

# 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:** I. ED. PRZEWOŚKI. Przypadek śmierci z czystego wstrząsu nerwowego (*shoc*). — II. WŁADYSŁAW MATLAKOWSKI. Zestawienie 25 przypadków otwarcia jamy otrzewnej przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych niezapalnego pochodzenia (Dalszy ciąg). — III. A. JANISZEWSKI. Badania nad nowym sposobem leczenia ran, pod wilgotnym strupem krwi bez zmian opatrunku, dokonane w Szpitalu S-go Jana Bożego w Lublinie (Dalszy ciąg). — *Dział sprawozdawczy.* — 42 T. ENGELMANN. Kwas octowy jako środek przeciwnilny w połoźnietwie. — Ogłoszenia.

## Pilulae ferri oxydulati. Pilulae ferri oxydulati cum chinino sulphurico.

Liczne poszukiwania tak dawniejszych jako i współczesnych klinicyстів oraz farmakologów wykazały, iż nie wszystkie przetwory żelaza zarówno są skuteczne, i że pomimo podawania jednakowych ilości tego pierwiastku zawartego w rozmaitych związkach, rezultaty lecznicze bywają jednakże różne (BLAUD, NIEMEYER, VALLET, HUSEMANN, BINZ i wielu innych). Przyczyny tego faktu szukać należy w tem, że nie wszystkie przetwory żelaza z równą łatwością są przez organizm przyswajane, oraz że gdy jedno nawet w znacznie większych ilościach mogą być zadawane, inne drażnią przewód pokarmowy i już w niedługim czasie muszą być zaniechane. Ze wszystkich dotąd wypróbowanych przetworów najbardziej odpowiada celowi *wodan tlenku żelaza*, gdyż najłatwiej ulega przyswojeniu i wybornie nawet słabe żołądki go znoszą. W obec tych jego szacownych własności, przygotowanie wszelkich form farmaceutycznych z powyższego przetworu ma, jak sądzę, wszelką racyję bytu i pierwszeństwo przed innymi. Mając to na uwadze, już oddawna zająłem się wyrobem pigułek zawierających już to czysty *per se* przetwór o którym mowa jako: *pilulae ferri oxydulati*, już też z dodatkiem chininy jako *pilulae ferri oxydulati cum chinino sulphurico*. Każda pigułka zawiera około pół grana bezwodnego tlenku żelaza (ściśle biorąc nieco więcej bo 0,6 grana). Pość chininy (w pigułkach drugiego rodzaju) wynosi 1/2 grana na sztukę.

Kilkakrotne badania nad działaniem powyższych pigułek, dokonane z najlepszym skutkiem w warszawskich szpitalach, jak o tem przekonywają wydane mi przez powagi lekarskie świadectwa, pedantyczna dokładność w przygotowaniu, tak nieodbitie potrzebna jak wiadomo, aby dany przetwór nie ulegał rozkładowi, a wreszcie, dostępność ceny: dają mi jak mniemam zupełne prawo do konkurencyi z podobnymi wyrobami zagranicznymi, które zawierając przetwory niezawsze wytrzymujące krytykę ze stanowiska farmakologicznego, oraz będąc w stosunku do swej rzeczywistej wartości nieproporcjonalnie drogiemi, daleko stoją niżej od swojskiego, krajowego wyrobu.

M. Mutniański.

# APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH,

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH,  
pod firmą

## D<sup>R</sup> T. HEINRICH

w WARSZAWIE

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

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

47-4

## 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

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku

dzieło pod tytułem:

# TERAPIJA OGÓLNA

przez prof. Hoffmanna.

Cena dzieła wynosi Rs. 4, z przesyłką 4.50 a zatem jest tańszą od oryginału niemieckiego. Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 119. oraz we wszystkich Księgarniach.

0-10

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej

# FARMAKOLOGIJA

professorów Nothnagel'a i Rossbach'a

Cena dzieła wynosi Rs. 6, z przesyłką Rs. 6 k. 50.

Nabywać takowe można w Redakcyi Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 119, oraz w innych Redakcyjach warszawskich czasopism lekarskich i we wszystkich księgarniach.

0-3

# GAZETA LEKARSKA.

## I. PRZYPADEK ŚMIERCI Z CZYSTEGO WSTRZĄSU NERWOWEGO

(*shoc*).

[Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego].

Skreślił

**D-r Edward Przewoski.**

Szanowni koledzy! przypadek jaki mam zamiar przedstawić, należy do rzadkich i zasługuje na uwagę dlatego, że potrąca o pytania, które rozwiązać jeszcze należy.

Jest on następujący: dwóch młodych i silnych ludzi, służących w warszawskiej straży ogniowej, poszło do prostytutki zamieszkałej na jednej z nadwiślańskich ulic naszego miasta. Przybywszy na miejsce, nie weszli do niej razem. Wszedł najpierw jeden, pozostawiając towarzysza na ulicy. Ten ostatni czekał dosyć długo i prawdopodobnie tem zniecierpliwiony, wychodzącego od prostytutki pierwszego strażaka bardzo mocno kopnął nogą w brzuch. Kopnięty zachwiał się, zbladł niezmiernie, jęknął, upadł i po chwili wyzionął ducha. Przybyły lekarz stwierdził tylko śmierć; policzka zabrała zmarłego do przedpogrzebowego domu.

Wyznaczony przez sąd do dokonania poszukiwania pośmiertnego D-r BERNHARDT, wezwał mnie do pomocy i razem, wobec komisji sądowej, dokonaliśmy badania pośmiertnego na zupełnie świeżym jeszcze trupie.

Znaleźliśmy ciało mężczyzny dobrego wzrostu i mocnej budowy. Uderzała tylko od pierwszego wejrzenia wielka bledość skóry, na której jedynie na tylnych częściach ciała widać było dosyć wiele plam pośmiertnych. Nadto prawie w pośrodku, pomiędzy pępkiem a spojeniem łonowem, dostrzeżono niewielką poprzeczno-owalną, nieco sinawą plamę, wielkości około 5—6 ctm. kwadratowych. Na przestrzeni odpowiadającej tej plamie, naskórek miejscami był zdarty i w skórze, jakoteż w tkance łącznej podskórnej, znajdowało się nieco włosowatych wylewów krwi. Sinawy kolor wzmiankowanej plamy głównie zależał od szybko wyrażającego się w jej obrębie gnicia, a sama plama odpowiadała miejscu kopnięcia.

Tłuszczu w tkance łącznej podskórnej ilość mierna. Mięśnie dobrze rozwinięte, dosyć suche, blado-czerwone. Kościec mocno zbudowany i bez żadnych uszkodzeń

Czaszka zwykłej wielkości i formy z zupełnie gładką zewnętrzną i wewnętrzną powierzchnią. Opona twarda czaszkowa miernej grubości, blada. W tylnej części jej zatok żylnych trochę płynnej, czerwonej krwi, albo też nieco miękkich, ciemno-czerwonych skrzepów.

Opona miękka zarówno na wypukłości jak i na podstawie mózgu mocno blada i tylko większe jej żyły dosyć znacznie napełnione płynną krwią. Widać to szczególnie nad zrazami potylicowymi. Sama istota mózgu wszędzie blada, dosyć sucha i nigdzie nie można w niej dostrzedz nic takiego, coby nasuwało myśl o jakichkolwiek zmianach patologicznych. Tak samo przedstawia się mózdzek i cały mlecz przedłużony z górną częścią mlecza kręgowego. W powycinanych kawałkach ze wszystkich tych części ośrodków nerwowych przy badaniu mikroskopem również żadnych zmian wykryć się nie dało.

Błona śluzowa jamy ust, gardzieli, nosa, krtani i tchawicy blada.

Płuca nie przyrośnięte, zwykłej wielkości, bez żadnych stwardnień, wszędzie zawierają powietrze i prawie wszędzie blade. Błona śluzowa oskrzeli także blada. Gruczoły limfatyczne oskrzelowe nic szczególnego nie przedstawiają.

Serce prawidłowej wielkości, średnio skurezone. Mięsień serca wogóle dosyć blady, ale przedstawia wyraźną włóknistość, bez żadnych plamek żółtawych, rozrywa się trudno i pod drobnowidzem nie okazuje śladów stłuszczenia. Na obu otworach żylnych, na zastawkach dwu i trójdzielnej, jakoteż na tętnicy płucnej i na aorcie z ich zastawkami gołe oko nie odkrywa zmian żadnych. Jama lewej komórki pusta, w jamie zaś komórki prawej i prawego przedsionka trochę czerwonych, miękkich skrzepów.

Otrzewna wszędzie gładka, błyszcząca, bez żadnych śladów naderwań lub innych uszkodzeń.

Śledziona zwykłej wielkości, dosyć blada.

Wątroba i trzustka prócz bledkości nic szczególnego nie przedstawiają. Nerki z ich przewodami wyprowadzającymi także tylko blade. W narządach płciowych żadnych zmian wyraźnych nie widać. Błona śluzowa żołądka, kiszek cienkich i grubych blada.

Grubsze żyły w krężkach, żyła wrotna, żyła główna górna i dolna, a także inne większe pnie żyłne zawierają dosyć dużo płynnej krwi, albo też miękkie, ciemno-czerwone skrzepy.

Odpreparowane części nerwu brzuszego sympatycznego dla gołego oka, jak również przy badaniu drobnowidzowym żadnych dających się zauważyć zmian nie przedstawiają.

---

Na trupie więc, oprócz bledkości narządów i stosunkowo dosyć mocnego napełnienia krwią większych pni żylnych, nic więcej ani gołym okiem, ani drobnowidzem znaleźć się nie dało. Nie było też dowodów żadnego zatrucia i śledztwo pozwoliło taką przyczynę śmierci stanowczo wyłączyć.

Zupełnie analogiczne śmiertelne przypadki po uderzeniu w brzuch bez żadnych zmian anatomicznych widzieli następujący autorowie:

1. ASTLEY COOPER opowiada, że pewnego dnia szedł ulicą dorosły mężczyzna i rozpoczął spór z przechodzącą kobietą. Na to nadszedł inny mężczyzna

i tak silnie uderzył pierwszego w okolicę żołądka, że ten w jednej chwili upadł i umarł. Na trupie nie można było odszukać żadnej przyczyny nagłej śmierci, ani najmniejszego uszkodzenia.

2. Tenże ASTLEY COOPER mówi, że pewnego razu mężczyzna służący we wschodnio-indyjskiej kompanii chciał podnieść dosyć duży ciężar, gdy inny żartując z niego, kazał mu wezwać silniejszego i jednocześnie uderzył go w brzuch w okolicę dołka podsercowego. Uderzony upadł i umarł odrazu. Badanie pośmiertne także nie wykryło żadnej zmiany na trupie.

3. MASCHKA robił badanie pośmiertne na 5-io letniem dziecku, które umarło po otrzymaniu uderzenia pięścią w brzuch w okolicę żołądka. Straciło ono natychmiast przytomność i umarło w kilka minut. Wynik badania pośmiertnego był zupełnie ujemny.

4. MASCHKA otwierał ciało silnego woźnicy, który otrzymał uderzenie płaską stroną szufli w okolicę żołądka. Umarł natychmiast. Na trupie nie znaleziono zmian żadnych.

5. SCHNEIDER opisuje przypadek, w którym człowiek skutkiem uderzenia kamieniem w okolicę żołądka umarł po 5 minutach. Badanie pośmiertne nie wykazało żadnych uszkodzeń na trupie.

6. EHMER widział chłopaka, który uderzony kamieniem w brzuch, upadł i zmarł nagle bez żadnych zmian anatomicznych.

7. WOOSTER BEACH podaje spostrzeżenie następujące: 20-letni, pijany mężczyzna został aresztowany za nieporządek uliczny. Ponieważ opierał się przy aresztowaniu, przeto policyjant uderzył go swą pałeczką w okolicę żołądka. Uderzony natychmiast się uspokoił i ogromnie opadł na siłach. Po przybyciu do aresztu zaraz umarł. Przy badaniu pośmiertnem nigdzie nie znaleziono najmniejszego uszkodzenia.

