

GAZETA LEKARSKA.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO SZPITALA PRAGSKIEGO.

I. RANA KŁUTA PRAWEGO POŚLADKA

z przecięciem tętnicy pośladkowej i zranieniem pęcherza moczowego,
ORAZ SŁÓW KILKA O LECZENIU OBRAŻEŃ TEGOŻ NARZĄDU.

Podał

Fr. Jawdyński,
ordynator oddziału.

W dniu 19 Listopada 1889 roku, w południe, Josek Sznytajzen, handlarz, 36 lat liczący, pokłócił się na targu pragskim z kupcami. Czując, że kłótnia przejdzie w bójkę i widząc przeważającą siłę, Sznytajzen zaczął uciekać, dognął go jednak jeden z kupców i zadał mu nożem ranę w prawy pośladdek. W tej chwili nastąpił silny krwotok. Na szczęście dla chorego pierwszej pomocy felczerskiej mu nie udzielano, ale bezzwłocznie przeniesiono go na noszach do szpitala. Tym sposobem mogłem prawie że bezpośrednio po wypadku przyjść choremu z pomocą chirurgiczną. Chory przedstawił się jako osobnik dość silnej budowy, uizki, krępy, dobrze odżywiany, głośnym jękiem wyrażający swe cierpienie. Bładość powłok, drobne i szybkie tętno, przyspieszony i powierzchowny oddech, oraz ogólny niepokój wskazywały na znaczną utratę krwi. Cała dolna część ubrania przesiąknięta krwią, której także bardzo obfita ilość znajduje się w prawym bucie. Po rozebraniu chorego i starannem oczyszczeniu okolicy pośladkowej, chorego przeniesiono na stół operacyjny. Na prawym pośladku, w odległości 7 ctm. od linii środkowej, a 11 ctm. od fałdy pośladkowej, znajduje się rana, w kierunku nieco zbaczającym od prostopadłej do linii pośrodkowej, długości około 3 ctm.. Brzegi rany zupełnie równe, nieco od siebie odchylone. Z rany płynie krew dość obfitym strumieniem. Palec wprowadzony do rany wchodzi przez dziurę kulszową do jamy miednicy i dochodzi do kiszki stolcowej, od której oddzielony jest tylko błoną śluzową, o czem przekonywamy się przy podwójnem śledzeniu, wprowadzając wskaziciel drugiej ręki do odbytnicy. Długość rany tym sposobem wynosi około 12 ctm.. Skóra naokoło rany żadnych oznak stłuczenia nie przedstawia.

Stopień krwotoku wskazywał, że musiało być przecięte czy też nadcięte naczynie znaczniejszej grubości. Z drugiej strony, biorąc pod uwagę miejsce, w którym rana się znajdowała, stanowiące klasyczny punkt cięcia dla podwiązania

nia tętnicy pośladowej, przyszlśmy do przekonania, że krwotok powstał wskutek przecięcia tej właśnie tętnicy. Wobec tego przypuszczenia nie uważaliśmy za stosowne ograniczyć się na zeszcyciu *resp.* zatamponowaniu rany, ale przeciwnie postanowiliśmy za pomocą szerokiego cięcia rozszerzyć ranę, aby dojść do krwawiącego naczynia w celu podwiązania tegoż. Równolegle do linii pośrodkowej, poczynając od istniejącej rany, poprowadziłem długie cięcie w kierunku ku górze i ku dołowi. Ażeby możliwie uprzystępnąć sobie pole operacyjne, ranę zadaną przez napastnika również przedłużyłem w obie strony, w kierunku poprzecznym. Przecinając warstwowo części miękkie, doszedłem do dziury kulszowej wielkiej, a po dokładnem rozchyleniu rany zdołaliśmy ujrzeć mięsień gruszkowaty i nerw kulszowy. Podczas tych manipulacyj dość silny krwotok tamowany był uciskiem palca na duo rany. Kol. JASIŃSKI palcem wprowadzonym do kieszki stolcowej starał się części położone w jamie miednicy wypchnąć ku ranie zewnętrznej i dzięki temu zdołałem ująć w szczypczyki pęczek tkanek, w którym się znajdowało zranione naczynie. Po nałożeniu podwiązki część pęczka, znajdującą się ponad szczypczykami obciąłem i znalazłem w nim kawałek tętnicy, grubością swą odpowiadającą prawie że tętnicy promieniowej. Po podwiązaniu kilku drobniejszych naczyń na ranę nałożyłem szwy głębokie, zajmując w nie i mięśnie i tylko w punkcie skrzyżowania się ran pozostawiłem otwór wielkości 1 ctm., przez który przeprowadziłem wgłąb rany pasek gazy jodoformowej. Bezpośrednio po operacji, jeszcze na stole operacyjnym, nastąpił stolec bez śladów krwi; również i na palcu, wprowadzonym do odbytnicy, śladów krwi nie było, co pozwalało stanowczo wyłączyć zranienie kieszki. Po nałożeniu opatrunku chorego przeniesiono na łóżko.

Wieczorem stan ogólny zadawałający, chociaż objawy bezkrwistości jeszcze trwają. Twarz blada. Ciepłota 35° C.. Tętno 130 drobne, małe. Chory skarży się na parcie na mecz, sam jednak moczu oddać nie może. Po założeniu grubego cewnika NÉLATON'a wypuszczono znaczną ilość płynu, który robił wrażenie prawie że czystej krwi. W nocy chory niespokojny. Nazajutrz ciepłota prawidłowa, tętno 120, lepiej rozwinięte. Za pomocą cewnika wypuszczono mocz znów mocno z krwią zmieszany. Po przybyciu do szpitala, znalazłem opatrunek silnie przesiąknięty surowiczo-krwawym płynem bez żadnego szczególnego zapachu. Rana w bardzo dobrym stanie, nie przedstawia żadnych objawów zapalnych. Ponieważ tak poprzedniego dnia wieczorem jak i tegoż dnia rano zakładano cewnik NÉLATON'a, który wchodził do pęcherza z największą łatwością, nie można więc było przypuszczać, żeby krew w moczu była wynikiem obrażenia cewki; zresztą przeciwko temu oprócz ogromnej ilości krwi przemawiał i ten fakt, że płyn od początku do końca był jednakowo krwią zabarwiony. Po założeniu przezemnie grubego cewnika metalowego, zaczął wyciekać płyn krwawy, pomieszany ze znaczną ilością skrzepów krwi, które wciąż zatykały okienko cewnika i tym sposobem przerywały strumień. Potrzeba było dużo czasu i znacznej ilości płynu, aby nareszcie pęcherz całkowicie od obecności krwi uwolnić.

Nie ulegało żadnej wątpliwości, że źródłem krwotoku był pęcherz moczowy i że ów krwotok stał w związku z raną zadaną w pośladek. Chory katego-

rycznie oświadczył, że nigdy krwawienia z pęcherza nie miał, że przedtem był zdrow zupełnie, a zatem trudno było przypuszczać istnienie nowotworu [a tylko nowotwór oprócz rany mógł tak silny krwotok wywołać], któryby dotąd nie zdradzał się żadnemi objawami a tylko właśnie w sam dzień wypadku zmanifestował swoją obecność krwotokiem. Zresztą po dokładnem wymyciu pęcherza i uwolnieniu go od skrzepów, badanie zgłębnikiem THOMPSON'owskim nie nieprawidłowego w ścianach pęcherza nie wykryło. Można było również wyłączyć tak zranienie moczowodu, gdyż wówczas, chociażby i mogła być obecna krew w moczu, wszelako nigdy w tak znacznej ilości, jak również i to, żeby źródłem krwotoku była nerka. Dziwnem tylko było, że przy zranieniu pęcherza moczowego mocz nie wypływał przez ranę, ale i pod tym względem rzecz się wkrótce wyjaśniła.

Wieczorem i dnia następnego opatrunek znów mocno przesiąknięty płynem bezbarwnym, ale tym razem już wyraźnie wydającym zapach moczu, dodać wszakże winienem, że ilość moczu wydzielanego drogą naturalną zupełnie odpowiadała ilości prawidłowej. Krew w moczu już się więcej nie pojawiła. Stan ogólny chorego zadawałający. Rana nie przedstawia nic szczególnego. Wieczorem 21. XI. chory nieco gorączkuje [$38,5^{\circ}$ C.].

22. XI. ranna ciepłota $38,5^{\circ}$ C.. Chory czuje się dobrze. Opatrunek zmieniony poprzedniego dnia wieczorem jest całkowicie przemoczony, również jak i pościel chorego, płynem, o silnym zapachu moczu. Ilość moczu wydalonego drogą naturalną znacznie się zmniejszyła. Po zdjęciu opatrunku rana przedstawia się pokrytą lekkim zapalnym nalotem. Skóra wokoło rany poczerwieniona, obrzmiała. Z rany sączy się bezustannie kroplami płyn przezroczysty, który zebrany w probówkę przedstawia wszystkie makroskopijne cechy moczu. Chociaż teraz kwestyi już nie ulegało, że zraniony jest pęcherz moczowy, to jednak dla ostatecznego skonstatowania faktu, wstrzyknęliśmy do pęcherza roztwór jodku potasu, pod raną zaś na pośladku umieściliśmy probówkę z roztworem sublimatu, by tym sposobem w razie wyciekania płynu z pęcherza otrzymać odczyn na jodek rtęci. Próba ta jednak okazała się zbytęczą, gdy cała ilość wstrzykiwanego do pęcherza płynu zaczęła silnym strumieniem wyciekać przez ranę. W celu przekonania się, w którym miejscu został pęcherz zraniony, kol. JASIŃSKI wprowadził palec do kiszki stolcowej i w chwili wstrzykiwania płynu starał się wywierać ucisk na przednią ścianę kiszki. Przekonaliśmy się, że gdy ucisk był wywierany ze strony prawej na wysokości mniej więcej palca wskaziciela, to płyn całkowicie zatrzymywał się w pęcherzu, gdy zaś palec odsunięto od tego punktu a wywierano ucisk w innem miejscu, to wtedy cała ilość płynu wyciekała silnym strumieniem przez ranę na pośladku. Teraz oczywiście stało, że napastnik, zadając ranę, tak wbił nóż głęboko, że zranił pęcherz moczowy; sądząc zaś z grubości strumienia płynu, można było przypuścić, że otwór w pęcherzu jest bardzo duży. O obrażeniu tem pierwotnie pojęcia mieć nie mogliśmy, gdyż w ciągu pierwszej doby skrzep krwi dokładnie zatykał otwór i wskutek tego mocz nie przeciekał nazewnątrz. W miarę, jak skrzep zaczął się oddzielać, i mocz w coraz większej ilości zaczął wypływać przez ranę. Nakoniec przy przestrzykiwaniu pęcherza strumień płynu party z pewną siłą

