№ 52. Warszawa d. 26 Grudnia 1885 r. Tom V.
SERYJA II. — ROK XX.

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE
WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.
Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce następne po kop. 10.

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

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

OGŁOSZENIA.

Majątek ziemski 2 kilm. od stacyi kolei Dębica w Galicyi, a 4 godziny od Krakowa odległy— nad rzeką w malowniczej okolicy położony, obszaru 1050 morgów z tego 470 m. lasu,

z silnem źródłem siarczanem

jest z wolnej ręki do sprzedania. Szczegółów udzieli właściciel (Julijan Brzeziński) w Łazanach p. Wieliczka. 3—2

PUDEŁKA

do preparatów mikroskopowych różnego kształtu według wzorów z pracowni prof. Kocha po cenach nizkich są do nabycia w zakładzie introligatorskim **Szpakowskiej. Chmielna 9.** 0—2

Wyszedł z druku

ROCZNIK MEDYCYNY POLSKIEJ

wydawany staraniem i nakładem
Dr. J. Rogowicza.
Rok VIII—1886 w 2 częściach:

Część I (zbroszurowana) zawiera **Przegląd roczny piśmiennictwa polskiego.** Str. XVI i 336.
Część II (w oprawie) stanowi **Rocznik lekarski** na r. 1886 następującej treści: Wskazówki sztucznego karmienia niemowląt i ich dokarmiania. Pierwsza pomoc lekarska w przypadkach nagłych i zatrważających. Odtrutki. Ratowanie w śmierci pozornej będących. Dawkowanie ważniejszych leków dla dzieci. Największe dawki dla osób dorosłych. Ważniejsze zdrojowiska lecznicze: cechujący ich skład chemiczny, działanie, wskazanie do ich użycia, ostatnia stacyja drogi żelaznej i lekarze praktykujący Ważniejsze kąpiele morskie, zakłady wodoleczniczne, stacyje klimatyczne. Sposób badania siły wzroku i druki próbne Snellen'a. Kilka przepisów lekarskich najczęściej w terapii chorób ocznych używanych. Lekł podskórnie stosowane i ich dawkowanie. Sposób pisania wagi dziesiętnej. Spis lekarzy w Królestwie Polskiem praktykujących i urzędujących, z podaniem dokładniejszych adresów mieszkających w Warszawie. Dziennik z kalendarzem na cały r. 1886. Tabelka do obliczania i zapisywania dnia spodziewanego porodu. Ogłoszenia. Cena obu części I rs. 20 kop. **z przesyłką** I rub. 35 kop., Skład główny u d-ra J. **Rogowicza** w Warszawie ul. **Nowogrodzka, 26.** Sprzedaje się we wszystkich redakcyjach pism lekarskich, oraz w znaczniejszych księgarniach w Warszawie. 0—2

ELIXIR HOUDÉ

z Chlorku Kokainy

W skutek swych własności znieczulających stanowi doskonały środek leczniczy uspakajający wszelkie **nerwice żołądkowe**. Oprócz tego przyspiesza uzdrowienie po przebytych chorobach wzmacniając siły nadwątlone.

Środek ten jest wskazany przy leczeniu **zapalenia żołądka, nerwobólów żołądkowych niestrawności, wymiotów**, i przy wszelkich **zaburzeniach trawienia**. Uspakaja prócz tego bóle żołądka zależne od owrzodzeń lub od cierpienia rakowego.

Dawka. W 20 gramach naszego elixiru znajduje się dwa miligramy chlorku kokainy.

Sposób użycia. Należy go przyjmować kieliszkiem od wódki po jedzeniu, albo podczas napadu bólów.

Skład główny: w aptece A. Houdé 42 rue du Faubourg St. Denis Paris; znajduje się oraz we wszystkich aptekach Warszawy.

W pracowni chemiczno-lekarskiej Szpitali Warszawskich w gmachu Szpitala Ś-go Ducha Elektoralna 12, lekarz-chemik Szpitali Warszawskich **Dr. L. Nencki** i chemik **P. Rakowski** dokonywają wszelkich rozbiorów wchodzących w zakres dyjagnostyki lekarskiej i hygieny publicznej, rozbiory-chemiczno-mikroskopowe moczu, kału, nasienia, plwociny, zawartości żołądkowej, krwi, mleka kobiecego i t. p., materyjałów spożywczych i przedmiotów codziennego użytku, oraz przedmiotów mających zastosowanie w handlu i przemyśle. 0—3

PAPIER FAYARD et BLAYN

PARYŻ, rue Saint-Merry 30.

Leczy: katary, choroby piersiowe, reumatyzmy, oparzenia i nagniotki.

Znajduje się we wszystkich aptekach.

KATARY, ZATKANIE KANAŁÓW ODDECHOWYCH, SUCHOTY, ASTMA

PRĘDKO I BEZ KOSZTÓW SIĘ LECZĄ ZAŻYWAJĄC DWIE KAPSUŁKI GUYOTA.

CAPSULES GUYOT

Kapsułki te **dawniej** *były czarne i nieprzyjemne do połykania, obecnie są* **białe** *podobne do cukierków.*

Na każdej kapsułce odbity jest podpis **Guyot.**

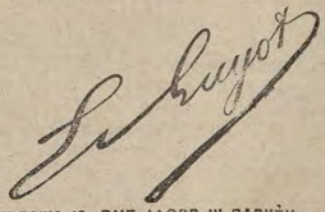
Najdelikatniejszy żołądek znosi smołę w **Kapsułkach** *Guyota zawartą.*

UWAGA: *Dzieci i osoby nie mogące przełykać tych kapsułek powinny zażywać*

PATE REGNAULD
FABRYKOWANE
19, rue Jacob.

Uważać należy na podpis trzechkolorowy.

Znajdują się we wszystkich aptekach.



FABRYKA I SPRZEDAŻ HURTOWA 19, RUE JACOB W PARYŻU.

№ 52. Warszawa dnia 26 Grudnia 1885 r. Tom V.
SERYJA II. ROK XX.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. J. Rosenthal. O operacyjnem leczeniu wypadnięcia macicy i pochwy (*prolapsus uteri et vaginae*). — II. T. Hering. Nerwice zwrotne wywołane cierpieniem jam nosowych (*Aphonia spastica. Laryngospasmus*) (Dokończenie).—*Notatki lekarskie.* 23. Funk. Bakteryje w skórze przy Xeroderma pigmentosum. — *Dział sprawozdawczy.* 59. Teofil Roth. Przyczynek do chirurgii dróg żółciowych. — Wiadomości bieżące. — Od Wydawcy. — Dodatki. — Sprostowanie.— Ogłoszenia.

I. O OPERACYJNEM LECZENIU WYPADNIĘCIA MACICY I POCHWY

(*prolapsus uteri et vaginae*).

(*Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w Październiku r. b.*).

Napisał

D-r Jakób Rosenthal,

ordynator oddziału chorób kobiecych w szpitalu starozakonnych w Warszawie.

Wypadnięcie macicy i pochwy należy do rzędu tego rodzaju ułomności, które obrzydzają życie osobie jej uległej. Zdaje się, iż zbytecznem byłoby mówić o mechanicznych dolegliwościach, powodowanych tem kalectwem; dość uprzytomnić sobie mniej lub więcej uciążliwe, nieznośne, a często męczeńskie prawie przypadłości, jak: bóle w krzyżu, uczucie ciągłego ciążenia i gubienia czegoś z podbrzusza, dolegliwości utrudnionego moczenia, zaburzenia w czynnościach kiszek, objawy nerwowe często w maciennictwo przechodzące i t. d., a także wspomnieć o odrazie, jaką to cierpienie u samej chorej i u najbliższego jej otoczenia wzbudza, aby zrozumieć, iż w różnych czasach rozmaite środki wynajdywano i probowano celem usunięcia, choćby czasowego, tego wstrętnego kalectwa.

Stosowano więc rozmaite wianki i unośniki maciczne, które jednakże, chwilowo zapobiegając wypadnięciu macicy, przez dłuższy przeciąg czasu używane, więcej złego niż dobrego wyświadczały, powodowały bowiem w następstwie cierpienia i dolegliwości przykrzejsze i niebezpieczniejsze dla chorej, aniżeli kalectwo, dla usunięcia którego zostały użyte. Dopiero w pierwszych dziesiątkach bieżącego stulecia pomyślano o operacyjnem leczeniu wypadnięcia macicy i pochwy, i pierwszy Gérardin w 1823 r. probował przyżegać ściany pochwy azotanem srebra, celem wywołania ropienia i blizn zwężających pochwę i w ten sposób usunąć cierpienie na drodze operacyjnej.

Wraz z gruntowniejszem poznaniem przyczyn, powodujących wypadnięcie macicy i pochwy, udoskonalały się metody operacyjne. Nie mam zamiaru wy-

kładać tutaj mechaniki trzew miedniczych i teoryi powstawania wypadnięcia, jako rzeczy znanych i w każdym lepszym podręczniku gynekologii obszernie obrobionych. Zaznaczę tylko, iż najczęstszą przyczyną powodującą w mowie będące cierpienie, jest zwiotczenie ścian pochwy, czy to skutkiem porodów, czy też zaniku starczego, pęknięcie krocza, ogólne rozluźnienie przyczepów otrzewnowych macicy, a także nierzadko niewłaściwe położenie tej ostatniej i jej przerost. Wyleczenie więc wypadnięcia możliwem jest tylko albo przez wzmocnienie rozluźnionych przyczepów otrzewnowych macicy, albo też przez utworzenie narządu podtrzymującego (pochwy i krocza), należycie spełniającego swą czynność. Pierwsze nie daje się uskutecznić na drodze operacyjnej, chyba tylko przez wytworzenie patologicznych zrostów, ze wszystkiemi szkodliwemi następstwami. Zresztą postępowanie podobne dostatecznem byłoby w przypadkach, spowodowanych pierwotnie rozluźnieniem i nadmierną podatnością przyczepów otrzewnowych macicznych; niedostatecznem zaś w przypadkach, powikłanych, jak to zazwyczaj miewa miejsce, pierwotnie lub następczo zwiotczeniem dna miednicy. W tych razach, w najlepszym razie, ustalonoby położenie macicy, lecz zarazem wystąpiłyby wszystkie niepomyślne skutki ciągłej różnicy ciśnienia w miednicy i ciągnienia ścian pochwy. Jeżeli więc przyczepy otrzewnowe narządów miedniczych nie mogą być na drodze operacyjnej wzmocnione, to jednakże wytworzenie prawidłowego, a nawet silniejszego narządu podtrzymującego jest najzupełniej możebnem, przyczem osiągamy jeszcze tę korzyść, że przezeń prawidłowe ciśnienie śródmiednicze przywróconem zostaje. Te parę słów dla zrozumienia stopniowego rozwoju metod operacyjnych.

Operacyje dotychczas znane dokonywane bywają na: *a*) sromie; *b*) na wejściu do pochwy (*introitus vaginae*); *c*) na sromie i kroczu; *d*) na pochwie i *e*) na kroczu, sromie, wejściu do pochwy i pochwie (wzmocnienie całej przegrody pochwo-odbytniczej).

Fricke w r. 1833 wykonał po raz pierwszy zeszycie sromu (*episiorrhaphia*), okrwawiwszy powierzchnie wewnętrzne warg sromnych wielkich w $^1/_3$ części dolnej wraz ze spojeniem tylnem warg i połączywszy je szwem węzełkowym. Sposób ten trwałych rezultatów nie wykazał. Domes, Heyfelder, Schieffer przeprowadzali przez obie wargi sromne jednę lub więcej obrączek metalowych, które wrosłszy, zamykać miały srom; lecz sposób ten pozostał bez skutku.