8. VINCENT opowiada następujące zdarzenie. BARTHÉLEMY z Toulonu widział mężczyznę, który drągiem został uderzony w brzuch w okolicę dołka podsercowego. Natychmiast wystąpiła ogromna bolesność, ściskanie, nudność, nieprawidłowe bicie serca, uczucie zimna, dreszcze i inne podobne objawy, które jednak w ciągu dnia stopniowo złagodniały. Wieczorem zachciało się choremu jeść i czuł się stosunkowo dobrze. W nocy tego samego dnia umarł, zachowując się tak spokojnie, że nie wydał ani jednego jęku. Przy badaniu pośmiertnem nie znaleziono absolutnie żadnej zmiany.

9. MANSELL-MOULLIN widział również podobny przypadek u chłopca, który zmarł w 24 godzin po otrzymaniu uderzenia w brzuch, przy objawach zupełnego upadku sił i bez żadnych zmian anatomicznych na trupie.

Oprócz wyliczonych spostrzeżeń, może są jeszcze podobne inne, ale ja nie mogłem ich odszukać w dostępnej mi literaturze. Naturalnie przypadki nagłej śmierci bez zmian anatomicznych u ludzi poprzednio zdrowych zdarzały się nie tylko po uderzeniu w brzuch. I tak np.

PATRUBAN powiada, że pewien gwardzista został uderzony w 1848 roku, odłamkiem granatu przez zwinięty płaszcz w okolicę klatki piersiowej. Upadł on natychmiast, ale zachował zupełną przytomność umysłu i skarżył się tylko na niedające się określić mocne osłabienie w kończynach. Badanie chorego

nie pozwoliło odszukać żadnego uszkodzenia. W szpitalu zastosowano rozmaitego rodzaju środki podniecające i wzmacniające, ale bez skutku. Po ośmiu godzinach gwardzista umarł. Badanie pośmiertne wykazało tylko obecność małego siniaka nad górną częścią mostka i mocne napełnienie krwią większych naczyń żylnych.

NELATON widział człowieka, który po przygnieceniu klatki piersiowej umarł w jednym mgnieniu oka, gdy tymczasem pośmiertne badanie nie wykazało najmniejszych zmian anatomicznych.

MASCHKA otwierał ciało 12-letniego chłopca, który trafiony kamieniem z przodu w krtani natychmiast umarł. Na trupie nie znaleziono nic, coby śmierć objaśnić mogło.

Tenże MASCHKA nie znalazł żadnych uszkodzeń anatomicznych na trupie 40-sto-letniego mężczyzny, który silnie się uderzył krtanią o wystający kant jakiegoś przedmiotu.

PIROGOW wspomina o pewnym człowieku, który po silnym stłuczeniu jąder bardzo prędko umarł: badanie pośmiertne prócz małych wylewów krwi *in tunica dartos et in albuginea testiculi* nic więcej nie wykryło. Dalej np.:

CHOPART chciał młodemu, nieznieczulonemu człowiekowi przeciąć napletek. Przy pierwszym dotknięciu chirurgicznym narzędziem człowiek ten upadł nieżywy.

DESAULT u nieznieczulonego chorego, któremu miał robić litotomię, pociągnął paznogciem po kroczu, poczem ten chory krzyknął i umarł odrazu.

Liczbę podobnych przykładów możnaby znacznie powiększyć. Wszystkie one cechują się tem, że po więcej lub mniej silnem, zewnętrznem podrażnieniu następowała śmierć bez żadnych dostrzegalnych zmian anatomicznych. W jednych wszelako przypadkach śmierć ta przychodziła odrazu, gdy w innych dopiero po kilku lub kilkunastu minutach, a nawet po kilku i kilkunastu godzinach.

W powyższem mieści się faktyczna strona przedmiotu. Objaśnić wszakże we wszystkich tych przypadkach przyczynę śmierci jest obecnie niesłychanie trudno. A jednak jest to pytanie ważne dla lekarza nie tylko ze względu na interes naukowy. Prawie we wszystkich takich przypadkach sądy pytają się o powód śmierci. I w naszym przypadku powtórzyło się to samo. Pytany przez sąd, jako ekspert, skutkiem czego strażak umarł, odpowiedziałem, że w braku wszelkiej innej, dającej się dowieść przyczyny, zmuszony jestem uznać, że powodem śmierci jego było kopnięcie nogą w brzuch i że śmierć w takich warunkach zależy od gwałtownego i szkodliwego wpływu, jaki niekiedy wywiera zewnętrzne podrażnienie na ośrodkowy układ nerwowy i w następstwie na cały ustrój. Dalej starałem się dowieść prawdziwości wypowiedzianej opinii przez przytoczenie analogicznych spostrzeżeń i przez wskazanie na sposób zapatrywania się innych specjalistów.

W rezultacie z objaśnienia sąd był zadowolony, ale dla lekarza naturalisty podobne objaśnienie jest tylko koniecznem przyznaniem się do niewiadomości. Przed stu laty możnaby podać wytłomaczenie prawie takie same. Nowe ścisłe poszukiwania niezem faktycznie pewnem widocznej szczyrby w naszej nauce za-

pęknąć nie były w stanie. Sprawa pozostała ciemną, pomimo to, że od bardzo dawna starano się rozwiązać zagadkowe zjawisko. W braku niezawodnych danych pole stało tu otworem dla więcej lub mniej prawdopodobnych domysłów. Natworzono więc wiele hipotez, z których zaledwie niektóre są więcej naukowo uzasadnione.

Rozumie się, że dla żadnej hipotezy nie mogła być punktem wyjścia obserwacja przypadków odrazu śmiertelnych. Jedyną podstawę do wszelkich przypuszczeń dają tylko te przypadki, które się kończą śmiercią dopiero po pewnym czasie, albo też nieśmiertelne, niższe stopnie analogicznego cierpienia, które nie należą bynajmniej do rzadkich.

Otóż wszystkie hipotezy podane w celu objaśnienia szoku można podzielić na dwie grupy, stosownie do tego, czy największą wagę przypisuje się zmianom w układzie krążenia, czy też zmianom w układzie nerwowym.

W pierwszej grupie znowu mamy dwa poddziały: jedni wysuwają na pierwszy plan zachowanie się serca, a drudzy zachowanie się naczyń krwionośnych.

EDWARD WEBER w 1845 roku odkrył, że czynność serca może być zwolniona lub zatrzymana przez bezpośrednie podrażnienie nerwu błędnego. W 1863 roku GOLTZ dowiódł, że hamujący wpływ nerwu błędnego może być wywołany w sposób odruchowy przez podrażnienie uderzeniami obnażonych kiszek. BERNSTEIN pokazał, że to samo daje proste podrażnienie nerwów trzewiowych, albo też ich połączeń z pniem nerwu sympatycznego. Jeżeli wszakże oba nerwy błędne będą przecięte, lub mlecz przedłużony zostanie zniszczony, to w tych samych warunkach nie bywa już wymienionego hamującego wpływu. Dowodzi to, że podrażnienia przenoszą się tylko drogą nerwu błędnego.

Otóż niektórzy, jak SAVORY, v. NUSSBAUM i BLUM skorzystali z powyższych faktów dla objaśnienia zjawiska szoku. SAVORY np. uważa szok za paraliżujący wpływ nagłych podrażnień nerwowych na serce. BLUM myśli, że szok jest bezwładem mięśnia sercowego, zależnym od nadmiernego odruchowego podrażnienia *nervi vagi*.

Niezawodnie rzecz wypadalaby bardzo prosto, gdyby tak było istotnie. Ale taka hipoteza nie pozwala dostatecznie wyjaśnić wszystkich zjawisk obserwowanych przy szoku. O ile przy szoku występuje zwolnienie, lub zatrzymanie ruchów serca, to powyższy pogląd może być utrzymany. Doświadczenie jednak chirurgów stanowczo wykazuje, że stosunkowo często bywają szoki z tętnem przyspieszonym i małym. Z drugiej strony wcale nie jest rzeczą pewną, czy u zwierząt ciepłokrwistych, a więc i u człowieka, hamujący przyrząd nerwowy serca jest w stanie trwale powstrzymać ośrodek ruchowy. W tym względzie liczne doświadczenia A. B. MEYER'a doprowadziły go do przekonania, że drażnienie elektryczne tylko u żaby i węzów powstrzymuje ruchy serca na godzinę i więcej; u ptaków zaś otrzymuje się tą drogą przerwę w czynności serca tylko na krótki czas, a dalsze drażnienie wywołuje jedynie zwolnienie ruchów, a nakoniec u zwierząt ssących nigdy takim drażnieniem nie można powstrzymać działalności serca dłużej, niż na minutę. Dalej przy szoku ciśnienie krwi w naczyniach zawsze i wszędzie znacznie opada. Tymczasem liczne poszukiwania

[LICHTHEIM, LATSCHENBERGER i DEAHNA, AUBERT i ROEVER] dowodzą, że po podrażnieniu *nervi vagi* ciśnienie krwi w naczyniach to się podnosi, to opada, to pozostaje w poprzednim swym stanie, a dalej, że nerw błędny nie tylko u różnych zwierząt, ale nawet po dwóch stronach u jednego i tego samego zwierzęcia pod tym względem zachowuje się różnie. Ta hipoteza nie objaśnia również wcale powodu zwykle pojawiającego się wielkiego osłabienia czynności mięśniowej, obniżenia czucia, obniżenia czynności odruchowej, ogólnej apatyi, osłabienia zwieraczy, wydłużenia się rysów twarzy i t. d.. Nakoniec *vagus* zatrzymuje serce w rozkurczu (*diastole*), tymczasem, o ile zwrócono na ten fakt uwagę, przy badaniu pośmiertnym nie dało się to zauważyć. Niejednokrotnie nawet przy śmierci skutkiem szoku znajdowano serce mocno ściągnięte i puste.

Z powyższego jest rzeczą widoczną, że hipoteza objaśniająca skok słumieniem czynności serca przez podrażnienie nerwu błędnego (*Vagustheorie*) nie może być uznana za wystarczającą.

Myśl przypisywania największego znaczenia naczyniom krwionośnym przy szoku pojawiła się pierwszy raz w roku 1864. Wówczas to amerykańscy lekarze MITCHELL, MOREHOUSE i KEEN zaczęli uważać szok w swej istocie za zwrotne porażenie nerwów naczynio-ruchowych. H. FISCHER w dwóch rozprawach z roku 1870 i 1871 stara się ten pogląd uzasadnić na podstawie faktów zdobytych przez fizjologię. Następnie ta hipoteza znajduje wielu zwolenników. Uznają ją np. PATRUBAN [1871], LANDER BRUNTON [1873], LORETA [1875], EULENBURG [1878], GUSSENBAUER [1880], SCHEDE [1880], SEABROOK [1881] i inni.

H. FISCHER, wsparty na doświadczeniach GOLZ'a (*Klop versuch*), BEZOLD'a, BAUER'a i STANIUS'a, mniema że śmierć w przypadkach czystego szoku, jakoteż w innych analogicznych, daje się bez trudności objaśnić przypuszczeniem porażenia zwrotnego nerwów naczynio-ruchowych i głównie *nervi splanchnici*. Według niego bladeść skóry, błony śluzowej ust i łącznicy zależy wówczas od zgromadzenia się krwi w dużych naczyniach jamy brzusznej. Miejscowa, następcza bezkrwistość jest także przyczyną względnej nieczułości, obniżenia się ciepłoty i dalej słabości mięśni. Małe i nieregularne tętno i w ogóle słaba działalność serca stanowią wynik nieprawidłowego stanu serca i ścian naczyń krwionośnych. Miejscową bezkrwistością tłómaczy on również otępienie czynności mózgu apatyję, skłonność do wymiotów, same wymioty i t. d..

