

# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,  
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie r. sr. 5, półrocznie r. sr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (w opasce) rocznie r. sr. 6, półrocznie r. sr. 3; w redakcyi i na poczcie (w kopertach) rocznie r. sr. 7, półrocznie r. sr. 3 kop. 50.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W redakcyi półrocznie (od 1 stycznia 1869 do 1 lipca 1869 r.) r. sr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1869 r. sr. 38

**TREŚĆ: Prace oryginalne.** Rana kłuta przenikająca do żołądka (*Vulnus punctum penetrans ventriculi*). Postrzeżenie *Władysława Lipińskiego*, lekarza powiatu Grójeckiego. Międzykrocze (*perineum*). Napisał *Dr. med. L. Hirschfeld*, Professor Szkoły Głównej Warszawskiej. (Ciąg dalszy). **Kronika Zagraniczna.** Przecięcie ścian brzusznych (*laparotomia*); wycięcie guza włóknisto-torbielowatego macicy ważącego 14 1/2 kilogramów; wyzdrowienie. Spostrzeżenie *prof. Koerberle* ze Strasburga. **Statystyka Lekarska.** Sprawozdanie z ruchu chorych oddziału ocznego szpitala Starozaconych w Warszawie za rok 1868. *Dr. Jodko.* Zakład leczenia ścieśnionem powietrzem *Dra Wincentego Brodowskiego.* **Wiadomości bieżące.** O leczeniu błonicy (*diphtheritis*). Środek przeciwko nocnym odpływom nasienia (*pollutiones nocturnae*). Bromek i dwubromek rtęci jako środki lecznicze. Środek poronny przeciwko dymienicom (*bubones*). Ś. p. *Dr. Hodgson.* *Prof. Czermak i Preyer.* Biblioteka Umiejętności Lekarskich. **Dodatek.** Farmakologii arkusz 37my, Farmakognozyi arkusz 22 i 23ci, Oftalmologii arkusz 16.

**Rana kłuta przenikająca do żołądka (*Vulnus punctum penetrans ventriculi*).**

Postrzeżenie *Władysława Lipińskiego*, Lekarza powiatu Grójeckiego.

W dniu 6 grudnia 1867 r., o godzinie 7mej wieczorem, zostałem w mieście Grójcu wezwany do chorego, który w tymże dniu o godzinie 3ej po południu przebił się scyzorykiem. Przybywszy na miejsce, znalazłem: A. P. urzędnik lat 18 wieku liczący, wzrostu średniego, blondyn, nieźle odżywiony, przy obejrzeniu przedstawiał skórę bardzo bladą, chłodną, błony śluzowe dostępne dla oka prawie białe, głos cichy, niewyraźny, czkawka, niespokojność; chory często omdlewa, skarży się na wielkie osłabienie, dzwonięcie w uszach, ciśnienie w skroniach, śmienie w oczach, nieznośne pragnienie a szczególnie na silny ból w całej okolicy nadpępkowej i w dołku. Puls drobny, bardzo miękki, uderza 120 razy na minutę; cała okolica nadpępkowa a szczególnie okolica żołądka bardzo bolesna, najłżejszy nacisk a nawet głębsze odetchnięcie, sprawiają choremu nieznośne bóle. Na półtora cala poniżej wyrostka mieczykowatego (odjawszy plaster lepki tamże położony), na pół cala na lewo od linii środkowej ciała, znalazłem ranę poprzeczną, długą na pół cala, liniową, w środku nieco szerszą, o brzegach równych, nieco krwawiących. Od otaczających chorego dowiedziałem się, iż tenże zjadłszy obiad, wziął się



do strugania drewna dużym ostrzem scyzoryka; po pewnym czasie, matka chorego będąca w drugim pokoju usłyszała nagły krzyk i jakby upadnięcie jakiegoś ciała, a wbiegłszy do pokoju w którym się syn jej znajdował, znalazła go leżącego na środku pokoju, zemdlonego, a obok niego leżał scyzoryk z ostrzem zakrwawionym; przy trzeźwieniu chorego, znaleziono krew na odzieży; rozebrano go zaraz i przekonano się że krew pochodziła z rany będącej w okolicy dołka podpiersiowego; — posłano zaraz po felczera, który przybywszy ranę obmył, zalepił lepkiem plastrem i zalecił okładać zimną wodą.

Rana, jak to następnie śledztwo sądowe wykryło, w celu samobójczym zadana została. Krwotok zewnętrzny — o ile z opowiadania matki chorego i felczera niosącego pierwszy ratunek, jako też ze śladów na odzieży znalezionych, przekonać się mogłem — nie był znaczny. Narzędzie, którym rana zadana została, było ostrze scyzoryka długie na 5 cali, szerokie w środku długości na  $\frac{3}{4}$  cala, na którym ślady krwi, w postaci matowo-różowawych promieni znalazłem.

Zabarwienie skóry i błon śluzowych, objawy tak przedmiotowe jak i podmiotowe, wskazywały nam znaczną utratę krwi, a ponieważ krwotok zewnętrzny był mały, byłem więc przekonany że mam do czynienia z obfitym krwotokiem wewnętrznym; kierując się zaś położeniem rany (którą zaraz przy zewnętrznym obejrzeniu uważając za drążącą do jamy naturalnej ciała nie sondowałem) i bólem gwałtownym umiejscowionym szczególnie w okolicy żołądka, zrobiłem rozpoznanie na ranę kłutą żołądka przechodzącą aż do jamy tegoż. Wkrótce rozpoznanie to w sposób nader widoczny potwierdzonem zostało, albowiem chory poruszywszy się nieco dostał wymiotów, a zrzucona zawartość żołądka, w ilości przeszło półtoręj kwarty, składała się z niestrawionych pokarmów wraz z kawałkami zsiadłej krwi.

Opatrzywszy ranę lepkiem plastrem, na okolicę żołądka zaleciłem okłady z lodu w pęcherzu, lód w kawałkach do łykania, absolutny spokój i zupełne powstrzymanie się od przyjmowania pokarmów i do wewnątrz co 2 godziny po 5 kropel roztworu półtorochlorku żelaza (*Liquor ferri sesquichlorati*) w małej ilości zimnej wody.

Następnego dnia o godzinie 8miej z rana, odwiedziwszy chorego wraz z kol. M a j k o w s k i m, dowiedzieliśmy się, że w nocy chory zwymiotował mniej więcej pół kwarty zsiadłej krwi, którą nam okazano; ból w okolicy żołądka zupełnie ustąpił, gdyż głębszy nawet nacisk w tém miejscu nie sprawia żadnej przykrości choremu, dzwonienie w uszach ustąpiło, pragnienie mniejsze; puls drobny, miękki, mały i częsty; chory żali się tylko na ból i zawrót głowy i znaczne osłabienie. Leczenie toż samo.

O godzinie 12ej w południe i o 7ej wieczorem, stan tenże sam.

8go grudnia o godzinie 8ej z rana przybywszy do chorego, dowiedziałem się iż w nocy miał silne dreszcze przeszło pół godziny trwające, następnie mocną gorączkę; całą noc rzucał się, sen miał niespokojny, przerywany, majaczył a nad ranem oddał jeden obfity stolec, w którym przeważały kawałki



czarnéj, zsiadléj krwi. Chory użala się na silny, męczący kaszel, klucie pod lewą sutką na przestrzał aż pod lewą łopatkę przechodzące i na gniotący ból w okolicy czołowej. Skóra rozpalona, na prawym policzku lekki ograniczony rumieniec; puls 120 nieco twardszy i pełniejszy jak dnia poprzedniego, plwocina lekko rdzawa, oddychanie powierzchowne 38 na minutę; język wilgotny, lekko białawym osadem obłożony; pragnienie. Pod lewą łopatką, na przestrzeni dłoni oddech oskrzelowy, opukiwanie na tejże przestrzeni daje ton tępy. Rana ściągnięta, brzegi jéj nieco ropieją, przy nacisku na okolice żołądka chory nie doznaje żadnego bólu. Mieliśmy więc znowu do czynienia z zapaleniem płuc, które przy tak znaczném osłabieniu organizmu, w skutek obfitéj utraty krwi, nie świetną prognozę wróżyć choremu dozwalało; całą nadzieję pokładaliśmy w młodym wieku chorego i w możliwém ograniczeniu się procesu zapalnego li tylko na zajętej już przestrzeni. O energiczném przeciwzapalném leczeniu, w obecnym wypadku i myśleć nie można było, zaleciliśmy tylko zaniechanie lodowych okładów na okolice żołądka, gdyż pomyślny jak dotąd przebieg rany w części nas zaspakajał — a całą uwagę skierowawszy na świeżo wstawione zapalenie płuc, zaleciliśmy pod lewą łopatkę postawić wezykatoryę wielkości dłoni i trzymać aż do silnego zczerwienienia skóry w tém miejscu, na bok lewy gorczycznik a wewnątrz: *Rp. Inf. rad. Senegae ex ʒj, pti ʒv, Acidi phosphorici diluti ʒjj, Syr. Rubi Idaei ʒj. M. D. S. Co 2 godziny łyżkę stołową.* Spokój i ścisła dyeta, za napój napar z lnianego siemienia chłodny a na ranę opatrunek z suchéj szarpi.

9go grudnia o godzinie 8éj z rana, gorączka mniejsza, puls uderza 88 razy na minutę, ból głowy ustąpił, klucie pod lewą sutką mniejsze; kaszel jak dnia wczorajszego, expektoracya skąpa, plwocina lekko rdzawa; oddech oskrzelowy w témże miejscu i na tejże przestrzeni co i dnia poprzedniego, objawów ze strony żołądka i otrzewnej żadnych, rana lekko ropieje. Opatrunek rany tenże sam; lekarstwo poprzednie dalej używać.

O godzinie 7éj wieczorem, stan ogólny i miejscowy tenże sam; chory rzeźwiejszy, żąda pokarmu; zaleciłem dać mu cztery łyżki stołowe bulionu; lekarstwo powtórzyć toż samo.

10 grudnia o godzinie 8éj z rana, puls 76, klucie w boku ustąpiło, kaszel lżejszy, expektoracya łatwiejsza, plwocina obfitsza, gęstawa, lepka, żółtawa; język czysty, pragnienie umiarkowane, apetyt znaczny; pod łopatką lewą oddech oskrzelowy mniej wyraźny. Zaleciłem dawać choremu trzy razy dziennie po filiżance bulionu; lekarstwo toż samo dalej używać.

11go grudnia o godzinie 10éj z rana, puls 70, kaszel mniej częsty i mniej męczący, expektoracya łatwa, język czysty, stolca od trzech dni nie miał; pod łopatką lewą w miejsce oddechu oskrzelowego *crepitatio*; chory czuje się znacznie rzeźwiejszym i silniejszym, tylko skarży się na skąpą dyetę. Rana przedstawia się w postaci wązkiej linijki pokrytej cienką warstwą młodego naskórka. Zalecono lewatywę z letniej wody i oliwy a wewnątrz: *Rp. Inf. rad. Senegae ex ʒjj, pti ʒv, Syr. Althaeae ʒj. D. S. Co 2 godziny łyżkę stołową.*



Dyeta: rano i wieczorem po szklance mleka, a na obiad talerz bulionu i dwa jajka na miękko.

Od tego czasu chory szybko przychodził do zdrowia; sprawa zapalna w płucu lewém wkrótce ukończoną została a chory 20 grudnia 1867 r. bez niebezpieczeństwa mógł łóżko opuścić; pozostałe osłabienie i obrzmienie nóg przy kostkach, skutek bezkrwistości, po trzech-tygodniowém używaniu żelaza w połączeniu z chininą, zupełnie ustąpiło i A. P. poprzednie zdrowie odzyskał.

Kilka tygodni temu widziałem A. P., który oświadczył mi, że od owego czasu nie miał żadnych przypadłości ze strony żołądka, że może jeść i pić wszystko, trawi dobrze i czuje się zupełnie zdrowym.

### Międykrocze (*perineum*).

Napisał Dr. med. L. Hirschfeld, Professor Szkoły Głównej Warszawskiej.

(Dalszy ciąg). \*)

#### B. Mięśnie okolicy odbyto-łonowej czyli międykrocza (*Musculi regionis ano-pubialis s. perinei*)

##### 1) Mięsień poprzeczny międykrocza wierzchni czyli tylny

(*Musculus transversus perinei superficialis s. posterior*).

Mięsień ten należy zarazem do dwóch rzeczonych okolic, na granicy których się znajduje. Umieszczony jest przed odbytem i pomiędzy dwoma listkami powięzi właściwej międykrocza.

Ma postać trójkąta płaskiego, podługowatego, poprzecznie położonego.

**P r z y c z e p i e n i e .** **K i e r u n e k .** Powstaje od wargi wewnętrznej guza kulszowego a niekiedy od wargi wewnętrznej samej gałęzi wstępującej tegoż guza. Następnie rozciąga się na wewnątrz i ku przodowi rozszerzając się, a przybywszy na linię środkową, mięsień ten rozdziela się na dwie odnogi: przednią i tylną. Odnoga przednia zlewa się, przed odbytnicą, z mięśniem jednoimiennym strony przeciwniej, tworząc rodzaj pętlicy z wklęsłością tylną.

Odnoga tylna zagina się ku tyłowi, obejmując odbytnicę, jednoczy się z wiązkami mięśni zwieracza i dźwigacza odbytu i za pośrednictwem tych wiązek zlewa się znowu z mięśniem poprzecznym międykrocza strony przeciwniej. Tak więc odbył opatrzony jest dwoma eliptycznymi zwieraczami, przecinającemi się prostopadle, z których jeden jest przednio-tylny a drugi poprzeczny.

U kobiet mięsień poprzeczny międykrocza, mniej rozwinięty, zlewa się z mięśniem zwieraczem pochwy, na około której tworzy także rodzaj zwieracza poprzecznego.

**S t o s u n k i .** Stanowiąc podstawę trójkąta międykrocza, mięsień w mowie będący, pokryty jest powięzią międykrocza wierzchnią właściwą, powięzią wierzchnią ogólną, tłuszczem i skórą.

\*) Patrz Nr. 36 Gaz. Lek.



Pokrywa powięź głęboką międzykrocza i zlewa się często z mięśniem poprzecznym głębokim.

**Działanie.** Wiązki łukowate przednie i tylne obydwóch mięśni poprzecznych międzykrocza, wyprostowując się pod wpływem kurczenia, przybliżają do siebie ściany przednią i tylną odbytnicy, której ściany boczne są przybliżone przez mięsień dźwigacz zewnętrzny.

Zatem oba mięśnie poprzeczne wierzchnie mogą być uważane za mięsień zwieracz posilkowy.

Nakoniec mięśnie te, razem wzięte, natężają powięź międzykrocza,

2) **Mięsień poprzeczny międzykrocza głęboki  
czyli przedni**

(*Musculus transversus perinei profundus s. anterior*).