wymył skrzep całkowicie i wtedy cała ilość płynu z gwałtem zaczęła przedostawać się nazewnątrz. Że początkowo skrzep krwi dokładnie tamponował otwór w pęcherzu, dowodzi ten fakt, że przy przynajmniej półgodzinnym przestrzykiwaniu pęcherza w celu oczyszczenia go od skrzepów krwi w drugim dniu po wypadku ani jedna kropla płynu nie przechodziła przez ranę nazewnątrz. Od chwili zaś, gdy skrzep całkowicie wymytym został, pomimo założenia cewnika *à demeure* drogą naturalną prawie że nic nie wydzielano się moczu, wszystek bowiem wypływał przez ranę. Ponieważ obecność cewnika drażniła chorego, a ściślej mówiąc, korzyści żadnej nie przynosił, przeto go zaraz na drugi dzień usunięto. Część rany, na którą szew nałożono, zagoiła się doraźnie, tak, że pozostał nieznaczny tylko otwór, przez który mocz ustawicznie wyciekał. Pomimo bardzo częstej i troskliwej zmiany opatrunku pod wpływem działania moczu i ciągłej maceracji na ranie wytworzył się nalot biało-żółtawej barwy, skóra zaś na pośladku wskutek tej samej przyczyny poczerwieniała, obrzmiała, potworzyły się obszerne złuszczenia naskórka. Chory przez parę dni gorączkował, a nawet 24. XI. wieczorem ciepłota podniosła się do 39,4° C.. Po kilku dniach wydzielanie moczu przez ranę na pośladku zaczęło się zmniejszać, a za to zaczął chory więcej oddawać moczu drogą naturalną. Stopniowo ilość moczu wydzielanego tą ostatnią drogą coraz bardziej zaczęła się zwiększać, opatrunek bywał coraz mniej przesiąkniętym, a 3 Grudnia znaleziono go zupełnie suchym. Od tego dnia mocz drogą nienaturalną już się więcej nie pokazał. Okoliczność ta bezpośrednio wpłynęła na znakomitą poprawę wyglądu rany, która zaczęła się oczyszczać z pokrywającego ją nalotu, a zamiast niego pokazała się ziarnina o dobrym wyglądzie. Ogólny stan chorego również znakomicie się poprawił. 10 Grudnia pomimo dość jeszcze obfitego ropienia z rany, chory wskutek katarycznego i natarczywego żądania wypisanym został ze szpitala. Nie wyszło mu to na dobre. Z powodu, że opatrunek przy chodzeniu niedobrze się trzymał, a chory do najwykleszego zachowywania czystości nigdy przyzwyczajonym nie był, tak wydzielina z rany jak i otoczenie jej zmieniły swój charakter. Ropienie stało się bardzo obfitem, cuchnącem. Ciągły wypływ wydzieliny z rany wywołał na skórze pośladka na rozległej przestrzeni uporczywą eczemę z dość głębokimi nadżarciami. Eczema ta nie ustępowała przy stosowaniu najróżnorodniejszych środków tak mokrych jak i suchych. Dopiero bardzo starannie robione okłady z roztworu *amonii sulphi ichthyolici* doprowadziły do wygojenia zmian chorobowych w skórze. Kilkakrotne staranne badania zgłębnikiem kanału nie wykrywało przyczyny tak długiego ropienia. Sprawa wlokła się tygodniami, doprowadzając do ostatecznego zniecierpliwienia i chorego i lekarza. Przekonani byliśmy, że w głębi rany pozostaje niewgojony węzelek ligatury, lub też strzęp zmartwiałej tkanki. Tak przeszły trzy miesiące; dopiero w końcu marca r. b. bez żadnej widocznej przyczyny, bez wszelkiej czynniejszej interwencji rana ni ztąd ni z owąd zupełnie się zagoiła. Nie można wątpić, że któregoś dnia zupełnie niepostrzeżenie wypłynął z rany strzęp tkanki czy też węzelek ligatury. Inaczej nie możnaby sobie objaśnić ani przyczyny tak długo trwającego ropienia, ani też szybkiego zagojenia bez wszelkiej czynniejszej pomocy.

Przypadek powyższy był niezwykle interesującym pod względem chirurgicznym, a to z powodu obecności na jednym i tym samym osobniku dwóch, stosunkowo bardzo rzadkich obrażeń, mianowicie przecięcia tętnicy pośladowej i zranienia pęcherza moczowego. O pierwszym z tych obrażeń szerzej rozwozdić się nie będę, wobec tego, że w roku zeszłym kol. MATLAKOWSKI ¹⁾ w opisie przypadku zranienia tętnicy pośladowej przez siebie leczonego, wszystko, co mogło interesować czytelnika pod względem kazuistyki tego obrażenia, jaknajzupełniej uwzględnił. Dodać tylko winienem, że w niektórych przypadkach przy zupełnem przecięciu tętnicy tamponowanie z odpowiednim uciskiem wystarczyć może do powstrzymania krwotoku, o czem pouczył mnie mój własny przypadek. U młodego człowieka z gruźliczem cierpieniem kości biodrowej prawej, w celu radykalnego usunięcia ognisk chorobowych zmuszony byłem poprzecinać bardzo rozległe i głębokie przetoki modzelowate. Operacja była trudną i mozolną, gdyż w wielu miejscach niepodatne zatoki sięgały do samej kości. Po szerokiem przecięciu jednej z takich zatok, w okolicy dziury kulszowej, nastąpił bardzo silny krwotok. Z powodu niepodatności tkanek ani za pomocą zwyczajnej ligatury, ani też za pomocą obklucia naczynia podwiązać nie mogłem. Zatamonowałem wówczas ranę, zapychając pęk gazy jodoformowej poprzez dziurę kulszową, a następnie robiąc przy opatrunku silny nacisk ku kości. Pęk ten gazy pozostawiłem na miejscu w ciągu dni dziesięciu. Wtórnego krwotoku nie było. W przypadku tym najzupełniej przygotowany byłem na możliwą konieczność podwiązania tętnicy biodrowej wewnętrznej. Że tutaj przeciętą była tętnica pośladowa, to dowodził najprzód wysoki stopień krwotoku a potem i okolica, w której znajdowało się krwawiące naczynie. Oprócz tego jeszcze na jeden punkt winienem zwrócić uwagę, a mianowicie, że przy zranieniu tętnicy pośladowej w dziurze kulszowej, lub w miednicy prawdziwą usługę przy podwiązaniu naczynia przynieść może wprowadzenie palca do odbytnicy i usiłowanie wypchnięcia tkanek tą drogą poprzez dziurę kulszową nazewnątrż. W moim przynajmniej przypadku manipulacja ta niewątpliwie znacznie ułatwiła i odszukanie i podwiązanie tętnicy.

Przechodzę do drugiego obrażenia, a mianowicie rany pęcherza moczowego. Przypadek mój wzbogaca nader nieliczną kazuistykę ran kłutych tego narządu. Dzięki położeniu swemu w pierścieniu kostnym miednicy, pęcherz moczowy bardzo rzadko ulega działaniu siły skierowanej w dolną część tułowia. Za to tenże sam pierścień kostny, gdy ulegnie złamaniu, staje się stosunkowo dość często powodem obrażeń pęcherza. Jeżeli do tego dodać jeszcze pęknięcia pęcherza bez złamań miednicy, to otrzymamy dwie grupy obrażeń tego narządu, a mianowicie rany pęcherza w połączeniu z raną zewnętrzną, lub też bez rany zewnętrznej.

Z obrażeń pierwszej kategorii bez porównania są częstsze rany postrzałowe aniżeli rany zadane bronią zimną. Te ostatnie wogóle należą do najrzadszych i to nie tylko w czasie pokoju, ale nawet i podczas wojny. Dość powie-

¹⁾ WŁ. MATLAKOWSKI: Podwiązanie tętnicy pośladowej prawej w jamie miednicy z powodu rany kłutej. *Gazeta Lekarska* 1889 r. N-r 33. pag. 651.

dzieć, że w ogromnem i niesłychanie bogatym w kazuistykę obrażeń dziele z wojny amerykańskiej ¹⁾ na stronie 263 drugiej części tomu drugiego znajdujemy następujące zdanie: „nie zameldowano ani jednego przypadku zranienia pęcherza, bądź pałaszem, bądź piką, bądź bagnetem; jedyne przypadki, należące do tej grupy (*puctured, incised and lacerated wounds*), odnoszą się do przekłuć pęcherza przy zatrzymaniu moczu, albo też cystotomii w celu chirurgicznym. Tymczasem ran postrzałowych pęcherza zanotowano podczas tejże wojny 183 przypadki. W bardzo starannej w opracowaniu i bogatej w kazuistykę monografii BARTELS'a ²⁾ na 285 przypadków ran postrzałowych i 169 przypadków rozerwania lub pęknięcia pęcherza bez rany zewnętrznej, zdołano zebrać tylko 51 przypadków ran kłutych. Z cyfry tej tylko połowa, bo 26, przypada na rzeczywiste rany kłute, zadane narzędziami ostremi, reszta zaś zadanych była narzędziami półostremi lub tylko ostrokończastymi, jak widły do siana, noga od stołka, kije, rozpalone żelazo, ołówek, wreszcie rogi zwierząt [byk, bizon]. Z liczby 26 ran zadanych właściwie ostrą bronią [noże, pałasze, miecze, pika] w 10 tylko przypadkach przyjąć można, że rany były zadane na polu bitwy i to nawet 8 przypadków zranienia pałaszem, mieczem lub szablą przedstawiają pod tym względem pewną wątpliwość, a tylko 2 przypadki ran zadanych piką, niewątpliwie miały miejsce podczas wojny. Rzadkość tę zranień pęcherza bronią zimną podczas wojny temu przedewszystkiem przypisać należy, że według zasad fechtunku broń boczna [pałasz, miecz, szabla] zadaje rany w szyję i górną część klatki piersiowej do brodawki piersiowej, broń zaś kończasta [bagnet, pika] w dolną część klatki piersiowej i górną część brzucha. Chociaż więc, jak powiada BARTELS, w zgiełku wojennym nie wszystkie rany odpowiadać mogą zasadom prawidłowego fechtunku, to jednak takie cięcia nieprawidłowe do wyjątkowych tylko należą. Wreszcie szerokie pasy, na których wisi pałasz i ładownica, stanowią ochronę dla dolnej części brzucha. Jeżeli bowiem broń i dosięgnięte tej części, to siła uderzenia pozostaje tak osłabioną, że tylko nader wyjątkowo koniec broni jest w stanie zranić pęcherz moczowy.

