

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena w Warszawie: rocznie 5 rs., na prowincyi. w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs. **Cena ogłoszeń:** Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce, następne po kop. 10; ogłoszenia zagraniczne po kop. 18 za wiersz drobnem pismem lub jego miejsce.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

Treść: A. JANISZEWSKI. Badanie nad nowym sposobem leczenia ran, pod wilgotnym strupem krwi bez zmiany opatrunku, dokonane w Szpitalu S-go Jana Bożego w Lublinie. — II. WŁADYSŁAW MATLAKOWSKI. Zestawienie 25 przypadków otwarcia jamy otrzewnej przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych niezapalnego pochodzenia. — *Notatki lekarskie.* 11. J. PAWIŃSKI. Szkarlatyna przebiegająca bez gorączki, ze znacznym zwolnieniem tętna. — *Dział sprawozdawczy.* — 41. DEHIO. Pierwotny gruźliczej natury guz krtani. — Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. — *Wiadomości bieżące.* — Nadesłano do Redakcyi. — Odpowiedzi Redakcyi. — Ogłoszenia.

Capsulae contra taeniam. Z pomiędzy wielu środków przeciworobaczych *Extractum filicis maris aethereum* jest najstarszym i bez zaprzeczenia najdzielniejszym w skutkach — przytem zasługuje na pierwszeństwo przed innemi, które w większej części drażnią i obciążają przyrządy trawienia.

Korzeń paproci zawiera w sobie olejki eteryczne, żywicę, kwas garbnikowy i kwas filicilowy, od ilości zaś i składowych części zależy skuteczność wyciągu. — Różne obserwacje w tym kierunku robione dowiodły „że cała skuteczność zawisła:“ 1) od warunków klimatycznych paproci (rosnąca na Alpach bogatszą jest w kwas filicilowy) 2) od czasu zbioru korzenia (Wrzesień najodpowiedniejszy) 3) od sposobu przygotowania wyciągu; — dodać jeszcze winienem że świeżość i odpowiednie zabezpieczenie, od wpływu światła i powietrza, najważniejszą odgrywa tu rolę. Wielokrotnie doświadczenia przekonały mnie, że *Extr. filicis mar.*, wystawiony na działanie powietrza, traci znaczną ilość olejków, jednocześnie mętnieje i osadza kwas filicilowy — gdy tymczasem w naczyniu zabezpieczonem od przystępu powietrza, światła, w chłodnem miejscu i rok może pozostać bez zmiany. Celem uchronienia go od utraty tak cennych części składowych, najodpowiedniejsze są kapsułki gelatinowe; forma ta łączy i drugą niezmiernie ważną dogodność, a tą jest przyjemniejsze użycie tak przykrego lekarstwa.

W ciągu ostatnich lat miałem sposobność sprawdzić rzeczywistą skuteczność. Wyciągu z korzenia Alpejskiej paproci w kapsułkach, których sztuk 12 po 10 gran zadawane były dorosłym, a dzieciom w połowie powyższej ilości.

Sposób użycia kapsułek z Wyciągu korzenia paproci Alpejskiej.

Dla dorosłych osób 12 sztuk kapsułek, dla dzieci sztuk 6. Chory dwa dni przed użyciem kapsułek powinien zachować o ile można ścisłą dyjetę, a to celem odkrycia całego ciała solitera.

Rano, na czczo, co kwadrans po 3 kapsułki używać, popijając herbatą z cytryną — chory powinien spokojnie leżeć, a w razie nudności kawałki lodu łykać, lub też trzymać w ustach plasterki cytryny, zwykle w pół godziny po ostatniem użyciu kapsułek, tasiemiec kłębem wychodzi ze stolcem wodnistym, a jeżeli w przeciągu 2 godzin nie pokaże się, należy użyć 2 łyżki oleju rycynowego ażeby wydalili martwego tasiemca.

M. Mutniański.

Właściciel Apteki. Nowy-Swiat Nr. 18.

APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH,

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH,

pod firmą

D^R T. HEINRICH

w WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej N. 473b istniejąca.

Jest stale zaopatrywana we wszystkie wody mineralne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

47—39

AKUSZERKA

z dyplomem Warszawskiego Instytutu Położniczego, poszukuje miejsca na prowincyi ze stałą pensją, gminnej, miejskiej lub fabrycznej. W tym celu prosi szczególnie P. P. Lekarzy prowincjonalnych o informacje pod lit. A. F. do Biura Ogłoszeń, Senatorska 26; w ostatecznym razie o wskazanie odpowiedniego miejsca z wolną praktyką.

2—2

WYSZŁA Z DRUKU KSIĄŻECZKA POD TYTUŁEM:

„PIELEGNOWANIE GŁOSU“

streszczenie dzieła D-ra Morell-Mackenzie

„Hygiene of the vocal organs“

dokonane przez J. Polaka

Nabywać można w redakcyi „Zdrowia“ 25 St.-Krzyzka w Warszawie oraz w księgarniach.
Cena egzemplarza kop. 60, z przesyłką 75.

0—1

FRANCISZKA

JÓZEFA

WODA GORZKA

najlepsza z przeczyszczających wód mineralnych, poleca się uwadze P.P. Lekarzy.

3—3

Dyrekeyja w BUDA-PESZCIE.

Zakład leczniczy D-ra Römplera

dla chorych piersiowych w Görbersdorfie na Szlązku.

zaleca z pomyślnym skutkiem dla kuracyi zimowej wielki nowo wybudowany ogród zimowy. Specyjalna manipulacyja w chorobach krtani.

6—6

GAZETA LEKARSKA.

I. BADANIA NAD NOWYM SPOSOBEM LECZENIA RAN,

POD WILGOTNYM STRUPEM KRWI BEZ ZMIANY OPATRUNKU,

dokonane w szpitalu Ś-go Jana Bożego w Lublinie.

[Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiego w dniu 4 Czerwca 1888 roku].

Przez

T. A. Janiszewskiego,

kierownika tegoż szpitala.

Obserwującemu zdała szybki rozwój nowoczesnej chirurgii, słyszącemu często o niebywałej dotąd śmiałości operatorów, o dokonywanych coraz trudniejszych rękoczynach, o poznaniu dokładnem chorobotwórczych zarazków i środków mogących zniszczyć ich działanie, o udoskonaleniu wreszcie opatrunku przeciwnilnego, zdawać by się mogło, że leczenie ran doprowadzonym jest do doskonałości, że dościsnęło już ideału, jaki sobie w tym kierunku wytworzyła nauka. Zdawałoby się, że skoro rana może być raz od wpływu zarazków zabezpieczoną, nic już przeszkadzać nie może dalszemu prawidłowemu jej gojeniu i co zatem idzie, nic już do zrobienia na tem polu nie pozostaje.

Przypatrzwszy się jednak bliżej, mając codziennie z tem do czynienia, rozczarować się trzeba koniecznie. Bo jakkolwiek rana przez nałożenie opaski przeciwnilnej na pewien czas od wpływów szkodliwych zabezpieczoną została, to jednak opaska taka długo na miejscu utrzymać się nie może. Przeszkadzają temu wysączone z rany wydzieliny i rozkład tychże. Wypada zatem zmieniać ją częściej niżby należało. Dalej dreny, przez które też wydzielina odpływa, mimo wszelkich starań i ostrożności, jeżeli nie sprzyjają wtargnięciu przez nie zarazka, to same drażnią ranę, wytwarzanie się wydzieliny przedłużają i okres ostatecznego zabliznienia oddalają; wreszcie pod opatrunkiem przeciwnilnym, *resp.* jodoformowym dostrzeżono możność rozwoju rozmaitych drobnoustrojów [D-r Bossowski], które również mogą dać dowód do zakażenia rany i ustrój chorego w niekorzystnych dla zdrowia postawić warunkach.

Nie dziw więc, że ogół chirurgów w zupełności jeszcze z otrzymanych na tem polu zdobyczy zadowolonym nie jest i że prace, ku ciągłemu ulepszeniu zmierzające, trwają bez ustanku, a każda z nich choć na jeden krok dalej wiedzę chirurgiczną posuwa. Niezadowolenie bowiem jest pierwszym motorem postępu. Spokojnie odpoczywając na laurach i zadawalniać się tem, co się zdobyło —

znaczy usunąć się na bok od pracy ogólnej, od tego właśnie ruchu, który jest życiem, i postęp nieustanny czyli doskonalenie się ciągle zapewnia.

Prace naukowe nad ulepszeniem sposobu gojenia ran w ostatnich czasach w trzech odmiennych podjęte były kierunkach.

Najstarszym, który spowodował zupełny przewrót w chirurgii operacyjnej, stanowiąc jeden z największych postępów sztuki lekarskiej i któremu hołduje dotychczas większość żyjących najznakomitszych chirurgów, jest wprowadzony przez LISTER'a sposób tak zwanego leczenia ran przeciwnilnego [antyseptycznego], rozmaicie zmieniany i uproszczony. Zasadą tego kierunku jest stosowanie rozmaitych czynników farmaceutyczno-chemicznych, wstrzymujących sprawy fermentacyjne i niszczących rozwój i życie drobnoustrojów, przedostanie się których do rany i szybkie ich rozmnażanie się staje się przyczyną chorób przyrannych. Ujemną stroną tego kierunku stanowią: wzmożona wydzielina ran, spowodowana opatrunkiem przeciwnilnym *resp.* karbolowym, jodoformowym, sublimatowym, ztąd konieczność stosowania sączków przeszkadzających sklejeniu się dokładnemu brzegów rany i stanowiących jakby gościniec, po którym zarazą może się dostać do niej, i wreszcie niezbędna częsta zmiana opatrunku naruszająca spokój rany i wystawiająca ją na nowe niebezpieczeństwo zarazy.

Przedstawicielem drugiego kierunku, czyli tak zwanego leczenia ran beznilnego [aseptycznego], zasadzającego się na utrzymaniu idealnej czystości we wszystkim co otacza chorego i tym sposobem utrzymaniu w odosobnieniu od rany wszystkich czynników mogących ją podrażnić, lub stan jej zapalny wywołać, jest D-r G. NEUBER, który wystawił i urządził w Kiel kosztowne kliniki chirurgiczne, odpowiednio celowi urządzone i utrzymane. Kierunek ten, który jakkolwiek szczyć się może nadzwyczajnymi wyniki i prostotą swoją do naśladowania zachęca, nie jest jednak w zastosowaniu łatwym do spełnienia, przechodzi bowiem siły nietylko pojedynczego człowieka, ale nawet średnio zamożnych społeczeństw i rządów, które, jak dotąd, za mało mają kapitałów na poprawę warunków zdrowotnych przeznaczonych.

Trzeci wreszcie kierunek, stanowiąc przedmiot niniejszej pracy, czyli tak zwane leczenie ran pod wilgotnym strupem krwi bez zmiany opatrunku, reprezentuje D-r SCHEDE, który na zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie w roku 1886 przedstawił spostrzeżenia swoje, uwieńczone pomyślnym wynikiem w 200 blisko przypadkach. Podstawą tego kierunku jest znany oddawna fakt, że wszelkie obrażenia podskórne jak: stłuczenia, złamania, rozerwania mięśni, również rany po podskórnem przecięciu ścięgien lub osteotomiach, goją się szybko bardzo drogą naturalną, bez współdziałania wszelkich obcych czynników.

Zasadą na której się opiera, jest poznana od niedawna zdolność organizowania się krwi, na wzór przekształcania się zakrzepu w podwiązane naczynie.

Warunkiem zaś, niezbędnym dla dopięcia celu, jest utrzymanie samej rany aseptycznej, gdyż również od niedawna poznano fakt, że w ranach traktowanych przeciwnilnie wszelkie wylewy krwi i skrzepy jej nie ulegają rozpadowi ale się przekształcają czyli organizują, że zatem pierwotna wydzielina przyranna, która od wieków była postrachem chirurgów, wobec rany, traktowanej przeciwnilnie, nie jest ani straszną ani złośliwą i że utrzymanie sączków w ranie

dla jej odpływu i co za tem idzie częste zmiany opatrunku, są co najmniej zbyt częstymi jeżeli nie szkodliwymi.

