

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; ogłoszenia zagraniczne po kop. 18 za wiersz drobnem pismem lub jego
miejsce.

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

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

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

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

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

Sposób użycia kapsulek z Wyciągu korzenia paproci Alpejskiej.

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

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

M. Mutniański.

POTRZEBNY JEST LEKARZ

do miasta Łabunina, pow. Zasławskiego na Włocławiu.
Szczegółów udzieli D-r Malinowski w Warszawie, Marszałkowska 120.

3—1

D-r Mieczysław Kittel

praktykuje jak zwykle podczas zimy

w **Meranie**

(podczas sezonu letniego w Francensbadzie).

6—4

D-r TYMOWSKI

jak zwykle tak i tej zimy praktykować będzie

w **SAN REMO**

20—6

LEKARZ z 5000 rs.

może mieć udział w bardzo korzystnym interesie w Zakładzie Kąpielowym,

3—2

Wiadomość Śliska 54 m. 8.

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 rozbiórów wchodzących w zakres dyjagnostyki lekarskiej i higieny publicznej, rozbiory-chemiczno-mikroskopowe moczu, kału, nasienia, płwociny, zawartości żołądkowej, krwi mleka kobiecego i t. p., materiałów spożywczych i przedmiotów codziennego użytku, oraz przedmiotów mających zastosowanie w handlu i przemyśle. 0—4

Dr. M. Jakowski b. asyst. kliniki dyjagnostycznej dokonywa wszelkich **mikroskopowych** głównie **bakteryjologicznych** rozbiórów wydzielin chorobowych.
Ul. Wspólna № 33. 0—4

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

Ulica Szkołna 7 (od Marszałkowskiej 142).

0—6

SZCZAWA ALKALICZNA LITYNOWA NIEZAWIERAJĄCA ŻELAZA

Salvator

wypróbowana przy chorobach nerek i pęcherza, przy dyjatezie kwasu moczowego, przy cierpieniach nieżytych dróg oddechowych i narządów trawienia.

Dostać można we wszystkich aptekach i składach wód mineralnych.

20—19

Dyrekcja źródeł Salvator. Eperies (Węgry).

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. Prof. RYDYGIER. Jaką być powinna nauka chirurgii w naszych czasach. — II. WŁ. WRÓBLEWSKI. Gruźlica gardzieli. — III. W. MATLAKOWSKI. Zestawienie 25 przypadków otwarcia jamy otrzewnej przy chorobach narządów rodząnych kobiecych niezapalnego pochodzenia [Ciąg dalszy]. — IV. F. WINAWER. Torbiel wrodzona pod powieką dolną. — Wystawa higieniczna. VII. Sekcja fabryczno-przemysłowa. — Nadesłano do redakcyi. — Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich. — Od wydawcy. — Sprostowanie. — Ogłoszenia.

I. JAKĄ BYĆ POWINNA NAUKA CHIRURGII W NASZYCH CZASACH.

WYKŁAD WSTĘPNY

Prof. D-ra Rydygiera w Krakowie ¹⁾.

Część nauki lekarskiej, którą nam tu powierzono, nienajpośledniejsze miejsce zajmuje w przyszłym Waszym zawodzie, Sz. Panowie! Jaką drogą ją ogarnąć i przyswoić sobie najłatwiej i najdokładniej, postaram się wyjaśnić w dzisiejszym wykładzie. Zajmiemy się więc pytaniem, jaką być powinna nauka chirurgii, aby odpowiadała postępom naszych czasów i uczyniła przyszłego lekarza zdolnym do wypełnienia wielkich ale słusznych wymagań.

Wicie Panowie wszyscy o wielkich postępach, jakie zrobiła chirurgija w ostatnich 15 latach, o tych postępach tak olbrzymich i tak świetnych, że nawet nie lekarzy uderzyły niebywałemi dotąd wynikami.

Rozwój ten chirurgii szybki i zadziwiający, który nie przypadł jej szczęśliwym trafem, niby skarb mimochodem znaleziony, lecz jako owoc pożywny, wyhodowany znojem i wytrwałą pracą wielu i najznakomitszych przedstawicieli nauki lekarskiej, zdobył nowe pola dla jej działania i większe znaczenie nie tylko w nauce ale i w życiu praktycznem. Wzrost zaś ten znaczenia chirurgii tem samem nietylko zachęca, ale domaga się natarczywie od Was Panowie pilnego i gorliwego zajęcia się tą piękną i wdzięczną gałęzią nauki lekarskiej,

¹⁾ Wykład powyższy prof. RYDYGIERA drukujemy, pomimo, iż będzie pomieszczony i w innych pismach polskich, z powodu wysokiego zainteresowania się całego ogółu lekarzy losami katedry chirurgii w Krakowie. Wstęp, jako odnoszący się do stosunków miejscowych, opuszczony został.
(Przyp. Red.)

którą lekarz, aby sprostać wymaganiom naszych czasów, powinien nie tylko pobieżnie znać, ale i sam pielęgnować. Nie myślę bynajmniej żądać od Panów, żebyście, uprawiając naukę chirurgii, zapomnieli o medycynie wewnętrznej i innych gałęziach nauki lekarskiej. Nie odpowiadałoby to ani przyszłemu Waszemu zawodowi, ani na dobre by nie wyszło nauce chirurgii samej. Niedawno temu BERGMANN dowiódł w świetnej mowie, jak silnie, mimo owych własnych olbrzymich postępów i olśniewających wyników, chirurgija opiera się o wewnętrzną medycynę i jej nauki pomocnicze, i jak z nich ciągnie swe soki ożywcze. Bo też nie wystarcza dla operatora władać dobrze ostrzem noża i zgrabnie pokonywać trudności techniczne; nie wystarcza, żeby umiał podług pewnych zasad opatrzyć ranę; nie — wymaga się wiele więcej od niego. Powinien wiedzieć, dlaczego zadaje ranę i co spodziewa się w głębi znaleźć; powinien wiedzieć, dlaczego rana przygotowana i opatrzona podług przepisu nie ulegnie zakażeniu; jednym słowem powinien znać nie tylko sam sposób postępowania, ale także przyczyny i istotę chorób, jakie ma usunąć.

Na przykładzie lepiej to poznać. Otóż, wiecie Panowie, że do operacyi najwięcej w naszych czasach wydoskonalonych należą przedewszystkiem laparotomije. Aby jednak laparotomiję wykonać, nie dość jest umieć przysposobić wszystko do niej podług wszelkich prawideł antyseptyki; niedość też zręcznie otworzyć jamę brzuszna w samej smudze białej bez obrażenia jelit nasuwających się pod nóż, ale trzeba koniecznie znać wszelkie sposoby, jakich dostarcza badanie fizyczne, wykształcone przez medycynę wewnętrzną, aby poprzednio rozpoznać, jakiego rodzaju i jakiego przyrzędu chorobę usunąć nam wypadnie. Dobrze do tego zapoznać się trzeba z używaniem stetoskopu, drobnowidza i epruwetki, żeby sprostać wymaganiom chirurgii. Byłoby wprawdzie wygodnie otworzyć żywot nożem i zobaczyć, co w nim jest za cierpienie i w jakim przyrzędzie się mieści, licząc na bezkarność takiego postępowania w dzisiejszych czasach antyseptyki, ale często na tem źle wyszedł by chory, gdyż nieraz znalazłby operujący stan rzeczy taki, na który wcale nie był przygotowany, nieraz zupełnie niepotrzebną i bezcelową wykonałby operacyję, a piękna nasza nauka obniżyłaby się do rzemiosła.

Nowoczesna chirurgija przez to, iż zapuszcza się coraz głębiej i zdobywa sobie coraz nowe wawrzyny, odsłaniając nożem nietykane dotąd narządy ciała ludzkiego, przejmuje zarazem obowiązek nauczania się od medycyny wewnętrznej jej sposobów badania i rozpoznawania chorób, a od fizjologii dokładnego poznania ich czynności. Tak więc z rozszerzeniem pola działania chirurgii powiększyły się nie tylko wymagania wiadomości specjalnie chirurgicznych, ale nie mniej nastąpiła potrzeba dla chirurgów śledzić pilnie za postępami pokrewnych gałęzi. Chirurgija rozrastając się coraz bardziej w naszych czasach i rozszerzając obszar swego działania, nie odpycha niewdzięczna swej matczy — medycyny wewnętrznej — ani nie wypycha jej z dawnego stanowiska, przeciwnie, tem dokładniej zbliża się do niej i czerpie z jej bogatego skarbcza wiedzy, jak wdzięczna córka od dobrej matki bierze pełną garścią z zasobów nagromadzonych, ale nic jej nie wydziera.

Uważałbym za wielką klęskę i cofnięcie się daleko wstecz, gdyby urządzono napowrót dawniejsze szkoły niby specjalnie chirurgiczne, a więcej golarńskie, których niektórzy znowu się dopominają. Nie sama bowiem choćby największa biegłość w technice znamionuje operatora, ani nie sama wprawa ręczna — aczkolwiek ważna — stanowi naukę chirurgii; ważniejszym jest poznanie przyczyn i istoty chorób chirurgicznych, dokładne ich rozpoznanie i uzasadnienie wskazania do operacji. Dlatego też dzieli się nauka chirurgii naturalnym porządkiem rzeczy na część teoretyczną i praktyczną. Prawda, że w ostatnim czasie zaniedbywano nieco część pierwszą prawie wszędzie, a na wykłady teoretyczne niewielu chętnych słuchaczy uczęszczało, lecz zupełnie niesłusznie.

Chirurgija ogólna stanowi jedną z najważniejszych części nauki chirurgicznej. Ma ona zapoznać przyszłego lekarza z całym zadaniem chirurgii, z istotą i przyczynami chorób chirurgicznych, z ogólnymi ich cechami i rozpoznawaniem a w końcu i z ich leczeniem. Chirurgija ogólna wprowadza w badanie najważniejszych zagadnień chirurgicznych. obejmuje naukę o ranach, o sprawach zapalnych, o gorączce i o nowotworach, dając nietylko ogólny pogląd na te sprawy, ale i nauką dla nich podstawę. Kto więc tę część nauki dokładnie poznał i zupełnie sobie przyswoił, ten nietylko łatwiej pojmuje wykłady kliniczne, ale podobnie i później, kiedy wystąpi w praktyce i samodzielnie pracować będzie, nie zaskoczy go nieporadnego jakiś rzadszy przypadek, którego w czasie krótkiego swego pobytu w uniwersytecie może w klinice nie widział. Za pomocą przejętych i przetrawionych w umyśle ogólnych zasad z łatwością ułoży sobie plan postępowania i w przypadkach nie-, zwykłych. Kto bowiem nauczył się, jak oceniać rany i ich doniosłość w ogóle jak je opatrywać, kto wie, na czym polega dobry opatrunek, dla czego ranę tak a nie inaczej przysposobić należy, żeby zapobiedz jej zakażeniu i zabezpieczyć pewne jej zagojenie bez zaburzeń, ten za pomocą ogólnych swych wiadomości, nieco rozwagi i pewnej zręczności nietylko dobrze opatrzy nieznaną, powierzchowną ranę, ale — tego jestem pewny — ten nie może źle opatrzeć rany ciężkiej, niezwyklej, choćby nieszczęśliwym trafem może ani razu nie widział opatrywania podobnego przypadku w klinice.

Jednakowoż jasną jest rzeczą, że ten kto się nauczył choćby tylko teoretycznie, jak sobie postąpić w każdym poszczególnym przypadku, prędzej, dokładniej i z większą pewnością załatwi sprawę. I otóż mam powód, aby nie zaniedbywać teoretycznych wykładów chirurgii szczegółowej. Wprawdzie nie można w tak krótkim czasie, jaki jest przeznaczony na te wykłady, wyczerpnąć całego obszernego przedmiotu chirurgii szczegółowej, mianowicie w dzisiejszych czasach tak bogatych w nowe na tem polu zdobycze. Ktoby chciał choć w części zadaniu temu sprostać, musiałby rzecz bardzo pobieżnie przedstawić, nieomal tylko suchy wyciąg, a raczej spis rozdziałów podać, coby słuchających więcej znużyło, niż pouczyło. Za najodpowiedniejsze przeto uważam wykłady z pewnych naukowo lub praktycznie ważniejszych rozdziałów chirurgii szczegółowej, które dokładnie omówione mogą dać jasny obraz pozostający na całe życie w umyśle słuchaczy.

Może mi kto odeprze, że takie wykłady teoretyczne chirurgii ogólne i szczegółowej są niepotrzebne, gdyż wygodniej można w domu tego samego z książki się dowiedzieć. Nie bez przyczyny zarzut ten podnoszę, bo wiem, że takie mniemanie jest daleko i szeroko rozpowszechnione. Żywe słowo jednak zawsze inaczej utkwi w pamięci, niż czytane i inny wpływ wywrze, a przynajmniej wywrzeć powinno, niż litera martwa. Nie raz, ale kilkakrotnie słuchałem z największą przyjemnością, nie tylko jako akademik ale i jako ukończony lekarz i asystent, wykładu ogólnej chirurgii, wygłaszanego rok w rok z nadzwyczajnym talentem i niezrównanym darem wymowy przez nieodżałowanego mego nauczyciela śp. HUETER'a. Nie wielu — a bodaj żadnemu z żyjących chirurgów z nim się mierzyć co do wymowy, a tem mniej mnie; tyle tylko zaręczę w tej tak uroczystej dla mnie chwili mogę, że jak w wielu innych sprawach, tak i pod tym względem usilnie starać się będę wejść w jego ślady. Szczęśliwy byłbym, gdyby mi się udało choć cząstkę tylko tego zamiłowania do naszej specjalnej nauki w Was, Panowie, rozbudzić, jakie on wpoić potrafił licznym swoim słuchaczom. Bo też nie ograniczał się do tego, aby czarować nas swą wymową, lecz teoretyczne wykłady urozmaicał licznymi demonstracjami, już to przedkładając ryciny lub preparaty, już też robiąc rozmaite przed oczami naszymi doświadczenia na zwierzętach żywych. Dlatego też wykładu jego o ogólnej chirurgii ani w części zastąpić nie było można, choćby i najpilniejszym odczytywaniem własnego jego podręcznika. Tam na jego wykładach poznałem, jak ważną rzeczą do zrozumienia zagadnień chirurgicznych jest patologia eksperymentalna, użyta w celu wyjaśnienia niektórych spraw chorobowych. Jeżeli eksperymentowi chirurgija nowszych czasów tak wiele zawdzięcza, i jeżeli eksperymenta głównie do jej postępów się przyczyniły, to też zapewne nie jest stratą czasu ani daremnym móżolem, powtórzenie niektórych doświadczeń na żywych zwierzętach przed słuchaczami, żeby naocznie i namacalnie poznali te sprawy. Krótkie np. spojrzenie w drobnowidz, przedstawiający doświadczenie COHNHEIM'a na żywej żabie, da nam daleko jaśniejsze pojęcie o sposobie powstawania i cechach sprawy zapalnej podług jego poglądów, niż zmużne czytanie długiej rozprawy o tym przedmiocie.

