

PRZEGLĄD LEKARSKI

WYDAWANY STARANIEM ODDZIAŁU NAUK PRZYRODNICZYCH I LEKARSKICH

C. K. TOWARZYSTWA NAUKOWEGO KRAKOWSKIEGO

pod redakcyą Profesorów Janikowskiego, Madurowicza, Majera, Skobla i Doktorów
Oettingera, Rydla i Zieleniewskiego.

WYCHODZI:
tygodniowo w objętości jednego arkusza
co Sobota,
w Krakowie, w Drukarni c. k. Uniwersyt.
pod zarządem K. Mańkowskiego.
Biurowi Redakcyi Przeglądu:
w domu c. k. Towarzystwa Naukowego,
Ulica Sławkowska, Nr. 282.

CENA:
w Krakowie rocznie Zł. 6 — w. a.
 półrocznie Zł. 3 — „
w Państwie Austryackiem
z przesyłką poczt. rocznie Zł. 6 c. 60 „
 „ półrocz. Zł. 3 c. 30 „
Dla zagranicznych, drogą poczt. wypadnie
dopłata przesyłki według przepisów poczt.

PRZEDPŁATĘ PRZYJMUJĄ:
Kancellarya c. k. Towarzystwa Nauk.
w Krakowie, Ulica Sławkowska, Nr. 282
tudzież
Biuro Redakcyi Przeglądu w domu powyż
wymienionym, — oraz
wszystkie c. k. Urzędy pocztowe tak dla
krajów koronnych jak i dla zagranicy.

TRĘŚĆ: *Czyżewicz*: Sprawozdanie z kliniki położniczej krakowskiej z roku 1866. (Ciąg dalszy.) — *Warschauer*: Choroby trąbki Eustachego i ich leczenie. — Wyciągi z pism. — Rozmaitości.

Z kliniki położniczej prof. dra Madurowicza.

Sprawozdanie z roku 1866.

zestawił dr. CZYŻEWICZ, asystent tej kliniki.

(Ciąg dalszy.)

11) Ścieśnienia miednicy 31 razy, i to przy położeniach czaszkowych 28 razy (20 przy czaszk. pierwszym, 8 przy czaszk. drugim), przy twarzowych 2 razy, przy pośladowym raz. Zwięźlenie wynosiło w wymiarze wchodu miednicy prostym 26 razy między $3\frac{1}{4}$ '' a $3\frac{3}{4}$ ''; 4 razy 3'', raz $2\frac{3}{4}$ ''.

W przeważnej liczbie przypadków zastosowała się główka do wymiarów miednicy, w 5 przypadkach musiano na poprzedzającą główkę założyć kleszcze porodowe, w trzech z tychże dla znacznego niestosunku porodowego przy wysoko ustawionej główce. Raz przy położeniu twarzowym ruchomym wykonano w przewidywaniu niestosunku obrót na nóżki i wyciągnięcie (*extractio*) z niepomysłnym dla dziecka wynikiem. Raz musiano główkę poprzedzającą nieżywego już dziecka przewiercić trepanem i zmiażdżyć kefalotrybem.

Z dzieci w tym dziale urodzonych 6 obumarło podczas porodu lub operacyi.

Z matek było 24 w ciąży pierwszej, 6 w drugiej,

1 w czwartej. W 3 przypadkach zmarły matki w skutek sprawy pógowej; dwie z tych miały obok znacznego ścieśnienia miednicy (*conj. vera 3 et $3\frac{1}{4}$ ''*) już przed porodem zapalenie wewnętrznej powierzchni macicy (*enmetritis ante partum*).

Trzy razy uważano, obok ścieśnienia, miednicę z powodu zagięcia stosu (*lordoscoliosis*) niepomiarową, raz okrągłą ze zwięźleniem wymiaru poprzecznego, raz sercowatą ze zwięźleniem wymiaru wchodu prostego na 3''.

L. pr. 142. — A. P., lat 24 licząca, wyrobnicza z Wesolej, po raz pierwszy ciężarna, przybyła w ostatnim miesiącu ciąży do kliniki położniczej. Z badania okazało się zwięźlenie miednicy znaczne: obwód tężże wynosił $30\frac{1}{2}$ ''; *conj. extr. 6''*, *conj. vera 3''*. W nocy 19 lipca zr. wystąpiły pierwsze bóle porodowe; ułożono rodzącą do łóżka, a podczas wizyty ranniej dnia następnego okazało się ujście maciczne zewnętrzne tyle rozwarłe, iż palec wprowadzić dozwalało; pęcherz płodowy napięty, główka ruchoma nad spojeniem kości łonowych. Ułożenie płodu czaszkowe pierwsze. Kurcze macicy były silne, nader bolesne i częste; rodząca skarżyła się ciągle na ból nad spojeniem kości łonowych. Zalecono spokój i wstrzykiwania podskórne z rozczyynu morfiny. Około godziny 4 po południu pękl pęcherz płodowy przy ujściu na 2'' rozwarł. Silne bóle wepchnęły główkę do wchodu miednicy. Teraz dopiero zatrzymała się główka na jednym miejscu czas dłuższy; gdy jednak ujście maciczne nie było należycie rozwarłe, a rodzącą żadne nie zagrażało niebezpieczeństwo,

zalecono kąpiel nasiadową i postanowiono czekać. Przywołany o godzinie 7 wieczorem do zakładu, znalazłem ujście zewnętrzne macicy rozwarte zupełnie, główkę w pochwie poprzecznie ułożoną, na niej znaczne przedgłowie; ujście pochwowe wąskie, śródkrocze twarde. Bóle porodowe słabe pomimo ciągłej skurczony macicy, i postępu porodu od godziny żadnego. Tętna płodowego nie było można wprawdzie wykryć, wzrastające jednak przedgłowie świadczyło o życiu dziecka. Z drugiej strony matka wysiłona znacznie gorączkować poczęła i pomimo ciągłego kureżu macicy (*tetanus*) poród nie postępował wcale. W celu zatem ukończenia porodu i ratowania możliwego życia dziecka założyłem na główkę poprzecznie w pochwie ustawioną kleszcze Simpsona. Po kilku silnych pociągnięciach wystąpiło w szparze sromowej przedgłowie, a główka wraz z kleszczami zwróciła się w wymiar wychodu miednicy prosty, tak że wygięcie miednicowe łyżek zwróciło się ku stronie prawej. Sprostowawszy ułożenie łyżek, wytoczyłem główkę po międzykroczu, a potem wy dobyłem tułów. Dziecko omdlałe dawało jednak wyraźne znaki życia: dla tego odciałem słabo tętniącą pępowinę i w pół godziny — głównie za pomocą sztucznego oddychania — docuciałem dziecko. Główka okazała znaczne przedgłowie po stronie kości ciemieniowej prawej i na tyłogłowi, głębokie podłużne wciśnięcie kości ciemieniowej lewej i siniak podłużny na kości ciemieniowej prawej; w wymiarze poprzecznym przodkowym miała $2\frac{1}{2}$ ", w tylnym $3\frac{1}{4}$ ", w prostym $3\frac{3}{4}$ ". Ciężar dziecka wynosił $5\frac{1}{2}$ funta wagi wied., długość 18". — W 10 dni później matka, przebywszy zupełnie prawidłowy półóg, poszła do domu, a dziecko, również zdrowe, do sali mamek i na wieś.