Przedstawiając wynik swych spostrzeżeń, D-r SCHEDE dowodził, że wolny skrzep krwi wypełniający ranę, utrzymaną przeciwnie, pozostaje początkowo bez zmiany, chroniąc części głębiej leżące, że następnie ustępuje z wolna bujającej pod nim ziarninie, odbarwiając się i kurcząc i odpada nareszcie w postaci strupa, gdy będąca pod nim ziarnina zabliznieniu uległa. Ztąd i nazwa gojenia ran pod wilgotnym strupem krwi.

Obecny na zjeździe chirurgów niemieckich D-r MIKULICZ, wówczas jeszcze profesor chirurgii w Krakowie, po powrocie swoim zajął się sprawdzeniem wartości metody SCHEDE'go i wynik swych spostrzeżeń w liczbie 48 przypadków, uwieńczonych po większej części pomyślnym wynikiem, ogłosił w noworocznym numerze Przeglądu Lekarskiego z 1887 roku, zachęcając jednocześnie wszystkich lekarzy zajmujących się chirurgią, do prowadzenia dalszych w tym kierunku badań, a tem samem do stopniowego wykształcenia omawianej metody, która jako rzecz nowa, wprawy i udoskonalenia pewnych szczegółów technicznych wymaga. Pierwotny wynalazca metody D-r SCHEDE zastosował ją przedewszystkiem w operacjach na kościach, jako to: wycięciach wielkich stawów, oprócz biodrowego, wydłutowaniu ognisk gruźliczych, nekrotomijach i t. p., jak również w operacjach na ścięgnach. Drugi D-r MIKULICZ poszedł nieco dalej, zastosował ją bowiem przy amputacjach, wyluszczeniach stawów, herniotomijach, podwiązaniu naczyń, wyluszczeniu gazów i w leczeniu innych ran w częściach miękkich zadanych. Obaj przedstawili wyniki zadziwiająco pomyślne, rany prawie wszystkie goiły się aseptycznie, t. j. bez wytworzenia jakiej bądź wydzieliny.

Technika postępowania, jak ją opisał MIKULICZ według SCHEDE'go, jest bardzo prosta. „Z chwilą ukończenia operacji, zespaja się ranę tak, aby pozostała wolna szpara dla odpływu nadmiernej ilości krwi, a jeśli to nie wystarcza, tworzą się jeszcze odrębne otwory odpływowe [*Knopflöche* NEUBEER'a]. Jeżeli w skórze pozostaje ubytek, a krew zalała ranę jamistą, to kładzie się na ranę kawałek odpowiedniej wielkości LISTER'owskiego *protectiv silk* i wszystko to pokrywa się opatrunkiem wsysającym i szybko wysychającym. Opatrunek pozostaje niezmiennym w ciągu 2 do 4-ch tygodni“.

Do warunków pomyślnego gojenia należą według SCHEDE'go:

- 1) Zupełna *asepsis* rany.
- 2) Jama powinna być dokładnie krwią wypełniona.
- 3) Odpływ nadmiernej ilości krwi ułatwiony.
- 4) Krew w ranie należy ustrzedz od wyparowania.
- 5) Ułatwić wyparowanie i wysychanie krwi nagromadzone w opatrunku.

Zachęcony prostotą pomysłu, podstawą tegoż odpowiednią dążnościami przyrody, niezbyt trudną techniką, a nadewszystko zadziwiającymi wynikami, zaraz po zaznajomieniu się z pracą D-ra MIKULICZA zacząłem stosować metodę, o której mowa na szeroką skalę w oddziale chirurgicznym kierowanego przezemnie szpitala i wyniki moich spostrzeżeń poważam się poniżej przedstawić, dla należytego ocenienia sposobu na swojskim stosowanym gruncie i dla zachęcenia in-

nych kolegów szpitalnych do dalszych badań w tym kierunku. Dla uniknięcia częstych powtarzań zaznaczyć winienem, że w oddziale moim chory chirurgiczny przed podaniem go operacji, jest zawsze starannie wyjałowionym, ku czemu oprócz brzytwy i mydła stosuję wodę sublimatową 1—1000. Sala operacyjna zimą i latem starannie przewietrzana, myta jest codziennie dwa razy rano i po południu, t. j. po skończonych rękoczynach i opatrunkach. Amerykańskie płótno nieprzemakalne, którem stół operacyjny pokryty, przed i po operacji zmywanem jest wodą sublimatową. Wszyscy asystujący przy operacji ubrani są w odzież białą. Czystość rąk i paznogi ściśle jest przestrzegana. Narzędzia wyjaławiają się po operacji ogrzewaniem, a przed operacją mokną w 5% roztworze kwasu karbolowego. Materiały opatrunkowe pozostają w hermetycznie zamkniętych naczyniach, z kądem wydobywane są przed samą operacją. Gąbki wyjałowione, również w hermetycznie zamkniętym pozostają naczyniu i po skończonej operacji zaraz poddają się nowemu wyjałowieniu. Do nakładania szwów używam jedwabiu jodoformowego, w rzadkich przypadkach katguta.

Spostrzeżenia moje podaję w porządku chronologicznym ¹⁾.

Spostrzeżenie I. *Adenitis colli abscedens. Excochleatio.*

Córka wyrobnika, lat 9, blada i wątła. Na prawej stronie szyi guz wielkości orzecha włoskiego, chełboczący, Po przecięciu [28. II. 1887] i dokładnem wyluszczeniu zropiałego gruczołu, oraz po przemyciu wodą sublimatową i wypełnieniu pozostałej jamy krwią, nałożono szew i na to opatrunek przeciwnilny. Po 5-ciu dniach zdjęty opatrunek wykazał ranę zupełnie zabliznioną. Ropienia ani śladu. Leczenie trwało 5 dni. Opatrunek zmieniono raz.

Spostrzeżenie III. *Gangrena sicca extremitatis superioris dextrae et quatuor digitorum plantae sinistrae post typho exanthematico. Exarticulatio brachii et digitorum pedis.*

G. S. parobek, lat 26, po przebyciu tyfusu wysypkowego, udległ w okresie zdrowienia, zgorzeli prawej kończyny górnej i 4-ech palców lewej nogi. Ponieważ zgorzel nie ograniczała się jeszcze, a już do samego zbliżała się stawu, zmuszony byłem wykonać spiesznie wyluszczenie w stawie barkowym. Operację wykonałem przy nieustannej irrygacji pola operacyjnego wodą sublimatową [1—1000]. Po podwiązaniu głównego pnia tętniczego, pozostała jamę wypełniono krwią, i brzegi zszyto pozostawiając w środku rany mały rozporek dla ułatwienia odpływu surowicy. Na drugi dzień t. j. 4 Marca opatrunek wilgotny. Chory spał dobrze, ciepłota rano 38° C., wieczorem 40° C.. 5 Marca znaczny odpływ z rany płynu wodnistego bez zapachu. Ciepłota rano 38° C., wieczorem 39,5° C.. Wierzchnią warstwę opatrunku zmieniono i podano 5 granowe proszki chinu 3 razy dziennie. 6 Marca ciepłota rano 38° C., wieczorem 38,5° C.. Opatrunek jeszcze wilgotny. Sen dobry, bólów żadnych. 7. III. ciepłota 37,7° C. rano, 38,5° C. wieczorem, Przez następne dni rano ciepłota 37°—37,4° C., wieczorem nasilenia najwyższe do 38,3° C.. 21. III. Pierwszy raz zdjęto opatrunek całkowicie, szwy trzymają dobrze. Z otworu odpływowego sączy się zaledwie parę kropel ropy gęstej. Z górnej części rany szwy zdjęto.

26. III. Resztę szwów usunięto, ropienia nie ma; w miejscu gdzie był otwór odpływowy występuje nad powierzchnię rany żywa ziarnina. Leczenie trwało dni 23. Opatrunek zmieniano 2 razy i kilka razy wierzchnią warstwę tegoż.

¹⁾ Dla braku miejsca, z upoważnienia autora, opis owych spostrzeżeń redukujemy do zaznaczenia rodzaju choroby, wykonanej nad chorym operacji i krótkiego opisu okresu pooperacyjnego. (Kedak).

Temuż samemu choremu, w d. 10 Kwietnia wyluszczone cztery palce u lewej stopy. Zgorzel ich postępowała, zwolna zajmując coraz głębsze warstwy. Leczenie prowadzone było również bez zmiany opatrunku. Po 10 dniach zdjęty opatrunek, wykazał zabliznienie zupełne brzegów rany bez żadnego ropienia. Leczenie trwało 10 dni bez zmiany opatrunku.

Spostrzeżenie III. *Scirrhus mammae dextrae. Enucleatio.*

M. K. lat 55, przybyła z guzem w piersi prawej, zajmującym całą sutkę, w okresie poczynającego się rozpadu. Po wyluszczeniu guza, przy nieustannem zwilżaniu pola operacyjnego wodą sublimatową i podwiązaniu głównych pni tętniczych, pozostałą jamę wypełniono krwią po brzegi i nałożono szew węzłkowy, pozostawiając otwór dla odpływu surowicy i na to nałożono opatrunek jodoformowy okluzyjny. Operację wykonano dnia 4. III. 1887. Po 22 dniach zdjęty opatrunek wykazał zupełne zabliznienie brzegów rany, szwy usunięto. Ropy ani śladu. Gorączki nie było żadnej w ciągu leczenia, które trwało 23 dni pod jednym opatrunkiem.

Spostrzeżenie IV. *Gonitis tuberculosa. Excochleatio.*

P. Z. lat 27, silnej budowy, dość dobrze odżywiony. Objętość kolana chorożo znaczna, przykurczenie, bóle przy najlżejszem poruszeniu lub dotykaniu. W dniu 27 Marca wykonano pod chloroformem wyłyżeczkowanie końców stawowych (*epiphyses*), kości udowej i kości goleniowych, jak również wewnętrzną powierzchnię rzepki (*patella*). Po zdjęciu opaski uciskającej uda [ESMARCH'a] i wypełnieniu jamy powstałej po operacji krwią, brzegi rany spojono szwem, pozostawiając mały otwór dla odpływu nadmiernej ilości krwi, i na to nałożono opatrunek przeciwniżny, utrzymany opaską, ściśle zamkniętą. W dniu 11 Kwietnia, t. j. po upływie dni 14, zdjęto opatrunek. Obrzmienie stawu znacznie mniejsze, szwy rozrznają, ropienia nie ma. Przez cały ten przeciąg czasu stan bezgorączkowy; łaknienie dobre, na siłach chory poprawia się; bóle zaraz po operacji ustąpiły zupełnie. Szwy usunięto. Po upływie dni 10 t. j. dnia 22 IV opatrunek zdjęto po raz drugi: brzegi rany zabliznione, z pozostawionego rozporoku wystaje biały strup krwi, po usunięciu którego widać powierzchnię pokrytą ziarniną. Dotknięto azotanem srebra i nałożono opatrunek, z którym chory wyszedł ze szpitala, mogąc swobodnie chodzić o kuli i nieskarżąc się na żadne bóle. Leczenie trwało dni 24 pod 2-ma opatrunkami.

Spostrzeżenie V. *Caries tuberculosa phalangis tertii digitis tertii. Exarticulatio.*

Córka służącej z Lublina, lat 7, przedstawia na ręce lewej zgrubienie trzeciego człowieka na trzecim palcu; cierpienie trwa od roku; wprowadzony zgłębnik wyczuwa kość zniszczoną, miękką. W dniu 14 Marca 1887 wykonano wyluszczenie palca. Jamę krwią wypełniono i szew nałożono. Opatrunek jodoformy zamknięty. W dniu 23 Marca t. j. po 8 dniach zdjęto opatrunek. Ropy ani śladu. Leczenie trwało dni 8 pod jednym opatrunkiem.

Spostrzeżenie VI. *Caries tuberculosa ossium tali et calcanei pedis sinistri. Excochleatio.*

Chłopiec lat 6, błądy, wyniszczony od kilku miesięcy pozostaje w łóżku z powodu gruźliczego cierpienia lewej stopy. Wprowadzony zgłębnik wykazuje zniszczenie kości stopowych na znacznej przestrzeni. Wykonano w dniu 22. III pod chloroformem wyłyżeczkowanie kości piętowej do zdrowej części i po dokładnem przemyciu rany i wypełnieniu ją po brzegi krwią, z powodu niemożności, dla braku skóry, spojenia szwem nałożono silk i pokryto wszystko opatrunkiem jodoformowym ściśle zamkniętym. Po upływie dni 19, dnia 10 Kwietnia zmieniono opatrunek po raz pierwszy. Rana pokryta z wierzchu białym skrzepem krwi, z pod którego występuje żywa ziarnina. Ropy ani śladu; w ciągu tego czasu stan zupełnie bezgorączkowy, bóle na drugi dzień ustąpiły; dziecko je dobrze, sypia prawidłowo, humor ma dobry i wogóle poprawiło się do niepozna-

nia. Zalecono ranę utrzymywać czysto i co dni kilka ziarninę dotykać azotanem srebra. Leczenie trwało dni 19, pod jednym opatrunkiem.

