

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

W Warszawie: rocznie . . . Rs. 5 kop. —
 półrocznie „ 2 „ 50
 kwartalnie „ 1 „ 25

Na Stacyach pocztowych w Królestwie:
 „ „ rocznie . . . Rs. 6.
 „ „ półrocznie „ 3.

W Cesarstwie wraz z przesyłką pocztową: rocznie Rs. 8.

TRESC: Wycięcie całkowite macicy (totius uteri exstirpatio). Spostrzeżenie Prof. Girsztowta. — Kazuistyka. Przegląd ważniejszych przypadków chirurgicznych etc. Dra Neugebauera, Docenta Warsz. Szk. Gł. (ciąg dalszy). — Kronika Zagraniczna. Przegląd literatury chirurgicznej angielskiej. Dra Wł. Stankiewicza. — Część statystyczna. — Wiadomości bieżące.

Wycięcie całkowite macicy (*totius uteri exstirpatio*).

Spostrzeżenie Prof. Girsztowta.

B. G., mężatka, 49 lat wieku, matka 5ga dzieci, dobrze zbudowana, od 15 roku życia miesiączkująca, czerstwem zawsze ciesząca się zdrowiem, przed 3ma laty po raz pierwszy doznawać zaczęła cuchnącego, z niewielkim bólem połączonego, odpływu z pochwy macicznej. Odpływ ten, koloru szarawego, w małej z początku wydzielający się ilości, stawał się coraz obfitszym; otrzymał barwę brunatną, i ściekając po wewnętrznej powierzchni uda wywoływał różowe zapalenie, a następnie i powierzchowne owrzodzenie skóry. Chora odpływ ten brała za białe upławy i części płciowe obmywała zimną wodą, która jednak chwilową tylko przynosiła ulgę. W takim stanie minęły dwa lata: chora jednak czasami doświadczała dotkliwych boleści, straciła apetyt, stopniowo upadała na siłach, chudła, a przed 4ma miesiącami widoczne nastąpiło pogorszenie się, przyłączyła się bowiem bezsenność, cuchnienie z pochwy bardziej było przykrém, tak że chora ciągle okrążona atmosferą *sui generis*, stała się ciężarem tak dla samej siebie, jak i dla otaczających ją.

Znekana fizycznie i moralnie pani B. G. w d. 3 grudnia z. r. zasięgać zaczęła naszej rady i pomocy. Stan jej przy badaniu był następujący: skóra na wargach wstydlivych większych, międzykroczu i powierzchniach wewnętrznych uda, miejscami obnażona z naskórka i owrzodzona, na dotykaniu bolesna; ze szczeliny (sromu niewieściego) wydziela się płyn koloru brudnego, zmieszany z kosmkami tkanek, mocno cuchnący; wprowadzając palec do pochwy przy ułożeniu chorój poziomo na wznak, wyczuwają się na przedniej powierzchni w górnej części małe nierówności, nieco twarde; część pochwowa szyi macicy całkiem prawie zniszczona, ust macicznych niema ani śladu, część górna nadpochwo-

wa szyi nierówna, twarda; sklepienie (*firmix vag.*) w części téż zniszczone. Ułożwszy następnie chorę w rączka, badając wziernikiem macicznym, w zupełności stwierdziliśmy zmiany palcami wykryte. Objętość (*lumen*) pochwy znacznie rozszerzona, tak że cała ręka najswobodniej się doń wprowadza; macica nieopuszczona, zachowuje położenie normalne. Wprowadzając jeden palec do kiszki odchodowej, drugi zaś współcześnie do pochwy, przekonywamy się, że nie tylko wypustnica (*int. rectum*), ale i tkanka łącząca ją z pochwą, są zupełnie zdrowe, jak również z drugiej strony wprowadzając kateter do pęcherza moczowego i palcem badając przez pochwę ścianę tego organu, nie znajdujemy w niej żadnego zgrubienia. W przypuszczeniu, że przykry zapach wydzielin z pochwy, może téż w części zależeć od moczu wlewającego się doń z pęcherza na przypadek istnienia małej przetoczki pochwo-pęcherzowej, której ani palcem, ani wzrokiem wykryć nie mogliśmy, kilkakrotnie nastrzykiwaliśmy płyny zabarwione do pęcherza, których przejścia do pochwy napróżnośmy zawsze oczekiwali. Gruczoły limfatyczne okolic pachwinowych zgoła nie obrzmiate; przy najstaranniejszym poszukiwaniu obrzmenia jajników nie wykryliśmy, przyjęliśmy je więc za zdrowe. W okolicy nerek na żadne bole chora się nie uskarżała i oddawanie moczu, podług słów chorój, nie było nigdy niczym zakłócone. Krwotoków z macicy lub pochwy chora nie miewała. W czynnościach narządów obrotu krwi, oddychania, trawienia, sfery umysłowej żadnych zaburzeń nie wykryliśmy.

W obec tych objawów rozpoznanie choroby zdawało się łatwem: przyjęliśmy ją za rakowiec (*cancroid*) macicy i przedniej części pochwy macicznej, jakoż badanie mikroskopowe wyciętych kawałków przeistoczonych tkanek w zupełności kliniczną naszą dyagnostykę potwierdziło. Ponieważ badanie w okolicznych tkankach i organach nie wykazało żadnych zmian wydatnych, rakowcowe przeistoczenie (w okresie rozpadu), osądziliśmy za czysto umiejscowione, usadowione w macicy i w błonie śluzowej pochwy macicznej; mieliśmy zaś do tego sążdenia poniekąd prawo z własnych klinicznych doświadczeń, bo w ciągu kilku lat ostatnich 9 razy wykonywając wycięcie szyjki macicznej jużto z zastosowaniem galwanokauстыki przyrządem Grenneta, jużto ekrazerem, z powodu przeistoczenia rakowcowego, do dziś dnia oplakujemy śmierć jednej tylko chorój z powodu dalszego szerzenia się choroby.

Leczenie nasze miało podwójny cel: poprawienie ogólnego odżywiania, podtrzymywanie sił chorój z jednej strony, z drugiej zaś stanowcze usunięcie choroby miejscowemi środkami. Do tego ostatniego przywiązywaliśmy większą wagę. Polegając na doświadczeniach Beneke, Denny, Barclay, Broadbent'a w celu zniszczenia bólów robiliśmy nastrzykiwania z kwasu cytrynowego, dla usunięcia cuchnienia wydzielin wkładaliśmy do pochwy szarpie namoczone w alkohol, a w końcu nastrzykiwaliśmy kwas octowy w nadziei zupełnego rozpuszczenia złośliwego nowotworu. Skoro jednak oświadczyliśmy, że to leczenie będzie długotrwałem, chora prosiła o operacyę. Przyjmując kankroid za nowotwór miejscowy, niesprowadzający uogólnienia (*generalisatio*) choroby, niszczący jednak wszystkie tkanki w ich rozciągłości (*continuitas*), postanowiliśmy wyciąć macicę, przeistoczenie zaś błony śluzowej pochwy leczyć w ciągu dalszym kwa-

sem octowym; jakoż w d. 3 stycznia b. r. operacyę całkowitego wycięcia macicy przy pomocy Drów Kwaśnickiego i Stankiewicza wykonaliśmy.

W kwestyi tak ważnej operacyi ustalonego zdania w nauce po dziś dzień nie mamy. Jedni chirurgowie (Velpéau, Erichsen) nie tylko wycięcie całkowite macicy, ale nawet odjęcie jęj szyjki uważają za operacyę barbarzyńską, nieprzynoszącą chorym żadnej korzyści: drudzy zaś (Clay, Burnham, Koeberlé), przytaczając wypadki wyzdrowienia po operacyi całkowitego wycięcia macicy, dowodzą, że operacya ta przynosi zaszczyt nowszej chirurgii. Nie ulega wątpliwości, że w tych chorobach, które zostawione naturalnemu przebiegowi zawsze kończą się śmiercią, przy zastosowaniu zaś stanowczego, chociażby ostatecznego środka, uwiecznione bywają czasem wyzdrowieniem, zasada „*melius remedium anceps quam nullum*“ musi być uszanowana.

Operacya całkowitego wycięcia macicy bynajmniej nie jest nową; do początku bieżącego stulecia wykonywali ją tylko przy zmieszczeniu tego organu: Ambroży Paré pierwszy wykonał ją przy *inversio uteri* jeszcze w XVI wieku (1567), a po nim wykonano ją jeszcze kilkadziesiąt razy z rozmaitem szczęściem (*we Francyi, Anglii, Holandyi i Niemczech*); Ruysch zaś pierwszy zaczął wykonywać ją w r. 1696 przy *prolapsus uteri*. Przy położeniu zaś prawidłowém macicy zaczęto ją wycinać tylko w naszym wieku i to z powodu raka.

Co do miejsca wykonywania operacyi rozróżniają dwa sposoby: wycięcie przez pochwę (*methodus vaginalis, s. infrapubica*), i wycięcie powyżej spojenia łonowego (*m. hypogastrica, suprapubica*). Wycięcie przez pochwę pierwszy dokonał Paletta trzynastego kwietnia 1812 r. w myśli, że wycina tylko szyjkę macicy, a za nim Sauter, Récamier, Dupuytren, Gendrin i w. in. Z 19 operowanych tym sposobem przy raku macicy umarło 16, wyzdrowiało 3. Sposób wycinania macicy powyżej spojenia łonowego pierwszy zaproponował w r. 1814 Gutberlat, wykonali zaś Langebeck (1825), Delpéch i w. i. Ośmieleni temi próbami, zaczęli razem z macicą wycinać i jajniki, jeden lub obydwa: tak w r. 1843 (w sierpniu) pierwszy Clay wyciął macicę z 2ma jajnikami zarazem i chora wyzdrowiała, po dziś dzień liczymy już takich operacyj 24, z których 18 umarło i 6 wyzdrowiało.

Z liczby tych operacyj w jednym roku 1863 wykonano 17, z których dwie tylko pomyślném uwiecznione zostały zejściem; potém zaś (do września 1865 r.) wykonano 7 (Clay, Koeberlé, Baker Brown, Burnham, Sands, Buckingham, Storer), z nich cztery zakończone wyzdrowieniem, trzy śmiercią.

Z krótkiego tego przeglądu statystycznego przekonywamy się, że wycięcie całkowite macicy nie jest bynajmniej bezwzględnie i zawsze operacyą śmiertelną, ale przeciwnie daje i rezultaty pomyślne tak w wypadkach wykonania jęj przy rozmaitych wskazaniach (owrzodzenie i zgorzel przy *inversio et prolapsus*, raki i inne nowotwory), jak i rozmaitemi sposobami (*meth. vaginalis et hypogastrica*).

Blundell wychodząc z zasady, że na 4 operacye, wykonane przez niego z powodu raka macicy, miał jedno wyzdrowienie, zrobił wniosek, że przy rakowcu treści macicy, rezultaty wycięcia powinny być szczęśliwsze, bo sprawa chorobowa tutaj długi czas zostaje zupełnie umiejscowioną i dawne wskazania do operacyi

powiększył jeszcze jednem. W naszym wypadku wycięcia macicy, (który, o ile nam wiadomo, jest pierwszym w Polsce), mieliśmy właśnie, jak już wyżej powiedzieliśmy, przeistoczenie rakowcowe i jak się zdawało umiejscowione, co nas bardziej jeszcze ośmieliło do usunięcia choroby drogą operacyjną. Ułożywszy chorą w rączka i wprowadziwszy wziernik macieczny trzylistny (Dra Neugebauera) do pochwy, mieliśmy przed sobą pole do działania obszerne, przednią ściankę pochwy zupełnie swobodną, sklepienie pochwy i pozostałą część szyi macicy dobrze oświetlone i dla narzędzi dostępne. Dla uniknięcia targania macicy i połączonych z nią części uznaliśmy za stosowne nie ściągać jej do dolnej części pochwy, a potrzebne cięcia celem oddzielenia i wydobycia macicy na zewnątrz wykonać utrzymując ją w naturalnym położeniu. Pierwszém zadaniem było oddzielenie (*separatio*) pochwy od macicy: na lewej stronie sprawa chorobowa niszcząc w części sklepienie dokonała już sama na pewnej przestrzeni tego dzieła, dla uzupełnienia reszty zrobiliśmy cięcie pochwy naokoło macicy skalpelem N é l a t o n a używanym do rezekcyj (rękojeść długa z ostrzem krótkim, wypukłym); poczem wziernik usunęliśmy, i palcem postanowiliśmy oddzielić macię od pęcherza i wypustnicy; jakoż wprowadzając palec w miejscu zniszczonego sklepienia przekonaliśmy się, że na stronie lewej przeistoczenie tak daleko postąpiło, że połączenia macicy z jajowodem lewym, oraz więzami z łatwością ustępowały pod palcami, z tyłu i z przodu macica dała się wyłuszczyć bez utworzenia otrzewnej, na prawej tylko stronie jej przyczepy musieliśmy rozdzielić ekrazerem zakładając go jak można najbliżej do powierzchni macicy. Po wydobyciu macicy i przemyciu pochwy, włożyliśmy doń ciepłą gąbkę; chorą położyliśmy do łóżka na grzbiecie. Operacya trwała pół godziny, chorą nie usypialiśmy, krwotoku żadnego nie było.

Po operacyi chora spokojna, skarży się na uczucie jakby małego gryzienia w pochwie. Wieczorem (w dniu operacyi) wypuszczono mocz i dano łyżkę olejku rycynowego. Nazajutrz po operacyi (4 stycznia): sen chorą przerywany, niespokojny, bóleści w pochwie, którą starannie przemyto i wypełniono szarpią. 5—7 stycznia: gorączki nie ma, apetyt chorą mały, sen orzeźwiający; przemywania te same. 8 stycznia: chora ma się dobrze, tętno uderza 76 razy, bóleści w pochwie nie czuje; apetyt wraca. 9 stycznia chora siedzi w łóżku, spokojna, wydzielanie moczu i trawienie dobre; przy badaniu wziernikiem pochwa w górnej części okazuje się nieco zwężoną, wydzieliny jej powierzchni mniej cuchną. 11 stycz. stan chorą ogólny zupełnie zadawalniający; wewnątrz pochwy wypełniono szarpią zmoczoną w roztworze winianu potażu i żelaza; tętno 70, język wilgotny, apetyt dobry. W nocy z 12 na 13 stycz. chora uskarżać się zaczęła na uczucie bólu w okolicy biodrowej lewej, brzuch trochę wzdęty i przy naciskaniu bolesny; chorą zalecono 3 proszki kalomelu po 2 gr. z $\frac{1}{6}$ cz. gr. morph. acet. i na miejsce bolesne zastosowano lód (drobno-tłuczony w pęcherzu). Wieczorem 13 stycz. objawy zapalenia otrzewnej uwydatniły się bardziej; w czasie opukiwania okolicy zgięcia biodrowego okrężnicy (*flexura sigmoidea coli*) chora oświadczyła, żeby na to nie zwracać uwagi, bo ból w tém miejscu od czasu do czasu już ona wyczuwa od lat kilku, który się rozwijał w skutku uderzenia. 14 stycznia:

dreszcze, wzdęcie brzucha większe, w okolicy dołka biodrowego lewego wyczuwa się chębotanie; tętno drobne, stolec zaparty, mocz czerwony, gęsty. 15 stycznia: chora zupełnie obojętna na wszystko, przytomna, na boleści nie uskarża się, tętno bardzo prędkie, częste odbijania, uczucie suchości w jamie ust; godzina 6 wieczorem: zimny pot okrywa czoło i klatkę piersiową, ciche majaczenie, śmierć.

Badanie pośmiertne, które łaskawie dokonał prof. anatomii patologicznej Dr. B r o d o w s k i, wykazało co następuje:

W górnej części przedniej i tylnej ścianki pochwy macicznej błona śluzowa (tylko) usiana licznymi maleńkimi ogniskami rakowca; nabłonek w niektórych miejscach odłuszczony, nowotwór przechodził w rozpad i owrzodzenie, które w jednym ograniczonym miejscu zagłębiało się przez całą grubość przedniej ścianki pochwy, wywołało zlanie się jej zupełnie z szyjką pęcherza moczowego, przeistoczenie rakowcowe jego ścianki na przestrzeni kilku linii, w skutku czego odporność tkanki o tyle była utraconą, że pod naciskiem palca rozdzielała się tworząc przetokę pęcherzo-pochwową; zresztą ścianki pęcherza zupełnie zdrowe. W okolicy dołka biodrowego lewego w trzecim zgięciu (*S romanum*) okrężnica zrosnięta z lewym jajnikiem, ścianka jej ucieńczona i w jednym miejscu małym otworkiem łącząca się z jamą otrzewną (*enterobrosis*), do której wlewały się *foeces* i były powodem ostrego jej zapalenia (*peritonitis*). Światło moczowodu lewego naciskane stwardniałym jajnikiem zupełnie zwężone, w skutku czego rozwinęło się znakomite rozszerzenie miedniczki nerki lewej (*hydronephrosis*). Nerka prawa, jako odbywająca podwójne czynności, w przeroście. Kiszka odbytowa zupełnie zdrowa; w innych organach trawienia, obrotu krwi, oddychania żadnych zmian patologicznych nie było. Jajnik prawy i jajowody zupełnie zdrowe; tkanka łączna w okolicy wyłuszczonej macicy, jak również najbliższe gruczoły limfatyczne żadnym nie uległy zmianom; otrzewna, od macicy odłuszczona, w stanie małego przekrwienia.