Eksperyment jest ważną podstawą wszystkich nauk przyrodniczych; nie może się też bez niego obywać nauka medycyny, szczególnie zaś zajmująca nas tutaj nauka chirurgii. Wprawdzie nie dają nam nasze doświadczenia nigdy tak niewątpliwej odpowiedzi, jaką w nich znajdują badacze innych nauk przyrodniczych, ponieważ ciała, któremi się zajmujemy, nie są tak proste, zagadnienia nie tak ściśle określone. Jeżeli np. wstrzykniemy królikowi ropę pod skórę, żeby wywołać gorączkę, ileż to ubocznych niezupełnie znanych i skomplikowanych spraw wkrada się jednocześnie mimowoli w nasze badanie. I tak, nie są nam niewątpliwie znane wszystkie części składowe ropy, a tem mniej ich działalność z osobna, a jakżeż dopiero myśleć o matematycznie ścisłym dowodzie, opartym na tak złożonym przyrządzie, jakim jest ciało zwierzęce. Mimo tych słabych stron, stanowią doświadczenia na zwierzętach żywych, przedsięwzięte z należytą ostrożnością, jedną z najpewniejszych podstaw dzisiejszej me-

dycyny i najdzielniejszą pomoc do wyłómaczenia znacznej liczby zawitych jej zagadnień.

To też podobne przedstawienie przedmiotu ułatwia nie tylko jego zrozumienie, ale utrwała pamięć o nim i wpaja go głęboko w umyśle, a wzbudza zamiłowanie do niego. Nigdy też i najpilniejsze studjum w domu z książki zastąpić nie może takich wykładów.

Nabywszy przez wykłady teoretyczne pewnego pojęcia o chirurgii w ogólnym jej zarysie, jako też i o niektórych szczegółowych jej rozdzielach, można dopiero z korzyścią rozpocząć zwiedzanie kliniki chirurgicznej, i to w pierwszym półroczu więcej tylko przyglądając się i przysłuchując, a w następnych dopiero biorąc czynny udział w pracach klinicznych. Nauka w klinice jest bez wątpienia najważniejszą częścią nauki chirurgii. Tutaj ma się przyszły lekarz zapoznać o ile możności z istniejącymi chorobami, ze sposobem ich badania, ich rozpoznawaniem i leczeniem. W klinice jedyna szkoła, żeby go nauczyć, w jaki sposób później samodzielnie ma postępować. Za przykładem swojego nauczyciela, przyjętym zresztą i gdzieindziej, chciałbym naukę w klinice tak urządzić, żebyście Panowie sami chorego badali i cierpienie jego rozpoznawali, korzystając z nabytych już poprzednio wiadomości z chirurgii ogólnej i szczegółowej, podczas gdy sam tylko pytaniami i wskazówkami tu i owdzie dorzuconymi starać się będę kierować tok Waszych myśli i sprawę Wam ułatwić. Za najwięcej pouczający sposób badania chorych w klinice uważam ten, że najprzód obejrzymy sobie chorą część, później obmacamy ją, dalej zbadamy pod względem czynności, a w końcu dopiero wypytamy się chorego. Ten sposób uczy patrzeć i to co się widzi samodzielnie zestawić, bez poprzedniego uprzedzenia i naprowadzenia na rodzaj cierpienia przez chorego samego. Nauczyć zaś patrzeć i widzieć, to jedno z najważniejszych zadań kliniki, bo patrzeć okiem chirurga, to nie tak łatwo jak się wydaje. Trzeba umieć uchwycić od razu różnicę chorobowo zmienionej części ciała od jej postaci prawidłowej. Do tego trzeba znać i umieć sobie w pamięci odtworzyć zarysy zdrowego ciała i jego części; znajomość dokładna anatomii ciała ludzkiego jest do tego pierwszym warunkiem. Skoro sobie dokładnie obejrzymy miejsce chorobą zajęte i zaznaczymy w czem się różni w swej zewnętrznej postaci od stanu prawidłowego, przystąpimy do wymacania. Przez tę część badania wysledzimy, czy chora część jest gorącą czy zimną, twardą czy miękką, wreszcie — co w wielu przypadkach pewnej wymaga wprawy — czy jest w miejscu tem chełbotanie lub czy go nie ma. Następnie przez poruszanie staramy się rozpoznać stosunek chorego miejsca do sąsiedztwa, np. w obec guzów, czy zachodzą zrosty mniej lub więcej ścisłe z tkankami przyległymi i z którymi. W dalszym toku badania przekonamy się, czy czynność przyrządu badanego jest prawidłowa lub nie, np. w cierpieniach stawowych, czy ruchomość ich jest prawidłowa, czy też zmniejszona lub nad miarę powiększona. Zbadawszy tak chorego, już będziemy mogli w przypuszczeniu rozpoznać jego cierpienie w bardzo wielkiej liczbie przypadków; nieraz nawet uda nam się odgadnąć czas trwania choroby i jej przyczynę, co nie tylko pobudzi bystrość naszego umysłu, ale zarazem uderzy chorego i wpoi mu większe zaufanie do naszych wiadomości, a tem samem i do na-

szego leczenia. W końcu dopiero, żeby nasze rozpoznanie więcej upewnić i uzupełnić, wypytamy się chorego.

Wspólnie też omówimy tu w klinice po zbadaniu sposobu leczenia a kiedy wydarzy się pomiędzy kilkoma wybierać, uzasadniony, dlaczego właśnie w poszczególnym przypadku jednemu z nich damy pierwszeństwo przed innymi. Przed oczyma też Panów będziemy wykonywali leczenie i proszę Was nie tylko bacznie śledzić za wykonaniem operacji, ale uważać nie mniej na przygotowania do niej i na sposób opatrywania; są to bowiem rzeczy nie mniejszej wagi, niż operacja sama. Mimo że przygotowania do operacji zajmują wiele czasu, dokonywać ich będziemy w Waszej obecności, aby, że tak powiem — czystość chirurgiczna stała się Wam drugą naturą, abyście się Panowie tak do tego przyzwyczaili, iż zupełnie niemożliwą będzie dla Was rzeczą o tem zapomnieć, lub kiedykolwiek ktego zaniedbać; iż więc nigdy inaczej, nigdy błędnie postępować nie będziecie. Nie mniejsze znaczenie ma zakładanie opatrunków, zwłaszcza pierwszego, który zwykle stanowi wpływ wywiera na cały dalszy przebieg pooperacyjny, a nieraz rozstrzyga o życiu lub śmierci chorego. Więc i to powinniście jak najczęściej widzieć, aby się dokładnie nauczyć. Z wyniesieniem atoli chorego ze sali operacyjnej nie powinien jeszcze ustać interes Panów dla niego.

O ile stosunki na to pozwolą, postaram się, aby przed wypisaniem chorego Panom przedstawić, abyście się przekonali o skutku naszych zabiegów leczniczych i wyrobili sobie sąd własny o wartości naszego postępowania. Każdego przytem chorego chciałbym oddać pod szczególniejszą opiekę jednego z Panów, od którego nie tylko życzyłbym sobie, ale wyraźnie żądam, by się nim pod kierunkiem asystentów szczegółowo zajął, a przedewszystkiem sporządził dokładny opis jego choroby. W jaki sposób opis taki zrobić, do tego każdy z Panów otrzyma odpowiednie wskazówki. Korzystnem by było, gdyby każdy z Was Panowie, któremu chorego specjalnie polecę, przed wygotowaniem opisu jego choroby przejrzał w domu odpowiedni rozdział w podręczniku, bo tylko wtenczas będzie wiedział, na co ma zwracać główną uwagę, nic ważniejszego nie opuści i tylko wtenczas odniesie z oddanego sobie przypadku korzyść rzeczywistą.

Zamierzam też poruczać chloroformowanie po kolei jednemu z Panów. Jest to wprawdzie wielka niedogodność dla operującego, bo uwagę swą dzielić musi pomiędzy operację a przebieg znieczulania. Dla Panów atoli będzie miało takie postępowanie tę wielką korzyść, że się nauczą chloroformować i pozbędziecie się na pożytek późniejszych Waszych chorych obawy przed tym rękoczynem. W jaki sposób chloroformować i jak zaradzić zachodzącym nieraz mimo wszelkiej ostrożności zaburzeniom, podczas chloroformowania, o tem pomówimy innym razem. Może też będziemy mieli tę przykrą sposobność pokazania Panom tu w klinice, jak sobie postąpić należy w podobnym przypadku. Daj Boże, by nigdy przypadłości te nie przybrały groźniejszego charakteru i aby zawsze udało się uchronić chorego i nas od nieszczęśliwego a przykrego zdarzenia śmierci wskutek chloroformu — zdarzenia, które i w najlepiej prowadzonych klinikach miało już miejsce. Tylko ostrożność posunięta

niemal do przesady obok szybko przedsięwziętych środków zaradczych, uchronić zdoła od takiego nieszczęścia. Wyjątkowo niestety wszystko zawodzi.

Postępując w dopiero co skreślony sposób, tuszę sobie, Panowie, że nie bez korzyści będziecie zwiedzali klinikę tutejszą, mimo wielkich jej wad obecnych i niedostateczności. Nadzieja, że w krótkce dzięki szczodroblowości troskliwego naszego rządu, ujrzymy się w odpowiedniejszym pomieszczeniu, niech nam osładza braki tego tu zakładu, a zdwojona pilność niech je wyrównywa.

Jako dopełnienie klinicznych godzin uważać można praktyczne ćwiczenia, jakie się odbywają w kursie operacyjnym i w kursie zakładania opatrunków. Ze względów humanitarnych niepodobna odrazu rozpoczynać pierwszych prób władania nożem na chorym człowieku. Koniecznie potrzebnym jest, nabrać pierwiej pewnej wprawy i biegłości w operowaniu na trupie. Nietylko, że nauczymy się w ten sposób wykonywania pewnych operacyj, mianowicie stałych, typowych, ale znajdziemy zarazem sposobność przypomnienia sobie stosunków anatomicznych, które — jak wiadomo — bardzo szybko w pamięci się zacierają. Zwracając, w czasie operowania na zwłokach, uwagę na stosunki u żywego, można tem więcej korzyści z tej nauki odnieść. Ostatecznie tym tylko z Panów mogę pozwolić wykonywać niektóre łatwiejsze operacje w klinice, o których zręczności pierwiej naocznie się przekonam w kursie operacyjnym.

Częścią niejako teoretyczną kursu operacyjnego jest anatomija chirurgiczna. Nikt nie zaprzeczy, jak ważną jest dla każdego, trudniącego się chirurgiją, znajomość anatomii w ogóle. Anatomija chirurgiczna zaś nie jest niczem innem, jak anatomiją zwyczajną, zastosowaną do potrzeb chirurgii. Nie ma ona jednak być tylko powtórzeniem anatomii opisowej lub topograficznej z dodaniem wskazówek tu i owdzie wtrącanych, odnoszących się do potrzeb chirurgicznych lub objaśnień stosunku części anatomicznych do niektórych operacyj lub zranień. Jakkolwiek jest to bardzo pouczającym i jakkolwiek anatomija chirurgiczna nie może obejść się bez demonstracyi na trupie, a nawet głównie niemi się tylko posługuje, to przecież powinna ona uczyć rozpoznawania stosunków anatomicznych także na człowieku żywym za pomocą wzroku i dotyku, powinna starać się o to, by słuchacze nabrali zdolności i wprawy w przenoszeniu wiadomości na trupie nabytych na człowieka żywego.

Kurs zakładania opatrunków, jak go jeszcze przed niedawnym czasem prawie wszędzie odbywano, składał się z wyliczenia i wprawiania się w dawniejsze typowe opatrunki z dodatkiem nauki o ustaleniu i układaniu członków, a więc nauki o opatrunku gipsowym, o szynach i o ekstensyi. Taki kurs dziś już nie jest wystarczającym. Nie myślę wcale zaprzeczyć pożyteczności ćwiczeń w zakładaniu starodawnych typowych opatrunków, jak czapki HIPPOKRATESA i t. p. Mimo że dziś zaledwie wyjątkowo założymy ściśle podług dawnych przepisów taki opatrunek, zawsze jednak sztuczne i złożone te sposoby niezmiernie uczą i dobre są jako ćwiczenia przygotowawcze. W dzisiejszych jednak stosunkach daleko ważniejszym jest, żeby każdy z Panów, nauczył się dokładnie nakładać opatrunek przeciwnylny. Na takim kursie,

najlepsza jest sposobność wskazać, jak ważną jest każda drobnostka, na którą w klinice zwrócić z osobną uwagą nie podobna. Tutaj też jest miejsce stosowne do pokazania rozmaitych materyjałów przeciwnilnego opatrunku, jakich w różnych klinikach się używa; tutaj możnaby też wskazać sposoby, za pomocą których sprawdzić można rzeczywistą wartość rozmaitych materyjałów przeciwnilnych, i w jaki sposób przynajmniej niektóre z nich samemu sobie przyrządzić.

Otóż tak Panowie przedstawia mi się odpowiedź na pytanie, jaką powinna być nauka chirurgii w naszych czasach. Postępując tą drogą, spodziewam się, że nauczycie się tyle, żeby w późniejszej praktyce mózł sobie poradzić z przypadkami chirurgicznymi. Nie będziecie Panowie wprawdzie wtenczas już operatorami, bo do tego trzeba jeszcze długiej pracy i nauki specjalnej. Nie jest to też zadaniem nauki chirurgii podczas krótkiego studjum uniwersyteckiego, i nie w tym celu ją się tu wyklada. Tu tylko tyle uczymy, ile każdemu lekarzowi koniecznie jest potrzebnem. Nikt więc z Panów niema prawa powiedzieć, że nie myśli się później chirurgią zajmować, że nie chce nigdy żadnych operacyj wykonywać, i że dla tego zaniedbywać mu wolno wykłady chirurgiczne.