Spostrzeżenie VII. *Tuberculosis digiti tertii palmae manus sinistri. Exarticulatio.*

Wyrobnik, lat 44-liczący, blady i wyniszczony, kaszle od lat kilku. Badanie zgłębnikiem wykazuje zniszczenie kości pierwszych dwóch członków i bolesne obrzmienie 3-go. W dniu 24 Marca wykonano wyłuszczenie palca i po oczyszczeniu rany i wypełnieniu ją krwią po brzegi, spojono ją szwem węzłowym i pokryto opatrunkiem jodoformowym ściśle zamkniętym. W dniu 5 Kwietnia, t. j. po upływie dni 12-tu zdjęto opatrunek po raz pierwszy: szwy trzymają, ropy ani śladu, brzegi rany zlepione zupełnie. Szew usunięto. Leczenie trwało dni 12 bez zmiany opatrunku.

Spostrzeżenie VIII. *Adenitis inguinalis. Extirpatio glandularum.*

Urzędnik, lat 50, przedstawia zapalenie gruczołów pachwinowych. Wyłuszczone pod chloroformom 3 gruczoły i wypełniono pozostałą po nich jamę krwią, pokryto ją silkiem, z powodu niemożności nałożenia szwów, dla braku skóry i opatrunkiem jodoformowym ściśle zamknięto. Operację wykonano w dniu 11 Kwietnia, 1887 r.. Po upływie dni 13, t. j. w dniu 26 t. m., po raz pierwszy zdjęto opatrunek. Ropy zaledwie ślady, po usunięciu silku powierzchnia rany pokryta białym strupem krwi, pod którym widnieje żywa ziarnina wypełniająca ranę po brzegi. Zalecono czyste utrzymywanie rany i dotykanie jej co dni kilka lapisem. Leczenie trwało dni 15 pod jednym opatrunkiem.

Spostrzeżenie IX. *Tuberculosis pollicis magni dextri. Exarticulatio.*

A. S., córka kowala z Lublina, wieku lat 15, z gruźliczem cierpieniem palucha. W dniu 12 Kwietnia 1887 r., wykonano wyłuszczenie palucha i po oczyszczeniu i wypełnieniu rany krwią, nałożono szew i opatrunek przeciwnilny ściśle zamknięty. Po upływie dni 13 t. j. 26 Kwietnia zdjęty opatrunek wykazał zlepienie brzegów zupełne. Przy szwach górnych rana ropieje, zdjęto je pozostawiając dolne nietknięte. Po upływie dni 18 t. j. 8 Maja zdjęto szwy, rana w zupełności zablizniona, obrzmienia ani bólu przy dotykaniu nie ma. Leczenie trwało dn 26, pod dwoma opatrunkami.

Spostrzeżenie X. *Ateroma capitis. Enucleatio.*

W. B., lat 54, przedstawia na wierzchu głowy guz wielkości dużego kartofla. Wyłuszczone w dniu 13 Kwietnia 1887 roku i po wypełnieniu krwią pozostałej po nim jamy i spojeniu brzegów szwem nałożono opatrunek przeciwnilny. Po 15 dniach zdjęty opatrunek t. j. w dniu 23 Kwietnia wykazał zupełnie zabliznienie rany; szwy usunięto. Leczenie trwało dni 10 pod jednym opatrunkiem.

Spostrzeżenie XI. *Vulnus incisum et fractura comminutiva metacarpi primi. Resectio partialis ossi fracti. Sutura tendinis et vulneris.*

A. W., lat 40 liczący, rąbiąc drzewo, uderzeniem siekiery, źle skierowanym, przerwał pierwszą kość śródrezcza wraz ze ścięgnem rozginającym palucha. Zaraz po przypadku wykonano odcięcie ostrych końców złamanej kości i po ułożeniu jej dokładnie, nałożono szew na przecięte ścięgno i na brzegi rany, odpływającej krwi nie tamując. Nałożony opatrunek ściśle zamknięty opaską przeciwnilną zmieniono po upływie dni 10-ciu t. j. w dniu 24 Kwietnia, przy czem okazało się, że szwy utrzymują dobrze, obrzmienia ani czerwonoci, jak również ropy ani śladu. Szwy skórne usunięto. Leczenie trwało 10 dni pod 1 opatrunkiem.

Spostrzeżenie XII. *Lymphoma colli. Extirpatio glandularum.*

H. G., lat 28, przedstawia na prawej stronie szyi guz dość znacznych rozmiarów, powstały z obrzmienia gruczołów chłonnych, z których jeden przeszedł już w ropienie. W dniu 23 Kwietnia 1887 r., wyłuszczone cztery gruczoły chłon-

ne duże. Pozostała po operacji jamę wypełniono krwią, brzegi spojono szwem i nałożono opaskę przeciwnilną ściśle zamkniętą. W dniu 13 Maja, t. j. po upływie dni 20 zdjęto po raz pierwszy opatrunek, przyczem okazało się, że ropy nie ma ani śladu, szwy utrzymują, brzegi rany zabliźnione, szwy usunięto. Leczenie trwało dni 20 pod jednym opatrunkiem.

Spostrzeżenie XIII. *Adenitis axillaris abscondens. Excochleatio.*

I. K., lat 37, chory od 2 tygodni na zapalenie gruczołów pachowych, w dniu 4 Maja 1887 r., obszernem cięciem odkryto całą przestrzeń, zajęta ciepieniem i wyłęczkowano 4 gruczoły, następnie ranę wypełniono krwią, brzegi rany spojono szwem i pokryto opatrunkiem przeciwnilnym ściśle zamkniętym. Po 20-tu dniach zdjęto opatrunek po raz pierwszy i przekonano się, że rana zupełnie zabliźniona została. Szwy usunięto. Leczenie trwało dni 20 bez zmiany opatrunku.

Spostrzeżenie XIV. *Tuberculosis ossi metatarsi quinti plantae dextrae. Ex-articulatio.*

Dziecko, 6 lat liczące, cierpi oddawna na ból i obrzmienie stopy prawej, a od sześciu tygodni przez utworzoną przetokę sączy się spora ilość ropy cuchnącej. Zgłębnik wykazuje rozpad 5-ej kości śródstopowej na całej jej długości. Operację wyluszczenia wykonano dnia 28 Kwietnia 1887 r., pozostałą jamę wypełniono krwią, brzegi spojono szwem i założono opatrunek stały przeciwnilny. Po 20 dniach zdjęto opatrunek po raz pierwszy. Rana zupełnie czysta, szwy trzymają, brzegi zlepione dokładnie, w miejsce otworu, pozostawionego dla ścieku zbytcej ilości krwi, widnieje biały wilgotny strup krwi, po zdjęciu którego przedstawia się powierzchnia żywej ziarniny. Założono nowy opatrunek i powierzchnię ziarninową dotknęto lapisem. W dniu 8 Czerwca rana zabliźniona zupełnie, dziecko chodzi nie doznając bólu. Leczenie trwało 20 dni pod 2-ma opatrunkami.

Spostrzeżenie XV. *Tuberculosis ossis innominatae dextrae. Excochleatio.*

M. B., dziecko 5 lat liczące, choruje od roku, jest blade i wyniszczone z powodu wydzielania znacznej ilości ropy wypływającej z przetoki, znajdującej się w okolicy prawej kości bezimiennej. Zgłębnik wykazuje zniszczenie grzebienia prawej kości bezimiennej na znacznej przestrzeni. Operację wyluszczenia chorej kości dokonano pod chloroformem w dniu 20 Kwietnia 1887 roku. Opatrunek po raz pierwszy zdjęto w dniu 10 Maja t. j. po upływie dni 20-tu. Brzegi rany zrosnięte, skóra otaczająca ranę cokolwiek zaczerwieniona, bólów ani gorączki nie było. Łaknienie i sen dobre. Ropienia ani śladu. Szwy usunięto. Miejsce otworu, pozostawionego dla odpływu zbytcej ilości krwi, pokrywa biały strup wilgotny, po zdjęciu którego występuje powierzchnia ranki, żywą ziarniną pokryta. W dniu 20 Maja t. j., po upływie dni 10 powtórnie zdjęty opatrunek wykazuje zupełne zabliźnienie rany. Leczenie trwało dni 30 pod 2-ma opatrunkami.

Spostrzeżenie XVI. *Adenitis colli abscondens. Excochleatio.*

P. S., lat 24, ma na prawej stronie szyi guz twardy, obrzmienie i ropienie gruczołów chłonnych. W dniu 10 Maja 1887 r., wyłęczkowano pod chloroformem chorobowo zmienione gruczoły i po wypełnieniu krwią rany, nałożono szew i opatrunek przeciwnilny. Po 20 dniach pierwszy raz zmieniono opatrunek. Ropy ani śladu, obrzmienie znikło, szwy trzymają, brzegi rany zrosnięte. W miejscu pozostawionego otworu dla odpływu krwi występuje żywa ziarnina, którą przytuszowano azotanem srebra. W dni 6 Czerwca opatrunek zdjęto, rana zagojona zupełnie. Leczenie trwało 26 dni pod 2 opatrunkami.

Spostrzeżenie XVII. *Atheroma palpebrae superioris. Enucleatio.*

R. B., lat 35, przedstawia kaszkę wielkości orzecha włoskiego w powiece górnej oka prawego. W d. 21 Maja 1887 r. wykonano wyluszczenie i po napę-

nieniu jamy pozostałej po wyluszczeniu krwią, założono szew i opatrunek przeciwnilny. Po 7 dniach t. j. dnia 28 Maja zdjęty opatrunek, wykazał zupełne zablźnienie rany bez śladów ropienia. Leczenie trwało 7 dni bez zmiany opatrunku.

Spostrzeżenie XVIII. *Gangrena digitorum pedis sinistri post typhum. Exarticulatio digiti secundi, tertii et quarti.*

A. K., lat 31, w okresie wyzdrowienia po tyfusie podległ zgorzeli suchej 2-go, 3-go i 4-go palca nogi lewej. W dniu 25 Maja 1887 roku wykonano wyluszczenie trzech chorych palców i po wypełnieniu ran krwią nałożono szwy i opaskę przeciwnilną. Po upływie dni 15 zdjęto opatrunek. Ropienia ani śladu, brzegi zrosnięte. Nałożono opatrunek ochronny. Leczenie trwało dni 15 pod jednym opatrunkiem.

Spostrzeżenie XIX. *Caries digiti indicis. Exarticulatio.*

K. M., wieku lat 50. Od lat 3-ch skarży się na palec który powoli grubeje, przedstawia ropiejące przetoki i zniszczenie kości. W dniu 1 Czerwca 1887 roku dokonano wyluszczenia wskaziciela, poczem napełniono ranę krwią po brzegi, nałożono szew i opatrunek przeciwnilny. Po upływie dni 20 t. j. dnia 20 Czerwca zdjęto opatrunek. Brzegi spojone, szwy trzymają i nie ropieją. Położono opatrunek powtórnie dla ochrony młodej blizny od uszkodzenia z zaleceniem nie zdejmowania go przez 3 tygodnie. Leczenie trwało dni 20 pod jednym opatrunkiem.

Spostrzeżenie XX. *Hygroma genus sinistri. Enucleatio.*

M. K., lat 22, przedstawia na rzepce lewego kolana guz wielkości dużej pomarańczy, który rozwija się już od roku. W dniu 3 Czerwca 1887 r., dokonano wyluszczenia guza, który rozpoznano przedtem jako torbiel kolanową. Po wypełnieniu rany krwią po brzegi, nałożono szew i opatrunek przeciwnilny. Po 20 dniach, t. j. dnia 23 Czerwca zdjęty opatrunek wykazał zlepienie dokładne brzegów rany, oprócz miejsca pozostawionego dla odpływu krwi, które pokrywa biały wilgotny strup, a pod nim żywa ziarnina. Przytuszowano azotanem srebra i nałożono opatrunek ochronny. Leczenie trwało dni 20 pod jednym opatrunkiem.