Nie ulega wątpliwości, że ostre zapalenie otrzewnej było przyczyną śmierci chorej; co spowodowało to zapalenie? czy obrażenie otrzewnej przy operacji, lub też zużycie (*usura*) ścianki кишки od nacisku przerośniętym jajnikiem, pęknięcie jej i wylanie się kału do jamy otrzewnej. Co do nas, to ostatnie przyjmujemy za powód zapalenia i rozróżniamy przypadkową współczesność (*coexistentia*) dwóch chorób od siebie niezależnych, mianowicie chroniczne zapalenie jajnika lewego (*oophoritis*). W następstwie uderzenia powstałe, jego powolny przerost zrosnięcie z kiszka i zniszczenie jej całości. Do takiego sądzienia upoważnia nas z jednej strony *hydronephrosis sinistra*, która latami się rozwinęła, z drugiej zaś brak anatomicznych objawów zapalenia otrzewnej na miejscu oddzielenia jej od macicy; nadto zważywszy czas ubiegły od operacji (12 dni) do wystąpienia objawów zapalenia, zwężenie górnej części pochwy, zrosnięcia otrzewnej oddzielonej od macicy z tkanką łączną i innymi częściami okrażającymi, sprawę zapalną w okolicy operacji uważać możemy za skończoną. Jesteśmy prawie pewni, że nie jeden z czytelników zwróci do nas słowa niegdyś przez Dra D e c h a m b r e'a do prof. N é l a t o n a wyrzeczone „*votre malade est morte guérie*“, ale jak w wypadku N é l a t o n a, tak i w obecnie opisanym prawda będzie po stronie autorów. Prócz tego, jeżeli przypomnimy sobie, że sprawa chorobowa była ściśle

ograniczona do macicy i błony śluzowej pochwy i na drodze operacyjnej co do macicy została usunięta, co do pochwy zaś tuszowaniem była na usunięciu, operację *wycięcia macicy* przy jej rakowcu nie możemy uważać za nieużyteczną, a przeciwnie podzielać musimy pod tym względem zdanie *Blundella*, *Claya*, *Koehrlé*.

K A Z U I S T Y K A.

Przegląd ważniejszych przypadków chirurgicznych leczonych w roku 1862 do 1866 w szpitalu *S. Ducha* w Warszawie,
przez *Dra Ludwika Adolfa Neugebauera*,
lekarza ordynującego w tymże szpitalu.

I. Wady rozwojowe.

(Ciąg dalszy, patrz N. 35).

Mówiąc o wadach rozwojowych. zamieszczam tu przy tej sposobności jeszcze następujący, jakkolwiek właściwie tu nienależący, *przypadek przyrodzonego ścieśnienia wypustu, czyli otworu stolcowego.*

W dniu 9 października 1863 r. przyniesiono do szpitala dziecię nowonarodzone płci męskiej, przed dwoma dniami przez zdrową matkę, wieśniaczkę zamieszkałą we wsi Wola pod Warszawą, zrodzone, które od chwili urodzenia stolca jeszcze nie miało. Śledząc toż dziecię, znalazłem otwór jego stolcowy prawie w zupełności zamknięty. W miejscu, gdzie otwór ten miał właśnie istnieć, znajdowało się lekkie zagłębienie, około pół cala długie, a cztery do pięciu linii szerokie. Zagłębienie to przegrodzone było przez swój środek podłużnie przebiegającą, grobelkową wyniosłością, ciemniej od reszty skóry tej okolicy ciała zabarwioną, która dzieląc je na dwie prawie symetryczne zatoki, przedłużała się w kierunku ku przodowi w szew śródkrocza. W głębi prawej z rzeczonych dwóch zatok, a mianowicie w samej przedniej jej części postrzegłem maleńki, szczelinowaty otworek, w głąb prowadzący, którego obszerność tak była nieznaczna, że z pewną tylko trudnością, główkę bardzo cienkiego zgłębnika wprowadzić weń zdołałem. Wprowadzonym zaś zgłębnikiem wdrażylem w obszerną jamę wypełnioną substancją gęstą, a gdy go napowrót na zewnątrz wyciągnąłem, to po za jego główką wystąpiła przez otworek na zewnątrz kępeczka smołki dziecięcej. Było przeto jawnem, iż rzeczony otworek był otworem stolcowym w wysokim stopniu ścieśnionym. Przymem cała okolica wypustowa w ogólności była nieco na zewnątrz wypukłona, i przedstawiała słabe chełbotanie, które widocznie pochodziło od nadmienionego nagromadzenia się smołki w kiszce wypustowej. — Dziecię, przy dotknięciu rzeczonej okolicy ciała, a nawet przy mocniejszym jej naciśnieniu nie okazywało żadnych oznak bólu i było w ogólności zupełnie spokojne; w chwili jednak, gdy kiszkę jego wypustową śledziłem zgłębnikiem, robiło usiłowanie wydania z siebie stolca, które przecież pozostało zupełnie bezskutecznem. Reszta stroju nie przedstawiała nic nieprawidłowego; zawsze atoli dziecię było źle odżywione i osłabione.

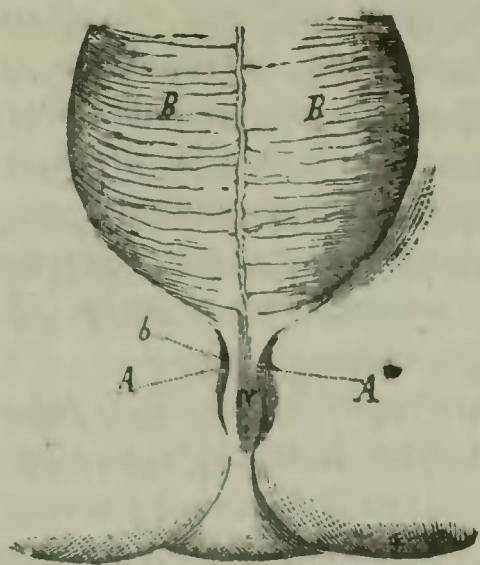


Figura 5 przedstawia okolice otworu stolcowego dziecięcia dotkniętego przyrodzonem ścieśnieniem tegoż otworu, w naturalnej wielkości. A, dołek odpowiadający wypustowi, czyli otworowi stolcowemu, rozdzielony przez podłużną grobelkową przegrodę (a) na dwa symetryczne oddziały, a mianowicie: oddział prawy (A) i oddział lewy (A), z których pierwszy mieści w sobie maleńki otworek, prowadzący do kanału кишки stolcowej, a będący właściwym otworem stolcowym (b); — B, B, worek moszenny.

Istniejące tu ścieśnienie otworu stolcowego wymagało, jak się rozumie, niezwłocznego rozszerzenia tegoż otworu. Wykonałem tę ope-

rację w sposób następujący:

Wprowadziłem małemu choremu, przez opisany wyżej ciasny otworek do кишки wypustowej cienki zgłębnik rowkowany, a zwróciwszy go rowkiem ku tyłowi i dołowi, a wstawiwszy w rowek jego koniec śpiczastego nożyka, rozciąłem nim całe dno wyżej wspomnianego dołka, aż do tylnego jego brzegu. Przez zrobione cięcie, mające pół cala długości, wraz z krwią w nieznacznej ilości z rany wyciekającą, wybuchnęła na zewnątrz znaczna ilość smołki. Rzeczona cięcie nie zdawało mi się jednak być wystarczającym i powiększyłem je, rozcinając dno dołka w mowie będącego jeszcze i w kierunku poprzecznym, przyczem, jak się rozumie, przeciąłem zarazem i wyżej wspomnianą podłużną wyniosłość, dzielącą ten dołek na dwie zatoki. Ani przy pierwszym, ani przy drugim cięciu, mały chory najmniejszego nie wydał z siebie krzyku lub jęku, owszem znać było na nim, że uzdolnienie go przez operację do swobodnego oddawania smołki, sprawiało mu wyraźną ulgę. Ztąd też i po operacji, po której jeszcze wielką ilość smołki wypróżnił, pozostał zupełnie spokojnym i widocznie się orzeźwił.

Opatrunku na ranę żadnego nie zastosowałem i ograniczyłem się na udzieleniu osobie pielęgnowaniem dziecięcia zajmującej się rady, ażeby mu po każdym stolcu, wypust sztucznie rozszerzony starannie oczyszczała.

Po operacji odniesiono dziecko do matki. Miano mi je od czasu do czasu pokazywać, zwłaszcza w razie, gdyby stan jego miał się pogorszyć. Nie przedstawiono mi go jednak więcej, i wnoszę z tego, że pozostało zdrowem.

II. Przepukliny, (h e r n i a e),

Mieszczą się tu trzy przypadki uwięzionej przepukliny udowej. (hernia cruralis incarcerata).

1) Pierwszy z nich był następujący:

Franciszka P..... wdowa po lokaju, lat 57 licząca, wzrostu niskiego, budowy ciała szczupłej, muskulatury wiotkiej, matka sześciorga dzieci, zostawszy w 52 roku życia swego dotkniętą lewostronną przepukliną udową, od tego czasu rok rocznie po kilka razy doznawała wystąpienia na zewnątrz tejże przepu-

kliny. Nie radziła się żadnego lekarza, a ile razy przepuklina wystąpiła, sama ją sobie ręką odkładała. Przy ostatniem wszelako pojawieniu się tego cierpienia, a było to w dniu 10 maja 1863 r., nie zdołała sobie pomóc. Przepuklina pozostała na zewnątrz, chora dotknięta była bolem ciągnącym w przepuklinie i brzuchu, nudnościami i womitami. Przypadki te na początku niezbyt ją dręczyły, zwolna jednak stały się od dnia do dnia dolegliwszymi i spowodowały znaczny upadek sił. Chora więc w końcu, po kilkodniowem cierpieniu zdecydowała się szukać pomocy w szpitalu Śtego Ducha. Pomieszczona w moim oddziale, w dniu 17 rzeczonego miesiąca przedstawiała stan następujący:

Skóra na całym jej ciele była chłodna, twarz okazywała wyraz nieco zapałaty i jakby zatrwożony, jak go zwykliśmy widywać u chorych dotkniętych przepukliną uwięzioną; chora skarżyła się na nieustanny, od chwili do chwili paroksyzmowym sposobem wzmagający się ból ciągnący w przepuklinie i w brzuchu, na nudności, przykry, gorzki smak w ustach i womitowała często, wyrzucając płyn mętny, żółty, łajnem cuchnący. Przepuklina przedstawiała się w postaci guza okrągłego, położonego poniżej lewego więzła P o u p a r t'a odpowiednio obręcze udowej. Guz ten leżał tuż pod skórą, i przy dotykaniu był bolesny. Był on przytem nieprzesuwalny. Skóra go pokrywająca przesuwając się dała na nim, nie była w barwie zmieniona, lecz tylko nieco cieplejsza od skóry sąsiednich okolic ciała. Opukiwanie przepukliny wzbudzało w niej dźwięk jasny, stolca chora od samej chwili wystąpienia przepukliny nie miała.

W takich okolicznościach, widząc chorą dotkniętą przepukliną udową uwięzioną w dniu jeszcze 17 maja, po bezskutecznem usiłowaniu odprowadzenia jej drogą niekrwawą, przystąpiłem, przy asystencji kolegów Groëra i Józefa Kwaśniewskiego, do operacji.

Ułożywszy chorą na stole operacyjnym i zachloroformowaawszy ją, ująłem, łącznie z jednym z kolegów asystujących, skórę pokrywającą przepuklinę palcami w fałd poprzeczny i przeciąłem ją cięciem podłużnym; trzy cale długim i to uczyniwszy, za pomocą nożyka, nożyczek, szczypczyków i śpiczastego zgłębnika rowkowanego, ostrożnymi cięciami wdrążyłem przez powięź zwierzchnią i przez dosyć gruby pokład tkanki łącznej, przepłcionej paskami i kępkami tłuszczu, do worka przepuklinowego. Worek ten nie był pokryty żadną błoną powięziową, lecz tylko licznymi, większemi i mniejszemi naczyniami krwionośnymi. Było więc jawnem, iż wydostał się on przez kanał udowy na zewnątrz w drodze przedarcia się przez tak zwaną przeponę otworu wewnętrznego tego kanału, czyli ów lejek, który powięź poprzeczna brzucha tworzy w tymże otworze na około tętnicy i żyły udowej, przy wstąpieniu tych naczyń do ich pochwy.

Doszedłszy w rzeczony sposób do worka przepuklinowego, otworzyłem go z ostrożnością w samym środku rany. Przez zrobiony otwór ulało się nieco krwawo-zabarwionego płynu. Ilość tego płynu zaledwie wynosiła drachmę. Następnie przeciąłem na zgłębniku rowkowanym tępym, wsuniętym przez ów otwór do jamy worka przepuklinowego, tenże worek w całej prawie jego długości ku dołowi i ku górze. Był on znacznie zgrubiały, ale zresztą w tkaninie swój nieprzeistoczony. Znajdowała się

zaś w jego jamie pętla kiszki cienkiej. Pętla ta była barwy ciemno-brunatno-czerwonej, mocno gazem rozdęta i w różnych miejscach z workiem przepuklinowym pozlepiana. Zlepienie atoli było nie zbyt mocne, i mogłem bez wszelkiej trudności znieść je za pomocą palców.

Uwolniwszy kishkę od worka przepuklinowego, zaszedłem końcem lewego palca wskazującego do otworu przepuklinowego, a znalazszy go tak ciasnym, że bez rozszerzenia go o odłożeniu kiszki myśleć nie mogłem, wprowadziłem wzdłuż strony dłoniowej onego palca koniec nożyka Potta, owiniętego na przestrzeni kilku linii paskiem plastru lepkiego i wykonałem nim, w kierunku ku stronie wewnętrznej, cięcie około trzech linii głębokie w wolny brzeg więzu Gimbernata. Niebawem obrączka udowa została zwolniona, a wyciągnąwszy teraz kishkę jeszcze nieco więcej na zewnątrz, mogłem już z łatwością odłożyć ją do jamy brzusznej.

Po odłożeniu kiszki oczyściłem ranę z krwi, połączyłem jej brzegi szwem krwawym, złożonym z sześciu ściągów jedwabnych, pozostawiając jednak kąt jej dolny otwartym.

Chora po operacyi, czuła się natychmiast lepiej. Okolicę rany poleciłem okładać kompressami w zimnej wodzie maczanemi, do zewnątrz zadać dwie łyżki oleju rycinowego. Skutkiem tego, miała kilka oblitych wypróżnień i spędziła następną noc spokojnie.

Nazajutrz jednak znalazłem okolicę rany obrzmiałą i bolącą. Przytem chora skarżyła się na ból w brzuchu, który był wzdęty. Zmieniłem z tego powodu opatrunek i przepisałem dwie pięciogranowe dawki kalomelu. Te spowodowały obfite stolce i chora czuła się lepiej. Gdy jednak ból w brzuchu nie zewszystkiem ustał, kazałem w dniu następnym przystawić kilkanaście baniek ciętych i starałem się chorą nadal przy regularnym stoleu utrzymać, przez zadawanie jej w miarę potrzeby od chwili do chwili po łyżec oleju rycinowego.

Przy takim leczeniu objawy zapalne z wolna ustąpiły, brzegi rany uwolnione od szwu, otęchły i o ile tymże szwem nie zostały spojone, przeszły w dobre ropienie; rana wypełniła się zdrowymi granulacyami i pokryła się z wolna blizną.

W dniu 23 czerwca, chora wyleczona opuściła szpital. (*Dalszy ciąg nastąpi*).

KRONIKA ZAGRANICZNA.

PRZEGLĄD LITERATURY CHIRURGICZNEJ ANGIELSKIEJ.

Dr. Wł. Stankiewicz.

Dowód, że kruszenie kamienia jest nadzwyczaj pomyślną operacją.

Pod tym tytułem znajdujemy w dzienniku: „The Lancet” artykuł Dra Henryka Thompsona, Chirurga przy University College hospital, słynnego w Anglii z leczenia chorób dróg moczowych. Artykuł ten, podobnie jak i zamieszczony w N. 8 tegoż dziennika za r. 1865 przedstawia rodzaj rocznej statystyki wszystkich wypadków kamienia, leczonych przez Thompsona za pomocą kruszenia. Pobudkę do rzeczonych artykułów dał Dr. Holmes Coote, który przytaczając rezultat leczenia 4 wypadków kamienia przez kruszenie (z których dwa zakończyły się śmiercią operowanych) wynurzył zdanie, iż ogólne przekonanie uważa kruszenie kamienia za niebezpieczniejszą operację od wydobywania takowego przez cięcie (Cystotomia); po-

myślnych rezultatów otrzymanych za pomocą kruszenia, pochodzi ząd, iż niektórzy chirurgo-
wie przedstawiają każde pojedyncze posiedzenie jako wypadek skończony, zamiast podawać
je wtenczas, gdy chory zostanie zupełnie wyleczonym; dalej iż kruszenie z korzyścią da się za-
stosować tylko u osób w wieku średnim lub późniejszym, przy małych kamykach złożonych
z moczanów i że w żadnych okolicznościach nie może być użyte względem kamieni złożo-
nych ze szczawianu wapna. Thompson na zasadzie rezultatów we własnej praktyce otrzy-
many, poczytuje wszystkie te zarzuty za niesprawiedliwe, a na poparcie swej opinii przytacza
44 wypadki kamieni, leczonych w ciągu 2 lat ostatnich za pomocą kruszenia; każdy wypadek
przedstawia bardzo treściwie, a dla większej wiarygodności wymienia nazwiska lekarzy towarzy-
szących mu przy każdej operacji.