Chociaż lekarz nieraz nie ma chęci zajmowania się chorobami chirurgicznymi, to jednak zdarzyć się może, że potrzeba do tego go zmusi. Nie tak łatwo bowiem w mniejszych miejscowościach znajdzie kolegę, któremu mógłby powierzyć przypadki chirurgiczne, a zresztą zdarza się często, iż szybka pomoc chirurgiczna koniecznie jest potrzebna, że każda zwłoka może chorego o śmierć przyprowadzić. Gdy krew broczy obfitym strumieniem, lub przez wielką ranę powłok brzusznych jelita wypadły na zewnątrz, gdy ciało obce wpadło do krtani i grozi zaduszeniem, czy wtenczas przywołany lekarz oglądać się będzie na pomoc specjalisty operatora? Wtenczas namyślać się nie wolno i ociągać z pomocą, i każdy powinien umieć w takich razach sam zaradzić. W innych przypadkach nie nagłych, ale nie mniej ważnych, gdy chodzi o chorobę, którą — wczesnie rozpoznaną — z łatwością i doszczętnie usunąć można, a która źle rozpoznana i zaniedbana nietylko zdrowie na zawsze niszczy, ale i życiu zagraża, lekarz przez nieznamość chirurgii w równej mierze zaszkodzić może. Każdemu więc z Was bez wyjątku przykładać się trzeba pilnie do nauki chirurgii. Może zdołam własnem zamięłowaniem i własnym przykładem zagrazić Panów tak do specjalnej naszej nauki, że nietylko ze względów praktycznych, nie z przymusu niejako uczyć jej się będziecie, lecz ją tak pokochacie, iż największą uciechą dla Was będzie z nią się zapoznać jak najściślej, tak jak dla mnie największą będzie przyjemnością wskazywać Wam do tego drogę. Jeżeli taki zapal i takie zamięłowanie do przedmiotu naszego zdołałbym w Panach rozbudzić, byłoby to największą nagrodą moich zabiegów, mej pracy.

Wspólnie więc i z równem zamięłowaniem, zabierzmy się do dzieła, a stanie gotowe, dzielne i ładne, my zaś w zapale nie poczujemy ani ciężaru tej pracy, ani zmęczenia.

Z ODDZIAŁU D-RA HERYNGA W SZPITALU Ś-GO ROCHA W WARSZAWIE.

II. GRUŻLICA GARDZIELI.

Napisał

Władysław Wróblewski,

b. asystent oddziału.

Od czasu pojawienia się klasycznej pracy ISAMBERT'a ¹⁾ o gruźlicy gardzieli i uzupełniających spostrzeżeń BERNARDA FRAENKEL'a ²⁾, kwestyja ta zdawała się być tak wszechstronnie zbadaną, że MORELL MACKENZIE ³⁾ w swem pomnikowym dziele wyraził wątpliwość, aby mogła być jeszcze wzbogaconą lub uzupełnioną na drodze spostrzeżeń klinicznych. Korzystając z udzielonych mi przez D-ra HERYNGA spostrzeżeń zebranych w szpitalu Św. Rocha i mając sposobność większość tych chorych obserwować przez czas dłuższy, przekonałem się, że zarówno pod względem rozpoznawczym, jako też i leczniczym, a nawet i przebiegu, rzecz ta nie stanowi jeszcze skończonej całości, ze względu zaś na rzadkie pojawianie się tej postaci, brak opisów w literaturze polskiej i potwierdzenie rozpoznania za pomocą badań drobnowidzowych, zasługuje na uwagę szerszego koła czytelników. Cierpienie to powinno zainteresować lekarzy i z tego jeszcze względu, że często nie da się ono rozpoznać od razu, przy największej wprawie, a więc mają z niem do czynienia i terapeutyci i syfilidologowie i laryngolodzy. Rozpoznanie zatem gra tu najważniejszą rolę, a niewłaściwe leczenie [np. merkurjalne] może znakomicie przyspieszyć zejście śmiertelne.

Gruźlica gardzieli w porównaniu z temże cierpieniem w innych narządach [płuca, krtąń] występuje bardzo rzadko, choć nie tak znowu, jak to przypuszcza LUBLIŃSKI ⁴⁾, który na 16000 chorych na gardło spotkał ją 2 razy. Być zresztą może, że częstość tej choroby zależy od różnych warunków bliżej nam nieznanych. W naszym jednak oddziale na 100 przypadków suchot krtani, mieliśmy w ciągu 1886 roku 3 przypadki gruźlicy gardzieli.

Czy gruźlica gardzieli jest cierpieniem pierwotnem lub też następstwem, różne są w tym względzie zapatrywania autorów. ZAWERTHAL ⁵⁾ wypowiada wprost, że choroba ta nigdy nie bywa pierwotną, lecz zawsze następczą, t. j. gdy płuca i krtąń już oddawna cierpią i dlatego powoduje tak szybkie zejście

¹⁾ ISAMBERT. Ann. d. Mal. de l'oreille et du larynx. Vol. I. p. 77. Vol. II. p. 162.

²⁾ B. FRÄNKEL. Ueber Miliartub. d. Pharynx Berl. klin. Woch. Nr. 46. 1876.

³⁾ M. MACKENZIE. Die krankh. d. Halses und d. Nase. Tlóm. SERMON'a. Vol. I. p. 124.

⁴⁾ LUBLIŃSKI. D. med. Wochenschr. 1885. Nr. 9.

⁵⁾ Prof. ZAWERTHAL. Wiener Med. Presse. 1880. Nr. 41 i 43.

śmiertelne, że jest wyrazem najpóźniejszego okresu ogólnego zakażenia. Nie rozróżnia więc autor ten gruźlicy gardzieli ostrej od przewlekłej, pierwotnej od następczej, jaką przyjmują CORNIL, ISAMBERT, MACKENZIE i inni.

ORTH ¹⁾ twierdzi znowu wprost przeciwnie, t. j., że gruźlica gardzieli bywa tak dobrze pierwotną jak i następczą, choć ostatnia zdarza się bez porównaniu częściej. Takież poglądy ma autor ten i na gruźlicę migdałków. Niejednokrotnie stwierdził on na trupach obecność gruzelków i laseczników gruźliczych w migdałkach, podczas gdy w innych narządach żadnych zmian tego rodzaju nie było. A więc podług ORTH'a istnieje pierwotna gruźlica migdałków tak samo jak i podniebienia miękkiego, łuków i t. d.. BAUMGARTEN ²⁾ uważa nawet migdałki za bramę, którą przenika zarazek gruźliczy do ustroju. STRASSMANN ³⁾ znowu powątpiewa o tem, choć nie zaprzecza możliwości istnienia pierwotnej gruźlicy migdałków; na zasadzie jednak swoich badań musi ją uważać jako wynik zakażenia płwociną pochodzącą z gruźliczego płuca. Gdy jednak zwrócimy się do badań klinicznych, gdy się rozejrzemy w całym szeregu prac ogłoszonych o tym przedmiocie, nie będziemy ani chwili w wątpliwości że gruźlica gardzieli, również jak i krtani, bywa zarówno pierwotną jak i następczą. W większości przypadków, które ja sam spostrzegąłem, musiałem cierpienie to przyznać jako następcze, w jednym tylko było ono niewątpliwie pierwotnem. Inni jednak autorowie opisywali wiele przypadków pierwotnego cierpienia, że wspomnę tu, oprócz już wyżej wymienionych, SCHNITZLER'a ⁴⁾, RÉTHI'ego ⁵⁾, UCHEMANN'a ⁶⁾, SCHMIEGELOW'a ⁷⁾, LASÈGUE'a ⁸⁾ i H. KRAUSE'go ⁹⁾ i dokładnie opisany przez POGREBIŃSKIEGO ¹⁰⁾, przypadek pierwotnej gruźlicy krtani.

Jama gardzielowa jest najdostępniejsza i jedyne prawie w ustroju naszym miejsce, gdzie można śledzić i badać krok za krokiem powstawanie i rozwój gruźlicy.

W samym początku choroby znajdujemy małe szare lub czerwone wielkości maku guziczki, usadowione tuż pod nabłonkiem lub pod błoną śluzową. Mojem zdaniem myli się najzupełniej HEINZE, twierdząc że na żywym człowieku niemożliwym jest obserwowanie prosówkowych guziczków, gdyż na zupełnie świeżo wyciętych częściach z trupa nigdy nie można gołem okiem roz-

¹⁾ Prof. J. ORTH. Lehrb. d. spec. Path. Anat. 1887. str. 662.

²⁾ BAUMGARTEN. Centralblatt f. klin. Med. 1887. Nr. 2.

³⁾ STRASSMANN. Ueber Tuberk. d. Tonsillen. VIRCHOW'S Archiv 96. pag. 319. r. 1887.

⁴⁾ Prof. SCHNITZLER. Zur Kenntnis d. Miliartuberk. d. Kehlkopfs und d. Rachens. Wiener Med. Presse. 1881.

⁵⁾ D-r RÉTHI. Zur Kasuist. d. Mil. Tbc. d. Kehlk. u. d. Racheus Wiener Med. Presse 1885: Nr. 37, 38 i 40.

⁶⁾ UCHEMANN. Ref. w SCHMIDT'S Jahrb. 205. pag. 246. r. 1885.

⁷⁾ SCHMIEGELOW. Ibidem.

⁸⁾ LASÈGUE. Angine tub. diphthéroide.

⁹⁾ H. KRAUSE. Arch. gén. de médecine. 1883 r. Beil. klin. Wochensch. 1884 r. Nr. 11.

¹⁰⁾ Praca ta została streszczoną przemennie w N-rze 13. Medycyny. 1887 roku.

różnić gruzelków na błonie śluzowej krtani i gardzieli. Zarówno gruzelki, ich powiększanie się, jak i rozpad obserwowałem niejednokrotnie w krtani i gardzieli, robiąc jednak bardzo często rozbiór zwłok, przekonałem się, że daleko łatwiej jest widzieć te rzeczy klinicyście niż anatomowi. Oprócz takich guziczków bywają też wprost drobne nacieki, ściśle odgraniczone i łatwo dające się odróżnić od otaczającej tkanki. Nacieki takie są również bardzo małe, w początkach cierpienia mało lub wcale nie wznoszące się ponad poziom błony śluzowej. Mamy więc dwie główne postaci gruźlicy gardzieli: prosówkową i nasiętkową. Każda z nich może być rozlaną lub ograniczoną. Liczba bowiem guziczków, *resp.* nasiętków, których początkowo bywa mało np. 2 lub 3 bardzo szybko się powiększa, tak, że ich później policzyć niepodobna, odstępy pomiędzy poprzednimi zajmują nowe, znajdujemy stosunkowo znaczne przestrzenie jednolicie usiane guziczkami lub też nacieczone. Powstawanie i mnożenie się takich guziczków najłatwiej obserwować na języczku, co szczególniej dokładnie udało mi się w niżej opisanych przypadkach III i VIII. Na powierzchni guziczków wkrótce następuje zmętnienie nabłonka, łuszczenie się i rozpad, po czem spotykamy owrzodzenia. W miejscach, gdzie guziczków lub nasiętków rozpadła się większa ilość, gdzie odstępów pomiędzy nimi nie było, owrzodzenia powstają znaczne, jednolite, szybko rozszerzające się, tam zaś, gdzie rozpadowi uległy nieliczne, odosobnione guziczki—najczęściej bywa to na tylnej ścianie gardzieli—powstają owrzodzenia soczewicowate, ograniczone [spozstrzeżenie II]. I te jednak nie pozostają długo w takim stanie, lecz zlewają się z sąsiednimi. Przedstawiony tu sposób powstawania owrzodzeń gruźliczych w gardzieli spotykamy najczęściej. Opisują jednak autorowie przypadki, gdzie gruzelki, siedzące w tkance podśluzowej, w ciągu dłuższego czasu nie ulegają rozpadowi, lecz powiększają się w rozmiarze, zlewając z sąsiednimi i dochodzą wielkości ziarnka pieprzu, a nawet grochu. LOERI ¹⁾ opisał przypadek, gdzie rozpad zaczął się po 3 miesiącach. Ja sam widziałem raz jeden przypadek, że tak ją nazwę, *tuberculoseos tuberosae pharyngis*, gdzie, jako jedyny objaw cierpienia gardzieli, znaleźliśmy guzik wielkości połowy laskowego orzecha na tylnej ścianie gardzieli, lecz już na powierzchni owrzodzony. Przypadek ten opisany jest przez HERYNGA ²⁾, zasługuje on na uwagę jako jeden z niezbyt licznych, znanych w literaturze, gdzie udało się owrzodzenie gruźlicze w gardzieli wygoić.

We wszystkich jednak przypadkach gruźlicy gardzieli, które spostrzegałem, rozpad bardzo szybko szedł naprzód. Na brzegach owrzodzeń prawie zawsze można było widzieć gruzelki, które jeszcze rozpadowi nie uległy. Guziczki te częściowo wchodzą w grę, z kądem łatwo sobie objaśnić, dlaczego brzegi owrzodzeń gruźliczych są wyszarpane, nierówne i nie widać tu bezpośredniego przejścia od tkanek zdrowych do zajętych sprawą chorobową. Gdy sprawa ta trwa już czas dłuższy, cała prawie błona śluzowa gardzieli jest mniej lub wię-

¹⁾ LÖRI. Die durch and. Erkr. beding. Veränd. d. Rachens etc. 1885 r. str. 108.

²⁾ HERYNG. O chirurgicznem leceniu owrzodzeń gruźliczych krtani. Gazeta Lekarska. 1887.

cej zwyrodnioną, obszerne przestrzenie owrzodzone; w ogóle sprawa ta ma ogromną dążność do szerzenia się po powierzchni, małą zaś do drażenia wgłąb. Objąśnić to można chyba tem, że gruzelki i nacieki, z których te owrzodzenia powstają, nie siedzą w głębi tkanek, lecz tuż pod powierzchnią i przy obserwacji klinicznej widzimy, że rozpad zaczyna się od powierzchni. HEINZE jednak utrzymuje, że sprawa rozpadowa idzie z głębi tkanek ku powierzchni. Owrzodzenia te pokryte są zawsze obfitą wydzieliną koloru szarobiałego, po usunięciu jej widać, że dno wrzodów jest grubo-ziarniste, łatwo krwawiące. W wydzielinie znajdujemy zwykle dużo łaseczników gruźliczych.

Umiejscowienie tej sprawy bywa różne; zawsze prawie jednak przy tem cierpieniu zajęty bywa języczek, jeżeli nie w początkowych to w nieco późniejszych okresach. Dochodzi on wówczas znacznej wielkości, tak, że bywa nawet i w trojnásób we wszystkich wymiarach swoich powiększony, twardy, nieruchomy. W początku pokryty on jest guziczkami, których liczba szybko wzrasta, później cała jego powierzchnia ulega rozpadowi i owrzodzeniu. Do tego jednak nigdy dopuszczać nie należy, usuwając wczesnie taki nacieczony języczek; niszczy się tym sposobem ogromne ognisko zarazki, a co najważniejsze ułatwia się choremu przelżykanie. We wszystkich moich spostrzeżeniach języczek zawsze był zajęty, w przypadku VIII w ostatnim dopiero okresie choroby. W tych przypadkach gruźlicy gardzieli, gdzie języczek nie jest zajęty, bywa on zazwyczaj w stanie zaniku, tak, że przy wydawaniu głosu rozciąga się zupełnie i na pierwszy rzut oka wydaje się, że go niema wcale.