Mende w 18.4 r. zaproponował, lecz nie wykonał okrwawienia i zeszycia w okolicy strzępów błony dziewiczej (*hymenorrhaphia*), Malgaigne zaś okrwawiał głęboko w wejściu do pochwy (*introitus vaginae*). W ten sam sposób operowali Backer-Brown, Crédé, Dieffenbach, Kiwisch, Küchler, Scanzoni i inni. Operacyje te uważać należy jako ulepszone zeszycie sromu (*episiorrhaphia*), gdyż głównym celem ich jest okrwawienie i zeszycie sromu i powierzchni wewnętrznej wielkich warg.

Inna seryja operacyj miała na celu zapobiedz wypadnięciu macicy albo przez samo zwężenie pochwy (*elythrorrhaphia, colporrhaphia*), albo przez zwężenie pochwy i sprowadzenie przyrostu jej do części otaczających (*colpodesmorrhaphia*)

Gérardin, jak wyżej wspomniano, w 1823 r. pierwszy przez przyżeganie pochwy lapisem, starał się sprowadzić jej zwężenie.

Benjamin Phillips przyżegał pochwę kwasem azotnym dymiącym i sprowadzał znaczne skurczenia bliznowate. W tym samym celu Dieffenbach, Henning, Kénédy, Velpeau wypalali żelazem rozpalonem smugi podłużne na błonie śluzowej pochwy, a Colles przypalał ją na wysokości ust macicznych, wywołując strup okrągły.

Wprowadzone przez Desgranges'a t. z. *„pincement du vagin“* nie znalazło naśladowców. Ujmował on podłużne fałdy ściany pochwy w *serre-fines*, celem wywołania zgorzeli fałdy i następczego bliznowatego zwężenia pochwy; *serre-* tak długo, dopóki same nie odpadły.

Richter zalecił podwiązanie wypadnięcia pochwy, dokonane przez Hedricha, a wskrzeszone przez K. Rokitansky'ego, który je wykonał w 8-iu przypadkach, posługując się do podwiązania rurką (podwiązką) gumową. Zdaniem jednakże tego ostatniego, sposób ten nie może wytrzymać porównania *fines* leżały z dziś praktykowanemi metodami operacyjnemi.

Colpodesmorrhaphia Bellini'ego i Blasius'a polega na przeprowadzeniu pod błoną śluzową pochwy szwów księżycowatych i silnem związaniu ich. Tkanka w ten sposób szwami ujęta ulega zgorzeli, odpada, a blizna powstała w ten sposób zwęża pochwę, a zarazem, z powodu głębokiego ropienia, sprowadza zrost jej z tkankami otaczającemi.

Wyniki powyżej podanych sposobów operacyjnych wogóle nie były zachęcające; widocznem jest, że wiele z tych metod nie jest wstanie zapewnić trwałego wyleczenia.

W 1825 r. Marshall Hall pierwszy zaproponował wycięcie płata owalnego z przedniej ściany pochwy i połączenie brzegów tak powstałej rany szwem krwawym. Zweland, Henning, Velpeau, Dieffenbach, Backer-Brown wykonywali tę operacyję. Marion Sims w 1856 r. wznowił ją w zastosowaniu również do ściany przedniej i zaleca ją wraz z Emmet'em, jako operacyję bardzo korzystną.

Sims z początku wycinał płat owalny z przedniej ściany pochwy, następnie nadawał okrwawieniu postać litery V., w końcu zaś kielni mularskiej. Emmet w miejsce kielni mularskiej wycinał zupełny trójkąt. Sims pierwszy zakładał szwy z srebrnego drutu.

Spiegelberg w 1872 r. podał t. z. „środkowe zawieszenie przedniej ściany pochwy na tylnej“ (*mediane Aufhängung der vorderen Scheidenwand an die hintere*), które dokonywał przy innej operacyi (*colpoperineorrhaphia*), celem wzmocnienia podpory dla przepukliny pęcherzowej (*cystocele*). Zeszywał on przytem środkową i dolną część przedniej ściany pochwy z środkową i górną częścią tylnej ściany [1]).

---

[1]) Wszystkie dane historyczne czerpałem z dzieł następujących: Hegar-Kaltenbach, Operative Gynäkologie 1881.— Fritsch. Die Lageveränderungen der Gebärmutter. 1881 w Handbuch der Frauenkrankheiten Billroth'a.— Beigel. Die Krankheiten des weiblichen Geschlechtes. 1874.

Gérardin w 1823 r. podał myśl usunięcia wypadnięcia macicy za pomocą zeszycia na pewnej przestrzeni, po poprzednim okrwawieniu, przedniej ściany pochwy z tylną i utworzenie w ten sposób w pochwie przegrody przedniotylnej, niedozwalającej wypadnięcia.

Myśl rzuconą przez Gérardin'a podjął dr. Ludwik Adolf Neugebauer, lekarz warszawski; okrwawienie ścian (przedniej i tylnej) przeniósł on na 2½—4 ctm. powyżej wejścia do pochwy i nie rozszerza go na ściany boczne. Tym sposobem powstaje, po zeszyciu drutem okrwawień, rodzaj przegrody, a raczej mostu przedniotylnego w środku pochwy, zadaniem którego ma być zapobiegnięcie wypadnięciu macicy. Operacyja ta, nazwana przez dr. Neugebauera: „środkowem częściowem zeszyciem pochwy, *elythrorrhaphia partialis mediana*", pierwszy raz dokonaną została przezeń w Warszawie w d. 29 Października 1867 r. [1]), i od tego czasu wykonaną była przez autora 23 razy, przez innych operatorów 57 razy, razem 80 razy. Jak autor zapewnia, zupełne wyzdrowienie otrzymano w 63 przypadkach [2]). Rozmaici gynekologowie różne o niej wypowiadają zdanie; tak np. Schroeder [3]) utrzymuje, iż zaleca się ona u starych kobiet z bardzo zwiotczałą pochwą, J. Veit [4]) zaś i A. Martin [5]) uważają ją za właściwą w tych tylko razach, w których inne metody operacyjne (o których poniżej mówić będę) zawiodły, gdyż wytwarza ona stosunki nieprawidłowe, łącząc z sobą części fizyjologicznie do siebie nie należące i gwałci naturę.

Le Fort w Paryżu w 1877 r. podał operacyję tę za swoję i pod jego nazwiskiem, z ujmą dla naszego zasłużonego rodaka, operacyja ta podawaną jest w podręcznikach gynekologicznych.

Winckel dokonywa operacyi zwężenia pochwy w 3-ej średniej jej części, przez wycięcie kolistego płata mającego kilka centymetrów szerokości, z tylnej i bocznych ścian pochwy, i zeszycie brzegów rany. W ten sposób tworzy się rodzaj przegrody kolistej zwężającej światło pochwy do grubości palca. Martin [6]) nie zachwala tej metody operacyjnej, jako niedającej trwałych rezultatów.

Simon wywołał przewrót zupełny w postępowaniu operacyjnem przy wypadnięciu macicy. Podana przez niego metoda operacyjna ma na celu zwężenie pochwy, a zarazem utworzenie podpory dla opuszczającej się macicy. Postępował on w ten sposób, iż uskuteczniał *elythrorrhaphiam anteriorem*, następnie okrwawiał ścianę tylną, część bocznych i wejście do pochwy i zaszywał brzegi tak powstałej rany. Okrwawienie Simon'a ma postać pięciokąta, wysokiego na 5—6 ctm. i na tyleż szerokiego, wzdłuż spojenia tylnego warg sromnych; szwy Simon zakłada jedwabne.

---

[1]) Pamiętnik Tow. Lekarsk. Warsz 1868. str. 227.

[2]) Pamiętnik Tow. Lekarsk. Warsz. 1880. str. 269 i Gazeta Lekarska. 1884. str. 76.

[3]) Schroeder. Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane. 1884. str. 206.

[4]) Verhandlungen der Gesell. der Geburtshilfe u. Gynäkologie zu Berlin w Zeitschrift für Geburtshilfe et Gynäk. T. 10. str. 163.

[5]) Martin. Pathologie u. Therapie der Frauenkrankheiten. 1885. str. 115—117.

[6]) L. c. str. 115.

Metoda operacyjna Simon'a (*colporrhaphia posterior*) dała wyniki, które zwróciły nań ogólną uwagę; dalszy rozwój w tym kierunku zawdzięczamy Hegar'owi, który utworzenie niepodatnego dna miednicy uważa za pierwszy i konieczny warunek usunięcia wypadnięcia macicy.

Hegar również dokonywa *elythrorrhaphiam anteriorem* dla usunięcia przepukliny pęcherzowej, a następnie przystępuje do przekształcenia ściany tylnej pochwy i krocza; przy czem chce nietylko utworzyć podporę, na której ma spoczywać macica, ale przez ciągnięcie wszystkich tkanek dna miednicy do linii środkowej, nadać jędrność dnu miednicy i wytworzyć tak mocną bliznę, aby na niej macica jakby zawisła i znalazła przeszkodę w opuszczaniu się. W tym celu okrwawienie sięga aż do części pochwowej i przedstawia trójkąt, który w górnej połowie zajmuje tylko tylną ścianę, w dolnej zaś rozprzestrzenia się na ściany boczne i w ten sposób doprowadzony jest na zewnątrz, obejmując ostatecznie dolną część powierzchni wewnętrznych i spojenie tylne warg sromnych większych. Im wypadnięcie jest większe, tem wyższym i szerszym powinien być trójkąt okrwawienia; w lżejszych przypadkach, wysokość na 7 ctm., a szerokość podstawy na 6—7 ctm. jest dostateczną. Dla wielkich wypadnięć, wysokość trójkąta i szerokość podstawy jego muszą być o 1—2 ctm. większe.

Według Hegar'a [1]) operacyją główną dla usunięcia wypadnięcia macicy jest zwężenie światła pochwy i zaciśnienie wejścia do niej, co się uskutecznia za pomocą powyżej opisanej jego operacyi (*colpoperineorrhaphia*). Jako operacyje pomocnicze uważa on odcięcie części pochwowej (*amputatio portionis vaginalis*) w razie przerostu jej kolistego lub wydłużenia, i wycięcie częściowe przedniej ściany pochwy [*elythrorrhaphia anterior s. resectio vaginae partialis* [2])], przy wypadnięciu ściany przedniej i przepuklinie pęcherzowej.

Martin i Bischoff zmodyfikowali jeszcze metodę Hegar'a. Lecz operacyja Martin'a dokonywaną jest tylko przez jej autora i dotychczas naśladowców nie znalazła; Bischoff'a zaś (*colpoperineoplastika*) jest to właściwie zmodyfikowana *episiorrhaphia* i ponieważ wogóle jest operacyją zmudną i trudniejszą niż Hegar'a, a przytem wymagającą okaleczenia chorej na zbyt wielkiej przestrzeni, przyczem często znaczne krwawienie ma miejsce, przeto nie znalazła uznania i nie upowszechniła się. Kol. Ehrlich asystował przy jej wykonaniu w Wiedniu u K. Rokitansky'ego i opisał ją [3]).