Przytoczyłem ten przypadek li tylko jako jeden z dowodzących, że pośpiech w wykonywaniu operacyj, zmniejszających objętość główki dziecka, nawet w przypadkach, gdzie życie tegoż jest niepewne i zwężenie miednicy znaczne, nie zawsze najpomyślniejsze wyniki sprowadza. — Z drugiej strony przekonałem się, jak nieobliczona zwłoka w przypadkach, gdzie są wskazania do wystąpienia czynnego, nawet obok małych zwężeń miednicy zgubne wywołuje następstwa.

L. pr. 180. — J. J., mężatka ze Zwierzyńca, lat 34 licząca, po raz czwarty brzemienna, przybyła do zakładu położniczego dnia 11 sierpnia zr. o godzinie wpół do dziesiątej rano. Dowiedziano się o niej, że pierwszy jej poród był uciążliwy; po 48godzinnej jednak pracy porodowej urodziła się omdlała córka, którą docuciono. Przy drugim i trzecim porodzie odeszły wody płodowe przedwcześnie, wypadła pępowina i w obu razach za pomocą obrotu wydobyto dzieci nieżywe. Obecnie zaczęły się pierwsze bóle w nocy 10 sierpnia zr.;

zaraz po kilku bólach pękł pęcherz płodowy i wody odeszły. Około godziny 2 po południu miała rozpoznać położną (akuszerka) przy niej będąca wypadnięcie rączki, której gdy odprowadzić nie mogła, poleciła zawieść rodzącą do lekarza już dość późno pod wieczór. Lekarz nie chciał się podjąć operacyi; odprowadzono zatem rodzącą do domu, gdzie znów przeleżała noc całą, a dopiero dnia następnego około godziny 10 rano przybyła do kliniki położniczej.

Przy badaniu zewnętrznym znaleziono macię ciągle skurczoną, płód szczelnie obeiskającą, sięgającą aż do wyrostka mieczowatego; części płodowych z powodu skurczu wydłodzić nie zdołano; tętna z powodu ciągłego jęczenia rodzącej słyszeć nie można. Badanie wewnętrzne okazuje ujście maciczne prawie zupełnie rozwarte, pęcherza nie ma, przez ujście sterczy w pochwie ułożona rączka lewa w łokciu zgięta, mocno obrzmiała; wyżej we wchód miednicy wtłoczona znacznym odcinkiem główka nieruchoma, ukośnic w pierwszym położeniu ustawiona, a obok tejże dłoń rączki prawej za spojeniem kości lonowych. Wszystko to wypełniało szczelnie wchód i część jamy miednicy. Macieca sama szczelnie około płodu obeisknięta, ciągle skurczona. Bóle porodowe nader słabe, bezskuteczne, ale bardzo dotkliwe. Ze względu na życie zagrożone dziecka odstąpiłem od chloroformowania dla oszczędzenia czasu; prawda atoli, że z tego powodu nie można było wprowadzić ręki do macicy w celu zmiany położenia płodu przy zaklinowanej główce we wchodzie: dla tego też postanowiłem założyć kleszcze porodowe. Wprowadzenie łyżki prawej napotykało jednak na tak silne trudności, że nie mogłem się dostać ręką lewą poza największą objętość główki, silnie przypartęj do połowy prawej linii granicznej; wygodniej mi zatem było wprowadzić sposobem Hatina łyżkę prawą po ręce prawej, a potem łyżkę lewą między główkę i wypadniętą rączkę, którą poprzednio w łokciu wyprostowałem. Kleszcze zamknięte okazały, że główkę uchwyliłem w wymiarze ukośnym. Po kilku silnych pociągnięciach ruszyłem główkę i pomimo że zwrot w wymiar prosty wychodu miednicy — prawdopodobnie z powodu zawadzającej swą objętością obrzmiałej wypadniętej rączki — nie nastąpił, główka po śródkroczu bez narażenia tegoż na pęknięcie dała się wytoczyć. Urodzone dziecko płci męskiej było zupełnie omdlałe. Pępowina tętniała jeszcze nieco i ruchy serca czuć się dały. Wyparte łożysko i błony płodowe odeszły smolką dziecięcą zabarwioną, ze skrzepami krwi. Dziecko zdołano po przeszło godzinnej pracy do życia doprowadzić, w dwa dni jednak po porodzie zmarło, a otwarcie zwłok wykazało jako przyczynę śmierci bardzo znaczne przekrwienie mózgu; było ono donoszone, ze znacznym przedgłowiem po prawej stronie główki, ważyło 7 funtów 5 łótów w. w., miało $20\frac{1}{2}$ " długości; wymiar główki poprzeczny przedni 3", tylny $3\frac{1}{2}$ ", prosty $5\frac{1}{2}$ ". Rączka lewa

była obrzmiała, sina, ze zdartym przyskórkciem. Zwięźenie miednicy u rodzącej według badania zewnętrznego i wewnętrznego nie było wielkie (*conj. vera* $3\frac{1}{2}$ "").

Matka z powodu bezwładności macicy dostała wyciąg sporyszu, uległa w położu lekkiemu zapaleniu wewnętrznego powięzchni macicy i w 15 dniu położu jako wyleczona opuściła zakład.