Często przy tej sprawie ulegają owrzodzeniom oba łuki z jednej strony, znacznie rzadziej z obu; rzadziej nieco spotykamy owrzodzenia gruźlicze tylnej ściany gardzieli, jeszcze rzadziej w jamie noso-gardzielowej, na migdałach, *in valleculis*. Wspomnieć mi tu należy o t. zw. zakażeniu miejscowem (*Abklatschgeschwäre*); spostrzegaliśmy razem z D-rem HERYNGIEM przypadek, gdzie do daleko posuniętej sprawy gruźliczej w płucach i krtani, przyłączyło się także cierpienie gardzieli, które powstało w dolnej części tylnej ściany, w miejscu gdzie przylegała silnie nacieczona i na brzegu owrzodzona nagłośnia; najmniejszej tu nie podlegało wątpliwości, że zakażenie nastąpiło przez przyleganie. Przypadek ten opisany jest przez D-ra HERYNGA (*l. c.*).

Pierwotna gruźlica gardzieli w dalszym ciągu posuwa się coraz niżej, zajmując krtani i płuco, tak, że w samym początku choroby jest okres, w którym w innych narządach, oprócz gardzieli, żadnych zmian chorobowych nie znajdujemy. Typowy pod tym względem jest opisany niżej przypadek VI. Gdy mamy do czynienia z gruźlicą gardzieli następczą, t. j., z cierpieniem, które jest jakby wyrazem najwyższego zakażenia, wówczas zmiany w płucach i krtani są już bardzo rozległe [spostrzeżenie VIII]. Zdarza się jednak, że przy rozległych zmianach w płucach i gardzieli, krtani jest bardzo mało zajęta [spostrzeżenie VII]. Pod tym względem żadnych prawideł dopatrzeć się nie można.

Przy pośmiertnem badaniu zwłok we wszystkich dotąd znanych przypadkach, powiada B. FRAENKEL, zawsze znajdowano ogólną albo przynajmniej bardzo rozległą gruźlicę prosówkową wszystkich narządów: płuc, wątroby, śle-

dziony, nerek, opłucnej, kiszki i t. d.. Mnie znane są bliżej wszystkiego 4 sekcje na zmarłych z gruźlicą gardzieli, żadna jednak nie pozwala mi podzielić poglądu B. FRAENKEL'a. Z tych 4 sekcji jedną wykonał D-r proz. PRZEWÓSKI, pozostałe 3 ja sam. Z tych jedną opisał D-r HERYHG (*l. c.*), 2 pomieściłem niżej przy odnośnych spostrzeżeniach, jedną przytaczam tutaj, gdyż przypadku tego jako niedokładnego nie pomieszczam przy kazuistyce.

Czarnecki Stefan, lat 23, przybył do szpitala w początkach Czerwca 1886 roku w stanie najwyższego wyniszczenia, które dokładne badanie uniemożliwiało. Choruje od lat dwóch, kaszel, krwioplucie. Ból przy polykaniu, od sześciu tygodni.

Oslabienie tak wielkie, że na łóżku przewrócić mu się trudno.

W obu płucach oznaki daleko posuniętego rozpadu.

Zmarł dnia 9 Czerwca 1886 roku.

Rozbiór zwłok: trup młodego mężczyzny nadzwyczaj wyniszczonego. Skóra bardzo blada. Tkanki tłuszczowej podskórnej brak zupełnie. Mięśnie blade, wiotkie.

Lewe płuco w górze i z tyłu silnie przyrośnięte. Na przekroju znajdujemy w górnym płacie 2 jamy, każda wielkości orzecha włoskiego i bardzo wiele małych. W dolnym zrazie wiele ograniczonych stwardnień w wielu z nich serowate massy. Prawe płuco nieprzyrośnięte z mnóstwem guzków stwardniałych, nieco mniej ich w dolnym płacie. Na przekroju dolne zrazy obu płuc dosyć czerwone, wypływa z nich znaczna ilość krwistego płynu, zawierającego pęcherzyki powietrza.

Serce małe, mięsień jego blady, zwiotczały. Komory serca wypełnione pośmiertnymi skrzepami.

Wątroba powiększona, na przekroju sucha, blade-żółta. Śledziona wdwójnasób powiększona. Powierzchnia na przekroju nierówna, jakby brukowana, blada. Cienkie skrawki trzymane pod światło, przeświecają. Nerki obie znacznie powiększone, blade; powierzchnia na przekroju lśniąca, skrawki przeświecają.

Trzustka długa na 20 ctm., szeroka 4 ctm., oddzielne jej zraziki ściśle odgraniczone. Powierzchnia na przekroju sucha, koloru cielistego.

Żołądek wzdęty, zawiera niestrawiony pokarm. Błona śluzowa blada, pokryta obficie śluzem. Na dnie żołądka bierne przekrwienie. Błona śluzowa kiszki ślepej zgrubiała, ciemnej barwy, w niektórych miejscach owrzodzona, nierówna. W takim samym stanie znajduje się błona śluzowa aż do połowy poprzecznicy (*colon transvers.*). Wyrostek robaczkowy wypełniony gęstym śluzem, błona śluzowa jego zgrubiała; na dnie owrzodzenie drążące głębokie. W kiszkach cienkich niezbyt przewlekły, w niektórych miejscach owrzodzenia gruźlicze.

Pęcherz moczowy zawiera blady moc, błona śluzowa jego bardzo blada. Krtani: nagłośnia blada, silnie nacieczona, wdwójnasób zgrubiała, lecz gładka. Cała tylna ściana krtani nacieczona, głównie chrząstki nalewkowe. *In rimula* głębokie obszerne owrzodzenie. Struny fałszywe i prawdziwe bez zmian.

W tchawicy i oskrzelach błona śluzowa silnie przekrwiona, pokryta obficie śluzoropną wydzieliną, spulchniona.

Na podniebieniu miękkim obszerne, płytkie, o nierównych brzegach i ziarnistym dnie owrzodzenie, które przechodzi na prawy przedni łuk *Resumé: Ulcera tuberculosa palati mollis et arcus glossopalatini dextri. Laryngitis tuberculosa. Tracheobronchitis chronica. Pneumonia lobularis caseoidea chronica utriusque pulmonis. Oedema acutum utriusque lobi inferioris. Infiltratio adiposa hepatis. Degeneratio amyloidea lienis et renum. Enteritis tuberculosa.*

Na zasadzie więc mojego materiału przychodzę do wniosku, że przy gruźlicy gardzieli znajdujemy takie same pośmiertne zmiany, jak to w ogóle ma miejsce przy suchotach, nie zaś tu nie ma charakterystycznego. Tak samo zresztą zapatruje się na tę kwestyję ZAWERTHAL i inni. Wszystkie tu przytoczone sekcje były robione na zmarłych z następczą gruźlicą gardzieli, być może, że przy pierwotnej ostrej prosówkowej gruźlicy, która szybko doprowadza do zejścia śmiertelnego, obraz ten byłby innym. FRAENKEL jednak, sądząc z historii chorób, widział sekcje w przypadkach zupełnie podobnych do moich.

Zwróćmy teraz uwagę na najważniejsze objawy gruźlicy gardzieli.

Najpierwszym objawem tego cierpienia, na który każdy z takich chorych skarży się przedewszystkiem, jest ogromna bolesność w gardle przy połykaniu, jak i bez niego; niektórzy doznają również bardzo silnych bólów kłujących w uszach. Wielu chorych skarży się też na to, że pokarmy wracają się nosem. Zależy to od porażenia podniebienia miękkiego, które nie zamyka wówczas jamy nosogardzielowej, podstawa zaś języka przy usiłowaniach połykowych popycha pokarmy ku górze. Wszyscy za ISAMBERT'em powtarzają, że gruźlica gardzieli sprowadza ból przy połykaniu, nie mający sobie równego przy żadnej innej chorobie. Jeden tylko STOERK ¹⁾ zaznacza, że jeszcze większy ból i przeszkodę do połykania widział przy wścieklicznie.

Zanim jednak dojdzie do tak silnego bólu, chorzy zwykle uskarżają się na nieznośne zasychanie w gardzieli.

Zawsze też prawie spotykamy przy tej chorobie bardzo obfite wydzielanie się śluzu i śliny. Bywa też niekiedy bardzo przykry, swoisty odór z ust. Najważniejsze jednak dane rozpoznawcze otrzymujemy przy badaniu podmiotowem. Charakterystyczne w tym względzie są owe drobne, białe guziczki, o których wyglądzie i umiejscowieniu wyżej była mowa. Spotykamy je naturalnie tylko w samym początku cierpienia. W dalszym rozwoju z guziczków tych powstały już owrzodzenia i z temi też najczęściej mamy do czynienia. Wygląd tych owrzodzeń opisałem wyżej. Dodać tu muszę, iż błona śluzowa gardzieli nie zajęta sprawą chorobową jest zwykle w stanie znacznej bezkrwistości, czasem znowu silnie przekrwiona i wtedy rokowanie można zrobić nieco lepsze. Bardzo częstym również objawem przy tem cierpieniu jest znaczne powiększenie wszystkich gruczołów chłonnych, a zwłaszcza szyjowych. Gruczoły te dochodzą wielkości fasoli, a nawet bobu, są bardzo twarde, mało bolesne, łatwo presu-

¹⁾ STOERK. Klinik d. krank. d. Kehlkopfes etc. 1880 r. str. 288.

walne pod palcami i rzadko zlewają się w pakiety. Zawsze, jak wspomniałem, gruczoły na szyi są powiększone, choć bardzo często i wszystkie inne, a przy sekcyjach znajdowałem przerost i zserowacenie gruczołów oskrzelowych i kręzkowych. W przypadku KRAUSE'go ¹⁾ były powiększone tylko gruczoły pachwinowe. We wszystkich moich przypadkach, oprócz VI, były bardzo rozległe zmiany rozpadowe w płucach. Cierpieniu temu towarzyszy zawsze gorączka, utrata łaknienia, co się po części tłumaczy nader bolesnem przelykaniem, szybki upadek sił i wyniszczenie ogólne, doprowadzające do zejścia śmiertelnego. Rozpoznanie tego cierpienia przedstawia zawsze pewne trudności, które zresztą drobnowidz usunąć może. Za ISAMBERT'em wszyscy autorowie [B. FRAENKEL, MACKENZIE, LOERI i t. d.], uważają objawy tej choroby za tak charakterystyczne, że kto ją raz w życiu widział nie może się w rozpoznaniu pomylić. Zdanie to tylko do pewnego stopnia jest uzasadnione, mianowicie co do początkowych okresów gruźlicy prosówkowej. Gdy jednak u danego chorego spotykamy już postać wrzodziejącą, zawsze pewne wątpliwości nasunąć się muszą, które zresztą odnalezienie laseczników KOCH'a usunąć może, do czego wystarcza najmniejsza ilość wydzieliny z wrzodu gruźliczego gardzieli.

Przed laty 20—30 każde owrządzenie w gardzieli uważano za przymiotowe, każdy taki chory leczony był ręcją. Ztąd też wielką zasługą ISAMBERT'a i FRAENKEL'a, że oni pierwsi zwrócili uwagę ogółu i ściśle opisali kliniczne objawy gruźlicy gardzieli. [C. d. n.]

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO KOBIECEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

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

Podał

Władysław Matlakowski.

Ordynator tego oddziału.

[Ciąg dalszy — Patrz. Nr. 42].

3. DWA WYRZEZANIA.

Spostrzeżenie XII. *Myoma cervicis et partim corporis uteri; castratio, sanatio.*

Mi...icz Józefa, żona oficjalisty, 34 l. wstąpiła na oddział D-ra KARWOWSKIEGO d. 2. V. 1886 r. z powodu uporeczywego krwotoku macicznego, trwające-

¹⁾ Berl. klin. Woch. 1884 Nr. 11.

go od dwóch tygodni; na podstawie silnego bólu w podbrzuszu tak przy macaniu, jak i niezależnie od tej manipulacji, podniesionej nieco ciepłoty, i t. d. rozpoznano *metritis et perimetritis acuta*. 15. V. chora została przeniesioną do swojego oddziału.

M. od 12 lat zamężna, nigdy w ciąży nie była; miesiączkować zaczęła w 14 roku i czynność tę prawidłowo odbywała aż do czasu wyjścia zamąż; dopiero w rok od tej pory pojawiła się miesiączka bardzo obfita; od tego czasu krwawienie miesięczne nie tylko było bardzo obfite, lecz także długo trwało, od tygodnia do 12—14 dni, a niekiedy przychodziło częściej, co 2—3 tygodnie; bólów atoli podówczas ani przed, ani podczas miesiączki nie doznawała. Podczas spółkowania doświadczała zawsze nieprzyjemnego klucia. Dopiero przed wstąpieniem do szpitala dostała silnych boleści w podbrzuszu, a w trzy dni później obfitego krwotoku z części płciowych; już w szpitalu objawy te ustały, lecz od dwóch dni krwotok pojawił się nanowo. Od czasu wyjścia zamąż w okresach między krwawieniami pokazywał się wypływ śluzowaty, ciągnący się. Chora żali się na bolesne i bardzo częste oddawanie moczu i ma zaparcie stolca. *Status praesens*. Chora miernego odżywiania, blada, delikatna kobieta; wygląd twarzy znękany i bolesny. Brzuch średniej wielkości; pokład tłuszczowy mierny. Po wprowadzeniu palca do pochwy, zaraz natrafia się na twarde wypuklenie przedniego sklepienia, po którym idąc w górę i w tył odnajduje się część pochwową; przednia warga wcale nie wystaje ponad powierzchnię guza, z nią stopioną; tylną wargę wyczuwa się w kształcie elastycznego guziczka; sklepienie tylne, osiągalne dla palca, jest miękkie i przez nie wyczuwa się szyjkę i dolną część trzonu macicy. Na boki guz, zajmujący sklepienie przednie, szerzy się bardzo daleko, szczególnie z prawej strony. Guz ten gładki, twardy, porusza się wzdłuż osi miednicy do góry, ale w ograniczonym stopniu, przyczem ręka położona na brzuchu wyczuwa poza spojeniem górną jego powierzchnię. Przy oburącznym badaniu pomimo całej usilności niepodobna jest z powodu naprężenia *parametriów* wymacać jajników. Zgłębnik wchodzi trudno, jama macicy 12 ctm.. Przez odbytnicę osiągnąć górnej granicy macicy nie można; zresztą wyczuwa się macicę bez żadnej granicy po bokach zlewającą się z guzem. Pęcherz znajduje się na właściwym miejscu. Co do innych narządów, to te żadnymi wybitniejszymi zaburzeń nie przedstawiają.