Uzupełniając metody operacyjne, wynajdywane dla uleczenia wypadnięcia macicy, zaznaczyć mi wypada operacyję, mającą na celu wzmocnienie rozluźnionych przyczepów otrzewnowych macicy, podaną w 1884 r. i wykonaną po raz pierwszy przez W. Alexandra. Polega ona na skróceniu obu więzów obłych macicy i przytwierdzeniu ich za pomocą szwów do skóry zewnętrznej, pokrywającej kanał pachwinowy. Operacyja ta, znana pod nazwą operacyi Alexandra-Adams'a, z początku dokonywaną była dla wyprostowania macicy przy tyłozgięciu i tyłopochyleniu, następnie zaś zastosowaną i przy wypadnięciu.

[1]) Hegar et Kaltenbach, l. c. str. 687.

[2]) Fritsch. Partielle Scheidenresection als Scheiden-prolaps-operation. Centrbl. f. Gynäk. 1881. str. 425.

[3]) Medycyna 1879 str. 150.

Wiliam Gardener z Glasgowa [1]) opisał 9 przypadków tej operacyi, z której 5 wykonał przy tyłozgięciu a 4 przy wypadnięciu macicy. Z tych ostatnich, w jednym skutek był niezupełny, jakkolwiek przed operacyją Alexandra dokonaną była *perineorrhaphia*; druga chora wyszła uzdrowioną, lecz podobnie jak pierwsza używać musi wianka macicznego. U trzeciej i czwartej chorej, po dokonanem już skróceniu więzów obłych, uskutecznioną została *colpoperineorrhaphia* i te dwie chore wyszły zupełnie uleczone. Zachodzi więc pytanie: czy chore te uleczone zostały przez operacyję Alexandra, czy też przez *colpoperineorrhaphiam?* Odpowiada na to sam Gardener, który za najodpowiedniejsze do operacyi Alexandra uważa przypadki tyłozgięcia macicy z opadnięciem jednego lub obu jajników, przy stwierdzonej jednakże najzupełniejszej ruchomości macicy; w przyszłości zaś leczyć będzie za pomocą tej operacyi wypadnięcie macicy wtedy, gdy dotychczas używane metody operacyjne, na kroczu i pochwie dokonywane, okażą się w danym przypadku nieskutecznemi [2]). James Aallan [3]) utrzymuje, na zasadzie prób uskutecznionych na trupach, że operacyja Alexandra niemożliwą jest do dokonania, jeżeli więzy obłe są albo zbyt cienkie, albo za mocno utwierdzone, albo za kruche, lub też gdy uległy przeistoczeniu tłuszczowemu, jak to miewa miejsce u starych kobiet. Sam zaś Alexander [4]) sądzi, iż więcej od operacyi jego wymaga się, aniżeli ona może dokazać. Poprawia ona tylko położenie macicy, inne zaś chorobowe stany powinny być osobno leczone. Przepukliny pęcherza operacyja ta nie usuwa [5]).

Ordynując od lat kilkunastu w oddziale gynekologicznym przy tutejszym szpitalu starozakonnych, starałem się w ostatnich czasach, tak często zdarzające się wypadnięcia macicy i pochwy leczyć na drodze operacyjnej. Kol. Zweigbaum opisał [6]) łaskawie sposób w jaki operuję; nie uważam więc za potrzebne powtarzać tego. Dodać tylko muszę, iż *colpoperineorrhaphiam* Hegar'a, wykonywam sposobem nieco odmiennym. Nie wykrawam bowiem nożem płata trójkątnego, lecz ująwszy pod samą częścią pochwową, w środku ściany tylnej, fałdę podłużną, zakładam ją w zaciskadło, które mocno zamykam; następnie pod zaciskadłem, w odległości ½—1 ctm. odeń, podprowadzam odpowiednią liczbę szwów i w końcu odcinam ujętą fałdę nożykiem pod samem zaciskadłem. Po związaniu szwów przystępuję do *perineauxesis*, a właściwie do *colporrhaphii* w dolnej części ściany tylnej i *perineorrhaphii*. Okrwawiam z pomocą noża, poczynając od ostatniego związanego szwu; obnażenie błony śluzowej zajmuje dolną część ściany tylnej pochwy, część ścian bocznych, dolną prawie połowę powierzchni wewnętrznych i spojenie tylne warg sromnych. Po wygładzeniu powstałej ztąd rany nożyczkami i wyrównaniu brzegów, wrazie zna-

---

[1]) Referat w Centralblatt für Gynäkologie. 1885. Nr. 7. str. 111.

[2] i [3]) Referat w Centralblatt für Gynäk. 1885. str. 112. Nr. 7.

[4]) Referat w Centr. für Gynäk. 1885. Nr. 19. str. 302.

[5]) O ile mi wiadomo operacyi tej dokonał w Warszawie dwa razy kol. Matlakowski i 1 raz kol. Kruszewski.

[6]) M. Zweigbaum. Wypadnięcie pochwy z opadnięciem macicy i t. d.. Gaz. Lek. 1884. Nr. 39. str. 739.

cznej szerokości i głębokości części, mających być z sobą złączonemi, dla zmniejszenia napięcia, nakładam piętrowo szwy zagubione (*sutures perdues*) z katgutu; następnie błonę śluzową na brzegach rany w pochwie łączę szwami powierzchownemi węzełkowemi, skórę zaś krocza i samo krocze półkolistemi szwami głębokiemi, wkłutemi na 1—1½ ctm. z obu stron krocza.

Sposobu tego używam z dwóch powodów: 1) krwawienie, bardzo niekiedy znaczne przy wycinaniu płata z ściany tylnej pochwy, przy użyciu mojego sposobu ogranicza się prawie do zera. Po odcięciu bowiem fałdy z ściany pochwy, strzykające tętnice ujmuję w kleszczyki P é a n'a, a po zawiązaniu szwów, co trwa tylko parę minut, sam ucisk tamuje krwawienie; 2) czas trwania operacyi znakomicie się skróca: gdy, jak niektórzy autorowie oznaczają czas trwania najmozolniejszej operacyi B i s h o f f a na 1—1½ godziny [1]), a nawet jak N e u g e b a u e r, dla najmniej trudnej do wykonania *colporrhaphii* S i m o n'a podaje na 2—3 godziny [2]), to w sposób przezemnie podany uskuteczniona *calpoperineorrhaphia* nie trwa nigdy dłużej jak godzinę.

Do szwów używam kordonku jedwabnego, wygotowanego w 10% roztworze kwasu karbolowego i następnie przechowywanego w 1‰ rozczynie sublimatu w alkoholu. Całej zaś operacyi dokonywam przy ciągłej irrygacyi wodą letnią.

Leczenie pooperacyjne zasadza się, po przemyciu pochwy 3% roztworem kwasu karbolowego, na zasypaniu jej proszkiem jodoformowym, lub też wprowadzeniu do pochwy małego paska gazy jodoformowej i spokojnem leżeniu operowanej z związanemi nogami. Przestrzykiwań pochwy żadnych nie robię. Między 5-m a 7-m dniem zdejmuję szwy z krocza, z pochwy zaś po upływie 8-ej doby, a to tylko o tyle, o ile do nich dojść mogę. Przy jednocześnie dokonanych: odcięciu części pochwowej macicy, *elythrorrhaphii* przedniej i *colpoperineorrhaphii*, ostatnie szwy zdejmuję w 3-m a nawet w 4-m tygodniu, przyczem zauważyłem, że przy dłuższem pozostawaniu szwów jedwabnych, jak powyżej przygotowanych, ropienia żadnego nie ma, bywa zaś ono nieznacznem przy samodzielnem przecięciu się szwów.

Do zaciskania fałdy używam osobnego narzędzia mego pomysłu, przez kolegę Z w e i g b a u m'a [3]) łaskawie opisanego, zamiast pincetty S i m s'a, niewłaściwie hegarowską [4]) zwanej, która jest zbyt lekką i za bardzo sprężystą.

W ten sposób, od 1881 r. do dnia dzisiejszego (1 Paźdz. 1885 r.) operowałem 42 wypadnięć macicy i pochwy z których 41 w szpitalu a 1 w praktyce prywatnej. Stosownie do większego lub mniejszego wypadnięcia i rodzaju części wypadłych wykonałem:

---

[1]) R o k i t a n s k y. Die Operative Behandlung das Scheidengebärmuther-Vorfalles. Wien. 1879, str. 274.

[2]) Pam. Tow. Lek. Warsz. str. 274.

[3]) Z w e i g b a u m, l. c. str. 4.

[4]) W drobnostkach nawet Niemcy gwałtem usiłują zachować hegemoniję. S i m s w 1856 dokonał zapomocą pincety swego pomysłu pierwszy raz elitrorafiję przednią i sposób użycia jej podał w swem dziele na rysunku; w 1865 r. H e g a r przywłaszczył ją sobie i podał za swoją p. n. „Grosse Pincette zur Haemostasie". F r i t s c h przyznaje własność pincetty S i m s'o w i w Centrbl. für Gynäk. 1881. str. 427.

	Od 1. X. 1881 do 1. X. 1884 [1]).	Od 1. X. 1884 do 1. X. 1885.	Razem.
1) *Colpoperineorrhaphia c. elythrorrhaphia anter.* (*Resectio vaginae part. anterior.*). . . .	4	9	13
2) *Colpoperineorrhaphia*	1	1	2
3) *Elythrorrhaphia* (*Resectio vaginae*) *anterior et posterior*	11	1	12
4) *Elythrorrhaphia anterior* (*Resectio vaginae anterior*)	11	3	14
5) *Elythrorrhaphia posterior* (*Resectio vaginae posterior*)	1	—	1
Razem	28	14	42

W liczbie 9-iu operacyj pod 1-o wyszczególnionych, w roku ubiegłym uskutecznionych, znajduje się jedna dokonana przez kol. Z w e i g b a u m'a, który poprzednio również kilka operacyj wypadnięcia macicy, w zastępstwie mojem, robił.

W pięciu przypadkach wykonałem amputacyję części pochwowej macicy, jako operacyję pomocniczą.

Rezultat tych operacyj był następujący: wszystkie chore u których uskutecznioną była którakolwiek z trzech pierwszych operacyj, zostały bez wyjątku z kalectwa swego uzdrowione, co u niektórych po upływie 2-ch i 3-ch lat stwierdzić byłem w możności.

U niektórych chorych, u których jako operacyję pomocniczą dokonałem najpierw *elythrorrhaphiam anteriorem*, a które nie zgodziły się na następną *colpoperineorrhaphiam*, cierpienie wróciło po krótszym lub dłuższym przeciągu czasu. Jedną z tych chorych jest Katarzyna Ziółkowska, służąca, 45 lat licząca, operowana w kwietniu r. b. (*elythrorrhaphia anterior*), a która niechcąc się zgodzić na *colpoperineorrhaphiam*, na własne żądanie w Maju wypisaną została. W Sierpniu przybyła do ambulatoryum szpitalnego, opowiadając, iż dopóki nie podjęła się ciężkiej pracy, wypadnięcie nie miało miejsce; nastąpiło zaś po podniesieniu ciężaru. Na zaproponowaną jej ponownie operacyję przystać nie chciała i od tego czasu więcej jej nie widziałem. Podobnych przypadków pamiętam dwa

Dwie operowane umarły: jedna (*elythrorrhaphia anterior*) 17-go dnia po operacyi, a 11-go dnia tyfusu wysypkowego, którym się w szpitalu zaraziła; druga w roku bieżącym (również *elythrorrhaphia anterior*) 9-go dnia po operacyi, a 3-go po ulegnięciu ostremu nieżytowi żołądka i kiszek (*gastroenteritis acuta*).