Widzimy z powyższej statystyki, iż w ciągu 1864 r. kruszył kamieni 19, w roku 1865
— 24, — razem 43. Co do wieku chorych, stosunek był następujący: do lat 10 było chorych
1, od 10 do 20 — 0, od 20 do 30 — 1, od 30 do 40 — 1, od 40 do 50 — 5, od 50 do 60 — 6, od 60 do
70 — 19, od 70 do 80 — 9, od 80 do 90 — 1; razem 43.

Prawie połowa przeto chorych znajdowała się w wieku od 60 — 70 lat; następnie naj-
częściej idą chorzy od 70 — 80 lat; poczem od 50 — 60 i od 40 do 50; w każdym zaś innym
wieku tj. od dzieciństwa do 40 lat i od 80 do 90 stosunek jest bardzo mały i jednakowy,
bo tylko po 1 chorym na każdy dziesiętek lat. W wieku od 10 do 20 nie było żadnego cho-
rego. Przeto wiek średni chorych operowanych daje mniej więcej lat 60.

Co do wielkości, dzieli Thompson kamienie na 3 kategorie; małe, średnie, i większe.
Średnim jest kamień, który po ujęciu go w litotryptonie daje cal wymiaru; niżej cała są małe,
powyżej wielkie. Kamieni więc małych było 18, średnich 14, — wielkich 11.

Co do składu: z kwasu moczowego i moczanów było 27, — fosforanów i mieszanych
z innymi solami 14; — ze szczawianu wapna 2.

Skruszenie tych kamieni odbyło się w 266 posiedzeniach.

Skruszenie kamienia zupełne na 1 posiedzeniu miało miejsce w 4 wypadkach, na 2 — 1,
na 3 — 4, na 4 — 3, na 5 — 9, na 6 — 3, na 7 — 6, na 8 — 4, na 9 — 2, na 10 — 2, na 11 — 2, na
18 — 1. Zatem liczba przecięciowa posiedzeń dla każdego wypadku będzie 6.

Co do rezultatu ostatecznego, 41 chorych zostało stanowczo uleczonych; w liczbie tej
u 3 chorych pozostały bóle przy oddawaniu moczu, pomimo iż wszystkie cząstki kamienia zo-
stały oddalone; u jednego z nich tworzyły się przytem nowe osady fosforanów; jeden z cho-
rych zachował Paresis vesicae i był zmuszony do wypuszczania moczu za pomocą moczociągu;
nareszcie u dwóch pozostała również skłonność do osadzania się fosforanów bez wszelkiego
ból w cewce i pęcherzu.

Wypadków śmierci było dwa. Jeden u człowieka 69 lat, który po 5 posiedzeniach,
oswobodzony będąc od małego kamienia (utworzonego z moczanów) i wszelkich przykrych przy-
padłości, powrócił w stanie zdrowia do siebie. W parę tygodni potem objawiły się bóle na
nowo; następnie dreszcze i gorączka uczyniły niemożliwym użycie narzędzi i chory w 6 tygo-
dni po wystąpieniu rzeczonych bólów umarł. W prawej nerce znaleziono 1 kamień wielkości
fasoli i kilka mniejszych, w lewej zaś obszerny ropień. W pęcherzu były 4 kamienie podobne
do znalezionych w nerkach; prawdopodobnie opuściły się do pęcherza po skruszeniu
pierwszego.

Tu więc chory umarł widocznie skutkiem cierpienia nerek.

Drugi wypadek śmierci miał miejsce u człowieka 64 lat. Kamień był s edniej wielko-
ści, twardy, złożony z fosforanów. Przy bliższym examinie znaleziono znaczny przerost pro-
staty, pęcherz mocno skurczony i kamień trudny do uchwycenia; chory przytem miał organi-
czną wadę serca. Zważywszy to wszystko, Thompson oświadczył lekarzowi towarzyszą-
cemu i rodzinie chorego, iż operacya w tym razie żadnego skutku pomyselnego nie przyniesie,
gdyż pierwszy raz spotyka kamień w tak nieprzyjaznych warunkach dla kruszenia jak i cięcia.
Chory cierpiał niezmiernie z powodu swego kamienia i na usilne jego prośbę, Thompson
przystąpił do kruszenia jedynie dla tego, iż w tak zwątpionym stanie chorego, uważałby za nie-
słuszne odmawiać mu probowania szczęścia (to refuse him the chance). W ciągu miesiąca
było 5 posiedzeń, dokonanych z największą oględnością; poczem nastąpiła gorączka, chory
upadł na siłach i umarł nagle w postawie siedzącej, w miesiąc po ostatniem kruszeniu. Po

śmierci, znaleziono obszerne ropienie na okolo podstawy pęcherza; w pęcherzu zaś połowę skruszonego kamienia w najlepszych względem tego organu warunkach, t. j. bez żadnych drobnych kawałków. Tutaj zgon nastąpił w skutek wady serca; ropienie naokoło pęcherza nie miało nic wspólnego z operacją i jeśliby chory żył dłużej, spowodowałoby niezawodnie samo przez się utratę życia.

Widzimy zatem, że obadwa wypadki śmiertelne nie były następstwem kruszenia i owszem łatwo byłoby operatorowi zupełnie ich uniknąć, gdyby przedsiębrał kruszenie tylko w wybranych przez się wypadkach.

Przyjąwszy nawet te dwa niepomyślne wypadki na karb kruszenia, czyż rezultat nie jest tego rodzaju, iż stanowczo przemawia na korzyść kruszenia w porównaniu z Cystotomią, która nigdy nie wykazała podobnego stosunku. Niema wątpliwości, iż przytoczona statystyka jest wyjątkowo tak szczęśliwą; i jeśli z jednej strony słuszna chwała operatorowi się należy, z drugiej daje nam przykład co może osiągnąć umiejętność w połączeniu z troskliwą o chorych starannością.

Pomysłny wypadek kruszenia kamieni zależy według Thompsona od następnych, ściśle przezeń przestrzeganych prawideł: a) użycie narzędzi sprowadzić do minimum; b) posiedzenia winny być jak najkrótsze; c) kamień sproszkować, lub zmiażdżyć na ile możliwości drobne kawałki; d) co do wydalenia ułamków ze skruszenia wynikłych, polegać więcej na siłach naturalnych pęcherza niż na sztucznych środkach.

Co do a) Autor nigdy nie wprowadza wody do pęcherza przed kruszeniem, ale działa przy takiej ilości moczu jaka się znajduje w pęcherzu; tak bowiem wprowadzanie w tym celu przyrządów, jak i wstrzykiwania do pęcherza uważa za nie potrzebne a szkodliwe.

b) Przy każdym posiedzeniu, raz tylko wprowadza litotrypton; bardzo rzadko dwa razy; zwykle nie trzyma go dłużej w pęcherzu nad 1 minutę; — pod koniec kruszenia, przy stukaniu ostatniego odłamka wypada nieraz użyć 2 — 3 minut.

c) Tylko w wyjątkowych razach, przy wielkich kamieniach używa do pierwszego skruszenia litotrypton okienkowy; zwykle zaś posługuje się litotryptonem o ramionach pełnych i płaskich; taki drażni mniej pęcherz a nierównie lepiej kamień proszkuje.

d) Wydobywanie skruszonych ułamków, czy to zapomocą litotryptonu, czy wstrzykiwań wody przez grubą kateter, autor mocno potępia jako w zwyczajnym stanie bezowocne, a drażniące pęcherz; sztuczne wydobywanie ułamków wtedy tylko uważa za stosowne, gdy pęcherz niema dostatecznej siły do ich wydalenia, lub gdy szczególne okoliczności wymagają tego bezpośrednio zaraz po skruszeniu. W tym celu używa jedynie przyrządu Clover'a (The Lancet n. 19), za pomocą którego wstrzykiwanie małej ilości płynu odbywa się łagodnie i odłamki ostre, znacznej wielkości z łatwością wydostają się na zewnątrz. Sam jednak przyznaje, że zastosowanie tego przyrządu więcej drażni pęcherz aniżeli kruszenie kamienia, i dla tego radzi posiedzenie odbywać po uspieniu chorego za pomocą chloroformu.

(The Lancet, s. 169, 200. 1866).

O trudności słyszenia w wypadkach przedziurawienia błony bębenkowej i ważności trąby Eustachego pod względem fizyologicznym i terapeutycznym w podobnych razach.

Pod tym tytułem zamieszczony jest w N. 5 i 7 dziennika The Lancet za r. 1866 artykuł nadesłany z Berlina przez Dra F. E. Weber'a. Autor na zasadzie licznych spostrzeżeń swej praktyki dowodzi stanowczo, iż samo przedziurawienie błony bębenkowej bardzo rzadko staje się powodem cięższego nadwężenia słuchu; że zaś w największej liczbie wypadków, przy obecności przedziurawienia błony bębenkowej, stan mocniejszej głuchoty głównie zależy od zatkania trąby Eustachego. Doświadczeniami swymi autor stwierdził, iż jeśli pomimo utraty błony bębenkowej, błona śluzowa ucha środkowego nie została zgrubioną skutkiem zapalenia, jeśli kostki słuchowe i reszta przyrządu nie została uszkodzoną, to przy zatkaniej śluzem trąbie Eustachego, chory rozeznający z trudnością chód zegarka w odległości 3 stóp, po jej przetkaniu za pomocą świeczki i przestrzykaniu, słyszeć będzie tenże sam szmer z odległości 25—30 stóp, t. j. jak gdyby organ słuchu był w stanie prawidłowym. Jeśli obok przedziurawienia błony bębenkowej i zatkania trąby Eustachego, błona śluzowa ucha środkowego

w skutek długotrwałego zapalenia uległa znacznemu zgrubieniu, podobnie jak błona okienek; a nawet nerwy słuchowe w processie tym wzięły udział, to chorzy którzy w podobnych warunkach rozróżniali chód zegarka zaledwie w odległości od $\frac{1}{2}$ —3 cali, bezpośrednio po przetkaniu i oczyszczeniu trąby Eustachego, słyszeć mogą tenże sam szmer w odległości jednej do kilku stóp.

Te to wypadki osiągnięte na polu praktycznym, przekonały autora, iż najskuteczniejszy sposób leczenia głuchoty spowodowanej zapaleniem ucha środkowego z przedziurawieniem błony bębenkowej, jest staranie się o doprowadzenie trąby Eustachego do stanu ile możności prawidłowego. Autor nie wiele wiary pokłada w oczyszczaniu trąby za pomocą wpędzanego powietrza, ale dokonywa tego nierównie prędzej za pomocą świeczek właściwych, przyczem w wielu razach używa przestrzekiwań z saletranu srebra, nie zamedbując działać jednocześnie na błonę śluzową jamy bębenkowej i całego gardła. Upewnia, iż sposób ten ma niezaprzeczoną korzyść nad zastosowaniem sztucznego bębna, który tylko w wyjątkowych razach okazuje pewną korzyść, a najczęściej, jako ciało obce, jest przyczyną wielu przykrych przypadłości. Badania anatomiczne trąby Eustachego przedsięwzięte przez autora, przekonały go, iż światło trąby w jej punkcie zwężonym (isthmus) nie jest okrągłe ale kątowne, w skutek czego nawet bardzo gruba świeczka nie przylega ściśle do jej obwodu i pomimo jej wprowadzenia, utrzymuje się komunikacja między uchem zewnętrznym a jamą nosową; potwierdzeniem to zostało na chorych, którzy mając przedziurawienie błony bębenkowej, słyszeli nierównie lepiej po wprowadzeniu świeczki do trąby Eustachego.

Autor stara się wytłumaczyć naturę tak korzystnego wpływu wolnej trąby Eustachego na polepszenie słuchu tem, iż takowa w związku z jamą ust odgrywa rolę próżni powiększającej odgłos w jamie bębenkowej wywołany. Chcąc uzyskać dokładne objaśnienie w tym względzie, zniósł się z Prof. H e l m h o l z i H e n l e. Ostatni oświadczył, iż rola fizyologiczna, przypisywana trąbie Eustachego przez autora, nie może być słuszną dla tego, iż ściany trąby w stanie prawidłowym (wyjawszy w chwili przełykania) są w ciągłym ze sobą zetknięciu tak, iż niemoże być mowy o związku rezonansu z jamą ust; sądzi więc, że w obec rezultatów przez autora otrzymanych, trąba Eustachego, tylko w wyjątkowych razach nabiera owęj fizyologicznej ważności.

Twierdzenie to H e n l e'g o zbija autor najnowszym odkryciem prof. R ü d i g e r z Monachium, według którego, nawet u trupa górna część światła trąby Eustachego pozostaje wolną w całym jej przebiegu, tak iż niestępny związek utrzymuje się za pomocą powietrza między jamą bębenkową a przyrządem oddechowym.

O leczeniu przedziurawionej błony bębenkowej.

przez Dra Józefa Toynece.

Jest to odpowiedź na artykuł napisany w tym samym przebiegu przez Dr. W e b e r'a z Berlina, zamieszczony przed niedawnym czasem w tymże dzienniku. Dr. T o y n b e e, jeden z najznakomitszych obecnych otiatrów, w rozbiórce szczegółowym, stara się wykazać błędność zapatrywania i dowodzeń niemieckiego autora. Pomijając zarzuty odnoszące się więcej do ścisłości określenia chorób uszu, przytoczymy te tylko, które sięgają się do głównego jądra w mowie będącej kwestyi. Przytaczając całe okresy artykułu W e b e r'a, autor widzi w nich niekonsekwentność i wnioski złą wyprowadzone obraca na zbiecie twierdzeń jego. A najprzód, według dowodzeń W e b e r'a, przy przedziurawieniu lub zniszczeniu błony bębenkowej towarzysząca głuchota zależy głównie od zatkania trąby E u s t a c h e g o, po usunięciu którego ustaje. Tymczasem jest, według autora, rzeczą dowiedzioną, iż trąba E u s t a c h e g o w stanie prawidłowym tylko w chwili przełykania zostaje otwarta; jeśli zaś w wypadkach chorobliwych zostaje tak otwarta, iż dźwięki z jamy ust przenoszą się do jamy bębenkowej, wówczas wrażenie doznane przez chorego jest bardzo dlań przykre. Dalej, skoro mamy przedziurawienie błony bębenkowej, śluz nagromadzony w jamie ucha środkowego odchodzi przez otwór ten na zewnątrz i tym sposobem jedno z głównych przeznaczeń trąby E u s t a c h e g o zostaje zastąpione. Dla funkcyi słuchu, otwarty stan trąby E u s t a c h e g o jest równie szkodliwy

1) Jest to jedna z ostatnich prac w tak smutny sposób zgasłego nieśmiertelnego autora.

przy całej jak i przy przedziurawionej błonie bębenkowej; utrzymanie zaś stałe trąby Eust. otwartej za pomocą świeczek jest niemożliwe z tego powodu, iż wargi jej ujścia gardłowego natychmiast po wydobyciu świeczki zamykają się. Zwężenie trąby w ogóle jest rzadkie, a przy przedziurawionej błonie bębenkowej do prawdziwych wyjątków należy; — zeznaniem zaś swém, iż niektórzy chorzy słyszą lepiej właśnie w chwili wprowadzenia świeczki do trąby Eust., występuje według autora, *Weber* sam przeciwko swemu twierdzeniu, iż otwarcie trąbki Eust. jest głównym warunkiem poprawy słuchu. Autor uważa błędne twierdzenie *Webera*, jakoby świeczka dostatecznej grubości po wprowadzeniu do trąby nie wypełniała zupełnie jej światła, ale zostawiała wzdłuż siebie wolną komunikację między uchem środkowym a jamą ust. Tłumaczenie wpływu otwartej trąby Eust. na polepszenie słuchu przez powiększenie rezonansu w jamie ust, odpycha autor stanowczo, uważając za niemożliwe utrzymanie stanu otwartego trąby; osiągnięcie zaś tego celu t. j. otwarcie, zamiast uleczenia byłoby przeciwnie źródłem ciągłej męki dla chorego. Polepszenie słuchu, otrzymane przez *Webera* po przetykaniu trąby i wstrzykiwaniach do ucha środkowego, autor przypisuje nie otwarciu trąby Eust., ale wydalaniu zalegającego śluzu w uchu i pobudzonej przytem działalności mięśni bębenkowych, w skutek czynności zwrotnej nerwów właściwych. Dr. *Townsend*, wspomniawszy o długoletniej swjej pracy na polu otiatryki i wpływie postępowym jaki ta gałąź chirurgii opracowana w Anglii wywarła na otiatrykę innych krajów, kończy wynurzeniem żalu, iż ogłaszanie artykułów pp. *Kramera* i *Webera* w czasopismach angielskich, jest niejako lekceważeniem powagi naukowej i zasług należnych w tym względzie angielskim otiatrom.

(The Lancet. §. 309. 1866).