Spostrzeżenie XXI. *Abscessus faciei. Incisio et excochleatio.*

L. G., lat 15, przedstawia bolesne obrzmienie twarzy z lewej strony w kształcie guza przy dotykaniu chęlboczącego. W dniu 4. VI. obszernem cięciem opróżniono ropień, w głębokich warstwach mięśni twarzowych umieszczony i po opróżnieniu go dokładnie, całą jamę wyłżeczowano, krwią napełniono po brzegi, założono szew i opatrunek przeciwnilny. W dniu 10 Czerwca t. j. po upływie dni 6 zdjęto opatrunek. Ropy ani śladu, szwy trzymają brzegi rany zablźnione. Szew usunięto. Leczenie trwało 6 dni, bez zmiany opatrunku.

Spostrzeżenie XXII. *Lymphoma colli. Extirpatio.*

M. K., lat 17, przedstawia obrzmienie i stwardnienie gruczołów szyjowych z prawej strony. W dniu 7 Czerwca 1887 r., wyluszczone 4 gruczoły chłonne, które jak się okazało po wyjęciu podległy już przerodzeniu serowatemu. Pozostałą po wyjęciu jamę oczyszczono starannie, krwią napełniono po brzegi i zaszyto, pozostawiając po środku rozporek dla ścieku zbyt znacznej ilości krwi. Ranę całą okryto opaską przeciwnilną, ściśle zamkniętą. Opatrunek po raz pierwszy zdjęto po upływie dni 21. Rana w zupełności zablźniona, oprócz miejsca pozostawionego dla odpływu krwi, które pokrywa biały wilgotny strup, a pod nim żywa ziarnina. Szwy zdjęto, miejsce ziarniną pokryte przytuszowano azotanem srebra i założono opatrunek ochronny. Leczenie trwało 21 dni pod jednym opatrunkiem. [C. d. n.]

II. ZESTAWIENIE 25 PRZYPADKÓW OTWARCIA JAMY OTRZEWNEJ PRZY CHOROBACH NARZĄDÓW RODZAJNYCH KOBIECYCH NIEZAPALNEGO POCHODZENIA.

[SZEREG DRUGI].

Podał

Władysław Matlakowski.

Przed rokiem ogłosiłem w Gazecie Lekarskiej pod powyższym zagłówkiem pierwsze 25 laparotomij, dokonanych przez siebie w szpitalu, oraz jednocześnie usprawiedliwić się starałem z zestawienia razem tak różnych operacyj jak owaryotomija, miomotomija i wycięcie macicy przez pochwę. Obecnie podaję drugi szereg 25 operacyj tego rodzaju, obejmujący jednak nie tylko dokonane w szpitalu, lecz również i uskutecznione w praktyce prywatnej. W ten sposób przedstawiam całość wszystkich przez siebie dokonanych laparotomij, pozostaje tylko kilka w tem zestawieniu nie objętych z powodu powikłań (*ileus*, zapalenie otrzewnej), które osobno w przeszłości podam do druku.

I-o PIĘĆ WYCIĘĆ MACICY PRZEZ POCHWĘ.

Spostrzeżenie XXXI. *Carcinoma portionis et cervicis; hysterectomy vaginalis; sanatio.*

T. 42 lat licząca, żona urzędnika, matka kilkorga dzieci, przed 7-u laty po poronieniu, blisko przez cały rok chorowała na zapalenie tkanki okołomaciczej, głównie z lewej strony. 6 lat temu miała ostatni poród, który odbył się pomyślnie i od tej pory cieszyła się dobrem zdrowiem; miesiączkowanie było prawidłowe i niebolesne. Dopiero od roku zauważyła, że coraz częściej w przeciągu czasu między miesiączkami okazuje się krew, zrazu w mniejszej, potem w większej ilości, przytem bólu aż dotychczas żadnego nie doznaje. Pierwsze badanie, z powodu niezwyklej wrażliwości chorej nadzwyczaj utrudnione, okazało, co następuje: brzuch średniej wielkości, miękki, niebolesny; gruczołki w pachwinach wyczuwa się, trudno jednak o ich naturze coś orzec bez badania drobnowidzowego. Dostęp do pochwy utrudniony, przez bardzo wydatne i dość zbliżone guzy kulszowe; pochwa nieobszerna i mało podatna: część pochwowa krótka i gruba. twarda na obwodzie; w środku, w miejscu gdzie są usta maciczne, wyczuwa się kraterowate owrzodzenie, głębokie przechodzące na kanał szyi. Błona śluzowa sklepień jest zdrowa, lecz wszystkie sklepienia są wąskie, nieobszerne; prawe dość miękkie i podatne, pozwala przy badaniu obu rękami na zetknięcie się palców; lewe natomiast jest mało podatne, nie tak miękkie, węższe od prawego, a badanie przezeń jest nadzwyczaj bolesne. Macica znajduje się wysoko, jest ruchomą, ale w ograniczonym stopniu, przyczem główna przeszkoda do ściągnięcia jej przy ujęciu za część pochwową kleszczami, znajduje się w lewym *parametrium*, z powodu jego niepodatności. Przy ściągnięciu macicy kleszczami i jednoczesnem badaniu przez odbytnicę nie wyczuwa się w parametryjach guzów, lub nacieczenia. Macica niepowiększona, kanał maciczny drożny dla zgłębnika, długości 7 ctm. Przy badaniu krwawienie znaczne. Stan ogólny chorej dobry, odżywianie dobre, narządy wewnętrzne nie przedstawiają wyraźnych zaburzeń; skóra jednak nosi jakby lekki odcień żółtaczkowy.

Wynik tedy badania wypadł niezbyt zachęcająco, nacieczenie rakowate w samej macicy nie rozpostarło się wprawdzie daleko, błona ślazowa sklepień w znacznej części ocalała, część pochwowa twarda pozwalała się ująć i bez rwania choć w pierwszych chwilach operacji, dopóki się nieodluszczy cokolwiek, pozwala się ściągnąć, macica średnio ruchoma, stan ogólny dobry, lecz z drugiej strony dostęp trudny, pochwa nieobszerna, raczej wąska, a nadewszystko niepodatne i skurczone lewe *parametrium* i lewa tkanka okołoszyjkowa; jedna okoliczność pocieszająca: że w tej tkance i w *parametrium* lewem nie wyczuwa się wyraźnego nacieczenia, i że dzięki ścisłej anamnezie, można odnieść tę niepodatność na karb przebitego dawniej ciężkiego *parametritis*. W każdym razie, zważywszy na wyborny stan ogólny, wskazaną jest operacja, mająca na celu usunięcie nowotworu, czy to przez wydobycie całej macicy, czy też choćby przez jej amputację bardzo wysoką, nad pochwą, z podwiązaniem obu *aa. uterinae*, bez otwarcia lub z otwarciem otrzewnej.

Po zwykłych przygotowaniach d. 14. V. chora została zachloroformowaną i przy pomocy kol. BORYSOWICZA, GULIŃSKIEGO i CIECHOMSKIEGO, wyciąłem macicę w całości w sposób wyżej podany. Operacja poszła gładko i tylko z powodu ześlizgnięcia się ligatury z lewego więzu szerokiego, wymagającego nałożenia powtórnie podwiązki, cokolwiek się przyciągnęła.

Przebieg jak i w poprzednich przypadkach zupełnie pomyślny; ciepłota ani razu nie doszła do 38°; tętno zadziwiająco trzymało się poniżej 100; chora od razu czuła się dobrze, nie doznawała boleści. 7-go dnia nastąpiło wypróżnienie po wlewaniu wody do kiszki prostej. Tylko wyjęcie gazy jodoformowej z pochwy, oraz następcze przestrzykiwanie było tak dalece bolesne, że chora drżała na myśl samą opatrywania i mówiła, że sama operacja ani w części nie sprawiła jej tyle bólu, co to leczenie następcze; powodem tego było silne zapalenie pochwy, doszłe aż do stopnia owrzodzenia, a powstałe w części od nacisku narzędziami podczas operacji, w części od podrażnienia roztworami antyseptyków. Chora w 3 tygodnie po operacji wstała z łóżka, w 3½ odeszły wszystkie podwiązki; a gdy d. 9. VI. badałem po raz ostatni, znalazłem na dnie głębokiej pochwy mały guziczek ziarniny, pulchny i krwawiący, który był przypalony azotanem srebra; zresztą nigdzie przy oburęcznem badaniu ani śladu regeneracji. W 1½ roku później w czasie ogłoszenia niniejszej pracy, chora cieszyła się najzupełnijszem zdrowiem.

Spostrzeżenie XXVII. *Carcinoma portionis vaginalis uteri; exstirpatio totius uteri vaginalis; fistula vesico vaginalis; consutio; sanatio.*

Kowalska Jadwiga, 46 l., żona wyrobnika przybyła do szpitala d. 30. XII. 1887 r.. Rodziła 8, ronila 3 razy, typ miesięczki 5—9 d. Przed 1½ rokiem krwotok, i od tej pory krwawienie prawie ustawiczne; — 4 t. w ostatnich czasach ból w krzyżu. Oddawanie wypróżnień i moczu prawidłowe.

Bardzo wychudła, blada, drobna, nędzna kobieta. Zamiast zniszczonej części pochwowej owrzodzenie kraterowate, z twardem dnem; macica ruchoma, przez sklepienie tylne wyczuwa się nacieczenie, pozwalające na niezupełne ściągnięcie macicy. Jajników wymacać nie można; tkanka około szyi macicznej nieco nacieczona. Sklepienie przednie wolne. Gruczoły limfatyczne w pachwinach cokolwiek powiększone. Widocznem było, że operacja ze względów technicznych, a mianowicie z powodu trudności ściągnięcia macicy i niemożliwości dobrego ujęcia jej z powodu zniszczenia części pochwowej będzie trudną, a ze względu na nacieczenia około-maciczne, oraz charłaczy wygląd i nadzieja na radykalne wyleczenie bardzo słaba i dlatego wahałem się z przystąpieniem do operacji. Gdy jednak w dotychczasowej swojej praktyce przekonałem się jak łatwo ustrój kobiecy znosi tę tak ciężką operację (*exstirpatio uteri vaginalis*), a zaprzeczyć się nie da, że nawet w celu palijatywnym wycięcie doszczętne jest

operacją wyższą, dokładniejszą od innych zabiegów paliatywnych [jak wy- skrobanie (*racle*), wypalenie i t. p.], przeto przystąpiłem do wycięcia macicy w celu paliatywnym w d. 20. I. 1888 przy pomocy kol. BORSUKA, CIECHOMSKIEGO, GULIŃSKIEGO, KUMIEWICZA. Wykonanie było, jak się z góry przewidziało, mozolne, trudne; macica ujęta w szczypce MUSEUX rwała się, podwiązki prze- rzynały kruchą tkankę okołomaciczną. Z przodu odłuszczenie pęcherza doko- nywałem palcem, przyczem w jednym miejscu na niewielkiej przestrzeni pozos- tała prawie sama błona śluzowa pęcherza. Już przy końcu operacji z prawej strony spełzła podwiązka z tętnicy macicznej, dając, zanim się ją nanowo schwy- ciło i podwiązało, obfite krwawienie. Mimo to przebieg był dość dobry; chora szybko do siebie przyszła, upadkowej niżki ciepłoty poniżej stanu prawidłowe- go [z powodu dużej utraty krwi] nie miała; tętno 104, ciepłota najwyższa 3-go dnia wieczorem 39,2° C. jedyny raz. 7-go dnia wyjąłem tampon i zmieniłem go na inny. 2. II. po wyjęciu tampona i przy wstrzykiwaniu do pęcherza, pokazała się woda w pochwie, wtedy jasnym się stało, że owa ścięczała część ściany pę- cherza uległa zgorzeli i dała powód przetoce, którą następnie zaszyłem i chora zdrową wyszła w d. 11. 1888, a następnie bardzo przytyła i poprawiła się.

Spostrzeżenie XXVIII. *Carcinoma portionis; extirpatio uteri vaginalis; sanatio.*

M. J., 45-letnia, wdowa, przybyła do mojego oddziału 17. IV. 1888. Rodziła sześć razy, ostatni raz przed 15 laty; przed 1½ rokiem ustało miesiączkowanie. Upławy od kilku lat, od 4 miesięcy zabarwione krwią, chora zaczęła chudnąć i doznawać coraz silniejszych bólów zwłaszcza w krzyżu.