Wyniki, jakie otrzymałem lecząc wypadnięcia macicy i pochwy metodami operacyjnemi obecnie używanemi (H e g a r'a i S i m o n'a), i, o ile się zdaje, w tym celu u nas dotychczas niestosowanemi, skłoniły mnie do napisania powyższego, z zamiarem zachęcenia kolegów, do porzucenia dotąd praktykującego się u nas leczenia tej ułomności za pomocą wianków i unośników macicznych, a nawet, jak o tem miałem sposobność niedawno się przekonać, za pomocą tamponów z waty, podtrzymywanych opaską śródkroczową. Leczenie podobne więcej szkody niż

---

[1]) Przypadków 27 do d. 1 Października 1884 r. przytoczonych było w artykule Z w e i g b a u m'a w Gaz. Lek. 1884. Nr. 39. Tutaj dodany jest jeden przypadek *elythrorrhaphiae anterioris* w praktyce mej prywatnej w r. 1884 uskuteczniony.

pożytku chorym przynosi i w dziwnem świetle wystawia nas w oczach gynekologów zagranicznych, do których w końcu nawet mniej zamożne chore się udają, szukając ratunku na wstrętne swe kalectwo, nierzadko zatruwające im życie i pożycie małżeńskie. I gdy wianki i unośniki maciczne, zastosowywane u nich przez specyjalistów i niespecyjalistów, nie odniosły żadnego skutku, chore te, uzdrowione na drodze operacyjnej, wracają po kilkotygodniowym pobycie za granicą, z przekonaniem, które przy każdej nadarzonej sposobności głoszą, że tylko zagraniczni lekarze operować i uleczyć potrafią.

Kolegom, którzyby życzyli obznajmić się dokładnie z metodami operacyjnemi, polecam dzieła wymienione w dopiskach: pierwszym, czwartym i szóstym.

II. NERWICE ZWROTNE
WYWOŁANE CIERPIENIEM JAM NOSOWYCH
(Aphonia spastica. Laryngospasmus. Dyspnoea spastica).

Skreślił

D-r T. Hering,

ordynator szpitala Ś-go Rocha.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 51).

Możliwe tu jest jednak i inne tłómaczenie podane przez S c h e c h'a [1]), mianowicie wpływ przeładowania krwi kwasem węglanym, a ztąd podrażnienie rdzenia przedłużonego. Za tem przemawia ta okoliczność, że chorzy u których oddechanie nosem zupełnie jest niemożliwe, którzy zatem stale oddechają przez usta, nie cierpią prawie nigdy na duszność. Natomiast często takowa pojawia się wtedy, gdy oddech nosem jest utrudniony, gdy więc przy zamkniętych podczas snu ustach, zamało tlenu z powietrzem dostaje się do płuc.

Do mechanicznych przyczyn drażniących i wywołujących duszność musimy również odnieść obecność w powietrzu pyłu, kurzu lub podrażnienie nerwu węchowego pewnemi drażniącemi środkami, jak np. proszek ipeki. Częste pojawianie się duszności u młynarzy, garbarzy, tapicerów, drogistów, potwierdza to przypuszczenie. Nie należy zapominać, że podrażnienie nerwu trójdzielnego może mieć swój punkt wyjścia i z jamy noso-gardzielowej, zaopatrzonej w gałązki nerwu trójdzielnego.

Na tę okoliczność S c h a e f f e r [2]) zwracał już dawniej uwagę, bo w 1879 r. i doszedł do wniosków, których słuszność wielokrotnie już została potwierdzoną.

Jedno pytanie nasuwa się w tem miejscu, wymagające uwzględnienia, a mianowicie, czy brak dodatniego wyniku leczenia stanowczo dowodzi, że sprawa, o której mowa, nie była zależną od cierpienia nosa, czy wyklucza więc naturę jej zwrotną. Odpowiedzi zadawalniającej na tę kwestyję dziś jeszcze podać nie można, a to dla następujących względów.

---

[1]) Die sogenannten Reflexneurosen und ihre Beziehungen zu den Krankheiten der Nase und des Rachens.

[2]) Asthma und seine Behandlung. Deutsche med. Wochensch. Nr. 32 i 33. 1879.

Hack opierając się na swej teoryi, że obrzmienia muszel dolnych lub średnich, jako takie wystarczają do wyzwalania nerwic zwrotnych, radził muszle te niszczyć doszczętnie, a brak wyniku dodatniego, czasem napotykany, tłómaczył albo niedostatecznem zniszczeniem ciał jamistych, albo odrodzeniem się takowych.

Okazało się jednak, że w niektórych przypadkach, pomimo zupełnego zniszczenia muszel z obu stron nosa i zamienienia ich niemal w blizny, napady duszności nie ustawały, chociaż osłabły. Jeden taki przypadek niedawno widziałem wspólnie z prof. Chałubińskim i w krótkości takowy streszczam.

Przypadek 7. P. Tytus S. (z Moskwy) lat 37 liczący, cierpi na duszność od 10 lat. Napady od 3 lat przychodzą regularnie raz na tydzień, a mianowicie w Niedzielę wieczór i zaczynają się zatkaniem nosa, kichaniem i obfitym wodnistym wyciekiem z nosa. Przy próbach wycierania nosa duszność zawsze się powiększała, prawdopodobnie z powodu zastoju, a więc chwilowo powiększonego ucisku muszel na *septum*). W Sierpniu tego roku, zniszczono mu żegadłem w 6 posiedzeniach obrzękłe muszle dolne i średnie z obu stron, prawie doszczętnie. Pozostały tylko niewielkie wałki, nieczułe na dotykanie zgłębnikiem. Przez kilka miesięcy duszność ustała, teraz znów napady się pojawiły, lecz w mniejszym stopniu. Badanie przegrody wykazało istnienie od tyłu, na wysokości odpowiadającej muszli średniej, jednego miejsca wyniosłego, wzgórkowatego, nieco obrzmiałego, nadzwyczaj czułego na dotyk, przyczem natychmiast pojawił się kaszel, kichanie i łzawienie. Miejsce to prawdopodobnie odpowiadało punktowi ucisku, który średnia muszla mogła sprowadzić i zkąd pomimo zniszczenia muszli, duszność prawdopodobnie brała swój początek. Z powodu wyjazdu chorego, przypalenie miejsca obrzmiałego ma być dokonanem w Moskwie i prawdopodobnie wpływ dodatni na chorobę wywrze.

Opisany tu przypadek jest dowodem, że nietylko muszle, ale i patologicznie zmienione punkty przegrody mogą wpływać na powstawanie duszności. Punkty takie niezawsze dadzą się wykryć, niezawsze dadzą się usunąć. Jeżeli nadczułe miejsce zniszczymy żegadłem lub kwasem chromnym i wywołamy bliznę, a więc błonę śluzową w ten sposób uczynimy mniej wrażliwą, cel leczenia będzie osiągnięty.

Wpływ leczniczy niekoniecznie musi być zależnym od zupełnego zniszczenia zakończeń nerwowych; samo zniszczenie lub zgrubienie nabłonka może wystarczyć do uzyskania poprawy lub wyleczenia. Z tych względów wynika, że doszczętne niszczenie ciał jamistych muszel w każdym przypadku, jest rzeczą zbyteczną, czasem szkodliwą, niekiedy niebezpieczną. Pomijam już względy natury fizyjologicznej, t. j. usunięcie narządów, które z jednej strony służą do ogrzewania powietrza wprowadzonego do płuc, z drugiej grają rolę przyrządu chroniącego od zbyt nagłych zmian temperatury, dostawania się do narządów oddechania cząstek pyłu i kurzu, wreszcie ważne są dla regulowania krążenia w nosie. Mam tu na myśli owo nadużycie w ogólności galwanokaustyki w rinoterapii, rozwielmożnione w ostatnich czasach do przesady, na co już dawniej zwracałem uwagę, ogłaszając wyniki ujemne, jakie rzadko wprawdzie, ale niewątpliwie zdarzać się mogą. Na zjeździe międzynarodowym odbytym w Kopenhadze w 1884, komunikowałem kilka odnośnych spostrzeżeń, a mianowicie możebność przetok w muszlach, obnażenia okostnej, długotrwałe nieraz ropienia, lub powikłania z zapaleniem ucha średniego. Uwagi moje w ostatnich dopiero czasach zostały potwierdzone spostrzeżeniami innych lekarzy.

Schaeffer (l. c.) opisuje złuszczenie się błony śluzowej nosa, które trwa już kilka lat, od chwili przyżegania galwanokauterem, wspomina też o powstawaniu zapaleń ucha średniego. Spostrzegał on u niektórych chorych po użyciu galwanokaustyki w nosie, utratę węchu, różycowe zapalenie skóry twarzy, połączone z gorączką, silne krwotoki, przedłużenie się ropienia, zrosty muszel z przegrodą. Ziem, mówiąc o związku chorób z cierpieniem jam nosowych, podaje, że widział często powstawanie krwotoków po przyżeganiu galwanokauterem. Powiada on odnośnie do metody Hack'a [1]): „Zdarzało mi się po przypaleniach widzieć obfite krwotoki, lecz bardzo rzadko, a właściwie nigdy radykalne wyleczenie. Należy postarać się o usunięcie przyczyn obrzmienia muszel, a leczenie chirurgiczne jeżeli nie zupełnie okaże się zbytecznem, to w każdym razie będzie ono skuteczniejsze niż metoda usuwania lub zupełnego niszczenia ciał jamistych muszel. Tak samo jak w przypadkach priapizmu, nikomu na myśl nie przyjdzie odejmować prącie, chyba, że należy do pewnej fanatycznej znanej wszystkim sekty, tak też przy obrzmieniu, czy też naprężaniu się muszel, należy starać się o usunięcie momentów wywołujących drażnienie".

Tenże autor w innem miejscu wspomina o bredzeniu lub przechodnim obłędzie po operacyjach galwanokaustycznych dokonanych w nosie [2]).

Küpper ogłosił dwa przypadki poronienia (*abortus*) po operacyjach galwanokaustycznych, wzgląd o którym zapomnieć się nie godzi, tembardziej, że w bardzo wielu razach cel osiągniętym zostaje bez użycia galwanokaustycznego żegadła. Leczenie przewlekłego nieżytu przerostowego zapomocą kwasu chromnego, podaną przezemnie metodą, zyskało dużo zwolenników. Zalety tej metody potwierdzili dotąd i ogłosili: Rethi [3]), Fontanilles [4]), Baumgarten [5]), Bobone [6]) i Bresgen [7]), który ją zmodyfikował, lecz nie ulepszył. Schaeffer [8]) wyraża się, mówiąc o leczeniu nieżytu nosa przerostowego powikłanego nerwicami zwrotnemi, w następujący sposób o kwasie chromnym:

---

[1]) Ziem. Allg. med. Central-Zeitung. Nr. 70. 1885 powiada: „Es traten hiernach profuse Blutungen ein, aber nur selten, oder vielmehr niemals dauernde Heilungen. Man beseitige die Ursache der Schwellung, so wird die sogenannte chirurgische Behandlung derselben, wenn nicht ganz und gar überflüssig, so doch jedenfalls erfolgreicher, radicaler sein, als es der Fall ist, wenn man die Schwellkörper auszuschalten, oder zu exstirpiren sich bemüht. Ebenso wie man bei Priapismus das schwellungserregende Moment aufzusuchen und zu beseitigen hat, und die Exstirpation des Penis nur dann vornehmen wird, wenn man jener bekannten fanatischen Secte angehört, so muss mann auch bei Erection der Nasenschwell-Körper die bedingenden Reizmomente zu beseitigen suchen".