Tak wręcz przeciwne sobie zdania w jednej i tej samej kwestyi, nie omieszkaly zachęcić lekarzy do ścisłej w tym kierunku obserwacji, celem dostarczenia dowodów faktycznych, zdolnych wykazać po której stronie jest prawda.

Dr. *Jamieson*, chirurg leczący choroby uszne w szpitalu *Guy*, pragnąc przyczynić się do wyjaśnienia poruszonej kwestyi, przytacza w artykule: „*Purforated membrana tympani and the Eustachian tube*“ (The Lancet, S. 481. 1866), opis dwóch następnych wypadków: Obadwaj chorzy, z których jeden liczył 44 a drugi 26 lat, cierpieli na głuchotę lewego ucha od dzieciństwa; u obydwu błona bębenkowa była w większej części zniszczona, trąby Eustachego zatkane, błona śluzowa ucha w dość dobrym stanie, u jednego zaś nieznaczny odpływ płynu mętneho, pomieszanego z kosmkami. Jeden z chorych był w stanie słyszeć głośną mowę, lecz nie słyszał chodu zegarka; autor postanowił w tym razie znieść zatkanie trąby Eustachego za pomocą świeczek z *Laminaria digitata*, i celu tego dopiął już za drugim wprowadzeniem świeczki tak, iż sam chory przepęłzał z łatwością powietrze przez otwór zewnętrzny ucha. Pomimo to, w stopniu głuchoty nie było najmniejszej zmiany i dopiero zastosowanie sztucznej błony bębenkowej sprowadziło znakomitą poprawę słuchu. Chory widziany w pół roku potem, cieszył się ciągle znaczną poprawą słuchu, którą w zupełności zawdzięcza noszeniu sztucznej błony bębenkowej, po wyjęciu której dawny stan głuchoty wraca, chociaż powietrze swobodnie przechodzi przez trąbę Eustachego.

U drugiego chorego po doprowadzeniu trąby Eustachego do prawidłowego stanu, słuch tak się pogorszył, iż przestał zupełnie słyszeć chód zegarka, gdy przedtem mógł go słyszeć z łatwością w odległości 1 cala; po założeniu zaś sztucznej błony bębenkowej, nie tylko słyszał dobrze głos zwyczajny, ale i chód zegarka z odległości przeszło 20 cali; ten stan pomysłny z małemi zmianami utrzymywał się i nadal.

Widzimy zatem, iż obserwacje te przemawiają stanowczo na korzyść twierdzeń Dra *Townsenda*.

Dr. *Hinton* nie widząc w tak wyżej przytoczonych, jak i innych wypadkach polepszenia głuchoty, pomimo przywrócenia trąby Eustachego do zupełnie prawidłowego stanu, przypuszcza, iż polepszenie to niekiedy spostrzegane, nie zależy jedynie od stanu normalnego trąby Eustachego, ale raczej od towarzyszącego temu często polepszenia stanu błony śluzowej, wyściełającej jamę bębenkową. Autor również spostrzegł polepszenie słuchu po włożeniu świeczki do trąby Eustachego; według niego, ma to pochodzić od drażnienia ciałem obcym włókien mięśnia nateżacza błony bębenkowej, który tym sposobem pobudzony zostaje do kurczenia się. Na poparcie swych twierdzeń autor przytacza spostrzeżenie, iż po wprowadzeniu świeczki do

trąby Eustachego, przewód ucha zewnętrznego staje się bardzo drażliwy, tak iż wprowadzenie doń wtedy wziernika sprawia wielką przykrość choremu, którą wyjęcie świeczki natychmiast zmniejsza. Prócz tego w wypadkach przedziurawienia błony bębenkowej, autor często otrzymywał znakomite polepszenie słuchu od wkraplania w ucho roztworu siarczanu cynku, tak przy wolnej, jak i zatkannej trąbie Eustachego; polepszenie to utrzymywało się kilkanaście minut, pomimo przedmuchiwania ucha za pomocą powietrza, co dowodzi, iż takowe nie zależało od utworzenia się w otworze pewnego rodzaju błonki. Że zaś woda czysta nie sprawiała tego skutku przeto widocznym jest, iż polepszenie w tym razie pochodzi prawdopodobnie od pobudzenia mięśni bębenkowych, lub może od wywarcia wpływu ściągającego na zwiotczałą błonę śluzową.

O wypłowaniu kości z pozostawieniem okostnej przy leczeniu ostrych ropni w tej błonie powstałych, etc.

przez Dra T. Holmes.

Do uwag poniżej zamieszczonych, a dowodzących głębokiego poglądu autora w ważnych kwestiach klinicznych, dał pobudkę następny wypadek: chłopczyk 10 letni przyjęty został d. 5 kwietnia 1865 do szpitala z ostrym ropniem okostnej na lewej kości goleniowej. Choroba rozpoczęła się 15 marca t. r. bólem i obrzmieniem goleni w okolicy kostek, obrzmienie to szybko posunęło się ku górze; otwarto ropień z którego wypłynęła znaczna ilość ropy, lecz choroba nie wstrzymała się. Przywieziony chory do szpitala, miał mocną gorączkę i mijał w nocy; cała goleń lewa mocno obrzmiła, skóra blada, w okolicy stawu kolanowego i skokowego wyraźna obecność płynu.

Zrobiono cięcie podłużne wzdłuż kości goleniowej i znaleziono takową ogolocołą z okostnej na całej długości. Wobec tak obszernego cierpienia kostnego i wycieńczenia chorego, postanowiono wstrzymać się z wszelkiem działaniem operacyjnym aż do poprawy jego sił, przyspieszając tę chwilę podaniem wina, chin i pożywniej dyety. Wzmocniwszy chorego, przystąpiono do bliższego zbadania wypadku, po zadaniu poprzedniem chloroformu. Znaleziono obszerny ropień otaczający prawie całą długość obnażonej kości goleniowej; wylanie zaś płynne tak w stawie kolanowym jak i stopowym, przemawiało za rozpostarciem się cierpienia aż do kończyn kości rzezoniej. Autor wniósł z tego, iż cały trzon kości (diaphysis) jest w stanie zgorzeli (necrosis) i wspólnie z Dr. Smith zgodzono się na natychmiastowe jej oddalenie. Operację wykonano łatwo przy pomocy pilki łańcuskowej, okostna wszędzie bez trudności została oddzieloną i wydobyta kość, przedstawiająca cały trzon, wynosiła $7\frac{1}{3}$ cala długości; krwawienie było nieznaczne, i niemal cała okostna pozostała na miejscu. Kość strzałkowa (fibula) okazała się zupełnie zdrową; kończynę umieszczono w zwykłej rynience, używanej przy złamaniach. Obecność zdrowej kości strzałkowej, odgrywającej w tym razie rolę łupki wyciągowej, dawała rękojmię iż kończyna nie ulegnie skróceniu. Chory po operacji miał się coraz lepiej; wkrótce w okolicy zewnętrznej stawu kolanowego otworzył się ropień, po którym pozostało się parę przetok drobnych, lecz nie zdaje się iżby ropień ten miał pierwotne swe źródło w samym stawie, gdyż po ustaniu odpływu ropnego, rzepka była ruchomą, a tarcie jej o odpowiednie powierzchnie stawowe, dawało uczucie zupełnej gładkości tychże. Obrzmienie stawu skokowego jak i również całej kończyny zeszło, i przy zachowywanej nieruchomości, kość szybko odradzać się poczęła; jednakże przy zmianie rynienki w początku czerwca ze zdumieniem spostrzeżono pewne skrócenia goleni.

Badając przyczynę tego, znaleziono główkę kości strzałkowej posuniętą wyżej aniżeli była poprzednio, co było niezawodnie następstwem wspomnianego ropnia, który powstawszy w stawie golenio-strzałkowym, osłabił lub zniszczył ich więziste połączenia, a tym sposobem zmniejszył opór, jaki stawiała kość strzałkowa dążeniu do skrócenia goleni.

Usiłowania następne celem przedłużenia członka okazały się mało skuteczne i chory d. 2 października (przeto w $5\frac{1}{2}$ mcy) opuścił szpital w zupełnym zdrowiu. Członek operowany krótszym był o $1\frac{1}{2}$ cala; goleń miała kształt niemal prawidłowy, stałość należyta, a kość wytworzona na właściwym miejscu, przedstawiała się grubszą i nierówną. Pozostające dwa małe otworki przetokowe, prowadziły do części miękkich, w głębi których nie odkryto

powierzchni kostnej. Staw kolanowy sztywny jak przy Ankylosis spuria. Chłopczyk posługując się laską, mógł chodzić dość łatwo bez żadnego bólu.

Korzystając z niniejszego wypadku, autor stara się wykazać, jaki rodzaj leczenia jest najodpowiedniejszy i najkorzystniejszy dla chorego. Czy w razie zgorzeli kości długich, w skutek nagłego zapalenia okostnej lub obszernego ropnia wewnątrz tejże, skoro cały obwód kości na mniej lub więcej znacznej przestrzeni od okostnej oddzielony zostaje, uciekać się do natychmiastowego oddalenia części obumarłej za pomocą wypilowania podokostnego, czy też czekać aż część takowa dobrowolnie oddzielać się zacznie? Autor skłania się stanowczo na stronę postępowania czynnego, w którym widzi następne korzyści: pierwszą i najważniejszą, jest polepszenie stanu ogólnego chorego, jako bezpośredni wynik usunięcia źródła podtrzymującego niebezpieczne ogólne drażnienie (dangerous constitutional irritation). Jest to podobny skutek, jaki osiągamy po oddaleniu z organizmu części uległych gangrenie traumatycznej. Usuwając źródło cierpienia, zabezpieczamy się również przeciwko szkodliwym jego następstwom, a zwłaszcza ropnicy tak, często przy ropieniu kości występującej. Dalej, oddalając całą część cierpiącą kości, ograniczamy nasze działanie do jednej tylko operacji i przy pomyślnym przebiegu, czuwamy jedynie nad utrzymaniem prawidłowej długości członka podczas odradzania się kości. Przeciwnie wyczekując, narażamy chorego na szereg różnych, bardzo przykrych operacji, jak: częste otwieranie ropni i zatok w sąsiedztwie cierpiącej kości, utrzymywanie otworów dla odpływu ropy, wydobywanie martwaków (sequestrum), przyczem nieraz niszczyć musimy nowo utworzoną kość i t. p., co wszystko wielokrotnie powtarzane nieraz sprowadza przykre powikłania, jak: różę, krwotoki, głębokie ropnie, a często doprowadza chorego do stanu, w którym jedynie odjęcie członka cierpiącego, może kres chorobie położyć.

Naostatek, ważną korzyść stanowi szybkość leczenia, jaka w pomyślnym razie następuje po wykonaniu wspomnianej operacji. Po wypilowaniu podokostnym, skoro kość zostanie zupełnie odłożoną, leczenie jest skończone. Przy wyczekiwaniu zaś, pomimo oddzielenia się martwaka i wytworzenia nowej kości, pozostaje czekać aż próżnia po nim wypełni się, rany i zatoki pogoją, co trwa nierównie dłużej. Mamy na to dowód w wypadku przytoczonym, gdzie w przeciągu 9 mcy od rozpoczęcia się choroby, stanowcze uleczenie nastąpiło.

Z drugiej strony niemożna zaprzeczyć, że wypilowanie podokostne całej zniszczonej kości, stanowi obok trudności wykonania, ważną operację która wymaga obszernych cięć w częściach miękkich i bywa przyczyną obfitego krwawienia; wykonanie jej przeto należy zastosować tam tylko, gdzie szybkie wyniszczenie chorego, następujące w początkach obszernego cierpienia kości, grozi utratą życia. Co do trudności przy wykonaniu operacji, autor wylicza wielką trudność (w razach gdzie tylko część trzonu jest obumarłą) oddzielenia okostnej na granicy części cierpiącej, jakiej niekiedy się doświadcza i ztąd następuje oddzielenie się martwaków, które jednak po większej części łatwo wydobywają się na zewnątrz. Inną trudnością po tej operacji jest dążenie do skrócenia członka, którego nie tyle potrzebujemy lękać się w przedramieniu i goleni, jeśli jedna z kości pozostaje zdrową; w innych zaś warunkach należy zwrócić całą uwagę na sztuczne wyciąganie członka podczas odkładania się kości.

Autor jest przekonany, iż podobne postępowanie praktykowane częściej, doprowadzi chirurgów do posiadania statystyki, której cyfry niezawodnie przemówią na korzyść jego twierdzenia.

(The Lancet, S. 340. 1866).

CZĘŚĆ STATYSTYCZNA.

Ruch chorych w szpitalach warszawskich.

od dnia 13 lutego do 19 lutego (włącznie) 1867 r.

		Chorych było.	Przybyło.	Wyzdro.	Umarło.	Pozostało.
W szpitalu	Dzieciątka Jezus	684	153	169	18	650
„	Śgo Ducha	150	32	23	7	152
„	Ewangielickim	86	19	21	3	81
„	Śgo Rocha	99	26	26	3	96
„	Śgo Jana Bożego	161	5	1	2	163
„	Śgo Łazarza	330	70	52	4	344
„	Starozakonnych	388	82	87	9	377
	Ogółem:	1893	387	376	46	1863

Wiadomości bieżące.

— W dniu 22 przeszłego miesiąca miała miejsce w Berlinie habilitacya honorowego dotychczas profesora Gräffego na zwyczajnego. Akt ten nader wspaniały był uznaniem rzeczywistej naukowej wyższości tego uczonego okulisty nad starszemi uczonemi żyjącemi jeszcze profesorami, I ü n g k e n e m i B ö h m e m, których oddziały kliniczne w Charité przeszły odtąd w opiekę pr. Gräffego. Na żądanie samego habilitanta akt ten odbył się bez wszelkich przemów rektora i dziekana; — sam tylko professor Gräffe przeczytał wstęp do swjej nowej pracy w języku łacińskim fakultetowi przedstawionj „de musculorum oculorum paralyssi;“ praca ta za kilka dni w języku niemieckim prasę opuści i będzie dziełem wyrównywajacém doniosłością pracom tegoż autora o zycie i nowotworach gałki ocznej i wielu innych. Fakultet lekarski ostatni raz był przytomny habilitacyi w języku łacińskim odbytej, odtąd bowiem tak rozprawy na stopień doktora jak i ich obrona będą w języku niemieckim. *Berlin 1 marca.* N. I.

— 20 listopada przeszłego roku wyszedł w świat 6ty zeszyt *Atlasu chorób skórnych Hebry*. Zeszyt ten zawiera Herpes i Erythema w 12 kolorowanych i tyluż niekolorowanych tablicach. Niektóre ryciny, szczególniej odnoszące się do *Herpes zoster* i *Erythema varicosum*, przedstawione są tak zgodnie z naturą, iż robią zaszczyt panu Heitzmann'owi, który przyjął na siebie trudną rolę malarza — portrecisty chorób, po śmierci ś. p. Dr. Elfingera.

— Bibliografia. *Od redakcyi Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego*. Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w roku bieżącym 1867, a trzydziestym swego istnienia wychodzić będzie w zeszytach miesięcznych po 4—5 arkuszy druku zawierających. Treść Pamiętnika w myśl § 17 działu IV Ustawy o Towarzystwie lekarskiem, stanowić będą: 1) Rozprawy czytane na posiedzeniu publicznem; 2) Rozprawy członków nowo-wstępujących; 3) Sprawozdania komitetu do chorób panujących; 4) Sprawozdania szpitalne; 5) Rozbiory dzieł i rozpraw Towarzystwu nadsyłanych; 6) Wiadomości urzędowe; 7) Rozprawy lub spostrzeżenia oryginalne lub tłumaczone, przez członków dostarczane; 8) Protokoły Towarzystwa i t. d. Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego prenumerować można w redakcyi, oraz we wszystkich księgarniach w Warszawie i na prowincyi, tudzież we wszystkich urzędach pocztowych. Przedpłata roczna na dwanaście zeszytów, stanowiących dwa tomy, w Warszawie wynosi r. sr. 4, na prowincyi i w Cesarstwie rsr. 4 k. 50, którą uiszczać można i półrocznie.

Wszelkie artykuły do Pamiętnika przeznaczone, mogą być przesyłane na koszt, pod adresem: „Do Redaktora głównego Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, Janusza F. Nowakowskiego, w Warszawie przy rogu ulicy Długiej i Bielańskiej Nr. 576“ Autorowie i wydawcy życzący sobie, aby ich dzieła w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego były rozbiebane, zechcą takowe nadsyłać Redaktorowi głównemu franco. Skład główny Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego w księgarni Michała Glücksberga przy ulicy Krakowskie - Przedmieście Nr. 411, w domu p. Grodzickiego. Zeszyt za miesiąc *Styczeń* r. b. już jest ukończony, a zeszyt za miesiąc *Luty* znajduje się pod prasą.

Sprostowanie. W Nr. 33 na str. 521, w wierszu 15 od góry, zamiast: do kości biodrowej, czytaj: do powięzi biodrowej.

Redaktor odpowiedzialny Prof. **Luczkiewicz.**

Gazeta Lekarska wychodzi w każdą sobotę, w objętości jednego arkusza, czyli str. 16.— Prenumerować można na wszystkich urzędach i stacyach pocztowych, tudzież w znaczniejszych księgarniach krajowych i zagranicznych.