Mięsień ten leży nad mięśniem poprzedzającym, od którego jest szerszy, cieńszy i oddzielony więzem trójkątnym czyli powięzią głęboką międzykrocza; ma kształt trójkąta poprzecznego i jest wejrzania błoniastego.

**Przyczepienie.** **Kierunek.** Poczyna się, u mężczyzn, od części wewnętrznej punktu zetknięcia gałęzi wstępującej kości kulszowej z gałęzią zstępującą kości łonowej. Z tego przyczepienia kostnego, mięsień ten rozciąga się w kierunku prawie poprzecznym, na wewnątrz i ku przodowi.

Przybywszy do części środkowej międzykrocza, mięsień każdej strony, kończy się w części na opuszcze cewki moczowej a w części oplata się z mięśniem opuszeko-jamistym strony odpowiedniej. U kobiet mięsień ten kończy się na opuszcze jamistej pochwy macicznej.

**Stosunki.** Ku dołowi przylega do więzu trójkątnego międzykrocza; ku górze pokryty jest mięśniem dźwigaczem odbytu; — z przodu zostaje w związku z mięśniem zwieraczem cewki moczowej.

**Działanie.** Rozszerza cewkę moczową, lecz gdy współcześnie działa z mięśniem opuszeko-jamistym lub ze zwieraczem pochwy macicznej, — wywiera nacisk na tylny koniec opuszki cewki lub na pochwę.

3) **Mięsień kulszo-jamisty wyprężacz prącia  
lub łechtaczki**

(*Musculus ischio-cavernosus s. erector penis v. clitoridis*).

Znajduje się wzdłuż gałęzi kulszo-łonowej, otaczając obustronnie korzeń ciała jamistego prącia. Ma kształt wrzecionowaty, mięsisty i gruby w środku, a ścięgnisty i cienki przy końcach.

**Przyczepienie.** **Kierunek.** Poczyna się włóknami ścięgnistymi i mięsistymi, od wargi wewnętrznej guza kulszowego, nad i przed mięśniem poprzecznym wierzchnim międzykrocza, i od samego korzenia wątka jamistego. Od tych przyczepień włókna udają się na zewnątrz i kończą się, u mężczyzny, mocnym i połyskującym ścięgnem, na powłoce włóknistej prącia, dwoma przedłużeniami, z których wewnętrzne gubi się na wewnątrz korzenia, ze-



wewnętrzne zaś dłuższe, znika na zewnątrz tegoż korzenia. Niekiedy przedłużenie ścięgniste zewnętrzne jest bardzo rozwinięte, a wtenczas rozciąga się aż na grzbiet prącia i nad naczyniami, gdzie się zlewa z przedłużeniem podobnym mięśnia jednoimiennego strony przeciwniej.

U niewiast mięsień ten jest daleko mniejszy i kończy się na wałku jamistym łechtaczki.

**S t o s u n k i.** Stanowiąc brzeg zewnętrzny trójkąta międzykrocza, mięsień kulszo-jamisty, pokryty jest ze strony dolnej powięzią wierzchnią właściwą, powięzią ogólną (*fascia superficialis*) i mosznami; ku górze mięsień ten obejmuje korzeń prącia; na wewnątrz odpowiada mięśniowi opuszko-jamistemu, od którego oddziela go odstęp trójkątny, z podstawą tylną, dopiero co wymieniony. Na dnie tego trójkąta spostrzedz można powięź błyszczącą, trójkątną, zwaną powięzią głęboką międzykrocza czyli więzem trójkątnym.

**D z i a ł a n i e.** Nie ulega żadnej wątpliwości że mięsień kulszo-jamisty przyczynia się do naprężania prącia lub łechtaczki; ale mechanizm, mocą którego zjawisko to przychodzi do skutku, nie jest jednakowo tłómaczony: jedni utrzymują że mięsień ten pociąga korzeń prącia na dół i ku tyłowi, który z drugiej strony pociągany jest ku górze przez wiąz wieszadłowy prącia; tym sposobem jego ściana dolna oddalona jest od ściany górnej i naprężenie prącia odbywa się przez napływ krwi tętniczej, skutkiem właśnie tego rozszerzenia; inni autorowie znowu twierdzą, że mięsień ten przyciska korzeń prącia do guza kulshowego, a tym sposobem, tamując odpływ krwi żylniej, powoduje wyprężanie prącia. Prawdopodobnie podług obydwóch objaśnień wyprężanie to ma miejsce.

4) **Mięsień opuszko-jamisty** czyli **strzykacz**  
(*Musculus bulbo-cavernosus, accelerator urinae s. ejaculator seminis*).

Mięsień ten, u mężczyzn, obejmuje, przy linii środkowej, stronę dolną części opuszkowej i jamistej cewki moczowej. Jest cienki, błoniasty i ma postać czworoboczną.

**P r z y c z e p i e n i e.** **K i e r u n e k.** Powstaje przed mięśniem dźwigaczem odbytu na prędze ścięgnistej środkowej poprzecznej, pośredniczącej między tym ostatnim mięśniem i dwoma mięśniami w mowie będącymi, na prędze ścięgnistej środkowej przednio-tylnej, pośredniczącej między dwoma mięśniami opuszko-jamistymi i na powięzi międzykrocza głębokiej.

Od tych potrójnych przyczepień, mięsień ten obustronnie udaje się ku przodowi i na zewnątrz, powlekając stronę dolną opuszki i cokolwiek stronę dolną części jamistej cewki moczowej i kończy się trojakiemi wiązkami: zewnętrzną, na korzeniu wałka jamistego prącia; średnią, w rowku utworzonym przez cewkę moczową i wałek jamisty; wewnętrzną i górną, najdłuższą, okrążającą ciało jamiste prącia i niknącą na powierzchni grzbietowej, w sąsiedztwie więzu wieszadłowego prącia. Ta ostatnia wiązka została opisana jako mięsień oddzielny przez angielskiego autora *H o u s t o n'a*, podług którego, mięsień ten ma wywierać nacisk na żyłę grzbietową prącia i że zarazem bierze udział



w jego podnoszeniu (*m. levator penis*). K o b e l t, opierając się na swych własnych poszukiwaniach, dzieli mięsień opuszko-jamisty na trzy oddzielne mięśnie: 1) na ściskający korzeń prącia, 2) na ściskający opuszkę cewki moczowej właściwy i 3) na ściskający półkulę opuszki cewki moczowej.

a) Mięsień ściskający korzeń prącia (*musculus compressor radices penis*). Odpowiadając wiązce wewnętrznej czyli mięśniowi H o u s t o n'a, mięsień ten poczyna się obustronnie od czwartej części przedniej pręgi ścięgnistej przednio-tylniej. Ztąd udaje się skośnie i świderkowato na grzbiet prącia, gdzie się kończy zlewając się, za pośrednictwem przedłużenia ścięgnistego, z podobnym przedłużeniem mięśnia strony przeciwnej i zarazem pokrywa naczynia i nerwy grzbietowe prącia.

b). Mięsień ściskający opuszkę cewki moczowej właściwy (*musculus compressor bulbi urethrae proprius*). Odpowiada wiązce średniej mięśnia opuszko-jamistego i poczyna się na każdej stronie, od trzech czwartych części tylnych pręgi ścięgnistej przednio-tylniej. Następnie mięsień ten rozciąga się skośnie na zewnątrz i naprzód, okrążając tylko opuszkę jamistą i kończy się na jej powierzchni górnej, zlewając się z mięśniem jedniennym strony przeciwnej.

c) Mięsień ściskający półkulę opuszki cewki moczowej (*musculus compressor hemisphaerae bulbi urethrae*). Odpowiada wiązce zewnętrznej mięśnia opuszko-jamistego i powstaje od pręgi poprzecznej, pośredniczącej między tym ostatnim mięśniem a zwieraczem odbytu. Następnie otacza tylną półkulę opuszki a przybywszy na jej stronę górną kończy się, w poprzek rozciągnem.

S t o s u n k i. Pokryty powięzią międzykrocza wierzchnią, powięzią wierzchnią ogólną i mosznami, mięsień opuszko-jamisty pokrywa cewkę moczową i jej opuszkę, od której oddzielony jest ku tyłowi gruczołem C o o p e r'a odpowiednim.

D z i a ł a n i e. Wszystkie trzy pęczki tego mięśnia wspólnego wywierając nacisk na cewkę moczową, uczestniczą przy wytryskiwaniu moczu (*accelerator urinae*); ale ponieważ pierwszy z tych pęczków ściska również korzeń prącia, przyczynia się więc do jego wyprężania (*erector penis*); drugi i trzeci, ściskając szczególnie opuszkę, biorą także udział przy wytryskiwaniu nasienia (*ejaculator seminis*).

## 5. Mięsień zwieracza pochwy macicznej

(*Musculus constrictor vaginae s. sphinctor cunni*).

Skutkiem rozdwojenia opuszki jamistej u kobiet i oddalenia się jej połówek, dla przejścia pochwy, oba mięśnie opuszko-jamiste, zamiast być równoległymi i stykać się na linii środkowej jak u mężczyzn, oddalają się od siebie, określając na około ujścia pochwy, dwie pętlice półeliptyczne, z wklęsłościami ku sobie zwróconymi, które zwane są zwieraczem pochwy.



**Przyczepienie. Kierunek.** Poczyna się końcem tylnym zwężonym przed odbytem, splatając i krzyżując się z mięśniem zwieraczem tego otworu i przyjmując pęczki pomocnicze od mięśni poprzecznych krocza. Następnie mięsień ten udaje się, w kształcie płaskiego pęczka, ku przodowi na około dolnego otworu pochwy macicznej, a przybywszy do łechtaczki, pęczek każdej strony, rozszczepia się na dwa pęczuszki przedni i tylny. Pęczuszek przedni okrąża grzbiet łechtaczki, gdzie się kończy, zlewając się rozciągnem płaskim z rozciągnem podobnym pęczuszka przedniego strony przeciwniej, jako też z więzem wieszadłowym łechtaczki. Pęczuszek tylny otacza splot jamisty cewki moczowej gdzie się również łączy z odpowiednim pęczuszkami strony przeciwległej.

**Stosunki.** Pokryty tkanką łączną tłuszczową wielkich warg sromnych, mięsień ten przylega z każdej strony do opuszki pochwy macicznej jako też do gruczołu Bartholin'a i do splotu żylnego, otaczającego cewkę moczową.

**Działanie.** Wywiera mocny nacisk na opaskę każdej strony a zatem zwęża wejście do pochwy macicznej.

#### 6. Mięsień kulszo-opuszkowy czyli zwieracz cewki moczowej

(*Musculus ischio-bulbosus s. constrictor isthmi urethrae*).

Mięsień ten, który był przedmiotem szczególnych badań najznakomitszych anatomów jak: P.P. Wilson Guthrie, Müller, Hyrtl i i., znajduje się nad powięzią głęboką międzykrocza (wiąz trójkątny) i pod częścią przednią dźwigacza odbytu. Ma postać trójkątną i składa się z dwóch do trzech pęczków, z których każdy był opisany jako mięsień oddzielny.

**Przyczepienie. Kierunek.** Poczyna się luźnymi włóknami, od tylnej powierzchni trzonu i gałęzi kości łonowej. Włókna przednie, to jest powstające od spojenia łonowego, tworzą rodzaj pętlicy na około części błoniastej cewki moczowej, jest to mięsień Wilson'a czyli zwieracz cewki moczowej (*constrictor urethrae s. pubio-urethralis*). Włókna tylne, które poczynają się od gałęzi zstępującej kości łonowej i stanowią największą część tego mięśnia, otaczają w kierunku poprzecznym również część błoniastą cewki moczowej i jej opuszkę, i tworzą mięsień Guthrie. Ostatni ten autor uważał te włókna za prawdziwy mięsień zwieracz części błoniastej cewki moczowej (*constrictor urethrae Guthrie*).

Niekiedy mięsień ten wysyła także niektóre włókna do gruczołu przyprątnego i do odbytnicy, stanowiąc mięsień łono-przyprątny i łukoodbytnicowy (*musculus pubo-prostaticus et pubo-rectalis*), niektórych autorów.

**Działanie.** Mięsień kulszo-opuszkowy ma własność zwężania cewki moczowej, uczestniczy zatem przy wytryskiwaniu moczu i nasienia. Kurczenie spazmodynamiczne tego mięśnia, współcześnie z kurczeniem włókien kolistych, właściwych części błoniastej cewki moczowej, mogą stawić opór i przeszkodzić tym sposobem wprowadzeniu cewnika do pęcherza.



U niewiast, mięsień w mowie będący podlega niektórym odmianom, a mianowicie: największa liczba jego włókien nabiera postać kolistą i otacza cewkę moczową i ujście pochwy macicznej.

L u s c h k a oznaczył go nazwą z w i e r a c z a g ł ę b o k i e g o s r o -  
mu (*constrictor cuni profundus*). (Dalszy ciąg nastąpi).

## KRONIKA ZAGRANICZNA.

Przecięcie ścian brzusznych (*laparotomia*); wycięcie guza włóknisto-torbielowatego macicy ważącego 14 $\frac{1}{2}$  kilogramów; wyzdrowienie.

Spostrzeżenie prof. K o e b e r l e ze Strasburga.

Panna O..., (z Wiesbaden), wieku lat 34, z cerą właściwą osobom dotkniętym guzem włóknistym macicy, wycieńczona, cieszyła się wybournym zdrowiem aż do roku 1863. Odtąd zaczęła doznawać rozmaitych dolegliwości przemijających, które można było przypisać zatłkaniu miednicy; gdyż chora cierpiała już wtedy na częste zatwardzenia, które niekiedy stawały się uporczywszemi i sprowadzały splaszczanie stolca. W r. 1866 dopiero po raz pierwszy zwróciła uwagę iż brzuch jej powiększać się zaczął.

Od r. 1867, brzuch coraz większe przyjmował rozmiary. Ściany jego rozciągnęły się aż do dolnego brzegu żeber, przyczyną zaś tego był guz dość regularnie zaokrąglony, częścią bardzo twardy, częścią chęłboczący i złożony z przedziałów mniej lub więcej szerokich, co naprowadzało na myśl, że chora była dotknięta torbielą złożoną jajnika. Próżnia miednicy była również siedliskiem guza, który poczynał się na 3 centymetry od ujścia zewnętrznego kanału płciowego. Guz ten stanowił całość z częścią tylną szyi macicznej, która była odsuniętą w lewo i ku przodowi względnie do powierzchni tylnej spojenia łonowego. Badanie zgłębnikiem macicy było niemożliwym z powodu wązkości otworu błony dziewiczej.

Dwa większe przedziały guza, przekłute trójgrańcem, oswobodziły 3 litry płynu prawie jednakiemu (tak z jednego jak i drugiego przedziału), surowiczego, bardzo bogatego w cholesterynę. Zrobiłem rozpoznanie na guz włóknisto-torbielowaty macicy. Szybki rozwój guza i liczne jego przedziały, mogłyby skłonić do rozpoznania torbieli jajnika; lecz wyraz twarzy chorój, odporność guza bardzo znaczna w wielu miejscach, rodzaj płynu wyciekłego po przekłuciu z jednej strony — a odporność guza wewnątrz miedniczego i stosunki jego z szyją macicy, z drugiej — przemawiały na korzyść guza włóknisto-torbielowatego macicy.