Dobrego wzrostu, miernego odżywiania, śniada, z lekkim odcieniem żół- tawym. Chora stale ma skórę gorącą, a jednocześnie mierzenie ciepłoty nie wy- kazuje jej podniesienia; tętno stale przyspieszone do 100. Pierwszy ton niezup- pełnie czysty; narząd oddechania prawidłowy. Mocz u małego osadem, bez białka; oddawanie swobodne. Trzewa brzuszne w stanie prawidłowym; wątroby nie wyczuwa się. Na części pochwowej owrzodzenie szerzące się za- równo w kanał szyjki macicznej, jak i na zewnątrz ku sklepieniom; wydzielina obfita, cuchnąca; na tylnem sklepieniu nadżarcie obszerne, miękkie przy doty- kaniu palcem. Sklepienia względnie wolne, jednakże przy ujęciu macicy w kle- szkce MUSEUX i usiłowania ściągnięcia macicy, więzy krzyżo-maciczne i tkanka około-szyjkowa naprężają się i nie pozwalają na obszerniejsze ściągnięcie maci- cy. Kanał tej ostatniej nieco wydłużony. Pochwa ciasna, krocze niepodatne, ztąd wejście do pochwy nie rozciągliwe i dostęp zły.

D. 25. IV. przy pomocy kolegów BORSUKA, CIECHOMSKIEGO, KRÓLIKOW- SKIEGO, GULIŃSKIEGO oraz naczelnego lekarza KOBYLAŃSKIEGO, skutecznie wycięcie macicy [obkrajanie części pochwowej, odłuszczenie sklepień przedniego i tylnego, podwiązanie jedwabiem mas bocznych w 2 piętra ujętych po każdej stronie, podwiązanie więzów szerokich]. Tamponada gazą jodoformową pochwy.

Przebieg wogóle wzięwszy dobry, budził jednak pewne obawy; przedewszy- stkiem chora wystraszona przed operacją, była wylekniętą jeszcze bardziej po operacji, mówiła o pogrzebie, śniła o nowych operacjach, co odbijało się ogólnem pogniębieniem i nieufnością w wyzdrowienie. Przez dwie doby mocz był butelkowo-zielony, od zatrucia kwasem karbolowym. Skóra ciągle była podaw- nemu gorącą przy cieplocie prawidłowej, tętno po operacji od 3-go dnia pod- nosiło się do 120, pełne. Natomiast nie było wcale wymiotów, ani odbijania; brzuch niebolesny, mały. 4-go dnia wypróżnienie po ławatywie. W kilka mie- sięcy potem chora z powodu manii, pomieszczoną została w oddziale obłąkanych.

Spostrzeżenie XXIX. *Carcinoma portionis vaginalis, uteri; extirpatio uteri va- ginalis; sanatio.*

W..., żona doktora medycyny, lat 40, umieszczona w Warszawskim Domu Zdrowia; powiła szczęśliwie 7-ro dzieci, ostatnie przed 1½ rokiem, które sama karmiła; przed rokiem zauważyła wypływ wodnisty, od 3-ch kwartałów istnieją

krwotoki maciczne bardzo obfite; od tej pory chora schudła. Bóle dolegliwe w krzyżu i udach. Błada, nieźle odżywiana, bardzo nerwowa; gruczoły pachwinowe niepowiększone; macica nieco powiększona, część pochwowa gruba, tylna warga wywinięta, gruba, przednia w całości zajęta przez nowotwór doskonale odgraniczony, owrzodzony, twardy, łatwo krwawiący, nie przechodzący ani na błonę śluzową szyi, ani na sklepienia, które są miękkie, elastyczne, wolne; macica ruchoma, tkanka okołomaciczna nie zajęta, dlatego macica dobrze daje się ściągnąć. Inne narządy prawidłowe.

1. VII. przy pomocy kol. BIEGAŃSKIEGO, KONDRATOWICZA i CIECHOMSKIEGO, skutecznym operacyję w zwykły sposób, z tą różnicą, że po uprzednim okrojeniu części pochwowej na każdej stronie podwiązałem *en masse* część tkanki okołoszyjowej wraz z tętnicą maciczną, poczem otworzywszy DOUGLAS'a, ściągnąłem dno i odrazu w jedną podwiązkę ująłem, resztę tkanki [adnawa macicy, oraz tkankę okołomaciczną], a nie tak jak dawniej, kiedy po każdej stronie nakładam 3—4 podwiązek. Operacyja trwała godzinę.

Przy rozpatrzeniu preparatu okazało się, że nowotwór ściśle ogranicza się do wargi przedniej macicy, która zresztą jest zupełnie prawidłową.

Przebieg bez gorączki, bez wymiotów i t. p., jedyne niemiłe powikłanie, że chora nie może [podobnie jak przy uprzednich ciężach] utrzymać moczu, który od czasu do czasu strumieniem zostaje wyrzucanym; trzeciego dnia wypróżnienie; 10-go dnia wyjęto tampony; w trzy tygodnie chora opuściła zakład.

Spostrzeżenie XXX. *Prolapsus completus uteri, vaginae et vesicae, extirpatio uteri vaginalis; sanatio.*

Majerowicz Katarzyna, 36 l., służąca, przybyła do szpitala d. 25. XI. 1887 r.. Przed 14 laty odbyła poród szczęśliwie, lecz wstawszy do pracy 4 dnia uczuła zaraz, że coś w niej się „popsuło“, a od kilku lat macica zaczęła się ukazywać w otworze sromnym, w ostatnich miesiącach ciągle wisi na zewnątrz, gdyż chora nie może jej sobie odprowadzić; mimo to miesiączkowanie odbywa się prawidłowo typu 3—4 dni co 4 tygodnie. Chora doznaje znacznych trudności przy oddawaniu moczu, ma bóle w krzyżu i podbrzuszu, które przeszkadzają jej w pracy.

Chora dobrej budowy i niezłego odżywiania; głucha, słyszy tylko przy bardzo głośnym mówieniu, wymowa nie wyraźna, jedno i drugie datuje z czasów dzieciństwa po przebytej płonicy. Macica kształtu maczugi, rozmiar podłużny po przedniej powierzchni od otworu cewki do otworu kanału macicznego 17 ctm., od kroczka do tegoż otworu 11½ ctm., obwód w najgrubszej części 25, długość kanału macy 16 ctm.. Na około otworu macicznego owrzodzenie mające w średnicy 5½ ctm.. W guzie, oprócz macicy obleczonej w wycynowaną pochwę, znajduje się cały prawie pęcherz z cewką. Od tyłu najniższa część pochwy ponad *commisura post.* nie uległa wypadnięciu; znajduje się tu obszerne owrzodzenie odleżynowe. Przez grubą skórzastą ścianę pochwy wyczuwa się bardzo wydłużoną szyję macicy. Odprowadzenie jest możliwe, chociaż z bólem, przy wstaniu wnet następuje wypadnięcie.

Nie widząc wobec uporczywego kalectwa innej drogi, d. 15. XII. 1887 po uspieniu chorej przystąpiłem do wycięcia macicy; w tym celu zrobiłem okrajanie części pochwowej cięciem kolistym, odłuszczyłem na tępo sklepienie przednie i tylne; podwiązałem na prawo i na lewo tkankę okołoszyjową wraz z naczyniami w pęczki [w dwóch piętrach], otworzyłem DOUGLAS'a, przekreśliłem macicę i nożem naciąłem tkankę w *fossa vesicouterina*, poczem podwiązawszy w dwie podwiązki na każdej stronie więzy szerokie wraz z jajowodami i więzami obłemi, wyciąłem macicę. Kikuty obu więzów szerokich zostały zbliżone przez związanie ich podwiązek; tamponada pochwy paskami gazy jodoformowej.

Przebieg bezgorączkowy, lecz chora mocno wymiotowała, w 5 dni po operacji wystąpiły objawy zapalenia pęcherza, powstałego od kateteryzacji, 6-go dnia wyjęto z pochwy część gazy jodoformowej, 9-to resztę, 8-go dnia były 2 wypróżnienia. Dnia 5. II. 1888 r. M., opuściła szpital zdrową, na miejscu wyjętej macicy ziarnina.

2-0 CZTERY MIOMOTOMIJE.

Spostrzeżenie XXXI. *Myoma uteri pedunculatum; corpora libera peritonei; myomotomia; sanatio.*

W. T. panna, 36 lat, pod innemi względami całkowicie zdrowa zauważyła przypadkowo przed 3 laty guz w podbrzuszu, który żadnych dolegliwości nie sprawiał. Miesiączkowanie zupełnie prawidłowe co do peryjodyczności, czasu trwania, odstępow i ilości krwi. W ostatnich czasach chora zauważyła, że guz znacznie się powiększył, nie sprawiając zresztą jakichkolwiek zaburzeń.

Podpępkowy odcinek brzucha widocznie powiększony, a przy macaniu w podbrzuszu, więcej z prawej strony smugi białej wyczuwa się guz wielkości główki noworodka, zupełnie twardy, nierówny, okrągławo-płaski, ruchomości znacznej tak w kierunku poziomym jak i poprzecznym, nie dający uczucia chęłbotania, niebolesny, dający tępy odgłos przy opukiwaniu, otoczony pasem brzucha dającym wyraźny oddźwięk tympanityczny. Część pochwowa prawidłowa, dość wysoko umieszczona; przez sklepienia elastyczne wyczuwa się szyję i dolny odcinek trzonu macicy, a przy badaniu obu rękami można dosięgnąć łatwo dolną część guza również twardą elastyczną, dostępną dla palca przez przednie a zwłaszcza przez prawe sklepienie. Pomimo podatności sklepień jajników wyczuwać nie można. Przez odbytnicę przy badaniu obu rękami, przy dostatecznym wepchnięciu guza w głąb miednicy, wyczuwa się dolny jego odcinek gładki i twardy. Przy mniejszych ruchach nadawanych guzowi macica się prawie nie porusza, przy większych zaś idzie za nim. Opukiwanie pozwala przypuszczać w jamie otrzewnej obecność płynu wolnego. Oddawanie moczu nie przedstawia żadnych zaburzeń, mocz przezroczysty, białka nie zawiera; wypróżnienia prawidłowe, dość opieszale. Inne narządy wyraźnych zaburzeń nie przedstawiają; chora średniego wzrostu, dobrej budowy, z grubym pokładem tłuszczowym na brzuchu, zwłaszcza w części podpępkowej.

Rozpoznanie wahało się między mięśniakiem macicy i twardym guzem prawego jajnika, z powodu twardości guza jego, ruchomości razem z macicą, braku zaburzeń ze strony miesiączkowania byliśmy skłonniejsi ku mięśniakowi, który musiałby być umieszczony na krótszej lub dłuższej szypule, w ten tylko bowiem sposób objaśnić by można jego przesuwalność w jamie brzusznej, do pewnego stopnia niezależną od ruchów macicy.

Dnia 18 Kwietnia 1887 r., przy pomocy kol. KONDRATOWICZA, JAWDYŃSKIEGO, GAJKIEWICZA, CIECHOMSKIEGO, uskuteczniłem operację. Cięcie w smudze od pępka do spojenia, pokład tłuszczowy bardzo gruby; po otwarciu jamy otrzewnej wypłynęło około kilkunastu uncyj płynu surowiczego, przezroczystego, a razem z nim cztery wielce oryginalne pęcherzyki przypominające bardzo swym kształtem i przezroczystością pęcherze rybie. Po zachowaniu ich w osobnym naczyniu przystąpiłem do wyjęcia guza; pomimo znacznych rozmiarów, cięcie okazało się niedostatecznym, przedłużyłem je przeto obok pępka, poczem nie bez trudności [z powodu napięcia ścian brzusznych], guz wyciągnąłem na zewnątrz jamy otrzewnej. Guz okazał się nierównym, twardym, jakby złożonym z oddzielnych guzików wielkości jaja, blado-żółtawych, oddzielonych od siebie szaremi zagłębieniami, wychodził z samego dna macicy z prawej strony za pomocą szerokiej i krótkiej szypuły grubości czterech palców. Ta ostatnia została przebitą igłą nawleconą grubym powrózkiem jedwabnym, na dwie strony podwiązana, przy ściąganiu

atoli podwiązki, takowa werznęła się w tkankę, która zaczęła żywo dookoła krwawić; gdy obklucie okazało się mozolnem i niewystarczającym, gdyż z każdego nakłucia igłą sączyła się krew, postanowiłem nałożyć ligaturę elastyczną cokolwiek poniżej miejsca w które werznęła się jedwabna; w celu zaś aby podwiązka kauczukowa nie ześlizgnęła się do karbu utworzonego przez jedwabną wbiłem poniżej tej ostatniej dwie igły i pod nimi okręciłem szypułę mocną ligaturą sprężystą, prawy jajnik wraz z wylotem jajowodu podwiązany i obcięty; lewy jako zupełnie zdrowy pozostawiony, poczem umieściłem szypułę w dolnym kącie rany, przyszyłem dokładnie otrzewną ścienną do otrzewnej macicy poniżej poziomu zaciśnięcia ligatury, poczem starannie oczyściwszy jamę otrzewnej z krwawego płynu [ascites + spływająca krew], zaszyłem jamę w ścianie brzusznej tak ponad jak i poniżej od szypuły. Przypalenie żegadłem PACQUELIN'A powierzchnię tej ostatniej, obsypanie jodoformem, opatrunek jodoformowy, umocowany paskami plastra lepkiego, wata i bandaż obcisłe brzuch otaczający.