[2]) Delirium u. vorübergehendes Irrsein nach Operationen in der Nase. Monats. f. Ohrenheilkunde. Nr. 9. 1885. ect..

[3]) Rethi. Wiener med. Presse. Nr. 14, 16, 18. 1885.
Schiffers. Revue mensuelle de Laryngolog. 1885.

[4]) Foutanilles. Revue mens. de Laryngol. Nr. 9. 1885.

[5]) Baumgarten. Monats f. Ohrenheil. Nr. 11. 1885.

[6]) Bobone. Bolletino delle Malatie delli Orechio. ect. Nr. 6. 1885.

[7]) Bresgen. Revue mens. de Laryngol. Nr. 10. 1885.

[8]) Schaeffer. Chirurg. Erfahrungen in der Rhyno u. Laryngologie. 1885. str. 16. „Allerdings habe ich seit 1½ Jahren mit bestem Erfolge die von Hering empfohlene Chromsäure, angeschmolzen an einen Metall oder Glasstab, häufig angewandt und sind dadurch meine Operationen mit der Galwanokaustik seltener geworden".

„Od 1½ roku posługuję się z najlepszym skutkiem zalecanym przez Heringa kwasem chromnym, natopionym na srebrne pręty lub bagietki i rzadziej odtąd potrzebuję uciekać się do galwanokauteru“.

Leczenie powinno być z początku oględne, tembardziej, że chorzy tacy, zwykle bardzo drażliwi, bólu nie znoszą.

Roztwór kokainy, stosowany na miejsca stykające się z sobą np. muszle i przegrodę, wywołuje zwykle zblednięcie i zmniejszenie obrzmienia, a co zatem idzie chwilowe ustąpienie nerwic zwrotnych. Środek ten ma więc poniekąd znaczenie rozpoznawcze.

Przyżeganie kwasem chromnym w przypadkach lżejszych zupełnie wystarcza. Zwykle 3—4 przyżegania znoszą obrzmienie muszel i przerost usuwają. Gdy środek ten okaże się niedostatecznym, można, po przekonaniu się o związku nerwicy z cierpieniem nosa, uciec się do przypalenia żegadłem galwanokaustycznem przerosłych części muszel. Muszla średnia gorzej znosi żegadło niż dolna, o czem pamiętać zawsze należy. Polipowo zwyrodniałe końce muszel odjąć należy pętlicą galwanokaustyczną, wystrzegając się jednak rozpalenia drutu więcej jak do czerwoności. Drut należy zaciskać powoli, szczególniej gdy zbliżamy się do końca operacyi. Roztwór 20% kokainy ból przy tej operacyi prawie w zupełności znosi. Niszczenie doszczętne żegadłem tkanki jamistej muszel na całej przestrzeni uważam za zbyteczne, nieraz dla chorego w skutkach szkodliwe, często niczem nieusprawiedliwione.

Jeżeli za pomocą przyżegań kwasem chromnym lub żegadłem nie można znieść przylegania muszli średniej do przegrody, a mamy silne przekonanie, poparte badaniem za pomocą zgłębnika, że te właśnie miejsca są siedliskiem zmian wywołujących nerwice zwrotne, można za pomocą kleszczy kostnych Mackenzi'ego muszle przerosłe częściowo lub w całości usunąć. Operacyja ta wymaga pewnej wprawy i ostrożności z powodu możliwości krwotoków.

Wyrośle kostne przegrody najlepiej jest usunąć stalowem dłutkiem, po poprzedniem znieczuleniu ich kokainą.

Wszelkie operacyjne czynności powinny być wykonane ze zgodą chorego, po wykazaniu mu ich potrzeby i zastrzeżeniu sobie zawsze możności wyniku ujemnego. Chory po operacyi powinien przynajmniej 4 dni pozostać w domu, nos należy przemywać dopiero w 24 godzin po przyżeganiu, roztworem letnim kwasu bornego lub boraksu.

Strupy po przyżeganiu trzeba po kilku dniach usunąć pincetem lub zgłębnikiem, miejsca przylegające do siebie oddzielić watą lub blaszką kości słoniowej, nozdrza wysmarować waseliną, zarówno jak i wargę górną, gdyż wydzielina jest drażniąca. Zaniechanie tych ostrożności, a głównie oddalenia od siebie części przypalonych może sprowadzić zrośnięcie się muszel z przegrodą, bardzo przykre w następstwa. Również pamiętać należy o możności przyłączenia się róży przyrannej, szczególniej po silnem użyciu żegadła w pobliżu skóry nosa.

Dopóki strumień wody nie przechodzi przez nos z zupełną swobodą, nie należy pozwolić, aby chorzy sami sobie nos przemywali, gdyż łatwo sprowadzić sobie mogą zapalenie ucha wewnętrznego.

Wszelkie zasypywania do nosa, po przypaleniu żegadłem, jodoformu lub kwasu bornego w proszku, nie mają celu, drażnią błonę śluzową, wywołują tworzenie się

strupów i powiększają wydzielinę. Gdy strupy mocno przylegają, nie należy ich odrywać bez odwilżenia lub posmarowania waseliną.

Ogólny spokój, dyjeta, zabronienie mocnego wycierania nosa, palenia cygar, czystość powietrza przyspieszają zagojenie i nie powinny być zaniedbywane.

Pogląd mój na tę wielce interesującą kwestyję streścić mogę w następujących zdaniach:

1) Istnieje związek przyczynowy pomiędzy całym szeregiem zaburzeń nerwowych zwrotnych a cierpieniami nosa. Wykazanie tego związku jest niespożytą zasługą H a c k'a.

2) Zależność tych stanów dotąd stwierdzić mogłem w następujących przypadłościach: duszność, migrena, zawroty głowy, nerwoból nadoczodołowy, kaszel krtaniowy, kichawica, kurcz krtani fonacyjny i oddechowy (*aphonia et dyspnoea hysterica*).

3) Z zaburzeń troficznych wywołanych cierpieniami nosa, spostrzegałem: czerwoność ograniczoną nosa i policzków, obrzęki powiek, obrzmienie stawu napięstkowego.

4) *Rhynitis chronica hypertrophica* może być przyczyną *aphoniae spasticae*, może zarówno jak obecność małych polipów wywołać kurcz głośni lub napady duszności, wreszcie t. z. *dyspnoeam spasticam.*

5) To samo wywołuje kolbiaste obrzmienie lub torbiel muszli średniej, wyrośle kostne przegrody nosowej lub zrosty muszel z przegrodą, wreszcie każdy ucisk dłużej trwający pomiędzy przegrodą nosa a muszlami (*Druckneurose*). Dotyczy to zarówno muszli średniej jak i dolnej, bez względu na rozległość miejsca uciskanego lub konsystencyję ciała uciskającego. Polip śluzowy nosa, gdy wklinuje się pomiędzy przegrodę i muszlę, wywoła tak samo nerwice zwrotne np. kurcz krtani, jak *exostosis septi* wywoła napady kichawicy, gdy wciśnie się w obrzmiałą chwilowo lub stale muszlę dolną nosa.

6) Jeżeli wymienione tu warunki zostaną usunięte, nerwice zwrotne często ustają, gdy zaś zostaną sztucznie wywołane, np. przez podrażnienie muszel zgłębnikiem, napad nagle rozwinąć się może.

7) Tego rodzaju stany zdradzają się wogóle: silnem i łatwo występującem przekrwieniem błony śluzowej nosa lub łatwo przychodzącem do skutku obrzmieniem muszel, nadzwyczajną wrażliwością na dotyk miejsc powyżej wymienionych, obfitą wodnistą wydzieliną, bądź po podrażnieniu, bądź samo przez się przychodzącą, obfitem łzawieniem lub kichawicą, wreszcie pogarszaniem się nerwobólów przy kaszlu.

8) Tylko przy jednoczesnem znalezieniu powyższych objawów zmian przytoczonych, z pewnem prawdopodobieństwem przypuszczać wolno, że istnieje tu związek przyczynowy, nb. jeżeli sumienne zbadanie stanu ogólnego i dłuższa obserwacyja, jak również bezowocne dotąd, w innym kierunku prowadzone leczenie, przypuszczenia nasze potwierdzą.

9) Wobec licznych zawodów, jakie pod tym względem zdarzyć się mogą należy choremu możliwość ujemnego wyniku leczenia otwarcie przedstawić i zbyt wiele nie obiecywać.

Należy pamiętać, że wogóle chorzy pomyłkę dyjagnostyczną łatwiej lekarzowi wybaczą, jak wykonanie operacyi, narażającej ich na ból, trwogę i koszta, szcze-

gólniej gdy takowa nietylko nie sprowadzi obiecywanej poprawy, lecz gdy po niej nastąpi pogorszenie. Osłabia to zaufanie publiczności do danej specyjalności i do jej przedstawicieli, doprowadzić może do tego, że chorzy nawet w razie koniecznej potrzeby operacyi, słysząc o wątpliwych lub ujemnych jej wynikach, odmówią swego zezwolenia czasem właśnie wtedy, gdy z wszelką pewnością zdrowie stracone mógłby przez nią odzyskać.

NOTATKI LEKARSKIE.

23. Bakteryje w skórze przy Xeroderma pigmentosum, (patrz Gazeta Lekarska. 1885. Nr. 44).

Dla badania drobnowidzowego wycięty został drobny, mocno czerwony guziczek, zwieszający się z górnej powieki opisanego chorego. Guziczek ten przedstawia się pod drobnowidzem jako mięsak, powstały prawdopodobnie z naczyniaka: szerokie i bardzo liczne naczynia, których śródbłonek (*endothelium*) rozmnażający się stanowi masę nowotworu. Dla badania na bakteryje skrawki barwiono w mocnym roztworze wodnym fijoletu gencyjanowego, opłukano w wodzie z odrobiną kwasu octowego (3 grm. i 20 ctm. sześciennych), odbarwiono w wyskoku absolutnym, zprzezroczyszczono w olejku gwoździkowym i zamknięto w balsamie kanadyjskim. W skrawkach w ten sposób obrobionych widzimy bakteryje, które postacią, wielkością i zachowaniem się względem barwników nie różnią się od tworów, znajdujących się stale w wydzielinie łącznicy u tegoż chorego. Leżą one wśród tkanki mięsakowej, zebrane w okrągławe kępki; znajdują się w nieznacznej ilości i tylko w bardziej powierzchownych warstwach nowotworu.