Zastraszona szybkim i groźnym powiększaniem się guza, przykrościami z tego powodu wynikającymi i obawą iż pozostawszy w takim stanie zmuszoną będzie jeszcze przez pewien czas pędzić tak przykre życie, chora domagała się aby użyto najenergiczniejszych środków do jej wyleczenia. Wszystkie lekarstwa jakie jej podawano w tym celu nie przyniosły najmniejszej korzyści, z tego powodu, chora uważając operację za jedyny z pozostałych środków, dający jakkolwiek nadzieję powodzenia, prosiła o nią bez względu na niebezpieczeństwo, jakie jej z tej strony groziło. W obec ciągłego nalegania chorój i wytrwałości jej w raz powziętym zamiarze, widziałem się zmuszonym do oznajmienia jej, iż wśród szczególnie nieprzyjaznych dla siebie znajduje się okoliczności.

Operacja podług mnie dawała mniejszą w tym razie rękojmię powodzenia, a prztem była bardzo trudną do wykonania z powodu obecności guza w próżni miednicy. Myślałem wreszcie, że wycięcie guza będzie niemożliwym, po całkowitym nawet usunięciu macicy, jeżeli więzy szerokie będą zajęte; ponieważ podług wszelkiego prawdopodobieństwa, guz włóknisto-torbielowaty zdawał się być międzymiąższowym, w dnie macicy powstałym. Wszystkie te uwagi zakomunikowałem panie O..., w celu wyperswadowania jej myśli o operacji; nie skrywałem również przed nią obawy i niepewności, w jakich co do zejścia operacji zostaje. Lecz chora, zadziwiająco odważna i zdecydowana na wszystko, trwała wciąż w swoim postanowieniu, na które i przyzwolenie rodziny otrzymała. Widząc przed sobą nadzieję wyzdrowienia, chciała skorzystać choć z niepewnej, lecz prowadzącej do tego ce-



lu drogi zdając się wreszcie na moje uznanie, gdybym stanowczo o niemożliwości operacji zawyrokował. Przystąpiłem więc z żalem do przecięcia ścian brzusznych, myśląc iż nie dokończę operacji, jeżeli guz nie będzie mógł być wyjętym, co mi się prawie pewnym zdawało.

Operacja miała miejsce w dniu 31 sierpnia 1868 r., w obecności P.P. M a s ł o w s k i e g o (z Petersburga), H e r r e n s c h m i d t'a, J o e s s e l'a i K i e n'a. Przecięcie ścian brzusznych rozpoczęte na trzy centymetry poniżej wyrostka mieczykowatego (*processus xiphoideus*), wynosiło prawie 30 centymetrów długości. Przez otwór ztąd powstały, zdołałem z wielką zaledwie trudnością wydobyć guz na zewnątrz jamy brzusznej zapomocą szczypczyków zębanych. Przekłucia porobione poprzednio przynajmniej w dieścieciu przedziałach, dla zmniejszenia objętości guza, oswobodziły 3—4 tylko litrów płynu. Dno i szyja macicy były wolne od guza, lecz ten ostatni ściśle przylegał do tylnej ściany tego organu. Część wewnątrz-miednicza guza, bardzo małej wreszcie objętości, w stosunku do części mieszczonej się w jamie brzusznej, służyła za pewien rodzaj szypułki dla téj ostatniej. Dość obfity krwotok nastąpił z otworów po przekłuciu powstałych. Założono podwiązkę drucianą, jak można najniżej na podstawę guza. Podwiązka ta wynosiła początkowo 10 ctm. w średnicy i dozwalała na wydobywanie guza na zewnątrz miednicy; obejmowała ona powierzchnię kolistą, idącą skośnie od części tylnej i górnej spojenia łonowego do kąta krzyżo-łędźwiowego. Po dopełnieniu tego, obfitszego krwotoku nie obawialiśmy się, przecięliśmy wtedy część górną guza na dwie połowy boczne, które następnie wycięliśmy, zostawiając wążki pasek, który do wyszukania dolnej części guza miał nas doprowadzić.

Przekonaliśmy się wtedy, że jajniki i przewody jajowe były zdrowe. Ciało macicy prócz małego guza włóknistego, twardego, wynoszącego 1 ctm. w średnicy, nic godnego uwagi nie przedstawiało.

Guz wewnątrz-miedniczy z pierwszego wejrzenia zdawał się niepodobnym do wycięcia. Nie można go było bowiem wydostać z próżni miednicy, a niepodobna było przesunąć palców między nim a ścianami miednicy, dla przekonania się co go tam zatrzymywało. Na szczęście guz ten był także włóknisto-torbielowatym, i przekłucie wpłynęło na zmniejszenie jego objętości. Wtedy przekonałem się że podstawa jego sięgała aż do worka ślepego odbytnico-pochwowego (*cul-de-sac recto-vaginal*), do którego przylegała dolną swą częścią, część zaś przednia przylegała do całej przestrzeni ograniczonej tylną ścianą pochwy i szyi macicy. Część tylna była wolną od przyczepów i pokryta otrzewną.

Położenie nasze było bardzo przykre: nie można było niedokończyć operacji, gdyż w takim razie śmierć chorój byłaby nieuchronną. Z drugiej strony, duża podwiązka druciana była niedostateczną do powstrzymania znacznego krwotoku, powstałego po przekłuciu guza wewnątrz-miedniczego. Zapobiegając temu założyliśmy nową podwiązkę. Po uniknięciu tego niebezpieczeństwa, przecięłem otrzewną pokrywającą część tylną guza; po odklejeniu jej z boków i od podstawy, zdołałem w końcu wyluszczyć i wydobyć guz z próżni miednicy, po przedarciu jego przyczepów pochwowych, bez naruszenia ważniejszego naczynia. Ostatnia część guza, która przylegała do tylnej części szyi i średniej części ciała macicy, została oddzieloną zapomocą żegadeł, któremi ją przypaliłem aż po same znaczniejsze naczynia, które zostały ujęte podwiązką drucianą i ściągnięte za pomocą zaciskacza. Jeden z przyczepów macicznych, po oddzieleniu, dość mocno krwawił; podwiązano go więc nitką jedwabną, która została krótko obcięta naksztalt węzłów straconych (*points perdu*). Szypułka naczyn została wtedy ucięta na kilka milimetrów powyżej zaciskacza, powierzchnia zaś podwiązki a niemniej i części krwawiące przypalono żegadłem lub stężonym roztworem półtorochlororku żelaza.

Po wyjęciu guza macica została w całości; nie było więc potrzeby jój wycinania. Otrzewna odklejona dała się przyłożyć do części tylnej pochwy i szyi macicznej. Części środkowej macicy odpowiadała podwiązka wspólna naczyń większych, dochodząca grubości palca. Na 1 centymetr w prawo, od drutu znajdowała się podwiązka stracona. Zaciskacz wchodził na 8 centymetrów do wnętrza miednicy.

Zszycia rany dokończono za pomocą 5 ściągów szwu głębokiego i 12, szwu powierzchownego. Ślad po przecięciu wynosił wtedy 22 centymetry długości. Operacja trwała



dwie godziny i minut trzydzieści. Przez dość znaczne krwotoki, powstałe z oddzielenia przyczepów miedniczych, chora straciła do  $1\frac{1}{2}$  kilograma krwi. Po operacji nie było wmitów chloroformowych, lecz chora znacznie osłabła i zziębła. Tętno było drobne i miękkie, oddechanie zaś bardzo przyspieszone aż do końca tego dnia. Noc była jednak dobra i chora odpoczęła spokojnie.

Nazajutrz siły podniosły się trochę i nastąpiła silna reakcja. Rano tętno wahało się między 120 a 140. Skóra sucha, oddechów 21. Wieczorem tętno 92, oddechów 18. Przez otwór rany wypłynęło od 80—100 gram. płynu surowiczego, częścią wypuszczonego za pomocą zgłębnika. Wystąpiły obfite poty. Wreszcie, brzuch jest mały, niebolesny.

Na 3 dzień, tętno 104, oddechów 23. Chora całą noc spała. Skóra wilgotna, mocz czysty, brzuch mały i niebolesny jak wczoraj. Wieczorem tętno do 120, trochę nieregularne, oddechów 23. Obfite picenie się spowodowało potówkę na brzuchu i piersiach. Z kąta dolnego rany sączy się jeszcze cokolwiek płynu. Stolcem odeszły gazy. Wypływ krwi przez otwór płciowy, z powodu przekrwienia macicy w następstwie operacji.

Na 4 dzień, tętno 102, dość regularne, oddechów 21. Poty. Wieczorem puls 90. Mocz więcej części stałych zawiera.

Na 5 dzień, enema: wypróżnienia stolcowe. Tętno 100, pełne. Poty trwają a potówki ogarniają całe ciało z wyjątkiem twarzy i rąk. Niektóre z nich przechodzą w ropienie wtedy gdy inne zasychają. Wysypka ta nie miała nic zastraszającego. Można ją było wytłumaczyć niezmiernymi upałami panującymi wtedy i potami choréj. Mocz jeszcze trochę przesycony. Z kąta dolnego rany wycieka dość obficie płyn czarny, w części krwisty. Wstrzykiwania siarczanu sody i wody P a g l i a r i. Zdjęto ścięgi szwu głębokiego.

W dwa dni następne nic godnego uwagi.

Na 8 dzień, tętno z 92 spadło na 88 wieczorem. Zaciskacz który wchodził na 8 cent. do wnętrza rany został oswobodzony; wyjęto go a natomiast wprowadzono rurkę szklaną.

Na 13 dzień, dość znaczną ilość zmartwiałych tkanek wyjęto szczypczykami przez otwór zewnętrzny rany. Zresztą stan ogólny dobry. Potówki zasychają i giną. Tętno 88. Na drugi dzień wydano jeszcze trochę zmartwiałych tkanek za pomocą przestrzykiwania.

Na 27 dzień, ropienia już nie ma: rurkę wyjęto nazajutrz. Od pięciu dni okolica podbrzuszną nieco wygórowała. Brzuch jest bolesny pierwszy raz po operacji. W następstwie tych objawów wypłynęła przez kanał płciowy nieznaczna ilość płynu surowiczo-ropnego. Płyn ten pochodził prawdopodobnie z ropnia utworzonego między pochwą a otrzewną, która została odklejoną w chwili operacji. Ropa utworzyła sobie drogę przez tylną ścianę kanału płciowego.

28 września, w 29 dni po operacji, chora, która już od kilku dni wstawiała, użyła przechadzki po pokoju. Brzuch był mały i płaski, zabliznienie prawie zupełne.

W krótkim czasie Panna O..., powróciła na łono rodziny, zupełnie uleczoną. Od tej chwili nie doświadczała ani bólów, ani też żadnych innych przypadłości a wyleczenie było zupełnym.

Z b a d a n i e g u z a. Badanie guza potwierdziło rozpoznanie. Składał się on z dwóch części: z jednej brzusznej, drugiej miedniczej i ważył łącznie  $14\frac{1}{2}$  kilogramów. Cała ta masa była podobną bardzo do torbieli złożonej jajnika. Obie części guza składały się z mnóstwa przedziałów i zatok zmiennej wielkości, których średnica wynosiła począwszy od 1—2 decymetrów aż do kilku milimetrów zaledwie. Jamki po większej części przylegały do siebie i były przedzielone zaledwie bardzo delikatnymi i niezupełnymi przegródkami, co całą tę masę czyniło podobną do gąbki. Inne znów jamki przeciwnie były odosobnione za pomocą grubiej warstwy tkanki włóknistej zbitéj. Wiele z nich komunikowało z sobą za pomocą nieregularnych kanałów, mniej lub więcej rozszerzonych w rozmaitych punktach swego przebiegu.

Płyn zawarty w tych jamach (z wyjątkiem przekłutych przed operacją, a gdzie znajdowały się skrzepy krwi na drodze do przystoczeń wstecznych), był przezroczysty, cy-







siatkówki 1, nadczułość siatkówki (*hyperaesthesia retinae*) 1, zapalenie siatkówki i nerwu wzrokowego (*neororetinitis*) 2, zapalenie nerwu wzrokowego zstępujące (*neuritis descendens*) 3, zator tętnicy środkowej siatkówki (*embolia art. centr. ret.*) 1, zaciemek twardy (*cataracta dura*) 15, miękki (*mole*) 3, w następstwie skaleczenia powstały (*traumatica*) 4, następczy (*secundaria*) 2, powikłany (*complicata*) 2, zapalenie wszystkich tkanek oka (*panophtalmi-  
mitis*) 1, bezwład nerwu oko-ruchowego (*paralysis nervi oculomotorii*) 1, zez zoczny (*stra-  
bismus converg.*) 2, guz syfilityczny w oczodole (*tophus orbitae*) 1.

#### O p e r a c y e w t y m r o k u w y k o n a n e .

1) Wydobycie zaciemka (*extractio*) za pomocą sposobu Gräfe'go zwanego *mo-  
dificirte Linearextraction* 28; z tych 23 było uwieńczonych zupełnem powodzeniem (cho-  
rzy opatrzeni właściwymi szklami odzyskali  $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{4}$  siły widzenia), po 2-ch operacjach  
nastąpiło zapalenie tęczy, po usunięciu którego dla poprawienia wzroku musiało być zrobione  
wycięcie kawałka tęczy (*iridectomy*), ostatecznie jeden z chorych odzyskał  $\frac{1}{8}$  drugi zaś  
 $\frac{1}{9}$  siły widzenia; po jednej operacji nastąpiło ostre zapalenie naczyń i torebki T e-  
n o n a (*panophtalmi-  
mitis*) i zupełna utrata wzroku, po 2-ch operacjach zaciemków powikła-  
nych, zupełnie prawidłowie wykonanych i wyleczonych bez przypadłości w okresie poopera-  
cyjnym, w jednym wypadku chora odzyskała możność kierowania swemi krokami a wziernik  
wykazał znaczny zanik naczyń i siatkówki (jaskrę), w drugim zaś, gdzie przed operacją  
przypuszczano oddzielenie siatkówki na znacznej przestrzeni — rozpoznanie potwierdziło się  
po operacji, a uczucie światła, które było przed operacją i po wykonaniu tejże w jednym  
pozostało stopniu. 2) Wydobycie zaciemka za pomocą cięcia liniowego (*extratio linearis*)  
3. 3) Rozdrobienie zaciemka przez rogówkę (*discisio cataractae*) 3. 4) Wycięcie kawałka  
tęczy 48, z tych 7, wykonanych już to przy jaskrze zupełnej, już przy przewlekłej, pozos-  
tały bez żadnego pod względem poprawy wzroku, skutku. 5) Operacje rzes nieprawidłow-  
wo rosnących 7, sposobem A r l t'a 4, sposobem Gräfe'go 1, sposobem H e r t z e n-  
s t e i n'a 2. 6) Operacje zawróconej powieki 6, sposobem P a g e n s t e c h e r'a 2,  
sposobem Gräfe'go 2, sposobem J ä s c h e'go ulepszonym 1, sposobem C e l s u s'a  
1. 7) Zeszycie kąta powiek (*tarsoraphia*) zewnętrznego 2, wewnętrznego 1. 8) Opera-  
cja naczyniaka przez podskórne podwiązanie 1. 9) Operacja odwróconej powieki dolnej  
sposobem S a n s o n'a 1, obydwóch powiek przez podminowanie blizn, skrócenie powiek  
i czasowe krwawe zeszyte 1. 10) Operacje zrostu powiek z gałką 2. 11) Odjęcie  
górnika błony rogowej 2. 12) Odsunięcie przyczepu mięśnia prostego wewnętrznego  
(*strabothomia*) 3. 13) Przecięcie przyczepu skróconego mięśnia unosiciela powieki gór-  
nej 1. 14) Wyłuszczenie gałki 2. 15) Przecięcie nerwu nadoczodołowego 2. W ogóle  
operacji wykonanych 112.

