

GAZETA LEKARSKA.

I. PRZYPADEK CIĘŻKIEGO CIERPIENIA MÓZGU, POCHODZENIA URAZOWEGO.

[Rzecz, czytana na posiedzeniu klinicznym Warszawskiego Tow. Lekarskiego, 25 Marca 1890 r.]

Przedstawił

Dr med. Mikołaj Brunner,

naczelnny lekarz Warszawskiego szpitala Ewangelickiego.

Szanowni Panowie!

Na ostatniem posiedzeniu miałem zaszczyt przedstawić Wam dwóch chorych, obu dotkniętych zaburzeniami czynnościowemi do pewnego stopnia podobnemi pod względem ich natury, u których uderzenie w głowę było przyczyną takowych.

Pierwszy z tych chorych, cięższem cierpieniem nerwowem dotknięty, zwrócił szczególną Szanownych Panów uwagę, tak, że wielu z Was raczyło gorliwiej się nim zająć i osobiście w szpitalu ewangelickim go zbadać. Terapeuci, chirurgowie, psychiatrzy, neuropatologowie, okuliści i otyjatrzy, nietylko, że przybyli na moje zaproszenie, lecz byli i tacy, którzy sami raczyli poświęcić swój czas, w celu rozpatrzenia na miejscu, przy łóżku chorego, tak rozlicznie z sobą powiązanych objawów.

Wyrażone w imieniu obecnych na posiedzeniu kolegów, przez Szanownego Wiceprezesa życzenie, abym powtórnie przypadek ten dzisiaj przedstawił, dokładniej niż to uczyniłem za pierwszym razem, wkłada na mnie obowiązek najściślejszego zestawienia faktów od chwili wydarzonego przypadku, aż po dzień dzisiejszy. Czynię to z przyjemnością w nadziei ściślejszego rozebrania przez Szanownych Panów przypadku, który ze względu na swą zawilłość, utrudnia do wysokiego stopnia nietylko rozpoznanie rodzaju uszkodzeń systematu nerwowego i rokowania, lecz i możliwego leczenia, dającego się zastosować z pożytkiem dla chorego.

W tym celu oprócz nowego wybadania chorego przezemnie i moich asystentów, oprócz przyjęcia udziału przy badaniu chorego przez szanownych kolegów, mianowicie: MATLAKOWSKIEGO, Z. KRAMSZTYKA, MODRZEJEWSKIEGO, następnie KORNIŁOWICZA — później kol. DUNINA, GAJKIEWICZA, GOLDFLAMA, JAWDYŃSKIEGO, GEPNERA, STANKIEWICZA, wreszcie Szanownego kol. ROTHEGO, po przywołaniu żony chorego do szpitala, nakoniec po ściągnięciu kart szpitalnych

ze szpitala Dzieciątka Jezus i ze szpitala Wolskiego, jestem dziś w stanie z możliwą ścisłością przedstawić Szanownym Panom stan chorego od momentu, który tak nieszczęśliwie na niego podziałał, aż do chwili obecnej.

Przedewszystkiem zaznaczam, że chory nas zajmujący, kowal z profesyi, obecnie 38 lat wieku liczący, zawsze był zdrow i niesłychanej siły; dość nadmienić, że z zupełną łatwością podnosił ciężary 5 centnarów. Nigdy żadnych chorób ważniejszych, między temiż przymiotu nie przechodził, nie pijał więcej niż każdy przeciętny człowiek, prawie nigdy nie był pijanym. Pochodzi z rodziców zdrowych, matka jego żyje dotychczas, ojciec, niegdyś dziedzic znacznego majątku ziemskiego, zmarł w dość młodym wieku, niewiadomo z jakiej choroby, na Syberyi po 1863 roku. Dzieci ma kilkoro, zdrowych i zdrowo zrodzonych. Przed 6-ciu laty, pracując w fabryce maszyn Ortweina i Markowskiego, przy robocie uderzony kawałem żelaza w brzuch, przez dni 4 chorował, lecz po upływie tego czasu do dawnej swej roboty powrócił. Jak więc widzimy w historii życia Skórkowskiego dla dzisiejszego stanu nic znaleźć nie można.

Dopiero 1-go Października roku zeszłego, człowiek ten, pracując w nowej fabryce gazu na Woli pod świeżo postawionem rusztowaniem żelaznym i podpartem szynami, końcem jednej z nich, około 8-m łokci długości mającej, a około 16 pudów wążącej, skutkiem usunięcia się tejże, uderzony został w tylną część głowy i w prawe ramię i rzucony na ziemię między rury gazowe, czemu jedynie zawdzięczyć może ocalenie życia. Wydobyto ztamtąd Skórkowskiego nieprzytomnego, z raną na głowie znacznej długości, nieco powyżej szwu potylicowego i ku stronie prawej idącą. Przywołany felczer ranę opatrzył, poczem następnego dnia zawezwano lekarza fabrycznego D-ra HARTENA. Co tenże przy odwiedzinach chorego zauważył nie jest mi wiadomem, nie miałem bowiem sposobności go widzieć.

Po dwóch dniach chory odzyskał przytomność, lecz utracona mowa dopiero po kilku dniach powróciła — wtedy to zaczął się skarżyć na silny ból w prawej połowie głowy.

Dnia 8 Października, t. j. w 7 dni po nastąpionym przypadku, przewieziono chorego do szpitala Dzieciątka Jezus, gdzie umieszczony został na oddziale prof. BARANOWSKIEGO pod specjalną opieką kol. HEWELKE. Z karty szpitalnej pokazuje się, że chory „skarżył się na ból w krzyżu i odrętwienie kończyn dolnych i lewego ramienia. Siła wspomnianych kończyn rzeczywiście osłabiona, a także i uczucie na ból, dotykanie i zimno. Ataksyi nie ma. Chodzenie trudne. Osłabienie słuchu w prawem uchu“. [O bólu głowy niema wzmianki, widocznie chory na niego już się nie skarżył].

10 Października: „Lekkie porażenie twarzy z prawej strony. Źrenice rozszerzone i słabo oddziałują. Odruchy ścięgniste wzmożone. Przy staniu z zamkniętymi oczami *vertigo*; *diplopia*. Głuchota“.

11 Października: „Odczyn źrenic żywszy. Czytać chory nie może z powodu zlewania mu się liter i obarwiania z prawej strony kolorem zielonym, z lewej złotym. Lewe oko silniejsze. Perimetr ograniczony. *Diplopia* w obu oczach,“ [zapewne ma znaczyć przy patrzeniu dwoma oczami?].

12 Października: „Prawa źrenica szersza od lewej; obie oddziałują.“
Badanie kol. MODRZEJEWSKIEGO wykazało: w uszach znaczna głuchota [zegarka chory nie słyszy] zapewne ośrodkowego pochodzenia. Przy badaniu fizycznym żadnych zmian anatomo-patologicznych nie znaleziono“.

13 Października. Po zapuszczeniu atropiny obie źrenice jednakowo się rozszerzyły. Badanie oftalmoskopowe nie wykazało miejscowych zmian w oczach.

18 Października zanotowano: „Dzisiejszej nocy silny ból w ciemieniu i w okolicy gładzyski. Tętno 72. Zupełna *anaesthesia* i *analgesia* lewej nogi — na ręce tylko obniżenie czucia.“

Od 19 do 23 notowane: „Silny ból głowy, *vertigo*, *diplopia*.“

25 Października wypisany ze szpitala na własne żądanie.

Nadmieniam, że na karcie szpitalnej w rubryce „rodzaj choroby“ napisano:
„*Paraparesis*
Haemorrhagia. Neurosis traumatica“.

nżej po nad samym opisem stanu chorego: „*Commotio cerebri ex contusione capitis. Neurosis traumatica*“.

We dwa tygodnie później, t. j. dnia 11 Listopada wstępuje Skórkowski do szpitala Wolskiego, gdzie pozostaje do dnia 19 Listopada.

W ciągu kilkodniowego tamże pobytu obserwujący go lekarz kol. SOMMER notuje w karcie szpitalnej co następuje: zupełna głuchota ucha prawego i przytępienie słuchu na lewym, i dziś jeszcze istniejące, podobnie jak i podwójne widzenie i daltonizm; na większej odległości przedmiotów nie rozróżnia. Odruchy wzmożone [zapewne ścięgniste!]. Czucie w prawych kończynach i prawej połowie tułowia zachowane; z lewej strony czucie zniesione; na głowie stosunek przeciwny. Od 4-go do ostatniego kręgu grzbietowego silny ból przy ugniatauiu. Siła kończyn lewych w wysokim stopniu zmniejszona. Niemiarrowość. W tylnej części prawego ciemienia utrwalona blizna, bolesna przy nacisku.