W związku z rodzajem narzędzia raniącego, stoi okolica, w której pęcherz uległ obrażeniu i tak: narzędzia ostre raniły pęcherz, przedewszystkiem ze strony brzucha; zaś narzędzia półostre lub tępawe, dosięgały do pęcherza przeważnie przez okolice kroczoodbytnicową. Z kazuistyki zebranej przez BARTELS'a wynika, że na 26 przypadków ran zadanych narzędziami ostremi, 19 przypada na okolice brzuszną, 5 na kroczoodbytnicową i 1 na zasłonową, zaś z 20 ran, zadanych narzędziami tępo-ostremi, 17 przypada na okolice kroczoodbytnicową, a 1 tylko na okolice brzuszną. Również w bezpośrednim związku z narzędziem raniącym stoi sam mechanizm zranienia. Rany narzędziami ostremi były zadawane ręką napastnika, lub też, jak w jednym przypadku, ręką samego chorego w celu wypuszczenia moczu. W przeważnej liczbie tych przypadków, jak to było nadmienionem, pęcherz bywał ranionym przez okolice podbrzusza. Prze-

¹⁾ The medical and surgical history of the war of the rebellion. Washington, 1876.

²⁾ Die Traumen der Harnblase. Separ. Abdruck aus Archiv f. klin. Chir. B. XXII. Berlin. 1878

ciwnie przy narzędziach tępo-ostrych chory sam padał na narzędzie obrażające, które raniło pęcherz albo przez krocze, albo przez odbyt i kischkę stolcową.

Do wyjątkowo rzadkich, a nader ciekawych z powodu bardzo skomplikowanej drogi jaką narzędzie odbywało, należą te przypadki, w których rana dążyła do pęcherza przez pośladek i dziurę kulszową. Tutaj oprócz mego przypadku zanotowano jeszcze w literaturze 3 przypadki przez ZITTMANN'a, WOYT'a i COUPER'a. W pierwszym z nich [cyt. BARTELS] rana była zadana kordeląsem, który wniknął „*intra os ileum seu coxendicis et sacrum*“, przez dziurę kulszową, „*penetrante substantiam membraneam vesicae lateris dextri*“. Śmierć na trzeci dzień. Sekcja wykazała „*multa urina sanguine tincta in abdomine*“. Pęcherz zaś moczowy przedziurawiony „*in parte membranosa*“ na długości dobrego palca poprzecznego na prawo od szyjki.

W przypadku WOYT'a [cyt. BARTELS] ranę zadano mieczem. Wejście „*intra os ileum et sacrum*“. Śmierć na trzeci dzień. Przy sekcji znaleziono, że „*der Stich durch die membranöse Substanz der rechten Seiten der Blase gegangen. In dessen Section ist ausser der verwundeten Blase viel mit Blut gefärbter Urin in dem Unterleib gefunden worden*“.

Nakoniec w trzecim przypadku M. COUPER'a ¹⁾ rana była zadana nożem. Sekcja wykazała, że ostrze po przecięciu mięśni pośladowych nadcięło więz krzyżo-kulszowy wielki, zupełnie przecięło nerw i naczynia sromne wewnętrzne i zrobiło w pęcherzu na wysokości dna tegoż otwór, przepuszczający koniec palca wskaziciela. Wskutek ostrego zapalenia otrzewny z rozlanem zapaleniem tkanki komórkowej w małej miednicy, chory zmarł, „*comme c'est le cas ordinaire dans cette variété des lésions*“, jak mówi HARRISON.

Z powyższego widzimy, że z ran pęcherza, zadanych przez pośladek, jedyny mój przypadek zakończył się wyzdrowieniem, a to dzięki temu, że kiedy w trzech podanych przypadkach zranioną została otrzewna, w moim przypadku pozostała ona nienaruszoną. Śmiało rzec można, że dla najwprawniejszej ręki anatoma-chirurga nie łatwym byłoby zadaniem, ażeby przez wspomnianą drogę ranić pęcherz moczowy, nie natrafiwszy na otrzewnę.

[D. n.]

¹⁾ Medical Times and Gazette. 1879. Cyt. przez HARRISON'a w Encyclopédie internationale de chirurgie. T. VII. p. 1.

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

[SZEREG CZWARTY].

Podał

Władysław Matlakowski.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 31].

Spostrzeżenie 95. *Myomata multiplicia uteri; laparohysterectomy supravaginalis; sanatio.*

N...cka Konstancja, 39 lat, panna, siostra adwokatowej, przybyła do oddziału d. 13 Marca 1890; mniej więcej od trzech lat wie o tem, że ma guz. Miesiączkowanie dawniej było prawidłowe typu $\frac{5-6}{4} \frac{d}{t}$ niebardzo obfite, lecz bolesne, od kilku miesięcy natomiast miesiączka trwa po 10—14 dni, a nawet od jednego miesiąca do drugiego i połączona jest z dużą utratą krwi. Od dwóch lat chora ma częste nagabywanie do oddawania moczu, po kilka razy na godzinę. Wypróżnienia nadzwyczaj bywają opieszale. Chora jest bardzo nerwową, drażliwą, żali się na bóle w brzuchu, krzyżu i t. p..

Chora średniego wzrostu, niezłego odżywiania, blada. Najbardziej uderzającym objawem jest bicie serca, wynoszące około 130 na minutę, stale od kilku lat obserwowane, bez zmian w rytmie i bez szmerów. Płuca i nerki zdrowe. Brzuch powiększony znacznie w części podpępkowej; obwód przez pępek 81 ctm., od pępka do spojenia 20 ctm., do wyrostka mieczykowatego 17, a do kolców 16 i 17 ctm.. Przez ścianę brzuszną z dość grubym pokładem tłuszczowym wyczuwa się guz, jak macica w siódmym miesiącu ciąży, gładki, twardy, nierówny z kilku wyniosłościami, szerszy i grubszy w górnym, węższy w dolnym odcinku, położony asymetrycznie w brzuchu, mieszcząc się większą częścią w lewej jego połowie. Co do ruchomości, to z powodu wielkiej drażliwości chorej na dotyk nie podobna nic pewnego powiedzieć. Ponieważ zaś badanie przez pochwę było niemożliwe, z powodu nerwowości chorej, a badanie przez odbytnicę również niezmiernie przykre, przeto chora została zachloroformowaną w celu dokładnego zbadania narządu miednicy i stosunków ich do guza. Twarda i niepodatna błona dziewicza utrudniała nawet i wtedy badanie. Macica znajduje się wysoko, część pochwowa od tyłu, trzon wyczuwa się jakoby kierujący się ku przodowi i na lewo. Przez sklepienie przednie dosięga się palcem guza twardego, nierównego, zlewającego się bez wyraźnej granicy z macicą tuż ponad pochwą; nadto przez prawe sklepienie tej ostatniej wyczuwa się osobny, elastyczny guzik wielkości orzecha; prawdopodobnie prawy jajnik. Ruchomość guza wraz z macicą jest znaczna, zwłaszcza z boku na bok, mniejsza z dołu do góry. To badanie chorej pod chloroformem wykazało nadto, że znosi ona dobrze narkotyk i że serce przez cały czas uderzało prawidłowo i wolniej niż zazwyczaj.

D. 26 Marca chora została ponownie zachloroformowaną, a przy pomocy kol. CIECHOMSKIEGO, SŁUPECKIEGO, ODERFELDA i FAJTA, przystąpiłem do operacji. Po otwarciu jamy brzusznej w smudze, z trudnością wydobyłem z niej guz nigdzie nieprzyrośły, przyczem na jego powierzchni tylnej w dole DOUGLAS'a powstało poprzeczne pęknięcie otrzewnej. Macica wtopiona w masę guza tak, że jej trzonu odróżnić nie można; lewe dodatki odchodzą wysoko z lewej strony guza; więz szeroki lewy krótki; prawy jajnik i prawy jajowód po wydobyciu gu-

za z jamy otrzewnej pozostały w niej, gdyż odchodzą nisko. W odpowiedni sposób też, nałożyłem podwiązkę elastyczną, a mianowicie, poniżej lewych, a ponad prawymi dodatkami. Cięciem sagittalnem rozdzieliłem pokrowiec z tkanki macicznej guza, chcąc wyłuszczyć mięśniaki, lecz gdy się okazało, że guz złożony jest z kilkunastu rozmaitej wielkości nowotworów, po wyłuszczenia których pozostały płaty, nie nadające się do zeszywania i wpuszczenia do jamy otrzewnej, obciąłem guz ponad podwiązką, przyczem otwartą została, bardzo obszerna, zatokowato powyginana jama macicy, a kikut bardzo gruby umieściłem zewnątrz-otrzewnowo w zwykły sposób. Operacja trwała 1³/₄ godziny. Pęknięcia w dole DOUGLAS'a niezeszywałem, gdyż nie krwawiło.

Przebieg najdoskonalszy, jakiego tylko można sobie życzyć przy metodzie zewnątrz-otrzewnowej; ciepłota ani razu niewykroczyła poza stan prawidłowego wahania; bóleści pomimo znacznego traumatyzmu tak małe, że chora na nie się wcale nie żaliła; ani czkawki, ani wymiotów; wypróżnienie 7-go dnia po ławatywie; oddawanie moczu bez przeszkody odbywało się bez pomocy cewnika; pierwszy opatrunek nastąpił 12-go dnia i to dla wyjęcia nitek szwu i rożenków, gdyż kikut był tak suchy, a ropienie około niego tak małe, że jeszcze i tego dnia nie wymagało to zmiany opatrunku. Najgodniejszym uwagi było tętno: przed operacją kol. ANDERS i PAWIŃSKI przy wielokrotnym badaniu chorej w domu w ciągu kilku lat znajdowali tętno około 120—130. Pod chloroformem spadło ono do 80, a po operacji utrzymywało się na tej liczbie w ciągu kilku dni, jako jedyny odczyn chorej na poniesione zranienie; potem podniosło się do swojej normy 120 i już na tej cyfrze pozostało.