Nie ulega teraz wątpliwości, że jeżeli żabę uderzać pałeczką po brzuchu, to najpierw serce staje w rozkurczu, a potem zaczyna się znowu poruszać, ale jego ruchy są słabe i mało skuteczne, co zależy od ogólnego osłabienia napięcia naczyń krwionośnych. Zachodzi tu to, co przy doświadczeniach BEZOLD'a, które wykazały, że po przecięciu *nervi splanchnici* zbiera się bardzo wiele krwi w porażonych naczyniach krwionośnych jamy brzusznej i przeważnie w żyłach kręzkowych. Taka krew do pewnego stopnia usuwa się od ogólnego obiegu. Serce przepędza mało krwi i tętno staje się ledwie wyczuwalnem. Ale czy wszystko to wystarcza do wywołania takich objawów jakie widzimy przy szoku.

Najpierw fizjologija nie wykazuje wcale, żeby objętość choćby najbar-dziej rozciągniętych żył brzusznych i zwłaszcza leżących w zakresie *nervi*



*splanchninci* była tak wielka, iżby ich silne przepelnienie mogło wywołać wewnątrz-naczyniowe ujście krwi (*intravasculare Verblutung*) i skutkiem tego bardzo silną następczą bezkrwistość innych narządów. Podwiązanie np. głównego pnia żyły wrotnej [LUDWIG, THIRY, TAPPEINER, BASCH], przyczem tenże wraz ze swemi rozgałęzzeniami rozciąga się krwią nadzwyczaj silnie, nie sprowadza bardzo znacznego zubożenia w krew innych narządów. Po doświadczalnem przecięciu *nervi splanchnici* nie występują u zwierząt objawy podobne do szoku, ani też po jaknajmocniejszym napełnieniu się krwią żył brzusznych niedokrwistość mózgu i mięśni nie jest tak wielką, aby to mogło objaśnić nagłe osłabienie czynności ośrodków nerwowych i zwłaszcza mięśni.

Jakkolwiek więc hipoteza FISCHER'a, jak również jej pokrewne poglądy SCHNEIDER'a i innych wyjaśniają pewne objawy, obserwowane przy szoku, to jednak nie mogą wytłómaczyć wszystkich. Dobra zaś hipoteza powinna dać jaknajprostsze objaśnienie całego zakresu objawów.

Poglądy wskazujące na główną siedzibę zjawisk obserwowanych przy szoku w układzie nerwowym należą do najdawniejszych. W przypadkach analogicznych z naszym myślano dawniej, że przyczyna leży w uszkodzeniu nerwu sympatycznego z jego węzłami. Zwłaszcza najwięcej przypisywano złych skutków podrażnieniu splotu słonecznego (*plexus coeliacus*), który BICHAT uważał za mózg wśródbrzuszy. Tak więc mówi THIRION, że gdy uderzenie trafia w brzuch i głównie w okolice żołądka, to odbija się ono przedewszystkiem na splocie słonecznym, podczas czego przepona unosi się do góry i często następuje więcej lub mniej długie zemdlecie albo nawet śmierć sama. ERICHSEN jeszcze mniema, że natężenie wstrząśnienia przy uszkodzeniach żołądka i jego okolicy przeważnie zależy od udziału w tem wielkiego splotu słonecznego.

Wprawdzie nasze fizjologiczne wiadomości o nerwie sympatycznym dalekie są jeszcze od dokładności, ale już obecnie liczne doświadczenia obaliły rozmaite różnice, jakie stawiano poprzednio pomiędzy nerwami mózgo-rdzeniowemi, a nerwem współczulnym.

Inny pogląd na rodzaj udziału układu nerwowego, przy szoku spotykamy najpierw u ASTLEY COOPERA. Chirurg ten powiada, że znaczne uszkodzenia przez swój wpływ sympatyczny i przez silne wstrząśnienie układu nerwowego bez wszelkich innych zmian śmierć sprowadzić mogą. W więcej lub mniej odmienne wyrazy ubrany taki sam sposób zapatrywania się widzimy następnie u znacznej liczby lekarzy angielskich i amerykańskich, jak u MORRIS'a [1867], JORDAN'a [1867], LE GROS CLARK'a [1870], GROSS'a [1872], a prócz tego u niemieckich, jak u BILLROTH'a [1867], LEYDEN'a [1875] i innych. Mówią ci autorowie o molekularnem wstrząśnieniu pewnych części mózgu, o molekularnem wstrząśnieniu mleczka pacierzowego, z zależną od tego depressyją czynności. DURET usiłuje w paru pracach wykazać rolę płynu mózgo-rdzeniowego w mechanizmie tak zwanego wstrząśnienia mózgu (*choc céphalo-rachidien*). Dalej REYNIER i RICHET [1880], opierając się na swoich doświadczeniach, dążących do wywołania doświadczalnie traumatycznego szoku u zwierząt przy uszkodzeniach otrzewnej, mówią że szok jest nerwowem wyczerpaniem się mleczka pacierzowego skutkiem nadmiernego podrażnienia. Nakoniec ten ostatni pogląd stara się

uzupełnić i fizjologicznie uzasadnić G. H. GROENINGEN, w bardzo świeżej jeszcze pracy [1885]. Według GROENINGEN'a szok jest bardzo silnem zmęczeniem, albo czynnościowem wyczerpaniem się mlecza pacierzowego i rdzenia przedłużonego, wywołanem przez zewnętrzne podrażnienie. Przy takim pojęciu sprawy staje się rzeczą jasną, dlaczego odruchy muszą być słabsze albo też zupełnie zniszczone, dlaczego mięśnie wydają się bezsilne, dlaczego czucie jest osłabione, uczucie bólu stępione, toniczny skurcz zwieraczy zmniejszony, dlaczego ciepłota opada, oddechanie staje się słabszem i powierzchownem, dlaczego nakoniec ściany naczyń są porażone i ruchy serca słabe. Czynność wszystkich ośrodków nerwowych w mleczu kręgowym i przedłużonym ulega pewnemu stępieniu i w następstwie tego pojawiają się wszystkie zaburzenia oddechania, krążenia i t. d.. W podstawie zjawiska leży bardzo delikatna zmiana, o której trzeba sądzić tylko z zaburzeń czynnościowych i która w niższych stopniach wygląda się łatwo spoczynkiem. Ta zmiana jest taką, jaka zwykle występuje w zmęczonej istocie nerwowej. Drobnowidzowo ani chemicznie odkryć jej jeszcze nie można i dlatego szok nie ma swej anatomii patologicznej.

Podług więc hipotezy GROENINGEN'a mechanizm śmierci w opisanym przez nas przypadku był taki: tępy traumatyzm skierowany na przednią ścianę brzucha, podrażnił niezmiernie silnie nerwy przewodu pokarmowego i to silne podrażnienie, przeniesione do ośrodkowych narządów nerwowych, a w szczególności do mlecza przedłużonego, spowodowało w nich stan zmęczenia, wyczerpania, nieskończenie ważnych dla życia ośrodków nerwowych, co następczo wywołało tak mocne zaburzenia w oddechaniu, krążeniu krwi i t. d., że śmierć przyszła jako konieczność.

Niezawodnie hipoteza ostatnia daje możność objaśnienia wszelkich zjawisk obserwowanych przy szoku, a więc jako hipoteza wydaje się wystarczającą. Czy jednak rzecz tak się ma rzeczywiście w naturze, na to odpowiedzieć trudno. W każdym razie nasz przypadek stwierdza fakt, że i przy dzisiejszych metodach badania są jeszcze zdarzenia, w których nie jesteśmy w stanie namacalnie wykazać zmian będących przyczyną śmierci. Z czasem niezawodnie i to się uda, a wówczas nazwa szok zniknie z anatomii patologicznej. Naturalnie nazwa szok pozostanie jako forma kliniczna, ale patolog podstawi pod nią równoległą zmianę w tkankach, bez względu na to, że ta zmiana prawdopodobnie jest zmianą bardzo delikatną, a być może nawet czysto chemicznej natury.

Nie dotykam w tej pracy niższych, nie śmiertelnych, czystych form szoku, ani też szoków powikłanych, zjawiających się przy rozmaitych uszkodzeniach traumatycznych, chirurgicznych i t. d., zwracając tylko uwagę na to, że szok należy przyjmować jedynie jako ostateczną konieczność, gdy wszelkie metody badania nie doprowadzą do wynalezienia zmian, mogących objaśnić powód śmierci. Idąc tą drogą, będziemy mogli prawdopodobnie z postępem nauki ilość przypadków uważanych za szoki sprowadzić do granic coraz ciaśniejszych. Bez wątpienia wiele przypadków nagłej śmierci, poczytanych dawniej za szoki, uznanoby dzisiaj za rezultat ostrej posocznicy, stłuszczenia serca, zatrucia kwasem karbолоwym, chloroformem, za wynik embolii powietrznej, tłuszczowej i t. d..

L I T E R A T U R A .

SIR ASTLEY COOPER. The Principles and Practise of Surgery. London. 1836. — ERICHSEN, J. E. Practisches Handbuch der Chirurgie. Uebersetzt von O. THAMHAYN. 1864. — PIROGOW N. Woenno-polewaja Chirurgia. 1864. — MORRIS E. A practical treatise on Shock etc. London. 1867. — BILLROTH T. Handbuch der allg. u. spec. Chir. von PITHA u. BILLROTH, 1867, Bd. I. 2 Abthl. 2 Hft. p. 37—40. — FISCHER H. Ueber den Shok. Sammlung klin. Vortr. v. VOLKMANN Nr. 10, 1870. — FISCHER H. Ueber die Commotio cerebri, Ibid. Nr. 27. 1871. — PATRUBAN. Ueber den Shoc. Allg. Wien. med. Zeitung. 1871. Nr. 2. — LEYDEN E. Klinik der Rückenmarks-Krankheiten. Berlin. 1875. Bd. II. pag. 106—114. — BLUM A. Du shock traumatique, Arch. général de Méd., Paris janvier. 1876. — VON NUSSBAUM. Ueber den Shok etc. Vortrag. München. 1877. — DURET. Études expérimentales et clin. sur les traum. cérébr. T. I. Paris 1878. — REYNIER et RICHEL, Expériences relatives au choc péritonéal. Compt. rend. Zol. 90. Nr. 21. 1880. — SCHNEIDER M. Der Shock etc. Inaug. Diss. Berlin. 1880. — GUSSENBAUER C. Deutsche Chirurgie von BILLROTH und LÜCKE. Lieferg 15. 1880. — MASCHKA J. Lehrbuch der gerichtlichen Medicin. Tübingen. 1881. — WERNICH A. Ueber die als Neuroparalyse, Nervenschlag. Shock etc. Vierteljahrshchr. f. gericht. Med. Bd. 37 i 38. 1882. — GROENINGEN. G. H. Ueber der Shock, Wiesbaden. 1885.

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

[SZEREG DRUGI].

Podał

Władysław Matlakowski.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 44].

**Spostrzeżenie XXXIV.** *Myoma intraligamentosum lacunare; excisio partialis per enucleationem; sanatio.*

T....icz Kaźmira, 43-letnia panna z Młukszty, opowiada, że będąc zawsze zupełnie zdrową, dopiero przed 4-ma miesiącami dostrzegła powiększenie się brzucha, przyczem nie miała żadnych dolegliwości; w dwa tygodnie potem, bez widocznego dla chorej powodu, nastąpiło zatrzymanie się moczu, który potrzeba było wypuścić cewnikiem; od tej pory chora oddaje mocz z trudnością i bardzo często. W miarę jak guz się powiększał, wystąpiły bóle w krzyżu, w brzuchu zwłaszcza z lewej strony, oraz coraz bardziej wzmagający się obrzęk kończyn dolnych. Przez ten cały czas chora nie miała nigdy gorączki, ani wymiotów lub czkawki; wypróżnienia opieszałe. Chora nie rodziła; miesiączkowanie prawidłowe aż do ostatka typu 4—5 dni co 28 dni.