Ból głowy i szum w uszach. Chory uczuwa puch pod nogami. Chód spazmatyczny. Przy zamkniętych oczach pada.

12 Listopada. Źrenica prawa rozszerzona.

13 Listopada. Osłabienie pamięci. Przy zasypianiu zdaje się choremu że wpada w przepaść i wtedy się budzi. Ułożenia kończyn lewej strony nie rozoznaje. [Czucie mięśniowe zniesione].

16. XI. Skarży się na ból głowy z prawej strony.

17. XI. Uczucie mrowienia na głowie.

18. XI. Lewem okiem widzi lepiej. Dwojenie się przedmiotów mniej wyraźne. Oko lewe lepiej, prawe jak poprzednio.

19. XI. Przy chodzeniu z zamkniętymi oczami uczucie przepaści.

Tego dnia został wypisany ze szpitala jako nieuleczalny i na własne żądanie.

Na karcie szpitalnej pod rubryką rodzaj choroby zapisano: *Residua post commotione capitis in regione occipitali dextra. (Haemianesth. sin. extrem. sup. et inferioris levi gradu)*.

Od tego czasu chory pozostawał w domu.

15 Stycznia roku bieżącego zgłosił się do ambulatoryjum szpitala Ewangelickiego, dla zasięgnięcia porady przeciw nieustającemu bólowi głowy, a w trzy dni później za moją namową zapisał się do szpitala w stanie następującym.

Twarz chorego przedstawia wyraz przygnębiającego i długotrwałego cierpienia. Powieki górne opadłe, pokrywają gałki oczne do połowy, lecz na żądanie chory je chociaż z trudnością podnosi. Po zakryciu ręką oka prawego, lewe oko ma zupełnie otwarte. Ruchy oczu bardzo ograniczone i bolesne, mianowicie oka prawego, po zakryciu którego chory dość swobodnie spogląda w różnych kierunkach okiem lewym. Żrenice równe i łatwo oddziaływające na światło. Chory skarży się na podwójne widzenie, oraz na niewidzenie środka przedmiotów prawem okiem, jakoteż na barwienie się przedmiotów zielono, lub zielono i żółto. Patrząc prawem okiem po zakryciu lewego, widzi np. dwa odcinki mej głowy, z prawej strony przybarwione zielono, z lewej — żółto, nie widząc czoła, nosa, ust i t. d. Widzi dwa krańcowe palce mej ręki, wachlarzowato przed nim trzymanej, niewidząc dłoni i środkowych palców — i to właśnie nazywa widzeniem podwójnem. Lewem okiem widzi nieźle i całe przedmioty. Czytać nie może nawet dużego druku, gdyż mu litery spływają się, przyjmując zieloną barwę. Słuch w prawym uchu zupełnie przytępiony, lewym słyszy dość dobrze.

Smak lewej [!] połowy języka zupełnie zniesiony, również jak i węch tejże strony.

Pojmowanie łatwe, przytomność umysłu zupełna, produkcja mowy ośrodkowa swobodna, natomiast egzokucyjna czynność mowy bardzo utrudniona (*dyslalia sine dysphasia*), przy udziale mimiki wszystkich mięśni twarzowych.

Język wysuwa z trudnością, krótkimi ruchami (*stossweise*], niekiedy z cofaniem tegoż. Zboczenia języka, ani drzeń fibrylarnych nie ma.

Chory skarży się na nieustający ból głowy w czole i okolicy ciemieniowej prawej, który porównywa z uczuciem napełnienia głowy gwoździami i ciśnieniem tychże ku dołowi, mianowicie w czole.

Na głowie w okolicy potylicowej na jakie 1,0 ctm. po nad szwem potylicowym, znajduje się blizna poprzeczna około 5½ ctm. długości, idąca mniej więcej od środka potylicy ku kości ciemieniowej prawej, zupełnie równa, cienka, włosami pokryta, nader bolesna przy dotykaniu.

Ruchy lewej połowy ciała bardzo utrudnione i osłabione mianowicie nogi, co utrudnia choremu chodzenie, pomimo tego jednakże przyszedł do nas już po raz drugi piechotą [wprawdzie przy pomocy żony, lecz z końca ulicy Wolskiej].

Z otwartymi oczami, chodzi i stoi bez pomocy dość zadawalająco, przyczem jednak widzieć się daje drzenie nogi lewej. Przy zamkniętych oczach pada, jak objaśnia z powodu uczucia przepaści pod nogami. Odruchy skórne po tej stronie ciała zniesione, odruchy ścięgniste obustronnie wzmożone, znacznie silniej po stronie lewej. Pobudzalność elektryczna prawidłowa. Czucie skórne na całej lewej połowie ciała od głowy do końca nóg, jakoteż na prawej stronie twarzy — zupełnie zniesione, nietylko na zwykłe bodźce, lecz i silny ból sprawić mogące, również jak i na bodźce termiczne i ciężaru (*hemianaesthesia et hemianalgia sinistra completa et anaesthesia faciei dextra*).

Badanie narządów wewnętrznych mianowicie płuc, serca, narządów jamy brzusznej, nie nieprawidłowego nie wykazało. Tętno wynosiło 72 uderzeń na minutę było pełne, elastyczne, wysokie, na lewej ręce wydawało się nam nieco większem i słabszem, zastosowany jednakże sfigmograf wykazał błędność przypuszczenia — o czem z załączonych przezemnie dowodów graficznych Szanowni koledzy przekonać się mogą. Ciepłota ciała stale prawidłowa. Oddech swobodny od 18 do 20 razy na minutę. Pęcherz funkcjonuje prawidłowo podobnie jak i kiszki, mianowicie odchodowa. Badanie moczu na cukier i białko dało wynik ujemny.

Siódmego dnia pobytu chorego w naszym szpitalu pojawiły się u niego pierwsze napady padaczki, które później po parę a niekiedy i po kilka razy na dzień się powtarzały. Zwykle bywają one tylko w lewej połowie ciała, rzadko w obu i jeżeli bywają to poprzedzone napadami w lewej połowie. Pospolicie zaczynają się one od drżenia a następnie od drgawek w nodze, które przechodzą na lewą rękę, na twarz, na mięśnie gałek ocznych, zwykle z utratą chwilową przytomności i krótkotrwałem osłabieniem ogólnem (*Epilepsia corticalis Jacksoniana*). Takich kilku napadów byli naoczni świadkami, oprócz naszego personelu lekarskiego, koledzy KRAMSZTYK i MATLAKOWSKI.

Najczęściej napad padaczki zaczyna się i kończy na nodze, co najdokładniej zaznaczył w czasie badania chorego kolega KORNIEŁOWICZ, oraz koledzy będący na posiedzeniu naszego Towarzystwa Lekarskiego. Nadmienić muszę, że wspomniane napady nigdy nie rozpoczynały się od ręki, rzadko bardzo odbywały się w przeciwnym kierunku, lecz wielokrotnie przechodziły na całe ciało, mianowicie po zmęczeniu chorego. Napady te nazwę paroksyzmami połowicznymi doświadczalnymi, wywoływanych przez silny ucisk na bliźną lub długie i wielokrotne wywoływanie odruchów kolanowych, co widzieli koledzy DUNIN, GAJKIEWICZ, KRAMSZTYK, GEPNER, JAWDYŃSKI i ROTHE.

Częstokroć chory miewał napady padaczki, lecz zawsze jednostronnej, w czasie snu, o których nawet nie wiedział, a o formie ich i liczbie dowiadywaaliśmy się od chorych na jednej z nim sali leżących, od siostry miłosierdzia, od felczera lub posługacza, którzy najdokładniej obraz i przebieg napadu padaczki nam opisywali.

Kilka razy chory, przechadzając się po korytarzu lub sali szpitalnej, dostał napadu i padł na ziemię. Z objawów, o których chory wspomina jako poprzedzających napad padaczki, zanotowane zostały w karcie szpitalnej: wzmożenie się stałego bólu głowy i uczucie napełnienia głowy gwoździami, doznawane wrażenie krajania nożem w czole, głównie w okolicy nadbrwiowej, wreszcie bólu przechodzącego na całe ciało, poczem występowały drgawki, o których chory już nic nie wie. Niekiedy przed napadem widzi żółto, później zielono, nakoniec zaciemnia mu się zupełnie w oczach i wpada w paroksyzm.

Kilka razy wieczorem chory miał przywidzenia, raz, że po nim biegały zwierzęta, raz, że wpadł do studni, raz wreszcie, że zalewała go woda. Przywidzenia te zawsze się zdarzały przy zasypianiu i chorego zasypiającego rozbudzały. Być może, że to były tylko sennie marzenia, z których chory nie zdawał sobie sprawy.