Dnia 15 Kwietnia drugi opatrunek, podczas którego kikut zmartwiał, jeszcze nie oddzielony, ponownie przypaliłem żegadłem PACQUELIN'a; ropienie bardzo małe; stan ogólny wyborny, stolce prawidłowe. D. 3 Maja trzeci opatrunek, wydzielina bardzo skąpa, kikut jeszcze nie odpadł, chora w świetnym stanie ogólnym przeniosła się do domu swojej siostry. D. 18 Maja przeciąłem i zdjąłem podwiązkę elastyczną; w granulującym zagłębieniu pozostał ściśły pień kikuta suchego na wierzchu i dalekiego jeszcze od oddzielenia się; wydzielina bardzo skąpa, nawet przy tak rzadkiem opatrywaniu. Stan ogólny doskonały.

Wyjęty preparat ma misterną budowę: składa się on z dwudziestu kilku twardych jak chrząstka, okrągłych, białych mięśniaków rozmaitej wielkości [od pomarańczy do orzecha laskowego], spojonych we wspólną masę tkanką porowatą, elastyczną i czerwoną macicy, potwornie rozszerzonej przez jeden guz wypuklający się do jej jamy, przez ścięńczoną, ale nie owrzodzoną błonę śluzową. Inne guzy umieszczone są pod powłoką surowiczą. Większe mięśniaki na przekroju przedstawiają wyraźne utkanie ze zwiniętych pokręconych smug włókien; mniejsze są prawie jednostajnie białe, niewłókniste, a wszystkie z trudnością na tępo dają się wyłuszczać z łoża swojego; po przekrajaniu guzy wypuklają się skutkiem kurczenia się tkanki macicznej, a wtedy kontrast między nią i białymi guzami staje się jeszcze większym.

Spostrzeżenie 96. *Myoma multiplex uteri laparohysterectomy supravaginalis; sanatio.*

S...r Annah, lat 36 licząca, panna, siostra ob. m. od kilku lat posiada guz w brzuchu, zwolna ale ciągle się zwiększający, nie sprawiający żadnych bóleści ani dolegliwości, ani zaburzeń ze strony narządów brzusznych, ani zakłóceń w miesiączkowaniu. Wzrost jednak guza był powodem, że D-r KONRRZ uznał za wskazaną operację i w tym celu zaprosił mnie na poradę, na której znaleźliśmy, co następuje:

Średniego wzrostu, doskonalej budowy, dobrego odżywiania, zdrowa brunetka. Narządy wewnętrzne zmian nie przedstawiają. Przez grubą z powodu znacznego pokładu tłuszczu ścianę brzuszną wyczuwa się guz twardy, elastyczny, sięgający do pępka z kilku części złożony, średnio przesuwalny z boku na bok, niebolesny. Macica wysoko; część pochwowa dziewicza, mała, ku przodowi; przez boczne i tylne sklepienia wyczuwa się elastyczny, okrągły, gładki guz, który nieco daje się odepchnąć ku górze. *Parametria* wolne. Chora pod wpływem wzruszenia po badaniu miała napad drgawek histerycznych bez utraty przytomności.

D. 10 Kwietnia 1890 przy pomocy kol. CIECHOMSKIEGO, JAWDYŃSKIEGO i KONITZA po zachloroformowaniu otworzyłem w smudze jamę otrzewną, wydo- byłem nowotwór złożony z kilku guzów, zarzuciłem pętlicę elastyczną, a obciawszy go, kikut zeszyty i nadziany na rożenek BANTOCK'a umieściłem w dolnym kącie rany, poczem obszywszy go otrzewną ścienną poniżej ligatury, zaszyłem ranę brzuszną; przypalenie powierzchni kikuta dla wysuszenia go i opatrunek z gazy jodoformowej zakończyły operację, która trwała 2 godziny, z powodu złego snu chorej.

Przebieg wyborby bez wymiotów, bez gorączki, z tętnem 92, później 112 — z umiarkowanymi bólami; 4-go dnia wypróżnienie po ławatywie. D. 23 Kwietnia pierwszy opatrunek i wyjęcie szwów; ponieważ gaza na sucho przywarta była do zeschniętego kikuta, więc przy opatrywaniu pozostawiłem ją nietkniętą; wydzieliny około kikuta nie ma, prócz tej co wsiąkała w zeschniętą gazę. 2-go Maja zdjęto całkowicie opatrunek; wydzielina bardzo skąpa, tak, że zewnętrzne warstwy gazy zupełnie suche i nieprzesiąkłe; ziarnina wyścięła ranę około kikuta. D. 18 Maja przeciąłem podwiązkę elastyczną i obciąłem zeschniętą część kikuta; od tej pory obfite ropienie, ale też i szybsze oddzielanie się obumarłych części kikuta. 29 Maja już tylko nieznaczne zagłębienie pokryte ziarniną. Chora wstała i wróciła do zwykłych zajęć.

Preparat składa się 1-o z guza wielkości dwóch pięści siedzącego w mięszu tylnej ściany macicy lecz blisko dna; 2-o z guza wielkości pomarańczy umieszczonego śródszczennie w samym dnie; 3-o z guza wielkości pomarańczy siedzącego podsurowiczko na szerokiej podstawie ku tyłowi od prawego więzu szerokiego na prawej krawędzi macicy; prawy jajowód i wiąz jajnikowy zostały uniesione przez te guzy i bardzo naciągnięte w kształcie białej smugi; 4-o w lewej ścianie trzonu macicy siedział guz wielkości jabłka; 5-o takż sam umieszczony był w przedniej ścianie. Wreszcie 3 guzy wielkości orzecha włoskiego wisiały podsurowiczko na krótkich szypułach na przedniej powierzchni guza wymienionego pod N. 2. Wszystkie te guzy są połączone czerwoną, soczystą, elastyczną porowatą tkanką macicy, której jama otwartą została w samym dnie. Tkanka guzów na przekroju biała i jakby złożona ze smug i włókien skręconych, powijanych i poprzeplatanych ze sobą.

Spostrzeżenie 97. *Cystofibroma uteri; laparotomia; incisio cystidum; sanatio.*

K...ka Eleonora, lat 29 licząca, żona pisarza gminnego z Koziebród, przy- była do oddziału d. 26 Marca 1890. Latem w 1889 roku wyszła za mąż i czuła się zupełnie zdrową, gdy nagle w Październiku dostała silnych boleści w brzu- chu; boleści te były tak dojmujące, że chora kilka nocy spędziła siedząc, ponie- waż leżenie wzmagало jej cierpienia, rozchodzące się z podbrzusza w prawą nogę. Wezwany lekarz nie mógł odgadnąć źródła tych boleści, raz twierdził, że to jest zapalenie macicy, to znowu pęcherza, gdyż chora oddawać musiała mocz często i z pewnem napieraniem; utrzymywał, że chora ma w sobie guz. Zwolna cierpienia ustały i chora powróciła do zdrowia, gdy znowu bez wido- cznej przyczyny w końcu Marca 1890 dostała na nowo boleści jeszcze silniej- szych, z wymiotami żółciowymi; to skłoniło ją do wstąpienia do szpitala. Chora

teraz, jak i przedtem nie gorączkowała. Miesiączka odbywa się w sposób dość niezwykły, trwa bowiem 1—2 dni, jest bardzo skąpą i przychodzi co 3 tygodnie. Chora nigdy w ciążę nie zachodziła. Czynności pecherza i kiszek odbywają się prawidłowo. Stolce bywają opieszale.

Chora małego wzrostu, dobrej budowy, biała, blada, zresztą zdrowa kobieta, nie gorączkująca, z tętnem 80.

W podbrzuszu przez średniej grubości i niezbyt napiętą ścianę wyczuwa się guz, leżący w linii pośrodkowej, wielkości dwóch pięści, sięgający do pępka, wyraźnie chlebocący, lecz niejednakowo w całej swojej rozciągłości, mało ruchomy z boku na bok, wcale nieprzesuwalny w górę, tępy przy opukiwaniu, mało bolesny. Część pochwowa dziewicza znajduje się od tyłu, jest stożkowata, twarda, dość długa i przechodzi w trzon, który zlewa się z guzem, wyczuwalnym dobrze przez sklepienie przednie, lecz jednak, o ile palcem dosięgnąć można, trzon macicy trzyma się tylnej powierzchni guza; macica mało jest ruchoma, i to tylko swobodną częścią pochwową; sklepienia boczne odporne, tylne małe, skutkiem przysunięcia macicy przez guz do kiszki prostej. Palcami przez pochwę guz bardzo mało daje się poruszyć.

Wewnętrzne narządy zmian nie przedstawiają.

Rozpoznanie przedstawiało znaczne trudności; że mieliśmy do czynienia z torbielą, świadczyło o tem nietylko chlebotańcie, lecz i nakłucie, przy którym wyciągnąłem płyn brudno czekoladowo-krwisty; lecz trudno było oznaczyć punkt wyjścia torbieli; pośrodkowe położenie i blizki związek z macicą najbardziej skłaniały nas do rozpoznania torbielo-włókniaka tej ostatniej, a świeżo operowany przypadek [chora Kurek] utwierdzał nas przy tem mniemaniu.

