

GAZETA LEKARSKA.

I. O WYŁUSZCZANIU TWARDYCH GUZÓW Z MACICY ZA POMOCĄ CIĘCIA W JEJ ŚCIANACH (*Martinischer Kaiserschnitt*).

[Rzecz, czytana na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego 7 Maja 1889 r.]

Podał

Ryszard Bukowski,
ordynator kliniki chirurgicznej Warszawskiego Uniwersytetu.

Szanowni Panowie!

Operowanie twardej guzów macicy, mimo wielkich postępów antyseptyki, mimo już dość bogatej literatury, stworzonej pracą i doświadczeniem lat ostatnich, należy i w obecnej chwili do najcięższych zadań nowoczesnej chirurgii. Podczas gdy niebezpieczeństwa laparotomii minęły, gdy owaryjotomia zapisała wyniki swoje świetnymi cyframi na kartach literatury lekarskiej, nikt jeszcze prawie nie wyłuszczał guzów macicy, a jeżeli pojedyncze zdarzało się czytać przypadki, to ich wyniki nie zachęcały wcale do ciężkich prób, opłacanych często życiem chorych. Pomijam znane w tym dziale prace PÉAN'a ¹⁾, HOFMEJER'a ²⁾, ZWEIFL'a ³⁾, Pozzi'ego ⁴⁾, GÜSSEROW'a ⁵⁾, HEGAR'a - KALTENBACH'a ⁶⁾, LETUSSEY'a ⁷⁾ i wielu innych, którzy bądź w obszernych traktatach, bądź w oddzielnych artykułach, rozrzuconych w różnych czasopismach lekarskich, niezmiernie szybko do wielkich na tej drodze postępów przyczynić się zdołali; zwracam zaś tutaj uwagę, iż niedawno jeszcze niektóre z opisywanych guzów, jako *noli me tangere*, uważane były i przez HEGAR'a i KALTENBACH'a do kategorii *inoperabiles* zaliczane. Były to guzy, które, albo, wyrastając z ciała macicy, opuszczały się przez szyję do pochwy i w niej dolnym sterczały odcinkiem, albo tumory szeroką podstawą silnie w małą wkliniowane miednicę, lub wreszcie takie, które, w podsurowiczej rozwijając się tkance, wypełniały jamę DOUGLAS'a, sze-

¹⁾ PÉAN et URDY. *Hystérotomie*. Paris. 1873.

²⁾ *Die Myomotomie*. 1884.

³⁾ *Die Stielbehandlung bei der Myomectomie*. 1888.

⁴⁾ *De la valeur de l'hystérotomie dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus*.

⁵⁾ *Die Neubildungen des Uterus in der allgemeinen und speciellen Chirurgie von PITHA-*

BILLROTH.

⁶⁾ *Operative Gynäkologie*.

⁷⁾ *De l'hystérotomie sous-vaginale*. Paris. 1879.

rokie więzy, przestrzeń między macicą a pęcherzem i t. d.. Guzy te, uciskając sąsiednie narządy, wpływając na zmianę położenia macicy i jej dodatków, wywołując niebezpieczne krwotoki, lub ulegając wreszcie częściowej albo całkowitej zgorzeli, stawały się dla ustroju zagrażającym balastem, który chirurg natychmiast usunąć był powinien, nie mogąc jednak ani nałożyć uciskadła, ani utworzyć szypuły z tkanki, pozostałej po wyłuszczeniu guza, uciekał się do środków, które w rzeczywistości żadnej nie przynosiły ulgi.

W owym czasie na zasadzie analogii zanikania guzów w okresie zwrotu płciowego chwycono się myśli HEGAR'a wycinania zdrowych jajników dla wywołania „*climax praematurus*“. Jakkolwiek w wielu przypadkach ustępowały krwawienia, guz znacznie się zmniejszał, a chore operowane po przejściu burzliwych zjawisk zbliżającego się *climacterium* [krwawienia z pęcherza, odbytnicy, żołądka, MARTIN] niezłomie względnie cieszyły się zdrowiem; to jednak niekiedy zupełny brak polepszenia i dalej nieustające krwotoki zmuszały lekarza szukać innej drogi ocalenia. Pozostała więc i nadal w tym operacyjnym dziale szeroka luka, do zapełnienia której przyczynił się pierwszy SPIEGELBERG wypadkową operacją *myomo-cystis*, przyjętej, wskutek błędu rozpoznawczego, za mięsak torbielowy jajnika. Wówczas zrobił on laparotomię, i poznawszy swój błąd, wyłuszczył mięśniak, na tylnej ścianie macicy rosnący, ściany jamy zeszył, przedrenował, a macicę opuścił do jamy otrzewnej. Chora umarła, a SPIEGELBERG ¹⁾, opisując wyżej wspomniany przypadek, rzucił myśl operowania tego rodzaju guzów i niejako nawet podał wskazówki, mówiąc: [5354] „*Das von mir geübte Verfahren, die Enucleation mit Nath, eröffnet in Verbindung mit der Drainage nach SIMS der intra-abdominellen Entfernung der Uteringschwülsten eine ganz neue Aussicht. Natürlich es ist nicht überall anwendbar, sondern nur da, wo der Uterus in der Neubildung nicht aufgegangen ist, diese ihm vielmehr mehr weniger peripher aufsitzt und die eine seiner Flächen frei lässt*“. Metoda jednak jego nie znalazła naśladowców, a w literaturze ówczesnej nie spotykamy ani jednego przypadku, któryby wedle podanych przez autora wskazówek traktowano; cały bowiem szereg następczących się niepewności przy operowaniu, że wspomnę tylko: o nieprzewidzianych zrostach nowotworu z macicą i sąsiednimi narządami, o trudności utworzenia szypuły z pozostałego po wyłuszczeniu łóżyska, o obawie pozostawienia w otrzewnej rozległych uszkodzeń po usunięciu guza, o przeszkodach przy dokonaniu dokładnej hemostazy i t. d., nie mógł obudzić w chirurgach, znających dobrze wrażliwość otrzewnej, zbyt wielkiego zaufania. Ani przedwstępne badanie, z możliwą przeprowadzoną dokładnością, ani najogólniej ułożony plan operacyjny, nie dawały pewności pokonania tych przeszkód, które zamiary chirurga wniwecz obrócić mogły. Zaniedbany dział jednak niedługo leżał odłogiem; groźne przypadki, w których usunięcie nowotworu nietylko było wskazanem, ale natychmiast dokonać go też należało, zniewoliły operujących do szukania drogi, na której, omijając większe niebezpieczeństwa, udałoby się osiągnąć wynik, mogący choć poniekąd zapewnić uzdrowienie chorej. Wsparci już teraz doskonalszą

¹⁾ Die Diagnose der cystischen Myome des Uterus und ihre intraperitoneale Ausschälung. Eine neue Operationsmethode derselben. Archiv für Gynäk. Bd. III. str. 343. 7. 1874.

antyseptyką i postępami techniki, poczęli oni operować nowotwory, które, wychodząc z szyi lub ścian macicy, wrastają w szerokie więzy, lub rozwijają się dalej w podsurowiczej tkance małej miednicy. Gdy się też wkrótce przekonano, że wyłuszczenie guzów z luźnej tkanki w większości przypadków udaje się łatwo, że zrosty z sąsiednimi narządami niezawsze przedstawiają przy oddzielaniu nieprzewyciężone trudności, że krwawienia, jakkolwiek obfite, są śródmiażdżowe, a większe naczynia rzadko z tkanki miednicy przenikają do guza, którego odżywianie li tylko kosztem trwalszego połączenia z macicą się odbywa, to *myotomia cum enucleatione* stanęła w szeregu operacyj, które, uzyskawszy prawo bytu, codziennie niemal nowymi zdobyczami zaznaczają swój postęp.

Z tej właśnie wychodząc zasady i przypuszczając poniekąd możliwość zachowania w całości macicy i jajników, MARTIN rzucił myśl usuwania guzów, rosnących tylko w ścianach macicy, przez cięcie cesarskie, chcąc niem zastąpić uciążliwe i często z wielkiem niebezpieczeństwem połączone operowanie przez pochwę. Choć o trudnościach ostatniego rękoczynu już w roku 1874 spotykamy wzmianki ¹⁾, to jednak po pięciu latach zaledwie MARTIN ²⁾ czynem urzeczywistnił możliwość podobnej zamiany. Na niego więc spada cała zasługa, ponieważ pierwszy świadomie zamiast wyłuszczać podobne, pojedyncze guzy przez długi i ciasny kanał szyi, robił laparotomię i, nałożywszy elastyczne uciskadło, odpowiednim cięciem w ścianach macicy dostawał się do guza, wyłuszczał go z łożyska i po dokładnej dezynfekcy i zatamowaniu krwawienia rozcięte ściany zeszywał, jamę po usunięciu nowotworu drenował przez pochwę i całą macicę do jamy otrzewnej opuszczał. Probując podobnych rękoczynów najpierw na guzach podsurowiczych, przeszedł następnie na śródsienne, a wreszcie i na takie, które, wychodząc z warstwy mięśniowej, rozwijały się tuż pod błoną śluzową i przy swem wyłuszczeniu bez częściowego jej wycięcia usuniętymi być nie mogły. Idealna w rzeczywistości metoda MARTIN'a, przy której, wygrywając nie tylko na czasie i dokładnem wykonaniu rękoczynu, zostawiamy narząd, zdolny w następstwie do fizjologicznych czynności, początkowo niezbyt skwapliwie przez ogół gynecologów przyjętą została. Mimo tak znakomitej wyższości zarzucono jej zaraz, prócz technicznych trudności, prócz braku odpowiednich wskazań, wielkie niebezpieczeństwo zakażenia, które, jeżeli gdzie, to tutaj, na szczególniejszą zasługuje uwagę. Dopiero po jej ocenie przez LOMMER'a w r. 1883 posypały się liczne prace, w których ciasne ramki pierwotnych wskazówek rozszerzać poczęto, i wykazując jej wartość, jak również wady i braki, cytowano przypadki, gdzie ją z prawdziwym pożytkiem zastosować należy. To też obecnie MARTIN'owska enukleacja, choć odstąpiono znacznie od pierwotnych jej zasad, znajduje szerokie pole zastosowania w praktyce i licznymi przykładami najwyraźniej świadczy o swej prawdziwej doniosłości.

