie operacyi akuszeryjnych. A. Operacye wykonywane na częściach płód otaczających. B. Operacye wykonywane na ciele płodowem. C. Operacye wykonywane na matce. Dodatek. Rozwiązanie przymusowe (*accouchement forcé*).—Część trzecia. Patologia i terapia ciąży, porodu i połogu. — Patologia i terapia ciąży oraz porodu. A. Patologia jaja. B. Patologia organizmu macierzystego. II. Patologia i terapia połogu. A. Choroby połogowe nie polegające na zakażeniu. B. Choroby połogowe polegające na zakażeniu.—Gorączka połogowa. C. Dodatek. — Cena dzieła we wszystkich księgarniach w Warszawie, Krakowie i Poznaniu wynosi rs. 4; dla prenumeratorów zaś „Gazety Lekarskiej“ (jedynie w Redakcyi tego pisma) rs. 3 (z przesyłką).

— Kwas salicylowy w kapsułkach. Wiadomo powszechnie, że kwas salicylowy, czy to używany wewnątrz, lub zewnątrz, zjednał już sobie prawo obywatelstwa w medycynie praktycznej. Każdemu również znana jest rzecz, jak trudno się rozpuszcza ten kwas w wodzie. Dla ułatwienia przeto dozowania i przyjmowania wewnątrz tego środka, p. Kuśmierski, właściciel apteki w Warszawie (Chłodna, 12) przygotował kapsułki, z których każda zawiera w sobie 0,5 gramma, czyli ośm granów kwasu salicylowego.

---

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

---

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. Lok. Ul. Śto Krzyż. N. 9. Дозволено Цензурою. Варшава, 18 (30) Ноябрь 1876.



# 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 1876 do 1 stycznia 1877) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1877 r. rsr. 188 (z przesyłką).

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

**PRESC:** Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej. Wypadek ostrego ropnego zapalenia prawej jamy bębnekowej (*cavum tympani*) z zejściem w zupełne wyzdrowienie. Podał Dr med. Jan Wróblewski.—Rozprawy naukowe. Leczenie chorób kobiecych za pomocą metody „Massage”. Dra Gustawa Norström ze Stokholmu. Podał Dr Pruski.—O chorobach układu nerwowego. Wykłady kliniczne prof. Charcot (w Paryżu). Podał Dr Piotr Dubelt (Dalszy ciąg).—Kronika zagraniczna. Utworzenie sztucznego moczowodu (Dokończenie). — Wiadomości bieżące. S. p. Prof. Dr Skobel. Ciągłe i powolne drażnienie nerwów. Wykład położnictwa Dra Jerzykowskiego. Kwas salicylowy w kapsułkach aptekarza Kusmińskiego.—Dodatek. Anatomii chirurgicznej Tom II, ark. 29 i 30. Chemii lekarskiej ark. 18. Choroby z zatrucia ark. 11 i 12. Hygieny ark. 23.

## Wypadek ostrego ropnego zapalenia prawej jamy bębnekowej (*cavum tympani*) z zejściem w zupełne wyzdrowienie.

Podał Dr med. Jan Wróblewski,

Do Ujazdowskiego szpitala wojskowego, dnia 7 lutego roku bieżącego postąpił żołnierz 3-ciej brygady artylerji i grenadierów, Bazyli Dymów, chory na tyfus brzuszny i ulokowany został w jednym z oddziałów chorób wewnętrznych. W przebiegu tyfusu, któren, mówiąc nawiasem, miał charakter ciężkiego ogólnego cierpienia, w 17 dni choroby chory począł się uskarżać na silny ból w prawem uchu i z tego powodu po upływie dwóch tygodni przeprowadzonym został na salę chorób usznych, zostając pod moim zawiadywaniem.

Przy bliższem badaniu znalazłem: chory 21 lat, silnej budowy ciała, w skutek przebytego tyfusu wymizerowany, osłabiony, anemiczny. Dotąd żadnych ciężkich chorób nie przebywał. Z prawego ucha miał obfity odpływ ropy, za uchem zaś na wyrostku sutkowym miał obrzękłość i ból dokuczliwy. Prawy bebenek był zgrubiały, matowy, odbicia światła (*Lichtstrahl*) widać na nim nie było; powierzchnia jego była normalną, położenie rękojeści młoteczka (*manubrium mallei*) prawidłowe, zaś w przedniej swjej części był przedziurawiony nie wielkim otworem, przez któren wyciekła w obfitej ilości gęsta, bia-



ło-żółtawa ropa z jamy bębenkowej (*cavum tympani*). Prawa trąbka Eustachiusza swobodnie przepuszczała strumień powietrza. Przewodnictwo fal dźwięcznych przez koście czaszki było najzupełniej zachowane, to jest, dźwięk kamertonu wprowadzonego w wibrację (przez uderzenie) i przyłożonego do głowy, chory wyraźnie słyszał prawem uchem, co służyło za dowód, że nerw słuchowy wrażliwości swej nie utracił. Słuch na chore ucho był mocno przytępiony. Przy wdmuchiwanu zgęszczonego powietrza przez kateter (powietrzne dusze), wprowadzony do trąbki Eustachiusza, jak również przy doświadczeniu Valsalva (*experimentum Valsalvae*—przy zamkniętych ustach i ściśniętych nozdrzach robi się akt wydechania, *expiratio*), odpływ ropy przez otwór w bębunku znacznie się powiększał. Obok tego wszystkiego chory trochę gorączkował, tętno 96, ciepłota 38,8°C., nocie przepędzał bezsennie, a to z powodu dokuczliwego bólu w uchu, a bardziej jeszcze za uchem na wyrostku sutkowym.

Na mocy wyżej opisanych danych, rozpoznałem: ostre ropne zapalenie prawej jamy bębenkowej (*otitis interna acuta*) z przejściem zapalenia na błonę śluzową, pokrywającą komórki wyrostka sutkowego (*cellulae mastoideae*), oraz zapalenie bębunku z następnem przedziurawieniem tegoż. Następstwem zaś zapalenia błony śluzowej rzeczonych komórek (błona ta ma tutaj znaczenie okostnej—*periosteum*), było zapalenie okostnej (*periostitis*) wyrostka sutkowego, które się objawiało przez silny ból, powiększający się przy nacisku, obok nader nie wielkiej obrzękłości i tylko lekkiego zaczerwienienia skóry.

Prognozę postawiłem wątpliwą, tak co do życia chorego a jeszcze bardziej co do zachowania słuchu. Obawy moje były uzasadnione, praktyka bowiem otiatryczna poucza, że przyczyną zejścia śmiertelnego w wypadkach ostrego ropnego zapalenia jamy bębenkowej, bywa bądź zapalenie błon mózgowych, bądź zapalenie i zakrzep żył mózgowych — *sinus durae matris*, najczęściej *sinus transversus*; jeśli zaś ostre zapalenie przechodzi w stan chroniczny, to mamy do czynienia z ciągłym odpływem ropy (*otorrhoea*), z następczym zniszczeniem częściowem lub całkowitem kosteczek usznych i z możliwem *caries partis petrosi ossis temporis*, które również może wywołać wspomniane sprawy zapalne w błonach, żyłach mózgowych i w samym mózgu. Widziałem niejednokrotnie śmiertelne zejścia w podobnych wypadkach *otorrhoeae*; pamiętam bardzo dobrze, jak w końcu zeszłego roku straciłem dwóch chorych, u których w skutek chronicznej *otorrhoeae* powstało *caries partis petrosi*, następnie *meningitis purulenta*, *thrombosis purulenta sinus transversi durae matris*, a u jednego zaś z nich uformował się ropień na prawej półkuli mózdziku.

Co się tyczy leczenia, w mowie będącego wypadku, to zaleciłem: częste przemywanie ucha ciepłą wodą, wlewanie do ucha kropel siarczanu cynku (gr. j na unc. j aq.), częste, co parę godzin zastosowanie doświadczenia Valsalva, a to w tym celu, aby zbierającą się ropę odprowadzać z jamy bębenkowej do kanała usznego zewnętrznego. Za ucho pijawki. Do środka podałem choremu wino i proszek morfiny na noc.