Rozpoznanie brzmiało jako: *myoma cervicis*, który powstał z przedniej części szyi i to w samej substancji macicy, jako *m. interstitiale*, a następnie przeważnie rozrastał się ku przodowi i ku dołowi wciągnął w siebie nawet wargę przednią, wypuklił i rozciągnął sklepienie przednie i boczne do wysokiego stopnia, niosąc na sobie i odsuwając macicę ku tyłowi, od której nie oddzielony jest ani z boków, ani od góry, od strony trzonu zgoła żadną brózdą, lecz owszem stopiony z nią, tworząc jeden guz wielkości dwóch pięści, naciskający głównie od przodu na pęcherz, którego ściana tylna rozciągnięta w miarę rozrostu guza pokrywa go na znacznej, jeżeli nie na całej przedniej powierzchni. Guz jest bardzo mało ruchomy, wypchnąć go, choć cokolwiek wyżej ponad płaszczyznę wchodu do miednicy nie można, a nieruchomość tę przypisać należy głównie rozciągnięciu *parametriów* przez guz, oraz okoliczności, że chora nie rodziła i skutkiem tego cały narząd rodzajny jest jeszcze dziewiczo niepodatny; wysięków bowiem w więzłach szerokich, oraz około macicy nie wyczuwa się, chociaż anamneza daje podstawy do przypuszczenia, że chora niejednokrotnie przebywała zapalenie otrzewnej w obrębie części płciowych.

Wskazania do operacji były jasne i naglące: z jednej strony krwotoki i zaburzenia w czasie każdej miesiączki, czyniące chorą nie tylko niezdolną do jakiegokolwiek pracy, do której obowiązuje ją położenie towarzyskie, lecz nawet odejmujące jej wszelką przyjemność, a nawet zakłcające zwykły spokój; z drugiej ciężkie objawy nacisku na narządy zawarte w miednicy, a w pierwszej linii

na pęcherz. Nie tak wszelako jasno zarysowywały się środki przedsięwzięć się mające celem uwolnienia chorej od tak nieznośnego stanu. O wyjęciu samego guza z pozostawieniem macicy nie mogło być mowy; nie zwracając już nawet uwagi na drogę, którą musiałoby się uskutecznić tę operację, trzeba było odluszczyć po uprzednim nacięciu sklepienia przedniego, przednią ścianę pochwy, dalej odluszczyć pęcherz na znacznej przestrzeni, a wreszcie oddzielić guz od macicy, nie wiedząc z góry, czy wyluszczenie tu na tępo byłoby możliwe, czy nie wypadłoby skończyć na częściowem wycięciu przedniej ściany trzonu i szyi macicy. Wyluszczenie guza wraz z macicą *in toto* drogą przez pochwę było niemożliwem przez wzgląd na rozmiary guza, sposobem zaś FREUND'a byłoby niesłychanie trudne i nawet wątpliwem, czy możliwe, rozważwszy, że wypadłoby z powodu nieruchomości guza, operować bardzo głęboko, oddzielić pęcherz, z którym guz jest zrosnięty, podwiązywać w głębi i t. d.. Z tych względów postanowiłem uskutecznić wycięcie jajników wraz z jajowodami.

D. 25. V. 1886 r. po zachloroformowaniu chorej, zrobiłem cięcie w smudze zrazu jak najmniejsze, gdy jednak przez nie, nie mogłem swobodnie manipulować przedłużyłem je ku górze. Idąc po twardej, gładkiej powierzchni guza w kierunku jajników, zrazu takowych wcale znaleźć nie zdołałem; dopiero rozszerzywszy cięcie, starałem się, o ile można przybliżyć, a nawet wprowadzić guz pomiędzy brzegi rany w ścianie brzusznej, ręką wsuniętą poza macicę, do dołu DOUGLAS'a. Wtedy przy starannem wymacaniu lewego więzła szerokiego udało mi się natrafić na lewy jajnik, zmieniony bardzo znacznie, a mianowicie twardy, spłaszczony, przymocowany do guza bardzo krótką krężką, tak, że trudno go wyciągnąć na zewnątrz między wargi rany brzusznej; nadto obok niego również zmienione, skurczone, w części zarosnięte *infundibulum* jajowodu, który od powierzchni guza, z powodu zrostów odciągnąć się nie daje. Gdy i obrócenie guza około osi, tak ażeby bokiem lewym ustawił się w ranie brzusznej, a przez to ułatwił manipulowanie, nie udało się, zmuszony byłem z wielkim mozołem, zasłaniając tłoczące się кишки grzbietem ręki, podwiązywać jajnik i jajowód w jamie brzusznej przez podkłucie i doprowadzenie grubej podwiązki, o ile możności zdala od samego jajnika, aby uniknąć zaciśnięcia w podwiązce jego elementów, poczem obie podwiązane części [jajnik, oraz *infundibulum*] zostały ponad podwiązką obcięte i wyjęte. Wypadło teraz to samo uskutecznić z prawej strony; tu jednak cała rzecz okazała się jeszcze trudniejszą; najprzód pomimo macania nie mogłem wcale wyczuć ani jajnika, ani jajowodu *resp.* jego *infundibulum*. Dopiero przy siakiem-takiem nakierowaniu bocznej prawej części guza do rany w ścianie brzusznej udało się na nim spostrzedz płaskie wzniesienie, w którym z odmiennej od guza twardości, pewnej ziarnistości, oraz resztek kosmków (*fimbriae*), pozostałych z *morsus diaboli*, można było odgadnąć jajnik całkowicie spłaszczony, rozciągnięty i w kształcie klapki zrosnięty z guzem, bez żadnej zgoła krężki; nic nie pomogło ciągnięcie i szczypanie, mające na celu utworzenie fałdy na guzie, w celu podkłucia, podwiązania i obcięcia jajnika; otrzewna i więz szeroki, *resp.* jajnik są tak ściśle z guzem spojone, stopione, że przy manipulacjach ujęcia za jajnik powstają wynaczynienia (*sugillationes*), ale fałdy utworzyć nie można. Obawiając się znowu na ślepo obkłuwać, żeby nieprzebić jakiego naczynia, nieprzeświecającego zresztą przez zgrubiałą i matową otrzewną zdecydowałem się jajnik ten, a raczej jego ślady pozostawić, poczem starannie oczywiwszy guz i dół DOUGLAS'a, zaszyłem ranę w ścianie brzusznej. Opatrzzenie zwykle przezemnie używane.

Przebieg pooperacyjny pomyślny; ani razu ciepłota nie podniosła się do 38° C.; wieczorem po operacji tętno 102, oddech 28 na minutę; podmiotowo atoli chora czuła się niezbyt dobrze; przez dwa dni wymiotowała; nudziło ją, oraz doznawała bezustannie silnych boleści w brzuchu; tętno dosięgało 120; moc

przezroczysty, prawidłowej barwy; *per vaginam* wypływ krwisty. 30. V. po kilku wlewaniach HEGAR'owskich sześć wypróżnień bardzo ciemnych; od tej pory stan ogólny się poprawiał stale. D. 1. VI. zdjęto szwy; *prima intentio*. 23. VI. chora opuściła szpital w stanie bez mała takim, w jakim wstąpiła, t. j. z bólem w podbrzuszu tak przy macaniu jak i bez tego, z guzem równie twardym i nieruchomym. Od tej pory przychodziła prawie co tydzień, tak, że miałem ją sposobność dokładnie obserwować.

Przez kilka pierwszych miesięcy pojawiała się miesiączka w skąpej ilości, z towarzyszeniem bólów prawie tak dotkliwych jak przed operacją. Chora brała kąpiele słone oraz miała sobie robione wstrzykiwania podskórne ergotyny. Zwolna ale wyraźnie zarysowały się zmiany świadczące o poprawie: chora była mniej bladą, mogła więcej się zajmować, boleści znacznie się uśmierzyły, a wreszcie przyszło i powstrzymanie się odpływu krwi miesięcznej, która nie pokazała się już od tej pory aż do połowy Czerwca 1887 r., t. j. do ostatniej wiadomości mojej o chorej; jednocześnie zauważyliśmy wyraźne zmniejszenie się guza.

Wynik zatem operacji wcale zadawalniający, i jest wszelka nadzieja, że poprawa jeszcze dalej się posunie.

Spostrzeżenie XIII. *Myoma interstitiale uteri; castratio; menopauseis; sanatio.*

St. . . wicz Konstancyja, 44 lat, klucznica w zamożnym domu, przybyła do mojego oddziału d. 5. XII. 1886 r.. Przed 5 miesiącami, czując się dotychczas zupełnie zdrową, nagle nie mogła oddać moczu, a jednocześnie pojawił się ból i parcie; zwolna wystąpiły boleści w krzyżu, które przypisywała nawykowemu zaparciu stolca. Z powodu tych przypadłości leżała już w moim oddziale, gdzie jej robiliśmy wstrzykiwania ergotyny w ściankę brzuszną; gdy wszystkie środki nie były w stanie ulżyć dolegliwości chorej, która nie mogąc sama sobie wypuszczać moczu, była zmuszoną ciągle potrzebować pomocy akuszerki, co przy jej stanie towarzyskim w dalszym ciągu musiałoby ją pozbawić kawałka chleba, postanowiła poddać się wszelkiej, choćby najniebezpieczniejszej operacji. Miesiączkowanie zupełnie prawidłowe i bez większych boleści; chora niezamężna, nigdy w ciąży nie zachodziła. St. średniego wzrostu, sniadej ale zdrowej cery, chuderlawa, z bolesnym wyrazem twarzy. Brzuch mały; na linii pośrodkowej ponad spojeniem łonowym po wypuszczeniu moczu wyczuwa się guz, który wystaje na dwa palce poprzeczne ponad spojenie, dolną częścią wchodząc do jamy miednicy; guz ten jest gładki, okrągły, twardy, poruszalny z boku na bok, przy macaniu nie bolesny. Na lewo od niego w okolicy kanału pachwinowego wyczuwa się mały guzik wielkości śliwki bolesny przy dotykaniu. Część pochwowa stoi nisko, jest długa, kształtu stożkowatego, twarda i gładka z ciasnym otworem na wierzchołku; przez wszystkie sklepienia wyczuwa się znaczne zgrubienie szyi, tak że część pochwowa tworzy jak gdyby krótki wyrostek cyczkowaty na guzie mniej więcej wielkości dwóch pięści. Przy badaniu obu rękami przekonujemy się, że guz jest prawie nieprzesuwalny w kierunku z góry na dół oraz *vice versa*, zarówno mało daje się poruszyć z przodu w tył i z boku na bok; natomiast jeśli palcem jednej ręki nacisnąć na część pochwową, to takowa bardzo łatwo przesuwają się w tył lub naprzód, a w tedy druga ręka przez ściankę brzuszną wyczuwa ruch guza w odwrotnym kierunku, tak, że istnieje obszerny ruch obrotowy około osi poprzecznej guza, który zrazu wydaje się dość ruchomym. W pęcherzu, ani w moczu nie znaleziono nic nieprawidłowego, tak, że zatrzymanie moczu zależy wyłącznie od nacisku na pęcherz i cewkę przez guz. Przez odbytnicę badanie nie dodaje żadnego szczegółu do danych tylko co opisanych. W narządach wewnętrznych ważniejszych zaburzeń nie dostrzeżono.

Rozpoznanie brzmiało jako *myoma interstitiale* nietylko trzonu lecz także szyi macicy. Wskazaniem do operacji były o b j a w y n a c i s k u na narządy zawarte w miednicy. Co się zaś tyczy rodzaju przedsięwzięć się mającej opera-

cyi, to ponieważ z góry przypuścić było można, iż *hysterectomia supravaginalis* będzie bardzo trudną, postanowiłem, gdyby się okazała niemożliwą, zrobić wycięcie jajników i jajowodów.

Dnia 7. Stycznia 1887 r. chora została zachloroformowaną; uspienie jednak bardzo niezupełne, z powodu bowiem słabego tętna, oraz powierzchownego oddechu, co chwila trzeba było odejmować maskę z chloroformem; skutkiem tego chora wiała się, naprężała mięśnie brzuszne, tak, że trudno było utrzymać kieszki w jamie otrzewnej. Cięcie w smudze białej; włożywszy przez nie rękę do jamy brzusznej, przekonałem się, że w dole DOUGLAS'a nie ma zrostów, że sieć i otaczające trzewa nie są przyrosłe do guza; próby wydobywania go na zewnątrz okazały się bezowocnymi; nawet po rozszerzeniu cięcia ku górze i napychaniu na część pochwową i na sklepienia ręką pomocnika nie udało się wydobyć macicy choćby na tyle, żeby się przynajmniej górny odcinek guza ukazał między wargami rany. Ponieważ ruchy bujania około osi poprzecznej [z prawej strony na lewą idącej] były wcale obszerne, ponieważ nie znalazłem wysięków w więzach, ani zrostów, któreby mogły objaśnić tę niemożebność wydobywania macicy *resp.* guza choć w części na zewnątrz, jeszcze bardziej utwierdziłem się w przypuszczeniu, że temu na przeszkodzie stała krótka pochwa, niepodatne sklepienia i krótkie więzy w ogóle *parametria*. Po wprowadzeniu cewnika do pęcherza przekonaliśmy się, iż fałda przejściowa otrzewnej z macicy na pochwę stoi wysoko, świadcząc, że guz rozrastając się w ścianie macicy, podniósł ze sobą ku górze i przyległą ścianę pęcherza. W obec takich technicznych trudności, wynikających z konieczności operowania w głębi małej miednicy, oraz przy tak złej narkotyzacji chorej wolałem poprzestać na podwiązaniu i obcięciu obu jajników wraz z jajowodami, jak najbliższej powierzchni guza. Wycięte części nie przedstawiały żadnych grubszych zmian.

Przebieg po operacji zupełnie pomyślny: ciepłota ani razu nie przekroczyła 38° C., ani nie obniżyła się poniżej 36,8° C., tętno 90—100. Natomiast pod względem podmiotowym chora doznawała przez długi czas bardzo przykrych boleści w podbrzuszu i nie odczuła zrazu żadnej poprawy; owszem przyłączyły się dolegliwości skutkiem zapalenia pęcherza, wywołanego przez wprowadzanie cewnika. Bóle w okolicy wyciętych adneks'ów w okresie najbliższej miesiączki były bardzo żywe, lecz sam odpływ krwi nie ukazał się. Chora wyszła z oddziału 3. III. 1887 r. w stanie następującym: ogólna poprawa, oddawanie moczu zupełnie swobodnie, bez palenia, napięcia i zatrzymywania się; wypróżnienia jeszcze opieszale, guz wyraźnie się zmniejszył, część pochwowa zmalała i zmiękła; przy badaniu ponad spojeniem spotykają się palce obu rąk; guz nad spojeniem wymać trudno; odpływu krwi nie było ani razu, ani nawet silniejszych *molimina*.