¹⁾ a) Ueber Enucleation intraparietaler Fibroide — MARTIN. Tageblatt. 47. Versammlung in Breslau. S. 241—243. 7. 1874.

b) Zu den eingekeilten Fibroiden der Gebärmutter. SPIEGELBERG. Gyn. Archiv. Bd. V str. 100.

²⁾ Deutsch Medicin. Wochenschrift. Nr. 27. 1880 — BUCKHARDT — eine neue Operationsmethode bei submucösen Tumoren.

Kilka prac znanych chirurgów i ginekologów służyło mi za podstawę niniejszego artykułu; zanim jednak nieco obszerniej wypowiem w tej kwestyi ich ostatnie słowo, pozwolę sobie przytoczyć historję dwóch przezemnie operowanych przypadków.

Przypadek I. *Fibromyoma uteri interstitialis. Laparotomia. Enuclatio neoplasmatismethodo Martini. Sutura parietum uteri. Sanatio.*

Heryngfeld Golda, dziewczica, lat 18 licząca, opowiada, że jest najmłodszą z liczego rodzeństwa, które wraz z rodzicami cieszy się zupełnem zdrowiem, że siostry jej wszystkie są zamężne i dzieciłe, i że ona sama w życiu żadnych ważniejszych nie przechodziła chorób. Pierwszą regularność miała w 14 roku życia, poczem po całorocznej przerwie miesiączkować zaczęła zupełnie prawidłowo co 4 tygodnie, lecz bardzo obficie: krew często odpływała wielkimi skrzepami, a regularność, połączona zawsze z bólami w krzyżu i w dolnej części brzucha, trwała zwykle tydzień, lub nieco dłużej. W Lutym roku zeszłego [1888] wystąpiło naraż zatrzymanie moczu, które, wracając w pewnych odstępach czasu jeszcze kilka razy, zmusiło chorą szukać porady lekarskiej. Wówczas dopiero wezwany kol PORTNER spostrzegł obecność w małej miednicy twardego guza, który odtąd zwolna i stale się powiększał. Stan taki trwał jeszcze przez trzy miesiące, poczem pierwszy, nadzwyczaj obfity krwotok położył chorą do łóżka, z którego już odtąd nie wstawała. Krwawienia, powtarzające się co dni kilka, pomimo tamponacyi pochwy i podskórnego stosowania ergotyny przez kolegów STEMBARTA i HUZARSKIEGO, nie ustawały, a gdy do tych krwotoków prócz wysokiej niedokrwistości przyłączyły się jeszcze obfite i cuchnące wydzieliny z pochwy, odleżyny na pośladkach, ropsie po wstrzykniętej ergotynie, wreszcie częste dreszcze i wysoka gorączka [39,5° C. rano, 40,5° C. wieczorami], chora zdecydowała się szukać ratunku w niebezpiecznej operacyi, którą dotąd odkładano, mając jedynie na względzie nadzwyczajne osłabienie chorej i nadzieję jakiegokolwiek poprawy, tak koniecznej dla przedsięwzięcia podobnego rękoczynu. Wezwany w połowie Sierpnia na radę z kol. RAUMEM, postanowilem przeniesić chorą do kliniki prof. KOŚIŃSKIEGO, aby po dokładniejszem zbadaniu i obserwacyi mógł postawić wskazówki względem dalszego jej leczenia. Jakoż gdy w kilka dni później chora zjawiła się na oddziale, znalazłem stan jej następujący: chora silnie wyniszczona, blada i niedokrwista, z przyspieszonym oddechem [28] i drobnem a słabem tętnem [156], gorączkująca [39° C. rano, 40,5° C. wieczorem], bezwładnie leży na łóżku, nie mogąc nawet zmienić swego położenia; obszerna odleżyna w okolicy kości krzyżowej i kilka tworzących się na udach ropni po wstrzykniętej ergotynie silnie sprawiają jej dolegliwości, powiększone jeszcze częstem parciem na mocz i bólami w krzyżu. Około chorej czuć się daje nieprzyjemny zapach, pochodzący z części płciowych i przypominający rozpad nowotworu, podlegającego zgorzeli. Przy oględzinach spotrzegamy guz, wyraźnie sterczący w jamie brzusznej, który, zaczynając się na trzy poprzeczne palce powyżej pępka, opuszcza się ku dołowi pod spojenie łonowe. Kształtem i wielkością przypomina macię w ostatnich miesiącach ciąży; półkulista jednak jego wyniosłość rysuje się nieco wyraźniej z lewej, aniżeli z prawej strony. Przy dotyku przez silnie napięte, lecz przesuwalne ściany wyczuwamy guz twardy i gładki na przedniej powierzchni, nieco ruchomy na prawo i na lewo, a wskutek silnego wklonowania w małą miednicę zupełnie niedający się unosić ku górze. Obwód brzucha 94 cm.; wymiar od wyrostka mieczykowatego do pępka 27 cm., od pępka do spojenia łonowego 15 cm., podniesienie guza ponad pępek 5 cm.; od kołca biodrowego prawego do pępka 13 cm., od lewego 15 cm.. Tegoż dnia pod chloroformem dokonane badanie dało następujące wyniki: przez wąską pochwę, przez którą z trudnością udaje się przesunąć dwa palce, dochodzimy do tylnego sklepienia macicy, gdzie

niewiele więcej na lewo sterczy ciastowaty, stożkowato zakończony guz, opuszczający się prawie do połowy pochwy. Daje on się dokładnie obejść palcami od tyłu, gdzie przy szyi macicy wyraźne na nim wgłębienie wyczuwać możemy; z lewej zaś strony i od przodu bezpośrednio przechodzi w tylną wargę macicy, która, rozciągnięta i wygładzona na guzie, utraciła zupełnie pierwotną swą formę. Całą powierzchnię wystającego do pochwy odcinka pokrywa błona śluzowa gładka i bez owrzodzeń. Przy dwuręcznem badaniu stwierdzić można zupełną łączność i jednolitość dopiero co opisanego guza z guzem macicy. Zgłębnik przez szeroko otwarte usta maciczne daje się wprowadzić z łatwością ku górze i nieco na prawo blisko 8 ctm.; przez ścianki jednak brzucha końca jego wyczuć nie możemy. Pęcherz bezpośrednio leży nad nowotworem, mocno odsunięty na prawo; moczu czysty nic nieprawidłowego nie zawiera. Z pochwy, prócz cuchnącej mocno wydzieliny, pojawiło się przy pierwszym dotyku obfite krwawienie, które po skończonem badaniu tamponacją z gazy jodoformowej przerwało. Guz również wyczuć możemy przez odbytnicę, która wskutek niskiego położenia nowotworu zdaje się być nieco zwężoną.

Wobec powyższych danych, nie ulegało najmniejszej wątpliwości, iż w tym przypadku mamy do czynienia z twardym, jednolitym, śródstciennym, częściowo podśluzowym guzem macicy, który, prawdopodobnie wyrastając z tylnej i lewej ściany ciała macicy, wierzchołkiem swoim sięgał do pochwy, coraz niżej wgłęb jej się opuszczając. Był to więc obraz zaczynającego się porodu, który jednakże wobec wielkości guza, w bezpośrednim znajdującego się związku z mięszmem macicy i wobec znacznego upadku sił chorej, nie mógł być uwieńczony pomyślnym skutkiem. Nowotwór uwiązał w wąskiej pochwie, a silnie przez elastyczne usta maciczne zaklinowany, wskutek utrudnionego a być może nawet przerwanego krwiotoku, częściowej uległ zgorzeli. Wyraźny obraz ogólnego zakażenia wykluczał niewątpliwie możliwość wyczekiwania, nagłąc do szybkiej chirurgicznej interwencji.

O wyłuszczeniu nowotworu przez pochwę, nie można było myśleć nietylko ze względu na wielkość guza i niedający się naprzód określić związek jego z macicą, lecz także i z powodu warunków ze strony wąskiej pochwy, przez którą guz jedynie częściami usuwać by należało. Operacja taka przez długi i wąski kanał, wykonywana prawie bez światła i bez dokładnej kontroli, wikała się zawsze nietylko trudnym do tamowania krwotokiem, lecz także znacznem uszkodzeniem pochwy i ciała macicy, co staje się potem główną niemal przyczyną niepomyślnego zejścia, lub groźnych powikłań w okresie pooperacyjnym. Rozłożyć zaś operację na kilka posiedzeń nie pozwalały ani siły chorej, ani rozpoczynająca się zgorzel, która w tych warunkach, nawet przy możliwie dokładnej dezynfekcji, tylko wzmódz mogła objawy ogólnego zakażenia. Pozostała więc laparatomia: tu zaś mieliśmy dwie drogi postępowania — *amputatio supravaginalis uteri*, albo *enucleatio neoplasmatis* z następczem zachowaniem macicy albo jej usunięciem; pierwsza metoda, wobec guza wrastającego w szyję macicy, i sięgającego głęboko do pochwy, niewykonalna, z powodu niemożności nałożenia uciskadła, zmuszała nas do przedsięwzięcia enukleacji i następnego postąpienia stosownie do warunków, jakie znaleźć mogliśmy w dalszym przebiegu operacji. Tu również nadmienić muszę, iż, przystępując do operacji, miałem na myśli i kastrację, którą jednakże, tylko ostatecznie zmuszony, wykonać chciałem. Była ona w tym razie najmniej wskazana, bo, chociażby później krwotoki ustały nawet, nie zmniejszy się rozpad i zakażenie, które w danej chwili największem groziły niebezpieczeństwem.

Po odpowiedniem przygotowaniu chorej i możliwie dokładnej dezynfekcji pochwy i macicy, 24 Sierpnia roku zeszłego, przy współudziale kolegów SZTEJNERA i NEUGEBAUERA [syna] przystąpiłem do operacji. Otworzywszy szerokiem cięciem jamę otrzewnej, starałem się podnieść jaknajwyżej cały no-

wotwór ponad powierzchnię ścian brzusznych, co jednak niezupełnie się udało z powodu mocnego zaklinowania macicy, która, czem niżej ku dołowi, tem szerszą stawała się w obwodzie. Wobec podobnych warunków nałożenie elastycznej ligatury poniżej guza staje się niemożliwem i zdecydować się należy, albo operować bez uprzedniej tamponacyi, lub też, zacisnąwszy sznur możliwie nisko na guzie, wyłuszczyć go początkowo do miejsca jego założenia, poczem ligaturę od tylnej ściany palcami chwilowo odciągnąć i enukleację dokończyć. W danym przypadku zastosowałem ten ostatni środek, który, choć niezupełnie ścisły i może nawet kłopotliwy, ma jednak wielkie zalety; bo i chorą zabezpiecza od krwotoku i nam znacznie ułatwia technikę.