Na drugi dzień zrobiłem głębokie do kości cięcie na wyrostku sutkowym, gdyż tylko w tém cięciu widziałem środek na uspokojenie nieznośnego bólu; chębotania (*fluctuatio*) w miejscu wykonania cięcia nie było: jakoż nadzieja mnie niezawiodła, zaraz bowiem ból zmniejszył się znacznie, a następnego dnia przekonałem się o nowej korzyści z owego cięcia: biało-żółtawa ropa zebrana w komórkach wyrostka sutkowego poczęła swobodnie odpływać przez świeżą ranę, że zaś była to ropa z rzeczonych komórek, czyli w ogóle z jamy bębenkowej, nie zaś z zewnętrznego, głębokiego ropnia, to przekonałem się o tém za pomocą doświadczenia Valsalva i dusz powietrznych, przy zastosowaniu których ropa pełnym strumieniem odpływała przez ranę.

Wiadomem jest, że w podobnych okolicznościach, to jest przy zebraniu ropy w komórkach wyrostka sutkowego, robiono niekiedy trepanację owego wyrostka, a to w celu odprowadzenia ropy na zewnątrz. Operacja rzeczona wykonywana bywa w tych właśnie wypadkach, kiedy po zrobieniu cięcia na wyrostku sutkowym ropa nie może się wydobyć przez kość zgrubiałą bądź patologicznie, bądź w stanie normalnym. Zadaliśmy więc sobie pytanie, jakim sposobem w naszym wypadku bez trepanacji ropa utorowała sobie drogę przez wyrostek sutkowy na zewnątrz?

Winienem tu nadmienić, że wyrostek sutkowy u osób dorosłych przedstawia bardzo wiele zmian co do swój budowy; substancja kostna jest albo zbyt twarda (*compacta*), albo też gąbczastą (*spongiosa*); komórki w nim zawarte albo są zbyt wielkie, albo też małe, również i przegródki pomiędzy niemi są cieniutkie lub grube. Podobnie i ścianka zewnętrzna wyrostka bywa albo zbyt grubą, albo też niekiedy zbyt cienką, przeświecającą, a nawet posiada niekiedy dziureczki, komunikujące się bezpośrednio z komórkami i to właśnie dziureczki pod względem praktycznym mają pewną doniosłość.

Za pomocą tych właśnie dziureczek, a być może i za pomocą przedziurawienia substancji kostnej w miejscach cienkich, wytłumaczyliśmy sobie swobodny odpływ ropy z komórek sutkowych na zewnątrz w naszym wypadku.

Obfity odpływ ropy z jamy bębenkowej przez otwór w bębunku z jednej i przez wyrostek sutkowy z drugiej strony, przyczynił się bardzo do polepszenia ogólnego stanu chorego: gorączka bowiem ustała, ból znikł, zjawił się apetyt i spokojny sen, tak że z dniem każdym chory widocznie począł siłą nabierać. Obok pożywniej diety zaleciliśmy choremu żelazo, chininę w małych dawkach i wino. Co zaś do ucha, to czyste utrzymanie jego było na pierwszym planie; raz na dzień wlewano do ucha krople siarczanu cynku.

Powoli odpływ ropy zmniejszał się, a otwór w bębunku począł się zablizniać i zmniejszać się także, a w miarę tego przy doświadczeniach Valsalva nie mogliśmy już dostrzedz ani odpływania ropy, ani przejścia powietrza z wiadomym piskiem; to ostatnie zjawisko udawało się nam przez dni parę otrzymywać sposobem Politzera. Sposób ten, jak wiadomo, zależy na tém, że zalecamy choremu połykać i w tej samej chwili zgęszczamy powietrze *in cavo naso pharyngeale* za pomocą kateteru wprowadzonego do nosa i baloniku



gumowego. Powietrze w chwili połykania przechodzi przez trabkę Eustachiusza do jamy bębenkowej.

W pierwszych dniach czerwca otwór w bębenku zabliznił się zupełnie; bębenek pozostał jak dawniej, w początku choroby, zgrubiałym, matowym. Na prawe chore ucho, chory słyszał bardzo dobrze, uderzenia zegarka słyszał w oddaleniu 20 cali. Rana za uchem zagoiła się niewielką, nieco wklesniętą blizną. Chory opuścił szpital 18 czerwca.

## Leczenie chorób kobiecych za pomocą metody „Massage“.

(Dra Gustawa Norström ze Stokholmu.)

Podał Dr Pruski.

W dniu 18 stycznia r. b. Dr Norström przedstawił na posiedzeniu Towarz. Lekarskiego w Paryżu metode „Massage“ zastosowana do leczenia chorób kobiecych. Jakkolwiek z punktu widzenia gynecologicznego wspomniana metoda dziwnie się przedstawia, Dr Norström popiera ją jednak dość szczegółową statystyką zebraną w Szwecyi i obejmującą 174 obserwacyi. Od kilku miesięcy zastosowują również na klinice Dra Péana w szpitalu św. Ludwika w Paryżu. Przedstawiamy ją więc czytelnikom, choć do jej stronników zupełnie nienależymy.

„Massage“, które na nasz język przetłomaczyćby należało przez gniecenie i pocieranie, jako środek higieniczny a po części i leczniczy (głównie w reumatyzmach) znany był od dawna w Indyach i Arabii. Rhazès i Albucasis wspominają o nim. Do dziś dnia używanym jest na północy Rossyi, w Szwecyi, Norwegii, a we Francyi—w Normandyi i Bretonii. Ling, wynalazca gimnastyki szwedzkiej, pierwszy zwrócił nań uwagę lekarzy i odtąd wielu znanych praktyków nim się zajmowało, starając się go podnieść do godności metody, jako to: Laisné, Dally, Phéliepeaux i Sarlandière we Francyi, Dr Metzger z Amsterdamu, a głównie Berghman i Hellenday w Szwecyi, którzy to ostatni starali się go oprzeć na fizyologicznych podstawach.

Trousseau, poświęcając massażowi krótką wzmiankę i zalecając wykonywać go w temperaturze 25 do 30°R. w łaźni suchej lub wilgotnej, w tych słowach o nim się odzywa: „Les personnes qui s’y soumettent prétendent éprouver par cette manoeuvre une indicible sensation de bien être et d’excitation, il leur semble que l’élasticité musculaire de la jeunesse se réveille sous la main qui les presse, que les forces se rétablissent, que le jeu de toutes les fonctions s’exerce plus librement. La fatigue surtout qui résulte de l’abus de la marche, de la veille ou des plaisirs de l’amour, disparaît pendant l’acte même du Massage. Aussi est il d’expérience que dans les rhumatismes aigus non fébriles, dans les rhumatismes chroniques, dans les paralysies qui sont en voie de guérison, dans l’impuissance vénériennes, cette medication est suivie d’un heureux résultat“ (Traité de thérapeutique et de matière médicale).

Co do sposobu działania samego masażu na tkanki podległe zapaleniu to Bergbman i Helleday w ten sposób objaśniają: masaż działa dwojako mechanicznie i fizyologicznie. Działając mechanicznie masaż zmienia warunki krążenia i znosi stazę krwi, działając fizyologicznie podbudza za pomocą tarcia nerwy czuciowe, sprowadzając tym sposobem drogą odruchu skurez rozwolnionych naczyń.

Skurez w ten sposób wywołany jest wprawdzie krótkotrwałym, po nim następuje paralityczne rozwolnienie naczyń i przekrwienia, lecz tego ostatniego niedopuszcza mechaniczne ciśnienie sprawiane nagniataniem.