Sredniego wzrostu, śniada, bardzo zdrowego wyglądu, wargi czerwone, oczy błyszczące; kończyny dolne obrzękłe. Brzuch w obwodzie przez pępek mierzy 90 ctm., od pępka do wyrostka mieczykowatego 23, a do spojenia 15 ctm., głównie wypukłona w stojącym i leżącym położeniu podpępkowa połowa brzucha. Przez napiętą ścianę brzuszną wyczuwa się guz elastyczny, dający uczucie chelbotania, i słabe uczucie falowania przy uderzeniu młotkiem w brzuch; guz mniej więcej kulisty, zajmujący prawie cały brzuch z wyjątkiem dołka (*scrobiculum*) i podżebrzy wchodzący za spojenie łonowe do miednicy małej, względnie, zwłaszcza górną połowę ruchomy, niedający się unieść do góry; przy tych usiłowaniach porusze-

nia guza przekonać się można, że guz jest jakby torba nie zbyt ściśle płynem wypełniona; przed spojeniem łonowem pomiędzy ścianą brzucha a guzem wyczuwa się jakby coś miękkiego [pęcherz]; za prawą kością łonową wyczuwa się coś odporniejszego i twardszego. Cały guz [z wyjątkiem od dołu] otoczony jest terytoryjum brzucha dającym przy opukiwaniu wyraźny ton bębniasty rozdętych kiszek, zwłaszcza też wzdłuż *colon descendens* [z lewej strony]. Nakoniec przy macaniu brzucha na lewo od pępka na znacznej przestrzeni wyczuwamy bardzo wyraźne uczucie chrupania jakby śniegu (*crepitatio*), a chora doznaje tu dość żywego bólu.

Badanie przez pochwę daje wyniki nadzwyczaj godne uwagi; jama pochwy jest tak zmniejszona przez guz, że przedstawia się w kształcie ciasnej szczeliny; ku przodowi wyczuwamy spojenie, od tyłu guz niby chlebocący, szeroki zajmujący zagłębienie DOUGLAS'a i zstępujący nisko jakby w przegrodę pochwo-odbytniczą; ku górze dosięż dno pochwy nie można, i tylko przy największym wysiłku udaje się niedokładnie poczuć część pochwową, lecz o położeniu, ruchomości i wielkości macicy niepodobna powziąć żadnego wyobrażenia; to zdaje się pewnem, sądząc z miękkości i wielkości guza wyczuwanego w pochwie, że on nie jest trzonem przekształconej macicy (*retro versio completa*), przeciw czemu przemawia i prawidłowo odbywająca się miesiączka. Badanie zgłębnikiem zostało zaniechane z powodu trudności manipulowania w tak ciasnej pochwie. Przez odbytnicę wyczuwamy guz elastyczny, niezbyt twardy, wypełniający miednicę małą, przyciskający kiszki prostą do zagłębienia kości krzyżowej, którego ani górnej ani bocznych granic palcem określić się nie da. Gruczoły w pachwinie niepowiększone. Badanie to dokonane wraz z prof. GLISZCZYŃSKIM, a następnie po zapisaniu się chorej do oddziału mojego d. 7. Lipca 1888 powtórzone przez kol. BORSUKA, CIECHOMSKIEGO i GULIŃSKIEGO, zdawało się wskazywać, że mamy torbiel jajnika najprawdopodobniej lewego. Co się tyczy niezwykłego położenia, takiego wysokiego wyciągnięcia macicy, to mogło ono być następstwem albo torbieli śródwieżowej więzu szerokiego, albo że oprócz torbieli jest jeszcze mięśniak macicy. Słowem, o ile przy badaniu przez powłoki brzuszne operacyja wydawała się łatwą, o tyle po zbadaniu przez pochwę stawało przed nami prawdopodobieństwo operacji trudnej, z powodu niezwykłości stosunków, nieruchomości guza wyczuwanego przez pochwę. Nadto zaburzenia ze strony oddawania moczu, wysokie umieszczenie pęcherza nad spojeniem przed guzem, kazały przypuszczać bliski stosunek tego ostatniego z pęcherzem; nawet rozcięcie kiszki grubej świadczyło o pewnej trudności w krążeniu kału, a owo skrzywienie przemawiało za wysiękiem włóknikowym otrzewnej na ograniczonej przestrzeni. Brak *ascites*, wyborny wygląd chorej zdawał się wykluczać nowotwór złośliwy. Objawy nacisku [na pęcherz, na naczynia w miednicy, na kiszki] czyniły operacyję pomimo jej trudności przypuszczalną, konieczną. To też d. 9. VII. 1888 przy pomocy prof. GLISZCZYŃSKIEGO, GULIŃSKIEGO, CIECHOMSKIEGO, KUNIEWICZA, BORSUKA, OBRĘBSKIEGO, oraz studenta uniwersytetu Dorpackiego p. KŁECKIEGO, przystąpiłem do operacji, która okazała się o wiele trudniejszą niż się przypuszczało.

Cięcie w smudze rozpocząłem od samego pępka na 5 palców, nie dochodząc do spojenia, a to przez ostrożność żeby nie zranić pęcherza. Istotnie po otwarciu jamy otrzewnej znaleźliśmy pęcherz zrosnięty z guzem bardzo wysoko, a ponieważ w nim było nieco moczu, przeto zaraz przez dolny kąt rany wypadł na zewnątrz jak miękki woreczek z płynem. Znaleźliśmy guz wolny od przodu, od góry i po bokach, lecz gdy ręka obniżyla się ku dołowi, znalazła tam, że dolna część guza wypełnia miednicę małą, że na tylną powierzchnię guza otrzewna ze ściany tylniej brzucha przechodzi mniej więcej na linii *promontorium*, *l. innominata dextra*, że wcale nie ma dołu DOUGLAS'a, że *coecum*, wyrostek robaczkowy i końcowa część kiszki znajdują się na tylnej powierzchni guza, który

wrósł po dnie retroperitonealnie. Guz głównie zajmuje grubość więzła szero-  
kiego prawego skutkiem czego macica zupełnie przemieszczona i zepchnięta  
na lewo, leży prawie w poprzek, lewy jajnik, jajowód i więzła wolne, wiszą —  
prawy jajnik również wolny wisi na długim *lig. ovaricum*, który wraz z jajowodem  
i więzłem obłym prawym przechodzi po przednio-górnej powierzchni w ukos od  
lewego rogu macicy w górę, a potem na prawo, tak, że cięcie w smudze z bie-  
giem jajowodu przecina się pod kątem bardzo ostrym. Ponieważ przez małe  
cięcie w ścianie guza wydobyć nie można, przeto postanowiliśmy go zmniejszyć;  
po nakłuciu trójgranicem nadspodziewanie poszło bardzo mało płynu surowiczego,  
różowego, natychmiast w miedniczce ścinającego się w piękny skrzep. Teraz  
dopiero wyjąwszy trójgranicę i włożywszy palec w guz przekoaliśmy się, że guz  
nie jest torbielą, lecz szczególnym rodzajem mięśniaka, którego wnętrze, złożone  
z jam rozdzielonych bardzo cienkimi misternymi przegródkami i beleczkami  
krzyżującymi się, pękało pod naciskiem palca, płyn wypływał obficie, ścinał się  
szybko, a guz w miarę tego zmniejszał się coraz bardziej, tak, że wreszcie po-  
została część jego wyciągnąłem z rany wraz z macicą i jej dodatkami, prócz oczy-  
wiście części siedzącej w miednicy małej. Wyłuszczenie guza okazało się zu-  
pełnie niemożliwym, dlatego też odrazu stanęła druga ewentalność: ekstrapery-  
tonealne ujęcie szypuły w pętlicę i umieszczenie jej w dolnym kącie rany. I to  
jednak w pierwszej chwili wydało się niemożliwym, właściwie bowiem nie było  
szypuły. Gdyby bez wszystkiego ująć guz w najniższej i najcieńszej części  
w ligaturę sprężystą, to w niej znalazłyby się prócz guza: kątnica z wyrostkiem,  
macica, pęcherz, a prawdopodobnie i pochwa, a mimo to najniższa część guza je-  
szcze pozostałaby poniżej podwiązki. Dlatego też przedewszystkiem postanowi-  
łem zrobić siaką-taką szypułę. W tym celu uciekłem się do częściowego wy-  
łusknienia guza (*decortatio, enucleatio*), a mianowicie poprowadziłem cięcie po  
guzie w kierunku poziomym na prawej tylnej i lewej jego powierzchni, prze-  
ciąwszy otrzewną guza, odłuszczałem ją palcami lub trzonkiem noża, a każde  
grube naczynie [a było ich kilka grubości pióra gęsięgo] podwijałem. W ten  
sposób oddarłem spory płat otrzewnej z boków i z tyłu, a z nim odeszły *coecum*,  
*processus vermicularis*; a trzymając się ściśle powierzchni guza, oddzieliłem go od  
jego pokrowca otrzewnego, głęboko wzdłuż kości krzyżowej. Następnie pod-  
wijałem więzła szeroki lewy, przeciąłem go między dwoma podwiazkami i z tej  
strony oswobodziłem macicę. Z prawej zaś odłuszczyłem od guza otrzewną  
jakknajniżej, żeby wraz z nią odeszły na bok wielkie naczynia biodrowe a przede-  
wszystkiem moczowód. Teraz postanowiłem ująć w podwiązkę guz jaknajniżej,  
na granicy odłuszczonej otrzewnej; gdy atoli macica wyciągniętą była tak wy-  
soko, że jeślibym i ją wziął razem z guzem w pętlicę, ta ostatnia zesunęłaby się  
poniżej części pochwowej i otworzyłaby pochwę, ewentalnie ścisnęłaby moczow-  
ody, przeto nałożyłem podwiązkę sprężystą na sam guz, prowadząc go między  
nim i trzonem macicy, guz bowiem był związku od tyłu tylko z szyją macicy  
trzon zaś jej tu był wolny. Ścisnąwszy guz ponad podwiązką, obciąłem go; nie-  
stety podwiązka zaczęła spęłzać, wtedy poniżej nałożyłem pętlicę drucianą, lecz  
i z pod tej zaczął się tu i ówdzie wymykać brzeg szypuły. Wtedy przebiłem  
guz dwoma igłami i pod nimi objąłem go pętlicą drucianą, która nakoniec guz  
dobrze zacisnęła i obfite krwawienie powstrzymała. Teraz zmniejszyłem ranę  
w ścianie brzusznej nałożywszy kilka szwów na jej brzegi od góry, poczem przy-  
szyłem szczelnie z boków i od góry oddarty pokrowiec guza do otrzewnej ścien-  
nej, aby całkowicie zamknąć jamę brzuszną, poczem macicę i pęcherz schowałem  
do jamy brzusznej ponad spojenie i tu ranę brzuszną na nim kilku szwami  
zaszyłem, a kikut wraz z konstruktorem umieściłem w dolnej, nieszeszytej części  
rany. Opatrunek z gazy jodoformowej.

Czarno przedstawiała mi się przyszłość chorej, głównie z powodu krwoto-  
ku, a następnie z powodu sposoczenia takiej dużej części guza, leżącej poniżej

zaciskającej podwiązki, a do tego części soczystej, podobnej do mięszu pomarańczy, przesyconej płynem, zatem ogromnie nadającej się do gnicia. Na szczęście chora świetnie zniosła straszny rękoczyn, trwający dwie godziny; tętno wieczorem 84, ciepłota prawidłowa, bólów żadnych, a co najważniejsza wypuszczono mocz w dużej ilości, a z nim spadł mi pierwszy kamień z piersi, obawa uszkodzenia moczowodu. Na drugi dzień znalazłem opatrunek przesiąkniętą krwią, po zdjęciu go okazało się, że kikut krwawi, ściągnąłem więc pętlicę konstryktora i spaliłem PAQUELIN'em powierzchnię kikuta. Od tej pory chora miała się wybornie, bez wymiotów, bólów i gorączki w ciągu dni 4 po operacji. D. 13 znowu powierzchnię kikuta przypaliłem by zapobiedz rozkładowi i suto obsypałem jodoforem.