L. pr. 206. — M. N., lat 28 licząca, służąca z Kościelnik, pierwszy raz ciężarna, przybyła dnia 13 września zr. do kliniki położniczej w końcu czasowej ciąży ze zwięzieniem miednicy w wymiarze prostym wehodu na 3' i położeniem czaszkowym pierwszym płodu, prawdopodobnie niezwygłego dla braku tętna i ruchów płodu. Dnia 17 września około południa wystąpiły pierwsze bóle porodowe; rodząca ułożono bezzwłocznie na łóżko. W nocy tego samego dnia poczęły się bóle silniejsze i do rana do godziny pół do siódmej rozszerzyły ujście do $1\frac{1}{2}$ " średnicy. W takim stanie pękł pęcherz płodowy, odeszły wody zielonawo zabarwione, enchnące, a obok poprzedzającej główki wypadła pętla nietętniącej pępowiny. Badanie okazało główkę płodu dużą, twardą, ruchomo nad spojeniem kości łonowych ułożoną. Ponieważ pępowina nie tętniała wcale, o ocaleniu życia dziecięcia niewątpliwie nie było mowy, a rodzącej nie zagrażało żadne niebezpieczeństwo, postanowiono czekać, czy główka obumarłego płodu siłami przyrodzonymi wypartą nie zostanie. W pięć godzin później pomimo silnych bólów główka nie wstąpiła do wehodu miednicy, ale owszem stała ciągle ruchomo nad wehodem. Gdy zatem dalsze czekanie narażało matkę tylko na wyczerpięcie sił i niekorzystny przebieg położu, a niestosunek porodowy był z drugiej strony nader znaczny, prof. Mađurowicz w celu zmniejszenia objętości główki płodu wykonał prześwidrowanie (*trepanacja*) tężże narzędziem zmodyfikowanym Brauna. W rzeczy samej silne bóle wparły główkę wypróbnioną z mózgu w następnych godzinach do wehodu miednicy, gdzie jednak zaklinowawszy się, stała nieruchoma na jednym miejscu przeszło godzinę. Gdy przytém bóle porodowe zaczęły słabnąć i rodząca coraz więcej sił traciła, przystąpiono do zgruchotania czaszki (*kephalotripsis*) za pomocą zmiążdżacza zmodyfikowanego K. Brauna. Główka dała się narzędziem wspomnianem sprowadzić aż do wehodu miednicy, i gdy już odcińkiem jednym ukazała się w szparze łonowej, łyżki narzędzia zwrócone do wymiaru prostego zaczęły zesuwać się, przeto założono w otwór główki hak tępy i wydobyto dziecko donoszone płci żeńskiej. Tuż po dziecku wyjęto łożysko sztucznie, po czem macica dobrze się skurczyła.

W pierwszych dniach położu utworzył się wrzód połogowy (*ulcus puerp. vaginae*), który za pomocą odwaru kory peruwiańskiej wygojono; przeciw lekkiej gorączce, która z początku położu występowała, używano mleczanki migdałowej z saletrą.

W początku października pojawiły się odchody

krwawe; objaw ten ustąpił przy spokojnem leżeniu chorą niebawem, a dla pokonania powstałej niedokrewności zalecono już 10 października węglan żelazawy. Dnia 11 października wystąpił zaś powtórnie silny krwotok z szyi macicznej i zmusił do podania skrapułu wyciągu sporyszu; gdy jednak krwawienie trwało ciągle, używano wstrzykiwań z wody zimnej z rozczynem półtora chloru żelaza i okładów zimnych; lecz i to nie powstrzymało krwotoku, tak że musiano użyć zatykań (tamponów) w rozczynie półtora chloru żelaza namaczanych. Krwawienie z wrzodu szyi macicznej (*enmetritis haemorrhagica*) niebawem ustalo zupełnie, z niem objawy gorączki, tak że odstawiono podawany od czasu krwotoków kwas i chora bez leku leżała spokojnie, brała kąpiele nasiadowe i posilała się dobrze, a dnia 28 listopada, zupełnie wyleczona, opuściła zakład kliniczny.

(C. d. n.)

Choroby trąbki Eustachego i ich leczenie.

Opisał
dr. WARSCHAUER.

Przedmiotem niniejszej pracy są choroby trąbki Eustachego, które, jak wiadomo, do najcięższych należą; ponieważ zaś trąbka, jak to później wyświecę, nietylko badaniu, ale i lekowaniu jest dostępną, przeto leczenie cierpień trąbki E. często pomyslnym skutkiem uwieńczone bywa.

Nim zaś przystąpię do opisu chorób, jakie trąbkę nawiedzać zwykły, nie od rzeczy będzie, jak sądzę, zastanowić się najprzód nad położeniem anatomicznem trąbki; następnie nad częściami, z których się składa; dalej nad czynnością tężce w stanie prawidłowym, o ile ona w skutek dotychczasowych badań jest nam znaną; a dopiero po tym krótkim wstępie przejdę do opisu chorób, zastanowię się nad pojawiającymi się znamionami one. nad biegiem, jaki zachowują; nad stosunkami przyczynowymi, nad rokowaniem, a nakoniec nad ich leczeniem.

Co do anatomii. Część ncha środkowa, czyli, krócej mówiąc, ucho środkowe, mieści w sobie rozmaite części, z których atoli lekarzy od uszu obchodzą głównie jama bębenkowa, wyrostek sutkowy i trąbka E. Nas głównie ta ostatnia zajmie, dla tego jęj poświęcamy opis szczegółowy. Najlicniejsza część anatomów uważa trąbkę za pozostałość pierwszej szpary dychawkowej płodowej; pośredniczy ona między jamą bębenkową i gar-

dzielową, ma wielkie podobieństwo do zewnętrznego przewodu słuchowego, albowiem składa się, równie jak tamten, z części chrząstkowej i kostnej; różnią się tylko od siebie długością pojedynczych części w skład tychże wchodzących: kiedy bowiem część chrząstkowa przewodu słuchowego zewnętrznego stanowi trzecią część całej jego długości, to długość części chrząstkowej trąbki E. wynosi dwie trzecie części; wynika ztąd, że część chrząstkowa trąbki jest dwa razy dłuższą, aniżeli część kostna, albowiem długość trąbki w przecięciu wynosi półtora cała albo 35 milimetrów, z których 24 milim. przypada na część chrząstkową, pozostałe zaś 11 milim. na odcinek kostny trąbki.