Obłożwszy następnie serwetkami jamę otrzewnej, nachyliłem macicę mocno w dół i ku przodowi i po tylnej, lewej jej stronie na miejscu siedliska guza, zrobiłem głębokie cięcie, prowadząc je w kierunku pionowym od szyi do wierzchołka. Długość tego cięcia wynosiła 11 centymetrów. Oddzieliwszy następnie powierzchnię nowotworu od brzegów rany, tę ostatnią rozszerzyłem ekarterami, a guz sam, podnosząc ku górze, szybko wyłuszczyłem z łożyska palcami bez użycia nawet tępych narzędzi. Duża jama po zdjęciu elastycznej ligatury obficie krwawić zaczęła; był to jednak tylko krwotok mięszzowy, który po szczelnem wytamponowaniu łożyska gazą jodoformową, zewnętrznym ucisku i nadzwyczaj szybkim skurczeniu się pozostałej macicy ustał prawie zupełnie. Teraz dopiero przystąpiwszy do szczegółowego obejrzenia pozostałego łożyska, znalazłem, że guz, najprawdopodobniej śródścienny, wychodził z dolnej części macicy, z lewej i tylnej jej strony i, kierując się w górę i ku dołowi, dosięgał jednym końcem wierzchołka macicy a drugim wrastał zwężony w szyję maciczną, po przejściu której opuszczał się do pochwy. Jama pozostała po wyłuszczeniu, ograniczona z jednej strony nienaruszoną błoną śluzową macicy, a z drugiej mocno rozciągniętą i zcieńczałą warstwą mięśniową, zredukowała się wkrótce przynajmniej do $\frac{1}{10}$ poprzedniej swej wielkości i nieznacznie tylko krwawiła od strony mięśniowej. Cięcie, przeprowadzone w ścianie macicy, znajdowało się teraz w $\frac{1}{3}$ górnej części jamy, która przy badaniu palcem przedstawiała obecnie rodzaj szerokiego i wydłużonego kanału, idącego pod błoną śluzową wgłąb przez szyję maciczną do pochwy.

Teraz nastęrczało się pytanie, jak dalej postąpić należy z powstałą jamą i ewentualnie z samą macicą?

Wobec bardzo małych uszkodzeń przy wyłuszczeniu, jak również mając na względzie historję podobnych przypadków MARTIN'a ¹⁾ i HAGER'a ²⁾, zdecydowałem się pozostawić macicę i dokonałem tego w następujący sposób: po uprzedniem wytamponowaniu paskami gazy jodoformowej dolnej części kanału, prowadzącego przez szyję, do pochwy, na górną część jego, odpowiadającą cięciu, przeprowadzonemu w ścianie macicy, nałożyłem trzy szwy materacowe, spajając tym sposobem zupełnie górną część dwóch ścian mięśniowych, zwróconych do siebie powierzchnią krwawiącą po wyłuszczeniu guza; brzegi rany ciętej zaszyłem szwem węzełkowym [11 szwów], przykrywając go jeszcze powierzchnnie warstwą otrzewnej za pomocą szwu ciągłego, a opuściwszy swobodnie macicę do jamy brzusznej, oczyściłem tę ostatnią, zaszyłem i ścisły antyseptyczny nałożyłem opatrunek. [Wszystkie szwy nakładałem z jedwabiu]. Dodać tu jeszcze muszę, że prawy jajnik, przedstawiający małą torbiel wielkości orzecha, przewiązałem ligaturą i odciąłem. Teraz dopiero, rozszerzywszy za pomocą wziernika pochwę, odszukałem w niej dolną część worka, wytamponowanego gazą i oddzielenego od pochwy tylko błoną śluzową, przeciąłem tę ostatnią nożycami i końce gazy jodoformowej wyciągnąłem nieco na zewnątrz

¹⁾ Centrallblatt für Gynäkologie. Nr. 31. 1886. 7.

²⁾ Centrallblatt für Gynäkologie. Nr. 40. 1886. 7.

do pochwy, dając tym sposobem możność swobodnego wypływu zebranej krwi wewnątrz łóżyska. W końcu całą pochwę wypełniłem jeszcze gazą jodoformową i otworzyłem dwa ropnie, wytworzone na udzie.

Przebieg pooperacyjny był bardzo powikłany; już bowiem na trzeci dzień po operacji ciepłota podniosła się do 39, a z pochwy obficie wypływała ropa, zmieszana z resztkami skrzepów. Wówczas wyjąłem wszystkie tampony i zamiast gazy wprowadziłem dren szklany, przez który dwa razy dziennie przemywano jamę roztworem kwasu bornego i sublimatu 1:5000, w ciągu czterech tygodni do chwili zupełnego jej zabliznienia. Prawidłowa prawie ciepłota siódmego dnia po operacji znów się podniosła do 39,5°, a jednocześnie widać było wyraźnie zaczerwienienie i silne napięcie ścian brzusznych na miejscu dwóch szwów tuż poniżej pępka. Szwy zdjąłem, miejsce zaczerwienione rozerwałem zgłębnikiem, a przez otwartą ranę wypuściłem znaczną ilość gęstej niecuchnącej ropy. Tu więc, równie jak w wielu innych przypadkach, opisywanych przez MARTIN'a, SCHROEDER'a i t. d., nie obeszło się bez zakażenia, które najprawdopodobniej z pochwy dostało się do jamy otrzewnej, wywołując w niej ograniczone, ropne zapalenie z następczą przetoką ściennomaciczną. Włożony w ranę zgłębnik szedł w kierunku jamy DOUGLAS'a więcej na lewo, gdzie też wprowadziłem natychmiast dwa grube dreny, przez które następnie w ciągu sześciu tygodni, od czasu do czasu je zmieniając, robiłem antyseptyczne przestrzykiwania. Przez ranę wyszło kilka ligatur i chora, po trzymiesięcznem blisko leczeniu, 18 Listopada wypisała się jako zupełnie zdrowa. Przetoka w ścianie brzusznej, również jak rany po odleżynach i ropniach, zupełnie się zagoiły i tylko ogólne odżywianie było jeszcze dość upośledzonym.

Badanie przez pochwę nie wykazało nic szczególnego; macica mało ruchoma, rana na błonie słuźowej zupełnie zagojona, usta maciczne nieco więcej otwarte, zgłębnik swobodnie wchodzi na sześć ctm.; regularności nie ma.

Tutaj więc udało nam się ściśle wykonać operację podług pierwotnego planu MARTIN'a, który przez wyłuszczenie nowotworu ze ścian macicy chciał uniknąć konieczności jej amputowania. Chociaż warunek ten dzisiaj, straciwszy pierwotne swoje znaczenie, nie obowiązuje nas już zupełnie, a nawet wobec zasad, ostatnio ogłoszonych przez ALBERT'a, w wyjątkowych tylko przypadkach do wykonania staje się możliwym, to jednak nie sądzę, abyśmy zawsze czynili go zależnym od tych jedynie okoliczności, które napotkać możemy podczas operacji i które pozwolą nam bądź zostawić macicę, bądź też zmuszą nadpochwowo ją amputować.

Istnieje tu jeszcze jeden warunek, a mianowicie: młody wiek chorej, który również nie ostatnią odgrywa rolę i wówczas tylko nie stanowi przeciwwskazania do amputacji, gdy, zachowując macicę, chorą na widoczne naraziłbyśmy niebezpieczeństwo. Historyja przypadków MARTIN'a, SCHROEDER'a, FRENKL'a, FREUND'a i innych dowodzi, że w podobnych razach udawało się nieraz i chorą ocalić i zatrzymać macicę, która po pewnym czasie do stanu fizjologicznego powracała. Również i w moim przypadku po upływie ośmiu miesięcy od czasu operacji stan ten obserwować możemy: operowana, zupełnie zdrowa, od trzech już miesięcy miewa regularność prawidłową i bez żadnych boleści, jakie bywały przedtem; badanie zaś przez pochwę wykazuje: macica prawidłowej wielkości, zupełnie ruchoma, nieco nachylona ku przodowi, *parametria* wolne, usta maciczne trochę rozwarłe, szyjka wreszcie krótka, jak u kobiet, które już rodziły.

Wyłuszczonej nowotwór, formy jajowatej, w dolnym odcinku nieco spleaszczony, waży 1280 gramów — średnica podłużna wynosi 15 ctm., poprzeczna 14 centymetrów, obwód podłużny 45 centymetrów, poprzeczny 38 centymetrów, powierzchnia zewnętrzna jest prawie zupełnie gładką i tylko na tylnej stronie od dołu znajdujemy bruzdę 11 centymetrów długą, idącą w kierunku poziomym nieco skośnie ku dołowi od strony prawej ku lewej; jest to miejsce zaciśnięte

przez szyję maciczną — część guza poniżej wgłębienia wpukloną była do pochwy. Na powierzchni przekroju widać głęboką jamę o nierównych i strzępiastych ścianach z zagłębieniami, idącymi w różnych kierunkach i wypełnioną posokowatym, nadzwyczaj cuchnącym płynem. Kolor guza na zewnętrznej powierzchni i na przekroju jest bladо-różowy. Badanie drobnowidzowe, dokonane łaskawie przez kol. KIJEWSKIEGO, wykazało, że n o w o t w ó r j e s t — *fibromyoma uteri*.

Włókien mięsnych w guzie znajdujemy bardzo wiele i tylko w niezbyt licznych miejscach tkanka łączna bierze przewagę nad niemi.

Napotykamy również tak pomiędzy pęczkami włókien mięsnych, jak i w samej tkance łącznej jamki, bądź to o gładkich ściankach, bądź też o strzępiastych. W tych ostatnich znaleźć można miejscami zawartość drobnodziarnistą.