Operacje przy których nic o skutku nie powiedziano były wykonane ze skutkiem  
dobrym.

Lekarz ordynujący Dr. W. Narkiewicz-Jodko.

— Zakład leczenia ścieśnioném powietrzem Dra Wincentego Brodowskiego.  
Trzeci rok upływa od założenia zakładu leczenia ścieśnioném powietrzem w Warszawie  
i przez ten czas to jest od 18 października 1866 r. do 1go stycznia 1869 r. leczyło  
się w ogóle chorych 1011 osób.

Takowa ilość chorych jest wymownym dowodem że środek ten uzyskał uznanie  
wielu lekarzy i zdobył pewne terapeutyczne stanowisko i u nas, a cyfry umieszczone w wy-  
kazach będą jeszcze wymowniejszym dowodem skuteczności tego środka w wielu chorobach.

Przy wykazie chorób leczonych w zakładzie moim dołączyłem i wykaz chorób  
leczonych w zakładzie pneumatycznym Dra Liebig'a w Reichenhallu, z którego  
widzimy, że Dr. Liebig otrzymywał świetniejsze rezultaty. Zapewno takowa róż-  
nica zachodzi w skutek tego że w Reichenhallu odbywa się takowa kuracja w se-  
zonie letnim, to jest od połowy kwietnia do końca października, a w moim cały rok.  
Sam się przekonałem że w porze wiosennej i letniej daleko prędzej leczą się wyżej  
wzmiankowane choroby niż w zimowej.



| Choroby leczone w zakładzie pneumatycznym<br>Dra Brodowskiego w Warszawie. |   | Ile się leczyło<br>w ogóle. | Ile wyzdrowiało<br>i doznało ulgi. | Jaki 0/0.          | Choroby leczone w zakładzie pneuma-<br>tycznym Dra Liebiga w Reichenhallu. |     | Ile się leczyło<br>w ogóle. | Ile wyzdrowiało<br>i doznało ulgi. | Jaki 0/0. |
|--|---|-----------------------------|------------------------------------|--------------------|--|-----|-----------------------------|------------------------------------|-----------|
| 1  | Na rozedmę płuc ( <i>Emph. pulm.</i> ) . . . . .              | 351                         | 280                                | 80                 | . . . . .  | 197 | 158                         | 91                                 |           |
| 2  | Chroniczny katar oskrzeli ( <i>Bronchit. cat.</i> ) . . . . . | 168                         | 108                                | 68                 | . . . . .  | 285 | 209                         | 76                                 |           |
| 3  | Chroniczny katar ucha środkowego . . . . .                    | 133                         | 66                                 | 50                 | . . . . .  | 127 | 68                          | 48                                 |           |
| 4  | Wysiek opłucnej ( <i>Ersud. pleur.</i> ) . . . . .            | 130                         | 122                                | 95                 | . . . . .  | —   | —                           | —                                  |           |
| 5  | Chroniczne zapalenie płuc . . . . .                           | 42                          | 20                                 | 50 <sup>1/4</sup>  | . . . . .  | 33  | 19                          | 57                                 |           |
| 6  | <i>Laryngitis cathar. chron.</i> . . . . .                    | 34                          | 26                                 | 75                 | . . . . .  | 157 | 114                         | 72                                 |           |
| 7  | <i>Tuberculosis</i> . . . . .                                 | 39                          | 15                                 | 38                 | . . . . .  | 304 | 150                         | 49                                 |           |
| 8  | <i>Chlorosis</i> . . . . .                                    | 62                          | 48                                 | 81                 | . . . . .  | 53  | 46                          | 85                                 |           |
| 9  | <i>Myelitis chron.</i> . . . . .                              | 11                          | 6                                  | 50 <sup>1/10</sup> | . . . . .  |     |                             |                                    |           |
| 10   | <i>Dyspepsia</i> . . . . .                                    | 41                          | 36                                 | 90                 | . . . . .  |     |                             |                                    |           |
| W ogóle . . . . .  |   | 1011                        | 727                                | 72                 | W ogóle w zakładzie Dra Liebiga<br>leczyło się: . . . . .                  |     | 2363                        | 1737                               | 75        |

*Uwaga.* *Myelitis* i *Dyspepsia* nie były leczone w zakładzie Dra Liebiga, a w moim nie były leczone: skrofuły, koksusz i utrudnione miesięczne czyszczenie, w jakowych chorobach Dr. Liebig z wielkim powodzeniem zastosowywał ścieśnionego powietrza.



## Wiadomości bieżące.

— O leczeniu błonicy (*diphtheritis*). Z pracy Dra G o u s s e t'a (Trib. med. 17, str. 1869), traktującej o tym przedmiocie, wyjmujemy następujące wnioski:

1. O kauteryzacji przy błonicy, G. w następujący sposób: a) osobiste doświadczenie dowiodło mi jej bezużyteczności, b) praktyka wielu innych, potwierdza wyniki mego doświadczenia. Na dowód: jeżeliby miejscowe to leczenie istotnie zapobiegać miało szerzeniu się błon rzekomych w krtani, wtedy tracheotomia powinna być operacją nader rzadką, a zakończenie śmiertelne przy błonicy bardzo wyjątkowym; tymczasem doświadczenie wykazuje, że się ma przeciwnie. Ponieważ błony rzekome są w y t w o r e m c h o r o b n y m, a więc następstwem nie przyczyną, wypada ztąd, że zniszczenie takich nie może przeszkodzić ani ich ponownemu występowaniu, ani też szerzeniu się.

2. Odnośnie do leczenia błonicy, mogącego być prawdziwie zastosowaniem, G. powiada: a) W f o r m i e g n i l n é j nie widziałem dobrego skutku po żadnym lekarstwie, i nie znam też żadnego wypadku uleczenia w całej literaturze. b) W f o r m i e ł a g o d n é j, gdy błony rzekome niemają dążności do zajmowania krtani, wyleczenie stale miewa miejsce, bez względu na jakość zadawanego lekarstwa; popierający więc t. z. specyfiki znajdują się tu w wielkim złudzeniu. c) F o r m a, którą ja nazwałem a t a x y j - n ą, a która cechuje się przewagą objawów kurczowych, zaś nieco później porażeniem, — w mojej praktyce następujące dała mi rezultaty: α) przeciw kurczowi głosi najgłówniejszym środkiem jest piżmo w dawce 5 centigr. w miészance, po łyżce stołowej co pół godziny lub co godzina; gdy piżmo nie skutkuje — tracheotomia; β) przeciw wczesnie występującym porażeniom, które zabijają znaczną liczbę chorych przerywając czynność przepony, nawet po dokonaniu tracheotomii nie znam pewnego środka. Fosfor zdaje mi się być najbardziej jeszcze wskazanym, lecz nie mam wcale własnego doświadczenia co do jego skutków. Elektryzowanie nerwów przeponowych także wskazanym być się zdaje. — d) Przy z w y - c z a j n é j f o r m i e błonicy, t. j. takiej gdzie błony rzekome przechodzą z gardzieli na krtani, całe niebezpieczeństwo zagraża ze strony zajęcia dróg powietrznych przez wysięk; to też główny moment leczniczy skierowany być winien ku zapobieżeniu powstaniu tego wytworu chorobowego. Lecz tu należą wszystkie środki proponowane przez różnych autorów, tak homeopatyczne jak b r o m, f o s f o r, p r z e s t ę p (*bryonia*) jako też aleopatyczne jak k u b e b y, k o p a i w a, c h l o r e k p o t a s s u, ś r o d k i w ą t - p l i w e (*de moyens infidèles*). Nie posiadamy więc stosownego sposobu leczenia błonicy, i nie będziemy go dopóty posiadali, dopóki nie zdobędziemy środka, któryby na pewno wstrzymywał tworzenie się błon rzekomych.

Dr. B e c k z Petersburga donosił ostatnimi czasy o pewnej liczbie uzdrowień c y a n k i e m r t ę c i. Przepisywałem i ja po dwakroć ten środek, i w obu razach ze skutkiem; jestto więc środek który należałoby dalej badać. Dawka moja wynosiła 20 ctgr. w 200 grm. wody — co godzina po łyżce. Tracheotomia byłaby lepszym środkiem niż jest, jeżeliby po jej dokonaniu nie potrzeba było nierównie troskliwszej nad operowanymi opieki, niż osoby zwyczajnie doglądające chorych dać mogą; o to rozbija się jej pożytek w większej liczbie wypadków z domowej praktyki.

— Przeciwno nocnym odpływom nasienia (*pollutiones nocturnae*). Przed udaniem się na spoczynek przykładają się na okolicę podbrzuszną blaszkę cynową, trójkątną, zajmującą przestrzeń pomiędzy wżgórkami łonowymi i pępkiem, i tak pozostawiają na całą noc. Ten środek miejscowy tak prosty i łatwy do uskutecznienia, jeżeli nie zawsze ulecza, to stanowczo zmniejsza częstość utraty nasienia. Blaszkę należy przykładać przez miesiąc, pamiętając także i o użyciu środków ogólnych, które są tutaj koniecznymi. A. B o n - n e t radził w tym samym celu wprowadzać w odbytnicę (*rectum*), ciała obce metaliczne.

— Bromek i dwubromek rtęci jako środki lecznicze. Różne metaloidy zdają się okazywać własności lecznicze, o tyle czynniejsze, o ile każdy z nich wchodzi w związki



z metalami w stosunku mniej znacznym. Według doświadczeń S m i t h'a, bromek działa w mniejszej dawce od kalomelu; a jako środek rozwalniający działa przyjemniej i skuteczniej, nie wywołując objawów depresyi, które niekiedy towarzyszą użyciu kalomelu. Środek ten ułatwia pochłanianie (*resorbatio*) gruczołów i tkanek przerosłych, bez zbytnej obawy zaburzeń ogólnych, wydarzających się przy chlorkach. S m i t h dawał bromek z pomyslnym skutkiem w napływach żółci do wątroby, w chronicznym zapaleniu wątroby z powiększeniem objętości tego organu i w chorobach skórnych wymagających merkuryalnego leczenia. Wielkie obrzmienia gruczołów brzusznych, albo zmniejszały się znacznie, lub też znikaly w zupełności przy użyciu bromku rtęci w dawce 20 centigrammów i pół, i dwubromku pod formą maści z 20 centigrammów na 30 gram. coldcreamu. W powiększeniach macicy także znaczne oddaje usługi. Dawka na dobę dla bromku wynosi 5 do 10 centigr., dla dwubromka od 3 do 12 milligr.

— Środek poronny przeciwko dymienicom (*bubones*). Na dymienice mogące zakończyć się rozejściem (*resolutio*), stosuje się wezykatoryą latającą. W końcu trzeciego dnia następuje zabliznienie powierzchni pęcherzykowej; do tego zaś czasu, ponieważ nie może być powtórnie zastosowany ten sam środek, zastępują go przez smarowanie lapisem (*argentum nitricum*) wyżej wymienionej powierzchni. To podwójne działanie rewulsyjne, dokonywane w tak krótkich odstępach czasu, bardzo rzadko zawodzi nasze oczekiwanie.

— † W d. 7 z. m. umarł w Londynie Dr. H o d g s o n jeden z największych chirurgów Anglii w 81 r. życia. Dr. H o d g s o n urodził się w Penrith (Cumberland), uczył się w Londynie, i w r. 1811 otrzymał premium J a c k s o n'a za dzieło swoje o chorobach tętnic i żył. Następnie praktykował w okolicach Birmingham'u, z kąd po uzyskaniu sławy znakomitego chirurga powołany został przez C h a r l e s B e l l'a na naczelnego chirurga szpitala „*Middlesex-Hospital*“ do Londynu. W r. 1840 F e r g u s s o n ofiarował H o d g s o n o w i katedrę chirurgii w „*London Hospital*“ od której on się jednak uchylił. Od r. 1848 zupełnie zarzucił liczną swą klientelę, w r. 1856 został egzaminatorem, a w r. 1864 prezesem znakomitej instytucji „*College of surgeons*“. Dzieło H o d g s o n'a o chorobach naczyń przełożonem zostało na wszystkie prawie języki, w których nauka się uprawia.

— Prof. C z e r m a k z Jena przeszedł do Lipska, a na jego miejsce powołany został na profesora fizjologii Dr. W i l h e l m P r e y e r, dotychczasowy docent w Bonn.

— Biblioteka Umiejętności Lekarskich, wychodzi przy Gazecie Lekarskiej, od dnia 1 Lipca r. 1867, arkuszami, za osobną przedpłatą, i obejmuje wszystkie gałęzie medycyny teoretycznej i praktycznej. Wyszły już z druku i są do nabycia we wszystkich księgarniach krajowych i zagranicznych: *Oftalmologia* (Dr. J o d k o), Tomu I-go część I-sza, cena rsr. 1 kop. 80; część 2-ga rsr. 1 kop. 20. *Psychiatria* (prof. P ł a s k o w s k i). Zeszyt 1-szy, cena rsr. 2 kop. 30. *Chirurgia operacyjna* (Dr. K w a ś n i c k i, S t a n k i e w i c z, W s z e b o r). Tom 1-szy, cena rsr. 5 kop. 75. *Rys praktyczny Otiatrii*. (B. T a c z a n o w s k i). Cena rsr. 2 kop. 30. *Histologia i Histochemia*. (Dr. S t. W i t k o w s k i). Część I-sza. Cena rsr. 5 kop. 75. *Kurs medycyny praktycznej*. (prof. Ł u c z k i e w i c z). Tomu I-go część 1-sza. Cena rsr. 3 kop. 30. — Część II-ga (C h o r o b y s e r c a i n a c z y Ń) wyjdzie w roku bieżącym. *Anatomia patologiczna* (prof. B r o d o w s k i). Tomu I-go część I-sza. Cena rsr. 3 kop. 45.