Jeśli teraz rzucimy okiem na cały obraz chorobowy i na jego stopniowy rozwój, to przekonamy się, że świadczy on o głębszych zmianach odbywających się w mózgu i o coraz to nowych zajęciach sprawą chorobową jego substancji.

Z początku, jak widzieliśmy, bezpośrednio po obrażeniu jest utrata przytomności i mowy, po powrocie pierwszej wraca dopiero po kilku dniach druga. Do szpitala Dzieciątka Jezus przybywa chory z bólem krzyża, osłabieniem kończyn dolnych i przytępieniem czucia, z głuchotą i podwójnym widzeniem. W trzy dni później występuje porażenie twarzy z prawej strony — rozszerzenie źrenic z osłabioną reakcją. Stać z zamkniętymi oczami nie może, z powodu zawrotu głowy. Dziesiątego dnia od przypadku prawa źrenica powiększa się, chociaż oddziałuje na światło. 18-go dnia zjawia się silny ból głowy w czole i zupełna utrata czucia lewej ręki i nogi, w tej ostatniej nawet i *analgesia*. 24-go dnia choroby występuje daltonizm.

W trzy tygodnie później przychodzi do szpitala Wolskiego, gdzie już dostrzegają wzmoczenie odruchów ścięgnistych, osłabienie w kończynach lewej strony, chód spazmatyczny i padanie po zamknięciu oczu z powodu uczucia przepaści pod nogami [czucie mięśniowe zniesione]. Tamże rozwija się ból głowy coraz większy, gdyż już rozszerzony na prawą stronę głowy.

Do nas przybył Skórkowski po 3½ miesiącach trwania choroby z obustronnym opadnięciem powiek (*ptosis cerebrealis*), z utrudnionemi i bardzo ograniczonymi ruchami gałek ocznych, ze skotomatem środkowym prawego oka, lekkim, lecz wyraźnym porażeniem połowicznym lewej strony ciała, lecz z wyrównanemi już źrenicami i bez śladu porażenia prawej połowy twarzy, natomiast z wielką trudnością mówienia. W kilka dni później do kompletu przybywa padaczka korowa, która w czasie pobytu chorego w szpitalu stopniowo staje się coraz częstszą i cięższą. Stan umysłu jednakże nie pogarsza się, o czem najdowodniej przekonał się kolega ROTHE.

Zestawiając cały ten przebieg choroby z obrazem jaki powyżej dla stanu dzisiejszego Szanownym Panom przedstawiłem, opisane zaburzenia, o których już na poprzednim posiedzeniu mówiłem, przypisuję z jednej strony większym lub mniejszym wylewom krwawym, które po części się wessały, po części zaś sprowadziły lub powodują coraz to inne ogniska rozmiękczenia; z drugiej strony możliwemu wstrząśnieniu dynamicznemu ośrodków całej grupy nerwów na podstawie czaszki leżących, podobnie do tego, jak to się wydarza po uderzeniu młotem magnesu, skutkiem czego tenże od razu utracą swe własności magnetyczne [zapewne wskutek wywołanej zmiany cząstek]. Co zaś do umiejscowienia sprawy chorobowej, to z powodu jej różnorodności należy przypuścić, że różne punkta prawej półkuli mózgowej uległy uszkodzeniu, a mianowicie: że mamy 1-o uszkodzenie z podrażnieniem [może być odprysniętą blaszką kostną] najwyżej leżącej części zawojów środkowych po obu stronach rowka ROLAND'A prawej strony [co mi wyjaśnia porażenie kończyn strony lewej ciała, przeważnie kończyny dolnej i padaczkę korową], z możliwem ograniczonym zapaleniem przewlekłym opony miękkiej (*leptomeningitis chronica circumscripta*); 2-o uszkodzenie jądra nerwu podjęzykowego w najniższej części wspomnianego zawoju [od

którego zapewne zależy *dyslalia* i *dysarthria* powodująca zaburzenia w artykularnym aparacie mowy; 3-o uszkodzenie tylnej części *capsulae internae* [sprawiające *hemianaesthesia*, *hemianalgisia*]; 4-o uszkodzenie zrazu potylicowego prawego, tłómaczące nam ślepotę centralną, wreszcie 5-o możliwe uszkodzenie choćby tylko przez wstrząśnienie, nawet bez zmian ogniskowych, wzgóрка wzrokowego prawego, od którego zależy może zniesienie czucia mięśniowego, skutkiem czego stanie przy zamkniętych oczach z uczuciem przepaści tłómaczyć się daje. Reszta objawów, jak znieczulenie prawej połowy twarzy, ograniczenie lub prawie unieruchomienie gałek ocznych, głuchota prawego ucha i t. p. mogą być, bądź jak już wyżej wspomniałem, spowodowane wstrząśnieniem ich ośrodków, bądź przypisane również możliwemu uszkodzeniu *par contre coup* samychże nerwów. Danych pewnych, przemawiających za jednym lub za drugim przypuszczeniem, dziś za życia chorego znaleźć nie podobna.

Za bytnością w szpitalu na początku wymienionych Szanownych kolegów, rozpoznanie przezemnie uczynione zostało zakwestyjonowane przez kolegów GAJKIEWICZA, DUNINA i GOLDFLAMA. Pierwsi byli zdania, że mój chory dotknięty jest nerwicą traumatyczną; kol. GOLDFLAM zaś utrzymywał, że mamy tu do czynienia ze sprawą rozsianą: ze *sclerosis multiplex*, nietylko mózgu lecz nawet i mlecza kręgowego.

Kończę więc Szanowni Panowie ten mój może przydługi opis choroby chorego, którym Was zająć mi się udało, proszę o pobłażanie jeżeli nadużyłem Waszej cierpliwości, lecz zdaje mi się, że inaczej wszelka dyskusja byłaby niemożliwą. Opuściłem kwestyję leczenia, gdyż wobec mojego przypuszczenia co do natury choroby musi być bardzo ograniczonem, wobec przypuszczenia kolegi GOLDFLAMA musi być żadnem. Jedynie gdyby rzeczywiście okazało się, że rozpoznanie Szan. kol. DUNINA i GAJKIEWICZA jest słuszne, możnaby mieć nadzieję uleczenia chorego.

Zdaje mi się, że wobec powyższych trzech przypuszczeń dyjagnostycznych, wszelka interwencja chirurgiczna nie byłaby na miejscu, chociaż trepanacja próbna mogłaby rozstrzygnąć wątpliwości rozpoznawcze, a przy mojem założeniu stanowczo kwestyję rozwiązać. Czy wolno jednakże *experimenti et diagnosis gratia* dokonać otwarcia jamy czaszkowej? Muie się zdaje, że i Szanowny kol. MATLAKOWSKI od swego zdania odstąpiłby, gdyby się lepiej w danym przypadku rozpatrzył — tak samo jak to uczynili koledzy JAWDYŃSKI i STANKIEWICZ, którzy jedynie operację tylko jako eksploracyjną zdecydowałiby się wykonać.

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

[SZEREG CZWARTY].

Podat

Władysław Matlakowski.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 27].

4-o. DZIEWIĘĆ OWARYJOTOMIJ.

Spostrzeżenie 83. *Kystoma ovarii dextri, synechia cum pariete anteriore abdominis et cum omento; ovariotomia; sanatio.*

Sarnowska Marja, l. 50, żona woźnicy, utrzymuje, że dopiero od roku ma powiększenie brzucha, który ciągle choć zwolna staje się większym, tak, że chora od kilku tygodni nie może już swobodnie i dłużej chodzić, a praca staje się coraz dla niej trudniejszą. Kilkakrotnie miewała po kilka dni trwające boleści w brzuchu z lewej strony. Dzieci urodziła dwanaścioro szczęśliwie, ostatnie przed 8 laty. Miesiączkę miewa prawidłową co miesiąc, lecz skąpo krew odchodzi. Zawsze była zdrową; moc oddaje bez trudności kilka razy dziennie, wypróżnienia przychodzą z łatwością.

Chora średniego wzrostu, chuderlawa, z mięśniami wiotkimi, z wybitną *facies ovarica*, cery zdrowej lecz bladej. Płuca, serce i nerki zdrowe.

Brzuch ogromny, w obwodzie 106 ctm., od pępka do wyrostka mięczykowatego 21 ctm., a do spojenia łonowego 23 ctm.; prawa połowa brzucha jakby bardziej wypełniona od lewej; ściana brzuszna nie gruba, napięta, wszędzie jednakowa odporność i bardzo wyraźne chełbotanie i falowanie. Guz wypełnia cały brzuch, od spojenia łonowego do podżebrzy, pod które wchodzi tak głęboko, że palcami za guz zejść nie można; od dołu od spojenia łonowego guz daje się odsunąć do pewnego stopnia; po bokach dochodzi do obu więzów POUTPART'a. Guz w całości daje się przesunąć i bujać na kiszkach, lecz ściany brzusznej po nim przesunąć nie można, a przy usiłowaniach przesunięcia wyczuwa się wyraźne skrzywienie podobne do chrupania zgniatanego śniegu.