Expedyca i skład główny w księgarni Gebethnera i Wolfa w Warszawie, Krak. Przedmieście. Nr. 415.

W Drukarni Gazety Polskiej. — Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

W Warszawie: rocznie . . . Rs. 5 kop. —
 półrocznie „ 2 „ 50
 kwartalnie „ 1 „ 25

Na Stacyach pocztowych w Królestwie:
 „ „ rocznie . . . Rs. 6.
 „ „ półrocznie „ 3.

W Cesarstwie wraz z przesyłką pocztową: rocznie Rs. 8.

TRESC: Wycięcie całkowite macicy (totius uteri exstirpatio). Spostrzeżenie Prof. Girsztowta. — Kazuistyka. Przegląd ważniejszych przypadków chirurgicznych etc. Dra Neugebauera, Docenta Warsz. Szk. Gł. (ciąg dalszy). — Kronika Zagraniczna. Przegląd literatury chirurgicznej angielskiej. Dra Wł. Stankiewicza. — Część statystyczna. — Wiadomości bieżące.

Wycięcie całkowite macicy (*totius uteri exstirpatio*).

Spostrzeżenie Prof. Girsztowta.

B. G., mężatka, 49 lat wieku, matka 5ga dzieci, dobrze zbudowana, od 15 roku życia miesiączkująca, czerstwem zawsze ciesząca się zdrowiem, przed 3ma laty po raz pierwszy doznawać zaczęła cuchnącego, z niewielkim bólem połączonego, odpływu z pochwy macicznej. Odpływ ten, koloru szarawego, w małej z początku wydzielający się ilości, stawał się coraz obfitszym; otrzymał barwę brunatną, i ściekając po wewnętrznej powierzchni uda wywoływał różowe zapalenie, a następnie i powierzchowne owrzodzenie skóry. Chora odpływ ten brała za białe upławy i części płciowe obmywała zimną wodą, która jednak chwilową tylko przynosiła ulgę. W takim stanie minęły dwa lata: chora jednak czasami doświadczała dotkliwych boleści, straciła apetyt, stopniowo upadała na siłach, chudła, a przed 4ma miesiącami widoczne nastąpiło pogorszenie się, przyłączyła się bowiem bezsenność, cuchnienie z pochwy bardziej było przykrém, tak że chora ciągle okrążona atmosferą *sui generis*, stała się ciężarem tak dla samej siebie, jak i dla otaczających ją.

Znekana fizycznie i moralnie pani B. G. w d. 3 grudnia z. r. zasięgać zaczęła naszej rady i pomocy. Stan jęj przy badaniu był następujący: skóra na wargach wstydlivych większych, międzykroczu i powierzchniach wewnętrznych uda, miejscami obnażona z naskórka i owrzodzona, na dotykane bolesna; ze szczeliny (sromu niewieściego) wydziela się płyn koloru brudnego, zmieszany z kosmkami tkanek, mocno cuchnący; wprowadzając palec do pochwy przy ułożeniu choręj poziomo na wznak, wyczuwają się na przedniej powierzchni w górnej części małe nierówności, nieco twarde; część pochwowa szyi macicy całkiem prawie zniszczona, ust macicznych niema ani śladu, część górna nadpochwo-

wa szyi nierówna, twarda; sklepienie (*firmix vag.*) w części téż zniszczone. Ułożwszy następnie chorę w rączka, badając wziernikiem macicznym, w zupełności stwierdziliśmy zmiany palcami wykryte. Objętość (*lumen*) pochwy znacznie rozszerzona, tak że cała ręka najswobodniej się doń wprowadza; macica nieopuszczona, zachowuje położenie normalne. Wprowadzając jeden palec do kiszki odchodowej, drugi zaś współcześnie do pochwy, przekonywamy się, że nie tylko wypustnica (*int. rectum*), ale i tkanka łącząca ją z pochwą, są zupełnie zdrowe, jak również z drugiej strony wprowadzając kateter do pęcherza moczowego i palcem badając przez pochwę ścianę tego organu, nie znajdujemy w niej żadnego zgrubienia. W przypuszczeniu, że przykry zapach wydzielin z pochwy, może téż w części zależeć od moczu wlewającego się doń z pęcherza na przypadek istnienia małej przetoczki pochwo-pęcherzowej, której ani palcem, ani wzrokiem wykryć nie mogliśmy, kilkakrotnie nastrzykiwaliśmy płyny zabarwione do pęcherza, których przejścia do pochwy napróżnośmy zawsze oczekiwali. Gruczoły limfatyczne okolic pachwinowych zgoła nie obrzmiate; przy najstaranniejszym poszukiwaniu obrzmenia jajników nie wykryliśmy, przyjęliśmy je więc za zdrowe. W okolicy nerek na żadne bole chora się nie uskarżała i oddawanie moczu, podług słów chorój, nie było nigdy niczem zakłócone. Krwotoków z macicy lub pochwy chora nie miewała. W czynnościach narządów obrotu krwi, oddychania, trawienia, sfery umysłowej żadnych zaburzeń nie wykryliśmy.

W obec tych objawów rozpoznanie choroby zdawało się łatwem: przyjęliśmy ją za rakowiec (*cancroid*) macicy i przedniej części pochwy macicznej, jakoż badanie mikroskopowe wyciętych kawałków przeistoczonych tkanek w zupełności kliniczną naszą dyagnostykę potwierdziło. Ponieważ badanie w okolicznych tkankach i organach nie wykazało żadnych zmian wydatnych, rakowcowe przeistoczenie (w okresie rozpadu), osądziliśmy za czysto umiejscowione, usadowione w macicy i w błonie śluzowej pochwy macicznej; mieliśmy zaś do tego sądzienia poniekąd prawo z własnych klinicznych doświadczeń, bo w ciągu kilku lat ostatnich 9 razy wykonywając wycięcie szyjki macicznej jużto z zastosowaniem galwanokauстыki przyrządem Grenneta, jużto ekrazerem, z powodu przeistoczenia rakowcowego, do dziś dnia oplakujemy śmierć jednej tylko chorój z powodu dalszego szerzenia się choroby.

Leczenie nasze miało podwójny cel: poprawienie ogólnego odżywiania, podtrzymywanie sił chorój z jednej strony, z drugiej zaś stanowcze usunięcie choroby miejscowemi środkami. Do tego ostatniego przywiązywaliśmy większą wagę. Polegając na doświadczeniach Beneke, Denny, Barclay, Broadbent'a w celu zniszczenia bólów robiliśmy nastrzykiwania z kwasu cytrynowego, dla usunięcia cuchnienia wydzielin wkładaliśmy do pochwy szarpie namoczone w alkoholu, a w końcu nastrzykiwaliśmy kwas octowy w nadziei zupełnego rozpuszczenia złośliwego nowotworu. Skoro jednak oświadczyliśmy, że to leczenie będzie długotrwałem, chora prosiła o operację. Przyjmując kankroid za nowotwór miejscowy, niesprowadzający uogólnienia (*generalisatio*) choroby, niszczący jednak wszystkie tkanki w ich rozciągłości (*continuitas*), postanowiliśmy wyciąć macicę, przeistoczenie zaś błony śluzowej pochwy leczyć w ciągu dalszym kwa-

sem octowym; jakoż w d. 3 stycznia b. r. operację całkowitego wycięcia macicy przy pomocy Drów Kwaśnickiego i Stankiewicza wykonaliśmy.

W kwestyi tak ważnej operacyi ustalonego zdania w nauce po dziś dzień nie mamy. Jedni chirurgowie (Velpéau, Erichsen) nie tylko wycięcie całkowite macicy, ale nawet odjęcie jęj szyjki uważają za operację barbarzyńską, nieprzynoszącą chorym żadnej korzyści: drudzy zaś (Clay, Burnham, Koeberlé), przytaczając wypadki wyzdrowienia po operacyi całkowitego wycięcia macicy, dowodzą, że operacya ta przynosi zaszczyt nowszej chirurgii. Nie ulega wątpliwości, że w tych chorobach, które zostawione naturalnemu przebiegowi zawsze kończą się śmiercią, przy zastosowaniu zaś stanowczego, chociażby ostatecznego środka, uwiecznione bywają czasem wyzdrowieniem, zasada „*melius remedium anceps quam nullum*“ musi być uszanowana.

Operacya całkowitego wycięcia macicy bynajmniej nie jest nową; do początku bieżącego stulecia wykonywali ją tylko przy zmieszczeniu tego organu: Ambroży Paré pierwszy wykonał ją przy *inversio uteri* jeszcze w XVI wieku (1567), a po nim wykonano ją jeszcze kilkadziesiąt razy z rozmaitem szczęściem (we Francyi, Anglii, Holandyi i Niemczech); Ruysch zaś pierwszy zaczął wykonywać ją w r. 1696 przy *prolapsus uteri*. Przy położeniu zaś prawidłowém macicy zaczęto ją wycinać tylko w naszym wieku i to z powodu raka.

Co do miejsca wykonywania operacyi rozróżniają dwa sposoby: wycięcie przez pochwę (*methodus vaginalis, s. infrapubica*), i wycięcie powyżej spojenia łonowego (*m. hypogastrica, suprapubica*). Wycięcie przez pochwę pierwszy dokonał Paletta trzynastego kwietnia 1812 r. w myśli, że wycina tylko szyjkę macicy, a za nim Sauter, Récamier, Dupuytren, Gendrin i w. in. Z 19 operowanych tym sposobem przy raku macicy umarło 16, wyzdrowiało 3. Sposób wycinania macicy powyżej spojenia łonowego pierwszy zaproponował w r. 1814 Gutberlat, wykonali zaś Langebeck (1825), Delpéch i w. i. Ośmieleni temi próbami, zaczęli razem z macicą wycinać i jajniki, jeden lub obydwa: tak w r. 1843 (w sierpniu) pierwszy Clay wyciął macicę z 2ma jajnikami zarazem i chora wyzdrowiała, po dziś dzień liczymy już takich operacyj 24, z których 18 umarło i 6 wyzdrowiało.

Z liczby tych operacyj w jednym roku 1863 wykonano 17, z których dwie tylko pomyślném uwiecznione zostały zejściem; potem zaś (do września 1865 r.) wykonano 7 (Clay, Koeberlé, Baker Brown, Burnham, Sands, Buckingham, Storer), z nich cztery zakończone wyzdrowieniem, trzy śmiercią.

Z krótkiego tego przeglądu statystycznego przekonywamy się, że wycięcie całkowite macicy nie jest bynajmniej bezwzględnie i zawsze operacją śmiertelną, ale przeciwnie daje i rezultaty pomyślne tak w wypadkach wykonania jęj przy rozmaitych wskazaniach (owrzodzenie i zgorzel przy *inversio et prolapsus*, raki i inne nowotwory), jak i rozmaitemi sposobami (*meth. vaginalis et hypogastrica*).

Blundell wychodząc z zasady, że na 4 operacye, wykonane przez niego z powodu raka macicy, miał jedno wyzdrowienie, zrobił wniosek, że przy rakowcu treści macicy, rezultaty wycięcia powinny być szczęśliwsze, bo sprawa chorobowa tutaj długi czas zostaje zupełnie umiejscowioną i dawne wskazania do operacyi

powiększył jeszcze jednem. W naszym wypadku wycięcia macicy, (który, o ile nam wiadomo, jest pierwszym w Polsce), mieliśmy właśnie, jak już wyżej powiedzieliśmy, przeistoczenie rakowcowe i jak się zdawało umiejscowione, co nas bardziej jeszcze ośmieliło do usunięcia choroby drogą operacyjną. Ułożywszy chorą w rączka i wprowadziwszy wziernik macieczny trzylistny (Dra Neugebauera) do pochwy, mieliśmy przed sobą pole do działania obszerne, przednią ściankę pochwy zupełnie swobodną, sklepienie pochwy i pozostałą część szyi macicy dobrze oświetlone i dla narzędzi dostępne. Dla uniknięcia targania macicy i połączonych z nią części uznaliśmy za stosowne nie ściągać jej do dolnej części pochwy, a potrzebne cięcia celem oddzielenia i wydobycia macicy na zewnątrz wykonać utrzymując ją w naturalnym położeniu. Pierwszém zadaniem było oddzielenie (*separatio*) pochwy od macicy: na lewej stronie sprawa chorobowa niszcząc w części sklepienie dokonała już sama na pewnej przestrzeni tego dzieła, dla uzupełnienia reszty zrobiliśmy cięcie pochwy naokoło macicy skalpelem N é l a t o n a używanym do rezekcyj (rękojeść długa z ostrzem krótkim, wypukłym); poczem wziernik usunęliśmy, i palcem postanowiliśmy oddzielić macię od pęcherza i wypustnicy; jakoż wprowadzając palec w miejscu zniszczonego sklepienia przekonaliśmy się, że na stronie lewej przeistoczenie tak daleko postąpiło, że połączenia macicy z jajowodem lewym, oraz więzami z łatwością ustępowały pod palcami, z tyłu i z przodu macica dała się wyłuszczyć bez utworzenia otrzewnej, na prawej tylko stronie jej przyczepy musieliśmy rozdzielić ekrazerem zakładając go jak można najbliżej do powierzchni macicy. Po wydobyciu macicy i przemyciu pochwy, włożyliśmy doń ciepłą gąbkę; chorą położyliśmy do łóżka na grzbiecie. Operacya trwała pół godziny, chorą nie usypialiśmy, krwotoku żadnego nie było.

Po operacyi chora spokojna, skarży się na uczucie jakby małego gryzienia w pochwie. Wieczorem (w dniu operacyi) wypuszczono mocz i dano łyżkę olejku rycynowego. Nazajutrz po operacyi (4 stycznia): sen chorą przerywany, niespokojny, bóleści w pochwie, którą starannie przemyto i wypełniono szarpią. 5—7 stycznia: gorączki nie ma, apetyt chorą mały, sen orzeźwiający; przemywania te same. 8 stycznia: chora ma się dobrze, tętno uderza 76 razy, bóleści w pochwie nie czuje; apetyt wraca. 9 stycznia chora siedzi w łóżku, spokojna, wydzielanie moczu i trawienie dobre; przy badaniu wziernikiem pochwa w górnej części okazuje się nieco zwężoną, wydzieliny jej powierzchni mniej cuchną. 11 stycz. stan chorą ogólny zupełnie zadawalniający; wewnątrz pochwy wypełniono szarpią zmoczoną w roztworze winianu potażu i żelaza; tętno 70, język wilgotny, apetyt dobry. W nocy z 12 na 13 stycz. chora uskarżać się zaczęła na uczucie bólu w okolicy biodrowej lewej, brzuch trochę wzdęty i przy naciskaniu bolesny; chorą zalecono 3 proszki kalomelu po 2 gr. z $\frac{1}{6}$ cz. gr. morph. acet. i na miejsce bolesne zastosowano lód (drobno-tłuczony w pęcherzu). Wieczorem 13 stycz. objawy zapalenia otrzewnej uwydatniły się bardziej; w czasie opukiwania okolicy zgięcia biodrowego okrężnicy (*flexura sigmoidea coli*) chora oświadczyła, żeby na to nie zwracać uwagi, bo ból w tém miejscu od czasu do czasu już ona wyczuwa od lat kilku, który się rozwinał w skutku uderzenia. 14 stycznia:

dreszcze, wzdęcie brzucha większe, w okolicy dołka biodrowego lewego wyczuwa się chęłbotanie; tętno drobne, stolec zaparty, mocz czerwony, gęsty. 15 stycznia: chora zupełnie obojętna na wszystko, przytomna, na boleści nie uskarża się, tętno bardzo prędkie, częste odbijania, uczucie suchości w jamie ust; godzina 6 wieczorem: zimny pot okrywa czoło i klatkę piersiową, ciche majaczenie, śmierć.

Badanie pośmiertne, które łaskawie dokonał prof. anatomii patologicznej Dr. B r o d o w s k i, wykazało co następuje:

W górnej części przedniej i tylnej ścianki pochwy macicznej błona śluzowa (tylko) usiana licznymi maleńkimi ogniskami rakowca; nabłonek w niektórych miejscach odłuszczony, nowotwór przechodził w rozpad i owrzodzenie, które w jednym ograniczonym miejscu zagłębiało się przez całą grubość przedniej ścianki pochwy, wywołało zlanie się jej zupełne z szyjką pęcherza moczowego, przeistoczenie rakowcowe jego ścianki na przestrzeni kilku linii, w skutku czego odporność tkanki o tyle była utraconą, że pod naciskiem palca rozdzielała się tworząc przetokę pęcherzo-pochwową; zresztą ścianki pęcherza zupełnie zdrowe. W okolicy dołka biodrowego lewego w trzecim zgięciu (*S romanum*) okrężnica zrosnięta z lewym jajnikiem, ścianka jej ucieńczona i w jednym miejscu małym otworkiem łącząca się z jamą otrzewnej (*enterobrosis*), do której wlewały się *foeces* i były powodem ostrego jej zapalenia (*peritonitis*). Światło moczowodu lewego naciskane stwardniałym jajnikiem zupełnie zwężone, w skutku czego rozwinęło się znakomite rozszerzenie miedniczki nerki lewej (*hydronephrosis*). Nerka prawa, jako odbywająca podwójne czynności, w przeroście. Kiszka odbytowa zupełnie zdrowa; w innych organach trawienia, obrotu krwi, oddychania żadnych zmian patologicznych nie było. Jajnik prawy i jajowody zupełnie zdrowe; tkanka łączna w okolicy wyłuszczonej macicy, jak również najbliższe gruczoły limfatyczne żadnym nie uległy zmianom; otrzewna, od macicy odłuszczona, w stanie małego przekrwienia.