Gdy przed wyjazdem na wieś w końcu Maja chora była u mnie, stan jej ogólny był kwitnącym, owszem żaliła się, że tyje, że ma uderzenia do głowy, zdradzające się zawrotem, poczerwienieniem twarzy i t. p., lecz miesiączka nie powróciła, a oddawanie moczu pozostało swobodnem. W końcu Sierpnia widziałem znowu chorą, która znacznie przytyła; dawne dolegliwości już nie powróciły, lecz pojawiły się artrytyczne bóle w stawach palców u rąk.

Z tych ostatnich trzech spostrzeżeń, okazuje się, co zresztą jest rzeczą dobrze znaną, na jakie trudności natrafić można przy wycinaniu jajników (*castratio*), które pozornie zdawałoby się mogło operacją prostą i łatwą. HEGAR*), który szczegółowo i wybornie te trudności opisał i rozebrał, nie waha się doradzać w trudnych przypadkach dostatecznego rozszerzenia cięcia, opuszczenia głowy i klatki niżej od brzucha, celem usunięcia jelit i sieci z pola operacyjnego, a nawet wygarnięcia kiszki z brzucha (*eventratio*) i nacięcia w poprzek mięśnia pro-

*) Die operative Gynaekologie, 1886, str. 392—399.

stego brzucha, jeżeliby tamował drogę do jajnika przyrosłego i ukrytego w głębi miednicy. Zwłaszcza przy mięśniakach zachodzić mogą bardzo nieprzyjemne okoliczności i wydarzenia. Można wcale nieznaleźć obu jajników lub jednego z nich; wytaczanie guza wraz z macicą na zewnątrz pomaga bardzo przy odzyskaniu jajnika przyrosłego i rozplaszczonego na mięśniaku, lecz samo wytoczenie tego ostatniego na zewnątrz wywołuje takie niebezpieczeństwa, że je HEGAR odradza; w takich razach wyraźnie mówi, że lepiej jest operacji zaniechać; myśmy właśnie w XI spostrzeżeniu nie mogąc znaleźć jajników, zmuszeni byli w ten sposób postąpić; w XII, nie zdołaliśmy odnalezionej jajnika oddzielić od guza, tak był do niego nietylko przyklejony i rozplaszczony, lecz nawet wrosnięty, że należałoby go nożem wyciąć, przez co powstałoby obszerne krwawiące zagłębienie, niemożliwe do zaszcycia z powodu tęgości tkanek i dużego defektu.

Co się tyczy skutku operacji, to pozwałam sobie przytoczyć niektóre cyfry z HEGAR'a. Na 55 wyrzezań uskuteczionych przezeń było 6 przypadków śmierci. Co do wpływu na mięśniaki, to z owych 55 przypadków bierze HEGAR 28 spostrzeżeń pewnych; otóż z tych 28 przyp. w 20 natychmiast po operacji ustały krwawienia i miesiączka, w 4 zjawily się najprzód nieprawidłowe krwawienia, które potem ustały, w 1-ym krwotoki po dawnemu, w 3-ech najprzód *menopausis*, potem krwawienie. Według dużego zestawienia TISSIER'a obejmującego 171 operacji, było z tego 25 przyp. śmierci. W tej liczbie na 146 przypadków wyniki co do krwotoków były następujące: w 89-ciu przyp. krwawienie zupełnie ustało; w 21-ym nastąpiło *menopausis* po dłuższych lub krótszych nieprawidłowych krwawieniach; w 10-ciu miesiączka powróciła, ustawszy na czas jakiś; w 26-ciu nie wspomniano o krwawieniach, zanotowano tylko wogóle wyzdrowienie.

4. SZEŚĆ HISTEREKTOMII.

Spostrzeżenie XIV. *Myoma uteri interstitiale et subserosum; hysterectomia supravaginalis; sanatio.*

Goldfeder Szajndla l. 32, żona kupca, wstąpiła do szpitala na Pradze do oddziału D-ra JAWDYŃSKIEGO d. 24. II 1887. Zameężna od 4 lat, nigdy w ciąży nie zachodziła; miesiączka w 1½ roku po zamążpójściu stała się bardzo obfitą, a mniej więcej od roku tak dalece, że krew płynna ze strzępami płynie nieraz przez tydzień, a nawet do 10—14 dni; w odstępach między temi krwotokami krew nie ukazuje się; w czasie miesiączki chora doznaje silnych boleści w podbrzuszu oraz w krzyżu; przed ½ rokiem chora z powodu gwałtownego krwotoku zmuszoną była uciec się do pomocy lekarskiej. Chorą po raz pierwszy widziałem w Lipcu 1886, znalazłem wówczas guz bardzo mało ruchomy, z jamy miednicy wyrastający; chora wtedy wyglądała daleko lepiej.

Status praesens. Średniego wzrostu, śniadej cery, chuderlawa, dobrej budowy; błony śluzowe blado-różowe. Brzuch wogóle mały, okiem odróżnić można, że prawa dolna połowa jest bardziej wypukła niż lewa; ściana niezbyt napięta; guz twardy zajmuje podbrzusze, jest asymetryczny i składa się z dwóch wyraźnych części zlewających się ze sobą ku dołowi ponad spojeniem w jeden guz; prawa część bardzo twarda sięga aż powyżej od linii pępkowej, a przedłożeniem kulistym wysuwa się w kierunku podżebrza lewego, zajmuje nadto część

przyległą dołu biodrowego; powierzchnia guza [o ile sądzić można przy macaniu przez ścianę brzuszną grubą i jędrną jak u kobiety, która nie rodziła] jest nie gładką. Lewa część guza, znajdująca się ponad lewym więzłem POUPART'a, jest mniejsza od prawej, nie tak twarda, więcej elastyczna; obie części stopione ze sobą stanowią masę guza, wchodzącą poza spojeniem łonowym do miednicy. Guz przy macaniu nie bolesny, w górnej części kiszkami pokryty, w dolnej daje odgłos tępy, okolony jest pasem odgłosu bębniściego od góry i po bokach. Guz przy usiłowaniu poruszenia go przesuwa się wyraźnie, ale bardzo mało tak z boku na bok, jak i w kierunku pionowym. Pochwa nieobszerna; część pochwowa stożkowata, duża, jędrna; usta okrągłe i bardzo ciasne; część pochwowa zwrócona na prawo i w tył. Przez sklepienia wyczuwa się, że część pochwowa przedłuża się w nagle rozszerzającą się szyję, a raczej guz, twardo elastyczny dużych rozmiarów; przy nadawaniu ruchów guzowi z boku na bok, część pochwowa porusza się razem z nim, tak samo i przy unoszeniu guza, które jednak jest tak nieznaczne, że palce rąk nie spotykają się ponad spojeniem łonowym. Zgłębnik maciczny metalowy wchodzi bardzo płytko, a elastyczny zagina się, tak że wysondowanie macicy nie powiodło się. Cewnik wchodzi do pęcherza łatwo, nie sięga wysoko ponad spojenie łonowe, lecz za to można szeroko przesuwając go na prawo i na lewo. Przez odbytnicę wyczuwa się twarde, gładki guz, którego granicy dosięgnąć nie można.

Oddawanie moczu swobodne, lecz częstsze niż prawidłowo; mocz białka nie zawiera; wypróżnienia odbywają się prawidłowo; tony serca czyste i mocne; oddech prawidłowy.

Po opróżnieniu kanału pokarmowego ruchomość guza okazała się nieco większą; po badaniu atoli zgłębnikiem d. 25. II. powstało lekkie krwawienie; 27. II. krwawienie obfitsze, ze skrzepami; wątpliwe, czy nie pojawiła się miesiączka, która powinna była przyjść około 10. III., dlatego też operacja naznaczona z początku na 28. II. została odroczonej; tegoż dnia ciepota 39° C. 1. III. po południu dreszcz, gorączka, a w nocy poty. 2. III. z rana 37° C., wieczorem 36,9° C.. Dopiero gdy krwawienie ustało i objawy powyższe przeszły d. 7. III. 1887 po zachloroformowaniu chorej w obecności i przy pomocy D-rów JAWDYŃSKIEGO, KRYŻEGO, ORŁOWSKIEGO, KONDRATOWICZA, GULIŃSKIEGO, CIECHOMSKIEGO, SREBRNEGO przystąpiłem do operacyi. Cięcie odrazu długie, począwszy powyżej pępka, aż do spojenia; ściana brzuszna bardzo gruba, z powodu dobrze rozwiniętego pokładu tłuszczowego; smuga bardzo mocna, chrzęści pod nożem; po przecięciu jej mięśnie proste rozstępują się na boki; tłuszczu podotrzewnego dużo; otrzewna naprężona; krwawiących naczyń w przeciętej ścianie musieliśmy podwiązać dużo. Po otwarciu jamy otrzewnej okazuje się, że sieć rozpostarta przykrywa guz i przyrosła jest do guza na poziomie górnego brzegu spojenia łonowego. Odsunąwszy sieć na lewo, doszedłem do jej prawego brzegu, a podzieliwszy ją na 5 pęczków i podwiązawszy je, rozciąłem, torując sobie w ten sposób drogę do przedniej powierzchni guza, który okazuje się wszędzie wolnym. Ponieważ wydobycie guza w całości przez ranę na zewnątrz okazało się niemożliwym, przeto wypukliwszy w ranie lewą część guza, gdzie wyczuwa się część płaską, chlebocącą, opróżniłem ją przez nakłucie; poczem otwór zamknąłem mocnymi kleszczami. Wtedy rozszerzywszy cięcie brzuszne, przy pomocy ręki wprowadzonej do pochwy celem napychania guza ku ranie, udało się wytoczyć na zewnątrz najprzód lewą, potem i prawą część guza; dalsze wydobycie okazało się niemożliwe z powodu naprężenia *ad maximum* więzów szerokich, a zwłaszcza fałd otrzewnej przechodzących na doły biodrowe. Celem oswo-bodzenia nieco guza podwiązałem i przeciąłem z obu stron napięte pęczki więzów szerokich zawierające grube naczynia krwionośne, poczem na podstawę guza, jak najniżej nałożyłem pętlicę drucianą zaciskadła KOEBERLE'go, a obciążwszy guz, umieściłem otrzymany kikut w dolnej części rany brzusznej. Wtedy

beczyściwszy jamę otrzewnej, odprowadziwszy wypadłe na zewnątrz jelita, przystąpiłem do zaszycia jamy brzusznej; okazało się ono bardzo trudnem z powodu napięcia nie tylko samych ścian, lecz także naprężenia otrzewnej ścienniej, której dokładnie przyszyć do otrzewnej kikuta poniżej drutu zaciskającego nie zdołałem. Ściąwszy jeszcze z powierzchni kikuta spore skrawki dla zmniejszenia masy, mającej obumrzeć, przebiłem go długą igłą, której końce, opierając się na ścianie brzusznej miały za zadanie przeszkodzić wciąganiu się szypuły do jamy otrzewnej, poczem zbliżyłem brzegi pokrowca perytonealnego kikuta, celem zakrycia powierzchni jego cięcia. Opatrunek zwykły z gazy jodoformowej i sublimatowej, oraz waty, przymocowanych szerokim bandażem, otaczającym cały brzuch i dolną część klatki piersiowej.

Guz przechowany w spirytusie, ważył w kilka dni po operacji 1250 gramów, nie licząc kilku grubych skrawków, które zostały wyrzucone po operacji; składa się z trzonu macicy i trzech mięśniaków zrosłych w jeden duży guz, którego część prawą i nieco tylną zajmuje macica. Jeden mięśniak prawy wyrasta z pośrodku przedniej ściany i dna macicy, której tkanka warstwą grubości dwóch palców otacza go na kształt łupiny od przodu i od góry; od jamy macicy mięśniak oddzielony jest również warstwą tkanki macicznej grubości palca; granica między tkanką maciczną i tkanką mięśniaka jest wyraźna tak dla oka, jak i dla palca, gdyż pierwsza jest czerwona, elastyczno-podatna, porowata, obficie ukrwiona i kurczliwa, gdy tymczasem druga blade-różowa, twardo elastyczna, mało unaczyniona i niepodatna; granicę między temi tkankami stanowi luźna tkanka łączna, skutkiem czego łatwo się odłuszcza mięśniak od tkanki macicznej. Jama macicy spłaszczonej przylega z prawej strony i od tyłu do guza. Na lewo od tylko co opisanego mięśniaka znajduje się drugi zrosły szeroko z pierwszym za pomocą tak luźnej tkanki, że się po sobie mogą ślizgać. Wreszcie dalej na lewo i w górę na drugim mięśniaku siedzi trzeci, mniejszy wielkości pomarańczy na dość cienkiej szypule. Guzy te na przekroju jednostajnie blade różowe, prawie białe, twarde, bez wyraźniej dla oka grubej budowy. Wszystkie te guzy wraz z macicą otoczone są powłoką surowiczą, cienką, miejscami od guza oddalającą się, tworzącą w ten sposób odstępy wypełnione płynem surowicznym, podobnie jak błona pającza tworzy odstępy podpajęczne, przechodząc z jednego zawoju mózgu na drugi. Niektóre odstępy są bardzo znaczne i tworzą nawet znaczne torbiele. Na powierzchni guza widać liczne błony wrzekome. Jajników oraz jajowodów na guzie nie widać.

Przebieg z początku był ciężki: chora doznawała silnych boleści, miała uporczywe wymioty; ciepłota najwyżej podniosła się do 38° C. i kilku dziesiątych; w trzecim tygodniu oddzieliła się pętlica druciana wraz z zaciśniętą częścią kikuta. Gojenie się rany, która z powodu bardzo znacznej grubości kikuta, była obszerną i zapełnienie ziarniną pozostałej między brzegami ściany brzusznej jamy po odpadnięciu obumarłej [odciśniętej części] szło powoli, lecz bez żadnych zaburzeń. W dwa miesiące po operacji chora opuściła szpital w pożądanym stanie.