Dolna część sterczy w postaci wyskakującej nabrzękłości (listwy) do jamy gardzielowej, ku górze zaś chrząstka bez ostrego odgraniczenia przechodzi w masę chrząstkowo-włóknistą podstawy czaszki.

Postać trąbki. Trąbka ma podobieństwo do dwóch stożków, których wierzchołki z sobą się stykają, ztąd w pewnym miejscu jest najciaśniejsza; miejscem tym jest okolica, w której się część chrząstkowa z kostną schodzi, od tego zaś miejsca począwszy, trąbka w obudwóch kierunkach stopniowo się rozszerza ku obwodowi, tak że oba ujścia, tak gardzielowe, jako też i bębenkowe, są stosunkowo najszersze; ponieważ zaś trąbka jest spłaszczona, przeto też jest wyższa, ale za to mniej szeroka i nie ma przestworu okrągłego, lecz przestwór jej jest podłużnie jajowaty, niemal trójkątny.

Trąbka E. w okolicy ujścia gardzielowego jest najszerszą, w tym też miejscu wynosi jej wysokość 9 milimetrów, szerokość zaś 5 milimetrów; około ujścia bębenkowego wysokość jej wynosi 5 milim., szerokość 3 milim. Miejsce najciaśniejsze na początku ostatniej trzeciej części, czyli na początku przepustu jest 2 milim. wysokie i 1 milim. szerokie. Huschke podaje, że wysokość najciaśniejszego miejsca wynosi półtorą linią czyli 3 milim., a szerokość $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$ części linii, a zatem niespełna milimetr.

O tej cieśni pamiętać należy; gdyż, jak później się o tym przekonamy, jest ona wielkiej wagi w otiatryce, zwłaszcza w ścieśnieniu trąbki E., kiedy zachodzi potrzeba stosowania stoezków lub zgłębników, o czém przy leczeniu będzie mowa.

Chociaż obie części w skład trąbki wchodzące nie leżą na linii prostej, lecz bieg ich jest nieco esowaty, a największa krzywizna znajduje się tam, gdzie się dwa jej oddziały, tj. kostny z chrząstkowym stykają; to jednak niesłusznie uważano za rzecz niemożliwą i niewykonalną wprowadzenie narzędzi przez trąbkę do jamy bębenkowej, jak się o tym niżej przekonamy.

Położenie trąbki. W wieku dziecięcym długość przerzeczonych dwóch oddziałów trąbki mało się różni od siebie, część kostna stosunkowo jest dłuższa, aniżeli u dorosłych; w ogóle u dzieci trąbka jest krótsza, ale za to względnie szersza, mianowicie zaś w swjej części najciaśniejszej. — Tröltseh widział trąbkę dziecięcą 15 milimetrów długą, a w środku 3 milim. szeroką. Ujście bębenkowe jest również u dzieci stosunkowo szersze, niż u dorosłych, ztąd też u dzieci wydzielina ropiasta łatwiej spływa; natomiast trąbka u dzieci zachowuje położenie poziome, kiedy u dorosłych ma kierunek z góry ku dołowi.

Błona śluzowa trąbki w wieku dziecięcym jest regularnie pomarszczona, chrząstka jeszcze nie posiada późniejszej swjej postaci, ujście gardzielowe mniej sterczy do jamy gardzielowej, a wazkie wargi otworu szparowatego tak blisko siebie leżą, że na zwłokach dziecięcych bardzo trudno wynaleść ujście w nabrzęklej błonie śluzowej gardła. Błona śluzowa trąbki E. jest dalszym ciągiem błony śluzowej gardziela; jest ona gruba, listwata, fałdzista i posiada przy ujściu gardzielowem mnóstwo gruczołów śluzowych, których otwory widać nawet nieuzbrojonym okiem. Błona śluzowa, począwszy od ujścia gardzielowego, cieńszeje i delikatnieje; zbliżając się zaś ku ujściu bębenkowemu, znów grubieje i posiada liczne naczynia krwionośne (ztąd łatwo pojąć, dla czego w nieżyście neha środkowego znakomita obrzękłość błony śluzowej zatyka ujście bębenka i tym sposobem połączenie między trąbką i jamą bębenkową jest przzerwane: tu także zwykły się wydarzać ukleje błony śluzowej [polipy]).

Tröltseh widział uklej, który się tu poczynął i przez błonę bębenkową sterczał do przewodu słuchowego zewnętrznego.

Wydzielanie trąbki bywa często bardzo obfite; znaleziono w wydzielinie przyblonek walczkowaty,

migocący, którego rzesy jeszcze w niejaki czas po śmierci dobrze były zachowane. Trąbka nie przedstawia przewodu zamkniętego, lecz kanał półotwarty, albowiem w jednym kierunku ku dołowi część błoniasta uzupełnia kanał; urządzenie przerzeczone bardzo jest ważne, albowiem część błoniasta trąbki ułatwia przedłużanie, rozszerzanie i ścieśnianie trąbki. Obiedwie blaszki chrząstkowe trąbki na wewnątrz i ku górze tworzą ką ostry; w kierunku ku dołowi i na zewnątrz oddalają się od siebie i w témto miejscu osłona błoniasta zamyka ten kanał półotwarty; ku dołowi osłona wynosi trzecią część objętości, ku górze zaś, tj. ku kości zwęża się coraz bardziej. Na części błoniastej trąbki E. biorą początek proste włókna podnosiela podniebienia i górnego podnosiela gardzielowego, tak że każde kurczenie się tych mięśni np. przy kichaniu, ziewaniu, polykaniu wpływa na ruch ścian trąbki i na zmianę jej przestworu.

(C. d. n.)

WYCIĄGI Z PISM LEKARSKICH.

Dolbeau: O torbielach wodunkowych w miednicze.

