

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. *W Warszawie:* rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. *W Królestwie i Cesarstwie:* w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. *W Redakcyi* półrocznie (od 1 lipca 1875 do 1 stycznia 1876) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1876 r. rsr. 168 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauk Lekarskich. Rocznie rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

TRESC: Rozprawy naukowe. O uszkodzeniach oka, z szczególném uwzględnieniem orzeczeń sądowo-lekarskich. Przez Dra *Ferdynanda Arlt'a*, prof. okulistyki w Uniw. Wiedeńs. Podał Dr *Jan Buszek* (dalszy ciąg). -- Posocznica i ropnica chirurgiczna (*Septicaemia et Pyaemia*). Opisał Dr *Teodor Heiman* (z Płocka) (Dalszy ciąg). -- Kronika zagraniczna. Nowe metody uprzystępnienia pęcherza moczowego u kobiet. Zastosowanie ich w celu rozpoznawczym i leczniczym. Przez Dra *H. Wildt* w Gera (dokończenie). -- Wiadomości bieżące. Do nauki o wyciowaniu macicy. Wycięcie mięśniaka pęcherza moczowego po poprzedzającym głębokim i wysokim rozcięciu pęcherza. Skuteczne leczenie przepukliny żyłkowej za pomocą podskórnych pętli drutowych. -- Dodatek. Choroby zaraźliwe ostre T. II, ark. 35. Medycyny sądowej T. II, ark. 55.

O uszkodzeniach oka, z szczególném uwzględnieniem orzeczeń sądowo-lekarskich.

Przez Dra *Ferdynanda Arlt'a*, profesora okulistyki w Uniwersytecie Wiedeńskim.

Podał Dr *Jan Buszek*.

(Dalszy ciąg).

Mężczyznę 35 letniego postrzelono szrótami. Wkrótce potem wydobyto dwa szroty z czoła, 4 z górnej powieki, jeden z zewnętrznej części spojówki. Po 4 dniach znalazł *Aub* (l. c. p. 259) powiekę górną obrzmiałą ze śladami szrótów, z których jednak żaden nie przeniknął powieki. Gałka oczna i spojówka powiekowa zaczerwienione i lekko obrzmiałe; mocna czerwonosć dokoła rogówki. Rogówka czysta, w komórce przodkowej ciecz krwawa, źrenica zwężona, tęczęwka zielonkowata, wypuklona w górnej i zewnętrznej części (w $\frac{1}{6}$ obwodu). Szczegółów dna oka nie można rozpoznać. Po zapuszczeniu atropiny rozszerzyła się źrenica częściowo, a wtedy okazało się, że soczewka nie była uszkodzoną, lecz górnozewnętrzną swoją częścią wyparta z prawidłowego położenia ku rogówce, przez co dała powód do owego wypuklenia tęczęwki. Ciało szklane było bardzo mętne i nie dozwalało dokładniejszego badania.

Chory liczył palce na 4 stopy, a jego pole widzenia nie było ścieśnione. Oko było nieco mniej napięte, ucisk na część górną oka blisko równika sprawia ból; lecz nie można było wykryć żadnego uszkodzenia jako przyczyny tej bolesności. Po upływie trzech dni gałka oczna była prawie biała, rogówka czysta, komórka wolna od krwi, barwa tęczówki prawidłowa, źrenica jak najmniejszej rozszerzona (za pomocą atropiny), lecz górno-zewnętrzna część tęczówki była jeszcze wyparta przez soczewkę ku przodowi. Teraz można było widzieć wszystkie szczegóły dna oka, a badanie nie wykryło żadnego zboczenia prócz lekkiego przekrwienia. Chory okazywał jednak osobliwy rodzaj krzywowidztwa (*metamorphopsia*). Górny i zewnętrzny koniec pręta trzymanego ukośnie przed okiem wydawał się grubszy, a dolny i wewnętrzny cieńszym. Jeżeli się pręcik obracało koło osi widzenia, zmniejszało się to zboczenie zwolna, a znikało nareszcie całkiem, gdy pręcik znalazł się pod kątem prostym do swojego położenia pierwotnego. Chory liczył palce bez szkieł na 12 stóp, a bystrość jego wzroku równała się 20 – 30 przy pomocy szkła walcowato-wklęsłego o 20 calowej odległości ogniskowej, którego oś pochyłono górnym końcem około 20 stopni ku wewnątrz. Po dalszych sześciu dniach nie okazywało oko żadnego śladu zapalenia, soczewka i ciało szklane były zupełnie czyste, a tęczówka pozbyła się owego wypuklenia. Widzenie skoszlawione ustąpiło, szkła walcowate, nawet najslabsze pogarszały wzrok, natomiast podnosiły szkła kulisto-wklęsłe jego bystrość do $^{20}/_{30}$, gdy bez szkieł równała się takowa tylko $^{20}/_{50}$. Wtedy zaniechano zapuszczania atropiny i wcierania szaruchy w czoło, a w 24 dniu po uszkodzeniu okazała się bystrość wzroku = $^{20}/_{20}$, refrakcja miarową, a władza akomodacyjna zupełnie prawidłową.

Aub nadmienia, że wysadzenie tęczówki możnaby tłumaczyć niezupełnym zwichnięciem soczewki, lecz oświadcza się za pęknięciem lub zwolnieniem obwódki Zinna, co dozwoliło soczewce przybrać w tej okolicy postać więcej kulistą (§ 11 i 12), bo zwichnięcie soczewki nie tłumaczyłoby widzenia skoszlawionego. Można nadto dodać, że i akomodacja nie byłaby w takim razie odzyskała dawej siły. „Układ optyczny w górnej zewnętrznej części, gdzie soczewka była wypukłą, stał się niedomiarowym (*myopicus*), a przybrał, jak się zdaje, mniej więcej postać i działanie soczewki stożkowatej, której oś przebiegała od góry zewnątrz ku dołowi wewnątrz.“ Przypuściwszy trafność samego spostrzeżenia i tłumaczenia zjawiska uprawniałby ten przypadek do mniemania, że częściowe naciągnięcie albo pęknięcie obwódki Zinna przeminać może bez pozostawienia jakichkolwiek następstw.

Czy samo wstrząśnienie oka bez pęknięcia torebki lub rozdarcia obwódki Zinna sprowadzić może zaćmienie soczewki jako następstwo bezpośrednie, na to nie mamy dowodu, chociaż to zazwyczaj przypuszczamy.

Zaćmienie w istocie korowej przodkowej, jakie Berlin (1 c. p. 47) wywoływał w oczach królików przez uderzanie giętkim pręcikiem, przemawia w samej rzeczy za bezpośredniem powstawaniem zaćmy po stłuczeniu oka.

Zaćmy jednego oka spostrzegane po upływie dłuższego czasu od obrażenia, połączonego ze stłuczeniem gałki ocznej, a nie powikłane z nadwężeniem torebki lub obwódki Zinna (o czém zresztą trzeba się dopiero w każdym pojedynczym przypadku przekonać) powstać mogły także wskutku pęknięcia naczyniówki zrzadzonego przez uraz, to jest za pośrednictwem krwotoku i jego dalszych następstw, zapalenia odczynowego naczyniówki i siatkówki, tudzież za pośrednictwem następowego oderwania siatkówki. Wiadomo od dawna, że właśnie obok zaćmy powstałej po stłuczeniu, które chory przypomina sobie zaledwie po bliższém wypytywaniu, napotykamy często niedowidzenie albo ślepotę, które tylko za skutek obrażenia naczyniówki i siatkówki (przez stłuczenie albo wpadnięcie obcego ciała) uważane być mogą. Istnienie zaś związku przyczynowego między zaćmą a cierpieniami zapalnymi naczyniówki, osobliwie zaś między zaćmą i oderwaniem siatkówki udowodniono w nowszych czasach w sposób niewątpliwy. W bardzo wielu przypadkach zaćmy jednego oka, o których tutaj mowa, można, stwierdziwszy, że uraz poprzedził, domyślać się już tego pośredniego sposobu powstawania zaćmy z pewnego rodzaju spłowiałości tęczówki, mimo wyraźnego jój uwłóknienia, tudzież z częściowego albo całkowitego rozszerzenia źrenicy. Rozpływ ciała szklanego obok niezmienionego położenia soczewki wskazuje jeszcze pewniej to pośrednie powstanie zaćmy. Tylne przyczepiny tęczówkowe powstałe w przypadkach zaćmy zrzadzonej przez oderwanie siatkówki zazwyczaj niespostrzeżenie (bez znacniejszego zaczerwienienia oka i bez bólu) są zjawiskiem bardzo pospolitým bez względu na przyczynę, która spowodowała oderwanie siatkówki.