W stanie chorego, który do badań powyższych posłużył, zaszła w ostatnich dwu miesiącach ważna zmiana. Do obrazu opisanego w Nr. 44-ym Gazety Lekarskiej z r. b. przyłączyła się *sarcomatosis* gruczołów chłonnych. Znaczna ilość tych ostatnich przedstawia się w postaci twardych, ruchomych guzów i guzików, wielkości ziarna konopi do grochu, przeświecających przez skórę sino czarną barwą. Przeważnie zajęte są gruczoły nadobojczykowe, pachowe, piersiowe i pachwinowe. Jednocześnie wyrósł prawie w dwójnasób czarny guz, znajdujący się w prawej górnej powiece, powieka zaś sama obrzmiała i opuściła się. Stan chorego uległ także widocznemu pogorszeniu. *Funk.*

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

59. Roth Teofil. Przyczynek do chirurgii dróg żółciowych. (*Zur Chirurgie der Gallenwege*).

Pod tym tytułem ogłosił Roth, lekarz praktykujący w Amrisweil, w kantonie Turgau, pracę wyczerpującą, w której ze skrzętnością benedyktyńską zebrał masę materyjału literackiego, począwszy od klasycznej pracy J. L. Petit'a w 1743 r. aż do naszych czasów. Pomijamy tu część historyczną, oraz zestawienie znanych sobie przypadków cholecystotomii [J. L. Petit (8 spostrzeżeń), Morana (2 spostrzeżenia), Bloch (3 spostrz.), Walter (2 spostrz.), Fauconneau-Dufresne (2 sp.), Meersmann, Obré, Robinson, Luton, Leclerc, Herz, Krumptmann, Chaudron (3 spostrz.), Bryant, Burke (2 sp.), Bobb's, Brown, Blodgett, M. Sims, Kocher, Law-

son Tait (4 spostrz.) Keen, Rosenbach, Ranshoff, Winiwarter, Langenbuch, Harley, Courvoisier (3 spostrzeżenia)], nie możemy atoli nie przytoczyć klasycznych przypadków Bobbs'a i Sims'a, którzy dali nowy popęd do śmiałej operacyi za naszych czasów. Przypadki te mogą zarazem być pouczającemi dla każdego chirurga w razie przedsięwzięcia podobnej operacyi:

1-o Bobbs w 1867 w Lilianopolis miał przypadek następujący: 30-to letnia kobieta, przedtem zupełnie zdrowa, zauważyła przed 4-ma laty małe niebolesne obrzmienie w prawej okolicy biodrowej, które powiększało się powoli, a przy staniu i chodzeniu sprawiało dotkliwe bóle. Przy badaniu okazało się, że na wewnątrz od prawego grzebienia biodrowego istnieje guz bolesny przy dotykaniu, którego prawa granica jest wyraźna, górna niepewna; ku dołowi daje się wyśledzić aż do grzebienia biodrowego; na boki mało ruchomy; pozostaje nierozstrzygniętym, czy najbardziej wystająca część guza stanowi główną jego część, czy też mniejszą część guza leżącego głębiej. Ścianka brzuszna napięta. Guz nie ma żadnego związku z narządami macicy. Z powodu niepewności rozpoznania, Bobbs spostrzegał guz przez czas jakiś, ale nie doszedł do żadnego pewnego wniosku; położenie i kształt przemawiały za guzem jajnika i takie też rozpoznania robili inni lekarze. B. oświadcza chorej swoje wątpliwości co do rozpoznania, lecz ta ostatnia nastaje na operacyję. Operacyja d. 15. VII 1867 r.. chloroform; cięcie eksploracyjne od pępka do kości łonowej; sieć zgrubiała, przyrośnięta do ścianki brzusznej, oddzielono ją palcem z prawej strony rany, ażeby dostać się do części nieprzyrosłej; napróżno. Wtedy B. przerywa palcami sieć i dostaje się do części wystającej guza. Przy pociąganiu za guz, tenże zdaje się zwężać ku górze, lecz nie można wyśledzić ani szypuły, ani przytwierdzenia guza. Po rozszerzeniu rany w brzuchu i sieci ku górze, na 1 cal ponad pępkiem, guz okazuje się widzialnym, lecz punkt wyjścia pozostaje niejasnym. B. wydobywa guz przez ranę brzuszną na zewnątrz, przyczem okazuje się, że ten ostatni jest przejrzysty i chełboczący. Nacięcie guza, przez które wypłynęła ciecz jasna, z twardemi ciałami wielkości kuli. Po wprowadzeniu palca do worka, znalazł B więcej podobnych ciał. Po opróżnieniu worka i pociąganiu zań, wysuwa się prawy zraz wątroby, do którego dolnej powierzchni przyczepia się guz na podobieństwo pęcherza żółciowego. Robi on w rzeczy samej wrażenie pęcherzyka żółciowego, zatem przemawia postać, przytwierdzenie i złogi, przeciw temu: jasna zawartość, grubość i przejrzystość ścianki.

Bobbs przyszył brzeg worka do ścianki brzusznej. Szybka poprawa, w 4 tygodniu chora wyszła. Twarde ciała okazały się kamieniami żółciowemi.

Marion Sims, sławny chirurg amerykański, ogłosił następujące spostrzeżenie w r. 1878. U zdrowej przedtem, 45-letniej kobiety, cierpiącej od roku na bóle w prawem podżebrzu, przy schylaniu się, powstaje w ciągu kilku dni bez bólu silna żółtaczka, a w ciągu kwartału guz, na dolnym brzegu wątroby. Wkrótce potem przychodzą wypróżnienia częste i krwawe, nadzwyczaj dolegliwe swędzenie i palenie w skórze. Wszystkie środki okazują się bezskutecznemi. Wypróżnienia gliniaste; moczu skąpa ilość; ciemny. Guz szybko wzrasta, wymioty, Sims widział chorą w 7 miesięcy po ukazaniu się żółtaczki i znalazł wtedy guz sięgający na 11 ctm. poniżej pępka, zrośnięty z wątrobą, podługowaty, przesuwalny na boki, tęgo napięty, bolesny przy dotykaniu. Rozpoznanie waha się między bąblowcem wątroby i *hydrops* pęcherzyka żółciowego. Po przekłuciu, znika bezsenność, bóle, wymioty i swędzenie, lecz po 2 dniach objawy te powracają, skoro guz zaczął się na nowo powiększać. Ponieważ śmierć zdawała się nieuniknioną, zdecydował się S. na operacyję. *Antisepsis.* Uśpienie. Cięcie równoległe do smugi białej, przez część guza najbardziej wystającą aż do otrzewnej; zatamowanie krwawienia, otwarcie otrzewnej, przekłucie guza, wyssanie zawartości (około 24 uncyj żółci), wyciągnięcie worka na zewnątrz rany brzusznej, rozcięcie guza nożyczkami, wydobycie pół tuzina kamieni, wycięcie kawałka zgrubiałej ścianki worka, wszycie pomarszczonego worka 8-iu nitkami jedwabnemi w ranę brzuszną; zaszycie pozostałej części rany. Operacyja trwała godzinę i 16 minut. Śmierć po 8-u dniach; ani śladu zapalenia otrzewnej; ścianka pęcherzyka przyrośnięta do ściany brzusznej; w pęcherzyku znaleziono jeszcze 11 kamieni.

Wskazania do operacyi. 1. *Cholelithiasis.* Roth daje najprzód obraz choroby, który jako znany opuszczamy, poczem na podstawie literatury, troskliwie zebranej, zestawia następujące punkty: *a*) kolka przy kamieniach żółciowych może sprowadzić śmierć; *b*) kamienie żółciowe prowadzą czasami do zapalenia i owrzodzenia błony śluzowej, do zebrania się ropy (*empyema*) i zgorzeli; *c*) zatykają przewód pęcherzykowy i dostają się do przewodu wątrobowego; *d*) czasami przechodzą przewód pęcherzykowy i dostają się do przewodu wątrobowego; *e*) przechodzą do przewodu żółciowego, więzną tam, wywołując wszelkie następstwa zatkania przewodu i zastoju żółci; *f*) przedostają się do żołądka i zostają wydalone z wymiotami; *g*) dostają się naturalną drogą, lub po przedziurawieniu ścianki kiszki do jej światła, i tam mogą wywołać zamknięcie zupełne, z wszel-

kiemi objawami uwięzgnięcia; *h*) częstokroć powodują zapalenia, zropienie i owrzodzenie ściany pęcherzyka i albo przedziurawiwszy ją, wywołują *peritonitis letalis*, albo *peritonitis circumscripta* i wypadają do jamy ropnej ograniczonej, albo wreszcie, jeżeli przed przedziurawieniem nastąpił zrost ścianki pęcherzyka ze ścianą brzuszną, lub z sąsiedniemi narządami, powstają rozmaite ciekawe przetoki (skórne, do żołądka i kiszek, do żyły wrotnej, do dróg moczowych, do części płciowych, do odbytnicy, do dróg oddechowych), *i*) kamienie żółciowe mogą przez drażnienie wywołać raka w pęcherzyku żółciowym; *k*) zator żyły wrotnej; *l*) zapalenie tej ostatniej.

Dodam tu od siebie, że wszystkich tych następstw Roth nie wysnuł z głowy, lecz zebrał na mocy kazuistyki niesłychanie bogatej, (dziesiątki nazwisk), ilustrującej niezwykłe i dziwne przebiegi choroby i losy chorych. Niemogąc tego streszczać, odsyłamy czytelnika do oryginału.

W tych przypadkach, w których jest mowa o operacyi, rozpoznanie kamieni żółciowych bywa zazwyczaj łatwe. Po większej części chorzy cierpieli od dawna na typowe napady kolki, przebywali nieraz żółtaczkę; pęcherz żółciowy jest bolesny przy naciskaniu na niego; czasami chory opowiada, że mu z wypróżnieniami wychodziły kamienie; niekiedy można wprost wyczuć kamienie w pęcherzu, gdzie dają dźwięk osobny, który Petit porównywa do szmeru orzechów w worku. W razach wątpliwych, pozostaje nakłucie cienką igłą (wydrążoną), jak to radzili Luton i Whitaker.

Na operacyję zdecydujemy się dopiero wtedy, gdy wszyskie środki wewnętrze okażą się bezskutecznemi.

Z powodu kamieni żółciowych operował Langenbuch 4 razy (2 †).

2. Hydrops i Empyema pęcherzyka żółciowego. Wodna puchlina pęcherzyka żółciowego prawie zawsze jest następstwem zamknięcia przewodów żółciowych, a najczęściej kamieniami; znane są atoli przypadki, w których był inny powód zamknięcia. Powód do interwencyi chirurgicznej oprócz kamieni może dać obawa pęknięcia pęcherza oraz znaczna wielkość guza, dolegającego choremu. Nakłucie dozwolonem jest w celu przekonania się o obecności kamieni; możliwem jest przecież zupełne wyleczenie tą drogą, jeśli przyczyna zamykająca przewód nie jest trwałą, jak tego dowodzą przypadki Erdmann'a, Jacob'a, Frerichs'a, Kretzschmann'a, którzy po kilkakrotnem nakłuciu, otrzymali stałe wyzdrowienie. (Czy to nie były czasem przypadki bąblowca, uleczone za pomocą nakłucia; *przyp. spraw.*).

Empyema po większej części spowodowaną bywa przez kamienie. Podczas gdy przy wodnej puchlinie ściana pęcherzyka bywa ścieńczałą, przy empyemie bywa zazwyczaj zgrubiałą, rozmiękłą, w niektórych miejscach owrzodzoną. Chociaż Brown nakłuł w jednym przypadku pęcherzyk i opróżnił go z ropy, bez złych następstw, mimo to nakłucie przy empyemie jest powszechnie odrzucone. Rozpoznanie wodnej puchliny i empyemy opiera się na następujących danych: na dolnym brzegu wątroby, w prawem podżebrzu istnieje guz napięty, niewyraźnie chełbocący, gruszkowaty lub kolisty, gładki, przesuwalny na boki, częstokroć unoszący się ku górze przy wdechu. Rozpoznanie staje się znacznie trudniejszem, jeśli między guzem i brzegiem wątroby przechodzi jelito, które daje odgłos tympanityczny i nie dozwala przez to odkrycia związku guza z tą ostatnią, albo jeśli istnieją zrosty, skutkiem których guz jest mało ruchomy. Przy empyemie istnieje bolesność, większe napięcie ścianki guza, gorączka, lub zapalenie ścianki brzusznej. Przy wodnej puchlinie pęcherzyka żółciowego operowali: Bobbs, Tait 3 razy, Rosenbach i Courvoisier.