Przy opukiwaniu cały brzuch daje odgłos tępy, prócz pasa nad *spina ant. dext.* okolicy lędźwiowej prawej, *epigastrium*, na lewych ostatnich żebrach i lewej okolicy lędźwiowej. Pępek niewypukłony.

Macica stoi dość nisko; część pochwowa gruba z licznymi bliznami po pęknięciach; macica jest ruchomą, a sklepienia puste; przy oburęcznym badaniu palce się spotykają po za kośćmi łonowymi.

Rozpoznanie: torbiel jajnika jednokomorowa z obszernymi zrostami do ściany brzusznej. Chora nie zgodziła się na operację. Dopiero w kilka miesięcy potem, gdy przyszły silne boleści i zmusiły chorą do położenia się, gdy przyszło znaczne wyniszczenie, poddała się operacji.

D. 15 Września 1889, przy pomocy Sz. kolegi ROMANOWSKIEGO z Chodcza i p. ALEKSANDRA ZABOROWSKIEGO w Zbijewie, chora została zachloroformowaną z łatwością, poczem przeciąwszy brzuch przekonałem się, że istnieją obszerne i nadzwyczaj tęgie zrosty między ścianą brzuszną i torbielą w podbrzuszu, i w lewym dole biodrowym, i wogóle w dolnej połowie brzucha, wyżej zaś bardzo obszerne i tęgie zrosty z siecią. Po nakłuciu torbieli i wypuszczeniu płynu, po części palcami, po części nożem oddzielając i w miarę uwalniania jej wyciągając z rany, jednocześnie chwyciłem zrosty w kleszczyki; w ten sposób całą torbiel, na szczęście z kiszkami i w dole DOUGLAS'a niezrosłą, wydoby-

łem, a oddzieliwszy od pęcherza nożem, podwiązałem bardzo szeroką szypułę, wpuściłem ją, poczem zająłem się żmudną robotą podwiązywania kilkudziesięciu pęczków sieci i naczyń. Ranę brzuszną po ukończonej toalecie zaszyłem, a nałożywszy na potwornie zapadły brzuch opatrunek, obandażowałem. Tętno po operacji 68; wieczorem 78, ciepłota 38,4° C., bez czkawki, bez wymiotów, lecz duże bóleści. Dalszy przebieg idealny. 10-go dnia chora podniosła się z zagojoną raną.

Ściana torbieli bardzo tęga, gruba; od środka t. j. od jamy zielonkawo-brudna, jakby zaczynała ulegać rozkładowi; w kilku miejscach nieznaczne, małe torbiele z klejowatą zawartością. Zawartość brudno-czokoladowa w bardzo znacznej ilości.

Spostrzeżenie 84. *Kystoma ovarii sinistri; ovariotomia; sanatio.*

Rodykiewicz Petronela, l. 27, żona włościanina, ze wsi Miezewo z pod miasteczka Piaski [gub. Grodz.], przysłana przez kol. BITNERA, wstąpiła do oddziału d. 3 Września 1889.

Dwa razy rodziła z wielką trudnością; ostatni poród odbył się przed trzema laty, a w pół roku później dostała silnych bóleści w brzuchu i bokach, a jednocześnie zauważyła powiększanie się brzucha tak, że mniemała, iż zaszła w ciążę. Miesiączka przychodzi prawidłowo co miesiąc, trwa po trzy dni bez bóleści. W ostatnich czasach guz znacznie się powiększył i bóleści wzmogły się przy nachylaniu się przy pracy; przy spokojnem położeniu chora wcale brzuch nie boli. Mocz oddaje 5—6 razy na dobę swobodnie; stolce prawidłowe.

Chora średniego wzrostu, dobrej budowy, dobrego odżywiania, zdrowej cery; nie gorączkuje, tętno 64. Brzuch ma w obwodzie przez pępek 93 ctm., od pępka do spojenia 21, a do wyrostka mieczykowatego 20 ctm.. Najbardziej wypięta część brzucha jest poniżej pępka, lewa połowa wypuklejsza od prawej.

Guz sięga od brzegu miednicy aż prawie do łuków żebrowych, jest bardzo nierówny, nieprawidłowej formy jajowatej, niejednostajnej twardości; większa część jego wyniosłości jest twardo-elastyczna, lecz poniżej pępka, na prawo od niego, oraz ku górze i na prawo wyczuwa się odcinki dające uczucie chelbotania. Guz jest bardzo ruchomy, przesuwalny na prawo i lewo, daje się obracać naokoło osi przednio-tylnej, i nadzwyczajnie swobodnie odsunąć od dołu ku górze, tak, że można między nim i spojeniem wsunąć całą rękę i wymacać miednicę małą i doły biodrowe; odgłos daje tępy przy opukiwaniu, a otoczony jest z boków i od góry pasem odgłosu tympanicznego.

Widoczne falowanie ściany brzusznej i rozplaszczanie brzucha po obu bokach, tak, że ściana brzuszna nie przylega ściśle do powierzchni guza, świadczy o obecności znacznej ilości płynu ascytycznego. Macica dość nisko; część pochwowa nosi blizny po rozdarciach w czasie przebytych porodów, w prawem sklepieniu obszerna jeszcze czerwonawa blizna po znacznem rozdarciu. Macica mało ruchoma, nieściągalna; nieporusza się przy przesuwanu guza, sklepienia przednie, tylne i lewe wolne, prawe odporne; szypuły guza, ani jego dolnego odcinka od strony pochwy wyczuć nie można.

Rozpoznanie: *Kystoma ovarii; ascites.*

D. 30 Września 1889 przy pomocy kolegów: CIECHOMSKIEGO, ODERFELDA i GULIŃSKIEGO, po zachloroformowaniu chorej, zrobiwszy cięcie prawie od wyrostka mieczykowatego do spojenia, guz *in toto* wydobyłem, oddzieliwszy go od szeroko przyrośniętej sieci; wązką i długą szypułę, wychodzącą z lewego jajnika odciąłem i wpuściłem, poczem ranę w ścianie brzusznej zaszyłem.

Przebieg idealny, bez gorączki i innych powikłań. Chora opuściła szpital d. 18 Października 1889.

Badanie anatomiczne, uskutecznione przez p. dziekana BRODOWSKIEGO wykazało, że guz jest torbielakiem wielokomorowym, złożonym z licznych,

a małych jam, zawierających gęsty płyn klejowaty, ograniczonych grubemi ścianami, na których widać liczne i duże wyrosła brodawkowate.

Spostrzeżenie 85. *Cystis unilocularis ovarii dextri; torsio pedunculi; peritonitis adhaesiva; extravasatio in cavum cystidis; sanatio.*

Wypiszyńska Rozalija, lat 45, żona wyrobnika, zamieszkała przy ulicy Kruczej Nr. 29, przybyła do szpitala dnia 12 Września 1889, przepisana przez D-ra WÓJCIKIEWICZA d. 14. IX do mojego oddziału. Przed rokiem wystąpiły silne bóleści w brzuchu, a jednocześnie miesiączka, dotychczas prawidłowa, ustąpiła; odtąd bóle przychodziły co dwa tygodnie, trwając po trzy, lub cztery dni; od dwóch miesięcy bóleści trwają bez przerwy w dolnej prawej połowie brzucha i prawej kończynie dolnej. Ilekroć chora podczas napadu bóleści coś zjadła, lub wypła, dostawała wymiotów. Na pewien czas przed przebyciem do szpitala dostała takich bóleści, że musiała się położyć do łóżka, w którym przeleżała 10 dni; wtedy miewała dreszcze i gorączkę i to ją zmusiło do wstąpienia do szpitala. Oddawanie stolca bardzo opieszale. Czasami nie bywa wypróżnienia po 10 dni. Chora dwa razy zachodziła w ciążę, lecz oba razy poroniła; ostatni raz przed 13-tu laty.