D. 15. VII. ponownie przykręciłem zaciskacz i przypaliłem, o ile można było kikut, tak żeby przedstawiał powierzchnię suchą i zwęgloną, mimo to tu i ówdzie przez spieczoną warstwę ukazywały się kropelki krwi. Od tej pory kol. CIECHOMSKI ostrożnie wycinając i przypalając kikut zmniejszał go z wolna, wreszcie zupełnie odjął. Chora przez ten czas czuła się dobrze, nie gorączkowała wcale, i d. 10. IX. 1888 wyszła ze szpitala zdrową z nieznaczną raną ziarninującą.

### 3-o. CZTERNAŚCIE OWARYJOTOMII.

#### **Spostrzeżenie XXXV.** *Kystoma ovarii sinistri; ascites; ovariotomia; sanatio.*

Zalewska Józefa, 31 l., córka włościanina z Rębkowa, przybyła do mojego oddziału d. 6 XII. 1887. Chora zauważyła przed 10 miesiącami ból w brzuchu przy chodzeniu i przy silniejszych ruchach, jednocześnie zaś typ miesiączkowania zmienił się w ten sposób, iż zamiast co 4 tygodnie, regularność zaczęła pojawiać się co 2—3 tygodnie, a w końcu od kilku miesięcy zupełnie ustała.

Wysoka, śniada, szczupła, miernie odżywiana, usposobienia bardzo spokojnego i cierpliwego. Narządy krążenia oddechania i nerki zdrowe, trawienie prawidłowe; boleści w brzuchu nie miewa. Brzuch w obwodzie ma 84 ctm. od wyrostka mieczykowatego do pępka 17, a od tego ostatniego do spojenia łonowego 20 ctm. Brzuch kulisty, lewa połowa wypuklejsza; najbardziej wypięta część poniżej pępka, lecz samo podbrzusze zapadnięte. Twardość też niejednakowa: nad spojeniem guz elastyczny, wyżej miększy, a nad pępkiem znowu twardszy; najwyraźniejsze chęłbotanie na średniej części. Odgłos w granicach guza tępy, do około pas bębnysty; guz jest ruchomy, o ile na to pozwalają jego rozmiary; ku górze sięga aż pod łuk żeberowy lewy. Nie rodziła, *virgo*, ztąd badanie przed pochwą bolesne; macica mała, część pochwowa stożkowata; sklepienia miękkie, przy obszernem badaniu miednica mała okazuje się pustą, t. j. nie zawiera guza, który z powodu swej wielkości i napięcia cały wyszedł do jamy miednicy dużej; objawów nacisku na pęcherz i kiszki nie ma.

D. 10. XII. przy pomocy kol. CIECHOMSKIEGO, GULIŃSKIEGO, BORSUKA, ŻOLEŃDZIOWSKIEGO, oraz OBREŃBSKIEGO po uspieniu chorej chloroformem, otworzyłem jamę otrzewnej cięciem w smudze, a znalazłszy torbiel zupełnie nieprzyrosłą, nakłółem ją grubym trójgranicem SPENCER WELLS'a. Szypuła gruba i cała zwyrodniona małemi torbielami została podwiązana, przypaloną żelazem i wpuszczoną do jamy otrzewnej; po starannem wymoczeniu gąbkami płynu z jamy otrzewnej, zaszyłem ranę. Zawartość torbieli gęsta, podobna do kaszy jaglanej.

Przebieg idealny, bez gorączki, wymiotów lub innych zaburzeń; rana zagoiła się *per primam*. Chora z powodu tęgiej zimy mogła opuścić oddział dopiero 4. I. 1888.

#### **Spostrzeżenie XXXVI.** *Kystoma ovarii sinistri; ovariotomia sin; accretiones largissimae; sanatio.*

Czerwińska Anna, 21 lat, z Szymanowa, przybyła do oddziału mojego dnia 20. XII. 1887 r.. Przed 10 miesiącami zauważyła powiększenie brzucha, oraz

nieprzyjemne uczucie w nim, nie dające się bliżej określić, a jednocześnie dotychczas prawidłowo odbywająca się od 15-go roku życia miesiączka zatrzymała się i nie pojawiła się już więcej. Chora nigdy nie rodziła i nie miała objawów świadczących o przebyciu zapalenia otrzewnej.

C. A. blado-różowa, wysoka, szczupła; nogi nie obrzękle. Brzuch kolosalny, beczkowaty, przez pępek mierzy w obwodzie 108, od pępka do spojenia 26, a do wyrostka mieczykowatego 19; guz jednostajnie gładki, symetrycznie kulisty, dający wyraźne chełbotanie, jednostajnie wszędzie odporny. Odgłos tympaniczny daleko aż w okolicach lędźwiowych i na VI i VII żebrze lewem; z prawej strony tępość guza zlewa się z tępością wątroby. Macica dziewicza, ruchoma; przez sklepienia wyczuwa się guz elastyczny, gładki.

21. XII. po zachloroformowaniu chorej i rozcięciu ściany brzusznej, znalazłem zrost z tą ostatnią, nakłułem torbiel i wypuściłem 20000 ctm. sześcienn. płynu gęstawego lepkiego, brudno-czokoladowego, poczem oddarłszy torbiel przyrosłą bardzo mocno do całej przedniej ściany brzusznej, oraz podwiązawszy szeroki ale długi zrost z siecią, torbiel oswobodzoną i na szczęście nie zrosłą z trzewami wydobylem, szypułę podwiązałem, obciąłem i wpuściłem. Pomimo podwiązania kilkudziesięciu naczyń na ścianie brzusznej w ogromnej ranie powstałej po oddarciu do niej torbieli, krwawienie *en nappe* bardzo żywe, tamowane gąbkami, staranna i długa tualeta, gąbkami wydobylem masę płynu zakrwawionego z dołu DOUGLAS'a i okolic nerek. Szew na ranę w ścianie brzusznej.

Przebieg idealny bez gorączki, wymiotów i t. d. Chora opuściła szpital d. 7. I. 1888 r.

**Spostrzeżenie XXXVII.** *Kystoma utriusque ovarii; ovariotomia duplex; punctio cystidis, mors e peritonitide.*

Delorme Teresa, lat 61, była nauczycielka, przybyła do oddziału d. 2 Lutego 1888 roku, z powodu złamania szyjki udowej prawej.

Powiększenie brzucha zauważyła przed 5 laty, lecz mimo to czuła się zupełnie zdrową i dlatego też nie zgodziła się na proponowaną jej przed dwoma laty operacyją. Guz aż do ostatka nie sprawiał jej żadnych dolegliwości prócz uczucia przepelnienia i ciężaru; oddawanie moczu i kału prawidłowe.

Chora średniego wzrostu, dobrej budowy, średnio odżywiana, zdrowego wyglądu. Tętno około 75, działalność serca prawidłowa; oddech prawidłowy, chociaż chora oddawna pokaszliwa, mocz białka ani cukru nie zawiera. Kończyny dolne nie obrzmiałe, lecz żyłaki i rozszerzenia żył podskórnych bardzo znaczne.

Brzuch ogromny, kulisty, obie połowy symetryczne; obwód 110, rozmiar od wyrostka mieczykowatego do pępka 36, od pępka do spojenia 26, od kolca biodrowego do pępka po obu stronach po 30 ctm.. Wyraźne chełbotanie i falowanie; guz wszędzie gładki, jednakowo odporny. Nad grzebieniem biodrowym prawym, w okolicy lędźwiowej prawej, oraz wzdłuż prawych dolnych żeber, oraz w nadbrzuszu odgłos bębniasty, w podżebrzu lewem, w lewej okolicy lędźwiowej, nad grzebieniem i kolcem lewym i wszędzie na całym brzuchu (*in decubitu dorsali*) odgłos zupełnie tępy. Macica stoi wysoko i zupełnie przyparta do spojenia łonowego; przez sklepienie tylne wyczuwa się elastyczny guz, którego ani od macicy odsunąć, ani do góry unieść, ani z macicą do góry popchnąć nie można. Badanie przez odbytnicę nie dodaje dlatego żadnego nowego szczegółu.

Widocznem było, że mamy do czynienia z torbielą jajnika, na krótkiej szypule, skutkiem tego guz szczelnie wypełnia jamę miednicy małej. Ta okoliczność oraz wiek chorej, nadto jednoczesny traumatyzm były powodem, że niechętnie myśleliśmy o operacji. Gdy wszelako chora przymuszona do leżenia, zaczęła tracić łaknienie, kaszlać, z lekka gorączkować, gdy nacisk guza na trzewa w przymusowem położeniu na grzbiecie zaczął coraz bardziej ciążyć na gospodarstwie ustroju, postanowiłem przystąpić do operacji, której konieczność

stała się i dla chorej aż nadto widoczną. W celu ulżenia chorej z trudnością dyszającej, dnia 21. II. zrobiłem nakłócie przez smugę i wypuściłem 13000 kub. ctm. płynu lepkiego, blade kawowego. Po wypuszczeniu okazało się, że w podżebrzu lewym, oraz w lewej okolicy brzucha znajduje się nierówny, twardy guz. Stosunki znajduwane przez pochwę nie zmieniły się po przekłuciu wcale.

D. 22. po zachloroformowaniu bardzo łatwym i przy dobrem uspieniu przystąpiłem do operacji przy pomocy kolegów: CIECHOMSKIEGO, GULIŃSKIEGO, BORSUKA, BORKOWSKIEGO, ŻOŁĘDZIOWSKIEGO, oraz kol. OBREBSKIEGO. Cięcie w smudze, wydobycie na zewnątrz nigdzie nieprzyrosłej pustej torbieli. Przed nią, tuż za spojeniem leży wydłużona macica. Torbiel wyrosła z prawego jajnika; prawy jajowód niesłychanie wydłużony. Podstawa guza wydaje się bardzo szeroką. Podwiązanie i obcięcie jajowodu i więzu szerokiego przy macicy; podwiązanie naczyń dochodzących guza z prawej strony; lecz ku tyłowi i ku dołowi torbiel szeroko zrosła z guzem wypełniającym szczerlinie dół DOUGLAS'a i całą jamę miednicy małej. Z początku zdawało mi się, że ten guz jest stale przyrośnięty do ścian miednicy, lecz obchodząc go palcem, przekonałem się, że tak nie jest, zacząłem go więc wyciągać; do tego było potrzeba zużyć całej siły. Okazało się, i to stanowi całą ciekawą stronę niniejszego przypadku, że to osobna torbiel była wpakowana do miednicy małej i tak szczerlinie tam wypełniała jej jamę, jak najmocniej napełniony kolpeurynter. Z największą trudnością udało mi się tę torbiel wydobyc, a w chwili gdy to uskuteczniłem, powietrze ze szmerem chlupnięcia wpadło do pustej miednicy, do której ścian nigdzie torbiel przyrosła nie była. Szypuła tej olbrzymiej z kilku części złożonej torbieli była krótka, bardzo twardą i nadzianą mnóstwem małych torbieli z zawartością prawie surowiczą; podwiązano ją jedwabiem, odcięto, przypalono. Widoczne na przecięciu grube światła naczyń jeszcze z osobna podwiązano.

Teraz okazało się, że z drugiego, lewego jajnika wyrasta torbielak, który zajmuje całą lewą połowę brzucha, aż do śledziony; torbielak nie równy, złożony z mnóstwa jam. Niechcąc go opróżniać, przedłużyłem cięcie ponad pępek, wydobylem *in toto*, podwiązałem bardzo długą szypułę i obciąłem. Obie szypuły wpuszczono do brzucha. Żadnej toalety. Szew rany w ścianie brzusznej. Brzuch po zaszyciu wyglądał jak ogromna, pusta niecka, którą wypełniano gazą i watą, opaska z plastrów lepkich i bandaży.