Tym więc sposobem masaż znosi przekrwienie. Następnie masaż ułatwia rezorbeyę ekstrawazatu, również dwojakim sposobem: 1) wypychając go mechanicznie z przedziałów łączno-tkankowych w naczynia limfatyczne i 2) przyspieszając krążenie krwi i znosząc stazę. W zapaleniach chronicznych dłużej się ciągnących, w których nastąpił już rozrost tkanki łącznej, tarcie i nagniatanie rozrywa wątle nowo utworzone naczynia i tym sposobem tworząc ekstrawazaty zmienia warunki odżywiania, utrudnia je, w skutek czego elementy nowoutworzone podpadają przemianie tłuszczowej i mogą być w następstwie zrezorbowane. Masaż, działając drażniąco na nerwy, uśmierza ból, każde bowiem drażnienie nerwu, sprowadzając naprzód podwyższenie drażliwości, pociąga w następstwie znaczne jej obniżenie. Jeśli więc na nerw znajdujący się w stanie chronicznego rozdrażnienia, jak to ma miejsce w hyperestezyach i newralgiach, działać za pomocą masażu przez czas dłuższy będziemy, to sprowadzić można obniżenie chorobliwej drażliwości. Masaż poniża temperaturę, o czem przekonać się można, działając przez czas pewien na skórę w stanie zapalenia będącą, która po pewnym czasie manipulacyi przedstawia nie podwyższoną, lecz poniżoną temperaturę.

Otoż na tych danych opierając się i wstępując w ślady empirycznej działalności gimnastyka szwedzkiego Brandt'a i Norström stara się zastosować gniecie i pocieranie czyli masaż do leczenia chronicznego zapalenia macicy i jej anexów, oraz znacznej liczby innych zboczeń wynikłych z zaburzenia, odżywiania lub zboczeń sytuacji.

Tak rozległe zastosowanie metody pochodzi z tego powodu, że Dr Norström exaggeruje niesłychanie znaczenie chronicznego zapalenia, mieszając je np. za przykładem Seanzoni'ego z zawałem (*l'engorgement*), z fluxyą etc.

Oto więc, według p. Norström wskazania do użycia metody masaż:

1) Chroniczne zapalenie macicy; tu przez tarcie i nagniatanie usuwamy stazę, sprowadzamy żywszą cyrkulacyę i tym sposobem rozejście zapalenia. Jeśli zapalenie, przeciągając się nieco dłużej, spowodowało rozrost tkanki łącznej, wtedy tarcie i nagniatanie rozrywa wątle nowoutworzone naczynia, tworzy ekstrawazaty, przerodzenie tłuszczowe nowoutworzonych elementów i ich rezorbeyę w obec znacznej obfitości naczyń limfatycznych w macicy. Jeśli jednak zapalenie weszło w ostatni swój peryod, t. j. induracyi zupełnej, wtedy masaż jest bezskutecznym. W induracyi' niezupełnej możebne jest polepszenie.



2) Dalej zamieszcza autor odmianę chronicznego zapalenia, charakteryzującą się głównie mniej lub więcej silnymi krwotokami, a którą, podobnie jak Nonat, Béhier i Hardy, nazywa *Endometritis haemorrhagica*. Ten stan patologiczny opierając się, według Dra Norström, wszystkim środkom ściągającym i kaustycznym tak płynnym, jak i stałym, jest jednym z najlepiej się leczących za pomocą massażu.

3) Wypadnięcie pochwy i macicy. W cierpieniu tem masaż działa w sposób dwojaki: a) Zmniejszając objętość macicy usuwa skłonność do wypadnięcia. b) Nadając pochwie i dźwigaczowi odbytu właściwą siłę oporu usuwa samo wypadnięcie. Według bowiem autora, na wypadnięcie macicy wpływa nie tyle osłabienie właściwego aparatu więzowego macicy, ile stan rozwolniony pochwy i dźwigacza odbytu. Tym więc ostatnim, powiada, należy nadać tonus i siłę, chcąc zwalczyć samo wypadnięcie.

4) *Anteversio et anteflexio, retroversio et retroflexio*. Stany te autor uważa jako nieuleczalne w zasadzie, lecz znośne zupełnie dla organizmu jeśli wszelkie komplikacye (głównie *metritis chronica*) usuniętymi będą.

Otóż najstosowniejszym dla usunięcia tych ostatnich jest masaż, który, oprócz zwykłego działania, wpływa tu jeszcze w ten sposób, że usuwa z macicy zgromadzone sekrecye i tym sposobem zmniejsza napięcie jej ścianek. Co do pessaryi, to autor zupełnie odrzuca je zupełnie i nie tylko szkodliwe w istocie pessarya wewnątrz maciczne, lecz w ogóle wszystkie. Przy retrowersyach czystych, rzadkich, jak wiadomo, bez powikłania z retrofleksyą, pessarya, powiada, w początkach są skuteczne, lecz skuteczność ta jest nader krótkotrwałą. Zagięcie pochwowe tylne rozciągnięte nad miarę, zwolna zaczyna się kurczyć, co w połączeniu z działaniem pęcherza i кишки odchodowej wywiera ten efekt na pessaryum, że ono po pewnym czasie znajduje się w miejscu zupełnie odmiennem od pierwotnego a macica w dawnym, fałszywym położeniu. Przy retrofleksyach, pessarya zupełnie celowi nie odpowiadają, sprawiając jedynie irytacye i powiększenie sekrecyi.

5) Włókniki i polipy macicy. Tu wzbudzająca skurcze macicy za pomocą massażu sprowadzić możemy: a) pedikulizacyę w nowotworze, b) usuwany krwotoki tak niebezpieczne dla życia. W pewnych razach, powiada autor, wpływać nawet możemy pomyślnie na sam proces nowotworzenia, sprowadzając zmianę cyrkulacyi, ekstrawazaty, przemianę tłuszczową, usuwając chroniczne zapalenie etc.

6) W zapaleniach jajników, jeśli nie istnieją zrosty i zaburzenia zewnątrzjajnikowe.

7) W owrzodzeniach ust macicznych, które, według autora, zależą głównie od chronicznego zapalenia.

Przeciwwskazanie do massażu tworzą ostre zapalenia macicy i okołomaciczne, oraz ciąża. Przeciwwskazaniem chwilowem jest miesiączkowanie.

Manipulacya massażu. Jeśli kobieta zbadana zwykłymi sposobami przedstawia np. chroniczne zapalenie macicy, wtedy umieszczamy ją na grzbie-

cie, głowa wzniesiona, golenie i uda, dla zwolnienia mięśni brzusznych. przyciągnięte do brzucha, oddechanie głębokie i wolne.

Operator umieszczony na stronie prawej wprowadza dwa palce ręki lewej do pochwy aż do zgięcia pochwowego tylnego, starając się posunąć je o tyle, aby dosięgnąć ciała macicy. Następnie cisnąc na część tylną macicy, usiłuje wznieść ją o ile tylko jest to możebnem. W tymże czasie palcami ręki prawej umieszczeniem na ściankach brzusznych stara się uchwycić dno macicy. Gdy to zostało już uskuteczniönem, wtedy masaż się rozpoczyna, polegając na nagniataniu i pocieraniu macicy. Jako punkt oparcia służą tu palce ręki lewej, unoszące macicę, które należy nieco oddalić od siebie i lekko zgiąć, aby uniknąć w czasie operacyi wyslizgnięcia się macicy z pomiędzy palców, co sprawia zawsze ból znaczny. Przy nachylaniu znacznem macicy ku przodowi, korzystniejszém jest w pewnych razach wprowadzić palce ręki lewej w zagięcie pochwy przednie, lecz w takim razie należy najprzód wprowadzić palce w zagięcie pochwy tylne, drugą ręką uchwycić dno macicy i wtedy dopiero przesunąć palce do zagięcia pochwowego przedniego. W innych razach korzystniej jest naciskać samą część pochwową lub też naciskać macicę ku ściankom bocznym miednicy lub tylnej stronie spojenia łonowego. Uniesienie macicy palcami ręki lewej konieczne przy manipulacyi masażu, odbywa się zwykle bez trudności; przy wprowadzaniu jednak palców do pochwy, unikać należy dotykania łechtaczki i części przedniej pochwy. Ponieważ nagniatanie i pocieranie fatygować może dość szybko operatora, należy więc wypocząć od czasu do czasu, unikając jednak wyjmowania ręki lewej z pochwy, gdyż w takim razie koniecznem byłoby nowe uchwycenie ręką prawą dna macicy, co sprawia zawsze pewien ból. Gdy leczenie jest bolesnem, należy zalecić choréj po przybyciu do domu absolutny spoczynek i zimne kompresy na brzuch. W początku leczenia i na początku każdego posiedzenia należy zawsze postępować łagodnie, a następnie wzmacniać stopniowo nagniatanie i tarcie. Dyeta wzmacniająca jest nieodzowna.