---

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr. 1364, mieszkania Nr. 6.

---

W Drukarni Gazety Polskiej. — Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.

---



# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,  
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie r. sr. 5, półrocznie r. sr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (w opasce) rocznie r. sr. 6, półrocznie r. sr. 3; w redakcyi i na poczcie (w kopertach) rocznie r. sr. 7, półrocznie r. sr. 3 kop. 50.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W redakcyi półrocznie (od 1 stycznia 1869 do 1 lipca 1869 r.) r. sr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1869 r. sr. 38

**TREŚĆ: Prace oryginalne.** Rana kłuta przenikająca do żołądka (*Vulnus punctum penetrans ventriculi*). Postrzeżenie *Władysława Lipińskiego*, lekarza powiatu Grójeckiego. Międzykrocze (*perineum*). Napisał *Dr. med. L. Hirschfeld*, Professor Szkoły Głównej Warszawskiej. (Ciąg dalszy). **Kronika Zagraniczna.** Przecięcie ścian brzusznych (*laparotomia*); wycięcie guza włóknisto-torbielowatego macicy ważącego 14 1/2 kilogramów; wyzdrowienie. Spostrzeżenie *prof. Koerberle* ze Strasburga. **Statystyka Lekarska.** Sprawozdanie z ruchu chorych oddziału ocznego szpitala Starozaconych w Warszawie za rok 1868. *Dr. Jodko.* Zakład leczenia ścieśnionem powietrzem *Dra Wincentego Brodowskiego.* **Wiadomości bieżące.** O leczeniu błonicy (*diphtheritis*). Środek przeciwko nocnym odpływom nasienia (*pollutiones nocturnae*). Bromek i dwubromek rtęci jako środki lecznicze. Środek poronny przeciwko dymienicom (*bubones*). Ś. p. *Dr. Hodgson.* *Prof. Czermak i Preyer.* Biblioteka Umiejętności Lekarskich. **Dodatek.** Farmakologii arkusz 37my, Farmakognozyi arkusz 22 i 23ci, Oftalmologii arkusz 16.

**Rana kłuta przenikająca do żołądka (*Vulnus punctum penetrans ventriculi*).**

Postrzeżenie *Władysława Lipińskiego*, Lekarza powiatu Grójeckiego.

W dniu 6 grudnia 1867 r., o godzinie 7mej wieczorem, zostałem w mieście Grójcu wezwany do chorego, który w tymże dniu o godzinie 3ej po południu przebił się scyzorykiem. Przybywszy na miejsce, znalazłem: A. P. urzędnik lat 18 wieku liczący, wzrostu średniego, blondyn, nieźle odżywiony, przy obejrzeniu przedstawiał skórę bardzo bladą, chłodną, błony śluzowe dostępne dla oka prawie białe, głos cichy, niewyraźny, czkawka, niespokojność; chory często omdlewa, skarży się na wielkie osłabienie, dzwonięcie w uszach, ciśnienie w skroniach, śmienie w oczach, nieznośne pragnienie a szczególnie na silny ból w całej okolicy nadpępkowej i w dołku. Puls drobny, bardzo miękki, uderza 120 razy na minutę; cała okolica nadpępkowa a szczególnie okolica żołądka bardzo bolesna, najłżejszy nacisk a nawet głębsze odetchnięcie, sprawiają choremu nieznośne bóle. Na półtora cala poniżej wyrostka mieczykowatego (odjawszy plaster lepki tamże położony), na pół cala na lewo od linii środkowej ciała, znalazłem ranę poprzeczną, długą na pół cala, liniową, w środku nieco szerszą, o brzegach równych, nieco krwawiących. Od otaczających chorego dowiedziałem się, iż tenże zjadłszy obiad, wziął się



do strugania drewna dużym ostrzem scyzoryka; po pewnym czasie, matka chorego będąca w drugim pokoju usłyszała nagły krzyk i jakby upadnięcie jakiegoś ciała, a wbiegłszy do pokoju w którym się syn jej znajdował, znalazła go leżącego na środku pokoju, zemdlonego, a obok niego leżał scyzoryk z ostrzem zakrwawionym; przy trzeźwieniu chorego, znaleziono krew na odzieży; rozebrano go zaraz i przekonano się że krew pochodziła z rany będącej w okolicy dołka podpiersiowego; — posłano zaraz po felczera, który przybywszy ranę obmył, zalepił lepkiem plastrem i zalecił okładać zimną wodą.

Rana, jak to następnie śledztwo sądowe wykryło, w celu samobójczym zadana została. Krwotok zewnętrzny — o ile z opowiadania matki chorego i felczera niosącego pierwszy ratunek, jako też ze śladów na odzieży znalezionych, przekonać się mogłem — nie był znaczny. Narzędzie, którym rana zadana została, było ostrze scyzoryka długie na 5 cali, szerokie w środku długości na  $\frac{3}{4}$  cala, na którym ślady krwi, w postaci matowo-różowawych promieni znalazłem.

Zabarwienie skóry i błon śluzowych, objawy tak przedmiotowe jak i podmiotowe, wskazywały nam znaczną utratę krwi, a ponieważ krwotok zewnętrzny był mały, byłem więc przekonany że mam do czynienia z obfitym krwotokiem wewnętrznym; kierując się zaś położeniem rany (którą zaraz przy zewnętrznym obejrzeniu uważając za drążącą do jamy naturalnej ciała nie sondowałem) i bólem gwałtownym umiejscowionym szczególnie w okolicy żołądka, zrobiłem rozpoznanie na ranę kłutą żołądka przechodzącą aż do jamy tegoż. Wkrótce rozpoznanie to w sposób nader widoczny potwierdzonem zostało, albowiem chory poruszywszy się nieco dostał wymiotów, a zrzucona zawartość żołądka, w ilości przeszło półtoręj kwarty, składała się z niestrawionych pokarmów wraz z kawałkami zsiadłej krwi.

Opatrzywszy ranę lepkiem plastrem, na okolicę żołądka zaleciłem okłady z lodu w pęcherzu, lód w kawałkach do łykania, absolutny spokój i zupełne powstrzymanie się od przyjmowania pokarmów i do wewnątrz co 2 godziny po 5 kropel roztworu półtorochlorku żelaza (*Liquor ferri sesquichlorati*) w małej ilości zimnej wody.

Następnego dnia o godzinie 8miej z rana, odwiedziwszy chorego wraz z kol. M a j k o w s k i m, dowiedzieliśmy się, że w nocy chory zwymiotował mniej więcej pół kwarty zsiadłej krwi, którą nam okazano; ból w okolicy żołądka zupełnie ustąpił, gdyż głębszy nawet nacisk w tém miejscu nie sprawia żadnej przykrości choremu, dzwonienie w uszach ustąpiło, pragnienie mniejsze; puls drobny, miękki, mały i częsty; chory żali się tylko na ból i zawrót głowy i znaczne osłabienie. Leczenie toż samo.

O godzinie 12ej w południe i o 7ej wieczorem, stan tenże sam.

8go grudnia o godzinie 8ej z rana przybywszy do chorego, dowiedziałem się iż w nocy miał silne dreszcze przeszło pół godziny trwające, następnie mocną gorączkę; całą noc rzucał się, sen miał niespokojny, przerywany, majaczył a nad ranem oddał jeden obfity stolec, w którym przeważały kawałki



czarnéj, zsiadłéj krwi. Chory użala się na silny, męczący kaszel, klucie pod lewą sutką na przestrzał aż pod lewą łopatkę przechodzące i na gniotący ból w okolicy czołowej. Skóra rozpalona, na prawym policzku lekki ograniczony rumieniec; puls 120 nieco twardszy i pełniejszy jak dnia poprzedniego, plwocina lekko rdzawa, oddychanie powierzchowne 38 na minutę; język wilgotny, lekko białawym osadem obłożony; pragnienie. Pod lewą łopatką, na przestrzeni dłoni oddech oskrzelowy, opukiwanie na tejże przestrzeni daje ton tępy. Rana ściągnięta, brzegi jéj nieco ropieją, przy nacisku na okolicę żołądka chory nie doznaje żadnego bólu. Mieliśmy więc znowu do czynienia z zapaleniem płuc, które przy tak znaczném osłabieniu organizmu, w skutek obfitéj utraty krwi, nie świetną prognozę wróżyć choremu dozwalało; całą nadzieję pokładaliśmy w młodym wieku chorego i w możliwém ograniczeniu się procesu zapalnego li tylko na zajętej już przestrzeni. O energiczném przeciwzapalném leczeniu, w obecnym wypadku i myśleć nie można było, zaleciliśmy tylko zaniechanie lodowych okładów na okolicę żołądka, gdyż pomyślny jak dotąd przebieg rany w części nas zaspakajał — a całą uwagę skierowawszy na świeżo wstawione zapalenie płuc, zaleciliśmy pod lewą łopatkę postawić wezykatoryę wielkości dłoni i trzymać aż do silnego zczerwienienia skóry w tém miejscu, na bok lewy gorczycznik a wewnątrz: *Rp. Inf. rad. Senegae ex ʒj, pti ʒv, Acidi phosphorici diluti ʒjj, Syr. Rubi Idaei ʒj. M. D. S. Co 2 godziny łyżkę stołową.* Spokój i ścisła dyeta, za napój napar z lnianego siemienia chłodny a na ranę opatrunek z suchéj szarpi.

9go grudnia o godzinie 8éj z rana, gorączka mniejsza, puls uderza 88 razy na minutę, ból głowy ustąpił, klucie pod lewą sutką mniejsze; kaszel jak dnia wczorajszego, expektoracya skąpa, plwocina lekko rdzawa; oddech oskrzelowy w témże miejscu i na tejże przestrzeni co i dnia poprzedniego, objawów ze strony żołądka i otrzewnej żadnych, rana lekko ropieje. Opatrunek rany tenże sam; lekarstwo poprzednie dalej używać.

O godzinie 7éj wieczorem, stan ogólny i miejscowy tenże sam; chory rzeźwiejszy, żąda pokarmu; zaleciłem dać mu cztery łyżki stołowe bulionu; lekarstwo powtórzyć toż samo.

10 grudnia o godzinie 8éj z rana, puls 76, klucie w boku ustąpiło, kaszel lżejszy, expektoracya łatwiejsza, plwocina obfitsza, gęstawa, lepka, żółtawa; język czysty, pragnienie umiarkowane, apetyt znaczny; pod łopatką lewą oddech oskrzelowy mniej wyraźny. Zaleciłem dawać choremu trzy razy dziennie po filiżance bulionu; lekarstwo toż samo dalej używać.

11go grudnia o godzinie 10éj z rana, puls 70, kaszel mniej częsty i mniej męczący, expektoracya łatwa, język czysty, stolca od trzech dni nie miał; pod łopatką lewą w miejsce oddechu oskrzelowego *crepitatio*; chory czuje się znacznie rzeźwiejszym i silniejszym, tylko skarży się na skąpą dyetę. Rana przedstawia się w postaci wązkiej linijki pokrytej cienką warstwą młodego naskórka. Zalecono lewatywę z letniej wody i oliwy a wewnątrz: *Rp. Inf. rad. Senegae ex ʒjj, pti ʒv, Syr. Althaeae ʒj. D. S. Co 2 godziny łyżkę stołową.*



Dyeta: rano i wieczorem po szklance mleka, a na obiad talerz bulionu i dwa jajka na miękko.

Od tego czasu chory szybko przychodził do zdrowia; sprawa zapalna w płucu lewém wkrótce ukończoną została a chory 20 grudnia 1867 r. bez niebezpieczeństwa mógł łóżko opuścić; pozostałe osłabienie i obrzmienie nóg przy kostkach, skutek bezkrwistości, po trzech-tygodniowém używaniu żelaza w połączeniu z chininą, zupełnie ustąpiło i A. P. poprzednie zdrowie odzyskał.

Kilka tygodni temu widziałem A. P., który oświadczył mi, że od owego czasu nie miał żadnych przypadłości ze strony żołądka, że może jeść i pić wszystko, trawi dobrze i czuje się zupełnie zdrowym.

### Międykrocze (*perineum*).

Napisał Dr. med. L. Hirschfeld, Professor Szkoły Głównej Warszawskiej.

(Dalszy ciąg). \*)

#### B. Mięśnie okolicy odbyto-łonowej czyli międykrocza (*Musculi regionis ano-pubialis s. perinei*)

##### 1) Mięsień poprzeczny międykrocza wierzchni czyli tylny

(*Musculus transversus perinei superficialis s. posterior*).

Mięsień ten należy zarazem do dwóch rzeczonych okolic, na granicy których się znajduje. Umieszczony jest przed odbytem i pomiędzy dwoma listkami powięzi właściwej międykrocza.

Ma postać trójkąta płaskiego, podługowatego, poprzecznie położonego.

**P r z y c z e p i e n i e .** **K i e r u n e k .** Powstaje od wargi wewnętrznej guza kulszowego a niekiedy od wargi wewnętrznej samej gałęzi wstępującej tegoż guza. Następnie rozciąga się na wewnątrz i ku przodowi rozszerzając się, a przybywszy na linię środkową, mięsień ten rozdziela się na dwie odnogi: przednią i tylną. Odnoga przednia zlewa się, przed odbytnicą, z mięśniem jednoimiennym strony przeciwniej, tworząc rodzaj pętlicy z wklęsłością tylną.

Odnoga tylna zagina się ku tyłowi, obejmując odbytnicę, jednoczy się z wiązkami mięśni zwieracza i dźwigacza odbytu i za pośrednictwem tych wiązek zlewa się znowu z mięśniem poprzecznym międykrocza strony przeciwniej. Tak więc odbył opatrzony jest dwoma eliptycznymi zwieraczami, przecinającymi się prostopadle, z których jeden jest przednio-tylny a drugi poprzeczny.

U kobiet mięsień poprzeczny międykrocza, mniej rozwinięty, zlewa się z mięśniem zwieraczem pochwy, na około której tworzy także rodzaj zwieracza poprzecznego.

**S t o s u n k i .** Stanowiąc podstawę trójkąta międykrocza, mięsień w mowie będący, pokryty jest powięzią międykrocza wierzchnią właściwą, powięzią wierzchnią ogólną, tłuszczem i skórą.

\*) Patrz Nr. 36 Gaz. Lek.



Pokrywa powięź głęboką międzykrocza i zlewa się często z mięśniem poprzecznym głębokim.

**Działanie.** Wiązki łukowate przednie i tylne obydwóch mięśni poprzecznych międzykrocza, wyprostowując się pod wpływem kurczenia, przybliżają do siebie ściany przednią i tylną odbytnicy, której ściany boczne są przybliżone przez mięsień dźwigacz zewnętrzny.

Zatem oba mięśnie poprzeczne wierzchnie mogą być uważane za mięsień zwieracz posilkowy.

Nakoniec mięśnie te, razem wzięte, natężają powięź międzykrocza,

2) Mięsień poprzeczny międzykrocza głęboki  
czyli przedni

(*Musculus transversus perinei profundus s. anterior*).