Przyczepin tych nie należy mieszać z kupkami barwika porozrzucanemi bezładnie na przodkowej torebce, które jak wiemy (począwszy od Beera) znachodzą się po niektórych obrażeniach oka połączonych z wstrząśnieniem, chociaż wykazać nie można ani żadnej przerwy w tęczówce albo w obwódce Zinna, ani przebytego zapalenia tęczówki.

W celu stwierdzenia w mowie będącego związku przyczynowego nieocenioným jest prócz badania napięcia oka także oznaczenie poczucia światła i obwodu pola widzenia.

W oku dotkniętém zaćmą powstałą bezpośrednio i tylko wskutku wstrząśnienia soczewki, są części położone po za układem soczewkowym w stanie prawidłowym.

§ 11. Naciągnięcie, rozdarcie obwódki Zinna. W celu należytego ocenienia pod względem rozpoznania i rokowania zmian, które powstają w obwódce Zinna, a następnie w soczewce skutkiem wstrząśnienia, musimy się naprzód zastanowić nad wysokim znaczeniem tego delikatnego utworu.

Obwódka Zinna nadaje soczewce jój stałe położenie w dołku talerzykowatym; jeżeli ścisły związek soczewki z wyrostkami rzęskowemi utrzymywany za pomocą obwódki Zinna przerwany zostanie zupełnie albo w znacznej części obwodu, przestaje tylna torebka przylegać nieruchomo do ciała szklanego. Szerokość obwódki Zinna pomiędzy jój przyczepieniem do brzegu torebki przodkowej a końcami wyrostków rzęskowych, dozwała soczewce bez narusze-

nia swojego połączenia z ciałkiem szklanem wykonywać ruchy ku przodowi i tyłowi, a nawet na bok, chociaż podobne przesuwanie się soczewki nie ma miejsca w stanie prawidłowym. Soczewka może się posunąć o 2—3 mm. naprzód; względnie do wyrostków rzęskowych (po odpłynięciu cieczy wodnej) a prawdopodobnie o tyleż ku tyłowi (po wystąpieniu ciała szklanego przez twardówkę lub zeschnięciu się tegoż) bez przerwania obwódki Zinna, jeżeli tylko zmiana miejsca nie odbywa się nagle.

Obwódka Zinna może bez przerwania rozciągnąć się na 2 mm., a nawet więcej, jeżeli się to dzieje zwolna. Widzimy to w wysokich stopniach krótkowidzenia i w tak zwaném oku wolém (*buphthalmus*) jako też w garbiakowém rozdęciu gałki ocznej w okolicy ciała rzęskowego; znajdujemy to w oczach z soczewką dośrodkowo zeschniętą albo pociągniętą naprzód ku bliżniej rogówkowej; takie częściowe naciągnięcie można w końcu stwierdzić w przypadkach wrodzonego zboczenia w położeniu soczewki (*ektopia lentis congenita*). Patrz § 14.

W razie takiego naciągnięcia pęknąć może obwódka Zinna na mniejszej lub większej przestrzeni lub dokoła, a to nawet bez przyczyny, albo z jakiegokolwiek błahego powodu, np. wskutku schylenia się albo upadnięcia, témbardziej wskutku jakiegoś zresztą może nieszkodliwego obrażenia oka lub głowy, połączonego z wstrząśnieniem. Gdy tedy w jednym przypadku usunięcie się soczewki przypisać musimy wyłącznie gwałtownemu razowi, uderzeniu, szturchnięciu i t. p. mogło ono w innym przypadku powstać głównie z powodu osobliwego usposobienia osoby obrażonej, a względnie jej oka. Należy przeto przed wydaniem orzeczenia o sile, z jaką uszkodzenie zadano, wysledzić o ile się da stan oka przed uszkodzeniem. Wrodzona zmiana w położeniu soczewki (*ektopia*) uspasabiająca szczególnie do zupełnego wyrwania soczewki z jej związku prawidłowego objawia się nietylko wzrokiem krótkim i słabym, lecz znachodzi się, jak doświadczenie uczy, prawie zawsze w obu oczach. Krótkowidzenie wysokiego stopnia, zazwyczaj także obu, niekiedy atoli tylko jednego oka można i po obrażeniu wykazać przynajmniej w tych przypadkach, w których obrażenie nie zrządziło rozłuki ściany ocznej.

§ 12. Rozpoznanie nadwichnięcia soczewki (*subluxatio*). Mocą swojego napięcia sprzeciwia się obwódka Zinna dążności soczewki do przybrania postaci kuli i spłaszcza takową do pewnego stopnia. Napięcie to, mówiąc nawiasem, zmniejsza się w celu zastosowania oka do małych odległości, a to wskutku działania mięśnia rzęskowego. Gdy tego napięcia nie stanie z powodu rozległego albo zupełnego przedarcia obwódki, zmniejsza się soczewka w średnicy równikowej, a zwiększa w średnicy osiowej. Oko staje się już z powodu téj zmiany postaci soczewki krótkowidzącym, a zbliżenie się soczewki ku rogówce może tylko zwiększyć stopień téj wady.

Z całkowitým lub rozległym zniszczeniem obwódki znika zarazem ważny czynnik władzy akomodacyjnej; tylko promienie pochodzące z pewnej niezmięnionej odległości, mogą się wtedy łączyć na siatkówce.

Jak tylko soczewka nie jest mocno przyciągana do wyrostków rzęskowych, wprawiają ją ruchy oka w drganie, które się udzielić może tęczówce, i staje się widoczném. gdy gałka oczna zatrzyma się nagle po wykonaniu silniejszego ruchu. Przypad ten nie ma atoli sam przez się dodatniej wartości, póki bowiem soczewka jest przezroczystą nie można na pewno rozstrzygnąć, czy drganie tęczówki jest skutkiem ruchomości soczewki, gdyż tęczówka drgać może także niezawisłe od soczewki, jeżeli tylko wolny jest brzeg źreniczny, a po za nią nagromadzi się więcej cieczy wodnej niż w stanie prawidłowym. U krótkowidzów z głęboką komórką przodkową widzieć można często takie drganie dużego koła tęczówki, a w przypadkach rozplywu ciała szklanego z głęboko położoną soczewką spostrzega się często drganie tęczówki w wysokim stopniu.

§ 13. Skręcenie soczewki. Po częściowém, niekiedy nawet po całkowitem przerwaniu obwódki, może się soczewka niejaki czas tak ułożyć w dołku talerzykowatym, że oś jej nie zbacza wcale albo mało od osi optycznej; lecz najczęściej ustawia się soczewka ukośnie, tak że jakaś część jej brzegu podaje się więcej ku przodowi, a wtedy jest nadto soczewka mniej więcej i na bok zwichnięta, tak że części jej brzegu podana więcej ku tyłowi znajduje się bliżej wyrostków rzęskowych, niż dawniej.

Następstwem tego jest oprócz zmian przytoczonych w § 12 nietylko mniej więcej znaczne upośledzenie bystrości wzroku z powodu bezładnego łamania się światła (niezborność, *astigmatismus*) ale także bardzo cenny przypad rozpoznawczy, mianowicie: niejenostajna głębokość komórki. Część brzegu soczewki wysunięta naprzód wypiera ku przodowi odpowiednią część tęczówki.