Dr. Dolbeau, lekarz szpitala św. Antoniego, odczytał na posiedzeniu Towarz. lek. paryzkiego w dniu 15 marca rb. następujący przypadek:

Przed kilką miesiącami przedstawił mi się młodzieniec 26letni z guzem na prawym brzegu odbytnicy (*rectum*). Guz ten odznaczał się wyraźną wypukłością wielkości jaja kurzego. Skóra na nim była barwy prawidłowej, miękka i ruchoma. Przy macaniu dawało się uczuwać wyraźnie chęłbotanie; lecz niepodobna było oznaczyć granic, do których guz ten dochodził w głębi. Wprowadziwszy palec do odbytnicy, uczulem zaraz na wstępie ścieśnienie tego przewodu. Palec wchodził z trudnością, a ściana jego prawa przylegała do lewej. Widoczną było rzeczą, że wydatność spostrzegana w środkroczy pochodziła od guza umieszczonego w głębi miedniczki, po stronie prawej i przedniej jelita odbytowego. Naciskając guz palcem wprowadzonym do odbytnicy, można było czuć chęłbotanie w części guza wystającej na zewnątrz. Im wyżej wstępował do odbytnicy palec, tém jawniej guz zwracał się ku przedniej ścianie jelita prostego. Trudno było rozpoznać położenie sterca (*trochanter*), którego brzegi zasłonięte były torbielem zwracającym się od strony prawej odbytnicy ku przodowi, tj. ku tylnej powierzchni kości łonowych. Palec nie przechodził poza granicę górną guza, zdawało się jednak, że ta odpowiada łukowi łonowemu. — Wymacując brzuch, przekonałem się o zupełnie prawidłowym stanie

narzędzi umieszczonych w miednicy większej. Dośledzając uprzedzające stan obecny zjawiska, dowiedziałem się, że ten chory przebył tylko durzyęc przed 10 laty, a mając lat 20, chorował na śluzotok cewki moczowej (*blennorrhagia*) przez ciąg pięciu miesięcy, z którego się uleczył wstrzykiwaniami ściągającymi. We cztery lata potem doznawał trudności w oddawaniu moczu, zwłaszcza po nadużyciach różnego rodzaju i częstego napierania na mocz, przyczem strumień moczu stał się nieco cieńszym. Przed rokiem cierpiał zatrzymanie moczu przez 24 godzin, które ustąpiło po zaprowadzeniu cewnika, co żadnego bólu nie wywołało, i odtąd kilkakrotnie zmuszonym był uciekać się do cewnika. W czasie tego zatrzymania moczu chory czuł ciężkość w środkroczy i nieco dęcia w odbytnicy przy oddawaniu stolca. Przed sześciu miesiącami spostrzegł twardość po prawej stronie środkrocza i odtąd powiększała się coraz więcej trudność w odbywaniu kału. W obecnej chwili czynność ta wielce była utrudnioną, a stolce miały postać tasiemkowatą. Czynność zaś męcherza była niemal zupełnie prawidłową. Należało tedy wyjaśnić, czy te trudności w moczeniu, które poprzedziły stan obecny, zależały od guza, lub też były niezależne od niego. W tym celu wprowadziłem cewnik srebrny, który wszedł bez trudności aż do szyi męcherza; tu narzędzie zhoczyło nagle i weszło do męcherza; ujście cewnika skierowało się ku prawemu udu. Żądał łatwo było wniesić, że guz od strony prawej zmusił koniec cewnika do zboczenia na lewo, a tém samém rękojeść musiała się zwrócić w stronę przeciwną, tj. prawą. A więc guz, uciskający prawą ścianę odbytnicy, uciskał również szyję męcherza od prawej strony. Wypadek cewkowania w połączeniu z objaśnieniem, jakie dawało badanie odbytnicy, pozwalały wnosić, że się utworzył guz w sąsiedztwie szyi męcherza, który się rozsiadł w tkance łącznej między stercem (*trochanter*) a przyległą ścianą odbytnicy i następnie sprawił wydatność na brzegu odbytu, zajmując stronę prawą przestrzeni męcherzo-odbytowej.

Jawną było rzeczą, że mamy do czynienia z ciecżą otorbioną; szło więc o rozpoznanie rodzaju tej ciecży. Dodam tu jeszcze, że guz był miernie napięty, że się nie dawał odprowadzić, a przy opukiwaniu wydawał odgłos stłumiony bez żadnego drgania. Przy tém różnorodnem badaniu chory nie doznawał żadnego bólu znaczniejszego. Nie można było przypuszczać przepukliny środkokowej, bo, chociaż guz umiejscowionym był odpowiednio, nie dawał się przecież odprowadzić i odgłos przedstawiał tępy. Również nie można było myśleć o ropniu ściękowym (*absc. per congestionem*), bo się treść guza nie pozwalała dostrzedz żadnej zmiany, ani bólu. Wszystkie te przypuszczenia tém bardziej uchylić wypadało, że guz, podnosząc się w miednicy, zmierzał jawnie ku przodowi od strony sterca (*trochanter*), który

zasłaniał, dochodząc do tylniej ściany kości łonowych. Kości łonowe żadnego bólu nie okazywały, przeto nie można było myśleć o ropniu pochodzącym od cierpienia tych kości. Pozostawało zatem wybierać pomiędzy ropniem przewlekłym tkanki okołosterczewej a torbielem wodunkowym. Czerstwość zdrowia tego młodzieńca oddalała myśl ropnia przewlekłego, przeciw czemu przemawiało także niezwykle dla ropnia umiejscowienie, całkiem znowu odpowiednie torbielowi wodunkowemu miedniczki. — Chareot w swoim opracowaniu, opartem na anatomii chorobowej, za najpospolitsze siedlisko torbieli wodunkowych w miednicze naznacza przestrzeń między odbytnicą a męcherzem u mężczyzn, a między odbytnicą i odpowiednią ścianą pochwy u niewiast. A więc w obudwu przypadkach przegroda między odbytnicą a męcherzem położona bywa siedliskiem tych dziwnych guzów. Położenie ich w tak ograniczonej zewsząd przestrzeni z góry zapowiada silny ucisk przyległych narządzi, a ztąd utrudnienie oddawania moczu i kału, co też spostrzeżenie potwierdza. Znane w nauce przypadki torbieli wodunkowych w miednicze okazują, że większa część chorych takowych umierała w skutek zatrzymania moczu i kału, a po śmierci dopiero rozpoznawano powód tego zatrzymania. Tak np. Velpeau, mając przed sobą człowieka z zatrzymaniem moczu, próbuje wprowadzić cewnik i widzi się zmuszonym do przekłęcia podpepkowego; chory umiera, a przy badaniu pośmiertnym dopiero wyjawia się przyczyna zatrzymania moczu, którą stanowi torbiel uciskająca szyję męcherza.