Mięsień ten leży nad mięśniem poprzedzającym, od którego jest szerszy, cieńszy i oddzielony więzem trójkątnym czyli powięzią głęboką międzykrocza; ma kształt trójkąta poprzecznego i jest wejrzania błoniastego.

**Przyczepienie.** **Kierunek.** Poczyna się, u mężczyzn, od części wewnętrznej punktu zetknięcia gałęzi wstępującej kości kulszowej z gałęzią zstępującą kości łonowej. Z tego przyczepienia kostnego, mięsień ten rozciąga się w kierunku prawie poprzecznym, na wewnątrz i ku przodowi.

Przybywszy do części środkowej międzykrocza, mięsień każdej strony, kończy się w części na opuszcze cewki moczowej a w części oplata się z mięśniem opuszeko-jamistym strony odpowiedniej. U kobiet mięsień ten kończy się na opuszcze jamistej pochwy macicznej.

**Stosunki.** Ku dołowi przylega do więzu trójkątnego międzykrocza; ku górze pokryty jest mięśniem dźwigaczem odbytu; — z przodu zostaje w związku z mięśniem zwieraczem cewki moczowej.

**Działanie.** Rozszerza cewkę moczową, lecz gdy współcześnie działa z mięśniem opuszeko-jamistym lub ze zwieraczem pochwy macicznej, — wywiera nacisk na tylny koniec opuszki cewki lub na pochwę.

3) Mięsień kulszo-jamisty wyprężacz prącia  
lub łechtaczki

(*Musculus ischio-cavernosus s. erector penis v. clitoridis*).

Znajduje się wzdłuż gałęzi kulszo-łonowej, otaczając obustronnie korzeń ciała jamistego prącia. Ma kształt wrzecionowaty, mięsisty i gruby w środku, a ścięgnisty i cienki przy końcach.

**Przyczepienie.** **Kierunek.** Poczyna się włóknami ścięgnistymi i mięsistymi, od wargi wewnętrznej guza kulszowego, nad i przed mięśniem poprzecznym wierzchnim międzykrocza, i od samego korzenia wątka jamistego. Od tych przyczepień włókna udają się na zewnątrz i kończą się, u mężczyzny, mocnym i połyskującym ścięgnem, na powłoce włóknistej prącia, dwoma przedłużeniami, z których wewnętrzne gubi się na wewnątrz korzenia, ze-



wewnętrzne zaś dłuższe, znika na zewnątrz tegoż korzenia. Niekiedy przedłużenie ścięgniaste zewnętrzne jest bardzo rozwinięte, a wtenczas rozciąga się aż na grzbiet prącia i nad naczyniami, gdzie się zlewa z przedłużeniem podobnym mięśnia jednoimiennego strony przeciwniej.

U niewiast mięsień ten jest daleko mniejszy i kończy się na wałku jamistym łechtaczki.

**S t o s u n k i.** Stanowiąc brzeg zewnętrzny trójkąta międzykrocza, mięsień kulszo-jamisty, pokryty jest ze strony dolnej powięzią wierzchnią właściwą, powięzią ogólną (*fascia superficialis*) i mosznami; ku górze mięsień ten obejmuje korzeń prącia; na wewnątrz odpowiada mięśniowi opuszko-jamistemu, od którego oddziela go odstęp trójkątny, z podstawą tylną, dopiero co wymieniony. Na dnie tego trójkąta spostrzedz można powięź błyszczącą, trójkątną, zwaną powięzią głęboką międzykrocza czyli więzem trójkątnym.

**D z i a ł a n i e.** Nie ulega żadnej wątpliwości że mięsień kulszo-jamisty przyczynia się do naprężania prącia lub łechtaczki; ale mechanizm, mocą którego zjawisko to przychodzi do skutku, nie jest jednakowo tłómaczony: jedni utrzymują że mięsień ten pociąga korzeń prącia na dół i ku tyłowi, który z drugiej strony pociągany jest ku górze przez wiąz wieszadłowy prącia; tym sposobem jego ściana dolna oddalona jest od ściany górnej i naprężenie prącia odbywa się przez napływ krwi tętniczej, skutkiem właśnie tego rozszerzenia; inni autorowie znowu twierdzą, że mięsień ten przyciska korzeń prącia do guza kulshowego, a tym sposobem, tamując odpływ krwi żylniej, powoduje wyprężanie prącia. Prawdopodobnie podług obydwóch objaśnień wyprężanie to ma miejsce.

4) **Mięsień opuszko-jamisty** czyli **strzykacz**  
(*Musculus bulbo-cavernosus, accelerator urinae s. ejaculator seminis*).

Mięsień ten, u mężczyzn, obejmuje, przy linii środkowej, stronę dolną części opuszkowej i jamistej cewki moczowej. Jest cienki, błoniasty i ma postać czworoboczną.

**P r z y c z e p i e n i e.** **K i e r u n e k.** Powstaje przed mięśniem dźwigaczem odbytu na prędze ścięgnistej środkowej poprzecznej, pośredniczącej między tym ostatnim mięśniem i dwoma mięśniami w mowie będącymi, na prędze ścięgnistej środkowej przednio-tylnej, pośredniczącej między dwoma mięśniami opuszko-jamistymi i na powięzi międzykrocza głębokiej.

Od tych potrójnych przyczepień, mięsień ten obustronnie udaje się ku przodowi i na zewnątrz, powlekając stronę dolną opuszki i cokolwiek stronę dolną części jamistej cewki moczowej i kończy się trojakiemi wiązkami: zewnętrzne, na korzeniu wałka jamistego prącia; średnie, w rowku utworzonym przez cewkę moczową i wałek jamisty; wewnętrzne i górne, najdłuższe, okrążają ciało jamiste prącia i nikną na powierzchni grzbietowej, w sąsiedztwie więzu wieszadłowego prącia. Ta ostatnia wiązka została opisana jako mięsień oddzielny przez angielskiego autora *H o u s t o n'a*, podług którego, mięsień ten ma wywierać nacisk na żyłę grzbietową prącia i że zarazem bierze udział



w jego podnoszeniu (*m. levator penis*). Kobelt, opierając się na swych własnych poszukiwaniach, dzieli mięsień opuszko-jamisty na trzy oddzielne mięśnie: 1) na ściskający korzeń prącia, 2) na ściskający opuszkę cewki moczowej właściwy i 3) na ściskający półkulę opuszki cewki moczowej.

a) Mięsień ściskający korzeń prącia (*musculus compressor radices penis*). Odpowiadając wiązce wewnętrznej czyli mięśniowi Houston'a, mięsień ten poczyna się obustronnie od czwartej części przedniej pręgi ścięgnistej przednio-tylniej. Ztąd udaje się skośnie i świderkowato na grzbiet prącia, gdzie się kończy zlewając się, za pośrednictwem przedłużenia ścięgnistego, z podobnym przedłużeniem mięśnia strony przeciwnej i zarazem pokrywa naczynia i nerwy grzbietowe prącia.

b). Mięsień ściskający opuszkę cewki moczowej właściwy (*musculus compressor bulbi urethrae proprius*). Odpowiada wiązce średniej mięśnia opuszko-jamistego i poczyna się na każdej stronie, od trzech czwartych części tylnych pręgi ścięgnistej przednio-tylniej. Następnie mięsień ten rozciąga się skośnie na zewnątrz i naprzód, okrążając tylko opuszkę jamistą i kończy się na jej powierzchni górnej, zlewając się z mięśniem jedniennym strony przeciwnej.

c) Mięsień ściskający półkulę opuszki cewki moczowej (*musculus compressor hemisphaerae bulbi urethrae*). Odpowiada wiązce zewnętrznej mięśnia opuszko-jamistego i powstaje od pręgi poprzecznej, pośredniczącej między tym ostatnim mięśniem a zwieraczem odbytu. Następnie otacza tylną półkulę opuszki a przybywszy na jej stronę górną kończy się, w poprzek rozciągnem.

Stosunki. Pokryty powięzią międzykrocza wierzchnią, powięzią wierzchnią ogólną i mosznami, mięsień opuszko-jamisty pokrywa cewkę moczową i jej opuszkę, od której oddzielony jest ku tyłowi gruczołem Cooper'a odpowiednim.

Działanie. Wszystkie trzy pęczki tego mięśnia wspólnego wywierając nacisk na cewkę moczową, uczestniczą przy wytryskiwaniu moczu (*accelerator urinae*); ale ponieważ pierwszy z tych pęczków ściska również korzeń prącia, przyczynia się więc do jego wyprężania (*erector penis*); drugi i trzeci, ściskając szczególnie opuszkę, biorą także udział przy wytryskiwaniu nasienia (*ejaculator seminis*).

## 5. Mięsień zwieracz pochwy macicznej

(*Musculus constrictor vaginae s. sphinctor cunni*).

Skutkiem rozdwojenia opuszki jamistej u kobiet i oddalenia się jej połówek, dla przejścia pochwy, oba mięśnie opuszko-jamiste, zamiast być równoległymi i stykać się na linii środkowej jak u mężczyzn, oddalają się od siebie, określając na około ujścia pochwy, dwie pętlice półeliptyczne, z wklęsłościami ku sobie zwróconymi, które zwane są zwieraczem pochwy.



**Przyczepienie. Kierunek.** Poczyna się końcem tylnym zwężonym przed odbytem, splatając i krzyżując się z mięśniem zwieraczem tego otworu i przyjmując pęczki pomocnicze od mięśni poprzecznych krocza. Następnie mięsień ten udaje się, w kształcie płaskiego pęczka, ku przodowi na około dolnego otworu pochwy macicznej, a przybywszy do łechtaczki, pęczek każdej strony, rozszczepia się na dwa pęczuszki przedni i tylny. Pęczuszek przedni okrąża grzbiet łechtaczki, gdzie się kończy, zlewając się rozciągnem płaskim z rozciągnem podobnym pęczuszka przedniego strony przeciwniej, jako też z więzem wieszadłowym łechtaczki. Pęczuszek tylny otacza splot jamisty cewki moczowej gdzie się również łączy z odpowiednim pęczuszkami strony przeciwległej.

**Stosunki.** Pokryty tkanką łączną tłuszczową wielkich warg sromnych, mięsień ten przylega z każdej strony do opuszki pochwy macicznej jako też do gruczołu Bartholin'a i do splotu żylnego, otaczającego cewkę moczową.

**Działanie.** Wywiera mocny nacisk na opaskę każdej strony a zatem zwęża wejście do pochwy macicznej.

#### 6. Mięsień kulszo-opuszkowy czyli zwieracz cewki moczowej

(*Musculus ischio-bulbosus s. constrictor isthmi urethrae*).

Mięsień ten, który był przedmiotem szczególnych badań najznakomitszych anatomów jak: P.P. Wilson Guthrie, Müller, Hyrtl i i., znajduje się nad powięzią głęboką międzykrocza (wiąz trójkątny) i pod częścią przednią dźwigacza odbytu. Ma postać trójkątną i składa się z dwóch do trzech pęczków, z których każdy był opisany jako mięsień oddzielny.

**Przyczepienie. Kierunek.** Poczyna się luźnymi włóknami, od tylnej powierzchni trzonu i gałęzi kości łonowej. Włókna przednie, to jest powstające od spojenia łonowego, tworzą rodzaj pętlicy na około części błoniastej cewki moczowej, jest to mięsień Wilson'a czyli zwieracz cewki moczowej (*constrictor urethrae s. pubio-urethralis*). Włókna tylne, które poczynają się od gałęzi zstępującej kości łonowej i stanowią największą część tego mięśnia, otaczają w kierunku poprzecznym również część błoniastą cewki moczowej i jej opuszkę, i tworzą mięsień Guthrie. Ostatni ten autor uważał te włókna za prawdziwy mięsień zwieracz części błoniastej cewki moczowej (*constrictor urethrae Guthrie*).

Niekiedy mięsień ten wysyła także niektóre włókna do gruczołu przyprątneho i do odbytnicy, stanowiąc mięsień łono-przyprątny i łukoodbytnicowy (*musculus pubo-prostaticus et pubo-rectalis*), niektórych autorów.

**Działanie.** Mięsień kulszo-opuszkowy ma własność zwężania cewki moczowej, uczestniczy zatem przy wytryskiwaniu moczu i nasienia. Kurczenie spazmodynamiczne tego mięśnia, współcześnie z kurczeniem włókien kolistych, właściwych części błoniastej cewki moczowej, mogą stawić opór i przeszkodzić tym sposobem wprowadzeniu cewnika do pęcherza.



U niewiast, mięsień w mowie będący podlega niektórym odmianom, a mianowicie: największa liczba jego włókien nabiera postać kolistą i otacza cewkę moczową i ujście pochwy macicznej.

L u s c h k a oznaczył go nazwą z w i e r a c z a g ł ę b o k i e g o s r o -  
mu (*constrictor cuni profundus*). (Dalszy ciąg nastąpi).

## KRONIKA ZAGRANICZNA.

Przecięcie ścian brzusznych (*laparotomia*); wycięcie guza włóknisto-torbielowatego macicy ważącego 14 $\frac{1}{2}$  kilogramów; wyzdrowienie.

Spostrzeżenie prof. K o e b e r l e ze Strasburga.

Panna O..., (z Wiesbaden), wieku lat 34, z cerą właściwą osobom dotkniętym guzem włóknistym macicy, wycieńczona, cieszyła się wybournym zdrowiem aż do roku 1863. Odtąd zaczęła doznawać rozmaitych dolegliwości przemijających, które można było przypisać zatkaniu miednicy; gdyż chora cierpiała już wtedy na częste zatwardzenia, które niekiedy stawały się uporczywszemi i sprowadzały splaszczanie stolca. W r. 1866 dopiero po raz pierwszy zwróciła uwagę iż brzuch jej powiększać się zaczął.

Od r. 1867, brzuch coraz większe przyjmował rozmiary. Ściany jego rozciągnęły się aż do dolnego brzegu żeber, przyczyną zaś tego był guz dość regularnie zaokrąglony, częścią bardzo twardy, częścią chleboczący i złożony z przedziałów mniej lub więcej szerokich, co naprowadzało na myśl, że chora była dotknięta torbielą złożoną jajnika. Próżnia miednicy była również siedliskiem guza, który poczynał się na 3 centymetry od ujścia zewnętrznego kanału płciowego. Guz ten stanowił całość z częścią tylną szyi macicznej, która była odsuniętą w lewo i ku przodowi względnie do powierzchni tylnej spojenia łonowego. Badanie zgłębnikiem macicy było niemożliwym z powodu wązkości otworu błony dziewiczej.

Dwa większe przedziały guza, przekłute trójgrańcem, oswobodziły 3 litry płynu prawie jednakiemu (tak z jednego jak i drugiego przedziału), surowiczego, bardzo bogatego w cholesterynę. Zrobiłem rozpoznanie na guz włóknisto-torbielowaty macicy. Szybki rozwój guza i liczne jego przedziały, mogłyby skłonić do rozpoznania torbieli jajnika; lecz wyraz twarzy chorój, odporność guza bardzo znaczna w wielu miejscach, rodzaj płynu wyciekłego po przekłuciu z jednej strony — a odporność guza wewnątrz miedniczego i stosunki jego z szyją macicy, z drugiej — przemawiały na korzyść guza włóknisto-torbielowatego macicy.