Jeżeli źrenica jest (chorobowo lub sztucznie) mocno rozszerzoną można rozpoznać ukośne położenie soczewki niekiedy już po tém, że za pomocą wziernika udaje się obok brzegu naprzód wysuniętego wejrzeć w głąb oka. Sam brzeg soczewki przedstawia się wtedy w postaci ciemnego łuku (*meniscus*), gdyż światło odbite od dna oka nie dochodzi do oka badacza, a to z powodu całkowitego odbicia się od brzegu soczewki, podczas gdy wnętrze oka oglądane tak przez soczewkę (jeżeli jeszcze jest przezroczystą) jako też przez szczelinę pomiędzy brzegiem soczewki a wyrostkami rzęskowemi, okazuje się jasno (czerwono) oświecone, atoli pod warunkiem, że nie ma ani krwotoku w ciałku szklaném lub jego następstw, ani oderwania siatkówki.

§ 14. Boczne zwichnięcie soczewki. Z powodu całkowitego odbijania się światła, które pada z przodu na brzeg soczewki jeszcze przezroczystej i w torebce zawartej, powraca nazad i dostaje się do oka badającego, okazuje się pewna część brzegu soczewki w postaci łuku (*meniscus*) połyskującego, tak że mimowoli przypomina się kropla oliwy pływająca po wodzie. To zjawisko dostrzedz można spoglądając w pewnym kierunku na soczewkę o tyle zwichniętą, że tęczówka nie przeszkadza widzeniu, a więc gołym okiem, gdy soczewka leży w komórcie przodkowej, lub gdy część jej brzegu

położona za tęczęwką wchodzi w obręb źrenicy; albo tylko za pomocą wziernika, gdy soczewka głębiej do ciała szklanego jest wypartą lub w niem po-
grążoną.

W ostatnim przypadku może chory podawać, że widzi ciemną obręcz, albo ciemną, w środku nieco jaśniejszą tarczę, a to jeżeli się soczewka tak ułoży, a światło tak wpada, że część siatkówki zaciemioną zostanie wskutku całkowitego odbijania się wpadającego światła od jakiejś części brzegu soczewki.

Jeżeli soczewka nie obnażona z torebki, a jeszcze przezroczysta w ten sposób jest zwichniętą, że tylko część otworu źrenicznego za tęczęwką zajmuje, to chory może widzieć pod wójnie i po zamknięciu drugiego oka (d w u w i d z e n i e j e d n o o c z n e). Gdyby np. soczewka opuściła się tak po za tęczęwką, iżby górny jej brzeg przechodził mniej więcej środkiem otworu źrenicznego, to górna część pęczka światła pochodzącego od jakiegoś odległego punktu świecącego dochodziłaby do siatkówki przez rogówkę, ciecz wodną i ciało szklane i tworzyłaby w okolicy plamki żółtej okrąg rozpięchły (obraz niewyraźny), gdyż promienie łączący się mogły dopiero za siatkówką, za to dolna część pęczka przechodziłaby oprócz tego jeszcze przez górny odcinek soczewki i dla tego łączyłaby się nietylko wcześniej, a więc przed siatkówką (jak u krótkowidzów), lecz zbaczałaby nadto także ku dołowi, ponieważ ten odcinek soczewki działa zarazem jako trójgran (z podstawa ku dołowi zwróconą). Promienie światła przechodzące przez soczewkę, zjednoczone już przed siatkówką, tworzyłyby więc na siatkówce okrąg rozpięchły (obraz niewyraźny) poniżej plamki żółtej, a chory miałby wrażenie, jak gdyby ponad przedmiotem wprost widzianym znachodził się drugi. Zbliżając odpowiednio przedmiot możnaby wynaleźć odległość, w którejby promienie przechodzące przez soczewkę łączyły się nie przed siatkówką, ale na niej, a na odwrót możnaby niedostateczne załamane promieni górnych wynagrodzić trzymając przed okiem odpowiednio wypukłą soczewkę. Oczywiście jest rzeczą, że przy takim badaniu uwzględniłoby należało pierwotny stan refrakcyi, a względnie budowę oka przed uszkodzeniem.

(Dalszy ciąg nastąpi.)

Posocznica i ropnica chirurgiczna (*Septicaemia et Pyaemia*).

Opisał Dr Teodor Heiman (z Płocka).

(Dalszy ciąg).

P a n u m wprowadził małe i wielkie kawałki wosku do krwi, lecz prócz zapalenia ograniczonego niczego więcej nie otrzymał, wstrzykując potem lub też jednocześnie płyn gnijący, w płucach nie zauważył ani zapalenia, ani też ropienia. Kulki rtęci wprowadzone wyzywały zapalenie zrazikowe, lecz to prawdopodobnie zależało od działania specyficznego rtęci. Dalej wykazał on, 1) że świeże skrzepy krwi zdrowej tylko w pewnych warunkach sprowadzają

zapalenie zrazikowe, zwykle kureczą się i roztopiają. Skład krwi, czyli zatrucie jęj zachowuje się biernie w obec zatorów i w ogóle nie zostało dowiedzionem, aby skład krwi miał wpływ chociaż drugorzędny na rozwój zapalenia zrazikowego. P a n u m robił jeszcze doświadczenia z zakrzepami gnijącemi; te zawsze sprowadzają silne zapalenia i zgorzelinę, czego prawie nigdy niema przy świeżych zakrzepach i wreszcie przekonał się, że ropa choćby najdłużej stykała się z krwią będącą w żyłach żywego ciała, nigdy jęj nie zetnie.

Co się tyczy ropni przerzutowych, to O. W e b e r wykazał, że zatory włosowate wystarczają do wytworzenia wielkich ropni, i że zatory mogą przejść przez płuca, zatrzymać się w drugich narzędziach i tam sprowadzić ropnie przerzutowe. Dalsze doświadczenia W e b e r a przekonały, że kulki tłuszczowe dostawszy się do krwi sprowadzają zaburzenia przemijające, zaś znaczna jego ilość zabija bez sprowadzenia zawałów, ani też ropni. Jest to zatem nowy dowód, że samo zatkanie tętnicy płucnej, nie sprowadza ropni przerzutowych: Nakoniec W e b e r zastrzykując małe zatyczki wielkim zwierzętom, otrzymywał dreszcze.

Z doświadczeń W a l d e y e r a to wreszcie wynika, że sąsiedztwo ropy i posoki sprowadza rozkład i rozmięczenie zakrzepów żylnych.

Jużeśmy wzmiankowali do czego prowadzą sprawy zatorowe różnego rodzaju w tętnicy płucnej zwierząt. Ta okoliczność, że rozmaite objawy spostrzegane u zwierząt przy wprowadzeniu różnorodnych zatyczek, widzieć się dają u człowieka przy ropniach przerzutowych w ropnicy złożonej, a znowu z drugiej strony robiąc sekcye na trupach, w płucach których znajduwane podobne ogniska już oddawna za przerzuty uważane, przekonano się, że tętnice prowadzące do owych ognisk zapalnych były zatkane czopeczkiem włókniaka pochodzącym niezaprzeczenie z uległego rozpadowi zakrzepu żyły obwodowej, albo z tkanki obwodowej uległej zropieniu lub sposoczeniu może tylko służyć za dowód zatorowego pochodzenia podobnych ropni. Trudno i niepodobna prawie opisać wszystkiego tego, co się napotyka w płucach u człowieka zmarłego na ropnicę, lecz łatwo stworzyć sobie ogólne pojęcie o możebnym obrazie, jeżeli śledzić będziemy za całym szeregiem objawów od samego początku do najsilniejszego rozwoju i jeśli zwrócimy uwagę na to, że różne ogniska w jednym i tym samym płucu mogą przedstawić rozmaite ogniwa tego łańcucha. Nieznaczny bowiem zawał krwiotoczny może się znajdować obok wielkiego ogniska posokowatego. Ten łańcuch objawów jest mniej więcej następujący: Zatkanie jakiejś gałązki tętnicy płucnej oderwanym zakrzepem sprowadza skrzepnięcie następcze dokoła zatyczki i objawy przekrwienia obocznego. Objętość zakrzepu wtórnego zależy będzie od energii krążenia krwi i od nie dającej się z góry określić objętości naczyń w różnych miejscach. Długość téj zatyczki ma wpływ na obszerność przekrwienia obocznego; w ogóle bywa ona długą i umieszcza się na granicy podziału gałązki tętniczej. Jeżeli zatyczka przenośna złożona jest ze świeżego kawałka włókniaka, to skutkiem powstania obocznego krążenia, może pozostać bez żadnych wpływów, jak to wykazał P a n u m na zwierzętach. Niewiadomo w jakich warunkach coś podobnego następuje. Gdy