Prowadząc leczenie w ten sposób, powiada autor, widzimy zwykle stan choréj wkrótce się polepszający, ciężkość i bóle w okolicy miednicy i krzyża mało pomalu ustępujące. Miesiączkowanie, które w pewnych razach bywa silniejszém podczas leczenia, ulega późnziej znacznej moderacyi. Posiedzenia powtarzać należy każdodziennie w przeciągu 3 do 4 minut, dwa w ciągu dnia jednego wykonane, przyspieszyć tylko mogą powrót do zdrowia. Co do pytania jak długo przedłużać należy leczenie, to z góry oznaczyć tego niepodobna, gdyż bardzo wiele warunków tak wewnętrznych jak i zewnętrznych wpływać tu może. W pewnych razach 5 do 6 tygodni jest wystarczającém, w innych przeciągać się może do 4, 5 lub 6 miesięcy. Metoda ta wymaga więc znacznej cierpliwości tak ze strony lekarza jak i choréj. Dodać tu jednak musimy, że, jak to widzieliśmy sami, chore dosyć chętnie jej się poddają, i według autora, reedywy są tu nader rzadkie, a jeśli zjawiają się w pewnych



razach to w stopniu nieznacznym. Jeśli zapalenie chroniczne macicy zjawia się w następstwie porodu, wtedy leczenie rozpocząć należy jak najprędzej, najdalej po miesiącu, gdyż w takim razie i natura sama wspomagać nas w leczeniu będzie. Przy wypadnięciu pochwy sposób ręczny postępowania jest ten sam i wymaga tylko większej jeszcze cierpliwości. Przy wypadnięciu pochwy i macicy leczenie właściwiej jest prowadzić w dwóch seansach każdodziennie, działając w jednym seansie na pochwę, a w drugim na macicę. Leczenie bywa tu często nader długie, często do 4 lub 6 miesięcy się przeciąga, recydywy jednak tak częste przy zwykłym leczeniu wypadnięć macicy, według autora, miejsca tu nie mają. Przy włókniakach i polipach macicy masaż odbywa się w tenże sposób jak i przy chronicznem zapaleniu. W pewnych razach przy ściankach brzusznych grubych i tłustych uchwycenie ręką prawą dna macicy jest nader trudnem, po kilku jednak dniach ścianki brzuszne się rozwalniają i dalsze rękoczynny odbywają się bez trudności. W początkach leczenia przy ujmowaniu dna macicy ból czasami bywa dosyć znaczny, po przeciągu jednak tygodnia lub 15 dni zmniejsza się stopniowo aż do zupełnego zniknięcia. Statystyka podana przez Dra Norström przedstawia się w sposób następujący:

1) *Metritis chronica* w liczbie 138 dało: 43 uleczenie kompletne, 70 prawie zupełnie, 13 polepszenie nieznaczne.

2) Wypadnięcie pochwy i macicy w liczbie 12; z których 10 uleczenie, 2 polepszenie.

3) *Endometritis haemorrhagica* w liczbie 9; wyleczenie zupełne we wszystkich wypadkach.

4) W 7 wypadkach bezpłodności połączonych z *metritis chronica* poczęcie nastąpiło w dwóch razach zaraz po wyleczeniu, w 3 bezpłodność, 2 niewiadome.

Statystyka ta, jeśli jej tylko wierzyć można, przedstawia się, przyznać trzeba, w sposób dosyć zadawalniający. Aby jej zaprzeczyć lub potwierdzić, należałoby śledzić przebieg leczenia od początku do końca. Dr Norström otworzył w Paryżu poliklinikę dla chorych przychodnieli, my jednak nie obserwowaliśmy tu dłużej ani jednego wypadku.

Z teoretycznego jednak punktu widzenia podobne rękoczynny wykonywane na macicy, stać się mogą, naszym zdaniem, powodem krwotoków, ostrego zapalenia tak macicy jak i otrzewni, nie mówiąc już, że wspomniona metoda i z moralnego punktu widzenia ujemne przedstawia strony, będąc, jeśli się nam wyrazić tak wolno, uprawnionym onanizmem. To też podajemy ją więcej jako curiosum, niż życząc, by zwolenników znalazła.

## O chorobach układu nerwowego.

Wykłady kliniczne Prof. Charcot (w Paryżu).

Podał Dr Piotr Dubelt.

(Dalszy ciąg).

Ten obraz musiałby się koniecznie zmienić, gdyby zmiany patologiczne przekroczyły zwykłe swoje granice i z białej istoty rozszerzyły się na przednie rogi istoty szarej. Wówczas jako następstwo eierpienia komórek ruchowych, widzielibyśmy szybki zanik mięśniowy. Wykazałem już w swoim czasie <sup>1)</sup>, w podobnych razach przyłączają się objawy postępującego zaniku mięśni do zwykłych objawów stwardnienia tylnej części istoty białej bocznej części i t. d. Niedawno też w tego rodzaju wypadku znaleźliśmy po śmierci wielobiegunowe komórki najwyraźniej zmienione, czemu, mojem zdaniem, należało przypisać zboczenia odżywcze w mięśniach <sup>2)</sup>.

Należą także do tej gromady stwardnienia w rozrzuconych ogniskach (*sclérose en plaques disséminées*) <sup>3)</sup> i stwardnienia rozlane. Można dalej zaliczyć częściowe *myelitis* bez różnicy czy pierwotnie powstaje,

---

1) Charcot et Joffrey l. c. p. 351.

2) Porównaj między innymi i niedawno przez mojego ucznia Pierrret'a opisany wypadek — Sur les alterations de la substance grise de la moelle epiniere dans l'ataxie locomotrice considerées dans leurs rapports avec l'atrophie musculaire, qui complique quelquefois cette affection. Archives de Physiologie etc. T. III. p. 599. W tym wypadku proces zapalny rozszerzył się z tylnych wiązek, na przedni róg istoty szarej prawej połowy rdzenia, idąc wzdłuż przebiegu nerwu wewnętrznych korzeni tejże strony. Następowy zanik mięśniowy był ściśle ograniczony do prawych kończyn. Dodam tu jeszcze opis jednego wypadku pokazującego jasno, że następowe połowicze zapalenie wiązek istoty białej przez rozszerzenie się na szarą istotę, zanik mięśniowy sprowadza.

70-cioletnia kobieta została dotknięta porażeniem lewej połowy ciała, w skutek krwawej apopleksyi w prawej półkuli mózgu. Porażone kończyny, które okazywały bardzo weześnie skureczenia, dopiero w dwa miesiące po napadzie zaczęły tracić na objętości. Zanik mięśniowy rozprzestrzeniał się równomiernie na całe kończyny, znacznie postępował i łączył się z bardzo widocznym zmniejszaniem się elektrycznej kureczliwości. W trakcie tego, na wszystkich miejscach skóry tych odnóg podlegających uciskowi, wystąpiły pęcherze i wkrótce przeszły w zgorzel. Po śmierci znaleźliśmy w poprzecznych przecięciach rdzenia, że zstępujące stwardnienie lewych bocznych wiązek rozprzestrzeniło się do przednich rogów istoty szarej tejże strony i sprowadziło zanik pewnej liczby komórek ruchowych.