W naszym przypadku wszystkie przypadki wyżej wyliczone przemawiały za torbielem wodunkowym w miednicze. Zakłócenie guza zwiadne mogło stwierdzić rozpoznanie; więc wbiłszy gruby trójgranic w guz po prawej stronie odbytnicy, w miejscu najwyraźniejszego chelbotania, a wnet ukazała się ciecz przezroczysta i czysta, jak woda źródłana; wyciekło jej około 250 gram. Przy badaniu pod drobnowidem nie znaleziono haczyków koleogłówek; ogrzewana sama przez się, jak i z dodatkiem kwasu azotowego (NO₅) nie okazywała osadu białkowego.

Zaraz po wypuszczeniu tej cieczy zaprowadziłem cewnik i spostrzegłem, że już nie zbacza ku lewej stronie, a rękojeść nie zwraca się ku prawemu udu. Jasną więc stało się rzeczą, że przeszkodę cewkowania, a powód zatrzymania moczu i kału stanowił torbiel, umieszczony w miednicze. Nie potrzebuję też dodawać, że po wypróżnieniu torbiela ścieśnienie ścian odbytnicy ustąpiło.

Pomimo tak prostego i niewielkiej wagi rękojczy nastąpiła gorączka i nudności. Nazajutrz skóra na guzie poczerwiała, a po dwóch dniach torbiel nabrał powtórnie i stał się mocno naprzężonym, dotknięcie stało się bolesnym, zaparcie stolca uporeczywem, a gorączka nie ustępowała. W takich okolicznościach rozciąłem szeroko torbiel, wyciekła znaczna ilość ropy surowiczej, eu-

chnącej, w której wszakże nie można się było dopatrzyć pęcherzyków wodunkowych. Następnego dnia chory przy nasileniu się wydalil przez ranę torbę wodunkową wielkości samego guza. Odtąd rana poczęła się oczyszczać. Po sześciu dniach wystąpiły dreszcze gwałtowne, zwiastujące zapalenie płuc i oplucny i zgorzel moszen i prącia. Życie chorego zostawało w wielkiem niebezpieczeństwie, lecz dzięki energicznemu leczeniu przeszły te wszystkie groźne powikłania, a w miesiąc chory pozdrowiał zupełnie.

Zastanowiwszy się nad tem wszystkiem, przyznać musiemy, że przypadek ten był niełatwym pod względem rozpoznania, a leczenie miało do zwalczania niemale trudności. — Dr. Davaine, który zebrał 27 przypadków torbieli wodunkowych w miednicze, oświadcza, że te torbiele zaliczać należy do chorób ciężkich. Na 27 przytoczonych przezeń przypadków przeżyło tylko pięć; zauważyć tu należy, że śmierć następowała wśród ciężkich przypadków, których powód odkrywano dopiero po śmierci. Rokowanie w torbielach wodunkowych miedniczki byłoby bez wątpienia korzystniejszym, gdyby chorobę rozpoznawano i dokładniej wyprowadzano wskazania. Najczęściej cierpienia tego nie poznano za życia, a chorzy umierali z zatrzymania moczu. Niekiedy torbiel pękał, wylewając treść swoją do męcherza, lub odbytnicy; nigdy przecież nie spostrzeżono zapalenia otrzewny w skutek wylania się przepęklego torbiela do jamy brzusznej. Mamy więc niejakię prawo twierdzić, że przy lepszym leczeniu można było większą liczbę chorych ocalić; główną tu rzeczą jest rozpoznanie. Gdy nie możemy wyśledzić powodu zatrzymania moczu, lub innych trudności w odbywaniu tej czynności, należy mieć na pamięci torbiel wodunkowy i szukać go starannie. Znalazłszy, można go rozpoznać po przewlekłości powstawania guza i po swoistem onego umiejscowieniu. Po rozpoznaniu pozostaje nam leczenie tego guza. Gdy jest przystępnym, nie waham się szeroko naciąć torbiel. Doświadczenie nauczyło, że nakłówanie jest niedostatecznym i niebezpiecznym.

Kilka wyleczeń, znanych lekarzom, nastąpiło po użyciu przecięcia. Gdyby guz umieszczonym był wysoko, a zatrzymanie moczu okazywało się nieprzewyciężonym, należałoby bez ociągania się zrobić cięcie łukowate przed odbytem, oddzielić jelito proste od części z przodu onego położonych za pomocą powolnego rozcinania i dojść tym sposobem do torbiela. (*Gazette des hôpitaux*, 1867.)

A. K.

Kleszczo - pila.

Verrier w dziełku swoim „*Considérations sur deux procédés d'embryotomie*“ dochodzi do następujących wyników:

1) Przy średnich ścieśnieniach miednicy liczba kobiet ocalonych za pomocą kleszczopily (*forceps-*

scie) przenosi liczbę ocalonych za pomocą zmiążdżacza czaszki (*cephalotribe*) o 15.5 pct.

2) W ścieśnieniach krańcowych ocala 70.6, gdy przy użyciu zmiążdżacza zostaje ocalonych tylko 52.7. — Z tego więc wnosi, że kleszczo-piła ma znakomitą wyższość nad zmiążdżaczem. A. K.

Laurent: Kąpiele gorzyczne u obłąkanych.

Autor zaleca kąpiele ogólne letnie z dodatkiem gorzycy czarnej (począwszy od 5 uncyj na kąpiel) w leczeniu chorób umysłowych, mianowicie stanów rozdrażnienia, i przytacza szereg różnych przypadków, w których miał osiągnąć ztąd dobry skutek, a zwłaszcza prędkie uspokojenie chorych i pomyślny przebieg choroby. (*Ann. méd. psychol. IX, 381—411. — Centralbl. f. med. Wiss., 1867, Nr. 32.*) St. J.

Nussbaum: Leczenie nowotworów sposobem Thierscha.