natomiast zatyczka jest nasiąknięta ropą, posoką, lub też znajduje się w rozpadzie ropnym, to posiada własności zapalnotwórcze, które występują w różnym stopniu i różnym sposobem. Stopień najniższy wyraża się rozmnożeniem komórek obrzmieniem tkanek, co prowadzi do nowych zaburzeń w krążeniu krwi; z czego powstają krwotoki i t. z. infarkt hemoragiczny (zawał krwotoczny). Taki zawał może się rozejść podobnie jak zapalenie płuc. Częściej jednakże ulega zropieniu, i stąd powstają ropnie płucne, to zuowu w najrozmaitszym stopniu rozwoju. Ropienie rozpoczyna się zwykle ze środka zawału, rzadko tylko i to w przebiegu bardzo ostrym z powierzchni.

Co się tyczy zropienia posokowatego ognisk w płucach, to ono powstać może w dwojaki sposób: albo zatyczka miała w sobie pierwiastki sprowadzające gnicie już z pierwotnego ogniska ropnego, albo też one wchodzą do ogniska zapalnego przez drogi oddechowe. Ostatni sposób powstawania nie ulega wątpliwości, chociaż wykazanie podobnego przenikania prawdopodobnie nigdy się nie uda. Ogniska sposokowacie są zwykle nie wielkie, ponieważ zakrzepy wielkie nie leżą w pobliżu ran lub wrzodów posokowatych, a zresztą te pod wpływem gnicia ulegają rozpadowi. Zapalenie następcze dokoła ognisk posokowatych istnieje na bardzo małej przestrzeni lub wcale go niema, z przyczyny bystrzej śmierci nie pozwalającej mu się rozwinąć. Często odszukiwanie zatorów w odnogach tętnicy płucnej jest bezowocne, ponieważ one są zbyt małe dla oka nieuzbrojonego poczęści zaś uległy ropnemu rozpadowi.

Przy ropnicy złożonej reszta płuc przedstawia najrozmaitsze stopnie przekrwienia i obrzęku obocznego. Błona śluzowa narządów oddechowych jest prawie zawsze w stanie nieżytowym.

Obecność ognisk ropnych w płucach poznaje się po tém, że płuca nie zapadają się po otworzeniu klatki piersiowej, zupełnie tak samo jak przy obszernych zapaleniach płuc. Liczba ognisk bywa rozmaita, czasem jest ich tylko kilka, niekiedy zaś od 30 do 50. Wielkość ich rozmaita, od grochu do pięści. Postać klinowata, co jednak nie stanowi reguły, postać ta odpowiada pojedynczym zrazikom płucnym. Spotykają się przeważnie w zrazach dolnych, w górnych prawie ich nigdy niema. Zależy to od stosunkowej wielkości gałązek tętnicy płucnej w zrazach dolnych i od ciężkości zatyczek przenośnych (Waldeyer). Im ogniska są mniejsze, tém bliżej leżą opłucni. Jest to nowy dowód ich zatorowego pochodzenia. Rozmieszczone są zwykle jednakowo w obydwóch płucach, co pochodzi stąd, że zatyczka udaje się prędzej do tego płuca, w którym krążenie obszerniejsze.

Bardzo interesującemi są ropnie przerzutowe w śledzionie, nie tyle z powodu swojej częstości, ile z powodu analogii z ogniskami i ropniami w płucach. Ropnie w śledzionie mogą istnieć bez ropni w płucach, jak wykazał Billroth. Po przytoczeniu powyżej doświadczeń Webera, stan ten łatwo sobie objaśnić. Szczególną skłonność podobnych zatyczek do przechodzenia do śledziony objaśnia Billroth anatomiczną budową tętnicy śledzionowej. Cała różnica między ogniskami płucnymi i śledzionowymi jest ta, że ostatnie daleko

rzadziej ulegają sposoczeniu; zresztą są one z niemi zupełnie analogiczne. Reszta śledziony przedstawia obraz najróżnorodniejszy, czasem tylko bywa prawidłowy. Ropnie są w wątrobie rzadsze aniżeli w śledzionie i różnią się od nich, jako też od płucnych swoją wielkością i początkiem. Zdaje się jednak, że wielkie ropnie, o jakich wspomina Waldeyer, należą do rzadkości. Przy tych ogniskach zupełnie brak lub też istnieje bardzo słaba sprawa krwotoczna. Napotykają się częściej w prawym zrazie. Przyczyną ich jest zatkanie naczyń włosowatych przenośnemi zatyczkami, które przeszły przez naczynia płuc (Waldeyer). Nie ulega też wątpliwości, że i zakrzepy idące od gałęzek tętnicy płucnej przez naczynia włosowate i żyły płucne ulegając rozpadowi mogą dać materiał na zatyczki przenośne, które dostają się do wątroby.

Nareszcie Busch wykazał, że przy ischaemii wątroby skutkiem skurczenia się tętnic wątrobowych lub zwężenia żyły wrotnej, krew w żyłę główną dolną może przyjąć kierunek wsteczny do żył wątrobowych, skutkiem czego zatyczki z żyły głównej dolnej mogą dostać się do mięszu wątrobowego. Zbożenia w kanale kiszkowym są zmienne, błona śluzowa żołądka jest zmętniała i obrzmiała, obrzmiały są gruczoły Brunnera, cała błona śluzowa kiszek, lecz bez znacznego przekrwienia. Najstalsze zmiany są w limfatycznych narządach kiszek i w krózkach, te są przekrwione, a czasem tłuszczowo zwyrodniałe. Zapalenie otrzewni należy do największych rzadkości.

Bardzo rzadkiemi są ropnie przerzutowe w nerkach. Reszta nerek prawidłowa lub przekrwiona. Jeszcze rzadszemi są ropnie przerzutowe w sercu. Inne objawy napotymane w sercu są niestałe i niecharakterystyczne. W samym sercu bywają napotymane kruche skrzepy, które, w razie gdy choroba długo trwała, mają charakter czysto marantyczny. W mózgu i jego błonach zwykle niema zmian; bardzo rzadko napotykamy zapalenie ropne opon mózgowych.

Oko znajduje się w stanie „ropniczej oftalmii“, stan ten najprzód opisany został przez Meckel'a. Virchow znajdował zatory naczyń siatkówki i naczyńówki.

O zmianach mlecza i jego opon nie dotąd nie wiemy. Powłoki ciała ogólne są wątle i blade, niekiedy żółtego koloru. Dopóki panowało pojęcie, że przy ropnicy wchodzi do krwi większa lub mniejsza ilość ropy, szczególną uwagę zwracano na pierwszą. Od czasu jak Virchow wykazał, że te wybitne wypadki, które dawniejsi (Piorry, Bonnet i i.) przyjmowali za prawdziwe zropienie krwi nie są niczem inném, jak tylko białaczką, mniej się zaczęto zajmować krwią. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że krew przy ropnicy musi ulegać zmianie, już od samej obecności ciał gorączkotwórczych pochodzących od pierwotnych ognisk ropnych. Poznanie tych zmian jest możebnym tylko na drodze doświadczenia, a z tych dotąd nie osiągnięto żadnych prawie wyników.