3) Przed rokiem obserwowaliśmy kobietę z rozsianem mózgo-rdzeniowem zapaleniem, które się rozszerzyło w szypowej części mlecza prawie na całą grubość istoty szarej, a szczególnie na przednie jej rogi. W tem miejscu komórki nerwowe okazywały różne stopnie zaniku i wiele z nich znikło bez śladu. U tej kobiety ręce były przeobrażone w ten sposób, że tworzyły tak zwane *griffe*, *Krallenhand*. Mięśnie wielkiego i małego palca, a także międzykostne zanikły. Na przedramieniu również widocznym był zanik, ograniczający się do pewnych gromad mięśni.



czy pochodzi z ucisku przez jakiś guz, z próchnienia kręgów etc. Te wszystkie patologiczne zmiany nie wywierają żadnego bezpośredniego wpływu na odżywienie mięśni, jeżeli nie zajęły komórek ruchowych. Należą zaś i to do bardzo rzadkich wyjątków tylko te wypadki, w których cierpienie jakkolwiek się ogranicza do istoty białej, zajmuje jednakże takie części wiązek tej istoty, które przepuszczają włókna nerwowe, wychodzące z przednich korzeni. Jak tylko te włókna zostaną chorobowo zmienione, natenczas muszą odpowiednio ucierpieć i nerwy obwodowe <sup>1)</sup>.

B. Druga gromada obejmuje te choroby rdzenia, które pociągają za sobą prawie niezbędnie różne zmiany w odżywieniu mięśni. Rozdzielimy tę gromadę na dwie części:

1) W pierwszej umieścimy ogniskowe i rozlane choroby z przebiegiem ostrym albo ostrawym, które znaczną długość istoty białej i szarej jednakowo zajmują, lub też umiejscowiają się przeważnie w ostatniej. One sprowadzają zwykle wielkie zmiany elektrycznej kurezliwości i szybko postępujący zanik w mięśniach.

Na czele tych chorób umieszczę ostre centralne zapalenie mlecza, które, jeżeli się mniej więcej rozszerzy i zajmuje np. znaczną część zgrubiałości grzbieto-łędźwiowej, musi koniecznie wywołać upośledzenie elektrycznej pobudzalności mięśni w dolnych kończynach. Mannkopf widział raz w takim wypadku zmniejszoną pobudzalność już 7-go dnia po wystąpieniu pierwszych objawów choroby <sup>2)</sup>.

Jeżeli chory nie zaraz swoje cierpienia zakończy, natenczas można dokładnie badać rozwijanie się odpowiednich objawów, między którymi zanik mięśniowy staje się prędko widocznym. Niedługo też są do sprawdzenia histologiczne zmiany, będące powodem zaniku. Oprócz zmian w pierwotnych wiązkach mięśni, ulegających bardzo rzadko stłuszczeniu, spotyka się jeszcze w po-

---

<sup>1)</sup> Co do częściowego myelitis, powstałego samoistnie lub przez sąsiedni guz wywołanego, możemy taką czynić uwagę: znajduje się zwykle na któremkolwiek miejscu części grzbietowej mlecza i zajmuje bardzo niewielką przestrzeń. Ztąd pochodzi, że jeżeli przednie rogi ucierpią pierwotnie, lub przez rozszerzenie się patologicznych zmian w poprzecznym kierunku, to zboczenia w mięśniach, jako następstwo powyższych zmian w istocie szarej rdzenia, ograniczają się do małych części klatki piersiowej albo ściany brzusznej i nie zdradzają się za życia przez żadne objawy. Mięśnie kończyn odżywiają się zupełnie nieprawidłowo, jeżeli częściowe myelitis zajmuje wyżej oznaczone miejsce i jeżeli nie przyłączą się do niego jakie powikłania. Zmieniłyby się stonki, gdyby to zapalenie choć bardzo ogromne zajęło pewne części zgrubienia szyjowego, albo łędźwiowego mlecza. Natenczas mięśnie kończyn musiałyby ucierpieć i okazałyby niebawem swoje niewłaściwe odżywienie przez zmiany w czynnościach i kształtach rzeczonych kończyn.

<sup>2)</sup> M a n n k o p f. Amtlicher Bericht über die Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Hannover. p. 251. 1866.

dobnych razach, podług Mannkopfa <sup>1)</sup> i Engelkena <sup>2)</sup>, rozrost jąder w omięsnj. Ogólnie mówiąc, zmiany niniejsze noszą na sobie oznaki podrażnienia. Udające się do takich mięśni nerwy, które Mannkopf wielokrotnie poszukiwał, albo są zupełnie zdrowe, albo też przedstawiają tak nieznaczne zmiany, że się żadną miarą nie dadzą porównać ze zmianami w mięśniach <sup>3)</sup>.

Z kolei następują *haematomyelitis*. Jest to choroba która tak ze względu na patogenezę jak i patologiczną anatomję znakomicie się różni od pospolitego wynaczynienia w mózgu, a mianowicie dla tego, że prawie bez wyjątku wynaczynienie w rdzeniu zajmuje środkową część takich tkanek, w których już przedtem zapalenie sprowadziło pewne zmiany. Wynaczyniona krew rozlewa się przeważnie w istocie szarej i często niszczy takową, szczególnie w kierunku podłużnym.

Przy takim zniszczeniu mięśnie porażonych kończyn okazują częściowy albo nawet zupełny ubytek elektrycznej kurezliwości i ten objaw zdaje się stale towarzyszyć powyższym zmianom w rdzeniu. I tak: Levier <sup>4)</sup> widział raz w 14 dni po okazaniu się pierwszych objawów choroby nieprawidłową pobudzalność mięśni; Colin zaraz po apoplektycznym napadzie (?); a w wypadku opisanym przez Duriau <sup>5)</sup>, dziewiątego dnia elektryczność słabiej działała. Apopleksya rdzeniowa zwykle prędko kończy się śmiercią i dla tego nie podała dotąd sposobności do zbadania zmian histologicznych w mięśniach. Nie ulega jednak żadnej wątpliwości, że gdyby to cierpienie dłużej potrwało, zanik mięśniowy wystąpiłby musiał.

Złamania i zwiehnienia stosu kręgowego sprowadzają także jak to Duchenne (de Boulogne) <sup>6)</sup> znajdował, prędkie osłabienie elektrycznej kurezliwości w mięśniach porażonych członków; dzieje się to prawdopodobnie z tej przyczyny, iż pierwotnie częściowe podrażnienie mlecza wkrótce rozszerza się na dalsze jego części.

2) Choroby, które do drugiej gromady należą, polegają na drobniejszych anatomicznych zmianach. Rzeczywiście zmiany te, jakby systematycznie zajmują przednie rogi szarej istoty, i to jeszcze bardzo rzadko w całości; natomiast często można widzieć, jak się dosyć ściśle ograniczają do wązkich, owalnych przestworów, mieszczących w sobie rozmaitą ilość komórek ruchowych.

---

<sup>1)</sup> Mannkopf, l. c.

<sup>2)</sup> H. Engelken. Beitrag zur Pathologie der acuten Myelitis. Zürich 1867.

<sup>3)</sup> Porów. cośmy wyżej w tym przedmiocie powiedzieli (str. 347).

<sup>4)</sup> Levier. Beitrag zur Pathologie der Rückenmarksapoplexie. Inaugural. dissertation. Bern 1864.

<sup>5)</sup> Duriau. Union médicale. T. I. 1859. p. 308.

<sup>6)</sup> Porów. Duchenne (de Boulogne) p. 246. l. c. Złamanie stosu kręgowego w połowie części grzbietowej. Mlecz rozmiękczony na przestrzeni kilkocalowej w okolicy grzbieto-lędźwiowej. Osłabienie pobudzalności elektrycznej, począwszy od szóstego dnia choroby.