Zastraszona szybkim i groźnym powiększaniem się guza, przykrościami z tego powodu wynikającymi i obawą iż pozostawszy w takim stanie zmuszoną będzie jeszcze przez pewien czas pędzić tak przykre życie, chora domagała się aby użyto najenergiczniejszych środków do jej wyleczenia. Wszystkie lekarstwa jakie jej podawano w tym celu nie przyniosły najmniejszej korzyści, z tego powodu, chora uważając operację za jedyny z pozostałych środków, dający jakkolwiek nadzieję powodzenia, prosiła o nią bez względu na niebezpieczeństwo, jakie jej z tej strony groziło. W obec ciągłego nalegania chorój i wytrwałości jej w raz powziętym zamiarze, widziałem się zmuszonym do oznajmienia jej, iż wśród szczególnie nieprzyjanych dla siebie znajduje się okoliczności.

Operacja podług mnie dawała mniejszą w tym razie rękojmię powodzenia, a prztem była bardzo trudną do wykonania z powodu obecności guza w próżni miednicy. Myślałem wreszcie, że wycięcie guza będzie niemożliwym, po całkowitem nawet usunięciu macicy, jeżeli więzy szerokie będą zajęte; ponieważ podług wszelkiego prawdopodobieństwa, guz włóknisto-torbielowaty zdawał się być międzymiąższowym, w dnie macicy powstałym. Wszystkie te uwagi zakomunikowałem panie O..., w celu wyperswadowania jej myśli o operacji; nie skrywałem również przed nią obawy i niepewności, w jakich co do zejścia operacji zostaje. Lecz chora, zadziwiająco odważna i zdecydowana na wszystko, trwała wciąż w swoim postanowieniu, na które i przyzwolenie rodziny otrzymała. Widząc przed sobą nadzieję wyzdrowienia, chciała skorzystać choć z niepewnej, lecz prowadzącej do tego ce-



lu drogi zdając się wreszcie na moje uznanie, gdybym stanowczo o niemożliwości operacji zawyrokował. Przystąpiłem więc z żalem do przecięcia ścian brzusznych, myśląc iż nie dokończę operacji, jeżeli guz nie będzie mógł być wyjętym, co mi się prawie pewnym zdawało.

Operacja miała miejsce w dniu 31 sierpnia 1868 r., w obecności P.P. M a s ł o w s k i e g o (z Petersburga), H e r r e n s c h m i d t'a, J o e s s e l'a i K i e n'a. Przecięcie ścian brzusznych rozpoczęte na trzy centymetry poniżej wyrostka mieczykowatego (*processus xiphoideus*), wynosiło prawie 30 centymetrów długości. Przez otwór ztąd powstały, zdołałem z wielką zaledwie trudnością wydobyć guz na zewnątrz jamy brzusznej zapomocą szczypczyków zębanych. Przekłucia porobione poprzednio przynajmniej w dieścieciu przedziałach, dla zmniejszenia objętości guza, oswobodziły 3—4 tylko litrów płynu. Dno i szyja macicy były wolne od guza, lecz ten ostatni ściśle przylegał do tylnej ściany tego organu. Część wewnątrz-miednicza guza, bardzo małej wreszcie objętości, w stosunku do części mieszczonej się w jamie brzusznej, służyła za pewien rodzaj szypułki dla téj ostatniej. Dość obfity krwotok nastąpił z otworów po przekłuciu powstałych. Założono podwiązkę drucianą, jak można najniżej na podstawę guza. Podwiązka ta wynosiła początkowo 10 ctm. w średnicy i dozwalała na wydobywanie guza na zewnątrz miednicy; obejmowała ona powierzchnię kolistą, idącą skośnie od części tylnej i górnej spojenia łonowego do kąta krzyżo-łędźwiowego. Po dopełnieniu tego, obfitszego krwotoku nie obawialiśmy się, przecięliśmy wtedy część górną guza na dwie połowy boczne, które następnie wycięliśmy, zostawiając wążki pasek, który do wyszukania dolnej części guza miał nas doprowadzić.

Przekonaliśmy się wtedy, że jajniki i przewody jajowe były zdrowe. Ciało macicy prócz małego guza włóknistego, twardego, wynoszącego 1 ctm. w średnicy, nic godnego uwagi nie przedstawiało.

Guz wewnątrz-miedniczy z pierwszego wejrzenia zdawał się niepodobnym do wycięcia. Nie można go było bowiem wydostać z próżni miednicy, a niepodobna było przesunąć palców między nim a ścianami miednicy, dla przekonania się co go tam zatrzymywało. Na szczęście guz ten był także włóknisto-torbielowatym, i przekłucie wpłynęło na zmniejszenie jego objętości. Wtedy przekonałem się że podstawa jego sięgała aż do worka ślepego odbytnico-pochwowego (*cul-de-sac recto-vaginal*), do którego przylegała dolną swą częścią, część zaś przednia przylegała do całej przestrzeni ograniczonej tylną ścianą pochwy i szyi macicy. Część tylna była wolną od przyczepów i pokryta otrzewną.

Położenie nasze było bardzo przykre: nie można było niedokończyć operacji, gdyż w takim razie śmierć chorój byłaby nieuchronną. Z drugiej strony, duża podwiązka druciana była niedostateczną do powstrzymania znacznego krwotoku, powstałego po przekłuciu guza wewnątrz-miedniczego. Zapobiegając temu założyliśmy nową podwiązkę. Po uniknięciu tego niebezpieczeństwa, przecięłem otrzewną pokrywającą część tylną guza; po odklejeniu jej z boków i od podstawy, zdołałem w końcu wyluszczyć i wydobyć guz z próżni miednicy, po przedarciu jego przyczepów pochwowych, bez naruszenia ważniejszego naczynia. Ostatnia część guza, która przylegała do tylnej części szyi i średniej części ciała macicy, została oddzieloną zapomocą żegadeł, któremi ją przypaliłem aż po same znaczniejsze naczynia, które zostały ujęte podwiązką drucianą i ściągnięte za pomocą zaciskacza. Jeden z przyczepów macicznych, po oddzieleniu, dość mocno krwawił; podwiązano go więc nitką jedwabną, która została krótko obcięta naksztalt węzłów straconych (*points perdu*). Szypułka naczyn została wtedy ucięta na kilka milimetrów powyżej zaciskacza, powierzchnia zaś podwiązki a niemniej i części krwawiące przypalono żegadłem lub stężonym roztworem półtorochlorku żelaza.

Po wyjęciu guza macica została w całości; nie było więc potrzeby jój wycinania. Otrzewna odklejona dała się przyłożyć do części tylnej pochwy i szyi macicznej. Części środkowej macicy odpowiadała podwiązka wspólna naczyń większych, dochodząca grubości palca. Na 1 centymetr w prawo, od drutu znajdowała się podwiązka stracona. Zaciskacz wchodził na 8 centymetrów do wnętrza miednicy.

Zszycia rany dokończono za pomocą 5 ściągów szwu głębokiego i 12, szwu powierzchownego. Ślad po przecięciu wynosił wtedy 22 centymetry długości. Operacja trwała



dwie godziny i minut trzydzieści. Przez dość znaczne krwotoki, powstałe z oddzielenia przyczepów miedniczych, chora straciła do  $1\frac{1}{2}$  kilograma krwi. Po operacji nie było wymiotów chloroformowych, lecz chora znacznie osłabła i zziębła. Tętno było drobne i miękkie, oddechanie zaś bardzo przyspieszone aż do końca tego dnia. Noc była jednak dobra i chora odpoczęła spokojnie.

Nazajutrz siły podniosły się trochę i nastąpiła silna reakcja. Rano tętno wahało się między 120 a 140. Skóra sucha, oddechów 21. Wieczorem tętno 92, oddechów 18. Przez otwór rany wypłynęło od 80—100 gram. płynu surowiczego, częścią wypuszczonego za pomocą zgłębnika. Wystąpiły obfite poty. Wreszcie, brzuch jest mały, niebolesny.

Na 3 dzień, tętno 104, oddechów 23. Chora całą noc spała. Skóra wilgotna, mocz czysty, brzuch mały i niebolesny jak wczoraj. Wieczorem tętno do 120, trochę nieregularne, oddechów 23. Obfite picenie się spowodowało potówkę na brzuchu i piersiach. Z kąta dolnego rany sączy się jeszcze cokolwiek płynu. Stolcem odeszły gazy. Wypływ krwi przez otwór płciowy, z powodu przekrwienia macicy w następstwie operacji.

Na 4 dzień, tętno 102, dość regularne, oddechów 21. Poty. Wieczorem puls 90. Mocz więcej części stałych zawiera.

Na 5 dzień, enema: wypróżnienia stolcowe. Tętno 100, pełne. Poty trwają a potówki ogarniają całe ciało z wyjątkiem twarzy i rąk. Niektóre z nich przechodzą w ropienie wtedy gdy inne zasychają. Wysypka ta nie miała nic zastraszającego. Można ją było wytłumaczyć niezmiernymi upałami panującymi wtedy i potami chorój. Mocz jeszcze trochę przesycony. Z kąta dolnego rany wycieka dość obficie płyn czarny, w części krwisty. Wstrzykiwania siarczanu sody i wody P a g l i a r i. Zdjęto ścięgi szwu głębokiego.

W dwa dni następne nic godnego uwagi.

Na 8 dzień, tętno z 92 spadło na 88 wieczorem. Zaciskacz który wchodził na 8 cent. do wnętrza rany został oswobodzony; wyjęto go a natomiast wprowadzono rurkę szklaną.

Na 13 dzień, dość znaczną ilość zmartwiałych tkanek wyjęto szczypczykami przez otwór zewnętrzny rany. Zresztą stan ogólny dobry. Potówki zasychają i giną. Tętno 88. Na drugi dzień wydano jeszcze trochę zmartwiałych tkanek za pomocą przestrzykiwania.

Na 27 dzień, ropienia już nie ma: rurkę wyjęto nazajutrz. Od pięciu dni okolica podbrzuszną nieco wygórowała. Brzuch jest bolesny pierwszy raz po operacji. W następstwie tych objawów wypłynęła przez kanał płciowy nieznaczna ilość płynu surowiczo-ropnego. Płyn ten pochodził prawdopodobnie z ropnia utworzonego między pochwą a otrzewną, która została odklejoną w chwili operacji. Ropa utworzyła sobie drogę przez tylną ścianę kanału płciowego.

28 września, w 29 dni po operacji, chora, która już od kilku dni wstawiała, użyła przechadzki po pokoju. Brzuch był mały i płaski, zabliznienie prawie zupełne.

W krótkim czasie Panna O..., powróciła na łono rodziny, zupełnie uleczoną. Od tej chwili nie doświadczała ani bólów, ani też żadnych innych przypadłości a wyleczenie było zupełnym.

Z b a d a n i e g u z a. Badanie guza potwierdziło rozpoznanie. Składał się on z dwóch części: z jednej brzusznej, drugiej miedniczej i ważył łącznie  $14\frac{1}{2}$  kilogramów. Cała ta masa była podobną bardzo do torbieli złożonej jajnika. Obie części guza składały się z mnóstwa przedziałów i zatok zmiennej wielkości, których średnica wynosiła począwszy od 1—2 decymetrów aż do kilku milimetrów zaledwie. Jamki po większej części przylegały do siebie i były przedzielone zaledwie bardzo delikatnymi i niezupełnymi przegródkami, co całą tę masę czyniło podobną do gąbki. Inne znów jamki przeciwnie były odosobnione za pomocą grubiej warstwy tkanki włóknistej zbitiej. Wiele z nich komunikowało z sobą za pomocą nieregularnych kanałów, mniej lub więcej rozszerzonych w rozmaitych punktach swego przebiegu.

Płyn zawarty w tych jamach (z wyjątkiem przekłutych przed operacją, a gdzie znajdowały się skrzepy krwi na drodze do przystoczeń wstecznych), był przezroczysty, cy-







siatkówki 1, nadczułość siatkówki (*hyperaesthesia retinae*) 1, zapalenie siatkówki i nerwu wzrokowego (*neororetinitis*) 2, zapalenie nerwu wzrokowego zstępujące (*neuritis descendens*) 3, zator tętnicy środkowej siatkówki (*embolia art. centr. ret.*) 1, zaciemek twardy (*cataracta dura*) 15, miękki (*mole*) 3, w następstwie skaleczenia powstały (*traumatica*) 4, następczy (*secundaria*) 2, powikłany (*complicata*) 2, zapalenie wszystkich tkanek oka (*panophtalmitis*) 1, bezwład nerwu oko-ruchowego (*paralysis nervi oculomotorii*) 1, zez zoczny (*strabismus converg.*) 2, guz syfilityczny w oczodole (*tophus orbitae*) 1.

#### O p e r a c y e w t y m r o k u w y k o n a n e .

1) Wydobycie zaciemka (*extractio*) za pomocą sposobu Gräfe'go zwanego *modificirte Linearextraction* 28; z tych 23 było uwieńczonych zupełnem powodzeniem (chorzy opatrzeni właściwymi szklami odzyskali  $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{4}$  siły widzenia), po 2-ch operacjach nastąpiło zapalenie tęczy, po usunięciu którego dla poprawienia wzroku musiało być zrobione wycięcie kawałka tęczy (*iridectomy*), ostatecznie jeden z chorych odzyskał  $\frac{1}{8}$  drugi zaś  $\frac{1}{9}$  siły widzenia; po jednej operacji nastąpiło ostre zapalenie naczyń i torebki Tenona (*panophtalmitis*) i zupełna utrata wzroku, po 2-ch operacjach zaciemków powikłanych, zupełnie prawidłowie wykonanych i wyleczonych bez przypadłości w okresie pooperacyjnym, w jednym wypadku chora odzyskała możność kierowania swemi krokami a wziernik wykazał znaczny zanik naczyń i siatkówki (jaskrę), w drugim zaś, gdzie przed operacją przypuszczano oddzielenie siatkówki na znacznej przestrzeni — rozpoznanie potwierdziło się po operacji, a uczucie światła, które było przed operacją i po wykonaniu tejże w jednym pozostało stopniu. 2) Wydobycie zaciemka za pomocą cięcia liniowego (*extratio linearis*) 3. 3) Rozdrobienie zaciemka przez rogówkę (*discisio cataractae*) 3. 4) Wycięcie kawałka tęczy 48, z tych 7, wykonanych już to przy jaskrze zupełnej, już przy przewlekłej, pozostały bez żadnego pod względem poprawy wzroku, skutku. 5) Operacje rzes nieprawidłowo rosnących 7, sposobem Arl't'a 4, sposobem Gräfe'go 1, sposobem Hertze'n's'te'i'n'a 2. 6) Operacje zawróconej powieki 6, sposobem Pagenstehera 2, sposobem Gräfe'go 2, sposobem Jäsch'e'go ulepszonym 1, sposobem Celsu's'a 1. 7) Zeszycie kąta powiek (*tarsoraphia*) zewnętrznego 2, wewnętrznego 1. 8) Operacja naczyniaka przez podskórne podwiązanie 1. 9) Operacja odwróconej powieki dolnej sposobem Sanso'n'a 1, obydwóch powiek przez podminowanie blizn, skrócenie powiek i czasowe krwawe zeszywanie 1. 10) Operacje zrostu powiek z gałką 2. 11) Odjęcie górniaka błony rogowej 2. 12) Odsunięcie przyczepu mięśnia prostego wewnętrznego (*strabothomia*) 3. 13) Przecięcie przyczepu skróconego mięśnia unosiciela powieki górnej 1. 14) Wyłuszczenie gałki 2. 15) Przecięcie nerwu nadoczodołowego 2. W ogóle operacji wykonanych 112.