Przebieg zrazu był pomyślny: pierwszego dnia po operacji chora wybornie wygląda, zadowolona z operacji, nie ma bólów, ani wymiotów, ani czkawki. ciepłota 37° C., tętno 112. Drugiego dnia stan taki sam, z tą różnicą, że raz wymiotowała, a nadto z powodu swojego żywego francuzkiego charakteru ciągle się kręci, otwiera do szkatułki, boi się żeby z niej co nie wzięto i t. d., z tego względu wstrzyknięto  $\frac{1}{2}$  gr. morfiny; bezpośrednio potem wpadła w dziwny stan, a mianowicie: stała się nieprzytomną; oddech tak częsty, że dochodzi do 60 razy na minutę, tętno niezmiernie pełne 160 razy na minutę, nadzwyczajna czerwoność skóry rąk, twarzy, *turgescencia*, ciągle poruszanie rękami, ciepłota 38° C. Napad ten z wolna ustąpił i po kilku godzinach chora znowu była w dawnym stanie. 3-go dnia dano ławatywę, bez skutku. 4-go dnia tętno 92, ciepłota prawidłowa, wygląd wyborny, łaknienie na mleko, bólów nie ma, lecz brzuch nieco wzdęty i odbijanie; znowu dwie obfite ławatywy bez skutku. Przez 5 i 6—7 dzień stan taki sam. 7-go dnia zdjęto szwy, *prima intentio* bez kropli ropy. Przez cienką ścianę brzuszną widać kontury rozdętych pętl i ruchy robaczkowe. Wlewanie do kiszki zostało bez skutku. 8-go dnia wymioty po oleju rycynowym; obraz zmieniony ogromnie; rysy twarzy zmienione, tętno niewyczuwalne; uderzeń serca 128; skóra na kończynach ciepła nie wilgotna; brzuch wzdęty; moczu bardzo mało. Nakoniec 9-go dnia po czterech obfitych wlewaniach zaczęła wypływać woda, zabarwiona kałem. Chorej następnego dnia zrobiła się lepiej, tętno znowu wyczuwalne 114. 11-go i 12-go dnia dalsze wle-



wania; w nocy przyszyły nakoniec obfite kałowe, w ogromnej ilości wypróżnienia z gazami, lecz jednocześnie osłabienie się wzmogło i chora w 13 dni po operacji, dnia 6. III. zmarła. Badanie zwłok nie było skuteczzone.

**Spostrzeżenie XXXVIII.** *Cystis dermoidalis ovarii dextri; ovariectomy; sanatio.*

Ch...wska Bronisława, żona obywatela ziemskiego, l. 23 licząca, posiada guz od kilku lat, znaleziony przypadkowo przez lekarza, który ją badał z powodu innego cierpienia; guz ten nigdy nie sprawiał jej żadnych dolegliwości, ani miejscowych, ani ogólnych, nie zakłócał miesiączki, nie sprowadzał żadnych zaburzeń w oddawaniu moczu; jedynie przy oddawaniu stolca, chora doznawała pewnej niemiłej sensacji. Nigdy w ciąży nie zachodziła.

Stan ogólny świetny; różowo-biała, wybornie odżywiana i zbudowana; pokład tkanki tłuszczowej bardzo gruby; brzuch mały; przy badaniu przez pochwę znajduje się macię dziewiczą dość wysoko i z lewej strony; przez prawe i tylne sklepienie wyczuwa się guz wielkości pięści, elastyczny, okrągły, gładki wyraźnie od macię oddzielony bródzą, do pewnego stopnia niezależnie od niej poruszalny, lecz za temi granicami przy ruchu guza porusza się ku górze i macica. Rozpoznanie: *cystis dermoidalis ovarii dextri.*

D. 21. IV. przy pomocy kol. GULIŃSKIEGO, KONDRATOWICZA i ROGOZIŃSKIEGO, po rozcięciu ściany brzusznej, guz z trudnością z powodu krótkości szypuły na zewnątrz wyostałem, szeroką szypułę podwiązałem, nie zajmując w podwiązkę jajowodu, poczem guz przekłułem, wypuściłem płyn oleisty; wtedy złuznioną szypułę, jeszcze raz dla pewności podwiązałem, obciąłem i przypaliwszy do jamy otrzewnej wpuściłem. Toaleta. Szew rany w brzuchu.

Guz wyjęty okazał się torbielą kilku-komorową, zawierającą płyn oleisty, krzepnący w masę podobną do gęsiego smalcu, oraz włosów w znacznej ilości.

Przebieg. Chora przez 2 dni miała po kilka razy wymioty wodą z połkniętego lodu i nieznaczne bóle; ciepota pozostała stale między 37° i 37,8° C., tętno zawsze niżej 90; siódmego dnia po oleju rycynowym nastąpiło pierwsze wypróżnienie; szwy odjęto 9-go dnia, *1-ma intentio*, na całej przestrzeni bez kropli ropy około nitki; przebieg zatem jak najpomyślniejszy.

**Spostrzeżenie XXXIX.** *Cystoma ovarii sinistri; accretiones largae cum utero, cum tuba sinistra, cum omento; hydrosalpinx sinistra; ovariectomy dextra secundum methodam extraperitonealem; sanatio.*

Stawarska Wiktoryja, 23 lat, żona włościanina z Tyszowiec, przysłana przez kol. STECKIEGO i ZAGÓRSKIEGO wstąpiła do mojego oddziału dnia 20. IV. 1888 r.. Nigdy nie była w ciąży, pomimo że jest mężatką od 4-let. Przed półtorarokiem zaczął ją boleć brzuch, z początku w okolicy pępkowej, potem nad lewym więzłem POUPART'a, przed rokiem zauważyła powiększenie się brzucha, który zwolna ale stale wzrastał; przed 4 miesiącami bóle w połączeniu z gorączką zmusiły ją położyć się do łóżka. Zatwardzenie, oddawaniu moczu prawidłowe.

Śniada, niskiego wzrostu, zdrowego wyglądu, miernego odżywiania; pierwszy ton u wierzchołka nieczysty; mocz prawidłowego składu.

Brzuch w obwodzie na wysokości trzyma 89 ctm., od pępka do spojenia 19, a do wyrostka mieczykowatego 17 ctm.. Brzuch powiększony niesymetrycznie, prawa połowa bardziej wystaje. Guz okrągły, gładki, jednakowo wszędzie chęlboczący, jednakowo twardy, zupełnie nie dający się przesuwać z góry na dół i odwrotnie, bardzo niewiele z boku na bok, poruszający się nieco na kiszkach umieszczonych za nim, dający odgłos tępy, otoczony z boków i od góry pasem tympanitycznym. Macica stoi wysoko i od tyłu, część pochwowa stożkowata,

kanal ciasny, zgłębnikiem zbadać go nie można; przez sklepienie tylne wyczuć guza nie można, przez sklepienie przednie przeciwnie wyczuwa go się na znacznej przestrzeni, przyczem stwierdzić można, że guz prawie w całości znajduje się w miednicy dużej, małym tylko odcinkiem spuszczając się do jamy małej. Palce obu rąk pod spojeniem i po bokach nie schodzą się swobodnie.

Rozpoznanie: torbielak wyrosły z prawego jajnika, najprawdopodobniej przyrosły do ściany brzusznej; być też może iż nieruchomość guza zależy od napiętych tęgich ścian brzusznej u kobiety młodej, która nigdy nie rodziła.

Dnia 23. IV. w obecności i przy pomocy kolegów: BORSUKA, CIECHOMSKIEGO, GULIŃSKIEGO, ROGOZIŃSKIEGO, LESZCZYŃSKIEGO, KOWALEWSKIEGO, KUNIEWICZA, SAWICKIEGO, RAFAŁOWICZA, SZTEYNERA, ZAGÓRSKIEGO i OBRĘBSKIEGO dokonana została operacja. Po uspieniu chloroformem i przecięciu ściany brzusznej w smudze, znalazłem się przykrywającą torbiel od przodu i przyrosłą u dołu wzdłuż spojenia łonowego; przekonawszy się, że nie jest zrosniętą z guzem, podzieliłem ją na pęczki i popodwijałem takowe, a przeciąwszy je, utorowałem drogę do torbieli, z której po nakłuciu trójgrańcem SPENCER WELLS'a, wypuściłem płyn mętny, żółtawo-szary, część którego obok trójgrańca wylała się na gąbki i ręczniki leżące w ranie; wtedy bez trudności wy dobyłem guz na zewnątrz. Torbiel wyrastała z prawego jajnika szeroko a krótko siedząc na prawym więzie szerokim, przyrosniętą do całej prawie powierzchni tylnej macicy, oraz w części do więzu szerokiego lewego za pomocą zrostu płaszczyznowego i tęgiego. Od przodu pomiędzy torbielą i dnem macicy pozostawała wyraźna bródka; nadto z lewej strony do guza od przodu przyrosniętym był bardzo rozszerzony i kolankowato skręcony jajowód lewy, za którym widać prawidłowy jajnik lewy oraz *infundibulum* zamienione na przezroczystą torbiel.

Z początku podwijałem prawe *adnexa* [jajowód, wiąz obły, wiąz szeroki i biegnące w nim bardzo potężne naczynia], chcąc stopniowo ujmować podzieloną na pęczki przyrosniętą ścianę torbielaka w mocne podwiązki, odcinać i postąpić intraperytonealnie; lecz gdy po przecięciu jednego pęczka sączyć się zaczęła zawartość torbieli, a nadto krwawiło bardzo żywo, zarzuciłem na wszystko elastyczną podwiązkę, torbiel odciąłem, powierzchnię [złożoną z licznych przegródek torbieli wraz z wyrosłami brodawkowatemi] przypaliłem PAQUELIN'em, a dla większej pewności ażeby ligatura elastyczna nie ześlizgnęła się, przebiwszy kikut igłą pod nią, ująłem utworzoną szypułę w pętlicę drucianą zaciskadła KÖBERLE'go i idąc za radą kolegów umieściłem ekstraperytonealnie w dolnym kącie rany. W pętlicę tę ujętą został i lewy rozszerzony jajowód (*hydrosalpinx*); jajnik pozostał wolny poniżej pętlicy, która od przodu ułożyła się w rowku między torbielakiem i dnem macicy. Tę ostatnią schowałem całkowicie pod otrzewną w dolnym kącie rany; poczem powyżej nad kikutem przyszyłem otrzewną ścienną do otrzewnej szypuły pod pętlicą zaciskadła, czyli że w ten sposób cały kikut wraz z ligaturą elastyczną i pętlicą drucianą znalazły się na zewnątrz jamy otrzewnej, poczem ranę w ścianie brzusznej zaszyłem. Opatrunek jodoformowy.

Przebieg wyborny: bóle trwające po operacji ustąpiły 3-go dnia i chora nadzwyczaj spokojna i cierpliwa, przy ciepłocie zawsze prawidłowej i tętnie 80 do 84 szybko przeszła w rekonwalescencyję, 13. V. oddzieliła się szypuła, poczem rana zaczęła się szybko wypełniać ziarniną. 1. VI. S. wyszła ze szpitala zdrową.

[C. d. n.]

### III. 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.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 44].

#### **Spostrzeżenie XXIII. *Enchondroma digiti quarti manus sinistrae. Exarticulatio digiti.***

M. R., lat 48, od lat 20 ma na 4-ym palcu, na 3-im tegoż członku, guz twardej, nie bolesny, który, rosnąc zwolna, obecnie stanowi przeszkodę w czynnościach ręki. W dniu 14 Czerwca 1887 r. wyluszczone palec 4-ty i ranę ztąd pozostałą wypełniono krwią, brzegi spojono szwem i nałożono opatrunek przeciwnilny zamknięty. Po 20 dniach zdjęto opatrunek. Brzegi rany zabliźnione, wyjąwszy miejsca pozostawione dla odpływu krwi, zkąd wysuwa się biały wilgotny strup, a pod nim żywa ziarnina. Leczenie trwało 20 dni pod jednym opatrunkiem.