Przypadek II. *Fibromyoma uteri interstitialis. Laparatomia. Enucleatio neoplasmatiss methodo Martini. Amputatio supravaginalis uteri. Sanatio.*

W początkach Lutego r. b. zgłosiła się do mnie po poradę Sura Kulig z Warszawy, zameżna, bezdzietna, lat 42 licząca. Chora opowiada, że, będąc przedtem zupełnie zdrową, od dwóch lat zgórą spostrzegła nieznaczne powiększanie się brzucha i jednocześnie zauważyła guz twardy i niewielki tuż nad spojeniem łonowym; nie miała jednak żadnych dolegliwości i dopiero w miarę powiększania się guza wystąpiły bóle w krzyżu, zaparcie stolca i nieprawidłowości w miesiączkowaniu. Zameżna od lat 20, nigdy jednak w ciąży nie zachodziła; miesiączkowała od 15 roku życia przedtem zupełnie prawidłowo, obecnie zaś od czasu choroby miewa silne krwotoki, które z przerwami dwutygodniowymi, lub trzytygodniowymi występują z wielką gwałtownością a trwając czasami tydzień lub dłużej, zmuszają ją z powodu bólów i obfitości do pozostawiania w łóżku. Chora miernego wzrostu, dobrej budowy, średnio odżywiana, blada i dość osłabiona ciągłymi krwotokami, ulega łatwo zmęczeniu i do żadnej pracy nie czuje się zdolną. Tętno drobne 120, niemiarowe, oddech nieco przyspieszony — 27, kończyny dolne obrzmiałe, prawa więcej. Brzuch półkulisto-wypukły, jednak niesymetrycznie i nieco więcej po lewej stronie. Obwód wynosi 106 centymetrów, wymiar od wyrostka mieczykowatego do pępka 31 centymetrów, od pępka do spojenia łonowego 18 centymetrów, od kolca biodrowego prawego do pępka 17 centymetrów, od lewego 19 centymetrów; przy dotyku ściany brzucha są silnie na guzie napięte, dają się jednak przesunąć po jego gładkiej i kulistej powierzchni; guz sam składa się jakby z dwóch części, z których jedna większa, wychodząca z małej miednicy, sięga do pępka, druga, półksiężycowego kształtu, obejmuje swoją wklęsłą powierzchnią wierzchołek pierwszej, wypukłą zaś nieco więcej w prawą kieruje się stronę. Obie części guza są mocno ze sobą spojenie i na miejscu spojenia daje się wyczuwać wyraźne zagłębienie. Pierwszy guz [dolny] sprężysty i gładki zupełnie na swojej powierzchni, drugi cokolwiek nierówny i twardszy; oba guzy razem przesuwają się łatwo na prawo i na lewo, a przy podnoszeniu ich ku górze bez trudności nad spojenie łonowe głęboko rękę wprowadzić możemy. Przez pochwę część pochwowa przy podnoszeniu i opuszczaniu guza mało ruchoma, usta maciczne szczelnie zamknięte, zgłębnik wprowadzić się nie daje. Pęcherz zwrócony ku górze i na prawo. Przy badaniu przez odbytnicę wyczuwamy również gładką i elastyczną powierzchnię guza, bardzo jednak wysoko sięgać do niego potrzeba. Całkowite, wyżej opisane badanie, odbyło się pod chloroformem przy łaskawej pomocy kol. SZTEYNERA.

Wobec tego widocznem było, że w danym przypadku mamy do czynienia z twardym guzem macicy, który albo składa się z dwóch oddzielnie rozwijających się tumorów, lub też jest jednolitym i w górnej swej części tylko przeżęzonym. W pierwszym razie mogły to być dwa mięśniaki macicy, które

początkowo miały dwa oddzielne siedliska, dość nawet od siebie oddległe, a tylko w następstwie przy wzroście zbliżały się coraz bardziej i obecnie szczelnie przytykają do siebie; przegroda, dzieląca je nawet, uległa, być może, zanikowi i dziś są one umieszczone w jednym łożysku, na którego ścianach mogły pozostać zaledwie ślady jego dwudzielnosci. Jednakże ani pierwsze, ani drugie przypuszczenie nasze nie było poparte żadnym pewnikiem, a tylko na zasadzie większego prawdopodobieństwa za pierwszym głosować by trzeba, tem więcej, że przewężenie w górnej istniało części, gdzie nie ma powodów, wskutek których, przy rozwijaniu się guza, jakaśkolwiek część jego więcej od innych uciśniętą być mogła. Rzecz ma się zupełnie odwrotnie, jeżeli guz, rosnąc, opuszcza się ku dołowi; tam bowiem przy przejściu przez wąską szyję maciczną zaciska się mocniej w tej ostatniej i wtedy łatwo spostrzegać na nim zwężenie, jak to miało miejsce w pierwszym wyżej opisanym przypadku.

Drugi punkt, który również bez dokładnej i pewnej musiał pozostać odpowiedzi — to umiejscowienie guzów. Wykluczając rozwijanie się jego pod błoną śluzową, na co żadnych nie mieliśmy danych, trzeba było przypuścić, że guz początkowo był tylko śródściennym i dopiero w następstwie przy wzroście swoim rozciągał coraz więcej warstwę mięśniową macicy i w ostatku, szczególnie część jego górną jako podsurowicza, przedstawiać się mogła, a dolna i wewnętrzna tuż pod błoną śluzową się znajdowała. Tu także nadmienić muszę, iż niemożebność wprowadzenia zgłębnika macicznego, jak również zupełnie gładka przednia powierzchnia guza, były też niemalą przeszkodą przy określeniu ściany, w której wyrastał guz; górny leżał na przedniej i prawej, o dolnym nic stanowczego powiedzieć nie można. Tępy odgłos na guzie i jego dość znaczna ruchomość mogły nas również do pewnego stopnia upewnić, że nie ma tu ani poważnych zrostów, ani zbyt silnego wklonowania w małą miednicę. Tak więc doszliśmy do wniosku, że w danym przypadku mamy do czynienia z twardym guzem śródściennym [prawdopodobnie dwoma] macicy, który jedynie tylko jest przyczyną silnych krwotoków i ztąd wynikającego ogólnego osłabienia, a jednocześnie wskutek swojej wielkości i dalszego wzrostu stać się może niebezpiecznym dla fizjologicznych czynności sąsiednich narządów. Nie mówiąc więc już o innych dolegliwościach, z jakimi chora bezustannie walczyć musiała i w mnóstwie leków szukać ulgi dla swego cierpienia, mieliśmy dwa najważniejsze powody — wielkość guza i silne krwotoki, które operację nie tylko usprawiedliwioną, ale i konieczną czyniły. Była ona wskazaną w obecnym czasie tem więcej, że wycieńczenie chorej nie doszło jeszcze do takiego stopnia, aby przedsięwzięcie tak poważnego rękoczynu narazić ją mogło na groźne powikłania, wywołane utratą krwi podczas samego aktu operacji. Plan operacyjny, podług którego zamierzałem postąpić, był następujący: otworzyć jamę otrzewnej, macicę wyciągnąć nazewnątrz, nałożyć na szyję elastyczne uciskadło, przez odpowiednie cięcie dostać się do guzów, wyluszczyć je, a następnie z macicą postąpić wedle wskazówek, podanych ostatnio przez ALBERTA, t. j.: albo zostawić macicę i zeszyć brzegi rozciętej rany z raną w ścianie brzusznej, jeżeli guz rośnie na przedniej powierzchni macicy i jama jej nie została otwartą; albo też w razie przeciwnym macicę nadpochwowo amputować i kikut traktować zewnątrz-otrzewnowo. Jeżeliby więc warunki co do zrostów jak również i możności nałożenia elastycznego uciskadła były dość sprzyjające, to, zabezpieczony od poważnych uszkodzeń otrzewnej i zbytniego krwotoku, mogłem sam akt operacji uważać za pozbawiony wielkich trudności i rachować na pomyślne zejście.

Przygotowawszy odpowiednio chorą 13 Lutego r. b., przystąpiłem do operacji przy współudziale kolegów SZTEYNERA, SOLMANA, REICHSZTEINA, KIJEWSKIEGO, MODLIŃSKIEGO i PRZYBOROWSKIEGO [Adama]. Zaraz jednakże po otworzeniu jamy otrzewnej, w której, aby swobodnie dostać się do guza

zrobić musiałem cięcie przeszło 25 centymetrów długie, przekonałem się, iż natrafiamy na bardzo poważne komplikacje. Najpierw, sam nowotwór składał się z dwóch zupełnie oddzielnych guzów: górny półkulistej formy, spodnią, wklęsłą powierzchnią przyrośnięty był do wierzchołka macicy, nieco więcej na prawo, a oddzielony całą warstwą mięśniową od dolnego, wyrastał tuż pod otrzewną, na nim zaś, zaczynając od wierzchołka ku tyłowi, rozpięte było *mesocoeum*, które z kiszka ślepą i wyrostkiem robaczkowym opuszczało się na tylną powierzchnię macicy, wypchniętej ku górze przez drugi guz śródścienny. Ten zaś ostatni był to mięśniak macicy, który, wyrastając z dolnego jej odcinka na tylnej, lewej powierzchni w dalszym swoim przebiegu wypełniał całkowicie jamę DOUGLAS'a, unosząc ku górze opuszczającą się tutaj z macicy otrzewną i spotkane na drodze *meso-coecum* i *meso-colon S Romani*. Tym więc sposobem przyrośnięcie do tylnej ściany macicy kręzek kiszki ślepej i *S Romani*, było tylko pozorne; leżały one bowiem zupełnie na miejscu i tylko razem z otrzewną przyczepione były do guza, który przy swoim wzroście, wypychając tylną ścianę macicy, wypełnił najpierw jamę DOUGLAS'a i dalej pod otrzewną podnosił się coraz wyżej; początek *mesocoeum* przyrośnięty był już do górnego mięśniaka. Prócz tego z prawej strony, nieco ku przodowi, mieliśmy jeszcze trzeci mięśniak śródścienny. Macica, mimo szerokiego cięcia w ścianie brzusznej i zupełnie wolnego do niej dostępu, nie dała się dobrze podnieść ku górze, czemu głównie stawał na przeszkodzie guz dolny, szeroką podstawą opuszczający się ku szyi. W tym więc przypadku nie mogło być nawet mowy o nałożeniu uciskadła nietylko już ze względu na kształt guza i jego położenie, ale i ze względu przyrośnięcia do tylnej jego powierzchni kiszki ślepej, którą bezwarunkowo w pętlę uchwycić byśmy musieli. Lecz istniała tu jeszcze i druga, daleko ważniejsza przeszkoda, która sam akt wykonania operacji czyniła nadzwyczaj trudnym i do pewnego stopnia niebezpiecznym; chodziło mianowicie o drogę, przez którą do guza najłatwiej dostać się było można. Trudny dostęp do tylnej ściany i ułożone na niej *coecum* zmuszały nas wyrzec się dokonania cięcia na najbliższym miejscu siedliska guza i pozostawiały jedną tylko drogę od przodu.