Chora średniego wzrostu, chuderlawa, żółtawo bladej cery; wewnętrzne narządy zmian nie przedstawiają; wypróżnienia i oddawanie moczu odbywają się prawidłowo. W dolnej części brzucha poza spojeniem łonowym wyczuwa się twarde, elastyczny, okrągły, jakby nierówny guz, prawie nieruchomy, bolesny przy macaniu, o którym za pomocą samego tylko badania zewnętrznego nie można sobie wyrobić należytego wyobrażenia. Przy śledzeniu przez pochwę, wyczuwamy przez sklepienie przednie i prawe guz okrągły elastyczny, dość równy, kulisty, mało ruchomy, a do niego od tyłu przymocowaną macicę, opuszczoną ku dołowi, pochyloną i przesuniętą w tył, z częścią pochwową zwróconą i zgiętą ku przodowi; macica nie daje się przesunąć po guzie, ani oddzielić od niego, ale nie jest stopioną z nim w jedną całość. Podobnie jak część pochwowa odstaje od guza ku przodowi, tak przy badaniu palcem wprowadzonym do odbytnicy wyczuwa się dno macicy odstające od guza ku górze i ku tyłowi. Cała macica posiada wypukłość ku tyłowi, a w jej wgłębieniu przedniem mieści się odcinek kulistego guza. Jama macicy mała, z trudnością daje się przesondować, długości ma 7 ctm.. Sklepienie tylne jest miękkie, dół DOUGLAS'a wolny. Ruchomość guza wraz z przyrosłą do niego macicą minimalna.

Rozpoznanie: torbiel jajnika prawego z niezwykłymi stosunkami; guz macicy wykluczaliśmy na podstawie braku udziału macicy [ekscentryczne położenie, macica mała, brak krwawień]. Bolesność guza, położenie jego między macicą i pęcherzem, mała ruchomość wskazywały, że mamy do czynienia z czemś niezwykłym; prawie pośrodkowe położenie nie przemawiało w każdym razie za torbielą śródwiewową.

Pomimo niezbyt zachęcającej do operacji nieruchomości guza przystąpiłem do niej d. 14 Października przy pomocy kolegów CIECHOMSKIEGO, ODERFELDA i FAJTA, w obecności kol. GULIŃSKIEGO, HANDELSMANA, SAWICKIEGO i STOLLA. Po przecięciu ściany brzusznej w smudze natrafiłem na sieć, w części zrosłą z listkiem ściennym otrzewnej, przykrywającą sam guz i z nim jak najściślej zrosniętą aż do samego spojenia łonowego. Ponieważ dostęp do jamy brzusznej był ciasny, a obawiałem się na ślepo manipulować, przeto przeciąłem w poprzek *m. rectus dexter* z jego powięzią i w ten sposób odsłoniłem guz dostatecznie. Oddarłszy sieć od całej powierzchni przedniej guza i pochwytawszy krwawiące w niej punkty, po oczyszczeniu pola operacyjnego z rzeźsście sączącej się krwi, ujrzałem guz okrągły, ciemny, niegładki, mało ruchomy, wielkości dwóch pięści, zrosnięty ściśle z kiszkaami i ich kręzką od góry i z boków; wsuwając palec oddzielałem pętlice, kręzkę, *appendices epiploicae* i nie zważając na

krwawienie, w ten sposób oswobodziłem guz od kiszek, a następnie wprowadziwszy rękę poza niego uwolniłem go, przez wsuwanie palców, od macicy, poczem wydołem przez ranę na zewnątrz jamy brzusznej; wtedy dopiero ujrzałem, że od dołu i zewnątrz dochodzi do niego szypuła, cienka, kilkakrotnie skręcona. Skręty szypuły były pozrastane zarówno ze sobą jak i ze samą torbielą. Obawiając się oderwania guza, nie próbowałem rozkręcać szypuły, lecz co rychlej poniżej skrętów podwiązałem ją i wpuściłem; wprowadziwszy rękę do jamy miednicy upewniłem się, że istotnie torbiel pochodziła z prawego jajnika; mała macica zepchnięta leży przyrośniętą w dole DOUGLAS'a. Przy robieniu toalety, koniecznej z powodu bardzo znacznego krwawienia z oddzielonych od guza pętlic i krézki, zauważyłem, iż kilka z nich zaczepiło się o sznurek grubości pióra kruczego, bardzo twardy, cylindryczny, idący swobodnie od przedniej ściany brzucha, mniej więcej na prawo od pępka, a przyczepiający się po przebiegu około 8 ctm. do krézki kiszek cienkiej, mniej więcej w okolicy ostatniego kręgu lędźwiowego.

Były tu gotowe warunki do zaciśnięcia kiszek przegiętej (*Knickung*) przez tęgą strunę; oswobodziwszy pętlicę, wahałem się czy twór ten mogę wyciąć; gdy jednak nie mógł to być ani moczowód, ani pomocznik ze względu na przebieg [od ściany przedniej brzucha do krézki kiszek cienkiej], wyciąłem go w zupełności. Zeszycie przeciętego mięśnia prostego i zszycie rany brzusznej.



Poprzeczne przecięcie sznurka, idącego od krézek do ściany brzusznej.

W środku sznurka przecięcie tętnicy; dokoła we włóknistej tkance łącznej poprzeczne przecięcia cieńszych i grubszych peczków gładkich włókien mięsnych i małych żyłek. Więcej ku zewnątrz z dwóch stron pokład tkanki tłuszczowej. Zewnętrzna powłoka sznurka stanowi błona włóknista miejscami pokryta przez zachowany nabłonek rzekomy.

Wyjęta torbiel na powierzchni chropowata, od licznych strzępków błon wrzekomych brudno ciemna, zawierała płyn krwisto brudny; na powierzchni wewnętrznej ściany torbieli leży gruba warstwa skrępow kłuchych, czekoladowej barwy, łatwo ścierających się, pod nimi okazuje się wewnętrzna powierzchnia torbieli gładka, miejscami podobna do powierzchni wewnętrznej prawego serca. Torbiel zawiera tylko jedną komorę. Liczby skrętów oznaczyć na preparacie ku wielkiemu swojemu żalowi nie zdołałem, gdyż odciąłem torbiel tuż w samych skrętach. Co się zaś tyczy kierunku, to skręcenie nastąpiło od strony lewej ku prawej, idąc po przedniej ścianie brzucha, czyli że, jeżeli trzymać zegarek prostopadłe do ściany brzusznej i cyferblatem do góry, skręcenie było w kierunku biegu wskazówek.

Badanie drobnowidzowe wyciętego powrózka dokonał łaskawie z całą starannością, na jaką zasługiwał ten twór szczególnie, kol. PRZEWOSKI, któremu również zawdzięczam i sam opis.

Cały twór przedstawia cylindryczny sznurek, mający około 3 mm. grubości; posiada on barwę jednakową na całej swej długości i składa się: a) z dosyć

grubego pęczka podłużnych włókien mięsnych gładkich, w środku którego znajduje się *b*) stosunkowo gruba tętnica ze światłem wolnem ale zapadłem, w którym miejscami widać doskonale czerwone niezmienione krążki krwi. Tętnica ta posiada prawidłowe *endotelium*, pod którym leży gruba i obfitująca w tkankę sprężystą *intima*; tę ostatnią otacza od zewnątrz gruba warstwa gładkich włókien mięsnych okrężnych i wreszcie łącznotkankowa *adventitia*. Cały pęczek mięsny z tętnicą od zewnątrz otoczony jest przez tkankę tłuszczową, podzieloną na zraziki, którą pokrywa gruba włóknista warstwa tkanki łącznej, na powierzchni której nie można dojrzeć *endotelium*, ale ze wszystkiego domyśleć się można, że istniało.

Przebieg. Po operacji nie było wymiotów, ani czkawki, lecz znaczne bóleści w brzuchu, zwłaszcza w górnej części, podniesienie się ciepłoty do 38,5°C., oraz tętna do 116; w kilka dni jednak już objawy te przeszły; przez cały czas brzuch pozostał zapadłym i miękkim. Pierwsze wypróżnienie nastąpiło po lawatywie. 12-go dnia zdjęto szwy; *prima intentio* na całej przestrzeni, jedynie na wysokości przeciętego mięśnia prostego w poprzek utworzył się ropień i odeszła podwiązka. Chora wyszła zdrową ze szpitala d. 10 Listopada 1889.

Spostrzeżenie 86. *Kystoma ovarii sinistri; accretiones largissimae cum pariete abdominis; ovariectomy.*

Strach Katarzyna, 36 lat licząca, żona wiejskiego wyrobnika ze wsi Drzewce, powiatu Wąwolnica [z pod Puław] przysłana przez kol. OLECHNOWICZA.