Operacja była mozolną skutkiem niezupełnego zwolnienia ściany brzusznej, a to z powodu, że chorej dla słabości tętna i bladeści chloroformować nie można było do stopnia pożądanego, przy ciąglem naprężeniu ścian brzusznych kieszki tłoczyły się do rany, gdzie je trudno było utrzymać.

Guz wyjęty ważył 850 gramów, cały złożony z oddzielnych guzików wielkości orzecha, powstałych ze splecenia pęczków włókien mięsnych, zatem guz był zupełnie odmiennej budowy makroskopijnej od wszystkich tu opisanych mięśniaków; otrzewna mocno ścięczała w miejscach, gdzie przylega do powierzchni guzików, jest mocno do nich przyrosła, w zagłębieniach między nimi przyrosła jest luźno, lub nawet odstaje, na kształt tego jak *pia mater* między zawojami mózgu.

Przebieg najzupełniej pomyślny bez gorączki, wymiotów, boleści; na pewnej przestrzeni, zresztą nieznacznej, gojenie się rany poszło przez ropienie z powodu rozejścia się brzegów, po zdjęciu szwu; to zatrzymało chorą w łóżku do sześciu tygodni, podczas których odpadła szypuła i rana w tem miejscu się zagoiła. Tak w tym jak i w jednym z następnych przypadków, gdzie również z powodu rozejścia się brzegów utworzyła się rana gojąca przez ropienie, zauważyłem, że gojenie tego rodzaju ran posuwa się bardzo powoli, wypełnienie dołu następuje bardzo tępo i chore przebywszy najszcześliwiej samą operację, były zmuszone poleżeć znacznie dłużej, niż się spodziewać było można.

Spostrzeżenie XXXII. *Myoma uteri interstitialis; hysterectomia; sanatio.*

W... Emilja, 38 lat, obywatelka ziemska zauważyła guz przed kilku laty; lecz powiększa się od trzech lat, nie sprawiając żadnych dolegliwości; miesięczkowanie także odbywa się zupełnie prawidłowo, bez żadnych bólów, trwa 3—4 dni; krwawień nigdy nie było; słowem jedynem wskazaniem do operacji był ciągły wzrost guza, oraz częstsze oddawanie moczu.

Blada, wysoka osoba; tkanki tłuszczowej pokład spory. Narządy krążenia i oddechania oraz nerki zdrowe. Brzuch ogromny; guz kulisty, gładki, jednostajnie elastyczny, nie dający uczucia chęłbotania, tępy przy opukiwaniu, sięgający do wyrostka mieczykowatego i łuków żebrowych, okolony pasem z góry i z boków dającym odgłos bębniasty, poruszalny do góry i na boki w znacznym stopniu. Część pochwowa mała, dziewczęca, stoi niewysoko; sklepienia puste; trzonu wymacać nie można z powodu krótkości palca; część pochwowa odbywa ruchy wraz z guzem. Rozpoznanie: *myoma uteri*.

31. XII. 1887. przy pomocy kol. BAGIŃSKIEGO, CIECHOMSKIEGO, JASIŃSKIEGO i KONDRATOWICZA cięcie w smudze począwszy nad pępkiem. Wydobyć guza z jamy łatwe; olbrzymie żyły w więzach szerokich; żadnych nie ma zrostów; podwiązanie więzów szerokich, jedwabiem, przyczem żywe krwawienie z żyły przebitej tępą igłą; na podstawę guza wąż elastyczny, poniżej nałożonych pod-

wiązek na *lig. lata*, poczem krwotok ustał; obcięcie guza tymczasowe z otwarciem jamy macicy, którą wypalono żegadłem; ponieważ chora źle spała, przeto czempredziej zaszyłem górną połowę cięcia w smudze, poczem dokończyłem roboty z kikutem, a mianowicie obciąłem jajowody i jajniki, zmniejszyłem kikut, obszyłem go jego własną otrzewną, umieściłem w dolnym kącie rany brzusznej, poczem oddzieliłem od jamy otrzewnej, zeszywając listki ścienne tej ostatniej z pokrowcem surowiczym kikuta poniżej ligatury elastycznej; przebicie igłami pieńka, opatrunek jodoformowy.

Przebieg względnie dobry: najczęstsze tętno 104, najwyższa ciepłota wieczorem 38,3° C.; przez 5 dni czkawka, przez 3 wymioty; uczucie słabości i silnego bólu w dołku i w krzyżu; 7-go dnia zdjęto szwy, *1-o intentio*; pieńek zeschnął, puka przy uderzeniu w niego; 3-go dnia śmierdzące wypróżnienie. Gorączkowe podniesienie ciepłoty do 38° C., 38,2° C. wieczorami trwało przez miesiąc aż do 26. I. 1888. 28. I. odeszła ligatura z obumarłym kikutem. Otwarta komunikacja rany z jamą pochwy. W drugiej połowie Lutego chora podniosła się i rana zablizniła się zupełnie; od tej pory znaczna poprawa w zdrowiu.

Spostrzeżenie XXXIII. *Myoma subserosum pedunculatum fundi uteri; myomotomia; sanatio.*

O. R... lat 43, włościanka, przysłana do mnie przez kol. KLARNERA [z Górowora], d. 19. IV. 1888 z powodu guza, który chora zauważyła przed 9 miesiącami; nie sprawia on jej żadnej dolegliwości, nie zakłaca miesiączki typu 5—6 co 28 dni. Raz rodziła przed 20 laty; zawsze cieszyła się dobrym zdrowiem.

Średniego wzrostu, upośledzonego odżywiania, chuda; przez miękką ścianę brzuszną wśród rozdętych pętlic kiszki wyczuwa się w podbrzuszu guz wielkości główki noworodka, twardy, nierówny, kulisty, bardzo ruchomy we wszystkich kierunkach, przedłużający się ku dołowi w twór podługowaty, również twardy, kryjący się ku dołowi za spojeniem łonowem, a będący macicą. Pomiędzy guzem a tą ostatnią wyczuwa się dokładnie głębokie przewężenie w kształcie szyi. Macica okazuje się przy oburęcznym badaniu znacznie wydłużoną i powiększoną; przy obszerniejszych ruchach guza idzie zanim.

D. 28. IV. 1888 przy pomocy kol. BORSUKA, GULIŃSKIEGO, KUNIEWICZA, KRÓLIKOWSKIEGO i ROGOZIŃSKIEGO, dokonana została operacja. Chora łatwo usnęła, lecz z powodu ustawiania oddechu i słabego tętna musiała być trzymana w połowicznym uspieniu. Cięcie w smudze białej; wydobyte nieprzyrosłego guza łatwo; jeden długi taśmowaty zrost podwiązano, poczem szypule guza tuż ponad dnem macicy przez przebicie igłą nawleczoną jedwabnym sznurowadkiem podwiązano, powyżej obcięto, część guza pozostała w szypule wyluszczone, brzegi otrzewnej szypuły ze sobą kilkunastu szwami dopasowano i wpuszczono do jamy otrzewnej; gdy badanie jajników nie wykazało w nich zmian grubszych, ranę w ścianie brzusznej zaszyto.

Guz wydobyty, wielkości główki noworodka, na przekroju przedstawia się złożonym ze stopionych ze sobą osobnych jakby guzów grubo włóknistych, z przebiegiem włókien pokrowiczym; pokrowiec surowiczy bardzo trudno się odziera od masy owego guza.

Przebieg nakrótka powikłany. Wieczorem po operacji ciepłota wynosiła 38,5° C., chora nieprzytomna, niespokojna, stęka, porusza się, kaszle; lecz niewymiotuje. Następnego dnia z rana ciepłota 38° C., wieczorem 38,6° C., tętno 88; brzuch wzdęty, napreżony, wymioty; język częsty; wygląd dobry; 30. IV. z rana 37,6° C. z obfitymi potami, wieczorna 39,3° C.; tętno 92; brzuch wzdęty; odbijanie; płwocina ropna, cuchnąca woń z ust, chorej dano dwa wlewania wody do odbytnicy, po których oddała wiatry; chorej zrobiło się lepiej; Dnia 1. V. z rana ciepłota 37,4° C., wieczorem 38,3° C. tętno 88, brzuch miękki; znowu wle-

wania, odeszła woda zabarwiona kałem. D. 2. V. stan dobry, tętno 84, łaknienie, brzuch mały, nie ma bólei. Od tej pory stan zupełnie dobry; 7-go dnia zdjęto szwy, rana zagojona *per primam*. Chora opuściła szpital zdrową dnia 18. V. 1888. [C. d. n.]

NOTATKI LEKARSKIE.

II. Szkarlatyna przebiegająca bez gorączki, ze znacznym zwolnieniem tętna.

Z pomiędzy t. z. wysypek ostrych szkarlatyna przedstawia pod względem swego występowania i przebiegu najwięcej różnorodności i niekiedy zmiany dotyczące powłok zewnętrznych bywają bardzo nieznaczne, wysypka bardzo przelotna tak że towarzyszący płonicy nieżyt gardzieli (*scarlatina sine exanth.*) może być wziętym za główną chorobę. Inne znowu przypadki wyróżnią się niezwykłym występowaniem wysypki, np. zamiast na szyi, ta ostatnia zjawia się najprzód na kończynach dolnych, tułowiu i t. p.. Wreszcie spostrzegano pewne zбочenia co do samej gorączki, która płonicy zwykle towarzyszy, a mianowicie trwa bardzo krótko, albo też brak jej zupełnie w całym przebiegu choroby. Przypadki tego ostatniego rodzaju należą do bardzo rzadkich, z tego też powodu podaję następujące spostrzeżenie. M. D., lat 40 licząca służąca, przybyła do oddziału mego w szpitalu Dz. Jezus dnia 18 Września 1888 r., skarżąc się na nieprzyjemne uczucie palenia w skórze kończyn dolnych. Chora podaje, iż przed 2 dniami zaczęła tracić siły bez widocznego powodu, później poczuła nudności, a następnego dopiero dnia zauważyła silne zaczerwienienie skóry na dolnych kończynach, najprzód na prawem udzie. Wysypce tej towarzyszył dość silny ból i uczucie prężenia w kończynach.

Stan obecny. Budowa średnia. Odżywianie słabe. Tkanki tłuszczowej mało. Wygląd lymfatyczny, stan bezgorączkowy. Ciepłota 37,4° C.. Tętno 36—40 miękkie, słabe, nieco opieszale, oddech 15 na minutę.

Na kończynach dolnych, zwłaszcza na przedniej i wewnętrznej powierzchni obu ud, skóra mocno jednostajnie zaczerwieniona, koloru szkarlatynowego, a na niej widać małe, wielkości łepka szpilki wyniosłości (*scarl. papulosa*); wysypka zajmuje okolice brzucha i dochodzi na klatce piersiowej do linii sutkowej poprzecznej, przyczem nateżenie jej zmniejsza się stopniowo w kierunku ku górze. To samo można zauważyć na tylnej powierzchni tułowia. Na szyi zaczerwienienie bardzo nieznaczne, twarz zaś jest zupełnie wolną od wysypki, a nawet dość mocno bladą. Migdały nieco powiększone, języczek obrzmiały. Podniebienie miękkie dość znacznie przekrwione usiane drobnymi guziczkami [powiększone torebki błony śluzowej]. W płucach nie można było nic nieprawidłowego wykryć. Granice serca prawidłowe. Tętno czyste choć słabe. Rytm serca zwolniony, ilość skurczów wynosi 36—40 na minutę. Śledziona powiększona na 8 żebrze. Język obłożony i brzuch nieco wzdęty, stolce opieszale. Mocz skąpy, biały nie zawiera.