Chorą później niejednokrotnie widziałem; poprawiła się znacznie, zyskała na siłach i zajmowała się jak dawniej ciężką pracą fizyczną bez żadnych dolegliwości; jedynie pokazywała mi się od czasu do czasu z powodu przetoki, która pozostała w bliźnie na brzuchu, w miejscu, gdzie był umocowany kikut; z przetoki tej sączył się płyn krwawo-surowiczny w skąpej ilości. W kilka miesięcy później przy badaniu *per vaginam* znalazłem część pochwową i część szyi całkowicie ruchome, swobodne, a zatem zupełnie oddzielone od przedniej ściany brzusznej, w której kikut był umocowany po operacji i przez długi czas tam przyrosły; przetoka pozostała po dawnemu. Miesiączka nie pokazała się ani razu.

Spostrzeżenie XV. Myoma uteri subserosum; hysterectomia supravaginalis; mors ex embolia arteriae pulmonalis.

Najmolina Teresa [Najmola], 50-letnia, wieśniaczka z pod Wyszkowa przybyła do oddziału mojego d. 2. III. 1887 r., zamężna, miała 4-ro dzieci, ostatnie przed 15 laty. Do końca zeszłego roku była zupełnie zdrową, dopiero w tej porze miesiączka stała się bardzo obfitą; zwolna zjawilo się uczucie rozpiekania w dolnej części brzucha i bóle w krzyżu. Krwawienie miesięczne trwało od tego czasu po 7—10 dni. przyczem odchodziło bardzo wiele krwi płynnej i skrzepów; w odstępach między peryjodami pojawiał się odptyw różowawy; od tej pory chora znacznie schudła. *Status praesens.* Dobrego wzrostu i budowy, woskowo-bladej cery; pokład tłuszczowy gruby, lecz jakby nabrzękły i wiotki; obrzęk kończyn dolnych. Odrażający zapach z jamy ustnej, język obłożony, biało żółty. Brzuch duży, wiotki; ściany grube i podatne; ponad spojeniem łonowem wyczuwa się guz okrągły, twardy, przesuwalny, dający odgłos tępy przy opukiwaniu; smuga ledwie widoczna, z wiotkich sutek nie wyciska się wydzieliny. Z pochwy smrodliwy odptyw krwisty w ogromnej ilości. Błona słuźowa sromu bardzo blada, pochwa obszerna, wiotka, część pochwowa powiększona, twarda, w usta można wprowadzić czubek palca; tuż ponad pochwą wyczuwa się przez sklepienie, że macica rozszerza się w gruszkowaty twór, wielkości główki dziecka, tworząc guz twardo-elastyczny, gładki i nadzwyczaj ruchomy, tak, że bez żadnego bólu można go posunąć aż do pępka, przyczem obie ręce spotykają się nad spojeniem łonowem, a część pochwowa podnosi się wysoko, tak samo bardzo daleko udaje się przesunąć guz na prawo i na lewo. Zgłębnik maciczny wchodzi do jamy macicznej na 15 cm.

Po odpowiedniem przygotowaniu chorej d. 9. III. 1887 r. przystąpiłem do operacyi, która wskazaną była ze względu na wyczerpujące krwotoki. Chora woskowo-blada, jeszcze bardziej obrzękła i osłabiona z powodu śmiertelnej trwogi przed operacyją. Zachloroformowanie było łatwe. Cięcie w smudze niedługie, a w otrzewnej natyle, ile potrzeba dla wydobycia guza; z przeciętych tkanek płynie krew blada jakby wodnista. Guz wydobylem z łatwością w ten sposób, że wyważałem go ręką od tyłu, pomocnicy zaś ześlizgiwali po nim brzegi rany. Guz nigdzie nie przyrosły, gładki, po obu bokach jajniki i jajowody również swobodne, wychodzą z górnej części guza. Nałożywszy podwiązkę elastyczną na wysokości ujścia wewnętrznego macicy, obciąłem guz, przyczem otwartą została jama macicy, poczem błona słuźowa została wyskrobana i przypaloną chlorkiem cynku, poczem podwiązałem naczynia widoczne w powierzchni cięcia więzów szerokich, umieściłem kikut w dolnej części rany, przebiłem go nad ligaturą długą igłą; wtedy zmniejszywszy jeszcze kikut przez skrajanie z niego kilku grubych skrawków, zwłaszcza ze środkowej części szypuły, zbliżyłem obwodowe części kikuta do siebie kilku szwami dla okrycia powierzchni cięcia powłoką otrzewnową. Kilku szwami przyszyłem listki ścienne brzegów rany brzusznej do pokrowca otrzewnowego na macicy poniżej ligatury elastycznej, poczem ranę w ścianie brzusznej zaszyłem. Kikut potrząsnięto jodoformem i opatrzona gazą jodoformową. Toalety jamy brzusznej wcale nie robiłem, gdyż prawie cała manipulacyja odbyła się na zewnątrz jamy otrzewnej.

Guz ważony w tydzień po operacyi, nie licząc mniejszych skrawków ważył 420 grm.. Przekroiwszy preparat za pomocą cięcia w płaszczyźnie czołowej, znaleźliśmy, że mięśniak nadzwyczaj szeroką postawą wyrastał z prawej ściany macicy, począwszy od ujścia wewnętrznego, aż do dna, odsuwając błonę słuźową macicy na lewo, tak, że jama macicy na przekroju w kształcie szczeliny otacza guz z lewej strony. Ściany macicy są potężne, grube, granica między tkanką maciczną, a mięśniakiem wyraźna dla oka i dla palca. Jajowody i jajniki zmian nie przedstawiają.

Przebieg: wieczorem po operacji ciepłota 37,° C., tętno 80; chora zupełnie spokojna, zadowolona, nie ma bólesci, ani czkawki, ani wymiotów. Dnia 10 Marca. Ciepłota rano 37° C., wieczorem 37,5° C., tętno 88, spała dobrze, czuje się wybornie; wygląd dobry, tylko chora jest bardzo bladą. Dnia 11-go Marca. Ciepłota rano 37,3° C., wieczorem 38° C., stan zupełnie zadawala-
jący. Dnia 12. III. Ciepłota rano 37,5° C., wieczorem 38° C., stan dobry. Dnia 13. Ciepłota 38,6° C., wieczorem 38,5° C., niepokój, uczucie duszności, braku powietrza, lekki kaszel, bez plwociny, tętno bardzo słabe 120, brzuch mały niebolesny. Dnia 14. Ciepłota rano 37° C., wieczorem 37,6° C., tętno 136 ledwie wyczuwalne; w nocy chora nagle osłabła, wpadła w stan jakby na pół przytomny, który określała, że o mało nie zemdlala, rysy twarzy zmienione; oddech 50 na minutę, ogromna duszność, pobudzenia do kaszlu, a plwociny mało i szklista; przy wysłuchiwanu rżenia przy kregoslupie bardzo obfite i drobne, tętno bardzo drobne, co uderza przy skurczach serca bardzo mocnych i widocznych, język suchy, moczu bardzo mało. Dnia 15. Ciepłota rano 37,5° C., wieczorem 37,6° C., przy zastosowaniu środków pobudzających zabłysła pewna nadzieja; uderzeń serca 118 na minutę, lecz następnego dnia chorą znaleźliśmy bez tętna, a 17-go t. j. w ośm dni po operacji zmarła.

Przy badaniu pośmiertnem, którego dokonał kol. PRZEWOSKI, znaleziono zakrzep w żyłach, sięgający aż do żyły biodrowej wspólnej, a w obu płucach zatór tętnic płucnych (*embolia arteriarum pulmonalium*).

[C. d. n.]

IV. TORBIEL WRODZONA POD POWIEKĄ DOLNĄ.

Podał

Feliks Winawer.

[z oddziału ocznego szpitala starozakonných w Warszawie.]

N. N. 11-sto miesięczna dziewczynka, zupełnie zdrowa i dobrze odżywiana, urodziła się z guzem wielkości orzecha laskowego pod lewą dolną powieką i bez oka z tejże strony. Skóra na guzie była zupełnie prawidłową. Po 2 tygodniach guz zaczął się rozrastać, skóra na nim mocno zsiniała, obecnie [dnia 17. IX. 1886 r.], jest wielkości śliwki [$3\frac{1}{2}$ ctm., w wymiarze poziomym i $2\frac{1}{2}$ w pionowym], zajmuje całą powiekę dolną od brzegu, aż poniżej łuku oczodołowego dolnego; od góry i z tyłu wchodzi głęboko w oczodół, gdzie pokryty jest łącznicą, przez którą przebija ciemno-zielony kolor guza. Od wewnątrz przechodzi lekkim spadkiem w część zdrową, od zewnątrz zaś mocniej wypukłony, ostrą linią odgranicza się od części otaczających. Guz elastyczny, chęłboczący. Skóra na nim mocno napięta, lecz swobodnie się przesuwa, zrostów nigdzie nie ma. Kolor skóry w części wewnętrznej guza blady, mało zmieniony, w zewnętrznej zaś żółto-zielonego koloru. Żyły na skórze mocno nastrzyknięte. Wszystkie części dodatkowe oka z lewej strony [powieki, rzęsy, oczodół, łącznica, punkty łzowe] prawidłowo rozwinięte, lecz gałki ocznej ani śladu nie ma. Oczodół wysłany prawidłową łącznicą. Prawe oko, prócz lekkiego drgania (*nystagmus*), żadnych zmian nie przedstawia.

Dnia 21. IX. przystąpiłem do wyluszczenia guza. Cięcie zrobiłem poziome wzdłuż całego guza i skórę odseparowałem od przedniej jego powierzchni. Tylna jednak ścianka okazała się mocno przyrośniętą do części pod nią leżących, tak, że oddzielić jej, wobec nadzwyczajnej cienkości torebki, nie mogłem. Przy słabym ucisku tępe narzędziem, którym torbiel chciałem podminować, torebka pękła i zawartość jej wylała się na zewnątrz. Obciąłem więc tylko przednią ściankę torbieli, jamę pozostałą posypałem jodoformem i nałożyłem opatrunek. Dnia 29. IX. rana była już prawie zagojoną. Kolor torbieli był ciemno niebieski, powierzchnia jej gładka, jednostajna. Torebka mocno napięta, bardzo cienka. Płyn w niej zawarty był koloru ciemno-czerwonego, rzadki, wodnisty. Torebkę obciętą badał pod drobnowidzem kol. KAMOCKI i nie znalazł w niej żadnych tworów przypominających ściankę oczną, zewnętrzną jej warstwę tworzyła zbita włóknista tkanka łączna, wewnętrzna natomiast, obfitująca w komórki, przypominała raczej tkankę jamistą, szerokie zaś przestworza między jej beleczkami zawierały grudki bezkształtnego barwnika oraz ulegające wstecznej przemianie ciała krwi.

U matki dziecka, Chai Waserman, zdrowej, dobrze zbudowanej, 24-letniej kobiety, znaleźliśmy nie mniej ciekawe zmiany wrodzone w obu oczach.

Oko p r a w e: szpara powiekowa węższa i niższa niż lewa, gałka cała nieznacznie zmniejszona, od przodu spłaszczona, rogówka mała, płaska [5 mm. w średnicy poziomej i 6 w pionowej], komórka przednia bardzo płytka. W tęczy od dołu szpara (*coloboma iridis*) o brzegach lekko schodzących się ku dołowi. Szpara zamyka się blisko brzegu rzęskowego tęczy. Za źrenicą nagromadzony ciemny barwnik nie pozwala obejrzeć dna oka. Oko to zachowało tylko słabe uczucie światła we wszystkich kierunkach, tylko od góry ślepotą zupełna. Mamy więc w tem oku *microphthalmus* w słabym stopniu, *microcornea*, *coloboma iridis*, a prawdopodobnie i *chorioideae*.

Oko le w e: wielkość gałki prawidłowa, rogówka zmniejszona w wymiarze poziomym [około 8 mm.], komórka przednia nie płytka. *Coloboma iridis*, dochodzące prawie do brzegu rzęskowego tęczy, o brzegach lekko schodzących się ku dołowi. Cała źrenica znacznie przesunięta ku dołowi. Wziernikiem widać szeroką szparę naczyńiówki. Szpara ta najszersza w równiku, ku przodowi zwęża się, lecz przedniego jej zakończenia nie widać. Ku tyłowi dochodzi prawie do górnego brzegu tarczy nerwu wzrokowego, tak, iż ją całą otacza prócz górnego jej brzegu. Tarcza prawie 3 razy powiększona, w kształcie trójkąta z wierzchołkiem zwróconym ku dołowi wchodzi w szparę, od której różni się różowym zabarwieniem i naczyniami; *coloboma nervi optici*. Naczynia centralne nigdzie nie wchodzi na szparę, lecz wszystkie idą od wierzchołka trójkąta tarczy ku górze, a tam dopiero rozgałęziają się na zewnątrz i wewnątrz. Kolor szpary błyszczący, biały, przy brzegach nagromadzony barwnik, na dnie jej znajdują się nieliczne i cienkie naczynia skleralne. W obu oczach nieznaczny *nystagmus*. Siła wzroku w oku lewym nie duża [liczy palce w odległości 8'], mocne szkła wkleśłe cokolwiek polepszają widzenie. Pole widzenia, z powodu drżenia gałki, trudno ściśle zbadać, zdaje się jednak prawidłowem we wszyst-

kich kierunkach, tylko od góry zupełna ślepotą, na co już sama chora zwróciła uwagę.

W obu więc oczach w górnej części pola widzenia, t. j. w miejscu odpowiadającym szparze w naczyniówce, ślepotą była zupełna, co było do przewidzenia, gdyż tam, gdzie jest szpara naczyniówki, tam musi być i brak siatkówki i ten ostatni musi być uważanym nie jako konieczne powikłanie szpary naczyniówki, lecz jako pierwotna jej przyczyna, jako wynik niezamknięcia się szpary zarodkowej wtórnego pęcherza ocznego. Tak objaśnił ten fakt SCHOELER, opierając się na poszukiwaniach REMAK'a i dotychczas wszystkie prawie badania kliniczne i anatomiczne potwierdziły to, konstatując zawsze brak siatkówki w miejscu, w którym jest szpara naczyniówki ¹⁾. Genetycznie trzebaby to raczej nazwać *coloboma retinae*, a nie *chorioideae*, gdyż z wtórnego pęcherza ocznego tworzy się siatkówka

Niezamknięcie szpary pęcherza ocznego prócz *coloboma* wywołuje jeszcze inne skutki. Przy zmniejszonej odporności ścianki ocznej w tem miejscu, gdzie jest brak siatkówki i naczyniówki, pod wpływem ciśnienia wewnątrz-gałkowego następuje wypuklenie tej części ścianki i otrzymujemy garbiec białkówki (*staphyloma sclerae*) jako wynik szpary siatkówki. Większe rozmiary szpary [jeżeli na całej długości lub w większej jej części szpara zarodkowa pozostaje otwartą] wpływają upośledzająco na rozwój całej gałki, powodując jej zmniejszenie (*microphthalmus*) i zmianę jej kształtów [prawe oko Chai Waserman]. *Coloboma* jest najczęstszą przyczyną wrodzonego *microphthalmus*.