W Kwietniu r. b. [1889] poczuła ból w lewej połowie brzucha na dole i wtedy również zauważyła powiększenie brzucha, który zwolna ale bez przerwy wzrastał od tej pory. Z początku chora uważała się za brzemienną i to ją uspakajało, gdy jednak przyłączyły się znaczniejsze dolegliwości w brzuchu, zwłaszcza uczucie ciasnoty w klatce piersiowej, zwróciła się o radę do D-ra OLECHNOWICZA, który znalazł guz i radził jej poddać się operacji. Chora jest zamężna od 12 lat, ani razu w ciążę nie zachodziła; miesiączkowała prawidłowo aż do wiosny r. b., wtedy w Marcu krwawienie pojawiało się co dwa tygodnie, potem nie było go w ciągu czterdziestu dni, następnie ukazało się niewiele krwi w Kwietniu i Maju, a już od czerwca, t. j. od 6 miesięcy miesiączka wcale się nie pokazuje. Chora ma łaknienie niewielkie, wypróżnienia opieszale; oddaje mocz częściej niż normalnie; w brzuchu bóleści dotkliwe zwłaszcza przy macaniu.

Średniego wzrostu, chuda, zdrowej cery, wargi różowe; nogi nie obrzękłe. Brzuch ogromny, w obwodzie przez pępek 99, od spojenia do pępka 22, a od tego ostatniego do wyrostka mieczykowatego 21 ctm., gładki, symetryczny; skóra rozciągnięta aż błyszczy, przeświecają w niej liczne i widoczne żyły. Brzuch jest wszędzie jednakowo elastyczny, jakby chlebocący, niedający najmniejszego falowania, bolesny i niepodatny; guz tak szczelnie wypełnia brzuch, że razem z nim stanowi jedną całość i wcale o oddzielnych jego ruchach nie popowiedzieć się nie da; guz bombiasto wypukła nadbrzusze i wywija nieco (*ectropion*) łuki żebrowe. Przy opukiwaniu daje odgłos tępy i tylko w okolicach lędźwiowych i nadbrzuszu, oraz na łukach żebrowych odgłos jest tympaniczny, przy wysłuchiwaniu nie szczególnego.

Sutki małe, wiotkie, ani kropli płynu wycisnąć z nich nie można.

Macica stoi wysoko od tyłu i nieco z lewej strony, jest bardzo mała i dość ruchoma; usta maciczne zamknięte. Przez sklepienia pochwy guza wyraźnie wyczuć nie można.

D. 20 Listopada 1889 po zachloroformowaniu chorej w obecności kol. CIECHOMSKIEGO, KRYSIŃSKIEGO, ODERFELDA, i FAJTA, przecięłem ścianę brzuszną w smudze białej i natrafiłem na zupełne i mocne zrośnięcie ściany torbieli ze

ścianą przednią brzucha. Nakłuwszy i wypuściwszy przez trójgraniec sporo klejowatej, gęstej cieczy, gdy mimo to guz nieznacznie się zmniejszył, rozszerzyłem otwór w torbieli, a wprowadziwszy palce starałem się porozrywać jej przegrody, aby przez wypływ cieczy z innych komór, osiągnąć zmniejszenie. W części udało się to otrzymać, lecz jednocześnie z płynem klejowatym zaczęło wypływać dużo krwi. Aby zapobiedz krwotokowi w inny sposób niedoopanowania, wobec szybkiej utraty krwi, z możliwą szybkością rozszerzyłem cięcie w ścianie brzusznej powyżej pępka tak wysoko, aż doszedłem do granicy górnej guza, poczem wprowadziwszy rękę do jamy otrzewnej i przekonawszy się, że niema zrostów z kiszkami i w miednicy małej, szybko oddarłem ścianę torbieli od ściany brzusznej z lewej strony, następnie od sieci, a wreszcie od prawej połowy brzucha; tu jednak ściana była tak słabą i zwyrodniałą, że torbiel pękła wylewając zawartość swą do jamy otrzewnej. Czempredzej na szypułę narzuciłem podwiązkę elastyczną tymczasową i wnet krwotok z rozerwanych przegród torbieli powstrzymałem. Teraz dopiero odciąwszy torbiel i oczyściwszy pole operacyjne z klejowatego płynu, popodwazywałem i poobcinałem zrosty sieci, następnie podwiązałem, obciąłem i zapuściłem dość długą i cienką taśmowatą szypułę i bardzo wydłużony jajowód lewy, wreszcie [najmnozniejsza część operacji] obkłułem szeroki zrost z pęcherzem. Wtedy zaszyłem górną połowę rany w brzuchu i przystąpiłem do starannej toalety, polegającej na wyczerpywaniu płynu klejowatego i skrzepów krwi z brzucha, oraz wycieraniu kiszki. Torbiel wychodziła z lewego jajnika, prawy znalazłem zupełnie zdrowym. Gdy okazało się, że w dwóch miejscach, po rozerwanych zrostach torbieli ze ścianą brzuszną, krwawi, przez obklucie zatamowałem krwawienie, a jeszcze raz gruntownie wytarłszy jamę otrzewnej gąbkami, zaszyłem pozostałą część rany brzusznej. Opatrunek, ucisk bandażem. Operacja trwała 1½ godziny.

Chora spała bardzo dobrze, nie wymiotowała; tętno przy końcu operacji wynosiło 100, potem zniżyło się do 88 i nabrało pełności. Wieczorem chora czuje się bardzo osłabioną, tętno 120, ciepłota 39° C., niema wymiotów, ani czkawki; silne bóleści i palenie; pragnienie; moczu dużo i prawidłowej barwy. Zachodzi duża obawa o życie chorej.

D. 21 stan uległ ogromnej poprawie; ciepłota spadła do 37° C., a tętno do 100; bóleści ukoily się bardzo znacznie; nie ma czkawki ani wymiotów. 5-go dnia pierwsze wypróżnienie, siódmego zdjąłem szwy; *prima intentio* bez kropli ropy. Chora wyszła zdrowa.

Spostrzeżenie 87. *Cystis parovarii dextri; extirpatio; sanatio.*

Tohen Emilija, lat 52, nauczycielka, rodem z Rygi. O początku choroby nic opowiedzieć nie może, guz wyrósł tak powoli i tak dalece bez przypadłości, że dopiero gdy jej zwrócono uwagę, iż brzuch rośnie, spostrzegła powiększenie. Zawsze cieszyła się zupełnem zdrowiem; jest tylko nieco nerwową; nie doznaje żadnych dolegliwości w brzuchu, w nogach i t. p.. Oddawanie moczu prawidłowe, stolca opieszale. Płuca, serce i nerki zdrowe. Miesiączkę utraciła przed 1½ rokiem; była zawsze prawidłową.

Nigdy nie rodziła.

Średniego wzrostu, dobrej budowy i odżywiania. Ściana brzuszna niezbyt gruba, ale napręża się przy badaniu i niepozwała dobrze obmacać guza. Obwód przez pępek wynosi 80 ctm., od pępka do wyrostka mieczykowatego 13 ctm., a do spojenia 15 ctm.. Brzuch asymetryczny, gładki, jednostajnie miękkiej, dający wyraźne chębotanie i falowanie; guz od góry i z boków otoczony pasem odgłosu bębniwego, sam daje odgłos tępy. Granice i ruchomość trudno określić, torbiel bowiem jest tak mało napiętą, jak rzadko się zdarza, skutkiem tego niepodobna dobrze wymacać jej, zwłaszcza najważniejszego odcinka dolnego. Badanie przez pochwę z powodu twardej błony dziewiczej trudne jest nawet pod

chloroformem. Macica mała stoi wysoko i od tyłu; przez sklepienie przednie i prawe wyczuwa się znaczny odcinek guza zajmujący jamę miednicy małej.

Rozpoznanie: torbiel prawego jajnika, najprawdopodobniej jednak więzu szerokiego prawego.

D. 19 Grudnia 1889 w obecności kol. CIECHOMSKIEGO, JANOWSKIEGO [z Mińska], GULIŃSKIEGO, HANDELSMANA, SAWICKIEGO, BORSUKA, SŁUPECKIEGO, ODERFELDA, FAJTA, po zachloroformowaniu chorej, otworzyłem brzuch w smudze, znalazłem torbiel nigdzie nieprzyrosłą, na bardzo szerokiej, lecz krótkiej szypule z prawego więzu macicy wychodzącą; przekłucie, podwiązanie szypuły, obcięcie i zapuszczenie; zeszytanie ściany brzusznej.

Torbiel cienkościenna jednokomorowa, zawierała 3950 ctm. sześć. płynu wodnistego, przy gotowaniu niedającego nawet opalizacyi. Przebieg idealny bez gorączki, bez bólesci, wymiotów i t. d. 12-godnia zdjąłem szwy [około jednego z nich ropień — dodam, że pierwszy raz szyłem igłą REVERDIN'a, nieco szarpiącą części zeszywane]; d. 3. I. 1890 chora opuściła szpital zdrową.