Co się tyczy dalszego przebiegu, to ten da się skreślić w kilku słowach: wysypka utrzymywała się w swem nateżeniu przez 2 dni, następnie zaczęła stopniowo znikać, począwszy od kończyn dolnych, tak, że już 4 dnia pobytu chorej w szpitalu skóra przyjęła prawie prawidłowy wygląd, a 6 dnia zauważyliśmy już łuszczenie się naskórka najprzód na udach, później na bocznych częściach tułowia i na szyi. Łuszczenie było bardzo obfite (*Desquamatio membranacea*). W tym okresie chora wypisała się ze szpitala.

Co do gorączki, to takowej podczas pobytu chorej w oddziale nie byliśmy w stanie ani razu zauważyć, ciepłota mierzona w wszelką starannością kilka razy dziennie, wahała się pomiędzy 37,6°—38,0° C.. Częstość zaś tętna wynosiła około 40 na minutę, w ostatnim tylko dniu podniosła się do 60. Śledziona jakkolwiek zmniejszyła się, jednakże do prawidłowych rozmiarów nie doszła. Białka ani też cylindrów nie można było w moczu wykryć.

Ze względu na typową wysypkę, niezbyt gardzieli, a wreszcie obfite luzszenie się naskórka, rozpoznanie nie mogło ulegać najmniejszej wątpliwości. Mogła być tylko wątpliwość co do wysokości ciepłoty przed przybyciem chorej do szpitala, zdaje się jednak, że ciepłota była prawidłową lub też chyba bardzo nieznacznie podwyższoną, gdyż chora o objawach towarzyszących zwykle gorączce nie wspomina i zajęcia swego nie porzucała; do szpitala zaś przybyła głównie z woli państwa, u których służyła. Ponieważ choroba przebiegała bez gorączki, zatem rzadkie tętno należy tłumaczyć sobie oddziaływaniem stanu naczyń skóry na czynność serca.

Przypadki szkarlatyny, przebiegające bez gorączki, mogą ująć uwagi chorych, zwłaszcza jeśli wysypka jest nieznaczną, lub ogranicza się głównie do kończyn dolnych tułowia, a szyja, twarz pozostaje wolną, jak to miało miejsce w naszym spostrzeżeniu. Chora nasza byłaby niezawodnie przebyła całą chorobę nie kładąc się do łóżka, gdyby nie jej chlebobdawcy, który zauważszy u niej jakąś wysypkę odesłali ją do szpitala. Ponieważ zaś nawet szkarlatyna o lekkim przebiegu jest zawsze ważną chorobą zakaźną, której pewne zmiany w narządach wewnętrznych towarzyszą, nieodpowiednie więc zachowanie się w takich razach może chorego narazić na ciężkie powikłania, wśród których zapalenie nerek pierwsze zajmuje miejsce. W etyologii więc tego ostatniego cierpienia należy mieć na względzie skrycie przebiegające postaci szkarlatyny.

J. Pawiński

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

41. Dehio. Pierwotny gruźliczej natury guz krtani (*primäre Tuberculöse Neubildung des Larynx*).

Pod powyższym tytułem opisuje autor bardzo rzadki i pod wielu względami ciekawy przypadek, który ze względu na wielką jego doniosłość praktyczną podajemy w streszczeniu.

41-letni, urzędnik, skarży się na chrypkę, trwającą od 5 miesięcy i lekki ból przy połykaniu pokarmów stałych, który się dołączył w ostatnim tygodniu. Chory pochodzi ze zdrowej rodziny, jakkolwiek chudy i blade, zawsze jednak był zdrow. Przymiotu nie przechodził. Badanie krtani wykazało: lewa chrząstka nalewkowa i odpowiedni wiąz nalewko nagłośniowy mocno obrzmiałe, zgrubiałe i umiarkowanie zaczerwienione. Wewnątrz krtani widać guz, wychodzący z lewej struny fałszywej, guz o szerokiej podstawie, zajmujący prawie całą długość struny powyższej, która tylko od przodu na 2 mm. pozostaje swobodną, od tyłu guz sięga aż do końca zatoki MORGAGNI'ego. Przy spokojnem oddechaniu guz pokrywa prawie całą lewą strunę prawdziwą. Guz matowy, jasno-szarawy, powierzchnia jego płasko wypukłona, nie prawidłowa, na niej oddzielne okrągławe wzniesienia wielkości lęпка od szpilki, do ziarnka prosa. Cały guz pokryty gładkim, błyszczącym nabłonkiem, ani śladu owrzodzeń. Ku górze, przodowi i tyłowi guz zlewa się z silnie obrzmiałą błoną śluzową lewej struny fałszywej.

Przy wydawaniu głosu widać swobodny brzeg lewej struny prawdziwej. Pozostała błona śluzowa *vestibuli laryngis* obrzmiała i zaczerwieniona, zwłaszcza prawa struna fałszywa bardzo silnie zgrubiała, przy spokojnem oddechaniu po-

krywa ona prawie zupełnie odpowiednią strunę prawdziwą. Przy wydawaniu głosu obie struny prawdziwe i oraz chrząstki nalewkowe zbliżają się prawidłowo ku linii środkowej, przyczem górne powierzchnie strun prawdziwych, szaroczerwone matowe. W płucach przy najszczegółowszem badaniu absolutnie zmian wykazać nie można. Ani kaszlu, ani płwocin nie ma wcale. Inne narządy bez zmiany. Rozpoznanie przedstawiało poważne trudności. Nie mogło być mowy o brodawczaku, lub o zwykłym włóknistym polipowatym nowotworze, przeczył temu wygląd guza. Przeciw złośliwemu nowotworowi przemawiał długi czas trwania cierpienia, jakkolwiek wygląd sam mógł nasuwać myśl, czy nie ma się do czynienia z poczynającym się, nie uległym jeszcze rozpadowi nabłoniakiem, tem więcej że istniało jednocześnie i obrzmienie gruczołów chłonnych z obu stron krtani. Nowotwór natury gruczliczej stanowczo dał się wykluczyć, ze względu na brak objawów cierpienia płuc, oraz na stan ogólny, który nie przedstawiał nic do życzenia, tem więcej że guzy takie bez jednoczesnego owrzdzenia należą do bardzo rzadkich. Przeciwko wilkowi krtani przemawiała zbyt gładka powierzchnia guza, brak charakterystycznego ziarnistego wyglądu, wreszcie zapalne zaczerwienienie i obrzmienie w sąsiedztwie nie było tak znacznem, jak to zwykle widzimy przy wilku krtani. Co się tyczy leczenia w danym przypadku, to według autora należało guz ten usunąć na drodze operacyjnej, endolaryngealnie, jednak byłoby to rzeczą niezmiernie trudną ze względu na szeroką podstawę guza i rozlane przejście w sąsiednią błonę śluzową. Należało w danym przypadku usunąć całą strunę fałszywą, autor postanowił to uczynić za pomocą przecięcia krtani (*laryngofissura*). Operację wykonał prof. WAHL: po otworzeniu krtani w linii pośredkowej, wewnątrz kilkakrotnie wypędzowano 10% roztworem kokainy w celu usunięcia odruchów kaszlowych, poczem wykonano całkowite wycięcie struny fałszywej lewej aż do podstawy zatoki MORGAGNI'ego, a ku górze prawie do brzegu fałdy nalewko-nagłośniowej. Tym sposobem usuniętym został guz wraz z otaczającą go zdrową błoną śluzową i z przypuszczalnie nie zmienioną tkanką podśluzową, tak iż mięsień tarczono-nalewkowy pozostał obnażonym. Dokładne zbadanie wnętrza krtani wykazało, że prócz ogólnego zaczerwienienia i obrzmania błony śluzowej [zwłaszcza prawa struna fałszywa], żadnych absolutnie zmian nie było, nigdzie owrzdzeń. Dla pewności pozostawiono w ranie rurkę, jakkolwiek oddech przy zamkniętej rurce był zupełnie swobodnym. Wycięty guz po stwardnieniu go w alkoholu zbałał pod drobnowidzem prof. THOMA. Wynik badania był nadszpodziewanym: guz składał się z gęsto ułożonych pęczków prosówkowych gruczeków. Główna masa guza składała się z samych gruczeków, zawierających po większej części epителиoidne komórki i komórki olbrzymie. W głębi gruczlicze nacieczenie sięgało aż do gruczołów zrazikowatych [acinowych]. Metodą EHRlich'a, zarówno jak i ZIEL-NEELSEN'a w masach gruczliczych z naleziono laseczники gruczlicze.

Nie ulega więc wątpliwości, że w danym przypadku mieliśmy do czynienia z tym rzadkim przypadkiem, gdzie gruczliczy nowotwór w krtani nie występuje w postaci rozlanego, bardzo szybko ulegającego rozpadowi nacieczenia, lecz w postaci ograniczonego guza, przy łagodnym i powolnym przebiegu danego cierpienia, którego okres pooperacyjny był niezwykle interesujący. Już w 2 dni po operacji chory zaczął umiarkowanie gorączkować, zjawił się kaszel. Chorego musiano karmić za pomocą zgłębnika, gdyż przy łykaniu płynów kilka kropel stale dostawało się do krtani. Rurkę wyjęto po kilku dniach, gdyż oddech *per vias naturales* zupełnie był swobodnym. Co jednak szczególne, że rana operacyjna nie okazywała skłonności do gojenia się, na miejscu jej wytworzyła się szeroka przetoka, pokryta bladą i mocno ropiejącą ziarniną. Na 3 dzień po operacji badanie krtani wykazało: mocne obrzmienie lewego więzu nalewko-nagłośniowego i rozlane dość znaczne zaczerwienienie i obrzmienie błony śluzowej całego górnego odcinka krtani, na miejscu lewej struny fałszywej widać nieczysty

wrząd. W 3 dni potem wrzód ten rozszerzył się na „*petiolus epigliottidis*“ i na przedni koniec prawej struny fałszywej. Gorączka coraz większa, kaszel również, bezgłos zupełny, obfita śluzoropna płwocina, kilkakrotne badanie na włókna sprężyste dało wyniki ujemne. W płucach, pomimo bardzo szczegółowych badań, prócz objawów rozlanego nieżytu grubych i średnich oskrzeli, żadnych innych wykryć nie udało się. *Heavis*, nocne poty, coraz większy upadek stanu ogólnego; w płwocinie znaleziono nieco laseczników gruźliczych. W 6 tygodni po operacji, chory na żądanie rodziny został wypisany, w tydzień potem zmarł. Tym sposobem sekcyjna niestety wykonaną być nie mogła.

Autor przypadek powyższy uważa za bardzo rzadki ze względu na punkt wyjścia guza gruźliczego. O ile bowiem tylna ścianka krtani stosunkowo dość często daje początek wyżej wspomnianym guzom, o tyle znowu rzadko umiejscawiają się one na strunach fałszywych. Dalej przypadek powyższy ciekawym jest i pod innym jeszcze względem, mamy w nim bowiem do czynienia z pierwotną gruźlicą krtani, co zdaje się nie ulegać wątpliwości. W dalszym ciągu autor zadaje sobie pytanie, jak wytłómaczyć ten fatalny skutek, jaki w powyższym przypadku zdaje się wywarła operacja przecięcia krtani *event.* usunięcie guza na przebieg danego cierpienia. Autor przypuszcza, że całkowitego ogniska gruźliczego nie udało się prawdopodobnie usunąć, stąd wpływ czynników chorobotwórczych *resp.* laseczników gruźliczych na zachowanie się rany pooperacyjnej, stąd ów wrzód nieczysty, rozszerzający się wgłąb i w szerz. W dalszym ciągu też same czynniki chorobotwórcze przez oddechanie dostały się do płuc, wywołując tam wtórnem zakażeniem w postaci licznych ognisk gruźliczych, innemi słowy: ostrą prosówkową wdychową gruźlicę płuc. W końcu autor przetrzeża przed użyciem w analogicznych przypadkach krwawego rękoczynu, stosowniejsem według niego byłoby użycie żegadła galwanicznego:

Jan Sędziak.