D. 17. IV. w obecności liczego grona lekarzy po zachloroformowaniu chorej, poprowadziłem cięcie w smudze białej i zaraz natrafiłem na rozlany zrost guza ze ścianą brzuszną, bardzo mocny ku dołowi, tak, że nie można było zoryjentować się, która warstwa należy już do ściany guza, a która do ściany brzusznej, ku górze udało się palcem porozrywać tęgie zrosty i przedostać się do jamy otrzewnej ponad guz, a zarazem stwierdzić, że ten ostatni zrosnięty jest ze wszystkich stron z siecią, z jelitem cienkim, z kiszka grubą i niemożliwym jest dojść i odszukać ani jajników lub jajowodów, ani macicy. Cięciem 3 ctm. wzdłuż mającym przeciąłem ścianę torbieli w górnej części rany brzusznej, gdzie ściana torbieli wydała mi się najcieńszą i wypuściłem kilkanaście uncyj płynu brudno-czekoladowego, zawierającego brudno-szare, rozcirające się w palcach skrzepy. Wprowadziwszy palec do jamy przekonałem się, że od dołu napręża się ściana drugiej jamy, przedłużyłem więc cięcie w torbieli niżej, gdzie jej ściana była grubą i wypuściłem płyn podobny do mało zmienionej krwi, jak przy miesiączce. Oba oddziały jamy rozgrodzone są bardzo cienką przegródką. Wewnętrzna powierzchnia ściany torbieli jest szara jakby nekrotyczna. Część ściany w grubym miejscu została wyciętą do badania drobnowodzowego.

Celem dokładniejszego wyświetlenia stosunku torbieli do macicy, wprowadzono zgłębnik maciczny do macicy, a cewnik do pęcherza, palcem wsuniętym do torbieli wyraźnie namacałem zgłębnik w tylnej ścianie torbieli i to oddzielony od macającego palca warstwą cieńszą, niż prawidłowa ściana macicy. Cewnik wykazuje, że torbiel leży całkowicie nad pęcherzem i że guz dochodzi do samego spojenia, tak, że pęcherz nie oddziela go od przedniej ściany miednicy jak to zazwyczaj bywa przy guzach macicy.

Przepłukawszy jamy słabym roztworem sublimatu wprowadziłem do obu jam po kilka drenów *en flûte*, zmniejszyłem cięcie brzuszne i nałożyłem suty opatrunek.

Przebieg doskonały bez gorączki, bez wymiotów, bez bólei; po tygodniu zmiana opatrunku, przyczem obfita wydzielina z obu worków; w ciągu kilku następnych tygodni wydzielilo się dużo obumarłej tkanki stanowiącej przegrody

między torbielami, poczem jama przy częstem przestrzykiwaniu znacznie się zmniejszyła. Chora opuściła szpital d. 27 Maja 1890 zdrową.

Do badania drobnowidzowego wzięta została część przegrody rozdzielającej obie główne torbiele; na skrawkach przygotowanych przez kol. FAJTA D-r PRZEWOSKI rozpoznał mięśniaka.

Spostrzeżenie 98. *Myoma uteri interstitialis; vitium cordis; laparo-hysterectomia supravaginalis; sanatio.*

B...an Weronika, lat 31 licząca, żona pisarza od rejenta w Serejach, skierowana przez kol. BORYSOWICZA, wstąpiła do mojego oddziału 1890.

Wyszedszy przed 10 laty za mąż, w rok urodziła pierwsze i ostatnie dziecko; od tej pory bezpłodna. Pierwsze oznaki obecnej choroby określa jako osłabiające ciążenie w brzuchu, jak gdyby cegła obsuwała się przy staniu i chodzeniu; było to przed $\frac{3}{4}$ roku; przed $\frac{1}{2}$ rokiem namacała sobie guz. Wtedy wystąpiło bardzo częste i przykre oddawanie moczu, które z czasem, gdy guz urósł, ustało. W zimie chora, dotąd prawidłowo miesiączkująca, dostała znacznego krwotoku, trwającego 4 tygodnie; od tej pory datuje się znaczne osłabienie. Następne miesiączki trwały po 2 tygodnie i dopiero ostatnia znowu tylko 5 dni jak dawniej; chora ma nieznaczne bólesci w podbrzuszu.

Chora małego wzrostu, blada, zdrowego wyglądu osoba; nerki i płuca zdrowe; serce natomiast przedstawia znaczne zboczenia; tętno zwolnione do 60 uderzeń i bardzo słabe; tępość serca bardzo powiększona szczególnie w poprzecznym wymiarze. Uderzenie wierzchołkowe wyczuwa się na zewnątrz od linii sutkowej lewej; ton pierwszy u wierzchołka słyhać na nieprawidłowo znacznej przestrzeni: nie tylko w okolicy uderzenia, lecz dalej na zewnątrz i ku dołowi, aż do *l. ax. media* i do VIII żebra. Najmocniej słyhać na VII żebrze *in. l. ax. ant.* i tu przy starannem wysłuchiowaniu odnajduje się cichy towarzyszący tonowi szmer chuchający. Wogóle ton pierwszy wszędzie jest bardzo wyraźny. Drugi ton ma szczególny charakter, jakby był zdwojony. Chora nie ma żadnych objawów podmiotowych ze strony serca.

W podbrzuszu wyczuwa się guz twardy, wielkości główki noworodka, gładki, wchodzący za spojenie łonowe, poruszalny z boku na bok, bardzo mało z dołu do góry. Część pochwowa przyparta do spojenia łonowego, przechodzi wyżej i ku tyłowi w twardy guz, wyczuwalny przez sklepienie tylne, wypełniający miednicę małą, nieznacznie dający się odepchnąć ku górze. Trzonu macicy nie wyczuwa się jako osobnego tworu. *Parametria* miękkie, lecz krótkie i niepodatne. Zgłębnik maciczny wchodzi w kierunku ku przodowi i nieco na lewo na głębokość 2 cali.

Rozpoznanie: *myoma subserosum uteri.*

D. 26 Kwietnia 1890 przy pomocy i wobec kolegów BORYSOWICZA, CIECHOMSKIEGO, FAJTA, GULIŃSKIEGO, HANDELSMANA, KOZAKIEWICZA, ODERFELDA, STĘPKOWSKIEGO, SŁUPECKIEGO po uspieniu chorej z możliwą ostrożnością, mając na względzie wadę organiczną serca, przystąpiłem do operacji. Po otwarciu brzucha okazało się, że otrzewna ścienna na 3 palce ponad spojeniem już przechodzi na guz, nigdzie wprawdzie nieprzyrosły, lecz z wielką trudnością dający się wyciągnąć między brzegi rany i to po wypchnięciu go palcami wprowadzonymi do pochwy; jednocześnie z guzem wysunęła się *flekura sigmoididea* przyrosła do guza, przez zarośnięcie tego ostatniego w jej kieszkę. Gdy wobec tego założenie pętlicy tymczasowej elastycznej okazało się niemożliwem, bezzwłocznie przystąpiłem do obklucia i podwiązania na guzie pokrowca otrzewnej wraz z jego grubemi naczyniami naokoło guza i w jego równiku, poczem ponad podwiązkami naciąłem ten pokrowiec i z trudnością odłuszczając go [oczywiście wraz z przyległą do niego kieszką] coraz niżej, jak mankiet z ręki wyłuszczyłem guz, aż do jego szerokiej podstawy, gdzie dalsze wyłuszczenie nożem dawało

już żywe krwawienie. Wtedy na tak utworzoną szypułę [w owym mankiecie] nałożyłem podwiązkę elastyczną, guz odciąłem, brzegi mankietu przyszyłem do brzegów skóry w dolnym kącie rany, resztę tej ostatniej zeszyłem. Opatrunek jodoformowy. Operacja trwała $1\frac{1}{2}$ godziny. Przebieg co do braku bóleści, wymiotów, gorączki nadzwyczaj pomyślny; tętno 88—90; czwartego dnia ukazały się w płwocinie przy niewielkim kaszlu żyłki krwi; a 7-go dnia po operacji doszło do zatrważającego krwotoku płucnego, którego źródło kol. PUŁAWSKI odkrył w zawale krwotocznym (*infarctus haemorrhagicus*) w lewym płucu. Chorą ułożono w położeniu na pół pionowym, wstrzyknięto morfinę, poczem krwawienie zatrzymało się; d. 5 Maja jeszcze pokazały się ślady krwi. Przez cały ten czas chora miała stale ciepłotę prawidłową, tętno zawsze od 80—92, a podmiotowo czuła się wybornie; 9-go dnia po operacji po ławatywie miała wypróżnienie. Dalszy przebieg bez żadnych zaburzeń. D. 23 Maja odpadła szypuła wraz z podwiązką; chora opuściła szpital d. 30 Maja 1890 z raną ziarninującą wielkości piątki.

Opis preparatu. Wycięty guz ważył 960 gramów, a co do budowy pod względem makroskopijnym nie różnił się niczem od innych guzów.

Jestto jedyny przypadek w mojej praktyce chirurgicznej, w którym ze świadomością podjąłem ciężką operację przy zdeklarowanej organicznej wadzie serca. Pomimo że przebieg był zakłócony zawałem krwotocznym płuc, chora szczęśliwie zniosła sam zabieg operacyjny, utwierdzając mnie jeszcze bardziej w przekonaniu, że zrównoważona wada serca nie stanowi przeciwwskazania do operacji.

Z drugiej strony zwrócić chcę uwagę szanownego czytelnika na modyfikację zewnątrz-otrzewnowego sposobu przezemnie tu zastosowaną z konieczności; a mianowicie z powodu blizkiego związku pęcherza i zgięcia esowatego nie mogłem nałożyć pętlicy elastycznej tymczasowej; musiałem przeto uciec się do sposobu ominięcia tych narządów i pozostawienia ich wolnemi.

Spostrzeżenie 99. *Myoma uteri interstitialis; laparohysterectomia supravaginalis; sanatio.*

S...ka Marja, l. 42, eks obywatelka ziemska z gub. Kazańskiej, wstąpiła do mojego oddziału 29 Kwietnia 1890 r.. Chora przed 6-iu laty zauważyła guz, który nigdy nie sprawiał jej żadnych dolegliwości ze strony kiszek lub pęcherza, ani bóleści, ani zaburzeń w miesiączkowaniu, które zawsze pozostało prawidłowem i bezbolesnem. Jedyny objaw, który skłonił mnie do zalecenia operacji, był stały, acz powolny, rozrost guza, zwłaszcza w ciągu roku, kiedy chorą poznałem.