W 15 przypadkach raka, nienadających się już prawie wcale do operacyi, N. zastosował wstrzykiwania zalecane przez prof. Thierscha (opisane w nrach 21 i 23 „Przegl. lek.“ z rb.), a mianowicie 12 razy cienkim roztworem kamienia piekielnego, a 3 razy pepsyną z kwasem octowym. — Wziasie wstrzykiwań zdarzały się omdlenia, szczególnie przy pepsynie z octem; po nich występowały kilka razy dreszcze i gorączka długo trwająca, a w jednym razie oddziaływanie ogólne było nawet tak silne, że musiano całkiem zaniechać tego postępowania. Miejscowo powstaje puchlina surowicza (*oedema*), nabrzmienie zapalne, a w wielu razach nawet ropienie i oddzielenie zgorzelinowe. To ostatnie, lubo nie zamierzone, w wielu razach było bardzo użyteczne. Główną zaletą tego sposobu jest to, że wkrótce po wstrzyknięciu azotanu srebrowego znika przykra woń rakowata, ustaje wydzielanie posoki brzydkiej smrodliwej, rana przybiera postać czystą, piękną, a w niektórych razach nawet prędko powleka się skóra. W 4 przypadkach zyskano zmniejszenie się raka do *minimum* ze znakomitą poprawą ogólnego stanu zdrowia, w 6 przypadkach widoczny był mniejszy skutek, w 5 leczenie to okazało się całkiem bezskutecznem. Oddziaływanie po wstrzykiwaniach azotanu srebrowego było mniej przykre, aniżeli po wstrzykiwaniach pepsyny. Skutek pomyślny polegał zawsze na ropieniu i oddzieleniu zgorzelinowem. Sposób Thierscha ma zatem przed zżeganiem strzałkowem (*cautérisation en flèche*) *Maisonnewe*'a tę zaletę, że się da we wszystkich miejscach zastosować, jest mniej bolesnym i nawet w najniepomyślniejszych przypadkach poprawia woń i ropienie. (*Bayr. ärztl. Intellig.-Bl. 1867, Nr. 17. — Centralblatt für medicin. Wiss. 1867, Nr. 30.*) St. J.

ROZMAITOŚCI.

Zjazd lekarski międzynarodowy w Paryżu.

I. Pierwszy zjazd międzynarodowy lekarski rozpoczął się w Paryżu, stosownie do zapowiedzi, dnia 16 sierpnia rb. pośród licznego udziału lekarzy przybyłych ze wszystkich stron świata na wystawę powszechną, bo liczba ich przeszła 700 wynosiła na pierwszym posiedzeniu. Wprawdzie na następnych posiedzeniach, gdy rozprawy nad jednym przedmiotem naukowym (o gruźlicy) zbyt się przewlekły, udział publiczności lekarskiej począł się zmniejszać; lecz na późniejszych sesjach bardziej żywotne pytania obudziły na nowo powszechne zajęcie i zapal. Posiedzenia odbywały się w głównej słuchalni wydziału lekarskiego (*amphithéâtre de l'école de médecine*), świątecznie przystrojonej w chorągwie krajów biorących udział w tym zjeździe; wybór miejsca był o tyle niezbyt szczęśliwy, że twarde i bez wszelkiego oparcia ławki tej słuchalni, nie całkiem stosowne nawet dla uczniów, były nadto niewygodne dla starszych lekarzy, mających po kilka godzin z rzędu z natężoną uwagą brać udział w rozprawach zjazdu — i to pośród wielkiego upału. Dotkliwie też dał się uczuć brak osobnego klubu, w którym zebrani na ten zjazd lekarze rozmaitych krajów mogliby byli zaznajamiać się i znosić się z sobą.

Pierwsze posiedzenie zagałł stosowną przemową dzielny weteran nauki lekarskiej, prof. Bouillaud, wykazując, jakie korzyści dla postępów nauki i dla stanu lekarskiego wyniknąć mogą ze zjazdów międzynarodowych, gdy te staną się niejako zwyczajem i potrzebą ludów. Obecne zebranie jest pierwszą próbą, za którą — spodziewać się należy — pójda coraz doskonalsze, byle tylko zjazdy te stały się niejako wielkimi rokami (*assises*), na których występować będą wszystkie nowe pomysły; na których pytania nierozstrzygnięte będą roztrząsane przez wszystkich chcących brać czynny udział w postępie nauki.

Następnie przez głośnie przyświadczenie ogólne (aklamacją) potwierdzono pana B. w godności prezesa kongresu i uzupełniono biuro następującymi wyborami, przyjętymi bez sporu. Wiceprezesami zagranicznymi zostali pp. profesorowie: Virchow z Berlina, Halla z Pragi, Lambl z Charkowa, Meric z Londynu, Palasciano z Neapolu i Vleminecx z Brukseli; wiceprezesami francuskimi pp. prof. Bérard z Montpellier, prof. Gintrac z Bordeaux, prof. baron Larrey i dr. Ricord z Paryża, prof. Roux z Tulonu i prof. Tessier z Lugdunu; sekretarzem głównym dr. Jaccoud; sekretarzem podskarbin dr. Vidal; sekretarzami posiedzeń drowic: Ball, Bricheateau, Cornil, Desnos, H. Gintrac i Proust. Potem wygłoszono nazwiska delegatów wysłanych na ten zjazd przez niektóre rządy, jako to: z Bawaryi prof. Seitz (Mnichów), z Belgii prof. Crocq (Bruksela), z Francji prof. Denonvilliers (Paryż), z Portugalii prof. Barbosa (Lizbona) i z Prus prof. Freichs (Berlin). Wreszcie wymieniono delegatów pojedynczych towarzystw uczonych, których nazwiska opuszczamy.

Zniesienie odrębnego zarządu służby zdrowia w Królestwie Polskiem.

W szeregu reform znoszących odrębność administracyjną królestwa kongresowego od cesarstwa rosyjskiego przyszła kolej na zarząd lekarski. Jakoż ukazem cesarskim do rządzącego senatu z dnia 20 lipca rb. (v. s.) zarząd służbą lekarską w „guberniach Królestwa“ wyłączony został spod władzy komisji rządowej spraw wewnętrznych (która zresztą tylko do 1 (13) stycznia 1868 jeszcze ma istnieć) i oddany pod bezpośrednią władzę departamentu lekarskiego ministerstwa spraw wewnętrznych w Petersburgu, przyczem rozkazano:

„1) Radę lekarską Królestwa Polskiego, wydział lekarski komisji spraw wewnętrznych i urząd głównego inspektora służby zdrowia w Królestwie znieść bezzwłocznie.

„2) Czasowo naznaczyć przy namiestniku w Królestwie urzędnika do spełniania poruczeń w wydziale lekarskim z nazwaniem go inspektorem lekarskim.