Zmiany krwi często opisywane w protokołach, że ta jest płynną, mazistą, ciemną, niezupełnie skrzepłą, należy odnieść do zmian pośmiertnych lub posokowatych (Hueter, Waldeyer).

Mając przed sobą wypadek ropnicy złożonej chirurgicznej, nie dosyć jest ograniczyć się na obejrzeniu narządów wewnętrznych, bardzo ważnymi i niezbędnymi są oględziny kończyn i części zewnętrznych. W takich razach można prawie być pewnym, że znajdziemy te żyłne zakrzepy, z których powstał zator przenośny. Wyznać jednak trzeba, że czasem wszelkie poszukiwania są daremnymi, co może pochodzić ztąd, że przyczyną przerzutów były zatory włosowate, lub też, że w czasie oględzin zatyczki już były zniszczone skutkiem ropienia (Billroth).

Przy badaniach anatomo-patologicznych zwrócić także trzeba uwagę na naczynia limfatyczne, te mogą wprawdzie przyjąć części płynu z miejsca zropniałego, lecz nie ma to żadnego związku ze sprawami przerzutowymi (Virchow). Spotyka się wprawdzie zatkanie i rozpad ropny zatyczek w naczyniach limfatycznych, szczególnie tam, gdzie ich wiele obok rany, lecz ponieważ limfa krąży pod mniejszym ciśnieniem, a zatem kawałki trudniej się odrywają, a powtórnie zatyczka zawsze się zatrzymuje i sekwestruje w pierwszym gruczole dośrodkowym. Gruczoły limfatyczne są obrzmiałe, lecz zwykle bez ropni.

Przy badaniu kończyn i części obwodowych w ropnicy złożonej nie rzadko napotykamy ropnie zagadkowe u stawach i tkance łącznej. Badanie ropni stawowych nie doprowadziło dotąd do żadnych stanowczych wyników. Lecz w ogóle ich charakter zatorowy jest wątpliwy, już po prostu dla tego, że je napotykamy tak często przy gorączkach przyrannych i ropnych bez jednoczesnych przerzutów; nadto nie podobna ich było wywołać u zwierząt drogą zatoru. Pozypuściwszy, że tkanka błon surowicznych jest bardzo skłonną do spraw zapalnych, jak to wykazują dane kliniczne i histologiczne, to prawdopodobnie ogólna skłonność do zapalenia sprowadzona przez wejście do krwi pierwiastków gorączko-twórczych i zapalno-twórczych, uwydatni się ropieniem najprzód w tej tkance.

Objaśnienie takie dotąd nie może nawet zasłużyć na nazwę hipotezy. Oprócz usposobienia do zapalenia należą tu: układ anatomiczny i ruchy chorych części. Zresztą niektóre ropnie tkanki łącznej, prawdopodobnie mają charakter zatorowy, gdyż udało się wywołać je na drodze doświadczenia. Do tej kategorii należą także zapalenia gruczołu okołousznego. Jeśli przypuścimy taki sposób powstawania ropni w stawach czyli t. z. krążę flogistyczną, zdaje się, że przez to podkopujemy całą teorię zatorową objaśniającą sprawy przerzutowe. Trzeba przyznać, że przyjmując powstanie spraw przerzutowych w niektórych narządach obwodowych skutkiem tej krazy, trzeba jednocześnie przypuścić, że może niektóre z ognisk przerzutowych w narządach wewnętrznych są takiego samego pochodzenia, to jednakże nie niszczy teorii zatorowej opartej na badaniach anatomo-patologicznych.

A więc na podstawie obecnych danych anatomo-patologicznych możemy wyprowadzić następujący wniosek: Przy ropnicy złożonej ogniska przerzutowe w płucach powinny być rozpatrywane w wielu razach niewątpliwie, zaś w śle-

dzienie, wątrobie i innych narządach wewnętrznych z wielkiem prawdopodobieństwem za następstwa spraw przerzutowych. Zaś zapalenia przerzutowe stawów, niektóre wypadki zapalenia błon surowicznych, tkanki łącznej i gruczołów okołosznych, a być może i niektóre z zapaleń przerzutowych narządów wewnętrznych dotąd należy uczynić zależnemi od ogólnej skłonności do zapalenia.

Wspomnieć nareszcie wypada o zatorze tłuszczowym spostrzeganym przez E. Wagnera. Sam przez się nie ma on bardzo wielkiego znaczenia, ale przy ropnicy złożonej może się stać groźnym, ponieważ rozstraja oddychanie (Weber), albo też gdy zawiera w sobie pierwiastki gnijące.

Zgadając się na podane powyżej określenie ropnicy, przekonaliśmy się, że niezbędnym warunkiem dla jej powstawania musi być ropienie. Wspominaliśmy bardzo często powyżej o ropnicy złożonej, która powstaje skutkiem wytworzenia ognisk zapalnych i ropnych w różnych narządach na drodze zatoru. Drugą formą ropnicy jest ropnica pojedyncza czyli prosta, która powstaje skutkiem wstąpienia do krwi pierwiastków gorączkotwórczych. Zastanówmy się nad warunkami, przy jakich pierwiastki gorączkotwórcze wchodzą do krwi z ognisk ropnych i nad warunkami, przy jakich powstają zatyczki, przy jakich ulegają rozpadowi ropnemu i przy jakich rozpadają się na kawałki i dostają się do krwi obiegu.

Warunki dla wessania pierwiastków gorączkotwórczych są prawie te same co dla gnijących. Cała różnica polega na tém, że kiedy przy obrażeniach naczyń limfatycznych ulegają rozerwaniu, skutkiem czego płyny gnijące już bardzo wczesnie mogą być wchłaniane przez ziejące naczynia limfatyczne; przy ropieniu ziarnina już do pewnego stopnia wytworzona, zamyka światło naczyń limfatycznych, przez co warunki dla wessania stają się bardzo niepomysłnemi.

Daleko ważniejszemi są warunki powstawania ropnicy złożonej, ponieważ poznanie rozwoju i przemiany zatyczek stanowi jedyne wskazówki rozumnego leczenia ropnicy złożonej, tego największego wroga chirurgów. Co się tyczy powstania zakrzepów należy to do zupełnie innego działu chirurgii, tu ograniczymy się tylko na opisaniu sposobu powstawania zakrzepów przy obrażeniach przypadkowych lub operacyjnych i tylko o tyle, o ile to jest ważnem dla ropnicy. Im większa liczba żył została uszkodzoną przy obrażeniu, tém większe grozi niebezpieczeństwo powstania znacznej liczby zakrzepów; przytém uwzględnić potrzeba żyłne zastawki, ciężkość słupa krwi żylnéj (Billroth) i t. p. Lecz w ogóle długość i wielkość zatyczek zależy od własności krążenia obocznego, które znowu zależy od energii krążenia krwi w ogóle. Zdawałoby się, że zakrzepy w żyłach powinny być większe aniżeli w tętnicach, tak jednak nie jest, albowiem temu zapobiega krążenie oboczne.

(Dokończenie nastąpi).

K R O N I K A Z A G R A N I C Z N A .

Nowe metody uprzystępnienia pęcherza moczowego u kobiet. Zastosowanie ich w celu rozpoznawczym i leczniczym.

Przez Dra H. Wildt w Gera.

(Dokończenie).

4) Nakoniec niech mi wolno będzie przytoczyć jeszcze jeden wypadek z Heidelbergskiej kliniki chirurgicznej, który jest bardzo zajmującym z powodu swego pomyslnego zejścia. Pani Rachel Behrmann z Kowna, 29 lat wieku mająca, od lat 13 zamężna; dwa pierwsze jej porody odbyły się pomyslnie.