W takich miejscach neuroglia zwykle bywa zbitsza, ciemniejsza, zawierająca wiele ciałek krochmalowych, słowem, nosi na sobie ślady przebytego zapalenia; w komórkach zaś nerwowych widać jednocześnie rozmaite rodzaje i stopnie zaniku. Jeżeli się zapytamy, który z tych histologicznych pierwiastków był pierwotnie zajęty, to znajdziemy, że wszystko za komórkami przemawia. Bo też rzeczywiście trudno byłoby zrozumieć, jakim sposobem ogranicza się cierpienie do najbliższego sąsiedztwa komórek, gdyby miało za punkt wyjścia neuroglię. Przytém często się zdarza, iż jedyną oznaką chorobliwego stanu jest zanik pewnej liczby komórek, albo nawet całej ich gromady, gdy tymczasem otaczająca je tkanka łączna zachowała przejrzystość i prawie wszystkie cechy normalnej budowy. W innych znowuż, niemniej jasnych wypadkach, zmiany w neuroglii znaczniejsze są na stronie dotykającej komórek, niżeli na przeciwniej, a prócz tego znaczniejsze przy samych komórkach od tych, jakie w międzykomórkowych przestworach widzimy. W tych wypadkach każda komórka jest niejako środkowym punktem, albo oddzielnym ogniskiem zapalenia, które się stąd na pewną przestrzeń, jakby promienisto rozszerza. Z drugiej strony ledwo przypuścić można, żeby podrażnienie wzięło początek w obwodzie i wzdłuż przebiegu przednich korzeni nerwowych dostało się do środka, ponieważ w miejscach chorobowo zmienionego mlecza te korzenie przedstawiają stosunkowo małe zmiany, które się żadną miarą porównać nie dadzą ze zmianami w szarej istocie. A zatem nie ulega, zdaje się, żadnej wątpliwości, że komórki ruchowe są pierwotnym siedliskiem patologicznych zбоzeń, i że ostatnie przechodzą następowo na neuroglię i stopniowo rozciągają się do różnych części przednich rogów. Takie jednak rozszerzenie się procesu nie jest koniecznym i tem więcęj można je za następowe i dodatkowe uważać, że w niektórych wypadkach dochodzi aż do stykających się z przednimi rogami bocznych i przednich wiązek istoty białej <sup>1)</sup>. (Dalszy ciąg nastąpi).

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

### Utworzenie sztucznego moczowodu.

(N u s s b a n n, *Bayer. Intell. Blatt*).

(Dokończenie).

Z pomocą Dra H a l m a i Dr L i n d p a i n t n e r a przedsięwziętem 3-go dnia (10 listopada 1875) następującą operacyę:

<sup>1)</sup> Wypowiedziane tu poglądy co do znaczenia chorób tak zwanych komórek ruchowych w patogenezie postępującego zaniku mięśni, (rdzeniowego) porażenia dziecięcego, ostrego, centralnego myelitis i w ogólnosci mięśniowego zaniku pochodzącego z cierpienia rdzenia, rozwinęliśmy w prelekyi mianej w Salpêtrière w czerwcu 1868. Porów. H a y e m Archives de Physiologie 1869. p. 263. — Ch a r e o t et J o f f r o y, id. p. 756. — D u c h e n n e (de Boulogne) et J o f f r o y, id. 1870.—Te poglądy przyjęte zostały w nowém dziele H a m m o n d: A Treatise on Diseases of the nervous System. Sect. IV. Diseases of Nerve Cells. p. 683. New-York 1871.

Po zachloroformowaniu pacjentki i po nadaniu jej położenia, jakiego się używa przy operacyi kamienia, rozciąłem cewkę moczową od góry i od dołu i rozszerzyłem ją przez dowolne wkładanie rozmaitych walców *S i m o n a*; gdy piąty wyciągnąłem mogłem łatwo wskazującym palcem dojść do wnętrza, a wsunawszy średni palec do pochwy dostałem się bardzo głęboko.

W styczniu 1861 r. ogłosiłem metodę operacyi kamienia u kobiety (Lithotomie i Lithotripsię) i przekonałem się, że rozszerzenie cewki moczowej sposobem krwawym, a następnie jej zeszcienie wydaje piękne rezultaty. Przynajmniej ja potłukłem wielkie kamienie na kilka kawałków i powyciągałem je. Kobiety wyzdrowiały w kilku dniach. Wielu mych kolegów zastosowywało tę samą metodę. Mimo tych szczęśliwych prób, wolałem jednak rozszerzyć kanał moczowy za pomocą walców *S i m o n a* w sposób niekrwawy.

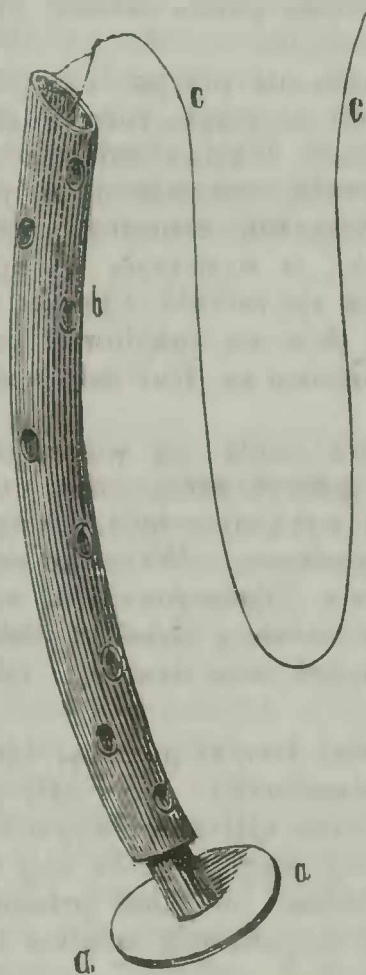
Lewy zdrowy moczowód znalazłem łatwo—inaczej rzecz się miała z prawym. Zdawało się, że tenże po utracie swęj funkcyi stracił także swą nabrzmiałość i natychmiast przyszedłem do przekonania, że będę musiał utworzyć sztuczny moczowód. Wsunąłem, jak można, najgłębiej lewy wskazujący palec w przetokę brzusznią, a prawy wskazujący w pęcherz moczowy, nie mogłem przecież obu końców palców razem zetknąć. Zamiast prawego wskazującego palca wsunąłem męzki kateter w pęcherz moczowy i dopiero wtenczas mogłem się dotykać kateteru lewym palcem znajdującym się w rezerwoarze moczowym, musiałem wszakże koniec kateteru dobrze w górę nacisnąć. Przedział pomiędzy kateterem a palcem wynosił 3—4 cm., jeżeli się pęcherz moczowy nie bardzo w górę naciskało. Wysokie położenie rezerwoaru moczowego zdawało mi się

być korzystnem, miałem przez to większą nadzieję, że po założeniu sztucznego moczowodu zyskam dostateczny odpływ do pęcherza, do czego się przyczyniło także i prawo ciężkości. Dla tego nie potrzeba się było obawiać ani cofania się wstecz moczu z pęcherza do rezerwoaru, ani tworzenia się kamyczków w rezerwoarze moczowym. Ponieważ byłem przygotowanym na wszelkie możebne ewentualne przypadki, więc mogłem zaraz skutecznie utworzenie sztucznego moczowodu. W tym celu przygotowałem dren długości 7 centim., jak to załączona figura w naturalnej wielkości pokazuje.

Na jednym końcu drenu była przymocowana szklanna rurka *aa*, której brzeg nad lampą dosyć szeroko wygiąłem; na drugim końcu drenu przymocowałem długi srebrny drut *cc*. Teraz przeprowadziłem zakrzywiony trójgraniec przez cewkę moczową, przez pęcherz i przebiłem tenże w tem miejscu, gdzie się spodziewałem ujścia dawnego.