Nie ulega wątpliwości, że ostre zapalenie otrzewnej było przyczyną śmierci chorej; co spowodowało to zapalenie? czy obrażenie otrzewnej przy operacji, lub też zużycie (*usura*) ścianki кишки od nacisku przerośniętym jajnikiem, pęknięcie jej i wylanie się kału do jamy otrzewnej. Co do nas, to ostatnie przyjmujemy za powód zapalenia i rozróżniamy przypadkową współczesność (*coexistentia*) dwóch chorób od siebie niezależnych, mianowicie chroniczne zapalenie jajnika lewego (*oophoritis*). W następstwie uderzenia powstałe, jego powolny przerost zrosnięcie z kiszka i zniszczenie jej całości. Do takiego sądzienia upoważnia nas z jednej strony *hydronephrosis sinistra*, która latami się rozwinęła, z drugiej zaś brak anatomicznych objawów zapalenia otrzewnej na miejscu oddzielenia jej od macicy; nadto zważywszy czas ubiegły od operacji (12 dni) do wystąpienia objawów zapalenia, zwężenie górnej części pochwy, zrosnięcia otrzewnej oddzielonej od macicy z tkanką łączną i innymi częściami okrażającymi, sprawę zapalną w okolicy operacji uważać możemy za skończoną. Jesteśmy prawie pewni, że nie jeden z czytelników zwróci do nas słowa niegdyś przez Dra D e c h a m b r e'a do prof. N é l a t o n a wyrzeczone „*votre malade est morte guérie*“, ale jak w wypadku N é l a t o n a, tak i w obecnie opisanym prawda będzie po stronie autorów. Prócz tego, jeżeli przypomnimy sobie, że sprawa chorobowa była ściśle

ograniczona do macicy i błony śluzowej pochwy i na drodze operacyjnej co do macicy została usunięta, co do pochwy zaś tuszowaniem była na usunięciu, operację *wycięcia macicy* przy jej rakowcu nie możemy uważać za nieużyteczną, a przeciwnie podzielać musimy pod tym względem zdanie *Blundella*, *Claya*, *Koehrlé*.

K A Z U I S T Y K A.

Przegląd ważniejszych przypadków chirurgicznych leczonych w roku 1862 do 1866 w szpitalu *S. Ducha* w Warszawie,
przez *Dra Ludwika Adolfa Neugebauera*,
lekarza ordynującego w tymże szpitalu.

I. Wady rozwojowe.

(Ciąg dalszy, patrz N. 35).

Mówiąc o wadach rozwojowych. zamieszczam tu przy tej sposobności jeszcze następujący, jakkolwiek właściwie tu nienależący, *przypadek przyrodzonego ścieśnienia wypustu, czyli otworu stolcowego.*

W dniu 9 października 1863 r. przyniesiono do szpitala dziecię nowonarodzone płci męskiej, przed dwoma dniami przez zdrową matkę, wieśniaczkę zamieszkałą we wsi Wola pod Warszawą, zrodzone, które od chwili urodzenia stolca jeszcze nie miało. Śledząc toż dziecię, znalazłem otwór jego stolcowy prawie w zupełności zamknięty. W miejscu, gdzie otwór ten miał właśnie istnieć, znajdowało się lekkie zagłębienie, około pół cala długie, a cztery do pięciu linii szerokie. Zagłębienie to przegrodzone było przez swój środek podłużnie przebiegającą, grobelkową wyniosłością, ciemniej od reszty skóry tej okolicy ciała zabarwioną, która dzieląc je na dwie prawie symetryczne zatoki, przedłużała się w kierunku ku przodowi w szew śródkrocza. W głębi prawej z rzeczonych dwóch zatok, a mianowicie w samej przedniej jej części postrzegłem maleńki, szczelinowaty otworek, w głąb prowadzący, którego obszerność tak była nieznaczna, że z pewną tylko trudnością, główkę bardzo cienkiego zgłębnika wprowadzić weń zdołałem. Wprowadzonym zaś zgłębnikiem wdrażylem w obszerną jamę wypełnioną substancją gęstą, a gdy go napowrót na zewnątrz wyciągnąłem, to po za jego główką wystąpiła przez otworek na zewnątrz kępczka smołki dziecięcej. Było przeto jawnem, iż rzeczony otworek był otworem stolcowym w wysokim stopniu ścieśnionym. Przytém cała okolica wypustowa w ogólności była nieco na zewnątrz wypukłona, i przedstawiała słabe chełbotanie, które widocznie pochodziło od nadmienionego nagromadzenia się smołki w kiszce wypustowej. — Dziecię, przy dotknięciu rzeczonej okolicy ciała, a nawet przy mocniejszym jej naciśnięciu nie okazywało żadnych oznak bólu i było w ogólności zupełnie spokojne; w chwili jednak, gdy kiszkę jego wypustową śledziłem zgłębnikiem, robiło usiłowanie wydania z siebie stolca, które przecież pozostało zupełnie bezskutecznem. Reszta ustroju nie przedstawiała nic nieprawidłowego; zawsze atoli dziecię było źle odżywione i osłabione.

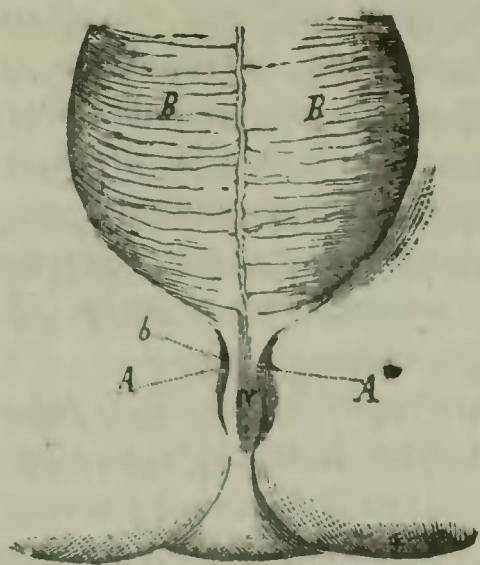


Figura 5 przedstawia okolice otworu stolcowego dziecięcia dotkniętego przyrodzonem ścieśnieniem tegoż otworu, w naturalnej wielkości. A, dołek odpowiadający wypustowi, czyli otworowi stolcowemu, rozdzielony przez podłużną grobelkową przegrodę (a) na dwa symetryczne oddziały, a mianowicie: oddział prawy (A) i oddział lewy (A), z których pierwszy mieści w sobie maleńki otworek, prowadzący do kanału кишки stolcowej, a będący właściwym otworem stolcowym (b); — B, B, worek moszenny.

Istniejące tu ścieśnienie otworu stolcowego wymagało, jak się rozumie, niezwłocznego rozszerzenia tegoż otworu. Wykonałem tę ope-

rację w sposób następujący:

Wprowadziłem małemu choremu, przez opisany wyżej ciasny otworek do кишки wypustowej cienki zgłębnik rowkowany, a zwróciwszy go rowkiem ku tyłowi i dołowi, a wstawiwszy w rowek jego koniec śpiczastego nożyka, rozciąłem nim całe dno wyżej wspomnianego dołka, aż do tylnego jego brzegu. Przez zrobione cięcie, mające pół cala długości, wraz z krwią w nieznacznej ilości z rany wyciekającą, wybuchnęła na zewnątrz znaczna ilość smołki. Rzeczona cięcie nie zdawało mi się jednak być wystarczającym i powiększyłem je, rozcinając dno dołka w mowie będącego jeszcze i w kierunku poprzecznym, przyczem, jak się rozumie, przeciąłem zarazem i wyżej wspomnianą podłużną wyniosłość, dzielącą ten dołek na dwie zatoki. Ani przy pierwszym, ani przy drugim cięciu, mały chory najmniejszego nie wydał z siebie krzyku lub jęku, owszem znać było na nim, że uzdolnienie go przez operację do swobodnego oddawania smołki, sprawiało mu wyraźną ulgę. Ztąd też i po operacji, po której jeszcze wielką ilość smołki wypróżnił, pozostał zupełnie spokojnym i widocznie się orzeźwił.

Opatrunku na ranę żadnego nie zastosowałem i ograniczyłem się na udzieleniu osobie pielęgnowaniem dziecięcia zajmującej się rady, ażeby mu po każdym stolcu, wypust sztucznie rozszerzony starannie oczyszczała.

Po operacji odniesiono dziecko do matki. Miano mi je od czasu do czasu pokazywać, zwłaszcza w razie, gdyby stan jego miał się pogorszyć. Nie przedstawiono mi go jednak więcej, i wnoszę z tego, że pozostało zdrowem.

II. Przepukliny, (h e r n i a e),

Mieszczą się tu trzy przypadki uwięzionej przepukliny udowej. (hernia cruralis incarcerata).

1) Pierwszy z nich był następujący:

Franciszka P..... wdowa po lokaju, lat 57 licząca, wzrostu niskiego, budowy ciała szczupłej, muskulatury wiotkiej, matka sześciorga dzieci, zostawszy w 52 roku życia swego dotkniętą lewostronną przepukliną udową, od tego czasu rok rocznie po kilka razy doznawała wystąpienia na zewnątrz tejże przepu-

kliny. Nie radziła się żadnego lekarza, a ile razy przepuklina wystąpiła, sama ją sobie ręką odkładała. Przy ostatniem wszelako pojawieniu się tego cierpienia, a było to w dniu 10 maja 1863 r., nie zdołała sobie pomóc. Przepuklina pozostała na zewnątrz, chora dotknięta była bolem ciągnącym w przepuklinie i brzuchu, nudnościami i womitami. Przypadki te na początku niezbyt ją dręczyły, zwolna jednak stały się od dnia do dnia dolegliwszymi i spowodowały znaczny upadek sił. Chora więc w końcu, po kilkodniowem cierpieniu zdecydowała się szukać pomocy w szpitalu Śtego Ducha. Pomieszczona w moim oddziale, w dniu 17 rzeczonego miesiąca przedstawiała stan następujący:

Skóra na całym jej ciele była chłodna, twarz okazywała wyraz nieco zapały i jakby zatrwożony, jak go zwykliśmy widywać u chorych dotkniętych przepukliną uwięzioną; chora skarżyła się na nieustanny, od chwili do chwili paroksyzmowym sposobem wzmagający się ból ciągnący w przepuklinie i w brzuchu, na nudności, przykry, gorzki smak w ustach i womitowała często, wyrzucając płyn mętny, żółty, łąjnem cuchnący. Przepuklina przedstawiała się w postaci guza okrągłego, położonego poniżej lewego więzła P o u p a r t'a odpowiednio obręcze udowej. Guz ten leżał tuż pod skórą, i przy dotykaniu był bolesny. Był on przytem nieprzesuwalny. Skóra go pokrywająca przesuwając się dała na nim, nie była w barwie zmieniona, lecz tylko nieco cieplejsza od skóry sąsiednich okolic ciała. Opukiwanie przepukliny wzbudzało w niej dźwięk jasny, stolca chora od samej chwili wystąpienia przepukliny nie miała.

W takich okolicznościach, widząc chorą dotkniętą przepukliną udową uwięzioną w dniu jeszcze 17 maja, po bezskutecznem usiłowaniu odprowadzenia jej drogą niekrwawą, przystąpiłem, przy asystencyi kolegów Groëra i Józefa Kwaśniewskiego, do operacji.

Ułożywszy chorą na stole operacyjnym i zachloroformowaawszy ją, ująłem, łącznie z jednym z kolegów asystujących, skórę pokrywającą przepuklinę palcami w fałd poprzeczny i przeciąłem ją cięciem podłużnym; trzy cale długim i to uczyniwszy, za pomocą nożyka, nożyczek, szczypczyków i śpiczastego zgłębnika rowkowanego, ostrożnemi cięciami wdrążyłem przez powięź zwierzchnią i przez dosyć gruby pokład tkanki łącznej, przeplecionej paskami i kępkami tłuszczu, do worka przepuklinowego. Worek ten nie był pokryty żadną błoną powięziową, lecz tylko licznemi, większemi i mniejszemi naczyniami krwionośnemi. Było więc jawnem, iż wydostał się on przez kanał udowy na zewnątrz w drodze przedarcia się przez tak zwaną przeponę otworu wewnętrznego tego kanału, czyli ów lejek, który powięź poprzeczna brzucha tworzy w tymże otworze na około tętnicy i żyły udowej, przy wstąpieniu tych naczyń do ich pochwy.

Doszedłszy w rzeczony sposób do worka przepuklinowego, otworzyłem go z ostrożnością w samym środku rany. Przez zrobiony otwór ulało się nieco krwawo-zabarwionego płynu. Ilość tego płynu zaledwie wynosiła drachmę. Następnie przeciąłem na zgłębniku rowkowanym tępym, wsuniętym przez ów otwór do jamy worka przepuklinowego, tenże worek w całej prawie jego długości ku dołowi i ku górze. Był on znacznie zgrubiał, ale zresztą w tkaninie swój nieprzeistoczony. Znajdowała się

zaś w jego jamie pętla kiszki cienkiej. Pętla ta była barwy ciemno-brunatno-czerwonej, mocno gazem rozdęta i w różnych miejscach z workiem przepuklinowym pozlepiana. Zlepienie atoli było nie zbyt mocne, i mogłem bez wszelkiej trudności znieść je za pomocą palców.

Uwolniwszy kizkę od worka przepuklinowego, zaszedłem końcem lewego palca wskazującego do otworu przepuklinowego, a znalazszy go tak ciasnym, że bez rozszerzenia go o odłożeniu kiszki myśleć nie mogłem, wprowadziłem wzdłuż strony dłoniowej onego palca koniec nożyka Potta, owiniętego na przestrzeni kilku linii paskiem plastru lepkiego i wykonałem nim, w kierunku ku stronie wewnętrznej, cięcie około trzech linii głębokie w wolny brzeg więzu Gimbernata. Niebawem obrączka udowa została zwolniona, a wyciągnąwszy teraz kizkę jeszcze nieco więcej na zewnątrz, mogłem już z łatwością odłożyć ją do jamy brzusznej.

Po odłożeniu kiszki oczyściłem ranę z krwi, połączyłem jej brzegi szwem krwawym, złożonym z sześciu ściągów jedwabnych, pozostawiając jednak kąt jej dolny otwartym.

Chora po operacyi, czuła się natychmiast lepiej. Okolicę rany poleciłem okładać kompressami w zimnej wodzie maczanemi, do zewnątrz zadać dwie łyżki oleju rycinowego. Skutkiem tego, miała kilka oblitych wypróżnień i spędziła następną noc spokojnie.

Nazajutrz jednak znalazłem okolicę rany obrzmiałą i bolącą. Przytem chora skarżyła się na ból w brzuchu, który był wzdęty. Zmieniłem z tego powodu opatrunek i przepisałem dwie pięciogranowe dawki kalomelu. Te spowodowały obfite stolce i chora czuła się lepiej. Gdy jednak ból w brzuchu nie zewszystkiem ustał, kazałem w dniu następnym przystawić kilkanaście baniek ciętych i starałem się chorą nadal przy regularnym stoleu utrzymać, przez zadawanie jej w miarę potrzeby od chwili do chwili po łyżec oleju rycinowego.

Przy takim leczeniu objawy zapalne z wolna ustąpiły, brzegi rany uwolnione od szwu, otęchły i o ile tymże szwem nie zostały spojone, przeszły w dobre ropienie; rana wypełniła się zdrowymi granulacyami i pokryła się z wolna blizną.

W dniu 23 czerwca, chora wyleczona opuściła szpital. (*Dalszy ciąg nastąpi*).

KRONIKA ZAGRANICZNA.

PRZEGLĄD LITERATURY CHIRURGICZNEJ ANGIELSKIEJ.

Dr. Wł. Stankiewicz.

Dowód, że kruszenie kamienia jest nadzwyczaj pomyślną operacją.

Pod tym tytułem znajdujemy w dzienniku: „The Lancet” artykuł Dra Henryka Thompsona, Chirurga przy University College hospital, słynnego w Anglii z leczenia chorób dróg moczowych. Artykuł ten, podobnie jak i zamieszczony w N. 8 tegoż dziennika za r. 1865 przedstawia rodzaj rocznej statystyki wszystkich wypadków kamienia, leczonych przez Thompsona za pomocą kruszenia. Pobudkę do rzeczonych artykułów dał Dr. Holmes Coote, który przytaczając rezultat leczenia 4 wypadków kamienia przez kruszenie (z których dwa zakończyły się śmiercią operowanych) wynurzył zdanie, iż ogólne przekonanie uważa kruszenie kamienia za niebezpieczniejszą operację od wydobywania takowego przez cięcie (Cystotomia); po-

myślnych rezultatów otrzymanych za pomocą kruszenia, pochodzi ząd, iż niektórzy chirurgowie przedstawiają każde pojedyncze posiedzenie jako wypadek skończony, zamiast podawać je wtenczas, gdy chory zostanie zupełnie wyleczonym; dalej iż kruszenie z korzyścią da się zastosować tylko u osób w wieku średnim lub późniejszym, przy małych kamykach złożonych z moczanów i że w żadnych okolicznościach nie może być użyte względem kamieni złożonych ze szczawianu wapna. Thompson na zasadzie rezultatów we własnej praktyce otrzymanych, poczytuje wszystkie te zarzuty za niesprawiedliwe, a na poparcie swej opinii przytacza 44 wypadki kamieni, leczonych wciągu 2 lat ostatnich za pomocą kruszenia; każdy wypadek przedstawia bardzo treściwie, a dla większej wiarogodności wymienia nazwiska lekarzy towarzyszących mu przy każdej operacji.