„3) Sprawy, poruczone radzie lekarskiej właściwie w wydziale naukowym, oddać wydziałowi medycznemu przy warszawskiej szkole głównej w takich samych zasadach, jak podobne sprawy, według przepisów ustawy lek., poruczone są fakultetom medycznym uniwersytetów rosyjskich.

„4) Nadzór nad znajdującą się w Warszawie szkołą felczerów — do czasu ostatecznego względem niej rozporządzenia — powierzyć wydziałowi medycznemu warszawsk. szkoły głównej.“

Cholera w Warszawie już znacznie zmniejszyła się; liczba nowo zapadłych w dniach 6, 13, 20 i 23 sierpnia wynosiła 108, 95, 63, 63; liczba zmarłych na cholere w tychże dniach 44, 33, 20, 12; od początku epidemii (2 czerwea) do dnia 24 sierpnia zachorowało osób 5636, wyzdrowiało 3400, umarło 1717.

W całym Królestwie Polskiem (z wyjątkiem Warszawy i wojsk) od ukazania się cholery, tj. od 21 kwietnia do 20 sierpnia, zachorowało osób 3030, wyzdrowiało 1415, umarło 1199; najsilniejsza była w Lublinie, Plocku i Kole (te dwie ostatnie miejscowości zapewne były nawiedzone wylewem, zwłaszcza m. Koło, które bardzo nisko jest położone i ze wszech stron otoczone wodą.)

Wiadomości dochodzące z Włoch o epidemii są zatrważające; sroży się pomór w Sycylii, w Liwornie, w Neapolu, a najbardziej w Rzymie (do 40 przypadków śmierci dziennie) i w pobliżeniu Albano, gdzie umarła owdowiała królowa neapolit. Marya Teresa wraz z najmłodszym synem swoim.

Stosownie do przepisów wydanych w roku przeszłym we Francji, okręty przybywające z prowincyj włoskich epidemiią dotkniętych ulegają kwarantannie w Marsylii i innych przystaniach.

W Algierji miała się też pojawić cholera.

Nekrologia.

Chirurgia francuzka i w ogóle świat lekarski poniosły nową, bolesną stratę. Dnia 23 sierpnia rb. zmarł profesor

Velpeau w Paryżu, zasłużony chirurg, słusznie ceniony nauczyciel i mowca. Już od kilku miesięcy dotknięty był cierpieniem dróg moczowych, z którym jednakże krył się nawet przed najlepszymi przyjaciołmi, obawiając się zapewne, żeby mu nie radzono usunąć się od pracy szpitalnej i nauczycielskiej. Do końca półroczia letniego jak najregularniej wykładał swe kursa; dnia 16 sierpnia jeszcze był w szpitalu i kierował operacją wykonaną przez jednego ze swych internów. Velpeau, urodzony w roku 1795 w Brêche, blisko Tours, był synem kowala. Pierwsze nauki lekarskie pobierał w szpitalu w Tours pod kierunkiem słynnego Bretonneau wspólnie z Trousseau, z którym go od tego czasu ścisła łączyla przyjaźń, a który o kilka tygodni wyprzedził go na tamten świat. Przybywszy do Paryża bez żadnych środków utrzymania, własną pracą i zasługą wyniósł się do najwyższych zaszczytów w świecie lekarskim (był członkiem akademii lekarskiej i akademii umiejętności i profesorem kliniki chirur.) Z dzieł jego najbardziej są cenione: Anatomia chirurgiczna, Nauka o operacjach i Dzieło o chorobach piersi kobiecich.— Był to mąż wielkiej zaenoci i pracy niepospolitej; ostatnie zrozumiale słowa jego miały być: „Nie trzeba się lenić, pracujmy ciągle!“

Sprawy lekarskie w wydziale krajowym galicyjskim.

Z ogłoszonego wyciągu z protokołów posiedzeń wydziału krajowego z dni 30 kwietnia do 3 lipca rb. przytaczamy ustępy, mające jakakolwiek styczność ze sprawami lekarskimi, chociaż prawie wszystkie dotyczą mniej ważnych przedmiotów.

C. k. namiestnictwo zawiadamia, iż c. k. ministerstwo spraw wewnętrznych w porozumieniu z c. k. ministerstwem sprawiedliwości uznało kompetencją c. k. sądów drugiej i trzeciej instancji do rozstrzygania rekursów przeciw wymierzaniu legatów przymuszonych dla funduszów szpitalnych, szkolnych i domów zaopatrzenia ubogich.

W skutek odezwy wydziału krajowego z d. 1 lutego rb. l. 280 postanowiło c. k. namiestnictwo, ażeby koszta podróży w wypadkach niesprawdzającego się doniesienia o epidemii lub zarazie ponoszone były na przyszłość w ten sam sposób, jak się to dzieje w razie rzeczywistej zarazy lub epidemii, tj. aby diety delegowanych lekarzy przez skarb państwa, a tylko koszta podwód przez fundusz krajowy opłacane były.

W skutek dokonanej przez lwowski magistrat rewizji zakładu podrzutek, umieszczonych w terytorjum miasta Lwowa, udzielono 71 żywicielkom remuneracye po 2 zł. w. a. za staranniejsze pielęgnowanie podrzutek, a mianowicie za posyłanie ich do szkoły.

Po wysłuchaniu znawców oświadczone się za zaprowadzeniem w zakładach krajowych takich nowych lekarsko ordynacyjnych norm, jakie w zakładach leczenia chorych, zostających pod nadzorem c. k. rządu, już zaprowadzone zostały.

Z uwagi na cel szpitali krakowskich św. Łazarza i św. Ducha udano się do c. k. namiestnictwa o cofnięcie rozporządzenia byłej komisji namiestniczej w Krakowie z dnia 13 października 1866 do l. 26914, którym nakazano przyjmowanie do tych szpitali epidemicznych chorych.

Wydział krajowy nie zgodził się na propozycją morawskiego wydziału krajowego, ażeby na przyszłość sprawdzane były koszta leczenia przez oddział obrachunkowy kraju, w którym zakład leczenia się znajduje; lecz oświadczone się za zatrzymaniem dotychczasowego zwyczaju, tj. sprawdzania takich kosztów przez oddział obrachunkowy kraju, na którym ciąży obowiązek zapłacenia kosztów.