Przed trzema laty rodziła po raz ostatni i to z wielką trudnością; poród ten trwał przez 4 dni po odplynięciu wody płodowej i nowonarodzone dziecko było martwe; nikt znający się na rzeczy nie obserwował tego porodu. Podczas porodu pacjentka silnie zachorowała i nastąpiło mimowolne wyciekanie moczu. Po wyzdrowieniu chora udała się do Niemiec dla wyleczenia się z mimowolnego odpływania moczu. Tutaj 7 razy poddawano ją operacyom, z których pierwsza miała za cel zamknięcie przetoki pęcherzo-pochwowej przez połączenie brzegów; następne zaś operacje, ponieważ pierwsza się nie udała, dążyły do obliteracji części cewkowej pochwy.

Ostatni ten cel był osiągniętym o tyle, że z lewej strony pozostała się tylko mała przetoka. Na wiosnę roku 1874 chora przybyła do Heidelberga dla zupełnego wyleczenia się i to, jeżeli można, w taki sposób aby przywrócić światło pochwy. Ponieważ przez pochwę nie można było badać, więc dokonano rozszerzenia cewki moczowej, ażeby ze strony pęcherza wy badać pierwotnie istniejącą przetokę. W taki sposób przekonano się, że przetoka ta była dosyć mała, znajdowała się wysoko w okolicy macicy, i że pomiędzy nią a zarośnięciem pochwy znajdowała się cała długość cewki i wielka część ściany pęcherzopochwowej. Z tego powodu 17 czerwca 1874 roku prof. Simon rozciął zarośnięcie pochwy i nałożył trzy szwy na pierwotną przetokę, której długość $1\frac{1}{2}$ ctm. a szerokość $\frac{1}{4}$ ctm. wynosiła. Nastąpiło zupełne wyleczenie. W taki sposób życzenia chorób były w dokładności wykonane; pochwa stała się prawie normalnie długą i chora, której poprzednio jako żydówce groził rozwód, powróciła do swego męża.

Drugi sposób używany w Heidelbergskiej klinice chirurgicznej dla ułatwienia dostępu do pęcherza moczowego u kobiet polega na przecięciu ściany pęcherzopochwowej.

Cięcie to dotychczas w ogóle stosowano tylko dla dwóch celów leczniczych, t. j. dla wydobycia kamieni z pęcherza i dla zniesienia chronicznego kataru pęcherza, lecz nigdy nie używano go dla zbadania pęcherza. Do dwóch wyżej wspomnianych wskazań przybywa jeszcze trzecie bardzo ważne, t. j. usunięcie nowotworów pęcherza.

Co się tyczy wydobycia kamienia za pomocą cięcia ściany pęcherzopochwowej, to operacja ta, której potrzeba pod tym względem okazuje się tylko w krańcowych wypadkach, była unikana bardzo do ostatnich czasów, gdyż jako następstwa jej obawiano się przetoki.

Obecnie jednak uleczalność przetoki pęcherzopochwowej tak jest pewną *), że dla wydobycia kamieni zapewne nikt innego cięcia niż powyższe nie przedsięwzięje. Jest ono zupełnie pozbawione niebezpieczeństwa i z pomocą niego można wydobyć największe kamienie z zastosowaniem, jeżeli tego okazuje się potrzeba, uprzedniego kruszenia ich; a nakoniec co do pozostania się przetoki, to obawa ta jest najzupełniej płonna. Gdyż z jednej strony szew, nakładany bezpośrednio po operacji, goi się bardzo pewnie, a z drugiej strony gdyby wbrew przewidywaniom pozostała się przetoka, to bardzo łatwo ją uleczyć. W klinice Heidelbergskiej rzeczywiście operacji tej nie stosowano dla

*) Prof. Simon dokonywał już operacji na 250 przetokach pęcherzopochwowych i tylko w bardzo wyjątkowych wypadkach nie następowało uleczenie.

wydobycia kamieni, ale jedynie z tych powodów, że nie było do tego sposobności; za to jednak prof. Simon wykonał daleko trudniejszą operacyą u dziecka ośmioletniego przy utracie substancyi w ścianie pęcherzopochwowej wskutek ropienia, wywołanego przez kamień ważący $1\frac{1}{2}$ uncyj. Pomimo małej przestworności, która operacyę nadzwyczaj utrudniała, po wielokrotném operowaniu nastąpiło zupełne wyleczenie *).

Przecięcie ściany pęcherzopochwowej dla zniesienia kataru chronicznego pęcherza było w nowszych czasach wykonywaném przez Simpsona w Edynburgu, następnie zaś było stosowaném przez wielu amerykańskich i niemieckich operatorów; między innymi dwa razy przez prof. Simona, a 3 razy przez prof. Hegara w Freiburgu **). Przez wykonanie takiej sztucznej przetoki pęcherzopochwowej miano na celu, żeby mocz bezpośrednio przez nią z pęcherza odpływał, t. j. by jaknajkróćiej pozostawał w zetknięciu z błoną śluzową pęcherza, będąc w tych razach po największej części amoniakalnie rozłożonym i posiadając w skutek tego własności nagryzające i wywołujące owrzodzenia. Pożyteczność jednak tego środka, według doświadczeń dokonanych w klinice Heidelbergskiej, nie jest jeszcze dostatecznie stwierdzoną. Prof. Simon, jakem się z rozmowy z nim dowiedział, będąc jeszcze w Rostoku, raz wykonał przetokę pęcherzopochwową z powodu uporczywego kataru pęcherza. U chorój jednak, jak się później okazało, były już nerki wtórnie zajęte; ona sama była już silnie osłabioną i pomimo codziennych przepłukiwań pęcherza letnią wodą zmieszaną z nadmanganianem potassu, katar nie znikł a mocz dalej pozostawał alkalicznym. Chora zmarła z wycieńczenia a przy sekcji okazało się wysoko posunięte zapalenie pęcherza i obustronne ropne zapalenie miedniczek nerkowych.

Cięcie ściany pęcherzopochwowej stosuje się do celów czysto rozpoznawczych tylko wtedy, jeżeli siedlisko choroby znajduje się prawdopodobnie w najwyższych częściach, albo tak daleko się rozszerza; innym bowiem sposobem badający palec sięgnąć tam nie może, nawet przy użyciu dwuręcznego badania, t. j. gdy wyższe części pęcherza są z pomocą ręki obniżane i zbliżane do badającego palca. Środkowa część wierzchołka pęcherza może być obmacaną przez rozszerzoną cewkę, ale o bocznych częściach nie da się to powiedzieć, gdyż te ostatnie nie mogą być do tego stopnia obniżone przez nacisk wywierany na powłoki brzuszne. W tych razach rozcięcie ściany pęcherzopochwowej stanowi środek bardzo odpowiadający celom rozpoznawczym i leczniczym.

Cięcie robione dla celów rozpoznawczych poczyna się od tylnego końca cewki moczowej i zajmuje środek ściany pęcherzopochwowej aż do ust macicznych. Przez tak zrobiony otwór można wygodnie wprowadzić do pęcherza dwa palce i obmacać wszystkie zagłębienia pęcherza, podczas gdy wyższe części tego ostatniego naciskiem na powłoki brzuszne zbliża się do palca badającego. Cięcie prof. Simon wykonywa w kierunku podłużnym, dla tego że w taki sposób omija się moczowody i dla tego, że następne złączenie brzegów rany łatwiejszém jest niż przy cięciu poprzeczném; przez cięcie podłużne można także pochwycić błonę śluzową pęcherza haczykami, wyciągnąć ją przez zrobioną ranę i w taki sposób w wielkiej części dla wzroku przystępną uczynić. Jeżeli przy obecności nowotworu brodawkowatego, najwyższe boczne części pęcherza zajmującego, nie można sobie w ten sposób postąpić, to wykonywa się drugie cięcie poprzeczne przez przednie sklepienie pochwy, tworzące z poprzedniém literę T, a naciskając na powłoki brzuszne pęcherz do tego stopnia się wywraca, że wszystkie jego części dają się z łatwością obmacać a nawet obejrzeć.