3. Zamknięcie przewodu żółciowego może być spowodowane przez 1-o *a*) kamienie, które przez pewien czas zatrzymują się, rzadko na stałe otorbiają; *b*) przez bąblowce, *c*) przez glisty, *d*) przez pestki agrestu (przyp. Saunders'a); 2-o przez sprawy zapalne, zwężenie i zarośnięcie przewodu; 3-o przez guzy naciskające na

przewód, a mianowicie: nowotwory dwunastnicy, trzustki, wątroby, nerek, sieci, żołądka, przez guzy zaotrzewnowe, tętniaki, gruczoły chłonne wnęki wątroby, przez masy kałowe, przez rozszerzony pęcherzyk żółciowy, wreszcie przez zaklinowany kamień w *ductus cysticus* (przyp. Courvoisier'a). Zmiany powyższe prędzej lub później sprowadzają śmierć. Rozpoznanie zamknięcia przewodu żółciowego jest łatwem (żółtaczka, dolegliwe swędzenie pozbawiające snu, odbarwienie stolca, obecność barwników i kwasów żółciowych w moczu, mdłości i zatwardzenie; pognębienie na duchu, wychudnięcie, krwotoki, stan tyfoidalny, zatrważające objawy ze strony układu nerwowego; obrzmienie wątroby). Rozciągnięty pęcherzyk dochodzi do ogromnych rozmiarów (np. w przypadku Barlow'a w 8 dni po zatkaniu, zebrało się w pęcherzyku żółciowym 8 litrów żółci). Jeśli zamknięcie trwa już od dawna, płyn staje się śluzowym i bezbarwnym.

Przy zamknięciu przewodu żółciowego mamy dwa zadania przed sobą: usunąć zaburzenia wynikające z powstrzymania odpływu żółci do kiszki, oraz usunąć następstwa zastoju (zakurzenia czynności komórek wątrobowych i zatrucie żółcią). Chorzy stan swój częstokroć znoszą dobrze długi czas, lecz zazwyczaj po pół roku występują objawy otrucia (*cholemii*), mamy prawo przeto uważać zamknięcie przewodu żółciowego za chorobę śmiertelną.

Z powodu zamknięcia przewodu żółciowego, operowali: Blodgett († rak trzustki), Sims († przyczyna zamknięcia, niewiadoma) Keen († przyczyna zamknięcia niewiadoma), Ransohoff († przyczyna niewiadoma), Winiwarter (przyczyną zamknięcia prawdopodobnie następstwa *perihepatitis*), Harley (†), Courvoisier (przyczyną zamknięcia był kamień zaklinowany w szyjce pęcherzyka). We wszystkich przypadkach, które się skończyły śmiercią, operacyja była robioną zapóźno. Tylko Winiwarter i Harley przystępowali do operacyi z zamiarem przywrócenia odpływu żółci do kiszki; pierwszy zrobił sztuczną przetokę pęcherzyko-kiszkową, a skutek ten osiągnął po 1½ rocznych usiłowaniach i 6-cio-krotnej operacyi. Inni operatorowie mieli na celu usunięcie tylko zastoju żółci; lecz i w ten sposób zyskuje się kardzo wiele, gdyż jak uczy doświadczenie, po otworzeniu się przetoki żółciowej, szybko znika swędzenie skóry, żółtaczka, i niebezpieczeństwo otrucia żółcią. Lecz nawet tam, gdzie niepodobna wytworzyć sobie żadnego jasnego pojęcia o rodzaju czynnika zamykającego przewód, mając na względzie bezskuteczność środków terapeutycznych, nie powinniśmy zwlekać z operacyją aż do zupełnego wyczerpania sił chorego i do wystąpienia objawów otrucia żółcią, lecz powinniśmy zrobić cięcie próbne, skoro wystąpi obrzmienie i napięcie w okolicy pęcherzyka żółciowego. Podobne cięcie w celu rozpoznawczym, przy zachowaniu przeciwgnilnych ostrożności, nie jest niebezpiecznem. Nawet w przypadkach, gdzie przyczyną zamknięcia przewodu jest rak dwunastnicy, trzustki lub sieci, w których zatem śmierć chorego jest nieuniknioną, utworzenie przetoki żółciowej i usunięcie zastoju żółci, może zmniejszyć cierpienia chorego i przedłużyć mu życie.

4. Rany pęcherzyka żółciowego. Prawie wszyscy autorowie podają, że po pęknięciu pęcherzyka żółciowego i po ranach tego ostatniego następujące wylanie się żółci wywołuje śmiertelne zapalenie otrzewnej. Doświadczenia jednak na zwierzętach (Emmert, Boström, Röhmann) z wlewaniem żółci do jamy otrzewnej przekonały, że żółć nie wywołuje żadnego podrażnienia otrzewnej, lecz zostaje wessaną. Roth zebrał kilka spostrzeżeń, świadczących, iż żółć wylana do otrzewnej u człowieka nie koniecznie powoduje śmierć, (np. przyp. Fryer'a: 13-letni chłopak uderzony w brzuch, 4-krotne nakłócie; wydobyto 47 kwart (*pinte*) z pozoru czystej żółci; wyzdrowienie; przypadek Barlow: u 43-letniego mężczyzny, po uderzeniu ogromne powiększenie brzucha; przy 5-krotnem nakłuciu wypuszczono 7—4 kwart żółci; wyzdrowienie, oraz ciekawe spostrzeżenia Uhde'go, dwa Sabatier'a, Civiale'a — patrz w oryginale).

Rozpoznanie obrażenia pęcherzyka żółciowego może być bardzo trudnem. Przy ranach, gdzie jednocześnie jest rana w ścianie brzusznej, udaje się niekiedy widzieć lub wymacać ranę w pęcherzyku. Przy całości ściany brzusznej ważnym znakiem, (oprócz bólu miejscowego, często rozpromieniającego się aż do ramion) jest żółtaczka, występująca na 2 dzień, lub też obecność barwnika żółciowego w moczu. We wszystkich przypadkach szybko po uderzeniu występowało powiększenie się brzucha. Pożytecznem też jest przekłucie próbne brzucha w celu rozpoznania natury cieczy, zebranej w jamie otrzewnej.

Jeszcze w 1767 Herlin dowiódł doświadczeniami na zwierzętach, że można bezkarnie podwiązywać *ductus cysticus* i wycinać potem pęcherzyk żółciowy. Proponuje on to samo u człowieka w celach leczniczych, przy ranach i kamieniach pęcherzyka żółciowego. Doświadczenia te w zeszłem stuleciu powiększyli L'Anglas, Duchainois. W naszym wieku robili je Compaignac (1826 r.) i Boström (w 1879 r.). Zważywszy nadto, że niektóre zwierzęta wcale nie posiadają pęcherzyka żółciowego (koń, sarna, słoń i t. d.), dalej, że że i u ludzi przypadkowo go brak, dochodzi się do wniosku, że narząd ten nie jest nieodbicie dla życia potrzebnym, i dlatego można go wycinać przy ranach, w celu zapobieżenia ustawicznemu wypływowi żółci i utracie tego soku. Lecz jest i drugi nadzwyczajny powód do tego. Dokładne oczyszczenie i dezynfekcyja, jak tego wymaga nowożytna chirurgija, trudną jest nawet przy szerokiem otwarciu brzucha; tem trudniejszem to jest przy ranach operacyjnych dokonywanych na pęcherzyku żółciowym.

Co się tyczy nowotworów, które mogłyby być wskazaniem do wycięcia pęcherzyka, to łagodne są małe i trudne do rozpoznania, złośliwe zaś nie posiadają objawów charakterystycznych odróżniających je od raka trzustki, odźwiernika i t. p, oraz szybko przechodzą na przewody żółciowe.

Rodzaje operacyj i ich technika.

Przekłucie (*punctio*) jest sposobem łatwym, trwałe wyleczenie jednak może dać tylko przy wodnej puchlinie pęcherzyka żółciowego bez kamieni. Przy empyemie jest stanowczo niebezpiecznem. Przeklócie próbne dokonane być może cieniutką kaniulą.

Przecięcie (*incisio*) wykonywane było dawniej dopiero wtedy, gdy ukazało się nacieczenie zapalne w ściance brzusznej z wyraźnem chełbotaniem, zapowiadające rychłe pęknięcie ropnia, którego natura częstokroć wtedy dopiero była rozpoznaną, gdy przez powstałą przy rozcięciu przetokę, zaczęła wypływać żółć, lub wychodzić kamienie.

Z pomiędzy ogłoszonych przypadków przecięcia, 2 szybko się skończyły śmiercią, 3-ci w 4 tygodnie, skutkiem wyniszczenia; w wielu pozostała przetoka żółciowa. Oczywistą jest rzeczą, że nie powinno się czekać dopóty, aż powstanie obszerne ropne nacieczenie ścianki brzusznej i chory skutkiem gorączki bardzo podupadnie na siłach. Należy zawsze szeroko ropień otworzyć, starannie zdezynfekować, przedrenować i przeciwgnilnie opatrzyć. Prawie we wszystkich przypadkach pozostaje przetoka, ponieważ przyczyną ropienia są po większej części kamienie żółciowe, które przeszkadzają zagojeniu się rany.

Literatura wydobycia kamieni żółciowych przez przetokę jest bardzo bogatą; prawie wszyscy autorowie rozszerzali przetokę tępemi narzędziami (struny, gąbka prasowana. laminaryja, palce, kleszczyki i t. d.). Prawie wszyscy ostrzegają, żeby nie rozszerzać przetoki nożem; co najwięcej, rozcinają część przetoki w ściance brzusznej, z obawy otwarcia otrzewnej. Po usunięciu wszystkich kamieni, przetoka sama po większej części się zabliźnia.

Cholecystotomia ma na celu otwarcie pęcherzyka żółciowego przy nie zmienionej ściance brzusznej. Większość autorów starała się wywołać zrosty, między pęcherzykiem i ścianką brzuszną. (Fauconneau-Dufresne w 2

przypadkach, Leclerc, Luton, zapomocą *kali causticum*; wszystkie 4 wyzdrowienia). Chaudron wbijał trójgraniec i zostawiał kaniulę w tym samym celu, Richter i Sebastian radzą przecinać ściankę brzuszną aż do otrzewnej, a potem wywołać zrost za pomocą ciasta palącego.

Większa przecież część operatorów przecinała zupełnie ściankę brzuszną, poczem Kocher wypełniał ranę (celem wywołania zrostu) materyjałem przeciwgnilnym (przecięcie pęcherzyka 8-go dnia po operacyi); Blodgett († i Rosenbach, przyszywali pęcherzyk do ściany brzusznej (ten ostatni otworzył pęcherzyk 10-go dnia). Inni operatorowie robili operacyje w ciągu jednego posiedzenia. Ranschoff przytwierdził worek (przed otwarciem go) 3-ma szwami srebrnemi w górnym kącie rany; po przecięciu worka i opróżnieniu go przytwierdził dolną część pęcherzyka 4 szwami srebrnemi do brzegów rany w ściance brzusznej, a resztę tej ostatniej zaszył. Sims, Tait, Keen i Courvoisier, wyciągali worek, a schwyciwszy go szczypczykami i podłożywszy materyjału opatrunkowego dla zasłonięcia jamy otrzewnej, przebijali trójgrańcem worek, celem częściowego opróżnienia, celem lepszego wyciągnięcia worka na zewnątrz, poczem trzej pierwsi przyszywali worek do ściany brzusznej. Courvoisier opróżniwszy pęcherzyk, zamknął ranę w nim szwem Czerny'ego i wpuścił go do jamy otrzewnej. Tait i Brown robi cięcie w smudze białej; inni na zewnętrznym brzegu *m. recti*, lub przez najbardziej wystającą część guza. Pęcherzyk otwierano nożyczkami (Sims) lub nożem, warstwa po warstwie (Tait), po drodze wiążąc naczynia krwawiące. Wydobycie kamieni bywa trudne, palcami (Bobbs), kleszczami i gąbką (Sims), nalaniem wody do pęcherzyka i naciskaniem (Kocher). Tait stracił na wydobycie ½ godziny i musiał kamień rozkruszyć. Tait odrzuca antyseptykę. Ransohoff i Courvoisier mówią wyraźnie o toalecie jamy otrzewnej i drenowaniu.