Wszystkie więc wyżej wymienione okoliczności zmuszały nas do zmiany pierwotnego planu operacji, którą obecnie postanowiłem wykonać, jak następuje: przedewszystkiem starać się oddzielić część *mesocoei*, przyrośniętego na całej poprzecznej długości do górnego podsurowiczego mięśniaka, aż do miejsca, w którym przechodziło ono na tylną ścianę macicy, wypchniętą ku górze przez nowotwór śródścienny, następnie, nie odcinając górnego guza od powierzchni macicy, aby tem nie wywołać obfitego krwawienia, przeciąć macicę po przedniej ścianie, a przeszedłszy przez całą jej grubość, dojść do łożyska dolnego guza i ztamtąd go wyłuszczyć, poczem natychmiast nałożyć elastyczne uciskadło, górny guz odciąć z macicą postąpić według wskazówek ALBERT'a, a jak tutaj najprawdopodobniej, nadpochwowo ją amputować. Ponieważ cięcie z powodu wielkości guza należało zrobić dość długie, zdecydowałem się przeciąć nawet guz górny, nie usuwając go przedtem; zdawało się bowiem, że rozpozowanie jego wywoła mniejsze krwawienie, aniżeli obnażona, obszerna powierzchnia, pozostała po jego odseparowaniu. Po oddzieleniu więc krézki kiszki ślepej od górnego guza, podczas gdy kol. SZREYNER, chwyciwszy oburącz, o ile mógł najniżej, całą macicę z nowotworem, uciskał z boku naczyń, rozciąłem przednią ścianę długim i głębokim cięciem, rozdławiając jednocześnie i górny mięśniak, a doszedłszy do guza, wierzchołek jego chwyciłem szczypcami MUSEAUX, a dalej ręką, wprowadzoną głęboko po powierzchni, wyłuszczyłem go od podstawy. Szybka z powodu nadmiernego krwawienia manipulacja udała mi się z łatwością i tylko na wewnętrzno-dolnej powierzchni guz był na tyle mocno z miąższem macicy zrośniętym, że odjąć go musiałem, oddzielając nożyczka-

mi od podstawy. Nie obeszło się jednak bez powikłania dość nieprzyjemnego na razie: wielki guz nie mógł przesunąć się dolnym odcinkiem przez otwór, w który nawet swobodnie dały się wprowadzić dwie ręce i przy swem wyłuszczeniu rozerwał zcieńczałą, tylną ścianę macicy, a z nią razem i pokrywającą ją otrzewną, aż do miejsca przejścia tej ostatniej na tylną ścianę jamy brzusznej po za jamę DOUGLAS'a; wskutek tego mieliśmy obecnie całą macicę złożoną z dwóch połówek, z których na lewej daleko mniejszej, prócz przynależnych jej dodatków, znajdowała się $\frac{1}{3}$ część górnego guza, a na prawej — prawe dodatki, $\frac{2}{3}$ górnego guza i w przednio-bocznej ścianie trzeci śródścienny mięśniak, a przed nim ku górze nienaruszona jama macicy. Wobec tych okoliczności pozostawało tylko amputować macicę, co też uskuteczniłem, nakładając przedtem drucianą pętlę KOEBERLE'go poniżej trzeciego mięśniaka. Ponieważ rozdarcie tylnej ściany macicy i pokrywającej otrzewnej szło znacznie niżej [4—5 centymetrów], a osiągnąć tak głęboko pętlą było niemożliwem, nałożyłem więc na rozerwane części kilka szwów głębokich z jedwabiu, tamując tym sposobem jednocześnie dość żywe krwawienie, pochodzące z dolnej części łożyska, niezaciśniętego pętłą. Pozostało mi nakoniec nałożenie szwu na część odciętego *mesocoeum*, nie uczyniłem tego jednak na całej długości, obawiając się przez szczelne zeszyte zagiąć kolankowato kiszki i przeto w następstwie wywołać objawy niedrożności. Teraz dopiero nałożywszy wokoło kikuta kilka szwów, łączących otrzewną ścienną i pokrywającą macicę, szypułę umocowałem nazewnątrz, ściany rany brzusznej zeszyłem i zastosowałem ścisły antyseptyczny opatrunek.

Przebieg pooperacyjny należał do bardzo ciężkich i chociaż ze strony jamy brzusznej przez cały przeciąg czasu nie miałem żadnych powikłań, kilka razy jednak traciłem zupełnie nadzieję ocalenia chorej. W dniu po operacji zaledwie nieznaczne bóle w brzuchu, dwa razy — wymioty, moczu wieczorem — 180 ctm. sześć., ciepłota wynosiła $36,2^{\circ}$ C., tętna liczyć nie można. Chora już przedtem niedokrwista, straciła podczas operacji krwi bardzo wiele, co mając na uwadze, zarządziłem już tegoż dnia wlewania do odbytnicy wody słonej, mleka z koniakiem i eteru; tętno jednak mało się poprawiło i zaledwie trzeciego dnia po operacji mogłem naliczyć 100—120 uderzeń. Ciepłota pozostawała $37,2^{\circ}$ — $37,8^{\circ}$ C., rano i wieczorem, bólów żadnych, moczu pierwszej doby — około 600, drugiego 950, trzeciego 1540 ctm. sześć. i t. d., od drugiego dnia chora mocz oddaje sama; piątego dnia obfity stolec; łaknienie względnie dobre [wino, mlekokwaśne, kawa, buljon]. Szypułę przykręcano codziennie. Stan taki trwał do dnia ósmego, w którym wieczorem chora dostaje wstrząsających dreszczów, ciepłota podnosi się do $40,5^{\circ}$ C., tętno 126, oddech 32 i silne klucie w prawym i lewym boku. Przy wysłuchiwanu w obu płucach od podstawy aż do górnej granicy łopatki rżenia trzeszczące. Miałem więc do czynienia z zapaleniem płuc, które jakkolwiek przebiegało następnie zupełnie typowo, jednakże ze względu na jednoczesne zajęcie obu płuc dla osłabionej chorej było bardzo groźnem. Ciepłota przez cały czas trzymała się rano $39,5^{\circ}$, wieczorem $40,5^{\circ}$ C., tętno 130—160, oddech dochodził do 60. Były więc chwile, w których chorą można było uważać za straconą. Prócz ciętych baniek z pocztą-ku, ograniczyłem się w dalszym przebiegu leczenia do podawania środków podniecających: eteru, wina, kamfory, benzoesu i t. d., oraz z powodu upadku sił i zupełnego braku łaknienia do odżywczych ławatyw. Stan taki trwał dni dziewięć, po czem ciepłota opadła do $37,2^{\circ}$ C., wieczorem $37,6^{\circ}$ C., nastąpiły obfite poty i ogólnie chora poczuła się lepiej, choć jeszcze przy znacznych zmianach w płucach długo ją męczył silny kaszel z obfitym wydzieliną (*sputa globosa*). Tu zwracam uwagę, iż zapalenie płuc przypadało właśnie w czasie, w którym bez operacji spodziewać się należało krwawienia. W dwa dni potem, czyli dziewiętnastego dnia po operacji, odpadła szypuła i rana po niej zupełnie prawidłowo zagoiła się w dziewiątym tygodniu. Przed oddzieleniem się szypuły siódmego dnia jeszcze zaszła

okoliczność, która, na pozór zdawało się, wikła sprawę: mianowicie w czasie przykręcania pętli z pod szypuły wylało się około trzech uncyj krwi płynnej, już nieco uległej rozkładowi, co powtarzało się jeszcze przez dwa dni następne, lecz w znacznie mniejszej ilości. Przypuszczenie moje, zrobione co do jej pochodzenia, było zupełnie słusznem i po odsznurowaniu szypuły naocznie sprawdzić się dało. Wiemy już z przebiegu operacji, że pętla nałożona była znacznie wyżej, niż sięgało dno łóżyska, pozostałe po wyłuszczeniu nowotworu, że ściana tylna łóżyska, *respective* najpowierzchniwsza warstwa tylnej ściany macicy rozzerwana była podczas usunięcia guza i że z powodu żywego krwawienia przez szparę do jamy otrzewnej zaszyto jego brzegi czterema głębokimi szwami; otóż, chociaż do jamy otrzewnej więcej krwi się nie dostało, zebrała się ona jednak w dolnym odcinku łóżyska i po odsznurowaniu pętli przyrośniętego brzegu do ściany brzucha powstał prowadzący do tego zagłębienia wolny otwór, przez który zebrana przedtem krew wydostała się nazewnątrż.

Po oddzieleniu szypuły miałem w ranie dwa zagłębienia: jedno prowadzące ku dołowi, gdzie leżała odsznurowana reszta macicy, drugie nieco ku górze w warstwie mięśniowej tylnej ściany macicy, gdzie przedtem mieścił się dolny odcinek guza. Ten ostatni otwór zarósł bardzo szybko, nie pozostawiając po sobie żadnego śladu.