Widzimy z powyższej statystyki, iż w ciągu 1864 r. kruszył kamieni 19, w roku 1865 — 24, —razem 43. Co do wieku chorych, stosunek był następujący: do lat 10 było chorych 1, od 10 do 20—0, od 20 do 30—1, od 30 do 40—1, od 40 do 50—5, od 50 do 60—6, od 60 do 70—19, od 70 do 80—9, od 80 do 90—1; razem 43.

Prawie połowa przeto chorych znajdowała się w wieku od 60—70 lat; następnie najczęściej idą chorzy od 70—80 lat; poczem od 50—60 i od 40 do 50; w każdym zaś innym wieku tj. od dzieciństwa do 40 lat i od 80 do 90 stosunek jest bardzo mały i jednakowy, bo tylko po 1 chorym na każdy dziesiątek lat. W wieku od 10 do 20 nie było żadnego chorego. Przeto wiek średni chorych operowanych daje mniej więcej lat 60.

Co do wielkości, dzieli Thompson kamienie na 3 kategorie; małe, średnie, i większe. Średnim jest kamień, który po ujęciu go w litotryptonie daje cal wymiaru; niżej cała są małe, powyżej wielkie. Kamieni więc małych było 18, średnich 14, —wielkich 11.

Co do składu: z kwasu moczowego i moczanów było 27, — fosforanów i mieszanych z innymi solami 14; — ze szczawianu wapna 2.

Skruszenie tych kamieni odbyło się w 266 posiedzeniach.

Skruszenie kamienia zupełne na 1 posiedzeniu miało miejsce w 4 wypadkach, na 2—1, na 3—4, na 4—3, na 5—9, na 6—3, na 7—6, na 8—4, na 9—2, na 10—2, na 11—2, na 18—1. Zatem liczba przecięciowa posiedzeń dla każdego wypadku będzie 6.

Co do rezultatu ostatecznego, 41 chorych zostało stanowczo uleczonych; w liczbie tej u 3 chorych pozostały bóle przy oddawaniu moczu, pomimo iż wszystkie cząstki kamienia zostały oddalone; u jednego z nich tworzyły się przytem nowe osady fosforanów; jeden z chorych zachował Paresis vesicae i był zmuszony do wypuszczania moczu za pomocą moczociągu; nareszcie u dwóch pozostała również skłonność do osadzania się fosforanów bez wszelkiego bólu w cewce i pęcherzu.

Wypadków śmierci było dwa. Jeden u człowieka 69 lat, który po 5 posiedzeniach, oswobodzony będąc od małego kamienia (utworzonego z moczanów) i wszelkich przykrych przypadłości, powrócił w stanie zdrowia do siebie. W parę tygodni potem objawiły się bóle na nowo; następnie dreszcze i gorączka uczyniły niemożliwym użycie narzędzi i chory w 6 tygodni po wystąpieniu rzeczonych bólów umarł. W prawej nerce znaleziono 1 kamień wielkości fasoli i kilka mniejszych, w lewej zaś obszerny ropień. W pęcherzu były 4 kamienie podobne do znalezionych w nerkach; prawdopodobnie opuściły się do pęcherza po skruszeniu pierwszego.

Tu więc chory umarł widocznie skutkiem cierpienia nerek.

Drugi wypadek śmierci miał miejsce u człowieka 64 lat. Kamień był s edniej wielkości, twardy, złożony z fosforanów. Przy bliższym examinie znaleziono znaczny przerost prostaty, pęcherz mocno skurczony i kamień trudny do uchwycenia; chory przytem miał organiczną wadę serca. Zważywszy to wszystko, Thompson oświadczył lekarzowi towarzyszącemu i rodzinie chorego, iż operacya w tym razie żadnego skutku pomyselnego nie przyniesie, gdyż pierwszy raz spotyka kamień w tak nieprzyjaznych warunkach dla kruszenia jak i cięcia. Chory cierpiał niezmiernie z powodu swego kamienia i na usilne jego prośby, Thompson przystąpił do kruszenia jedynie dla tego, iż w tak zwątpionym stanie chorego, uważałby za nieślusne odmawiać mu probowania szczęścia (to refuse him the chance). W ciągu miesiąca było 5 posiedzeń, dokonanych z największą oględnością; poczem nastąpiła gorączka, chory upadł na siłach i umarł nagle w postawie siedzącej, w miesiąc po ostatniem kruszeniu. Po

śmierci, znaleziono obszerne ropienie na około podstawy pęcherza; w pęcherzu zaś połowę skruszonego kamienia w najlepszych względem tego organu warunkach, t. j. bez żadnych drobnych kawałków. Tutaj zgon nastąpił w skutek wady serca; ropienie naokoło pęcherza nie miało nic wspólnego z operacją i jeśliby chory żył dłużej, spowodowałoby niezawodnie samo przez się utratę życia.

Widzimy zatem, że obadwa wypadki śmiertelne nie były następstwem kruszenia i owszem łatwo byłoby operatorowi zupełnie ich uniknąć, gdyby przedsiębrał kruszenie tylko w wybranych przez się wypadkach.

Przyjawszy nawet te dwa niepomyślne wypadki na karb kruszenia, czyż rezultat nie jest tego rodzaju, iż stanowczo przemawia na korzyść kruszenia w porównaniu z Cystotomią, która nigdy nie wykazała podobnego stosunku. Niema wątpliwości, iż przytoczona statystyka jest wyjątkowo tak szczęśliwą; i jeśli z jednej strony słuszna chwala operatorowi się należy, z drugiej daje nam przykład co może osiągnąć umiejętność w połączeniu z troskliwą o chorych starannością.

Pomysłny wypadek kruszenia kamieni zależy według Thompsona od następnych, ściśle przezeń przestrzeganych prawideł: a) użycie narzędzi sprowadzić do minimum; b) posiedzenia winny być jak najkrótsze; c) kamień sproszkować, lub zmiażdżyć na ile możliwości drobne kawałki; d) co do wydalenia ułamków ze skruszenia wynikłych, polegać więcej na siłach naturalnych pęcherza niż na sztucznych środkach.

Co do a) Autor nigdy nie wprowadza wody do pęcherza przed kruszeniem, ale działa przy takiej ilości moczu jaka się znajduje w pęcherzu; tak bowiem wprowadzanie w tym celu przyrządów, jak i wstrzykiwania do pęcherza uważa za nie potrzebne a szkodliwe.

b) Przy każdym posiedzeniu, raz tylko wprowadza litotrypton; bardzo rzadko dwa razy; zwykle nie trzyma go dłużej w pęcherzu nad 1 minutę; — pod koniec kruszenia, przy stukaniu ostatniego odłamka wypada nieraz użyć 2 — 3 minut.

c) Tylko w wyjątkowych razach, przy wielkich kamieniach używa do pierwszego skruszenia litotrypton okienkowy; zwykle zaś posługuje się litotryptonem o ramionach pełnych i płaskich; taki drażni mniej pęcherz a nierównie lepiej kamień proszkuje.

d) Wydobywanie skruszonych ułamków, czy to zapomocą litotryptonu, czy wstrzykiwań wody przez grubą kateter, autor mocno potępia jako w zwyczajnym stanie bezowocne, a drażniące pęcherz; sztuczne wydobywanie ułamków wtedy tylko uważa za stosowne, gdy pęcherz niema dostatecznej siły do ich wydalenia, lub gdy szczególne okoliczności wymagają tego bezpośrednio zaraz po skruszeniu. W tym celu używa jedynie przyrządu Clover'a (The Lancet n. 19), za pomocą którego wstrzykiwanie małej ilości płynu odbywa się łagodnie i odłamki ostre, znacznej wielkości z łatwością wydostają się na zewnątrz. Sam jednak przyznaje, że zastosowanie tego przyrządu więcej drażni pęcherz aniżeli kruszenie kamienia, i dla tego radzi posiedzenie odbywać po uspieniu chorego za pomocą chloroformu.

(The Lancet, s. 169, 200. 1866).

O trudności słyszenia w wypadkach przedziurawienia błony bębenkowej i ważności trąby Eustachego pod względem fizyologicznym i terapeutycznym w podobnych razach.

Pod tym tytułem zamieszczony jest w N. 5 i 7 dziennika The Lancet za r. 1866 artykuł nadesłany z Berlina przez Dra F. E. Weber'a. Autor na zasadzie licznych spostrzeżeń swej praktyki dowodzi stanowczo, iż samo przedziurawienie błony bębenkowej bardzo rzadko staje się powodem cięższego nadwężenia słuchu; że zaś w największej liczbie wypadków, przy obecności przedziurawienia błony bębenkowej, stan mocniejszej głuchoty głównie zależy od zatkania trąby Eustachego. Doświadczeniami swymi autor stwierdził, iż jeśli pomimo utraty błony bębenkowej, błona śluzowa ucha środkowego nie została zgrubioną skutkiem zapalenia, jeśli kostki słuchowe i reszta przyrządu nie została uszkodzoną, to przy zatkaniej śluzem trąbie Eustachego, chory rozeznający z trudnością chód zegarka w odległości 3 stóp, po jej przetkaniu za pomocą świeczki i przestrzykaniu, słyszeć będzie tenże sam szmer z odległości 25—30 stóp, t. j. jak gdyby organ słuchu był w stanie prawidłowym. Jeśli obok przedziurawienia błony bębenkowej i zatkania trąby Eustachego, błona śluzowa ucha środkowego

w skutek długotrwałego zapalenia uległa znacznemu zgrubieniu, podobnie jak błona okienek; a nawet nerwy słuchowe w processie tym wzięły udział, to chorzy którzy w podobnych warunkach rozróżniali chód zegarka zaledwie w odległości od $\frac{1}{2}$ —3 cali, bezpośrednio po przetkaniu i oczyszczeniu trąby Eustachego, słyszeć mogą tenże sam szmer w odległości jednej do kilku stóp.

Te to wypadki osiągnięte na polu praktycznym, przekonały autora, iż najskuteczniejszy sposób leczenia głuchoty spowodowanej zapaleniem ucha środkowego z przedziurawieniem błony bębenkowej, jest staranie się o doprowadzenie trąby Eustachego do stanu ile możności prawidłowego. Autor nie wiele wiary pokłada w oczyszczaniu trąby za pomocą wpędzanego powietrza, ale dokonywa tego nierównie prędzej za pomocą świeczek właściwych, przyczem w wielu razach używa przestrzekiwań z saletranu srebra, nie zamedbując działać jednocześnie na błonę śluzową jamy bębenkowej i całego gardła. Upewnia, iż sposób ten ma niezaprzeczoną korzyść nad zastosowaniem sztucznego bębna, który tylko w wyjątkowych razach okazuje pewną korzyść, a najczęściej, jako ciało obce, jest przyczyną wielu przykrych przypadłości. Badania anatomiczne trąby Eustachego przedsięwzięte przez autora, przekonały go, iż światło trąby w jej punkcie zwężonym (isthmus) nie jest okrągłe ale kątowne, w skutek czego nawet bardzo gruba świeczka nie przylega ściśle do jej obwodu i pomimo jej wprowadzenia, utrzymuje się komunikacja między uchem zewnętrznym a jamą nosową; potwierdzeniem to zostało na chorych, którzy mając przedziurawienie błony bębenkowej, słyszeli nierównie lepiej po wprowadzeniu świeczki do trąby Eustachego.

Autor stara się wytłumaczyć naturę tak korzystnego wpływu wolnej trąby Eustachego na polepszenie słuchu tem, iż takowa w związku z jamą ust odgrywa rolę próżni powiększającej odgłos w jamie bębenkowej wywołany. Chcąc uzyskać dokładne objaśnienie w tym względzie, zniósł się z Prof. H e l m h o l z i H e n l e. Ostatni oświadczył, iż rola fizyologiczna, przypisywana trąbie Eustachego przez autora, nie może być słuszną dla tego, iż ściany trąby w stanie prawidłowym (wyjawszy w chwili przełykania) są w ciągłym ze sobą zetknięciu tak, iż niemoże być mowy o związku rezonansu z jamą ust; sądzi więc, że w obec rezultatów przez autora otrzymanych, trąba Eustachego, tylko w wyjątkowych razach nabiera owęj fizyologicznej ważności.

Twierdzenie to H e n l e'g o zbija autor najnowszym odkryciem prof. R ü d i g e r z Monachium, według którego, nawet u trupa górna część światła trąby Eustachego pozostaje wolną w całym jej przebiegu, tak iż niestępny związek utrzymuje się za pomocą powietrza między jamą bębenkową a przyrządem oddechowym.

O leczeniu przedziurawionej błony bębenkowej.

przez Dra Józefa Toynece.¹⁾

Jest to odpowiedź na artykuł napisany w tym samym przebiegu przez Dr. W e b e r'a z Berlina, zamieszczony przed niedawnym czasem w tymże dzienniku. Dr. T o y n b e e, jeden z najznakomitszych obecnych otiatrów, w rozbiórce szczegółowym, stara się wykazać błędność zapatrywania i dowodzeń niemieckiego autora. Pomijając zarzuty odnoszące się więcej do ścisłości określenia chorób uszu, przytoczymy te tylko, które sięgają się do głównego jądra w mowie będącej kwestyi. Przytaczając całe okresy artykułu W e b e r'a, autor widzi w nich niekonsekwentność i wnioski złą wyprowadzone obraca na zbiecie twierdzeń jego. A najprzód, według dowodzeń W e b e r'a, przy przedziurawieniu lub zniszczeniu błony bębenkowej towarzysząca głuchota zależy głównie od zatkania trąby E u s t a c h e g o, po usunięciu którego ustaje. Tymczasem jest, według autora, rzeczą dowiedzioną, iż trąba E u s t a c h e g o w stanie prawidłowym tylko w chwili przełykania zostaje otwarta; jeśli zaś w wypadkach chorobliwych zostaje tak otwarta, iż dźwięki z jamy ust przenoszą się do jamy bębenkowej, wówczas wrażenie doznane przez chorego jest bardzo dlań przykre. Dalej, skoro mamy przedziurawienie błony bębenkowej, śluz nagromadzony w jamie ucha środkowego odchodzi przez otwór ten na zewnątrz i tym sposobem jedno z głównych przeznaczeń trąby E u s t a c h e g o zostaje zastąpione. Dla funkcyi słuchu, otwarty stan trąby E u s t a c h e g o jest równie szkodliwy

¹⁾ Jest to jedna z ostatnich prac w tak smutny sposób zgasłego nie dawno autora.

przy całej jak i przy przedziurawionej błonie bębenkowej; utrzymanie zaś stałe trąby Eust. otwartej za pomocą świeczek jest niemożliwe z tego powodu, iż wargi jej ujścia gardłowego natychmiast po wydobyciu świeczki zamykają się. Zwężenie trąby w ogóle jest rzadkie, a przy przedziurawionej błonie bębenkowej do prawdziwych wyjątków należy; — zeznaniem zaś swém, iż niektórzy chorzy słyszą lepiej właśnie w chwili wprowadzenia świeczki do trąby Eust., występuje według autora, *Weber* sam przeciwko swemu twierdzeniu, iż otwarcie trąbki Eust. jest głównym warunkiem poprawy słuchu. Autor uważa błędne twierdzenie *Webera*, jakoby świeczka dostatecznej grubości po wprowadzeniu do trąby nie wypełniała zupełnie jej światła, ale zostawiała wzdłuż siebie wolną komunikację między uchem środkowym a jamą ust. Tłumaczenie wpływu otwartej trąby Eust. na polepszenie słuchu przez powiększenie rezonansu w jamie ust, odpycha autor stanowczo, uważając za niemożliwe utrzymanie stanu otwartego trąby; osiągnięcie zaś tego celu t. j. otwarcie, zamiast uleczenia byłoby przeciwnie źródłem ciągłej męki dla chorego. Polepszenie słuchu, otrzymane przez *Webera* po przetykaniu trąby i wstrzykiwaniach do ucha środkowego, autor przypisuje nie otwarciu trąby Eust., ale wydaleniu zalegającego śluzu w uchu i pobudzonej przytem działalności mięśni bębenkowych, w skutek czynności zwrotnej nerwów właściwych. Dr. *Townsend*, wspomniawszy o długoletniej swjej pracy na polu otiatryki i wpływie postępowym jaki ta gałąź chirurgii opracowana w Anglii wywarła na otiatrykę innych krajów, kończy wynurzeniem żalu, iż ogłaszanie artykułów pp. *Kramera* i *Webera* w czasopismach angielskich, jest niejako lekceważeniem powagi naukowej i zasług należnych w tym względzie angielskim otiatrom.

(The Lancet. §. 309. 1866).

Tak wręcz przeciwne sobie zdania w jednej i tej samej kwestyi, nie omieszczały zachęcić lekarzy do ścisłej w tym kierunku obserwacji, celem dostarczenia dowodów faktycznych, zdolnych wykazać po której stronie jest prawda.