Operacje przy których nic o skutku nie powiedziano były wykonane ze skutkiem dobrym.

Lekarz ordynujący Dr. W. Narkiewicz-Jodko.

— Zakład leczenia ścieśnioném powietrzem Dra Wincentego Brodowskiego. Trzeci rok upływa od założenia zakładu leczenia ścieśnioném powietrzem w Warszawie i przez ten czas to jest od 18 października 1866 r. do 1go stycznia 1869 r. leczyło się w ogóle chorych 1011 osób.

Takowa ilość chorych jest wymownym dowodem że środek ten uzyskał uznanie wielu lekarzy i zdobył pewne terapeutyczne stanowisko i u nas, a cyfry umieszczone w wykazach będą jeszcze wymowniejszym dowodem skuteczności tego środka w wielu chorobach.

Przy wykazie chorób leczonych w zakładzie moim dołączyłem i wykaz chorób leczonych w zakładzie pneumatycznym Dra Liebig'a w Reichenhallu, z którego widzimy, że Dr. Liebig otrzymywał świetniejsze rezultaty. Zapewno takowa różnica zachodzi w skutek tego że w Reichenhallu odbywa się takowa kuracja w sezonie letnim, to jest od połowy kwietnia do końca października, a w moim cały rok. Sam się przekonałem że w porze wiosennej i letniej daleko prędzej leczą się wyżej wzmiankowane choroby niż w zimowej.



| Choroby leczone w zakładzie pneumatycznym<br>Dra Brodowskiego w Warszawie. |   | Ile się leczyło<br>w ogóle. | Ile wyzdrowiało<br>i doznało ulgi. | Jaki 0/0.          | Choroby leczone w zakładzie pneuma-<br>tycznym Dra Liebiga w Reichenhallu.   |     | Ile się leczyło<br>w ogóle. | Ile wyzdrowiało<br>i doznało ulgi. | Jaki 0/0. |
|--|---|-----------------------------|------------------------------------|--------------------|--|-----|-----------------------------|------------------------------------|-----------|
| 1  | Na rozedmę płuc ( <i>Emph. pulm.</i> ) . . . . .              | 351                         | 280                                | 80                 | . . . . .  | 197 | 158                         | 91                                 |           |
| 2  | Chroniczny katar oskrzeli ( <i>Bronchit. cat.</i> ) . . . . . | 168                         | 108                                | 68                 | . . . . .  | 285 | 209                         | 76                                 |           |
| 3  | Chroniczny katar ucha środkowego . . . . .                    | 133                         | 66                                 | 50                 | . . . . .  | 127 | 68                          | 48                                 |           |
| 4  | Wysiek opłucnej ( <i>Ersud. pleur.</i> ) . . . . .            | 130                         | 122                                | 95                 | . . . . .  | —   | —                           | —                                  |           |
| 5  | Chroniczne zapalenie płuc . . . . .                           | 42                          | 20                                 | 50 <sup>1/4</sup>  | . . . . .  | 33  | 19                          | 57                                 |           |
| 6  | <i>Laryngitis cathar. chron.</i> . . . . .                    | 34                          | 26                                 | 75                 | . . . . .  | 157 | 114                         | 72                                 |           |
| 7  | <i>Tuberculosis</i> . . . . .                                 | 39                          | 15                                 | 38                 | . . . . .  | 304 | 150                         | 49                                 |           |
| 8  | <i>Chlorosis</i> . . . . .                                    | 62                          | 48                                 | 81                 | . . . . .  | 53  | 46                          | 85                                 |           |
| 9  | <i>Myelitis chron.</i> . . . . .                              | 11                          | 6                                  | 50 <sup>1/10</sup> | . . . . .  |     |                             |                                    |           |
| 10   | <i>Dyspepsia</i> . . . . .                                    | 41                          | 36                                 | 90                 | . . . . .  |     |                             |                                    |           |
| W ogóle . . . . .  |   | 1011                        | 727                                | 72                 |  |     |                             |                                    |           |
|  |   |                             |                                    |                    | <p><i>Uwaga.</i> <i>Myelitis</i> i <i>Dyspepsia</i> nie były leczone w zakładzie Dra Liebiga, a w moim nie były leczone: skrofuły, koksusz i utrudnione miesięczne czyszczenie, w jakowych chorobach Dr. Liebig z wielkim powodzeniem zastosowywał ścieśnionego powietrza.</p> |     |                             |                                    |           |
|  |   |                             |                                    |                    | <p>W ogóle w zakładzie Dra Liebiga<br/>leczyło się: . . . . . 2363 1737 75</p>   |     |                             |                                    |           |



## Wiadomości bieżące.

— O leczeniu błonicy (*diphtheritis*). Z pracy Dra G o u s s e t'a (Trib. med. 17, str. 1869), traktującej o tym przedmiocie, wyjmujemy następujące wnioski:

1. O kauteryzacji przy błonicy, G. w następujący sposób: a) osobiste doświadczenie dowiodło mi jej bezużyteczności, b) praktyka wielu innych, potwierdza wyniki mego doświadczenia. Na dowód: jeżeliby miejscowe to leczenie istotnie zapobiegać miało szerzeniu się błon rzekomych w krtani, wtedy tracheotomia powinna być operacją nader rzadką, a zakończenie śmiertelne przy błonicy bardzo wyjątkowym; tymczasem doświadczenie wykazuje, że się ma przeciwnie. Ponieważ błony rzekome są w y t w o r e m c h o r o b n y m, a więc następstwem nie przyczyną, wypada ztąd, że zniszczenie takich nie może przeszkodzić ani ich ponownemu występowaniu, ani też szerzeniu się.

2. Odnośnie do leczenia błonicy, mogącego być prawdziwie zastosowaniem, G. powiada: a) W f o r m i e g n i l n é j nie widziałem dobrego skutku po żadnym lekarstwie, i nie znam też żadnego wypadku uleczenia w całej literaturze. b) W f o r m i e ł a g o d n é j, gdy błony rzekome niemają dążności do zajmowania krtani, wyleczenie stale miewa miejsce, bez względu na jakość zadawanego lekarstwa; popierający więc t. z. specyfiki znajdują się tu w wielkim złudzeniu. c) F o r m a, którą ja nazwałem a t a x y j - n ą, a która cechuje się przewagą objawów kurczowych, zaś nieco później porażeniem, — w mojej praktyce następujące dała mi rezultaty: α) przeciw kurczowi głosi najgłówniejszym środkiem jest piżmo w dawce 5 centigr. w miészance, po łyżce stołowej co pół godziny lub co godzina; gdy piżmo nie skutkuje — tracheotomia; β) przeciw wczesnie występującym porażeniom, które zabijają znaczną liczbę chorych przerywając czynność przepony, nawet po dokonaniu tracheotomii nie znam pewnego środka. Fosfor zdaje mi się być najbardziej jeszcze wskazanym, lecz nie mam wcale własnego doświadczenia co do jego skutków. Elektryzowanie nerwów przeponowych także wskazanym być się zdaje. — d) Przy z w y - c z a j n é j f o r m i e błonicy, t. j. takiej gdzie błony rzekome przechodzą z gardzieli na krtani, całe niebezpieczeństwo zagraża ze strony zajęcia dróg powietrznych przez wysięk; to też główny moment leczniczy skierowany być winien ku zapobieżeniu powstaniu tego wytworu chorobowego. Lecz tu należą wszystkie środki proponowane przez różnych autorów, tak homeopatyczne jak b r o m, f o s f o r, p r z e s t ę p (*bryonia*) jako też aleopatyczne jak k u b e b y, k o p a i w a, c h l o r e k p o t a s s u, ś r o d k i w ą t - p l i w e (*de moyens infidèles*). Nie posiadamy więc stosownego sposobu leczenia błonicy, i nie będziemy go dopóty posiadali, dopóki nie zdobędziemy środka, któryby na pewno wstrzymywał tworzenie się błon rzekomych.

Dr. B e c k z Petersburga donosił ostatnimi czasy o pewnej liczbie uzdrowień c y a n k i e m r t ę c i. Przepisywałem i ja po dwakroć ten środek, i w obu razach ze skutkiem; jestto więc środek który należałoby dalej badać. Dawka moja wynosiła 20 ctgr. w 200 gm. wody — co godzina po łyżce. Tracheotomia byłaby lepszym środkiem niż jest, jeżeliby po jej dokonaniu nie potrzeba było nierównie troskliwszej nad operowanymi opieki, niż osoby zwyczajnie dogładające chorych dać mogą; o to rozbija się jej pożytek w większej liczbie wypadków z domowej praktyki.

— Przeciwno nocnym odpływom nasienia (*pollutiones nocturnae*). Przed udaniem się na spoczynek przykładają się na okolicę podbrzuszną blaszkę cynową, trójkątną, zajmującą przestrzeń pomiędzy wżgórkami łonowymi i pępkiem, i tak pozostawiają na całą noc. Ten środek miejscowy tak prosty i łatwy do uskutecznienia, jeżeli nie zawsze uleczą, to stanowczo zmniejsza częstość utraty nasienia. Blaszki należy przykładać przez miesiąc, pamiętając także i o użyciu środków ogólnych, które są tutaj koniecznymi. A. B o n - n e t radził w tym samym celu wprowadzać w odbytnicę (*rectum*), ciała obce metaliczne.

— Bromek i dwubromek rtęci jako środki lecznicze. Różne metaloidy zdają się okazywać własności lecznicze, o tyle czynniejsze, o ile każdy z nich wchodzi w związki



z metalami w stosunku mniej znacznym. Według doświadczeń *Smith'a*, bromek działa w mniejszej dawce od kalomelu; a jako środek rozwalniający działa przyjemniej i skuteczniej, nie wywołując objawów depresyi, które niekiedy towarzyszą użyciu kalomelu. Środek ten ułatwia pochłanianie (*resorbatio*) gruczołów i tkanek przerosłych, bez zbytnej obawy zaburzeń ogólnych, wydarzających się przy chlorkach. *Smith* dawał bromek z pomyslnym skutkiem w napływach żółci do wątroby, w chroniczném zapaleniu wątroby z powiększeniem objętości tego organu i w chorobach skórnych wymagających merkuryalnego leczenia. Wielkie obrzmienia gruczołów brzusznych, albo zmniejszały się znacznie, lub też znikaly w zupełności przy użyciu bromku rtęci w dawce 20 centigrammów i pół, i dwubromku pod formą maści z 20 centigrammów na 30 gram. coldcreamu. W powiększeniach macicy także znaczne oddaje usługi. Dawka na dobę dla bromku wynosi 5 do 10 centigr., dla dwubromka od 3 do 12 milligr.

— Środek poronny przeciwko dymienicom (*bubones*). Na dymienice mogące zakończyć się rozejściem (*resolutio*), stosuje się wezykatoryą latającą. W końcu trzeciego dnia następuje zabliznienie powierzchni pęcherzykowej; do tego zaś czasu, ponieważ nie może być powtórnie zastosowany ten sam środek, zastępują go przez smarowanie lapisem (*argentum nitricum*) wyżej wymienionej powierzchni. To podwójne działanie rewulsyjne, dokonywane w tak krótkich odstępach czasu, bardzo rzadko zawodzi nasze oczekiwanie.

— † W d. 7 z. m. umarł w Londynie *Dr. Hodgson* jeden z największych chirurgów Anglii w 81 r. życia. *Dr. Hodgson* urodził się w *Penrith* (*Cumberland*), uczył się w Londynie, i w r. 1811 otrzymał premium *Jackson'a* za dzieło swoje o chorobach tętnic i żył. Następnie praktykował w okolicach *Birmingham'u*, z kąd po uzyskaniu sławy znakomitego chirurga powołany został przez *Charlesa Bella* na naczelnego chirurga szpitala „*Middlesex-Hospital*“ do Londynu. W r. 1840 *Fergusson* ofiarował *Hodgsonowi* katedrę chirurgii w „*London Hospital*“ od której on się jednak uchylił. Od r. 1848 zupełnie zarzucił liczną swą klientelę, w r. 1856 został egzaminatorem, a w r. 1864 prezesem znakomitej instytucji „*College of surgeons*“. Dzieło *Hodgson'a* o chorobach naczyń przełożoném zostało na wszystkie prawie języki, w których nauka się uprawia.

— Prof. *Czermak* z Jena przeszedł do Lipska, a na jego miejsce powołany został na profesora fizyologii *Dr. Wilhelm Preyer*, dotychczasowy docent w Bonn.

— Biblioteka Umiejętności Lekarskich, wychodzi przy Gazecie Lekarskiej, od dnia 1 Lipca r. 1867, arkuszami, za osobną przedpłatą, i obejmuje wszystkie gałęzie medycyny teoretycznej i praktycznej. Wyszły już z druku i są do nabycia we wszystkich księgarniach krajowych i zagranicznych: *Oftalmologia* (*Dr. Jodko*), Tomu I-go część I-sza, cena rsr. 1 kop. 80; część 2-ga rsr. 1 kop. 20. *Psychiatria* (*prof. Płaskowski*). Zeszyt 1-szy, cena rsr. 2 kop. 30. *Chirurgia operacyjna* (*Dr. Kwśnicki, Stankiewicz, Wszębor*). Tom 1-szy, cena rsr. 5 kop. 75. *Rys praktyczny Otiatrii*. (*B. Taczanowski*). Cena rsr. 2 kop. 30. *Histologia i Histochemia*. (*Dr. St. Witkowski*). Część I-sza. Cena rsr. 5 kop. 75. *Kurs medycyny praktycznej*. (*prof. Łuczkiewicz*). Tomu I-go część 1-sza. Cena rsr. 3 kop. 30. — Część II-ga (*Choroby serca i naczyń*) wyjdzie w roku bieżącym. *Anatomia patologiczna* (*prof. Brodowski*). Tomu I-go część I-sza. Cena rsr. 3 kop. 45.

---

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr. 1364, mieszkania Nr. 6.

---

W Drukarni Gazety Polskiej. — Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.

---