#### **Spostrzeżenie XXIV. *Sarcoma femoris. Exstirpatio.***

K. Z., lat 32, przedstawia na zewnętrznej stronie lewego uda guz wielkości dużej pomarańczy, ruchomy; gruczoly pachwinowe niepowiększone i nie stwardniałe. W dniu 22 Czerwca 1887 r. guz wyluszczone w zdrowych tkankach i po wypełnieniu rany krwią, brzegi rany zaszyto i nałożono opaskę przeciwnilną. Po upływie dni 15 zdjęto opatrunek. Ropienia ani śladu, brzegi zrosnięte, szwy trzymają. Bólów żadnych, gorączki nie było, nałożono opatrunek miękki ochronny. Leczenie trwało dni 12 pod jednym opatrunkiem.

#### **Spostrzeżenie XXV. *Lipoma. Exstirpatio.***

D. G., przedstawia guz wielkości dużej pomarańczy w okolicy *m. glutei dextrae*. W dniu 23 Czerwca 18 7 r. wyluszczone guz i ranę wypełniono krwią, zaszyto i nałożono opatrunek przeciwnilny. Po upływie dni 10 zdjęto opatrunek. Ropy ani śladu, brzegi zrosnięte, szwy usunięto. Leczenie trwało dni 10 pod jednym opatrunkiem.

#### **Spostrzeżenie XXVI. *Caries os. metatarsi tertii plantae dextrae. Excochleatio.***

Ż. S, lat 3. Dziecko zdrowe i dobrze wyglądające, przedstawia na prawej stopie obrzmienie twarde, przy dotykaniu bolesne, przy chodzeniu stanowiące przeszkodę i wydzielające przez przetokę dość znaczną ilość ropy rzadkiej, cuchnącej. Zgłębnik wykazuje, że kość śródstopowa trzecia jest zniszczoną. W d. 24 Czerwca 1887 r. wykonano wylżeczkowanie chorej kości i po wypełnieniu rany krwią i spojeniu brzegów szwem, założono opatrunek przeciwnilny. Po upływie dni 20 zdjęty opatrunek wykazał ranę zabliźnioną i przez czas powyższy aseptycznie utrzymaną bez śladów ropienia. Szwy usunięto i nałożono dla zabezpieczenia świeżej blizny od podrażnienia opatrunek ochronny. Leczenie trwało dni 20 pod jednym opatrunkiem.

#### **Spostrzeżenie XXVII. *Gonitis fungosa; Excochleatio marginis patellae.***

Chory włościanin przedstawia kolano prawe znacznie grubsze od lewego, szczególnie wypukłość widoczna jest na środku tegoż i na stronie wewnętrznej.

Ucisk skierowany w to miejsce wywołuje silne bóle; chodzenie znacznie utrudnione, stan ogólny dość dobry. W dniu 23 Czerwca po zachloroformowaniu wykonano wyłęczkowanie wewnętrznego brzegu rzepki (*patella*) i po wypełnieniu krwią wnętrza jamy i spojeniu brzegów szwem, nałożono opatrunek przeciwgnilny. Zaraz po operacji bóle ustąpiły. Ciężota dnia tego wieczorem, jak i następnego dnia [24-go], podniosła się do 38,6° C., już w dniu następnym [25-go] spadła do stanu prawidłowego. Po upływie dni 20-tu zdjęto opatrunek. Obrzmienia nie ma, brzegi rany zabliznione, przy ucisku na chore poprzednio miejsca bólu żadnego, lekkie ruchy w stawie możliwe. Założono opatrunek ochronny, tem więcej, że chory zażądał wypisania ze szpitala. Leczenie trwało dni 20 pod jednym opatrunkiem.

**Spostrzeżenie XXVIII.** *Abscessus regionis temporalis dextrae (magni voluminis) post periostitidem. Incisio et excochleatio.*

P. D., lat 24, przedstawia znacznych rozmiarów guz, chęłbocący, na prawej stronie. W dniu 4 Lipca 1887 r. szerokiem cięciem otworzono ropień i wewnętrzną jego powierzchnię dokładnie wyłęczkowano i oczyszczono, przyczem okazało się że kość skroniowa obnażoną jest z okostnej na bardzo znacznej przestrzeni. Po wypełnieniu krwią rany po brzegi i spojeniu ich szwem, nałożono opaskę przeciwgnilną. Po 12 dniach zdjęty opatrunek przedstawił zupełne zabliznienie rany bez śladów ropienia; szwy usunięto. Leczenie trwało dni 12 pod jednym opatrunkiem.

**Spostrzeżenie XXIX.** *Osteomyelitis tibiae chronica; osteotomia, excochleatio.*

U. J. S., 18 lat liczący; rozpoznano przewlekłe zapalenie szpiku kostnego, przystąpiłem w dniu 8 Lipca do wykonania odpowiedniej operacji; za pomocą dłuta wyciąłem kawał kości, długości 4-ech centymetrów, szerokości 1½ ctm. i wprowadziwszy ostrą łyżeczkę, całą masę zmienionego szpiku kostnego wyciąłem. Następnie wypełniwszy ranę krwią, nałożyłem szew piętrowy na oddzieloną okostną i skórę, pozostawiając otwór w środku rany dla odpływu zbytnej ilości krwi i na to wszystko nałożyłem opaskę przeciwgnilną. Po upływie dni 10 zmieniono opatrunek. Opatrunek suchy, nosi ślady przesiąknięcia krwią w pierwszych dniach po operacji. Szwy trzymają, ropienia ani śladu. Bóle ustały zupełnie, gorączki żadnej. W dniu 28 Lipca t. j. po upływie dni 20 zmieniono opatrunek powtórnie: Brzegi zrosnięte, szwy usunięto, z pozostawionego rozperka wystaje biały strup krwi, po zdjęciu którego powierzchnia rany liczną żywą ziarniną pokryta. Po przytuszowaniu azotanem srebra, nałożono opatrunek po raz trzeci, zalecając utrzymanie go jaknajdłużej bez zmiany, nie używanie jeszcze kończyń i dyjetę wzmacniającą. Leczenie trwało dni 30, opatrunek 2 razy zmieniony.

**Spostrzeżenie XXX.** *Lipoma femoris. Extirpatio.*

J. G., 35 letni, kupiec, przedstawia na prawem udzie guz wielkości średniej bułki chleba [tłuszczak]; w dniu 10 Lipca 1887 r. przystąpiłem do wyluszczenia go, poczem pozostała rana wypełniwszy krwią i brzegi rany zaszywszy, nałożyłem opatrunek przeciwgnilny. Po upływie dni 15-tu zdjęto opatrunek po raz pierwszy. Rana w zupełności zablizniona. Szwy usunięto.

**Spostrzeżenie XXXI.** *Caries superficialis costae post periostitidem, cysta in eadem regione. Enucleatio cystae et excochleatio costae.*

T. F., lat 25, przedstawia przetokę ropiejącą na lewym boku; zgłębnik wyczuwa obnażenie 8-go żebra i próchnienie tegoż. Oprócz tego, powyżej przetoki, wymacać łatwo guz inny, nie bolesny, wielkości włoskiego orzecha, ruchomy i sprężysty. W dniu 15 Lipca 1887 r. wyluszczone torbiel i wyłęczkowano spróchniałą warstwę 8-go żebra, poczem wypełniwszy krwią ranę i spoiwszy szwem jej brzegi, nałożono opatrunek przeciwgnilny. W dniu 26 Lipca t. j. po

upływie dni 10 zdjęto opatrunek. Gorączki nie było, ropy ani śladu, brzegi zlepięne. Szwy usunięto i nałożono opatrunek przeciwnilny. Leczenie trwało dni 10 pod jednym opatrunkiem.

**Spostrzeżenie XXXII. *Ateroma faciei sinistri. Enucleatio.***

S. S., lat 30, przedstawia na prawym policzku guz twardy, wielkości orzecha tureckiego [kaszak], w dniu 16 Lipca 1887 r. wyluszczone tenże; ranę pozostałą wypełniwszy krwią i zeszywszy brzegi, nałożyłem opatrunek przeciwnilny. Po upływie dni 7-iu zdjęto opatrunek, rana zablizniona, ropy ani śladu, szwy usunięto. Leczenie trwało 7 dni pod jednym opatrunkiem.

**Spostrzeżenie XXXIII. *Lymphoma colli sinistra. Extirpatio.***

S. S., lat 26, przedstawia na szyi guz wielkości połowy główki dziecięcej. W dniu 18 Lipca 1887 r. wykonałem wyluszczenie i wypełniwszy ranę krwią po brzegi, spoilem je szwem przerywanym i nałożyłem opatrunek jodoformowy ściśle zamknięty. Na drugi dzień t. j. 19 Lipca ciepłota rano 38,5° C., wieczorem 39° C.. Chory uskarża się na bóle w głowie, łaknienia nie ma, język obłożony, wymiotuje często. Już jednak 3-go dnia ciepłota spada do stanu prawidłowego i już więcej nie podniosła się zupełnie. 16 dnia po operacji zdjęty po raz pierwszy opatrunek wykazał, że szwy trzymają dobrze, ropy ani śladu, z rozporzka pozostawionego dla odpływu zbytnej ilości krwi, wygląda biały strup krwi, pod którym powierzchnia, żywą drobną ziarniną pokryta. Szwy usunięto, miejsce ziarniną pokryte dotknięto azotanem srebra i założono opatrunek ochronny. Leczenie trwało dni 16 pod jednym opatrunkiem.

**Spostrzeżenie XXXIV. *Lymphoma in regione axillari. Extirpatio.***

S. S., żołnierz, lat 62, przedstawia pod prawą pachą guz znacznych rozmiarów, twardy, nie bolesny, ruchomy we wszystkich kierunkach. Guz ten zwolna rośnie od roku, od tygodnia zaś sprawia choremu pewne dolegliwości. W dniu 22 Lipca 1887 r., za zgodą chorego, wyluszczyłem guz powyższy, składający się z 4 dużych gruczołów chłonnych, serowato przerodzonych. Po upływie dni 15 t. j. w dniu 7 Sierpnia zdjęto opatrunek po raz pierwszy. Brzegi rany zrosnięte, szwy trzymają i nie ropieją. Z rozporzka pozostawionego dla odpływu krwi, wystaje biały strup krwi, a pod nim powierzchnia ziarniną pokryta. Szwy usunięto, powierzchnię brodawkującą przytuszowano azotanem srebra i nałożono opatrunek ochronny. Leczenie trwało dni 15 pod jednym opatrunkiem.

**Spostrzeżenie XXXV. *Tuberculosis ossium tarsi sinistri. Amputatio cruris in loco electionis.***

L. M., lat 64, obrzmienie w okolicy stawu golenio-stopowego, barwy sinawo-fioletowej, przedstawia na stronie zewnętrznej 3 otwory komunikujące z sobą, w które wprowadzony zgłębnik wyczuwa zupełne zniszczenie kości. Wykonano odjęcie goleni. Podwiązawszy główne naczynia i należycie oczyściwszy ranę, wypełniłem ją krwią po brzegi i spoiwszy je szwem węzełkowym nałożyłem opatrunek przeciwnilny ściśle zamknięty. Po upływie dni 20 zdjęto opatrunek. Ropy ani śladu, szwy trzymają, brzegi rany zrosnięte. Z rozporzka pozostawionego dla ścieku krwi, wystaje biały strup krwi i wysącza się nieco płynu surowiczego. Po zdjęciu strupa powierzchnia rany pokryta żywą drobną ziarniną. Szwy usunięto, powierzchnię ziarniną pokrytą przytuszowano azotanem srebra i nałożono nowy opatrunek. W dniu 20 Sierpnia powtórnie zdjęto opatrunek. Rana zablizniona zupełnie i chory wypisany z opatrunkiem ochronnym. Leczenie trwało 31 dni, opatrunek raz tylko zmieniany.