W kilka dni po oddzieleniu się szypuły — [28 dzień po operacji] — a zatem mniej więcej wówczas, kiedy prawidłowo bez operacji bywało krwawienie, wystąpiło nowe, groźne powikłanie: dreszcz, ciepłota 41°C. , chora bredziła przez noc całą, a w następne dni dreszcze się powtarzały i ciepłota trzymała się stale $39,8^{\circ}\text{C.}$ rano, 40° — $40,5^{\circ}$ wieczorami. Przez pierwsze trzy doby, nie wiedząc, z czem mam do czynienia, przypisywałem wszystko nowemu zaostrzeniu się sprawy w płucach; gdy jednak wystąpiły gwałtowne bóle w okolicy nerek, a ilość moczu z czwartej doby zredukowała się do 600 ctm. sześciennych, mocz był ciemno-czerwonym, zawierał bardzo wiele białka, a pod drobnowidzem czerwone krazki krwi i wałeczki, nie ulegało wątpliwości, że zjawilo się nowe powikłanie w postaci ostrego zapalenia nerek. Stan ten z dniem każdym się pogarszał: ciepłota ciągle 40°C. , tętno 150—160; chora piątego dnia nie poznawała już nikogo, źrenice były rozszerzone do *maximum*; chora w wysokim stopniu podniecona nie dała się utrzymać w łóżku; występowały ciągle drgawki oddzielnych grup mięśniowych, a dobowa ilość moczu zmniejszała się tak znacznie, że siódmego dnia doszła tylko do 80 ctm. sześciennych; ósmego dnia zaś chora wpadła w stan śpiączki i pozostawała w niej przez całe trzy doby nie przyjmując żadnych pokarmów. Był to więc obraz mocznicy, jako następstwo ostrego zapalenia nerek. Zastosowałem początkowo cięte bańki, a następnie środki pobudzające i ławatywy odżywcze. Dwunastego dnia nowej choroby [40 po operacji] wystąpiły obfite poty, ciepłota spadła do $36,2^{\circ}$, tętno 112, ilość moczu wynosiła 500 ctm. sześciennych. Odtąd zdrowie chorej stale się poprawiało; stan jej obecny zupełnie jest zadowalającym. [Te ostatnie powikłania obserwowałem wspólnie z kolegami SZTEYNEREM i PORTNEREM].

Największy nowotwór, również jak w poprzednim przypadku, jajowatej formy, waży 1640 grm.; oś jego podłużna wynosi 16 ctm., poprzeczne 14 ctm., obwód podłużny 52 ctm., poprzeczny 40 ctm.. Powierzchnia zewnętrzna jest blado-różową i zupełnie gładką z wyjątkiem dolnego odcinka, który jest mocniej z miąższem macicy zrośniętym i przedstawia się nieco poszarpanym i jakby złożonym z oddzielnych płatów, kolejno jeden na drugi nałożonych. Powierzchnia przekroju — zupełnie biała i połyskująca; konsystencja — twarda i elastyczna.

Drugi guz podsurowiczy, mniejszy znacznie, waży zaledwie 330 grm., jest zupełnie nieforemny, więcej podłużny, na górnej wypukłej powierzchni usiany oddzielnymi guzikami; dolną gładką i wklęsłą przytykał do wierzchołka macicy, z którą w ścisłym pozostawał związku. Obwód jego w kierunku podłużnym wynosi 32 ctm., z których na powierzchnię dolną przypada 13 ctm., na górną zaś

19 ctm.. Powierzchnia zewnętrzna, powierzchnia przekroju, jak również i konsystencyja są zupełnie identyczne z guzem wyżej opisanym.

Trzeci mięśniak, znajdujący się w prawej, przedniej ścianie macicy i ściśle z nią złączony, jest wielkości kurzego jaja i posiada również takie jak poprzednie własności. Tuż przy nim i nieco ku przodowi znajduje się jama macicy w postaci wąskiego kanału, w który zaledwie cienki zgłębnik wprowadzić możemy. Pozostała ona nierozzerwana. Cała macica z trzecim mięśniakiem waży 390 gramów.

Badanie drobnowidzowe wykazuje, że mamy do czynienia z *fibromyoma uteri*, z przeważającym rozwojem zbitej tkanki łącznej. [C. d. n.]

II. PRZYCZYNEK DO LECZENIA OSTREGO ROPNEGO ZAPALENIA STAWU KOLANOWEGO.

Napisał

D-r S. Kraszewski [Iwiew].

Świetne wyniki zamkniętego [bez sączków] leczenia świeżych ran, zadanych ręką chirurga, stwierdzone przez wielu badaczy i sprawdzone przezemnie na dość obfitym materyjale operacyjnym, w praktyce prywatnej, zachęciły mnie do zastosowania tego sposobu w obserwowanym przezemnie przypadku ostrego ropnego zapalenia stawu kolanowego. Ponieważ po zeszyciu brzegów rany w jej jamie zbiera się wydzielina, przeto SCHEDE, RYDYGIER, JANISZEWSKI pozostawiają rozporek dla odpływu nadmiaru krwi i surowicy. Od 1½ roku stosując tę metodę, zwykle zeszywałem ranę zupełnie, bez pozostawienia nawet rozporka i nigdy złych skutków nie spostrzegałem. Wprawdzie nieraz po wyluszczeniu większych guzów w jamie rany zbiera się po paru dniach dość obfita wydzielina; jednak około 5—6 dnia po operacyi płyn wsiąka do krwiobiegu i obecność jego nie wpływa ujemnie na przebieg gojenia. Otrzymywałem zawsze rychłozrost. Nie zdarzyło mi się ani razu widzieć nadmiernego zebrania wydzieliny, wymagającego przecięcia skóry i wydalenia jej, jak to miało miejsce u d-ra MATLAKOWSKIEGO ¹⁾. Drugą niedogodność ścisłego zeszywania ran stanowi ta, że wydzielina, znajdując się pod dodatnim ciśnieniem, wsiąka do krwiobiegu, wnosząc doń produkty rozpadu aseptycznego, co wywołuje podniesienie ciepłoty — gorączkę aseptyczną VOLKMANN'a ²⁾, trwającą zwykle krótko i bez zaburzeń w stanie ogólnym. Trzecią niedogodnością jest uczucie naprężenia, odczuwane przez chorego. Niezawsze jednak te przypadłości mają miejsce i znaczenie ich ogromnie maleje wobec poważnej zalety, jaką daje ten sposób operowania, odgradzając zupełnie wewnątrz rany od świata zewnętrznego. Ta okoliczność nabiera ogromnego znaczenia w niedogodnych warunkach wiejskiej praktyki. Mając to na uwadze, postanowiłem spróbować tego sposobu w przypadku, którego opis podaję.

¹⁾ Gazeta Lekarska, Nr. 4. 1889.

²⁾ NEUBER. Rukowodztwo k izuczeniju tiechniki antiseptičeskawo lečenija ran. Tłómacz. 1884 rok.

Meyer N., izraelita z okolic Iwia [pow. Oszmiański], został przywieziony do mnie 25. I. 1889 z powodu obrzmienia okolicy kolanowej prawej. Przed 1½ tygodniem, przy wywożeniu kłód drzewa z lasu, został uderzony zesuującą się kłodą w przednią część stawu kolanowego prawego. Po urazie, który nie sprawił żadnej rany skóry, doznał bardzo silnego bólu w okolicy uderzonej, wkrótce staw „obrzmał“. Po kilku dniach, przy wzmagających się bólach, obrzmiałość stawu znacznie się zwiększyła i powstało zgięcie kończyny w kolanie. Od kilku dni zaczął doznawać częstych dreszczy i uczucia gorączki. Stosowano jodowanie skóry stawu i obwijanie watą. Do czasu uderzenia chory cieszył się stosunkowo niezłym stanem zdrowia. Bólu w prawej kończynie dolnej nigdy nie doznawał. Rzeżączki nigdy nie przechodził.

Chory lat 21, bladej, przedstawia ciałoskład słabowity. Na skórze nigdzie nie widać blizn. Gruczoły chłonne w miejscach dostępnych bez zmian. Badanie narządów wewnętrznych nie wykryło nic patologicznego. Ciepłota 39,6° C.. Tętno 110. Oddech 29.

Prawa dolna kończyna jest zgięta w stawie kolanowym pod kątem około 140°. Cała okolica stawu jest silnie obrzmiała. Obwód prawej kończyny na wysokości rzepki prawie 2 razy przenosi lewy. Obrzmiałość najwięcej się zarysowuje w okolicy górnego zawrotu błony maziowej i na kłykcium wewnętrznym kości udowej. Wskutek tego staw wydaje się znacznie zgrubiałym w kierunku poprzecznym. Skóra tylko wewnętrznej strony stawu jest zaczerwieniona. Chęłbotanie z trudnością daje się określić. Objaw rzepki pływającej daje się wywołać przy użyciu dość silnego ucisku, przyczem rzepka robi duże wahania. Ucisk palcem jest bardzo bolesny i pozostawia głębokie dołki, szczególnie od strony wewnętrznej.

Objawy powyższe, łącznie z jasną anamnezą, pozwoliły mi bez trudności postawić rozpoznanie ostrego ropnego zapalenia stawu kolanowego na tle wylewu krwi do jamy stawowej.

Anamneza i charakterystyczna postać stawu pozwoliły wykluczyć ostry gościec stawowy. Anamneza również usuwa podejrzenie ostrego zapalenia szpiku kostnego w nasadzie kości udowej z otwarciem ropnia do jamy stawu.

Początkowo nie miałem zamiaru robić przecięcia stawu, do czego zmuszony zostałem później. Zrobiłem więc przekłucie z przepłukaniem jamy stawowej. W ciasnej i brudnej chatce, przy pomocy felczera, przystąpiłem do przekłucia. Po oczyszczeniu szczotką i mydłem przedniej części skóry stawu, zdezynfekowałem ją okładami, zmoczonymi w roztworze sublimatu [1%]. Po ¼ godzinnem działaniu sublimatu, wygotowanym trójgranicem BILLROTH'a przebiłem staw w miejscu najbardziej podatnym, t. j. przy wewnętrznym brzegu rzepki, odstąpiwszy od niej ku wewnątrz na 1½ ctm. i bliżej górnego jej brzegu. Przez rurkę gumową długości 80 ctm. wydobyłem zawartość płynną ropną w ilości około 200 ctm. sześć, koloru czekolady mlecznej, gęstą, bez zapachu. Przy przepłukiwaniu jamy stawowej roztworem 3% kwasu karbolowego, wydostawały się przez rurkę trójgranic strzępki ciemno zabarwionego i odbarwionego włókniaka. Pod koniec przepłukiwania zaczęły one zatykać rurkę trójgranic. Po wyjęciu trójgranic ranę przysypałem jodoformem. Opatrunek zastosowałem z waty su-

blimatowej wilgotnej bez przykrywki nieprzemakalnej. Dół podkolanowy wysłałem watą, na nią położyłem deseczkę i dość silnie uciśnałem staw opaską flanelową. Kończyny unieruchomiłem w szynie drewnianej. Obecność skrępow włókniaka w zawartości stawu wykazała, że dla wydalenia całej zawartości przekłucie jest niedostatecznem i że należy szeroko otworzyć staw.