Dobrej budowy; doskonałego odżywiania, nieco otyła i nerwowa; wewnętrzne narządy zupełnie zdrowe. Brzuch duży, w obwodzie ma 109 ctm., od wzrostka robaczkowego do pępka 19 ctm., od pępka do spojenia 19 ctm.. Pokład tłuszczu na brzuchu znaczny; guz twardy, gładki, ruchomy z boku na bok i z dołu do góry; część pochwowa krótka, przyparta do spojenia; przez tylne sklepienie wyczuwa się guz twardo elastyczny, okrągły, parametryja niezajęte sprawą zapalną.

Dnia 30 Kwietnia przy pomocy kol. KONDRATOWICZA, CIECHOMSKIEGO, ODERFELDA, FAJTA, KOZAKIEWICZA i w obecności wielu innych kolegów dokonałem w zwykły wewnątrzotrzewnowy sposób wycięcia guza. Zarzuciwszy poniżej jego na macicę podwiązkę elastyczną, obkroiłem na nim otrzewną poniżej jego równika, poczem wyłuszczyłem go, używając ciągle noża, gdyż na tępo wyłuszczać się nie dał; przytem otwartą została bardzo rozszerzona jama maciczna. Ponieważ ligatura kauczukowa za nisko [prawdopodobnie objęła pochwę] się ze-

ślizgnęła, więc kikut przekłułem igłą BANTOCK'a i podwiązałem go na żądanej wysokości drugą podwiązką elastyczną, nie podwiązując zosobna więzów szerokich i ich naczyń [poniżej ligatury kauczukowej], poczem kikut obszyłem, przypaliłem żegadłem PACQUELIN'a, i umieściłem w dolnym kącie rany; zamknięcie rany brzusznej powyżej zakończyło operację, która trwała $1\frac{1}{2}$ godziny.

I w tym przypadku zamierzałem, przystępując do operacji, traktować kikut wewnątrz-otrzewnowo, lecz potem wobec trudności wyluszczenia guza na tępo, wobec nierównej, ogromnej rany i otwarcia obszernej jamy macicy odstąpiłem od zamiaru, wracając do wypróbowanego przez siebie sposobu.

Przebieg prócz wymiotów wyborny, z tętnem r z a d s z e m niż przed operacją, bez gorączki i bez bólesci. D. 19 Maja pierwszy opatrunek. Zdjąłem szwy, oraz gazę otaczającą podstawę kikutu, którego wierzchołek zupełnie był zeschnięty. Przy drugim opatrunku, d. 23 Maja odjąłem odpadłą szypułę; wydzielina bardzo skąpa; zagłębienie rany nieznaczne. Chora opuściła szpital zdrową d. 6 Czerwca 1890.

Przypadek ten zadziwiająco był pomyślny co do swego przebiegu; chora nie doznawała żadnych bólesci, a że przyjechała zrezygnowana prawie na śmierć i wystraszona przez lekarzy, którzy jej odradzali operację, nie mogła pojąć, żeby tak dalece mało cierpień kosztowała ją owa straszna operacja. Dodać muszę, że według opowiadania chorej operację odradzali profesorowie SNIEGIREW i FENOMENOW z Moskwy.

Wyjęty guz, kształtu nadzwyczaj prawidłowego gruszkowatego, wielkości $1\frac{1}{2}$ głowy dorosłego człowieka, ważył 3650 gramów i składał się ze zwykłych skrętów i motków tkanki mięsnej; umieszczony był w tylnej ścianie macicy, która rozplaszczona i nadzwyczajnie rozciągnięta, leżała na guzie od przodu, tak z nim stopiona, że zewnątrznie od masy guza nie odróżniała się niczem, żadnym rowkiem, lub konturem. Na tylnej powierzchni guza dwa cyckowate małe mięśniaki. Jama wyciętej z guzem części macicy wynosiła 11 ctm.. Dno macicy dochodziło do górnego bieguna guza, gdzie również, rozsunięte dalej od siebie, niż to bywa prawidłowo, rozpoczynały się oba jajowody na jednakowej wysokości [t. j. na jednakowym poziomie w odniesieniu do chorej stojącej]. Jajniki prawidłowe i jajowody dzięki dostatecznej długości więzów szerokich, zawierających ogromne sploty żyłne, zostały odcięte, gdyż podwiązka elastyczna mogła być nałożona popod nimi. W tym przypadku, na przekroju, zarówno podczas operacji, jak i przy rozpatrywaniu preparatu po operacji tkanka guza nie różniła się kolorem od tkanki macicy, która zazwyczaj bywa czerwona jak mięso wołowe, porowata, miękka i soczysta, gdy nowotwór ma tkankę twardą, ścisłą i białą.

Spostrzeżenie 100. *Myoma uteri interstitiale; prolapsus uteri et vaginae completus; enucleatio myomatidis; sanatio.*

G...ska Maryjanna, l. 49, niezamężna, szwaczka przybyła do oddziału d. 19 Maja 1890 z powodu całkowitego wypadnięcia macicy i pochwy, trwającego od trzech lat, a powstałego bardzo zwolna i w niewidoczny dla chorej sposób. Rodziła jeden raz przed dwudziestu laty; z pomiędzy rodzeństwa odznaczała się wątłem zdrowiem i od lat dzieciennych ma zgięcie boczne kręgosłupa (*scoliosis*) z wypukłością w prawą stronę. Miesiączka odbywa się prawidłowo aż do obecnego czasu bez żadnych dolegliwości. Oddawanie moczu przy wypadłej macicy nie częste [4 razy na dzień] i bez trudności, bóle tylko przy dłuższem chodzeniu.

Chora niskiego wzrostu, silnie skoliozyczna, wątła, drobna, chuderlawa, blada osoba; macica wypadła wisi między udami; część pochwowa gruba, za nią idzie bardzo cienka zanikła, a długa szyja; a nad nią wyczuwa się trzon macicy, w którego tylnej ścianie namacać z łatwością można twardy okrągły guz wielkości dużej pomarańczy, sprawiający zgłębienie macicy w tył. Długość kanału macicznego wynosi 5 cali; jama szeroka, łatwo krwawiąca przy badaniu zgłębniakiem. Macicę wraz z guzem łatwo po wypadnięciu odprowadzić, lecz jeszcze łatwiej wypada ona w stojącym położeniu chorej.

Narządy wewnętrzne nie przedstawiają widocznych zmian chorobowych.

Chociaż wiek chorej upoważniał mnie do całkowitego nawet wycięcia macicy, gdy jednak nawet i po tej operacji pozostałoby jeszcze przedsięwziąć nową mającą na celu zapobieżenie wypadaniu pochwy, wolałem wybrać drogę następującą: najprzód wyjąć mięśniak, przyczem skorzystać i umocować macicę do ściany brzusznej przedniej, a następnie zrobiwszy amputację szyjki macicznej przyjsć do kolporafii.

2 Czerwca 1890 po zachloroformowaniu chorej otworzyłem żywot w smudze, wydobyłem z łatwością macicę, zarzuciłem jak najniżej podwiązkę elastyczną, poczem poprowadziwszy cięcie sagitalne na tylnej ścianie macicy [*resp.* guza] wyłuszczyłem go z pośród tkanki macicznej nożem [na tępo nie można było], przyczem otwartą została i jama macicy, w jednym bowiem miejscu nowotwór bardzo tylko cienką warstwą był od niej oddzielony. Zaszywszy osobnym szwem dziurę w błonie śluzowej, a nadto zaszywszy jamę w ścianie macicy trzypiętrowym szwem, zdjąłem podwiązkę, a przeświadczywszy się, że z macicy niekrwawi, wpuściłem ją do jamy brzusznej; przyczem oswobodziwszy więzy obłe przytwierdziłem ją do przedniej ściany według sposobu własnego. Przy tej manipulacji przerwał się lewy wiąz obły; przeto umocowałem macicę tylko za prawy. Szew ścisły rany w ścianie brzusznej.

Przebieg doskonały bez wymiotów, bóleści lub gorączki; obfity wypływ krwawy z macicy przez pochwę w ciągu pierwszego tygodnia; o dalszych losach chorej i przedsięwziąć się mających operacjach przeciw wypadaniu pochwy będzie ogłoszone później.

Wycięty guz wielkości pomarańczy przedstawia zwykły biały, twardy mięśniak.

NOTATKI LEKARSKIE.

7. Przemijająca psychoza w przebiegu wąglika na karku.

Psychozy, zwykle przemijające, w przebiegu i następstwie chorób zakaźnych ostrych nie należą do rzadkości, jak się o tem można przekonać z pierwszego lepszego podręcznika psychiatrii [np. SCHUELE'go w wydawnictwie ZIEMSEN'a T. XVI]; panująca niedawno influenza również dostarczyła ofiar w tym kierunku ¹⁾. Nie zdarzyło mi się atoli spotkać opisu, aby miejscowa sprawa zakaźna [wąglik] wywoływała kiedy rozstrój umysłowy. Taki właśnie przypadek zdarzył się choremu, do którego mię wezwano w Czerwcu r. z.. Wezwano mię do niego po raz pierwszy w połowie Czerwca. Chory p. A. W. urzędnik kanalizacji, nagle na ulicy dostał zawrotu głowy, osłabienia w prawej połowie ciała, pewnej trudności w mówieniu. Był jednak w stanie z pomocą przyjechać do domu, gdzie mu zastosowano środek przeczyszczający i zimne

¹⁾ KRAEPELIN [Dorpat]. Ueber Psychosen nach Influenza. Deutsch. Med. Wochens. 1890, Nr. 11. Opis 11-tu przypadków.

okłady na głowę. Kiedym przyszedł, chory miał się już dobrze, uskarżał się tylko na ból głowy. Z przeszłości chorego dowiedziałem się, że aż do tego czasu [ma lat 62] był zdrow zupełnie, przymiotu nie przechodził, napojów wysokowych nie używał. Pochodzi z rodziny „nerwowej“ wprawdzie, ale zresztą zdrowej i długowiecznej. Dzieci ma zdrowe. Przed 3-ma laty dotknęła go ruina majątkowa, tak, że z człowieka zamożnego stał się biednym i przyjął obowiązki dozorczy przy kanalizacji, pracuje bardzo ciężko, wychudł znacznie. Badanie wykazuje prawidłową kręłą budowę, umiarkowaną tuszę, stan bezgorączkowy. Władze umysłowe w porządku, mowa prawidłowa. W narządach wewnętrznych znaleziono znaczną rozedmę płuc, bardzo wybitne stwardnienie tętnic obwodowych, tętno twarde, wzmożenie 2-go tonu tętnicy płucnej. W prawej kończynie górnej i dolnej znaleziono lekkie osłabienie siły mięśniowej, zresztą żadnych innych objawów nieprawidłowych. Zaleciłem lekki środek przeczyszczający, małą wezykatoryję na karku, a następnie jodek potasu. Po kilku dniach chory powrócił do zajęć.