Spostrzeżenie 88. *Kystoma ovarii dextri; peritonitis; ovariectomy; Sanatio.*

Dattelbaum Emilija, l. 46, żona urzędnika konsulatu, w Maju r. z. zauważyła guz w brzuchu, który niesprawiając jej żadnych przypadłości, dość szybko powiększał się bez względu na rozmaite przedsięwzięte leczenie, jakim chora chętnie się poddawała, aby uniknąć operacyi; po powrocie z Kołobrzega, dokąd ją wysłał NEUGEBAUER, nieprzychylny operacyi, chora w Grudniu dostała silnych bólesci w brzuchu, wymiotów i czkawki, oraz gorączki, dochodzącej do 39° C., groźne te objawy trwały około trzech tygodni i tylko usiłowaniami kol. KAPLIŃSKIEGO udało się w końcu je ułagodzić; podówczas obrzękła lewa kończyna dolna. Miesiączka, prawidłowo przychodząca co miesiąc aż do Maja, nie pokazała się w ciągu kilku miesięcy, poczem w jesieni znów się pojawiła jak dawniej. Chora raz rodziła przed kilkunastu laty.

Pierwszy raz widziałem chorą d. 2 Stycznia 1890 i znalazłem ją bardzo wylekniętą, stępkającą i pogiębioną. Ciepłota wieczorami ciągle jeszcze dochodziła do 38°—38,3° C., tętno 112—120. Kończyna dolna lewa znacznie opuchnięta. Odżywianie dobre, pokład tłuszczowy dość gruby, skóra blado-różowa; wewnętrzne narządy klatki piersiowej i nerki zdrowe. Brzuch wystający, w obwodzie 104, od pępka do wyrostka mączykowatego 23, a do spojenia 19 ctm. mający. Pokład tłuszczowy bardzo gruby, a nadto lekka *anasarca* utrudniają zbadanie guza, który zajmuje bardziej lewą połowę brzucha, jest elastyczny, nie daje uczucia chębotania, ani falowania, w prawem podżebrzu posiada część twardszą, sięga od spojenia do łuków żeberowych. Z prawej strony, od góry i z lewej otoczony jest przez pas odgłosu tympanicznego, sam daje odgłos tępy, a przy wysłuchiowaniu niesłychanie silnie przeprowadza tony z aorty brzusznej i jej tętnienie. O ruchomości nie wiele można powiedzieć, bo ból, grubość ściany i jej obrzęk przeszkadzają; mimo to można napewno określić, że guz jest ściśle zrosnięty ze ścianą brzuszną przednią, a prawdopodobnie wolny od tyłu, gdyż swobodnie pływa na kiszkaach i przesuwa się swą tylną częścią po nich; od kości łonowych i z pachwin swobodnie unieść się daje. Macica mała, stoi nie wysoko i od tyłu; sklepienia próżne, guza wymacać z tej strony nie można; przy bujaniu guza macica się nie porusza.

Rozpoznano nie bez pewnych wątpliwości torbielak jajnika z niejasnym źródłem gorączki; chora wprawdzie wyraźnie wspominała, że guz, gdy w łóżku przewracała się z boku na bok, również swobodnie się przeslizgiwał w niej, a obecnie stał się nieruchomym, rozpoznać jednak skręcenia szypuły nie mogłem, żeby zaś samo zapalenie zlepne wywołać mogło podniesienie ciepłoty wydało mi się nieprawdopodobnem; możliwem było zropienie torbieli.

Dnia 6 Stycznia 1890 przy pomocy kol. CIECHOMSKIEGO, JASIŃSKIEGO, KAPLIŃSKIEGO dokonałem operacji. Chora źle usypiała, wymiotowała, przestawała oddechać, jęczała, tak, że z tej strony mieliśmy wszelkie możliwe przeszkody i część operacji musiałem robić bez chloroformu. Po otwarciu jamy otrzewnej natrafiłem na rozległe zlepne zrośnięcie przedniej powierzchni guza z całą prawie przednią ścianą brzucha, wsuwając jednak rękę napłask łatwo udało mi się oderwać ścianę brzucha od guza, który od tyłu i w jamie miednicy okazał się zupełnie wolnym. Po opróżnieniu największej komory z zawartości brudno-czokoladowej, wydobyłem torbiel, podwiązałem szeroką i długą szypułę wychodzącą z prawego jajnika, odciąłem ją, szypułę wpuściłem, a wyczekawszy czas pewien z powodu bardzo żywego broczenia ze ściany brzusznej i sieci [po odklejeniu od torbieli], zaszyłem ranę, sięgającą na kilka palców ponad pępek. Krwawienie z otrzewnej ściennej było bardzo żywe pomimo nacisku włożonych gąbek, i jeszcze przed zaszyciem jamy otrzewnej na gąbkach zbierały się skrzepy. Zawartość głównej torbieli oraz kilku większych była brudno-czokoladowa; w mniejszych mętno-klejowata.

Godnem uwagi było znaczne nasiąknięcie płynem surowicznym ściany brzusznej, jako następstwo zapalenia zlepnego między nią i torbielą, a którego punktem wyjścia była zmiana zaszła w jej zawartości,

Przebieg idealny, bez gorączki, czkawki; w kilka dni otęchła zupełnie noga; 5-go dnia nastąpiło wypróżnienie po ławatywie, 7-go dnia zdjąłem szwy: *prima intentio* bez kropli ropy. 10-go dnia chora wstała z łóżka.

[C. d. n.]

NOTATKI LEKARSKIE.

5. Zrośnięte bliźnięta.

Dnia 26-go Kwietnia r. b. w mieście Stopnicy, gubernii Kieleckiej, Apolonia H. żona szewca, lat 35 mająca, szósty raz ciężarna, urodziła nieżywe bliźnięta [chłopczyki] zrośnięte ze sobą z przodu w linii środkowej piersiami i brzuskami. Zrost bezpośredni, szerokości przeszło półtora cala, rozpoczął się od obojczyków niedochodząc do pępka na wysokości jednego cala. Poród według wyliczenia rodzącej czasowy, z poprzedzającymi nóżkami, przed moim przybyciem przedłużał się już 5 godzin, a wskutek niebezpieczeństwa grożącego rodzącej, ukończony został w obecności kolegi HASSMANA za pomocą rozkawalenia płodów, gdyż chcąc osiągnąć wyżej położonych części, zmuszony byłem wydobyć trzewa brzuszne.

Przy obejrzeniu części płodów znaleźliśmy: łożysko wspólne znacznych rozmiarów, sznurek pępkowy jeden prowadzący od łożyska do prawego płodu, u lewego zaś w miejscu odpowiadającym obręczce pępkowej małe zagłębienie skóry. Jamy piersiowe bezpośrednio w całej długości komunikowały ze sobą, gdyż brakowało w całości kości mostkowych, w klatce piersiowej prawego płodu pomieszczone były płuca i dwa serca prawidłowo zbudowane, złączone bocznymi częściami i otoczone wspólnym osierdziem; w klatce piersiowej lewego płodu znajdowały się tylko płuca.

Jamy brzuszne oddzielone od siebie, trzewa prawidłowe. Prawy płód silniej rozwinięty. Oba przedstawiały się jako donoszone ale małe, waga obu razem 12 funtów. Rodząca na 10 dni przed rozpoczęciem się porodu nie czuła ruchów płodu — obecnie zupełnie zdrowa.

E. Patek [lekarz powiatu Stopnickiego].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

20. Gaertner. Wanna elektryczna o dwóch przedziałach.

Rozróżniamy dwa rodzaje kąpeli elektrycznych ¹⁾, używanych obecnie: jednobiegunowe i dwubiegunowe. W kąpielach dwubiegunowych obie elektrody pogrążone są w wodzie, w kąpielach zaś jednobiegunowych [EULENBURG] jedna tylko elektroda pogrążona jest w wodzie, podczas kiedy druga przeprowadza prąd do części ciała, znajdującej się nazewnątrz wody, zwykle do rąk albo do grzbietu. Jak jeden, tak i drugi rodzaj kąpeli elektrycznych przedstawia wiele stron ujemnych. W kąpeli dwubiegunowej większa część prądu przechodzi przez wodę, nie dochodząc do osobnika, siedzącego w wannie i tylko bardzo nieznaczna część prądu przechodzi przez ciało. W kąpeli zaś jednobiegunowej prąd przechodzi przez powierzchnię ciała względnie małą i wskutek tego w tem miejscu posiada gęstość daleko większą, niż na częściach ciała pogrążonych w wodzie. Z przyczyny bólów, jakie wywołuje mniejsza elektroda na miejscu zetknięcia z ciałem, przy kąpielach jednobiegunowych można używać tylko prądów słabych.