Przebiwszy tylną ścianę pęcherza, kierowałem końcem trójgrańca do góry ku końcowi mego lewego palca wskazującego, który wsunąłem przez przetokę brzusznią głęboko w rezerwoar moczowy. Skoro tylko koniec trójgrańca dotknął się mego palca, pociśnałem prawą ręką cały instrument dosyć silnie, tak że trójgraniec tkwił połową w rezerwoarze moczowym, połową w pęcherzu. Teraz wyciągnąłem styłęt i przeprowadziłem przez srebrną rurkę długi fiszbin, wyciągnąłem trójgraniec, tak że tylko fiszbina pozostała, u której dolnego końca przymocowałem srebrny drut *cc*. Wyciągnąłem teraz fiszbinę, do której z góry przymocowane były: srebrny drut, dren i szklan-

na rurka i ciągnąłem tak daleko, jak długo mym prawym wskazującym palcem wsuniętym do pęcherza mogłem czuć, że wszystko było przeciągnięte przez tylną ścianę pęcherza, tylko wygięta rurka szklanna *aa* pozostała w pęcherzu. Było mym zamiarem, aby jak można najmniej pozostawić obce ciała w pęcherzu, gdyż pacjentka była bar-



*aa.* rurka szklanna z wygiętym brzegiem. *bb.* kauczukowy dren. *cc.* srebrny drut.



dzo drażliwą. Rurkę szklaną dla tego tak silnie wygiąłem, aby się nie mogła wysliznąć przez otwór zrobiony w pęcherzu.

Położenie zatem było następujące: wygięty brzeg rurki szklanej *aa* był w pęcherzu; dren spełniał funkcję sztucznego moczowodu i przechodził przez ścianę pęcherza, tkankę pomiędzy pęcherzem a rezerwuarem moczowym, przez sam rezerwoar i część przetoki; górna część tej ostatniej zawierała srebrny drut *cc*, którego pozostały koniec wychodzący przez przetokę brzuszną przyczepiłem na boku do ściany brzusznej za pomocą plastru. Wysprycowałem przez przetokę brzuszną kilka strzykawek rozcieńczonej tynktury lakmusowej, która natychmiast odpłynęła przez pęcherz i widocznie przekonała, że dren funkcjonuje jako sztuczny moczowód; gdy już wszędzie karbolową wodą wymyto i wysprycowano i na przetokę brzuszną przyłożono wilgotny borlind i gutaperchę przeniesiono pacjentkę do łóżka.

Przebudziwszy się skarżyła się na ból i na nieustające parcie, by oddać mocz. Pomimo bardzo starannego rozszerzenia cewki moczowej przecież przez kilka dni zupełnie moczu zatrzymać nie mogła, czego jednak nie można uważać za sprzeczne z metodą, gdyż chora była do tego bardzo skłonna i ponieważ parcie moczenia w wysokim stopniu było.

Gorączka utrzymała się w pewnych granicach i temperatura nie przechodziła nigdy 39°, odpływ moczu przez przetokę brzuszną widocznie się zmniejszył, jednak nie tak znacznie jak oczekiwałem, spodziewałem się bowiem, że natychmiast wszystkie mocz według prawa ciężkości odchodzić będzie do pęcherza, a przez przetokę brzuszną ani jedna kropla się nie posączy. Po trzech dniach mogła już mocz zatrzymać, parcie jednak jeszcze tak silne, że co 8 — 10 minut musiano mocz wydzielać. Morphium wszakże, które było nieodzownem, powodowało częściej usunięcie parcia moczu, choć nie zupełnie.

Chora, która zawsze mało jadła, teraz nie mogła prawie nie przyjąć, z przymusem piła trochę piwa i czasem jedno jaję; cierpiała przytem na ciągłe rozwolnienie, którego nie można było usunąć nawet wielkimi dawkami opium. Piątego dnia przeraziłem się mocno. Chora leżała cała mokra w łóżku, jak dawniej, wszystkie mocz prawej nerki odpływał znowu przez przetokę brzuszną. Zbadalem mój sztuczny moczowód i znalazłem, że pomimo znacznie wygiętego brzegu rurki, ta wysliznęła się przez ścianę pęcherza, i że natychmiast sztuczne ujście do pęcherza się zatkało. Chociaż kanał przetoki, w którego górnej połowie tylko cienki srebrny drut się znajdował, znowu się znacznie zwęził, to przecież mogłem lekkim pociągnięciem za drut cały aparat do góry wyciągnąć.

Teraz znów to samo położenie co w pierw, tylko chora czuła się więcej słabą. Zachloroformowałem ją zaraz, abym swobodnie swe poszukiwania mógł urządzić i nie zaniechać przypadkiem tej myśli, która tak bliską wykonania była. Podczas uśpienia wyczyściłem przetokę brzuszną i pęcherz przez sprycowanie. Wszystko przepelnione śmierdzącą ropą i mocz zdradzał przymioty zepsucia. Zasparycowałem wodę na niebiesko zafarbowaną do przetoki brzusznej i wkrótce z radością ujrzałem niebieską wodę w pęcherzu. Mój sztuczny przewód moczowy nie był więc stracony, tylko zatkaany przez smrodliwe wydzieliny.

Z trudnością udało mi się wprowadzić jeszcze raz jeden dren za pomocą elastycznego kateteru. Ten dren był długości 20 ctm., tak że przechodził przez cały pęcherz, cewkę moczową i sięgał do nocnika. Górny koniec drenu ująłem srebrnym drutem, który się w przetoce znajdował, do przetoki brzusznej sięgał i obok niej był przymocowany za pomocą plastru. Operacya tą razą była trudną, bo kanał przetokowy znacznie się zwęził, a tem samem lewy palec wskazujący z trudnością mogłem weń wsunąć.

Holler po przebudzeniu się była mocno chorą, parcie moczu powiększyło się, koniecznie musiałem zadać większe dawki morfiny 0,02—0,03, temperatura podniosło się do wysokości 39,4—39,7, mechaniczny jednak, przebieg zupełnie mię zadawalniał. Przez przetokę brzuszną odpływało bardzo mało moczu, ten uchodził prawie wszystkie przez pęcherz do nocnika. Mocz ciągle był mocno amoniakalny.

Drugiego dnia po powtornem zasparycowaniu morfiny nastąpił spokojniejszy sen, gdy znowu chorą zobaczył ku mojemu wielkiemu zdziwieniu i ten długi dren wysliznął się przez pęcherz, rezerwoar moczowy i przetokę, tak że całkiem wolno na

brzuchu leżał. Chora zapewniała, że ani razu nie pociągnęła za drut srebrny, ale że zaraz od pierwszej godziny czuła, że dren zaczyna się wyslizgiwać.

Ponieważ chora o wiele mniej w łóżku miała wilgości i zaprycowana niebiesko farbowana woda w kanał przetokowy mnie przekonała, że moja sztucznie utworzona droga jest wolną, nie wsuwałem już więcej drenu, lecz spodziewałem się, że każdą razą odpływający mocz przez sztuczną drogę i nadal ją utrzyma swobodną. W istocie tak się stało. Mocz prawej nerki spływał do pęcherza i tylko kilka kropel przechodziło przez przetokę brzuszną. Znowu pojawiająca się niemożebność zatrzymania moczu cewki moczowej i ropiasty cuchnący mocz powoli zniknęły zupełnie. Gorączka i parcie moczu ustały także. Czułość okolicy pęcherzowej, która wprawdzie nie była nigdy w wysokim stopniu, znikła także, tak że stan chorób był zupełnie zadowalniający. Tylko uporeczywe rozwolnienie przez dłuższy czas stawiało opór wszelkim środkom i trwało jeszcze 3 tygodnie, do czasu, kiedy Holler opuściła mój zakład.

Mocz dziennie oddawany przez cewkę moczową przedstawiał się zupełnie w normalnym stanie 900—1000—1100 Cc., własności jego zupełnie dobre i tworzenia się kamyczków nie dostrzegłem już więcej i tem samem uniemożliwione było przez szybki odpływ moczu, do którego się przyczynił sztucznie utworzony moczowód. Rezerwoar moczowy, jak to wyżej wspomniałem, leżał wysoko nad macicą i otwór wchodowy mego sztucznego moczowodu był tak głęboko na dole w pęcherzu, że mocz prawie prostopadłe ściekał i nie było obawy aby się rozkładał, lub żeby się tworzyły moczowe konkrementy.