Cięcie poprzeczne wynoszące 3—4 centymetrów długości w połączeniu z cięciem podłużnym wynoszącém dwa centymetry wystarcza już dla wywrócenia pęcherza do pochwy.

Jakkolwiek cięcia te na żywym dotychczas jeszcze wykonane nie były, to jednak często je robiono na trupach i za każdą razą przekonywano się jak wielką część pęcherza można w taki sposób dla palca dostępną uczynić i z jaką łatwością i dokładnością daje się oddalić nowotwór umieszczony nawet w najwyższych bocznych częściach pęcherza, przez rozszerzoną cewkę dosięgnąć się nie dających. Jakkolwiek nie w spo-

*) Porówn. v. Langenbeck's Archiv. Bd. XII. Heft 2.

***) Porówn. Hegar, Die operative Gynäkologie. 1874. str. 453.

sób bezpośredni, jednak i na żywych sprawdzono rezultaty tego cięcia. Przy wielu wypadkach utraty substancji w ścianie pęcherzopochwowej, obserwowanych w klinice Heidelbergskiej, prof. S i m o n spostrzegł, że wypadnięcie pęcherza przez otwór w pochwie nie tyle zależał od wielkości tego otworu w kierunku podłużnym, ile od jego szerokości. Często się on przekonywał, że poprzeczne utraty substancji dawały powód do wywrócenia się pęcherza nawet wtedy, gdy tylko na kilka centymetrów ku przodowi się rozciągały.

Po skutecznieniu cięcia, gdy cierpienie można na jednym posiedzeniu usunąć, należy natychmiast przystąpić do zaszycia zrobionej rany. Gdy jednak cierpienie wymaga dłuższego terapeutycznego działania, to ranę pozostawia się przez ten czas otwartą i dopiero następnie zeszywa.

Teraz niechaj mi będzie wolno przedstawić dokładną historią choroby pewnej pacjentki, u której wykonano cięcie ściany pęcherzopochwowej z powodu wysoko posuniętego kataru pęcherza (to jest taż sama chora, u której błonę śluzową pęcherza przypalono nasyconym roztworem azotanu srebra, podług metody H e a t h'a).

Katarzyna Geissler, 24 lat wieku mająca, przybyła do kliniki 4 czerwca 1872 r. Cierpi ona od 3 lat, jak mówi, na częste napierania do oddawania moczu, silne bóle i kurcze pęcherza. Przy badaniu części rodne okazały się w stanie normalnym, otwór cewki moczowej zaczerwieniony.

Badanie kateterem, dokonane przy pomocy narkotyzacji (z powodu silnej bolesności) nie wydało żadnego rezultatu. Mocz był odczynu obojętnego, posiadał bardzo przykry zapach i zawierał znaczne ilości ciałek śluzowych i ropnych. Robiono wstrzykiwania wody cieplej do pęcherza, ale nie osiągnięto tym sposobem żadnej poprawy. Stan chorój prawie w niczem się nie różnił od zupełnej niemożności zatrzymywania moczu.

Z tego powodu 30 lipca 1872 r. zrobiono cięcie w ścianie pęcherzopochwowej, zaczawszy od tylnego końca cewki na 3 ctm. ku tyłowi. Powstał silny krwotok, który powstrzymano wstrzykiwaniami zimnej wody do pochwy. Następnie dokonywano codziennie przestrzykiwań letnią wodą ze strony pęcherza i pochwy. Reakcja organizmu po operacji była jednak bardzo znaczną; temperatura u chorój podniosła się do 39°. Brzegi rany tak silnie obrzmiały, że mocz i wszystka woda wstrzyknięta do pęcherza przez cewkę a nie przez przetokę odpływały; nastąpiły silne bóle i kurcze pęcherza, katar się pogorszył i mocz stał się amoniakalnym. Dopiero w październiku 1872 r. mocz zaczął przetoką odpływać i od tego czasu, przy codziennych wstrzykiwaniach do pęcherza, stan chorój znacznie się poprawił. Bóle i kurcze pęcherza ustały, i w połowie stycznia 1873 r. mocz był przejrzysty, jasny i kwaśny, tak że 19 stycznia 1873 r. przetokę zaszyto. Nastąpiło zupełne zagojenie się i przez ciąg 3-eh tygodni wszystko było w dobrym stanie; chora mogła zatrzymywać mocz przeszło godzinę. Następnie jednak stan jój stopniowo ciągle się pogarszał i po kilku tygodniach stał się tak złym, jak niegdyś. Z tego powodu w połowie maja 1873 r. rozpoczęto pędzlowania pęcherza silnym roztworem azotanu srebra podług metody H e a t h'a.

Po pierwszym pędzlowaniu chora dostała silnych bólów, bólu głowy i gorączki, ale mocz od tego czasu stał się kwaśnym.

Pędzlowania te były powtarzane co 8 lub 14 dni, a po 8—10 pędzlowaniach stan chorój znacznie się poprawił; nocną porą była w stanie zatrzymywać mocz przez godzinę, a dniem trochę krócej. We wrześniu 1873 r. chora została wypisaną. 20 października znowu powróciła i po kilku pędzlowaniach 9 listopada się wypisała; stan jój znowu stał się stosunkowo znośnym. Jednak już 26 stycznia 1874 r. przybyła z powrotem do szpitala; cierpienie jój przybrało znowu wielkie rozmiary i gdy pędzlowania nie sprawiały już żadnej ulgi, 26 lutego utworzono znowu przetokę pęcherzopochwową za pomocą cięcia dokonanego w tymże kierunku co poprzednie, ale przedłużonego aż do ust macicznych, tak że można było trzy palce do pęcherza wprowadzić. Przedłużenia tego dokonano w tym celu, aby moczowi zapewnić swobodny odpływ i aby pęcherz można było w całej jego rozciągłości uczynić dostępnym dla zbadania. Badanie nigdzie nie wykryło brodawkowatych narośli lub wrzodów.

Po operacji chora doznawała silnych kurczów pęcherza, a 3-go dnia nastąpił bardzo znaczny krwotok z tylnego odcinka brzegów rany. Dla powstrzymania tego krwotoku asystent Dr S c h ä d e l zaszył tylny odcinek przetoki za pomocą 5 szwów.

Brzegi rany po największej części się zrosły, tak że poprzednio utworzona przetoka znacznie się zmniejszyła, mocz jednak całkowicie przez nią odpływał, gdy po 14 dniach bliznę znowu rozcięto i przetocze dawną długość przywrócono. Oprócz tego co 8—14 dni przyżegano błonę śluzową pęcherza według metody Heatl'a, a stan chorój tak znacznie się poprawił, że w końcu maja można już było zaszyć przetokę; nastąpiło zupełne zagojenie. Od tego czasu stan chorój naprzemiany to się pogarszał, to się polepszał. napierania do oddawania moczu nie były już tak silne, by chora pod siebie robiła, była jednak co godzina zmuszoną do oddawania moczu i przez to spokojnie w nocy spać nie mogła. Dla tego pozostaje jeszcze wątpliwość czy objawy kataru pęcherza znowu nie ulegną dawnemu pogorszeniu.

Po tych doświadczeniach wykonanie przetoki pęcherzopochwowej będzie tylko wtedy przedsięwziętym, gdy łagodniejsze środki nie wydadzą żadnego rezultatu i cięcie przytém wykona się takiej długości, jak to uczynił prof. Simon, aby mocz nie podlegał zastojowi *).

Nakoniec pozwalam sobie złożyć serdeczne podziękowanie p. prof. Simon za łaskawe dostarczenie materiału i za pomoc przy niniejszej pracy.

Wiadomości bieżące.