**Spostrzeżenie XXXVI. *Vulnus conquassatum digitorum pedis sinistri. Exarticulatio digiti secundi et phalangis secundae digiti tertii.***

B. K., lat 39, rozłupując drzewo, skaleczył się siekierą, przyczem roztrząskał kości drugiego i trzeciego palca. Zaraz po zranieniu miał wyluszczoney

drugi palec i dwa pierwsze członki palca trzeciego. Rany pozostałe wypełniono krwią, zszyto i opatrzone przeciwgnilnie. Po 18 dniach zdjęty opatrunek wykazał zupełne zabliznienie ran. Szwy usunięto, gorączki w ciągu tego czasu nie było. Leczenie trwało dni 18 bez zmiany opatrunku.

**Spostrzeżenie XXXVII.** *Hygroma patellae. Enucleatio.*

S. W., lat 39, przedstawia guz na lewym kolanie. Określiwszy guz ten, wielkości jabłka, jako *hygroma patellae*, w dniu 4 Sierpnia wyłuszczyłem go, następnie ranę wypełniwszy krwią i zeszywszy jej brzegi pokryłem opatrunkiem przeciwgnilnym, ściśle zamkniętym. Po 10 dniach zdjęty opatrunek wykazał, że brzegi rany zrosły się, wyjąwszy w miejscu pozostawionem otwartem dla ścieku krwi, z którego występują żywe granulacje. Dotknięto azotanem srebra i nałożono opatrunek ochronny. W dniu 16 Sierpnia chory został wypisany. Leczenie trwało dni 10 bez zmiany opatrunku.

**Spostrzeżenie XXXVIII.** *Caries processus zygomatici dextri. Excochleatio.*

J. S., lat 20 liczący, przedstawia cierpienie wyrostka licowego. Zgłębnik wykazuje kość obnażoną i w znacznej części zniszczoną. Po przecięciu skóry ostrą łyżeczką wyskrobano kość do zdrowych części i wypełniono ranę krwią, następnie pokryto ją silkiem i opaską przeciwgnilną zamkniętą. Po 10 dniach zdjęty opatrunek wykazał wypełnienie rany powierzchnią ziarninującą żywą, którą dotknięto azotanem srebra i nową nawiązkę nałożono. Ropienia ani śladu. Chory w dniu 16 Sierpnia wypisany. Leczenie trwało 10 dni bez zmiany opatrunku.

**Spostrzeżenie XXXIX.** *Lymphoma colli. Extirpatio.*

W. P., lat 19, na prawej stronie szyi guz wielkości małej pięści, budowy zrazikowej, ruchomy przy uciskaniu, nie sprowadza uczucia bólu. W dniu 10 Sierpnia pod chloroformem wyłuszczone 2 gruczoły chłonne, serowato zwyrodnione i po oczyszczeniu rany i wypełnieniu jej krwią, założono szew i opaskę przeciwgnilną. Po 10 dniach zdjęto opatrunek, brzegi zabliznione, szwy usunięto. Leczenie trwało 10 dni pod jednym opatrunkiem.

**Spostrzeżenie XL.** *Vulnera contusa capitis cum fractura ossium cranii cum incarceratione particularum fractorum. Extractio particul. incarcerationum.*

M. W., lat 37, przybył do szpitala z powodu ran na głowie od pobicia, które miało miejsce przed 6 tygodniami. Od chwili pobicia doznawał nieustannego bólu głowy i zadane mu rany, pomimo starannych opatrunków, zabliznić się nie mogły. Przy bliższem obejrzeniu znaleziono rany na lewej kości czołowej i w tylnym kącie lewej kości ciemieniowej, obie poprzecznej długości  $1\frac{1}{2}$  ctm., pokryte wystającą ziarniną. Zgłębnik na dnie ran wyczuwa ruchome, uwięźnięte i głęboko wciśnięte odłamki. W dniu 11 Sierpnia przystąpiono do wykonania operacji. Ranę na kości ciemieniowej otworzono cięciem krzyżowem, odsunięto elewatorem pokrywającą kości czepiec i znaleziono otwór w kości, szerokości zwykłego ołówka, długości 1 ctm., w nim zaś uwięziony kawałek kości, długi szpiczasty, który przedarłszy oponę twardą tkwił w samej istocie mózgowej. Po usunięciu sekwestru, oczyszczeniu rany, wyskrobaniu brzegów porośłych nieprawidłową ziarniną, brzegi spojono szwem i nałożono opatrunek przeciwgnilny stały. Po operacji bóle głowy ustąpiły, gorączki nie było. Po 10 dniach t. j. dnia 22 Sierpnia zdjęto opatrunek. Szwy trzymają się, po zdjęciu ich jednak wysączyło się kilka kropel ropy. 30 Sierpnia zmieniono opatrunek powtórnie, brzegi rany na czole zagojone zupełnie, na kości zaś ciemieniowej nie zrosnięte, rana jednak wypełniona jest żywą ziarniną. Ropienia zaledwie ślady. 10 Września zmieniono opatrunek, rany zabliznione, chory ze szpitala wypisany. Leczenie trwało dni 28. opatrunek 2 razy zmieniony.

**Spostrzeżenie XLI. *Ateroma faciei. Enucleatio.***

S. A., lat 36, posiada na czole kaszak wielkości orzecha. W dniu 20 Sierpnia 1887 r. wyłuszczone go i po nałożeniu szwów, opaską stałą przeciwgnilną zabezpieczono. Po 8-iu dniach zdjęto opatrunek, rana w zupełności zablizniona, szwy usunięto. Leczenie trwało dni 8 pod jednym opatrunkiem.

**Spostrzeżenie XLII. *Arthritis deformans; Exarticulatio digitorum tertiorum utriusque pedis.***

A. T., lat 42, od lat kilku podlega goścowi zniepodobniającemu (*arthritis deformans*), wskutek czego palce trzecie obu nóg przybrały taką postać i kierunek, że chodzenie staje się niemożliwym i obuwiu żadnego dopasować nie można. W dniu 29 Sierpnia 1887 r., wykonano wyłuszczenie u obu nóg palca 3-go i rany pozostałe wypełniwszy krwią i brzegi ich spoiwszy szwem, ochroniono opatrunkiem przeciwgnilnym stałym. Po 10 dniach zdjęty opatrunek wykazał zupełne zabliznienie ran; szwy usunięto i nowy opatrunek ochronny założono. Leczenie trwało 10 dni pod jednym opatrunkiem.

**Spostrzeżenie XLIII. *Caries pollicis pedis sinistri. Exarticulatio.***

M. K., lat 72, przedstawia cierpienie kości na paluchu nogi lewej; wyłuszczone palec i wypełniwszy ranę krwią, spojono brzegi szwem i nałożono opatrunek przeciwgnilny ściśle zamknięty. Po 20 dniach zdjęty opatrunek wykazał zupełne zabliznienie rany. Szwy usunięto i nałożono opatrunek ochronny. Leczenie trwało 10 dni pod jednym opatrunkiem. [C. d. n.]

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

**42. T. Engelmann. Kwas octowy jako środek przeciwgnilny w położnictwie.**

Nieszczęśliwe przypadki, wydzarżające się po stosowaniu przemyciań sublimatowych wewnątrz-maciczyh, zmuszają klinicystów bezustannie do szukania co raz to pewniejszych i mniej szkodliwych środków przeciwgnilnych. Autor stosując kwas octowy *resp.* ocet przy błonicy, otrzymywał zupełnie zadawalające wyniki; próbował więc środka tego używać i do przestrzykiwań poporodowych i w przeciągu dwu lat środek ten wcale go nie zawiódł. Kwas octowy, zdaniem autora, pod względem przeciwgnilnych swych właściwości stoi na równi z kwasem karbolowym; wyższość zaś pierwszego nad ostatnim na tem polega, że może być zupełnie bezpiecznie stosowany w większem stężeniu; prócz tego ważną zaletą wzmiankowanego środka jest łatwość przenikania głębszych warstw tkanek i pod tym właśnie względem stoi znacznie wyżej niż sublimat, który, jak wiadomo, działa tylko na warstwy powierzchowne, tworząc połączenie z białkiem. Ujemną stroną kwasu octowego [co się zresztą i do sublimatu stosuje] jest niszczące działanie jego na narzędzia, które jednak można zupełnie bezkarnie zanurzyć na kwadrans w roztworze 3% kwasu octowego. Następnie zwraca autor jeszcze uwagę na tę okoliczność, że mydło nie rozpuszcza się w kwasie octowym, ręce więc trzeba przedtem myć w czystej wodzie, a następnie w roztworze przeciwgnilnym, skóra za to staje się delikatniejszą. Zwykle autor używa 3% kwasu, lecz przy gnilnem już zakażeniu ucieka się do 5% roztworu. Stosowany był kwas octowy: 5 razy przy operacjach kleszczowych, 1 raz przy położeniu twarozwem, 2 razy przy obrotach z wprowadzeniem całej ręki, 1 raz przy *placenta praevia* z tamponacją, 2 razy przy ręcznem oddzieleniu łożyska, 2 razy przy septycznem zakażeniu i kilka razy przy poronieniach. We wszystkich tych przypadkach przebieg był bezgorączkowy.

(*Centralbl. f. Gyn. N. 27. 1888*).

M. Zucker [z Pińczowa].

**D-r W. MAYZEL** wykonywa w swej prywatnej pracowni dla celów dyjagnostyki lekarskiej rozbiory chemiczne, mikroskopowe i bakteryjologiczne, analizy moczu, badania plwociny, nasienia, krwi, mleka kłdbiecego i t. d.. Poszukiwania mikroskopowe i bakteryjologiczne w najszerszym zakresie.

Ulica Szkolna 7 (od Marszałkowskiej 142).

0—8

**D-r M. Jakowski** b. asyst. kliniki dyjagnostycznej dokonywa wszelkich mikroskopowych głównie bakteryjologicznych rozbiorów wydzielin chorobowych. Ul. Wspólna № 33. 0—9

**Termometra** maksymalne ze świadectwami po Rs. 1 kop. 35, **Irrygatory** D-ra Esmarcha szklane z kompletem kanek kauczukowych po Rs. 2 kop. 50. **Inhalatory**, **Środki opatrunkowe** po cenach fabrycznych poleca **MAGAZYN OPTYCZNO-CHIRURGICZNY JULIANA DREHER. SZPITALNA Nr. 6.** 6—1

W CHEMICZNO - MIKROSKOPOWEJ PRACOWNI

dla celów dyjagnostyki lekarskiej

D-r **E. PRZEWOSKIEGO**

Prosektora Anatomii patologiczne w Cesarskim Warszawskim Uniwersytecie.

Dokonywa się wszelkich rozbiorów mikroskopowych i chemicznych, moczu, krwi, śluzu, nasienia kału i t. d. (Chmielna 32). 0—5

**NARZĘDZIA CHIRURGICZNE**

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

WYSZŁA Z DRUKU KSIĄŻECZKA POD TYTUŁEM :

„**PIELEGNOWANIE GŁOSU**“

streszczenie dzieła **D-ra Morell-Mackenzi**

„Hygiene of the vocal organs“

dokonane przez **J. Polaka**

Nabywać można w redakcyi „Zdrowia“ 25 St.-Krzyżka w Warszawie oraz w księgarniach. Cena egzemplarza kop. 60, z przesyłką 75. 0—2

**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 kışkę 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 po-ładamy gotowe, mamy zaszczyt polecić je uwadze Szan. Panów Doktorów.

**BIERTÜMPFEL i GESSNER**

aptekarze, Aleja Jeruzolimska 27 róg Kruczej.

10 5