Po 14 dniach pobytu pacjentki w domu odwiedziłem ją: rozwolnienie ustało, była zadowolona i zdrową, tylko przez przetokę brzuszną odchodziła jeszcze mała ilość moczu kroplami, pomimo, że przetoka znacznie się zwęziła. Wziąłem rozżarzoną igłę (drucik do robienia pończoch) i przyżegnąłem wązki kanał pokryw brzusznych. Po kilku dniach odpadł strup, po przypaleniu tedy połączyłem ściśle brzegi przetoki za pomocą plasterów, przez co natychmiastowe zagojenie się rany nastąpiło, tak że Holler zupełnie zdrową była i wolną od jajnikowego guza i od brzusznej przetoki moczowej; od tego czasu żadnych zmian w jej organizmie nie dostrzegłem, wszystko było normalne i moja dawna pacjentka zdrową.

## Wiadomości bieżące.

— S. p. Prof. Dr Skobel. Z Krakowa smutną otrzymujemy wiadomość. W d. 26 b. m. zmarł tam Fryderyk Kazimierz Skobel, doktor medycyny i chirurgii, professor uniwersytetu Jagiellońskiego, człowiek głębokiej nauki, najserdeczniejszy opiekun i przyjaciel uczącej się młodzieży. Skobel promował się w r. 1831; w r. 1834 wstąpił na katedrę patologii, terapii ogólnej i farmakologii. Na stanowisku tem rozwinął Skobel niewyczerpany zapas wiadomości, oświecał poglądem oryginalnym na podstawach rzetelnych studyów opartym. Wziął się też do badania historii lekarskiej polskiej, na którym to polu niezmordowany pracownik nie ma dotąd współzawodnika. Związawszy się z Dr Majerem jął się wydawnictwa wielu najpożyteczniejszych dzieł medycznych; Encyklopedia Orgelbranda na licznych kartach ma ślady jego pióra. Owoc badań swoich i spostrzeżeń składał też Skobel w znacznej części w pamiętniku wydziału Lekarskiego Krakowskiego. Trudem zaiste byłoby niemałym zliczenie wszystkich jego prac tak w języku łacińskim jak i polskim — ograniczamy się więc na wzmiankę, dodając, iż są to wszystko rzeczy niepośledniej wartości. Przy tem trwał Skobel ciągle na swem professorskim stanowisku. Największą jednak zasługę Skobla stanowić będzie praca około ustalenia polskiego słownictwa lekarskiego, zawdzięczającego mu olbrzymie mnóstwo wyrazów celnych, w duchu języka odtworzonych. Wiadocznym upadek mowy polskiej w Galicyi, podał mu myśl wydania dzieła pod tytułem „Skażenie języka polskiego“, w którym okazuje się gorącym miłośnikiem słowa, jego znawcą i żarliwym obrońcą. Cokolwiekby o niektórych tu poglądach Skobla powiedziano — słusność jednak wyznac każe, iż rzeczą tą przyczynił się znacznie do oczyszczenia języka polskiego ze szpecących go niemieckich, francuzkich i innych naleciało-



ści. W życiu prywatnem Skobel był arcywzorowym obywatelem;—znane było jego przywiązanie do młodzieży. Każdą młodą duszę otaczał on pieczą, łagodnością i szlachetnym spokojem, prostując gnące się ku ziemi latorośle. Z pod dłoni tego kierownika w winnicy wiedzy, wychodziły więc same zdrowe krzewy pnące dumne czoła w górę! Ojcem był młodzi, bratem jej; młódz była potrzebą jego myśli, serca jego; takich profesorów w wielu uniwersyteckich aulach napróżnoby dziś szukał. Ta gorąca miłość zdawała się utrzymywać przy siłach siedmdziesięcioletniego starca, ona stała się jego życiem. Zgon Skobla przyprawił ciało lekarskie, naukę o wielką stratę; młodzieży niepokieszonćj odebrał podporę i dźwignię. Złamana więc ciosem u stóp jego mogiły składa wieńce hołdu i niewygasłej wdzięczności.—Cicho śpij piękny duchu, coś wielkiego dzieła dokonał na ziemi!

K. W.

— Ciągłe i powolne drażnienie nerwów (C. Fratscher, Jen. Zeitschr. f. Naturw IX. p. 130 — Centralbl. f. d. med. Wiss. Nr. 38. 1876). Kontynuując doświadczenia Heinzmanna autor robił pod kierownictwem Preyera nowe próby z powoli wzrastającymi chemicznymi i mechanicznymi bodźcami na żabach pozbawionych mózgu i na nieuszkodzonych, i przy ostrożnem postępowaniu nie otrzymał nigdy czuciowego podrażnienia. Również powoli następujące zmiżdżenie ruchowych i czuciowych nerwów pozostało bez skutku. Powtórzenie prób Heinzmanna z zmianą ogrzanej powierzchni skóry potwierdziło zupełnie jego rezultaty.

— Wykład Położnictwa. Napisał Dr Jerzykowski (Poznań, 1876 r. str. 460). W piśmiennictwie lekarskiem polskiem mamy już kilka dzieł traktujących o akuszeryi; ale jedne z nich są zbyt krótkie (Tyrchowski, Colnstein), drugie znówu zbyt obszernie (Neugebauer, Krassowski, Jerzykowski), tak że czuć się dawała potrzeba treściwego, ale wyczerpującego przewodnika w tćj gałęzi wiedzy lekarskiej, zwłaszcza dla lekarzy praktykujących po mniejszych miastach. Próżnię tę w naszej literaturze wypełnił obecnie Dr Jerzykowski wydaniem oryginalnego dzieła, w którym naukę położniczą skreślił według dzisiejszego stanowiska nauki, przystępnie i jasno. Dzieło, o którym mowa, autor podzielił na trzy części: fizyologiczną, patologiczną i operacyjną. Oto treść dzieła: Część pierwsza. Fizyologia ciąży, porodu i połogu. I. Fizyologia ciąży. A. Miednica kostna. B. Miednica z częściami miękkimi do niej przyczepionemi. C. Jajo i jego rozwój. D. Zmiany wywołane przez ciążę w ustroju kobiety. E. Rozpoznanie ciąży. F. Dyetetyka ciąży. II. Fizyologia porodu. A. Siła wytłaczająca. B. Mechanizm porodu. C. Poród bliźniętami. D. Dyetetyka porodu. III. Fizyologia połogu. A. Zmiany w organizmie matki. B. Dyetetyka porodu.—Część druga. Operacye akuszeryjne.—Ogólny pogląd na wykonanie operacyi akuszeryjnych. A. Operacye wykonywane na częściach płód otaczających. B. Operacye wykonywane na ciele płodowem. C. Operacye wykonywane na matce. Dodatek. Rozwiązanie przymusowe (*accouchement forcé*).—Część trzecia. Patologia i terapia ciąży, porodu i połogu. — Patologia i terapia ciąży oraz porodu. A. Patologia jaja. B. Patologia organizmu macierzystego. II. Patologia i terapia połogu. A. Choroby połogowe nie polegające na zakażeniu. B. Choroby połogowe polegające na zakażeniu.—Gorączka połogowa. C. Dodatek. —Cena dzieła we wszystkich księgarniach w Warszawie, Krakowie i Poznaniu wynosi rs. 4; dla prenumeratorów zaś „Gazety Lekarskiej“ (jedynie w Redakcyi tego pisma) rs. 3 (z przesyłką).

— Kwas salicylowy w kapsułkach. Wiadomo powszechnie, że kwas salicylowy, czy to używany wewnątrz, lub zewnątrz, zjednał już sobie prawo obywatelstwa w medycynie praktycznej. Każdemu również znana jest rzecz, jak trudno się rozpuszcza ten kwas w wodzie. Dla ułatwienia przeto dozowania i przyjmowania wewnątrz tego środka, p. Kuśmierski, właściciel apteki w Warszawie (Chłodna, 12) przygotował kapsułki, z których każda zawiera w sobie 0,5 gramma, czyli ośm granów kwasu salicylowego.

---

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

---

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

---

Druk. Gaz. Lok. Ul. Śto Krzycz. N. 9. Дозволено Цензурою. Варшава, 18 (30) Ноябрь 1876.