We dwa tygodnie wezwano mię po raz drugi. Tym razem chory uskarżał się na ból w karku, którego przyczyną miała być tworząca się tam wrzodziańka. Okazało się, że chory z niezagojoną skórą po przyszczydle wyszedł na miasto, a z obowiązku swego musiał często zaglądać do kanałów, gdzie, jak mówił, było cuchnące powietrze. Od kilku dni utworzyła się na karku wrzodziańka, przyczem bolał go cały kark coraz więcej. W nocy miał dreszcze i majaczył. Przy badaniu znalazłem podniesienie ciepłoty ciała [38,5°], tętno przyspieszone. Skóra na karku mocno naprężona, belesna przy ruchach głowy i przy ucisku. Na samym środku karku można było dostrzedz wzniesienie dość znaczne, cokolwiek miększe od otaczającej tkanki, a na niem kilka punktów białawych. Rozpoznałem poczynający się antraks (*anthrax benignus*), zaleciłem kataplazmy i wezwania chirurga. Przez kilka dni następnych chory gorączkował coraz więcej [do 39,5°], nocami nie sypiał i majaczył, ból się wzmacniał, a obrzmienie ciągle się powiększało. Wezwany kol. ŁEŚCZYŃSKI 2 Lipca, wykonał przecięcie antraksu. Okazało się, że skóra i tkanka podskórna karku były mocno nacieczone cuchnącą ropą, w niektórych miejscach skóra uległa zgorzeli na dość znacznej przestrzeni. Przebieg pooperacyjny był długi, powoli oddzielały się kawałki uległej zgorzeli tkanki, chory gorączkował [gorączka nie przechodziła 38,5° C.], stracił sen i łaknienie. Mniej więcej po 3 tygodniach rana pooperacyjna zaczęła się pokrywać zdrową ziarniną. Utrata tkanki była znaczną. Pomimo, że wygląd rany się poprawiał, że chory przestał gorączkować zupełnie, stan jego ogólny stawał się coraz gorszym. Tętno dochodziło do 100, było słabe, łaknienie nie powracało, język pokrył się czarnym nalotem, zjawilo się rozwolnienie, naprzemian z zaparciem stolca. Ale, co najważniejsze, stan umysłu chorego uległ zupełnej zmianie. Powoli tracił pamięć, przestał poznawać otoczenie, nie go nie zajmowało — jedynie opatrunek rany, bardzo zresztą bolesny, wywoływał żywy protest ze strony chorego. Noce miewał bezsenne, przerywane dręzącymi snami i widzeniami. Dnie całe przepędzał w łóżku, mrużąc do siebie jakieś niezrozumiałe wyrazy, to śmiejąc się, to płacząc bez powodu. Zapominał jak się nazywa, czy jest żonaty, ile ma dzieci; nie wiedział gdzie się znajduje, nie pamiętał, co się działo dnia poprzedniego. Mowa była obrazem zniechęcenia: rozpoczynał zdania, których nie kończył, wpadając w senność, albo zaczynając mówić o czym innym. Niekiedy z uporem dziecka wstawał z łóżka i chodził po pokoju w koszuli, a nawet usiłował tak wyjść na ulicę. To samo robił i w nocy, dla czego też musiał być ściśle pilnowanym. W takim stanie widzieli go koledzy GOLDFLAM, a następnie KORNIŁOWICZ. Rozpoznanie było trudnem. Na bredzenie z osłabienia (*delirium ex inanitione*) stan taki trwał zbyt długo [prawie 2 miesiące]. Wiek chorego, bardzo ciężkie wstrząśnienia moralne, miażdżycę tętnic, której wyrazem był niedawno przebyty napad apoplekty-

czny, stan obecny wreszcie kazały się obawiać, czy nie mamy do czynienia z poczynającym się obłędem starczym (*dementia senilis*), do którego pochop mogła dać ostatnia choroba, która wycieńczyła do reszty siły chorego. Pozostało wreszcie jedno jeszcze przypuszczenie, czy antraks, jako choroba zakaźna, nie wywołał przemijającej psychozy, jaka się zjawia w następstwie innych chorób zakaźnych, jak zapalenie płuc, tyfus, gorączka połogowa i inne. Dalszy przebieg wykazał, że przypuszczenie to było najśluszniejszem. Chory, oprócz dobrego odżywiania i środków pobudzających [kamfora, wino] nie był poddawany żadnemu leczeniu. Stan jego z małemi wahaniem trwał blisko dwa miesiące bez zmiany. Wreszcie powoli zaczęło się poprawiać odżywianie, chory zaczął chętniej przyjmować pokarmy, język zaczął się oczyszczać, tętno stało się rzadszem i pełniejszym, sen spokojniejszym. Równoległe do tej poprawy w odżywianiu, rozpoczęła się powolna poprawa władz umysłowych. Chory zaczął się przytomniej rozglądać, poznawać najbliższych, przypominać ubiegłe zdarzenia. Ten powrót do świadomości odbywał się nader powoli. Chory musiał prawie na nowo z pomocą żony i córki uczyć się nazw przedmiotów, nazwisk osób, poznawania głosek drukowanych. Za każdą moją wizytą zdawał przedemną i przed kol. KORNILOWICZEM jak mówił „egzamin“ z nowo nabytych wiadomości. O tem, co się stało podczas długiej nieprzytomności, mało wiedział. Postępy w umysłowości chorego z początku bardzo powolne, później wzrastały coraz szybciej, tak, że w Październiku mógł już wrócić do zwykłych zajęć. Rana na karku zagoiła się zupełnie, pozostawiając obszerną bliznę. Chorego widuję obecnie od czasu do czasu. Władze jego umysłowe nie przedstawiają żadnych zbroceń, pozostał tylko pewien odcień smutku, nieprzekraczający zresztą granic, właściwych ludziom normalnym.

A. Puławski.

8. Pyoktanina w chorobach pęcherza moczowego. Otrucie błękitem metylowym.

Przewlekłe zapalenia pęcherza moczowego powstałe z zaziębienia lub też z przeniesienia zarazka tryppowego, w wielu przypadkach należą do chorób bardzo przykrych dla chorego, bardzo uporeczywych i pomimo systematycznego zastosowania odpowiednich środków bardzo trudnych do wyleczenia. Zachęcony pochwałami nowego środka antyseptycznego „pyoktaniny“ [metylfioletu] zastosowałem takowy w czterech bardzo uporeczywych przypadkach przewlekłego ropnego zapalenia pęcherza moczowego. Trzy przypadki po zarażeniu tryppowem, a jeden u kobiety po zaziębieniu. Objawy kliniczne oraz badanie moczu wykazało w mniejszym lub większym stopniu częste oddawanie moczu, ból szczególnie przy końcu oddawania moczu, mocz mętny, nawet po ustaniu się z dużym osadem ciągnącym się, silnie przylegającym do ścian naczynia, oddziaływanie silnie zasadowe [kwaśne w jednym przypadku] pod drobnowidzem liczne ciała ropne i śluzowe, pojedynczo i grupami za pomocą śluzu ułożone, mnóstwo drobnoustrojów moczowych gnilnych, złuszczonych płaskich nabłonków oraz kryształów fosforanu amonu i magnezu. Po wstrzyknięciu do pęcherza 1:1000, a później 1:500 pyoktaniny dwa razy dziennie, mocz po kilku dniach stał się jaśniejszym, ilość ciałek śluzowych i ropnych zmniejszyła się znacznie, papierek niebieski lakmusowy przybierał barwę czerwoną, a po dniach 10—14 ropa i śluz zniknęły zupełnie, mocz stał się jasnym, kwaśnym bez osadu, białka zaledwie ślady; śluzu wcale nie ma; oddawanie moczu niebolesne, odbywa się co 1—2 godzin. Wstrzykiwanie nie wywołuje bólu, jak to ma miejsce np. przy azotanie srebra; barwa moczu po kilku godzinach pozostaje jeszcze słabo-niebieską. W jednym przypadku w celu usunięcia bólów, których chory przed zastosowaniem pyoktaniny przy końcu oddawania moczu doznawał, zaleciłem jako środek kojący (*experimenti gratia*), błękit metylowy (*Methylenblau*) w kapsułkach do wewnątrz w ilości 0,3 dwa razy dziennie.

Kolega W. GROSTERN w sprawozdaniu w Gazecie Lekarskiej podaje, iż błękit metylowy jest ciałem obojętnym, w literaturze mnie dostępnej ¹⁾ tylko metylfiolet za takowy jest uważany, błękit zaś metylowy jako ciało trujące. Preparat przezemnie przepisany okazał się zupełnie czystym bez żadnych domieszek metalów, głównie cynku. Po użyciu jednej kapsułki wieczorem, chory w kilka godzin czuł się osłabionym, pojawiły się poty głównie na kończynach dolnych, nudności, bicie serca; objawy te po zażyciu na drugi dzień drugiej kapsułki tak dalece się zwiększyły, iż przywołany, zastałem chorego w łóżku, oblanego całego potem z wyrazem silnego przestachu na twarzy, z tętnem słabem 135 na minutę, powierzchownym oddechem, częstym odbijaniem, bólem w dołku sercowym i bólem w okolicy czołowej. Chory stał się apatycznym, niechętnie odpowiadał na pytania. Ciężota ciała wynosiła 38,1° C.. Mocz zabarwiony na kolor błękitno-zielony. Zresztą żadnych zmian, ani w płucach, ani sercu i t. p.. Zaleciłem wdechanie amonijaku, a do wewnątrz magnezyję paloną, w wodzie co kwadrans po łyżce stołowej. Chory powoli zaczął do siebie przychodzić, trzeciego jeszcze jednak dnia czuł się mocno osłabionym.