Z tych rozmaitych sposobów najlepszym i najbardziej używanym jest sposób Sims'a, wedle którego Tait robił cholecystotomiję 13 razy, wszystkie z powodzeniem. Operacyja ta przy empyemie i zamknięciu przewodu pęcherzykowego jest zupełnie wystarczającą; lecz nawet w przypadkach zamknięcia przewodu żółciowego może okazać się zbawienną, jeżeli uda się usunąć przyczynę zamknięcia. Tait 5 razy robił operacyję tę przy empyemie; po wydobyciu kamieni i po przedrenowaniu nastąpiło wyzdrowienie w kilka tygodni. Lecz nawet, gdy nie można wydobyć kamienia, może nastąpić wyzdrowienie, gdyż jak poucza obserwacyja, zaklinowany kamień po długim nawet czasie przedostaje się do dwunastnicy albo przez przewód, albo przez owrzodzenie kiszki (w przypadku Chaudron'a po 6 tygodniach, w przypadku Frerichs'a po 7-u).

Cholecystectomia. Pod tą nazwą ogłosił Langenbuch 4 przypadki wycięcia pęcherzyka żółciowego (jak Tait utrzymuje 6 z 3 †), w sposób następujący: po otwarciu jamy brzusznej, nałożył L. w odległości 1—2 ctm. od pęcherzyka na *ductus cysticus* jedwabną podwiązkę; opróżniwszy nieco zapomocą szprycy Prawaz'a pęcherzyk, oddzielił go ostrożnemi cięciami nożem i nożyczkami; nieznaczne krwawienie z wątroby zatamowane zostało przez obkłucie katgutem. W mało odmienny sposób wykonał wycięcie Courvoisier, przyczem musiał podwiązać z 15 naczyń krwawiących z wątroby. Jako wskazania Langenbuch uważa: *hydrops, empyema* i kamienie, przeciwwskazaniem jest zatkanie lub zamknięcie przewodu żółciowego. Roth uznaje w zasadzie tę operacyję, ale uważa ją za daleko niebezpieczniejszą od cholecystotomii. Przy wycięciu chory odrazu uwolniony zostaje od cierpienia, a nadto nie pozostaje przetoka; przy cholecystotomii nieraz już (Petit, Bobbs, Sims) musiano pozostawić siłom natury kamienie zaklinowane w dołkach (*diverticula*) pęcherzyka; przy wycięciu tego nie ma, a nadto usuwa się gniazdo, w którem tworzą się kamienie. Przy empyemie, zdaniem Roth'a wycięcie jest mniej właściwem.

Godzi się też wspomnieć o sposobie Campaignac'a, który po otworzeniu pęcherzyka i po usunięciu wszystkich kamieni, proponuje podwiązać *ductus cysticus*, aby odciąć dopływ żółci do pęcherzyka.

Utworzenie przetoki między pęcherzykiem żółciowym i kiszką. Operacyję tę, mającą na celu odprowadzenie żółci, przy zupełnem zamknięciu (lecz nie przez kamienie) *ductus choledocus*, do kiszki wykonał Winiwarter na 34-letnim robotniku w następujący sposób. Skoro 4 przekłucia trójgrańcem, zapomocą których wypuszczono 6 litrów żółci, pozostały bez skutku, 20. VII. 1880 W. otworzył otrzewnę, przyszył okrężnicę wstępującą do napełnionego pęcherzyka żółciowego, poczem oba narządy wszył do rany w ściance brzusznej. 24. VII. wbił trójgraniec przez ścianę brzuszną do pęcherzyka żółciowego, a z niego pod przewodnictwem palca przebił przegrodę rozdzielającą jamę pęcherzyka od jamy kiszki, powstałą po owem przyszyciu; kaniulę pozostawił w owej przegrodzie, po ośmiu dniach usunięto kaniulę; cel nie został osiągnięty, lecz na miejscu nakłucia ścianki brzusznej powstała przetoka zewnętrzna. 6. VIII. Rozcięcie pęcherzyka żółciowego, przebicie przegrody trójgrańcem, pozostawiony na kilka dni; operacyja bez skutku. 20. XI. Winiwarter otworzył jamę otrzewnej zapomocą cięcia poprowadzonego na wewnątrz od otworu przetok; przyszył kiszkę cienką szeroko do pęcherzyka, wprowadziwszy palec przez przetokę do tego ostatniego; poczem przeciął nożem przegrodę i wprowadził w otwór w niej zrobiony gruby dren wychodzący przez przetokę na zewnątrz; po 8 dniach usunął go; od tej pory nieco żółci wypływa do kiszki, ale większa część przez przetokę na zewnątrz. Obecnie pozostało zamknąć przetokę zewnętrzną, co udało się po wielu operacyjach i tarapatach dopiero w Kwietniu 1882 roku.

Wreszcie wspomina Roth o jednej jeszcze operacyi dotychczas niewykonanej przez nikogo, a mianowicie w razie zarośnięcia i *d. choledocus* i *d. cysticus* radzi on odciąć pierwszy od dwunastnicy i wszyć go w kiszkę, podobnie jak Nussbaum wszywał moczowód przy przetokach moczowodowych.

(*Archiv. f. klin. Chirurgie 1885. 1 Heft str. 87—155*). *Wł. Matlakowski.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. W tutejszem Towarzystwie Lekarskiem wybrano na prezesa na r. 1886 profesora Rosnera, na wiceprezesa prof. Mikuliczа.

OD WYDAWCY.

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1886 według tego samego programu i na takich samych warunkach jak dotychczas.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma, uprasza się o wczesne przysyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Tych Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłacaniu przedpłaty za rok bieżący, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się dla wszystkich prenumeratorów „Prospekt na Pamiętnik Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego“ na r. 1886 — oraz „Spis rzeczy i kartę tytułową tomu Gazety Lekarskiej za r. 1885“.

Sprostowanie. W Nr. 52 na str. 1056 wiersz 21 od dołu zamiast „zanikające części serca zależą od zastoju krwi“ czytaj: „powiększenie *resp.* zmniejszenie objętości serca zależy w danym razie od zwiększenia lub zmniejszenia zastoju krwi w sercu“.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz. Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gałkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава 10 Декабря 1885 г. Druk K. Kowalewskiego. Królewska. Nr 29.

ANEMIA
BEZKRWISTOŚĆ

WYLECZENIE SZYBKIE
TYCH CHORÓB
PRZEZ UŻYCIE

BLEDNICA
BLADA CERA

PIGUŁEK VALLETA

ZATWIERDZONYCH PRZEZ AKADEMIĄ MEDYCZNĄ PARYZKĄ

PILULES DE VALLET

PRAWDZIWE PIGUŁKI VALLETA NIE SĄ POSREBRZANE

są białe i na każdej wypisane jest nazwisko Valleta.

BLEDNICA
BIAŁE UPŁAWY

Nie należy przyjmować flakonika nie mającego na etykiecie mego podpisu i adresu: 19, rue Jacob. Sprzedaje się we wszystkich aptekach.

ANEMIA
ZUBOŻENIE KRWI

Labolatoryjum Chemiczne

przy APTECE

K. RAKOWSKIEGO

w ZAWICHOŚCIE.

POLECA:

1885 1885

Syrop Podfosforonu wapnia i Forgeta, analizowane przez W. Dr. Nenckiego
Syrop Mlekana żelaza z winem
Pigułki z jodku żelaza (Blancarda)
Wino chinowo-kakaowe Bugeaud
Elixir, kit i proszek do zębów czarny zchiną
Wodę leśną wyborowego zapachu.

Skład dla Warszawy u W. Waligórskiego ulica Nowy-Świat Nr. 42. 11—8

„ZDROWIE"

Miesięcznik poświęcony hygijenie publicznej i prywatnej.

Pod redakcyją J. Polaka.

Pierwszy numer ukazał się 1-go Października r. b.

Warunki przedpłaty w Warszawie: rocznie 4 ruble, półrocznie 2 rs., kwartalnie rs. 1.20; na prowincji i w Cesarstwie rocznie rs. 5, półrocznie 2.50.

Prenumerować można w Redakcyi (25 Ś-to Krzyzka), oraz we wszystkich księgarniach 0—9

AKUSZERKA

poszukuje posady w Królestwie lub w bliższych prowincyjach Cesarstwa. Wiadomości uprasza się nadsyłać do **Czyżyńskiej.—Chmielna Nr. 58 mieszk. 20.** 0—3

TRAN z żelazem zawierający żelaza 0,3.

TRAN z jodkiem żelaza zawierający jodku żelaza 0,3.

TRAN z benzoanem żelaza zawierający benz. żelaza 2,0 (*ex acido benzoino e toluolo*).

Świeżo na białym tranie przygotowane z ściśle oznaczoną procentowością posiada apteka

Biertümpfla i Gessnera

6—2 **Al. Jerozolimska N. 27, róg Kruczej.**

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

W tych dniach opuściło prasę dzieło pod tytułem:

PSYCHIJATRYJA,

czyli nauka o chorobach umysłowych,

oryginalnie napisana przez

D-ra Med. Rothego

Naczelnego lekarza Zakładów dla Obłąkanych w Warszawie.

Autor, znany jako gorliwy pracownik na polu psychijatryi, mając na względzie studentów prawników, oraz szerokie koło lekarzy praktyków, napisał dzieło, mogące zaspokoić wszelkie wymagania lekarzy praktyków, tak pod względem rozpoznawania, jako też pod względem leczenia chorób umysłowych. Dzieło zawiera 18 arkuszy druku.

Cena Rs. 1 kop. **80**, z przesyłką Rs. **2**.

Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej Marszałkowska Nr. 119. 0—

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej

FARMAKOLOGIJA

professorów **Nothnagel'a i Rossbach'a**

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

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

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Wyszło z druku nakładem „Gazety Lekarskiej" dzieło pod tytułem:

CHOROBY SERCA

D-ra OSKARA WIDMANA

prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.

Dzieło to opatrzone licznemi drzeworytami w tekście zawiera 24 arkusze druku

Cena dzieła wynosi rs. 3., z przesyłką rs. 3 kop. 30.

Nabywać można u wydawcy „Gazety Lekarskiej"

MARSZAŁKOWSKA 119. 0—28

U Wydawcy Gazety Lekarskiej

można nabyć życiorys

Professora D-ra H. Hoyera.

napisany przez

D-ra Wł. Matlakowskiego

(st. LXXVI i portret prof. H.)

Jest to osobne odbicie życiorysu z „Księgi Pamiątkowej" ofiarowanej prof. H. przez współwłaścicieli Gazety Lekarskiej. Zewnętrzna strona wydania (druk, papier i ozdoby) jest taka sama jak w „Księdze". **Cena rubli trzy.** 30.

Дозволено Цензурою. Варшава 10 Декабря 1885 г. Druk K. Kowalewskiego. Królewska Nr. 29