(*St. Petersburger Medic. Woch. Nr. 16, 1888*).

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE

Na posiedzeniu klinicznym d. 18. IX. 1888 roku, kol. SZUMLAŃSKI mówił o kreolinie w cierpieniach gardzieli krtani i nosa. Pierwszy FROEHNER zalecał kreolinę jako środek silnie przeciwgnilny, a nie posiadający własności trujących. Stosowali ją następnie NEUDORFER, JENNER i ESMARCH. Według PENTZOLDL'a dla królika zabójczą jest dawka 0,4 kreoliny wstrzyknięta pod skórę. SCHNITZLER stosuje kreolinę w postaci płukań [1—5% roztwór], wzięwań [0,2—1%], pędzlowań [1—5%] w pleśniówkach, *angina follicularis*, *śródmiaższowem* zapaleniu gardzieli i gruźlicy krtani. URBANTCHITCH zaleca kreolinę w cierpieniach ucha do wstrzykiwań [10 krop. na $\frac{1}{2}$ litra wody] i jako maść 2% z waseliną przy pryszczycy muszli usznej.

Kol. MALINOWSKI stosował kreolinę przy błonicy gardzieli u dzieci. Błony rzeczywiście zmniejszają się, ale działanie jest bardzo powolne.

Na posiedzeniu klinicznym d. 25. IX. r. b. kol. MATLAKOWSKI opisał dwa przypadki częściowego wycięcia żołądka z powodu raka odźwiernika. W obu tych przypadkach najważniejszym objawem raka był guz. Inne objawy były niewyraźne: ani charakterystycznych wymiotów ani bólów nie było. W jednym

z tych przypadków istniało tak znaczne rozszerzenie żołądka, że ten ostatni dosięgał spojenia łonowego.

Kol. M. opisuje szczegółowo operację wycięcia odźwiernika, skreśliwszy przedtem topografię żołądka i zabiegi przedoperacyjne. Mówiąc o dotychczasowych niezbyt świetnych wynikach tej operacji, kol. M. zaznacza, że przyczyną takich wyników jest brak dość wczesnego rozpoznania. W przypadkach kol. M., jedna chora żyła 52 dni po operacji, miała się dobrze przez dni 7; 8-go dnia dostała zapalenia płuc kachektycznego i zmarła wśród objawów ogólnego wycieńczenia. W przypadku drugim chora już wiekowa i nadzwyczaj wycieńczona zmarła tego samego dnia po operacji.

Kol. REJCHMANN w obszernem przemówieniu streścił całą symptomatologię raka, podnosząc szczególnie ważne znaczenie dla pomyślności zejść operacyjnych, wczesne rozpoznanie tej choroby. Najwcześniejsze objawy raka występujące zwykle u ludzi starszych, istnieją w przeważającej liczbie przypadków od czasu niedawnego, od kilku zaledwie miesięcy. Przedtem chorzy żadnych dolegliwości ze strony żołądka nie doznają. Do tych wczesnych objawów prócz odbijań uczucia zbytnej pełności w żołądku po jedzeniu, należy przedewszystkiem stały i absolutny brak łaknienia ze wstrętem do pokarmów mięsnych. Jednocześnie rozpoczyna się chudnienie i znaczny upadek sił. Po upływie dłuższego dopiero czasu występują bardziej charakterystyczne dla raka żołądka objawy, jak guz, wymioty, krwotoki żołądkowe i właściwa kacheksja. Badanie zawartości żołądka, otrzymanej za pomocą zgłębnika albo wymiotów, wykazuje zwykle masę gęstą, cuchnącą, ciemnego koloru, zależnego od obecności krwi, która jednakże tak jest rozłożoną, że zwykle niepodobna znaleźć kryształków TEICHMANN'a. Pod drobnowidzem znajdujemy ciała ropne i ogromną ilość mikrokoków i laseczników gnilnych. Kwaśność zależy od kwasów organicznych. Maltozy zwykle znajdujemy dużo, erytrodekstryny mało, a częściej brak zupełny, brak kwasu solnego lubo bardzo częsty, jednak nie ma tak stanowczego znaczenia, wobec tego, że i przy niezycie zanikowym brak także HCl. Kacheksja rakowa charakteryzuje się obecnością białkomoczu. Zmniejszenie ilości mocznika w moczu, dawniej niesłusznie uważane za charakterystyczne znamię kacheksyi rakowej, bywa i przy innych kacheksyjach i zależy od głodu.

Kol. MATLAKOWSKI przypuszcza, że właśnie rak żołądka musi się rozwijać bardzo powoli, tylko że nie posiadamy metod do rozpoznania wczesnych okresów raka i dlatego pożądaną byłoby rzeczą, aby anatomo-patologowie notowali przypadki raka żołądka, nie rozpoznane za życia.

Kol. TRZCIŃSKI podniósł kwestyję, czy w pomyślnych przypadkach rezekeji żołądka znajdowano kwas solny po operacji.

Na to kol. MATLAKOWSKI odpowiada, że w znanym przypadku BILROTH'a na obecność kwasu solnego nie zwrócono uwagi.

Kol. GRUNDZACH i kol. RAJCHMANN twierdzą, że w bliźnowato zmienionej błonie śluzowej gruczoły nie mogą się regenerować. Kol. zaś REJCHMANN nadmienienia, że trawienie pokarmów [w kiszkiach] może się odbywać bez trawienia żołądkowego, byle błona mięśniowa żołądka była dość silną dla przesunięcia pokarmu do kiszki.

Vice-prezes PRZEWOSKI, w kwestyi wczesnego rozpoznania raka, robi następujące uwagi: 1) tylko rak odźwiernika daje znać o sobie wcześniej wskutek stosunków mechanicznych. Owe niespodzianie na sekcji znalezione raki mieszczą się zwykle na przedniej lub tylnej ścianie albo na dnie żołądka, 2) początkowe objawy raka muszą być różne stosownie do tego, czy rak zaczyna się rozwijać w żołądku zupełnie zdrowym czy już poprzednio chorym. SCIRRHUS np. prawie zawsze zjawia się w towarzystwie silnego nieżytu przerostowego, a najczęściej spotykany *carcinoma simplex* przedstawia się tak, jakby się zaczął na gruncie przygotowanym przez nieżyt i jako dalszy ciąg zmian nieżyto-

wych, 3) najzwyczajsze raki żołądka są *carc. vulgare* i *carc. medulare*; inne są rzadkie. Ztąd chirurg najczęściej ma do czynienia z temi pierwszymi, 4) jeżeli bywają raki, które się szybko generalizują, to w pierwszej linii trzeba między niemi postawić rak żołądka.

Prezes BRODOWSKI również zwraca uwagę na różnaitość form raka żołądka: jedne pozostają długo jako sprawa miejscowa, drugie szybko się generalizują. W tym ostatnim razie pierwotny rak żołądka nieraz jest tak nieznaczny, że zaledwie na sekcji może być odnaleziony. Kol. GOLDFLAM wreszcie mniema, że muszą istnieć jakieś wczesne objawy raka, ale ich nie znamy. Wszak i *tabes* rozpoznawaliśmy niegdyś dopiero wtedy, kiedy występowała *ataxia*, obecnie rozpoznajemy tę chorobę o 20 lat wcześniej.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. W ostatnich kilku tygodniach spostrzegać się dawały liczne przypadki żółtaczki u dzieci. Jest to prawdopodobnie epidemija żółtaczki nieżytowej, kilkakrotnie już w prasie zagranicznej opisana. Dobrzeby było, żeby nasi bakterjologowie zajęli się badaniami nad przyczyną tej epidemii, która [przyczyna] być może dałoby się wykryć przy badaniu drobnoustroju w kale.

Nadesłano do Redakcyi.

- S. KRYSIŃSKI. Pathologische und kritische Beiträge zur Mutterhornfrage. Jena. 1888.
JAKOB SZWAJCER. Abbazia jako stacyja klimatyczna i kąpielowo-morska. Warszawa. 1888.
A. GABSZEWICZ. O doszczętnem leczeniu wolnych przepuklin. Warszawa. 1888.
J. W. SAWICKI. O związku przyczynowym zjawisk zachodzących w nerwach. Warszawa. 1888 roku.
A. SCHROOT [tłomacz. A. FABIAN]. Życie i zdrowie człowieka. Warszawa. 1889.
WICHERKIEWICZ. Dziesiąte sprawozdanie roczne zakładu leczniczego dla ubogich chorych na eczy w Poznaniu za rok 1887. Poznań. 1888.
Ozsetek medecinskago departamenta za 1886 god. Petersburg. 1888.
POLAK. Medycinsko-staticzeskij otzet po bolnice mładienca Isusa za 1887 god.. Warszawa. 1888 roku.

Odpowiedzi Redakcyi.

Kolegom G. H. i R. w Zamościu. Postępowanie wymienionego w liście Szanownych Panów kolegów, o ile można bezwzględnie wierzyć chorym lub ich otoczeniu, powtarzającym zdanie jednego lekarza o drugim, jest wysoce nieetycznem. W razie niewątpliwego sprawdzenia faktu wykroczenia przeciwko etyce, najwłaściwszą drogą według naszego zdania jest pociągnięcie takiego kolegi przed sąd koleżeński. Ogłaszanie listów, piętnujących postępowanie kolegi szczególniej bez przytoczenia ścisłych dowodów ich winy, nie odpowiada również wymaganiom etyki.

SUPPOSITORIA cum GLICERINO

Polecamy uwadze Szanownych Panów Doktorów czopki glicerynowe:

- 1) z mydłem stearynowem (bez żelatyny) 90% gliceryny
- 2) z żelatyną 80% gliceryny
- 3) z żelatyną i mydłem lekarskiem 60% gliceryny

które mają tę wyższość nad ławatywami i czopkami Boasa Sautera przygotowanymi z masłem kakaowem iż daleko mniej drażnią kiszkę i nigdy nie wywołują następczych tenezmów.

Massa z mydła stearynowego lub też żelatynowa nierozpuszcza się całkowicie a tylko o tyle o ile potrzeba do podrażnienia błony śluzowej aby wywołać wypróżnienia, które następuje przy zastosowaniu powyższych czopków w 10 minut. Próbowane one były z pomyślnym skutkiem w szpitalach Warszawskich.

Czopki w mowie będące przygotowujemy wielkości 1,5, 2,0 i 2,5 i stale posiadamy gotowe, mamy zaszczyt polecić je uwadze Szan. Panów Doktorów.

BIERTÜMPFEL i GESSNER

aptekarze, Aleja Jerozolimska 27 róg Kruczej.

10-4

D-r E. Brühl,

ordynuje od 16 Września do 10 Maja w **Meranie**, Marktgasse 5,

od 15 Maja do 15 Września w **Gleichenbergu**, Villa Max.

12-3

D-r TYMOWSKI

praktykować będzie w tym roku, podobnie jak i lat poprzednich

w **SAN REMO.**

6-4

Podręcznik do jakościowej i ilościowej analizy moczu,

z 5 tablicami chromolitografowanymi i drzeworytami w tekście, przez **A. Bukowskiego** Asystenta farmacyi w Warsz. Uniwersytecie. Na składzie w Redakeyi „Wiadomości Farmaceutycznych“ Krak.-Przedmieście № 45 i Księgami E. Wende. Cena Rs. 2 z przesyłką Rs. 2 kop. 20. 3-3

NARZĘDZIA CHIRURGICZNE

w metalowych oprawach (antyseptyczne) i zwykłych najtaniej w składach **J. Jodłowskiego**, Bielańska № 5 i Marszałkowska № 137;—Cenniki franco. 6-4

Miejsce kuracyjne **SALZBRUNN,** na Szlązku.

Sezon kuracyjny od 1 Maja do końca Września.

OBERBRUNNEN

(Źródło alkaliczne pierwszorzędne znane pod względem leczniczym od r. 1601. Odznacza się wyborowym smakiem i zawartością przewyborowych środków leczniczych przeciw chorobom narządów oddechania, żołądka, narządów moczowych, pedogrze i t. d.)

Wysyłkę skuteczniąją w każdej porze roku

Salzbrunn na Szlązku

Furbach i Strieboll.

26-23