26. I. Staw ponownie jest wypełniony płynem. Ciepłota ranna 38,1° C.

27. I. Przystąpiłem do przecięcia stawu. Ranka po przekłuciu jest zasklepioną. Po ponownej dezynfekcyi pola operacyjnego sublimatem poprowadziłem cięcie wzdłuż brzegu wewnętrznego rzepki, przez zasklepioną ranę. Cięcie zrobiłem długości 5 centymetrów. Warstwami tuąc, dotarłem do jamy stawu. A dość głęboko musiałem ciąć, wskutek silnego obrzęku części miękkich, staw otaczających. Przy otwarciu jamy chlusnęło mnóstwo żółtawego, zupełnie przezroczystego płynu, a z nim spora ilość mniejszych i większych strzępów ciemnego i odbarwionego włókniaka. Palcem, włożonym w jamę, nie wyczuwałem nigdzie naruszenia powierzchni stawowych. Po zupełnem wydaleniu strzępów strumieniem roztworu sublimatu 1‰, brzegi rany spoilem ściśle 4 głębokimi szwami. Powierzchnię szwu przysypałem jodoformem. Opatrunek zastosowałem z waty sublimatowej wilgotnej bez otoczki nieprzemakalnej. Ucisk opaską flanelową i unieruchomienie, jak wyżej. Ciepłota zaraz po operacyi [rano] wynosiła 38,8°; wieczorna 38,1° C..

28. I. Ból dość silny w miejscu rany. Ciepłota ranna 37,5° C..

29. I. Objaw rzepki pływającej wrócił znowu i czuć się daje przez opaskę. Ciepłota 37,7° C..

30. I. Obfite zebranie płynu w jamie stawowej. Ból większy. Ranna ciepłota 38,4°, wieczorna 38,6° C..

31. I. Ilość płynu mniejsza. Opaska się rozluźniła. Nałożyłem inną opaskę mocniej. Ciepłota ranna 37,8°, wieczorna 37,5° C..

1. II. Ponownie silniej uciśnięto staw. Ciepłota 37,3° C..

2. II. Po raz pierwszy zdjęto opatrunek. Brzegi rany zupełnie zrosnięte. Płynu wewnątrz stawu nie ma; obrzęku okołostawowego zaledwie ślady. Opatrunek sublimatowy. Opaska flanelowa. Wieczorem tego samego dnia dowiedziałem się od otaczających, że operowany wyjechał o 9 mil ¹⁾. Tak się dobrze czuł przez ostatnie dwa dni, że pomimo surowego zabronienia chodził trochę po pokoju. W tydzień potem się dowiedziałem, że chory wrócił do swoich zajęć. W kilka tygodni znowu miałem wiadomość, że jest już zdrow zupełnie i że zapomniał o swoim cierpieniu.

W krótkim przebiegu leczenia pozwalają się zauważyć następujące właściwości. Ciepłota po przekłuciu obniżyła się niewiele; płyn zaś [surowiczny, jak się okazało później] zebrał się w stawie ponownie. Po przecięciu stawu nazajutrz ciepłota spadła do normy. Na trzeci dzień, jednocześnie z zebraniem płynu w jamie stawowej, ciepłota trochę się podniosła, dosięgła najwyższej cyfry 38,4 czwartego dnia po operacyi i prędko wróciła do normy. Była to gorączka aseptyczna VOLKMANN'a, o czem mogę wnioskować ze słabego jej na-

1) W 9 dni po operacyi widziało go kilku kolegów w Oszmianie.

tężenia, krótkotrwałości i z jakości płynu w jamie stawowej, o czym również sądzić mogę na mocy analogii z płynem, który się zebrał po przekłuciu, a przy ściśle przeciwnym postępowaniu nie mógł się zamienić w ropny. Wyleczenie zupełne nastąpiło po 7 dniach.

Kilka słów o samym zabiegu operacyjnym.

KOENIG stosuje przecięcie stawu i zeszytowanie bez wstawienia sączków tylko przy surowiczo-włóknikowym zapaleniu stawu tam, gdzie VOLKMANN robi przekłucie grubym trójgrańcem ¹⁾. Przy ropnym zapaleniu KOENIG ²⁾ nie radzi nawet w lekkich przypadkach poprzestawać na mięsieniu i ucisku [choć i one, zdaniem jego, prowadzą do celu], a proponuje robić przekłucie z następnym przepłukaniem stawu, albo też przecięcie ze wstawieniem sączków. Wykazuje on trudność w określeniu, które przypadki kwalifikują się do przekłucia, a które należy leczyć rozcięciem. Moim zdaniem, takie wahanie w wyborze sposobu operacyjnego jest zbyt szkodliwym. Przy ściśle przeprowadzonym postępowaniu przeciwnym przecięcie stawu jest o tyle niewinną operacją, o ile i przekłucie jest nią, a posiada tę niezaprzeczoną wyższość, że pozwala dokładnie oczyścić jamę stawową. Doszedłem do tego wniosku na mocy niniejszego spostrzeżenia. Inaczej kwestya się przedstawia co do sączków. KOENIG [i VOLKMANN] stanowczo radzi przy ropnym zapaleniu wstawiać 2, albo nawet 4 sączki do jamy stawu. Ja postanowiłem zeszyć ranę zupełnie i nie wstawiać sączka, nawet nie zostawiać rozporoka dla odpływu nadmiaru wydzieliny. Postępowanie swoje oparłem na następujących motywach.

1) Zebrany po przekłuciu płyn był surowiczym, bez śladu ropy. Gdyby więc od razu nie przekłucie, lecz przecięcie było zrobione, taki sam charakter miałby płyn, nagromadzony w jamie stawowej. Wydalać aseptyczny płyn nie uważałem za rzecz niezbędną; wolałem go pozostawić dobrowolnemu wsiąkaniu. Samo rozciągnięcie stawu płynem ochrania go niejako od mogących nastąpić wzrostów zapalnych.

2) Wobec niedogodnych warunków otoczenia chorego należało zupełnie nie odosobnić jamę stawową od świata zewnętrznego.

3) Operujący trójgrańcem zotawiają staw w tem samym położeniu, w jakim się on znajduje po dokładnem zeszytaniu rany.

4) Operujący ze sączkami przy zmianie opatrunku po kilku dniach często nie znajdują śladu ropy [naturalnie, przy ściśle przeciwnym postępowaniu] i wyjmują sączki. Wypada stąd, że od początku nie były one potrzebne.

5) Nakoniec, przy dłuższem trwaniu gorączki, jej nasileniu, dreszczach, *resp.* przy ponownem zebraniu się ropy można w każdej chwili rozpuścić jeden, albo 2 szwy i wstawić sączek. Nie idzie jednak za tem, aby od samego początku wstawiać sączek, jeżeli nań w każdej chwili czas.

Zalety tego sposobu postępowania odnośnie do stawu kolanowego, o ile sądzić mam prawo na mocy jednego tylko przypadku, są bardzo znaczne.

¹⁾ KOENIG. Lehrbuch der speciellen Chirurgie. 1887.

²⁾ Ibidem.

1) Odosabiając zupełnie jamę stawową od świata zewnętrznego, stawia się ją niejako w położeniu uszkodzenia podskórnego. Przez otwory sączków, przy zmianie opatrunku, drobnoustroje gnilne, których niebrak w otoczeniu chorego, mogą przedostać się do stawu i wywołać zakażenie. Zamknięcie zupełne rany ochrania ją przed ciągiem niebezpieczeństwem.

2) Przy uniknięciu nawet zakażenia jamy stawowej przez sączki stosowanie ich posiada tę niedogodność, że przedłuża okres zdrowienia. Po wyjęciu sączków potrzeba jeszcze pewnego czasu do wypełnienia otworów ziarniną, kiedy cała rana, z wyjątkiem tych miejsc, już jest zarośniętą. Bez sączków już po 6—8 dniach następuje zrośnięcie brzegów. Chory mój, wprawdzie wbrew zakazowi, po zdjęciu szwów siódmego dnia po operacyi, zaczął używać kończyny, jak gdyby już zdrową była. Nie zaszkodziło mu to. Może wyjątkowo powrót do zdrowia był tak szybkim. Jednak to samo już świadczy o przedszybm powrocie do zdrowia bez stosowania sączków, niż przy ich używaniu. Dla ludzi pracujących ma to wielkie znaczenie.

3) Obecność sączków w stawie, jako ciała obcego, może wywołać niepożądane zrosty i ograniczenie ruchów stawu. Wreszcie dłuższe zdrowienie z sączkami powoduje dłuższą nieruchomość stawu, co niekorzystnie oddziaływa na jego czynności. Tych wszystkich niedogodności nie przedstawia ściśle zamknięcie rany.

Do niedogodnych stron tego sposobu może być zaliczone zebranie płynu w jamie stawowej i podniesienie ciepłoty, powodowane wsiąkaniem płynu, a także ból wskutek naprężenia w stawie. Na przebieg wszakże gojenia nic one nie wpłynęły, trwały krótko i nie w silnym stopniu.

Naturalnie, że tylko w złejszych przypadkach ropnego zapalenia stawu sposób ten może być zastosowanym. W ciężkich zapaleniach ropnych, a tembardziej gnilnych stosowanie sączków zachowuje całą swą wartość, jak miałem sposobność przekonać się w lecie roku zeszłego, a mianowicie: szerokie stosowanie sączków przy silnie zakażonym, otwartym stawie kolanowym pozwoliło zachować kończynę, naturalnie, ze zrostem kości stawowych (*ankylosis*).

Ten sposób postępowania jest dla mnie nowym. Czy nim jest rzeczywiście, o tem nie wiem, gdyż, mieszkając w odległej prowincyi, nie posiadam znajomości dokładnej literatury omawianego przedmiotu. W każdym razie uważam za stosowne podać ten sposób postępowania do wiadomości ogółu.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Wyszedł z druku 3 i 4 zeszyt Odczytów klinicznych, zawierający pracę LOEWENFELD'a, p. t. Nowoczesne metody leczenia neurastenii i histeryi. Nie jest to bynajmniej odczyt, ale kompletna monografią, blisko 100 stron mającą [po niemiecku 120]; jeżeli pomieściliśmy ją w odczytach, to dla tego, że literatura nasza nie posiada nie odnoszącego się do leczenia tych dwóch najczęstszych, a więc najważniejszych chorób. W wydanej pracy czytelnik znajdzie wszystko, co w tym przedmiocie powiedzieć można. Ze względu na wyjątkową ważność tego zeszytu dodaliśmy do niego kartę tytułową i spis rzeczy.