Wypuklenie białkówki, jeżeli się powiększa, to kosztem całej gałki, która przy tem odpowiednio się zmniejsza. W niektórych przypadkach garbiec białkówki do tego stopnia się powiększa, że tworzy duży pęcherz, a gałka mały, ledwie dostrzedz się dający, jego dodatek. Czasami pęcherz ten oddziela się zupełnie od gałki, lub w związku z nią zostaje za pomocą wąziutkiego pasemka. W ten więc sposób powstaje *cysta* i *microphthalmus*. Torbiel zwykle się znajduje, jak i w przypadku wyżej opisanym, pod powieką dolną. Tylko, że w naszym przypadku gałki nie ma ani śladu. Ale gałki pozostałe przy torbielach były we wszystkich przypadkach zmienione, głęboko ukryte w worku łącznicowym i zmniejszone, że nie zawsze dały się znaleźć bez sekcji, tembardziej w naszym przypadku, gdzie nawet nie byliśmy w stanie wyjąć całej torbieli i nie mogliśmy się przekonać, czy w górnej i tylnej jej części nie znajdziemy jakiegoś śladu gałki ocznej; o kompletnem *anophthalmus* nie może być mowy. Zresztą, o ile się zdaje, wyżej opisany sposób tworzenia się torbieli jest najbardziej prawdopodobnym w naszym przypadku. Prawidłowy rozwój wszystkich części dodatkowych oka [oczodołu, powiek, łącznicy i t.] dowodzi, że gałka musiała być w oczodole i tylko na pewnym stopniu swego rozwoju uległa jakimś zmianom chorobowym i zanikowi; obecność zaś torbieli i brak gałki każe się domyślać, że pierwsza powstała z drugiej. Mogło to mieć miejsce i z innej przy-

¹⁾ ARTELH'a przypadek, w którym w szparze pozostały ślady siatkówki, MANZ tłumaczy w ten sposób, że szpara zarodkowa z początku się zamknęła, lecz później pod wpływem wewnątrz-gałkowego ciśnienia znowu się otworzyła.

czyny, t. j. nie z powodu szpary naczyńiówki i garbca białkówki, lecz z powodu *hydrophthalmus congenitus*. W ten sposób objaśnia MANZ opisany przez CHŁAPOWSKIEGO przypadek torbieli z *monophthalmus*; lecz w tym przypadku już sama budowa torbieli naprowadzała na tę myśl [w przedniej jej części widać było ślady rogówki, do ścianki przyczepione były mięśnie zewnętrzne oka i i. d.] przy sekcji nie znaleziono ani śladu galki.

Mamy więc jedną przyczynę, t. j. niezamknięcie szpary zarodkowej wtórnego pęcherza ocznego, która u matki wywołała: *coloboma iridis et chorioideae*, a także nieznaczne *microphthalmus* z prawej strony, u dziecka zaś *cysta subpalpebralis* z *anophthalmus* (raczej *microphthalmus*).

Według Chai, cała jej rodzina ma oczy zupełnie zdrowe, tylko matka jej [babka dziecka] ma bardzo krótki wzrok. Być może, że ta sama przyczyna, niezamknięcie szpary zarodkowej, wytworzyła u niej garbiec tylny. Tej właśnie przyczynie przypisuje E. JAEGER ważną rolę przy tworzeniu się garbca tylnego.

Według MANZ'a dziedziczność szpary naczyńiówki rzadko daje się stwierdzić; przypadki jednak podane w nowszej literaturze i przypadek wyżej opisany stanowczo przemawiają za jej dziedzicznością.

WYSTAWA HYGIENICZNA

VII.

Sekcja fabryczno-przemysłowa.

Przewodniczący prof. ŁUCZKIEWICZ, sekretarz D-r ANDERS; członkowie: ALTDORFER, BAUERFEIND ADOLF, D-r BENI, D-r CIECHOMSKI, FILIPKOWSKI, GRANZOW, HOCH, D-r JAWDYŃSKI, JUSZCZYK, D-r LASOCKI, D-r LUBELSKI, MACHLEID, NIEDŹWIECKI, PFEIFER WŁAD, D-r ŚLIWICKI, SPORNY, ST. SPIESS, D-r WŁ. STANKIEWICZ, EMIL WERNER, WOJCIECHOWSKI, ZARĘBA.

Niepomyślny stan ekonomiczny kraju był prawdopodobnie główną, choć nie jedyną, przyczyną, dlaczego higiena przemysłu tak strasznie na wystawie przedstawioną była. Wielu wystawców obawiało się kosztów, niezbędnych dla przystępnego wykazania przeznaczenia i czynności licznych przyrządów [eks-haustorów, aparatów ochronnych i t. p.], wymagających nieodzownego zastosowania motoru. Wielu nie miało czego pokazać, nie posiadali bowiem odnośnych przyrządów w swych fabrykach, sprowadzanie zaś ich, ustawianie, nagromadzenie cyfr statystycznych, ich grupowanie i t. d. wymagało wiele więcej czasu, aniżeli go było do rozporządzenia. Nie bacząc jednak na to, można by było zrobić dużo więcej, gdyby nie brak dobrych chęci. Marnowało się dużo czasu na posiedzenia, dyskusyje — otrzymywano wreszcie obietnice, które niezawsze urzeczywistnione bywały. Ostatecznie na placu znalazło się wszystkiego ośmiu wystawców.

Najwspanialej wystąpiły koleje żelazne. Najpierwsza w kraju, kolej Warszawsko-Wiedeńska, wystawiła proste i nader łatwe do zastosowania w każdej fabryce aparaty do przegotowywania wody. Zamiarem inicjatorów było dać robotnikowi napój możliwie dobry, głównie w celu zapobieżenia tak częstym

w porze letniej chorobom przewodu pokarmowego. Od czasu wprowadzenia tych przyrządów, ilość tego rodzaju cierpień znacznie się zmniejszyła, a robotnicy przyzwyczajwszy się do nowego napoju, uprosili zarząd o wydawanie takowego i podczas chłodnych miesięcy. Woda, po zagotowaniu [przy pomocy pary], zostaje zakwaszoną roztworem kwasu cytrynowego i daje w tej postaci wcale przyjemny, oświeżający napój. Badania D-ra BUJWIDA nie wykryły w niej jakichbądź bakteryj. Warsztaty kolei tuż obok tych nader filantropijnych aparatów, wystawiły też świetnie odrabiane, nader łatwe w zastosowaniu, przyrządy ochraniające palce robotnika od piły zarówno okrągłej jak i prostej [system RINGHOFFER'a].

D-r WŁ STANKIEWICZ, chirurg kolei War. Wiedeńskiej, zapoznał nas z organizacją ratunkową, przez siebie obmyślaną i w ruch wprowadzoną. Na placu wystawy znajdował się model jednej z trzech izb ratunkowych, znajdujących się na stacyi Warszawa [Dworzec, warsztaty i stacyja towarowa]. Obok nader zręcznych, lekkich i dobrze obmyślanych noszy, znalazły pomieszczenie niezbędne meble, przyrządy, jak nie mniej i wszelkie nieodzowne, w razie nieszczęśliwego przypadku środki lekarskie i materyjały opatrunkowe, w ilości i jakości zupełnie celowi odpowiadające. Nieco skromniejsze kompleta rozdzielono pomiędzy stacje, będące miejscem zamieszkania lekarzy oddziałowych, w pozostałych zaś stacyjach jak również i na pociągach osobowych pomieszczono skrzynki ratunkowe małe. Pomocy obok lekarzy i felczerów, udzielać mają w razie potrzeby urzędnicy służby ruchu, którzy w tym celu odbywają odpowiednie ćwiczenia.

Pod każdym względem świetnie wystąpił zarząd kolei Nadwiślańskiej. D-r LASOCKI, niezmiernie dobry organizator urządzeń sanitarnych tej drogi, nie zapominał o niczem. Obok licznych planów, map, modeli izby felczerskiej, oddzielnych jej składowych części, wentylatorów, przyrządów do badania wzroku, jak nie mniej używanych przez różne wydziały drogi żelaznej, w celu zabezpieczenia od nieszczęśliwych przypadków, wyróżniały się modele 4 wagonów sanitarnych, przeznaczonych do użytku chorych podróżnych, podczas panowania np. cholery. Jeden z nich, przerobiony ze zwykłego wagonu trzeciej klasy, przeznaczonym jest do kursowania w pociągu, trzy zaś pozostałe, po ustawieniu na bocznych relsach, stanowią rodzaj lazaretu cholerycznego. Jeden z wagonów przeznaczonym jest dla chorych, drugi dla rekonwalescentów, trzeci zaś ma służyć za pomieszczenie dla felczera i usługi. Zabezpieczone, przy pomocy podwójnego dachu, od nadmiernego ogrzewania promieniami słońca, zaopatrzone w wentylację, piec i t. p. niezbędne przyrządy, najzupełniej odpowiadają one celowi.

W pierwszym zaraz pawilonie przy wejściu, pomieścił swą wystawę Dr. ŚWIĄTŁOWSKI, inspektor fabryczny okręgu warszawskiego. Wśród zbioru okularów, aparatów ochronnych od pól, masek, odzieży dla smarowników, wyróżniały się szczególnie dwie prace Dr. ŚWIĄTŁOWSKIEGO, a mianowicie: kartki statystyczne [zaprowadzone w Żyrardowie] i nader obiektywnie i sumiennie napisane sprawozdanie o fabrykach okręgu charkowskiego, za rok 1885.

Jednym z ciekawych okazów wystawy był inflator [nawlekacz], pomysłu pana Floryjana GRUBIŃSKIEGO. Przyrząd ten, mający na celu zabezpieczenie robotnika [tkacza] od zanieczyszczania dróg oddechowych drobnym pyłem, osiadającym na czułościach tkackich, zaleca się swą praktycznością i prostotą pomysłu. Wszelako, jako nowość, znajduje bardzo mało uznania ze strony najbardziej interesowanych, opornie i trwożliwie przyjmujących wszelkie innowacje. Na dopełnienie wystawy złożyły się prócz tego i zakłady żyrardowskie, które wystawiły plany i opisy urządzeń ogniowych, model wieży ćwiczeń i t. p. Rzeczy to wyjątkowo wzorowo obmyślane i konsekwentnie przeprowadzone z ogromnym nakładem pracy i kapitału.

Obok tego p. Herman JUNG wystawił pięknie w modelu wykonane, lassy mechaniczne i pp. CHRZANOWSCY drobne przedmioty z drutu, odrobione w ich pracowni.

Razem przeto nie wiele, a pociecha chyba w tem, że i na zagranicznych dotychczasowych wystawach, dział przemysłowo-fabryczny był w ogólności traktowany nieco po macoszemu.

NADESŁANO DO REDAKCYI:

R. V. BARĄCZ. Ein seltener Fall von Neubildung der linken Häftgelenksgegen. Odb. z Berl. klin. Woch. 1887. Nr. 33.

60 rozpraw doktoryzacyjnych z Petersburskiej Akademii medyko-chirurgicznej.

M. NENCKI i N. SIEBER. Weitere Beiträge zur Kenntniss der thierischen Melanine. [Odbit. z Arch. f. exp. Path.].

LANGÉ [tóm. KURELLA]. Ueber Gemüthsbewegungen. Leipzig. 1887.

BAGINSKY. Życie kobiety. Listy o higienie kobiecego organizmu. Warszawa. 1888.

LOMBROSO [tóm. POPEŁAWSKI]. Geniusz i obłąkanie. Warszawa. 1887.

SIENKIEWICZ. Pan Wołodyjowski Tom I. Warszawa. 1887.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich.

Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Zeszyt III. JEGOROW. O wpływie nerwu współczulnego na zmianę źrenicy u ptaków. — BIERNACKI. O własności środków przeciwfermentacyjnych wznagania i wstrzymywania fermentacji wysokowej i o pewnej zależności ich sił od budowy chemicznej. — ZIELENIEWSKI. Słownik biblijograficzno-balneologiczny zakładów kąpielowych i t. d.

Wiadomości lekarskie Nr. 2. COGHEN. O wpływie mózgu na obniżenie ciepłoty. — FEIGEL. Nagła śmierć w szkole.

Przegląd Lekarski Nr. 38—42. RUMSZEWICZ. Przypadek przetrwania błony źrenicznej. — SMOLEŃSKI. O hydroterapii suchot. — BLUMENSTOK. Zgwałcenie dwukrotne. Tętniak międzywarstwowy aorty. Związek przyczynowy? — PIOTROWSKI. Badania nad unerwieniem naczyń. — TRZEBICKI. Jednostronny krwiak macicy i trąbki (*haematometra et haematosalpinx unilateralis*) wyleczony przez laparotomię. — TALKO-ŁĘGOWSKI-HRYNIEWICZ. Olejek migdałów gorzkich lotny jako środek pokrywający woń jodoformu. — RYDYGIER. Jaką być powinna nauka chirurgii w naszych czasach. — BLUMENSTOK. W sprawie t. zw. prób życia. — PIOTROWSKI. Badania nad unerwieniem naczyń.

Medycyna Nr. 40—42. BARANOWSKI. Uleczalność suchot gardłanych. — S. RYBICKI. Krytyczny przegląd ostatnich pojęć o istocie i leczeniu drgawek porodowych. — GRÜNBAUM. Rana postrzałowa brzucha.

OD WYDAWCY.

Szanownych Pp. Prenumeratorów, zalegających z opłatą za GAZETĘ LEKARSKĄ, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków ze względu na zbliżający się koniec roku.

Dopelnienie. Autorem pracy „Jaką powinna być sala operacyjna“ pomieszczonej w N-rze 41 r. b. jest kol. WŁ. MATLAKOWSKI.

Доволено Цензурою. Варшава, 9 Октября 1887 г. Druk K. Kowalewskiego. Królewska. Nr. 29.

Wydawca D-r **St. Kondratowicz.**

Redaktor odpowiedzialny D-r **Wł. Gajkiewicz.**

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej

FARMAKOLOGIJA

professorów Nothnagel'a i Rossbach'a

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

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

0—2

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM 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 licznymi 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—2

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku dzieło pod tytułem:

PSYCHIJATRYJA,

czyli nauka o chorobach umysłowych,

oryginalnie napisana przez

D-ra Med. Rothego

Naczelnego lekarza Zakładów dla Obląkanych w Warszawie.

Autoc, znany jako gorliwy pracownik na polu psychiatrii, 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—6

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku

dzieło pod tytułem:

TERAPIJA OGÓLNA

przez prof. Hoffmanna.

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

0—8