Dr. *Jamieson*, chirurg leczący choroby uszne w szpitalu *Guy*, pragnąc przyczynić się do wyjaśnienia poruszonej kwestyi, przytacza w artykule: „Perforated membrana tympani and the Eustachian tube“ (The Lancet, S. 481. 1866), opis dwóch następujących wypadków: Obadwaj chorzy, z których jeden liczył 44 a drugi 26 lat, cierpieli na głuchotę lewego ucha od dzieciństwa; u obydwu błona bębenkowa była w większej części zniszczona, trąby Eustachego zatkane, błona śluzowa ucha w dość dobrym stanie, u jednego zaś nieznaczny odpływ płynu mętneho, pomieszanego z kosmkami. Jeden z chorych był w stanie słyszeć głośną mowę, lecz nie słyszał chodu zegarka; autor postanowił w tym razie znieść zatkanie trąby Eustachego za pomocą świeczek z *Laminaria digitata*, i celu tego dopiął już za drugim wprowadzeniem świeczki tak, iż sam chory przepęłzał z łatwością powietrze przez otwór zewnętrzny ucha. Pomimo to, w stopniu głuchoty nie było najmniejszej zmiany i dopiero zastosowanie sztucznej błony bębenkowej sprowadziło znakomitą poprawę słuchu. Chory widziany w pół roku potem, cieszył się ciągle znaczną poprawą słuchu, którą w zupełności zawdzięcza noszeniu sztucznej błony bębenkowej, po wyjęciu której dawny stan głuchoty wraca, chociaż powietrze swobodnie przechodzi przez trąbę Eustachego.

U drugiego chorego po doprowadzeniu trąby Eustachego do prawidłowego stanu, słuch tak się pogorszył, iż przestał zupełnie słyszeć chód zegarka, gdy przedtem mógł go słyszeć z łatwością w odległości 1 cala; po założeniu zaś sztucznej błony bębenkowej, nie tylko słyszał dobrze głos zwyczajny, ale i chód zegarka z odległości przeszło 20 cali; ten stan pomysłny z małemi zmianami utrzymywał się i nadal.

Widzimy zatem, iż obserwacje te przemawiają stanowczo na korzyść twierdzeń Dra *Townsenda*.

Dr. *Hinton* nie widząc w tak wyżej przytoczonych, jak i innych wypadkach polepszenia głuchoty, pomimo przywrócenia trąby Eustachego do zupełnie prawidłowego stanu, przypuszcza, iż polepszenie to niekiedy spostrzegane, nie zależy jedynie od stanu normalnego trąby Eustachego, ale raczej od towarzyszącego temu często polepszenia stanu błony śluzowej, wyściełającej jamę bębenkową. Autor również spostrzegł polepszenie słuchu po włożeniu świeczki do trąby Eustachego; według niego, ma to pochodzić od drażnienia ciałem obcym włókien mięśnia nateżacza błony bębenkowej, który tym sposobem pobudzony zostaje do kurczenia się. Na poparcie swych twierdzeń autor przytacza spostrzeżenie, iż po wprowadzeniu świeczki do

trąby Eustachego, przewód ucha zewnętrznego staje się bardzo drażliwy, tak iż wprowadzenie doń wtedy wziernika sprawia wielką przykrość choremu, którą wyjęcie świeczki natychmiast zmniejsza. Prócz tego w wypadkach przedziurawienia błony bębenkowej, autor często otrzymywał znakomite polepszenie słuchu od wkraplania w ucho roztworu siarczanu cynku, tak przy wolnej, jak i zatkannej trąbie Eustachego; polepszenie to utrzymywało się kilkanaście minut, pomimo przedmuchiwania ucha za pomocą powietrza, co dowodzi, iż takowe nie zależało od utworzenia się w otworze pewnego rodzaju błonki. Że zaś woda czysta nie sprawiała tego skutku przeto widocznie jest, iż polepszenie w tym razie pochodzi prawdopodobnie od pobudzenia mięśni bębenkowych, lub może od wywarcia wpływu ściągającego na zwiotczałą błonę śluzową.

O wypłowaniu kości z pozostawieniem okostnej przy leczeniu ostrych ropni w tej błonie powstałych, etc.

przez Dra T. Holmes.

Do uwag poniżej zamieszczonych, a dowodzących głębokiego poglądu autora w ważnych kwestiach klinicznych, dał pobudkę następny wypadek: chłopczyk 10 letni przyjęty został d. 5 kwietnia 1865 do szpitala z ostrym ropniem okostnej na lewej kości goleniowej. Choroba rozpoczęła się 15 marca t. r. bólem i obrzmieniem goleni w okolicy kostek, obrzmienie to szybko posunęło się ku górze; otwarto ropień z którego wypłynęła znaczna ilość ropy, lecz choroba nie wstrzymała się. Przywieziony chory do szpitala, miał mocną gorączkę i mijał w nocy; cała goleń lewa mocno obrzmiła, skóra blada, w okolicy stawu kolanowego i skokowego wyraźna obecność płynu.

Zrobiono cięcie podłużne wzdłuż kości goleniowej i znaleziono takową ogolocołą z okostnej na całej długości. Wobec tak obszernego cierpienia kostnego i wycieńczenia chorego, postanowiono wstrzymać się z wszelkiem działaniem operacyjnym aż do poprawy jego sił, przyspieszając tę chwilę podaniem wina, chin i pożywniej dyety. Wzmocniwszy chorego, przystąpiono do bliższego zbadania wypadku, po zadaniu poprzedniem chloroformu. Znaleziono obszerny ropień otaczający prawie całą długość obnażonej kości goleniowej; wylanie zaś płynne tak w stawie kolanowym jak i stopowym, przemawiało za rozpostarciem się cierpienia aż do kończyn kości rzezoniej. Autor wniósł z tego, iż cały trzon kości (diaphysis) jest w stanie zgorzeli (necrosis) i wspólnie z Dr. Smith zgodzono się na natychmiastowe jej oddalenie. Operację wykonano łatwo przy pomocy pilki łańcuskowej, okostna wszędzie bez trudności została oddzieloną i wydobyta kość, przedstawiająca cały trzon, wynosiła $7\frac{1}{3}$ cala długości; krwawienie było nieznaczne, i niemal cała okostna pozostała na miejscu. Kość strzałkowa (fibula) okazała się zupełnie zdrową; kończynę umieszczono w zwykłej rynience, używanej przy złamaniach. Obecność zdrowej kości strzałkowej, odgrywającej w tym razie rolę łupki wyciągowej, dawała rękojmię iż kończyna nie ulegnie skróceniu. Chory po operacji miał się coraz lepiej; wkrótce w okolicy zewnętrznej stawu kolanowego otworzył się ropień, po którym pozostało się parę przetok drobnych, lecz nie zdaje się iżby ropień ten miał pierwotne swe źródło w samym stawie, gdyż po ustaniu odpływu ropnego, rzepka była ruchomą, a tarcie jej o odpowiednie powierzchnie stawowe, dawało uczucie zupełnej gładkości tychże. Obrzmienie stawu skokowego jak i również całej kończyny zeszło, i przy zachowywanej nieruchomości, kość szybko odradzać się poczęła; jednakże przy zmianie rynienki w początku czerwca ze zdumieniem spostrzeżono pewne skrócenia goleni.

Badając przyczynę tego, znaleziono główkę kości strzałkowej posuniętą wyżej aniżeli była poprzednio, co było niezawodnie następstwem wspomnianego ropnia, który powstawszy w stawie golenio-strzałkowym, osłabił lub zniszczył ich więziste połączenia, a tym sposobem zmniejszył opór, jaki stawiała kość strzałkowa dążeniu do skrócenia goleni.

Usiłowania następne celem przedłużenia członka okazały się mało skuteczne i chory d. 2 października (przeto w $5\frac{1}{2}$ mcy) opuścił szpital w zupełnym zdrowiu. Członek operowany krótszym był o $1\frac{1}{2}$ cala; goleń miała kształt niemal prawidłowy, stałość należyta, a kość wytworzona na właściwym miejscu, przedstawiała się grubszą i nierówną. Pozostające dwa małe otworki przetokowe, prowadziły do części miękkich, w głębi których nie odkryto

powierzchni kostnej. Staw kolanowy sztywny jak przy Ankylosis spuria. Chłopczyk posługując się laską, mógł chodzić dość łatwo bez żadnego bólu.

Korzystając z niniejszego wypadku, autor stara się wykazać, jaki rodzaj leczenia jest najodpowiedniejszy i najkorzystniejszy dla chorego. Czy w razie zgorzeli kości długich, w skutek nagłego zapalenia okostnej lub obszernego ropnia wewnątrz tejże, skoro cały obwód kości na mniej lub więcej znacznej przestrzeni od okostnej oddzielony zostaje, uciekać się do natychmiastowego oddalenia części obumarłej za pomocą wypilowania podokostnego, czy też czekać aż część takowa dobrowolnie oddzielać się zacznie? Autor skłania się stanowczo na stronę postępowania czynnego, w którym widzi następne korzyści: pierwszą i najważniejszą, jest polepszenie stanu ogólnego chorego, jako bezpośredni wynik usunięcia źródła podtrzymującego niebezpieczne ogólne drażnienie (dangerous constitutional irritation). Jest to podobny skutek, jaki osiągamy po oddaleniu z organizmu części uległych gangrenie traumatycznej. Usuwając źródło cierpienia, zabezpieczamy się również przeciwko szkodliwym jego następstwom, a zwłaszcza ropnicy tak, często przy ropieniu kości występującej. Dalej, oddalając całą część cierpiącą kości, ograniczamy nasze działanie do jednej tylko operacji i przy pomyślnym przebiegu, czuwamy jedynie nad utrzymaniem prawidłowej długości członka podczas odradzania się kości. Przeciwnie wyczekując, narażamy chorego na szereg różnych, bardzo przykrych operacji, jak: częste otwieranie ropni i zatok w sąsiedztwie cierpiącej kości, utrzymywanie otworów dla odpływu ropy, wydobywanie martwaków (sequestrum), przyczem nieraz niszczyć musimy nowo utworzoną kość i t. p., co wszystko wielokrotnie powtarzane nieraz sprowadza przykre powikłania, jak: różę, krwotoki, głębokie ropnie, a często doprowadza chorego do stanu, w którym jedynie odjęcie członka cierpiącego, może kres chorobie położyć.

Naostatek, ważną korzyść stanowi szybkość leczenia, jaka w pomyślnym razie następuje po wykonaniu wspomnianej operacji. Po wypilowaniu podokostnym, skoro kość zostanie zupełnie odłożoną, leczenie jest skończone. Przy wyczekiwaniu zaś, pomimo oddzielenia się martwaka i wytworzenia nowej kości, pozostaje czekać aż próżnia po nim wypełni się, rany i zatoki pogoją, co trwa nierównie dłużej. Mamy na to dowód w wypadku przytoczonym, gdzie w przeciągu 9 mcy od rozpoczęcia się choroby, stanowcze uleczenie nastąpiło.

Z drugiej strony niemożna zaprzeczyć, że wypilowanie podokostne całej zniszczonej kości, stanowi obok trudności wykonania, ważną operację która wymaga obszernych cięć w częściach miękkich i bywa przyczyną obfitego krwawienia; wykonanie jej przeto należy zastosować tam tylko, gdzie szybkie wyniszczenie chorego, następujące w początkach obszernego cierpienia kości, grozi utratą życia. Co do trudności przy wykonaniu operacji, autor wylicza wielką trudność (w razach gdzie tylko część trzonu jest obumarłą) oddzielenia okostnej na granicy części cierpiącej, jakiej niekiedy się doświadcza i ztąd następuje oddzielenie się martwaków, które jednak po większej części łatwo wydobywają się na zewnątrz. Inną trudnością po tej operacji jest dążenie do skrócenia członka, którego nie tyle potrzebujemy lękać się w przedramieniu i goleni, jeśli jedna z kości pozostaje zdrową; w innych zaś warunkach należy zwrócić całą uwagę na sztuczne wyciąganie członka podczas odkładania się kości.

Autor jest przekonany, iż podobne postępowanie praktykowane częściej, doprowadzi chirurgów do posiadania statystyki, której cyfry niezawodnie przemówią na korzyść jego twierdzenia.

(The Lancet, S. 340. 1866).

CZĘŚĆ STATYSTYCZNA.

Ruch chorych w szpitalach warszawskich.

od dnia 13 lutego do 19 lutego (włącznie) 1867 r.

	Chorych było.	Przybyło.	Wyzdro.	Umarło.	Pozostało.
W szpitalu Dzieciątka Jezus	684	153	169	18	650
„ Śgo Ducha	150	32	23	7	152
„ Ewangelickim	86	19	21	3	81
„ Śgo Rocha	99	26	26	3	96
„ Śgo Jana Bożego	161	5	1	2	163
„ Śgo Łazarza	330	70	52	4	344
„ Starozakonnych	388	82	87	9	377
Ogółem:	1893	387	376	46	1863

Wiadomości bieżące.

— W dniu 22 przeszłego miesiąca miała miejsce w Berlinie habilitacya honorowego dotychczas profesora Gräffego na zwyczajnego. Akt ten nader wspaniały był uznaniem rzeczywistej naukowej wyższości tego uczonego okulisty nad starszemi uczonemi żyjącemi jeszcze profesorami, I ü n g k e n e m i B ö h m e m, których oddziały kliniczne w Charité przeszły odtąd w opiekę pr. Gräffego. Na żądanie samego habilitanta akt ten odbył się bez wszelkich przemów rektora i dziekana; — sam tylko professor Gräffe przeczytał wstęp do swjej nowej pracy w języku łacińskim fakultetowi przedstawionj „de musculorum oculorum paralyssi;“ praca ta za kilka dni w języku niemieckim prasę opuści i będzie dziełem wyrównywającym doniosłością pracom tegoż autora o zycie i nowotworach gałki ocznej i wielu innych. Fakultet lekarski ostatni raz był przytomny habilitacyi w języku łacińskim odbytej, odtąd bowiem tak rozprawy na stopień doktora jak i ich obrona będą w języku niemieckim. *Berlin 1 marca.* N. I.

— 20 listopada przeszłego roku wyszedł w świat 6ty zeszyt *Atlasu chorób skórnych Hebry*. Zeszyt ten zawiera Herpes i Erythema w 12 kolorowanych i tyluż niekolorowanych tablicach. Niektóre ryciny, szczególniej odnoszące się do *Herpes zoster* i *Erythema varicosum*, przedstawione są tak zgodnie z naturą, iż robią zaszczyt panu Heitzmann'owi, który przyjął na siebie trudną rolę malarza — portrecisty chorób, po śmierci ś. p. Dr. Elfingera.

— Bibliografia. *Od redakcyi Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego*. Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w roku bieżącym 1867, a trzydziestym swego istnienia wychodzić będzie w zeszytach miesięcznych po 4—5 arkuszy druku zawierających. Treść Pamiętnika w myśl § 17 działu IV Ustawy o Towarzystwie lekarskiem, stanowić będą: 1) Rozprawy czytane na posiedzeniu publicznem; 2) Rozprawy członków nowo-wstępujących; 3) Sprawozdania komitetu do chorób panujących; 4) Sprawozdania szpitalne; 5) Rozbiory dzieł i rozpraw Towarzystwu nadsyłanych; 6) Wiadomości urzędowe; 7) Rozprawy lub spostrzeżenia oryginalne lub tłumaczone, przez członków dostarczane; 8) Protokoły Towarzystwa i t. d. Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego prenumerować można w redakcyi, oraz we wszystkich księgarniach w Warszawie i na prowincyi, tudzież we wszystkich urzędach pocztowych. Przedpłata roczna na dwanaście zeszytów, stanowiących dwa tomy, w Warszawie wynosi r. sr. 4, na prowincyi i w Cesarstwie rsr. 4 k. 50, którą uiszczać można i półrocznie.

Wszelkie artykuły do Pamiętnika przeznaczone, mogą być przesyłane na koszt, pod adresem: „Do Redaktora głównego Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, Janusza F. Nowakowskiego, w Warszawie przy rogu ulicy Długiej i Bielańskiej Nr. 576“ Autorowie i wydawcy życzący sobie, aby ich dzieła w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego były rozbiebane, zechcą takowe nadsyłać Redaktorowi głównemu franco. Skład główny Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego w księgarni Michała Glücksberga przy ulicy Krakowskie - Przedmieście Nr. 411, w domu p. Grodzickiego. Zeszyt za miesiąc *Styczeń* r. b. już jest ukończony, a zeszyt za miesiąc *Luty* znajduje się pod prasą.

Sprostowanie. W Nr. 33 na str. 521, w wierszu 15 od góry, zamiast: do kości biodrowej, czytaj: do powięzi biodrowej.

Redaktor odpowiedzialny Prof. **Luczkiewicz.**

Gazeta Lekarska wychodzi w każdą sobotę, w objętości jednego arkusza, czyli str. 16.— Prenumerować można na wszystkich urzędach i stacyach pocztowych, tudzież w znaczniejszych księgarniach krajowych i zagranicznych.

Expedycya i skład główny w księgarni Gebethnera i Wolfa w Warszawie, Krak. Przedmieście. Nr. 415.

W Drukarni Gazety Polskiej. — Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.