L. Nencki.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

22. Carl. O stosowaniu barwników anilinowych, jako środków antyseptycznych.

Autor jeszcze w roku 1887 badał przeciwnie działanie barwników anilinowych, mianowicie: fuksyny, *gentianaviolett*, *methylenblau* i *methylviolett* w wodnych roztworach; przy chorobach łącznicy oka i powiek stosował zapuszczanie roztworu do worka łącznicowego, owróżdzenia rogówki pędzlował delikatnym pędzlem malarskim. Po kilkumiesięcznych próbach C. doszedł do przekonania, że barwniki anilinowe nie wywierają wybitnego wpływu na przebieg tych chorób. Lekkie nieżyty łącznicy przy użyciu tych środków przebiegały tak samo, jak przy przemywaniu oka słabym roztworem kwasu bornego. W cięższych przypadkach musiał C. uciekać się zawsze do środków żrących. Następnie bezpośrednio przed „barwieniem“ łącznicy stosował 1% roztwór azotanu srebra, co wywoływało intensywniejsze zabarwienie tkanki nie wpływając na przebieg.

Przy sprawach rogówkowych, jak owróżdzenia skrofuliczne, *ulcus serpens* i t. d. nie zauważył ani razu skrócenia, a tembardziej przerwania sprawy.

W kilku przypadkach dawało się zauważyć zmniejszenie podrażnienia, ale to ograniczało się głównie do bardzo niewielkich owróżdzeń i nie było stałym. Obok tych obojętnych lub względnie pomyślnych wyników autor zauważył jeden przypadek, w którym działanie metylfioletu okazało się wprost szkodliwym.

W d. 13. VI. 1887. przybył doń po poradę 38-letni robotnik z wrzodem wędrującym rogówki, o średnicy 4 milim. mniej więcej w środku rogówki położonym. Nieznaczny hypopyon. Silne bóle rzęskowe. Początek choroby przed 6 dniami. Atropina. Badanie zglębniakiem kanału łzowego. Pędzlowanie metylfioletem. Oko zawiązane.

14. VI. Bóle ustały. Ledwo ślad hypopyonu. Codzienne pędzlowanie metylfioletem.

¹⁾ Prof. DRAGENDORFF. „Ermittelung von Giften. r. 1888, str. 297. Nach CAZENEUVE und LÉPINE ist Methylenblau giftig.

17. VI. Podczas gdy owrzodzenie powierzchownie straciło barwę ropy i goić się poczęło, nastąpiło rozszerzanie się nacieczenia ku obwodowi i to nie powierzchownie a w głębi tkanki rogówki, interlamelarnie. 19. VI. utworzyło się owrzodzenie obrączkowe, które zniszczyło doszczętnie rogówkę. Niezwykły ten przebieg dość lekkiej w początku sprawy zniewala C. do podejrzewania tu szkodliwego działania metylfioletu. Przypadek ten C. podaje do wiadomości jako ostrzeżenie dla chcących wypróbować przeciwnie działanie „pyoktaniny“.

Ueber die Anwendung der Anilinfarbstoffe als Antiseptica. Von D-r A. Carl, Frankfurt am M. (Fortschritte der Medicin N. 10. 15 Maja 1890).

Bolesław Gepner [syn].

22. Stilling. O stosowaniu barwników anilinowych.

Doświadczenia bakteryjologiczne i fizyologiczne z pyoktaniną objęły tak szeroki zakres, że autor nie jest dotychczas w możności ogłoszenia dalszego ciągu wyników swych badań. Czyniąc jednak zadość licznyim zapytaniom podaje w krótkości sposoby stosowania pyoktaniny, dodając kilka uwag wywołanych pojawiającemi się w pismach specjalnych artykułami.

S. polecił preparaty pyoktaniny opierając się na następujących danych:

1. Preparaty te są stanowczo nie trujące. Dowiodły już tego próby czynione przez GRANDHOMME'a w początku ubiegłego lat dziesiątka. Wielkie ilości barwnika wstrzyknięte do jamy otrzewnej zwierząt wywołują śmierć li tylko na drodze mechanicznej.

2. Barwniki anilinowe posiadają w wysokim stopniu własność dyfuzji.

3. Nie ścinają białka, jak to czynią wszelkie inne środki przeciwnie.

4. W działaniu na bakteryje stoją najbliżej sublimatu.

W barwnikach anilinowych przybywa nowy środek mogący skutecznie zwalczać wielką liczbę spraw zakaźnych a przedewszystkiem ropnych. Do stosowania ich jednakże potrzeba wynaleźć sposób, któryby pozwalał stosować ten środek tam nawet, gdzie powierzchnia ran i owrzodzeń nie jest wprost dostępną.

S. dziwi się, że stosowano już pyoktaninę przy takich sprawach jak gruźlica pęcherza, *cysticercus* oka i t. d., że nawet robiono wstrzykiwania w mięsz nowotworów rakowych i wymagano dobrego skutku od tego środka, aplikowanego powierzchownie za pomocą pędzlowania przy gruźliczych zapaleniach stawów i wilku. Jeżeli przy gruźlicy stawów pyoktanina może mieć zastosowanie to tylko w proszku, jako zastępczyni nierozpuszczalnego i nie posiadającego dyfuzyjnych własności jodoformu. Uniknięcie potrzeby operacji można się spodziewać tylko wtedy, jeżeli pyoktanina będzie stosowaną w początku sprawy, ale do tego trzeba jeszcze wytworzyć metodę postępowania. Obecnie należy robić próby, poczynając od spraw powierzchownych i nie skomplikowanych, jak ropiejące rany i owrzodzenia, zanogcica, niezbyt rozległe oparzenia i t. d. Mając dowód skuteczności w tych przypadkach, stopniowo przejść będzie można do bardziej złożonych. Trudno też wymagać by proste zapuszczanie roztworu metylfioletu do worka łącznicowego mogło przerwać rozwinięte zapalenie ziarninowe łącznicy (*granulöse Augenentzündung*). W lekkich przypadkach tej choroby autor miał dobre wyniki po energicznem tuszowaniu sztyftem.

Co się tyczy używania gotowych już przetworów pyoktaniny, to autor podaje następujące wskazówki.

1. *In substantia*. Przy otwartych większych ranach i owrzodzeniach, które należy tak długo posypywać pyoktaniną, aż się utworzy trwały strup, który sam się następnie oddzielić powinien.

2. Wielkie sztyfty. W małej chirurgii. Powierzchnie ranek i owrzodzeń należy pocierać zwilżonym uprzednio sztyftem, aż do utworzenia

się trwałej fijołkowej, względnie żółtej powłoki. Sztyft fijołkowy posiada własności przeciwnie w wyższym stopniu, niż żółty.

3. **Małe sztyfty.** Głównie w praktyce okulistycznej dla wyjałowienia owrzodzeń rogówki.

4. **Proszek (Streupulver).** W okulistyce 1 *pro mille* przy lekkich chorobach łącznicy; przy cięższych (*blennorrhoea*) 2% proszek fijołkowy. Proszek może być również z dobrym skutkiem używany do wdmuchiwania przy cierpieniach błony śluzowej nosa, przy małych oparzeniach, obtarciach i t. d..

5. **Maście.** W zasadzie 2% w razie potrzeby silniejsza aż do 1:10 przy *blepharitis ciliaris*, *eczema* i t. d.

6. **Roztwory.** 1 *pro mille* aż do 1% w okulistyce. Przy lekkich sprawach należy stosować barwnik żółty [auraminę], ponieważ chorzy zgodnie przyznają mu własność chłodzącą.

Roztwory rozkładają się łatwo na świetle, trzeba je przeto przechowywać w ciemnych szklanych naczyniach i odświeżać po dniach ośmiu.

(Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 24. 16. VI. 1890).

Bolesław Gępnier [syn].

Wiadomości bieżące.

— W połowie Sierpnia r. b. prenumeratorem „Odczytów klinicznych“, wydawanych przez redakcję „Gazety lekarskiej“, otrzymają zeszyty: 18, 19 i 20, zawierające pracę kol. GAJKIEWICZA, p. t.: „Syfils układu nerwowego“. W pracy tej, 6 arkuszy druku mającej, autor, przytoczywszy wiadomości dotychczasowe o anatomii patologicznej syfilisu układu nerwowego, kolejno zajmuje się syfilisem mózgu, odnóg mózgowych, mostu WAROL'a, rdzenia przedłużonego, rdzenia kręgowego i nerwów obwodowych tak mózgowych jak i rdzeniowych. Następnie przytacza on dane, na jakich rozpoznawanie syfilisu układu nerwowego winno być oparte; poświęca nieco miejsca częstotliwości cierpienia i czasowi jego pojawiania się, a kończy przytoczeniem uwag ogólnych o leczeniu. Dłużej, niż nad każdym z wymienionych działów, zatrzymuje się autor nad najczęstszymi formami klinicznymi cierpienia, jak: *hemiplegia syphilitica*, *epilepsia. syph.*, *meningitis cerebialis basilaris syph.*, *paralysis generalis progressiva*, *meningo-myelitis syph.*, *tabes dorsalis*, cierpienie syfilityczne nerwu wzrokowego, okoruchowego wspólnego i t. d.

Jak z powyższego widać, praca ta ma być niejako bilansem wiadomości naszych o syfilisie układu nerwowego, bilansem, który powinien być własnością każdego lekarza, chcącego być istotnie pożytecznym nie tylko dla chorego, lecz też i dla nauki. Nie znając stanu obecnego pewnej kwestyi, lekarz nie może wyzyskać naukowo spostrzeżeń, jakie w praktyce napotyka. Ponieważ autor miał na myśli cel dydaktyczny, chcąc więc być dla wszystkich, czytających jego pracę, zrozumiałym, pomieścił w niej treściwie ważniejsze dane z anatomii opisowej i fizjologii i zaopatrzył ją w tablicę chromolitografowaną, przedstawiającą rozkład tętnic w mózgu, które — jak to widać z pracy autora — grają pierwszorzędną rolę w patogenecie cierpień mózgowych syfilitycznego pochodzenia.

Nadesłano do Redakcji.

A. PAJEWSKI. Ciecchocinek. Warszawa. 1890.

WICHERKIEWICZ. Przyczynki do zależności chorób ocznych od zmian chorobowych w przewodzie pokarmowym. [Odbitka z Nowin lekarskich].

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wł. Gajkiewicz.

Доводено Цензурою, Варшава 26 Июли 1890 г.

Друк К. Ковалевського, Крólewska Nr. 29.