Do nauki o wyciowaniu macicy (Schmidts Jahr. t. 167. 1875. Nr. 8). Dr Robert Barnes (Obst. Journ. I. p. 1—11. 1873—1874) przytacza nowy wypadek, w którym z pomyslnym rezultatem stosował opisany przez siebie rękoczyn przy przewlekłym wyciowaniu macicy. Rękoczyn ten polega na tém, że, zamiast gwałtownego odprowadzenia, zasznurowania szyjki macicznej znosi się poprzednio przez kilka miałkich nacięć i potém, według metody Taylora Smitha, stara się powoli odprowadzić za pomocą pęcherzy kauczukowych wypełnionych wodą. W tym celu naokoło ciała macicy zakłada się pętlę, za pomocą takowej ściągą wyciowaną macicę jak najgłębiej do pochwy i po obu stronach, jako też na tylnej powierzchni mocno rozciągniętego kanału szyjki robi się nacięcia $\frac{1}{3}$ " głębokie i $\frac{2}{3}$ " długie. Wypędzowanie macicy za pomocą liq. ferr. sesquichl. upewnia w pewnym stopniu przed krwotokami i zapobiega także ponownemu wyciowaniu. Pod względem rozróżnienia ukleju od wyciowania macicy autor przytacza, że niektórzy uczeni są zdania, iż czułość wywróconej macicy niepodobna uważać za rozpoznawcze znamię. W niektórych wypadkach, mianowicie gdy cierpieniu podlega także ciało macicy, chore rzeczywiście nie skarżą się na dolegliwość. Jeśli się jednakże ciśnie na szyjkę guza z okrągłemi więzami macicy i jajowodami, to natychmiast następuje znaczny upadek sił i objaw ten stanowi bez wątpienia ważny środek rozpoznawczy. Daléj autor uważa za stosowne, ażeby przy oddalaniu domniemywanego ukleju chorój nie chloroformować; jeśli się bowiem nakłada przewiązkę na ukleju, to nie sprawia to żadnych boleści, jeśli się zaś przewiązuje macicę, to mocny występuje ból. W każdym razie dla rozróżnienia należy równocześnie badać pęcherz cewnikiem i odbytnicę palcem. Wypadek przytoczony przez J. Frankerda (w m. przyt. 319—321) dowodzi, że ciągly stały nacisk przy wyciowaniu macicy jest skuteczniejszym aniżeli gwałtowne i silne rękoczyny. Wypadek ten dotyczył 22 letniej pierwiastki, u której stosowano krążek maciczny z powietrzem; przy tém leczeniu w 4 tygodnie po wyciowaniu macica wróciła do dawnego stanu; dwa palce dało się wpro-

*) W klinice Heidelbergkiej była sposobność obserwowania jednego wypadku z kliniki prof. Hegar'a z Freiburga, w którym utworzono przetokę pęcherzopochwową z powodu kataru pęcherza i obustronnego zapalenia miedniczek nerkowych (*pyelitis calculosa*). Przetoka była tak małą, że celu swego t. j. spowodowania swobodnego odpływu moczu tylko w części dopięła.

wadzić w miękkie szerokie ujście maciczne. Na końcu 6-go tygodnia chora oddawała się zwyklemu zatrudnieniu. Autor nadmienia jeszcze, że metoda *Braxtona Hicksa*, według której zwyczajny stetoskop końcem piersiowym przykładą się do dna macicy i cały umacnia opaską w postaci T, napróżno chciano stosować, ponieważ dla bardzo silnych bólów trzeba było spiesznie usunąć cały opatrunek. Dr *Hong* (*Amer. Journ. of Obst. and Dis. of women and children* VI. 3. p. 405. Nov. 1873) opisuje następujący wypadek: u 35 letniej mężatki dla odłożenia wynicowanej macicy użyto odkładacza *Whitego* (*Egg beater*). Dopiero w godzinę po rozpoczęciu operacji guz zaczął mięknąć; krwotok był nieznaczny. Przez poruszenie instrumentem zmieniano nieco ciśnienie, poczem guz zmiękł jeszcze więcej i dał się znacznie ścisnąć. W miejsce odkładacza użyto potem mocnej świeczki odbytovej i wśród równoczesnych rękoczynów palcami przewyciężono wreszcie zasznurowanie i organ przyjął swe prawidłowe stanowisko. Cała operacja trwała 2 godz. 10 minut, podczas której chora była chloroformowana. Pochwy i śródkrocza nie skaleczono wcale. W dzień po operacji wystąpiły objawy zapalenia mięszu macicznego, które jednakże wkrótce wśród odpowiedniego leczenia ustąpiły zupełnie. Po upływie miesiąca chora wyzdrowiała zupełnie, macica miała prawidłową postać i znajdowała się w prawidłowém stanowisku.

Wyjęcie mięśniaka pęcherza moczowego po poprzedzającym głębokim i wysokim rozcięciu pęcherza (*Gussenbauer, Langenbecks Archiv. XVIII. 411—423.—Centralbl. f. d. med. Wiss. Nr. 39. 1875*). Nadzwyczaj ciekawy nowotwór, który się rozwinął u 12 letniego chłopca i przy późniejszym badaniu zdawał się łączyć z elementami mięsaka resp. raka, w okolicy pęcherza moczowego, na lewo od linii środkowej tworzył guz dający się namacać przez powłoki brzuszne, i także przez odbytnicę można było go wysledzić. Przy badaniu ślednikiem w połączeniu z ręką przez odbytnicę okazało się wyraźnym, że guz, który zajmował tylną ścianę pęcherza, poruszenia dzioba ślednika utrudniał tym sposobem, iż takowa opadła do jamy pęchrza. Badając obiema rękoma przez odbytnicę i przez okolice ponad spojeniem łonowém, udało się przednią ścianę odbytnicy ponad górnym obwodem guza wypuklić ku przodowi i dowieść, że guz nie spoczywa w przestworze *Douglassa*, lecz że wychodzi z tylnych górnych części pęcherza. Rozpoznanie wahało się pomiędzy mięsakiem a włókniako-mięsakiem. Gdy po rozcięciu boczném dało się dokładniej zbadać stau rzeczy, zrobiono potem zaraz wysokie rozcięcie i wydobyto guz. Główna część tego dała się wydalić przez wyluszczenie palcami, szypułę, która jedyrie zakorzeniała się w pokładzie mięsnym, trzeba było wydostać nożem. Chory w krótkim czasie wyzdrowiał całkowicie.

Skuteczne leczenie przepukliny żyłkowej (*varicocele*) za pomocą podskórnych pętli drutowych (*R. Barwell, Lancet, Vol. I. N. 24. 1875—Aerztl. Intellig. Blatt. N. 37. 1875*). Operować ma się tylko wtenczas, kiedy skutkiem przepukliny żyłkowej występują gwałtowne bóleści, albo jądro jest miękkim i zanika szybko. Postępuje się zaś tym sposobem, że się moszna na 1 ang. cal powyżej jądra chwyta palcem wskazującym i wielkim i przez tarcie oddziela żyły od sznurka nasiennego, potem obie ściany moszen mocno ściska w palcach i przekłwa dość mocną igłą z drutem żelaznym lub srebrnym. na miejscu jej wyjścia znowu nakłówa i przed żyłami doprowadza do pierwotnego miejsca nakłócia; pętla więc drutowa spoczywa w jamie mosznowej naokoło żył, jej końce umacnia się przy placie, zalecaniej przez autora dla odsznurowania znamion macierzystych (*naevus*) i co drugi dzień przyciąga się silniej, aż pętla nie przetnie. Boleść jest mała, spokojne leżenie w łóżku tylko w pierwszych 48 godzinach. U 32 operowanych tym sposobem autor nie dostrzegał nigdy ani dreszczu wstrząsającego, ani róży, ani też innych groźnych objawów; dwa razy widział ropienia w miejscach nakłócia, raz wytworzenie się małego ropnia, który się zagoił szybko po rozcięciu. Wyleczenie jest całkowite, ponieważ rozmiękle i prawie zanikłe jądra znowu nieledwie stały się prawidłowemi.

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

Redakcja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364 (nowy 1), mieszkania Nr 6.

Druk. Gaz. Lek. Ul. Śto Krzyzka N 9. Дозволено Цензурою, Варшава 29 Октября (10 Ноября) 1875.