— Komisja przemysłowa Towarzystwa lekarskiego Krakowskiego pomieściła w przeglądzie lekarskim Nr. 18 „Odezwę do lekarzy, w sprawie popierania zdrojowisk krajowych“, z której przytaczamy ustęp najgłówniejszy.

„Mało jest krajów, któreby mogły poszczycić się tylu różnorodnymi zdrojami lekarskimi, jak ziemie dawnej Polski. Posiadamy przeszło 200 miejscowości z trzystu kilkudziesięciu źródłami uzdrawiającemi. W Galicyi i krajach sąsiednich mamy najpotrzebniejsze i najsukcesywniejsze z wód mineralnych. Brak nam tylko szczaw słono-alkaliczno-siarkowcowych [glauberskich] w rodzaju Marienbadu i Karlsbadu, tudzież „ciepłe obojętne“ o wyższej ciepłocie, co przy obecnym stanie balneoterapii nie jest właściwym brakiem, albowiem za pomocą odpowiednich zabiegów balneoterapeutycznych możemy i owe wody i owe cieplice w zupełności swojskimi wodami leczniczymi zastąpić.

Posiadamy natomiast zdroje, dostarczające wód lekarskich wszelkich działów, które nie tylko są jednoznaczne z najsławniejszymi wodami zagranicznymi, ale je nawet pod wieloma względami przewyższają. Szczawom alkalicznym i alkaliczno-słonym w Gleichenbergu, Giesshüblu, Ems, Salzbrunn i Selters w zupełności odpowiada nasza Szczawnica i Krościenko. Szczawy żelaziste: Francensbadu, Elstery, Cudowy, Schwalbachu i Pyrmontu przewyższa nasza Krynica i Żegiestów. Zdroje słone w Wiesbaden, Baden-Baden, Homburgu, Rheme, Nauheim i Kissingen wybornie zastępuje nasz Truskawiec, Druskieniki i Birsztany; wody słone jodowo-bromowe Hallu, Kreuznachu, Krankenheilu nasz Iwoniec, Rymanów i Druskieniki. Nasze solanki: Rabka, Truskawiec, Ciechocinek i Inowrocław tudzież siarczane Busk i Solec przewyższają wszelkie inne tego rodzaju wody zagraniczne. Wody siarczane Akwizgranu, Trenczyna, Piszczan, Badenu pod Wiedniem, Schinznachu, Nenndorfu i pirenejskie wybornie zastępuje nam Busk, Solec, Lubień, Swoszowice, Krzeszowice, Pustomyty i inne. Nawet wody gorzkie czyszczące Püllnau, Friedrichshall, Salschütz: Sedlitz i całą gromadę wód budzińskich (*Qfner Bitterwasser*), wybornie zastępuje, a nawet przewyższa nasza woda morszynska.

Nie zbywa nam też na miejscowościach klimatycznych, w których można odbywać leczenie mlekiem, żętycą, kumysem, kefirem, że wspomniemy tylko o Zakopanem, Szczawnicy, Nałęczowie, Sławucie oraz o zakładach wodoleczniczych w Zakopanem, Szczawnicy, Krynicy, Jaworzu, Nałęczowie, Nowem mieście nad Pilicą, Sławucie i t. d..

I my więc mamy wyborne źródła i nam dostały się w udziale wody uzdrawiające, mamy więc obowiązek ich utrzymania, jako skutecznych środków leczniczych i ważnych czynników narodowego bogactwa. Niestety owe rodzime skarby nie zostały dotychczas należycie ocenione, ani zużytkowane dla pomocy cierpiących, a dla dobra, pożytku i chwały całego kraju.

Ważniejsze nasze zakłady zdrojowo-kapielowe dziś już tak się rozwinęły, że dorównują pod wieloma względami najlepszym zakładom zagranicznym i stały się dla kraju prawdziwą chlubą i błogim nabytkiem. Wszystkie swojskie zakłady, nawet początkujące, zorganizowały się na podstawach nauki i doświadczenia lekarskiego. A jeżeli nie wszystkie stanęły na wysokości swego zadania, jeżeli nie wszystkie odpowiadają wybrednym wymaganiom, to winien temu brak poparcia i należytej opieki. Skierujmy liczne rzesze, szukające za granicą nie zdrowia, lecz pustej zabawy, do krajowych zakładów zdrojowo-kapielowych, zaszczerpmy w ogóle publiczności zamiłowanie swojskiej przyrody, skierujmy kapitały prywatne do naszych zdrojowisk i uzdrowisk, a przekonamy się, jak szybko one wzrastać będą i z zagranicznymi rywalizować zaczną.

Nie żebrzemy zatem jałmużny dla swojskich zakładów zdrojowych i leczniczych, lecz serdecznie wzywamy do spełniania obywatelskiego obowiązku w popieraniu skarbów własnej ziemi i rodzinnej pracy“.

— Miura z Tokio wykazuje (*Virch. Arch. T. 114*) że choroba *kakke s. beriberi* zależy od zatrucia jadem ryb z rodziny makrelowatych *Scomberoides*: *Scomber* [makrela], *Thynnus* [tuńczyk], *Pelamus*. Choroba występuje corocznie między m. Marcem i Wrześniem, w porze gdy najwięcej tych ryb sprzedają. Majtkowie floty japońskiej i więźniowie, nie jadający owych ryb, nie chorują. Najwięcej zapadają natomiast żołnierze, studenci, uczniowie na pensjach, używający makreli za pokarm. Ulegają chorobie często całe rodziny. W miastach, gdzie ryb wspomnianych nie sprzedają, choroba

beriberi występuje nadzwyczaj rzadko, najwięcej zaś tam, gdzie handel rybami jest rozległy i gdzie one są tanie—np. w Tokio.

— Pierwszy zjazd nowo-zawiazanego Towarzystwa niemieckich dermatologów odbędzie się w Pradze w d. 10—12 Czerwca r. b. W rozesłanych zaproszeniach na zjazd znajdujemy 42 wykłady 29 dermatologów i syfilidologów, między którymi spotykamy znane nazwiska LESSER'a, FINGER'a, NEISSER'a, KAPOSI'ego, NEUMANN'a, PICK'a i innych. Z kwestyj, poruszyć się mających, wymienimy pytanie o znaczeniu gonokoków, o komórkach trądowych (*Leprazellen*), o budowie laseczników gruźliczych i trądowych i t. d..

Nadesłano do Redakcyi.

A. PAJEWSKI. Cieczocinek w r. 1888. Warszawa 1889.

KOLIŃSKI. Materiały k uczeniu o diejstwiu naftalina na głaz i o t. n. naftalinnoj kataraktie. Warszawa. 1889.

Zdanie sprawy i wnioski w przedmiocie budowy wodociągu Regulickiego, przedstawione Radzie Miejskiej Krakowskiej przez komisję wodociągową [z 5 tablicami chromolitografowanemi]. Kraków. 1889 rok.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Sprawozdanie z ruchu i czynności c. k. Zakładu hydropatycznego w Krynicy” za rok 1888 — oraz „Katalog dzieł lekarskich” księgarni W-go Wendego i S-ki za miesiąc Kwiecień.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wł. Gajkiewicz.

Ogłoszenia.

D-r Leon Kopff

lekarz rządowy c. k. Zakładu zdrojowego w **KRYNICY**
ordynuje tamże od 15 maja do końca sezonu w domu pod „Orłem”.

6—3

Docent D-r Smoleński

otwiera Zakład Wodoleczniczy
w Szczawnicy na Miedziusiu d. 20 Maja b. r.

6—3

D-r F. Chłapowski

ordynuje b. r. jak w latach ubiegłych przez czas sezonu kąpielowego
t. j. od końca Maja w **KISSINGEN** w Bawaryi.

6—3

D-r S. FILIPKIEWICZ

ordynuje jak lat poprzednich
w **Cieplicach Trenczyńskich.**

4—4

D-r E. Brühl,

ordynuje od 16 Września do 10 Maja w **Meranie**, Marktgasse 5,
od 15 Maja do 15 Września w **Gleichenbergu**, Villa Max.

12—11

Wszech nauk lekarskich
D-r Kazimierz Piątkiewicz

b. operator kliniki chirurgicznej Prof. Mikulicza i Rydygiera w Krakowie i kliniki chorób kobiecych
radcy dworu Prof. Breisky'ego w Wiedniu
ordynować będzie w tegorocznym sezonie w **Rabce**. 4—1

BUSKO

Józef Grabowski

ordynator klin. diagn. uniwers. Warszawskiego

lekarz zdrojowy w Busku

oprócz zwykłej konsultacji prowadzi leczenie masażem i zawieszaniem
(według metody Mocutkowski — Chareot). 4—1

D-r Med. W. Kretowicz

ordynuje jak w latach poprzednich w **KARLSBADZIE**

mieszka: „Stadt Warschau Kaiserstrasse“.

3—1

D-r Adolf Goldbaum

od dnia 5 Maja jak lat poprzednich ordynować będzie

w **EMS**.

3—1

D-r Dębicki Karol

ordynuje jak lat poprzednich

we **FRANCENSBADZIE**.

6—2

D-r Kazimierz Kruszyński

b. sekundarjusz szpitali wiedeńskich,

ordynuje przez sezon letni począwszy od 1-go Czerwca w **Szczawnicy**
w domu W-go D-ra Trembeckiego.

6—2

D-r MAJKOWSKI

praktykuje od 19 Maja do 20 Września

w **Busku**.

12—3

D-r RUPPERT

przez czas lata ordynuje w **Ciechocinku**.

6—3

D-r Kazimierz Zgórski

ordynuje od 1 Czerwca do pierwszych dni Września

w **ŻEGIESTOWIE** (Galicja).

6—2

BUSKO

D-r DYMNICKI, Lekarz zdrojowy stale, w Busku zamieszkały.
ordynuje w domu własnym. 5—2

**VILLA
ATILLA**

D-r Tomasz Zaremba

ordynować będzie jak zazwyczaj od 15 Czerwca,

w **Szczawnicy**.

7—3

D-r JAN ROSNER

b. asystent kliniki położniczo-ginekolog. w Krakowie,
ordynuje jak zwykle w **FRANCENSBADZIE** (Goldener Stern)
od 15-go maja do końca września.

5—2

D-r W. Bujakowski

stale ordynuje w **Druskienikach**.

6—4