Aby uniknąć złych stron kąpeli elektrycznych, używanych dotychczas, GAERTNER urządził wannę, podzieloną za pomocą poziomo leżącej przegrody na dwie części: górną i dolną (*das elektrische Zwei-Zellen-Bad*). Przegroda ma w pośrodku otwór, którego brzości przylegają prawie hermetycznie do ciała. Ścianki i dno wanny pokryte są miedzianymi albo cynkowymi płytami, a te ostatnie przykryte są warstwą dziurkowanego drzewa. Ścianka jednego przedziału połączona jest z biegunem dodatnim, a ścianka drugiego przedziału z biegunem ujemnym prądu stałego. Zasada takiego urządzenia jest łatwą do zrozumienia. Między jednym a drugim przedziałem nie ma innej łączności tylko ciało danego osobnika; przegroda jest zrobioną z materyjału izolującego, a woda obu przedziałów łączy się z sobą zaledwie przez jakieś włosowate szpary. Opór więc tych drobnych warstewek wody w porównaniu z oporem ciała jest tak duży, że ta część prądu, która przechodzi przez wodę, może nie być braną w rachubę. Można więc powiedzieć, że cała ilość prądu, którego gęstość wskazuje galwanometr, przechodzi przez ciało z jednego przedziału do drugiego, co zresztą wykazały dokładne obliczenia. Dobre strony tych kąpeli elektrycznych o dwóch przedziałach są następujące:

1) Gęstość prądu jest jednakową na wszystkich pogrążonych w wodzie częściach ciała.

2) Można stosować prądy słabe i silne.

3) Można dokładnie mierzyć siłę prądu przechodzącego przez ciało.

(*Wien. klin. Wochenschrift N. 44. 1889*).

Edmund Kurella.

21. Gaertner i Ehrmann. Doświadczenia nad nowym sposobem leczenia rzęciowego. Kąpiel elektryczna sublimatowa.

GAERTNER, łącznie z EHRMANN'em zrobili kilka doświadczeń dla przekonania się o kataforecznem działaniu niektórych leków, a mianowicie sublimatu, przy zastosowaniu wyżej opisanej modyfikacji kąpeli elektrycznej.

Próby nad kataforezą rozmaitych środków lekarskich były już robione blisko pół wieku temu przez Bossi'ego, lecz nie dały zadawalających wyników wskutek wadliwego urządzenia kąpeli elektrycznych. Kąpiel o dwóch przedziałach przedstawia bardzo dogodne warunki dla kataforezy. Tutaj, mianowicie, można naprzemian poddawać działaniu elektrody czynnej, to jedną, to drugą połowę ciała, łącząc dolny albo górny przedział z biegunem ujemnym.

¹⁾ A. FABIAN. „O kąpielach elektrycznych“. *Gaz. Lek.* Nr. 31, 32, 33, 34. 1886. (*Prz. spr.*)

Gęstość prądu jest jednakową na wszystkich częściach ciała, a siła jego może być stopniowo powiększana.

Oto kilka doświadczeń, zrobionych przez autorów:

1). Młody człowiek, dotychczas nigdy nie leczony rtęcią, został posadzony do wanny elektrycznej, której dolny dodatni przedział zawierał 4 grm. chlorku rtęci. Siła prądu równała się 100 milliamperom; czas trwania kąpeli 15 minut. Badanie moczu już po 24 godz. wykazało w nim znaczną ilość rtęci; na 4-ty dzień ilość rtęci doszła do 7 milligrm..

2). Dwóm trzydziestoletnim posługaczom kąpielowym o jednakowej prawie budowie ciała, dano kąpiel elektryczną 15 minutową, o sile prądu 100 milliamperów z tą różnicą, że pierwszy był posadzony do GAERTNER'owskiej wanny z zawartością 4 grm. sublimatu w dolnym dodatnim przedziale, a drugiego posadzono do zwyczajnej wanny elektrycznej z taką samą zawartością rtęci. Z moczem pierwszego osobnika już w ciągu pierwszych 24 godzin wydzielilo się 3 milligrm. rtęci, podczas kiedy w moczu drugiego nie można było wcale wykazać rtęci.

3). Trzecie doświadczenie GAERTNER zrobił na sobie, przekonawszy się uprzednio, że w jego moczu nie ma rtęci. W wodzie rozpuszczono 6 grm. sublimatu, siła prądu była taka sama, jak w poprzednich dwóch doświadczeniach, a posiedzenie trwało 20 minut. Już przy końcu posiedzenia GAERTNER uczuwał smak metaliczny w ustach, lekki ślinotok i obrzęk dziąseł; objawy te istniały w ciągu 12 dni. Badanie moczu 1-go, 2-go i 3-go dnia wykazało znaczną ilość rtęci. Badanie ilościowe przewidziane na 4-ty dzień wykazało 13 milligrm. rtęci. Mocz 5-go i 7-go dnia jeszcze zawierał rtęć, 8-go zaś dnia nie można było jej wykazać.

We wszystkich wyżej opisanych doświadczeniach skóra nie była naruszona; ponieważ najmniejsze obnażenie naskórka wywoływałoby w kąpeli elektrycznej silne palenie, nie mogłoby zatem ująć uwagi chorego. Nie ma wątpliwości, że te tak duże ilości rtęci dostały się do ustroju drogą wchłaniania przez skórę. Mocz zawierał rtęć już pierwszego dnia, co dowodzi, że rtęć przechodzi do warstwy krwionośnej skóry.

Przytoczone doświadczenia dowodzą, że ten nowy sposób wprowadzania rtęci do ustroju, znajdzie prawdopodobnie szerokie zastosowanie w leczeniu przymiotu, dlatego, że:

1). Wprowadzanie rtęci do ustroju odbywa się tutaj przez skórę, jak to ma miejsce przy wcieraniach i podskórnych wstrzykiwaniach, a zatem posiada wszystkie dodatnie strony tych dwóch sposobów.

2). Wchłanianie rtęci odbywa się całą powierzchnią skóry i jest bardzo możebnem, że rtęć w ten sposób stosowana działa nie tylko specyficznie, ale zarazem miejscowo na zarazek przymiotu, znajdujący się w skórze.

3). Ilość rtęci, jaką wprowadzamy do ustroju, zależna jest od siły prądu i długości czasu jego działania, co pozwala dokładnie miarować jej ilość.

4). Sposób ten jest niebolesny i zupełnie bezpieczny, czego nie można powiedzieć o wstrzykiwaniach rtęci, a zwłaszcza jej związków nierozpuszczalnych; jest również o wiele przyjemniejszym od wcierań. Autorowie prowadzą dalsze próby w tym kierunku i mają zamiar przeprowadzić odnośne doświadczenia z innymi lekami, a mianowicie z żelazem.

Na zakończenie dodam, że wyżej opisane wanny wyrabiają pp. Schulmeister w Wiedniu i Hirschmann w Berlinie.

(*La Semaine médicale* N. 50. 1889).

Edmund Kurella.

KRYTYKA I BIBLIJOGRAFIJA.

D-r ZIELENIEWSKI. „Rys Balneotechniki na użytek właścicieli, zarządów zdrojowisk i lekarzy zdrojowych“ [z rycinami]. Warszawa 1890 in 4-o str. 45.

Żyjemy w czasie, w którym ważność i doniosłe znaczenie źródeł lekarskich i zakładów zdrojowo-kąpielowych nie tylko pod względem fizyograficznym i leczniczym, ale i humanitarnym i narodowo-ekonomicznym, za granicą powszechnie już uznano i sprawdzono. Spożytkowanie przeto źródeł lekarskich, będących niezaprzeczonem źródłem wielorakiego, bo leczniczego i ekonomiczno-finansowego pożytku, spożytkowanie, oparte na wszechstronnem naukowem ich zbadaniu, stało się za dni naszych dla każdego kraju i jego społeczeństwa nieodzowną potrzebą.

Jeżeli i nasz kraj pragnie odnieść ze swych zdrojowisk wszechstronne korzyści, winien przedewszystkiem postarać się o należyte ich urządzenie, odpowiednie wymaganiom obecnego stanowiska nauk lekarskich i technicznych, a zadosyć uczynić uzasadnionym potrzebom i wygodzie chorych, przebywających w naszych zakładach zdrojowo-kąpielowych. Z rzetelnem przeto zadowoleniem witamy namieniony „Rys Balneotechniki“ [zaopatrzoney godłem nieodżałowanej pamięci Dietla, który wyrzekł „naród o urządzenie swoich zdrojowisk niedbały, nie poznał się na bogactwach swojej ziemi i nie stanął jeszcze na tym stopniu cywilizacyi, która ciągnąc korzyść z rodzimnych swych skarbów, mnoży pomyślność i zamożność kraju“], nie tylko dla tego, iż wspomniona publikacyja D-ra Z. jest pierwszą i jedyną w naszej literaturze [a samoistnego tego rodzaju dzieła nawet obce piśmiennictwa o ile nam wiadomo, dotychczas nie wykazują], ale nadewszystko dla tego, iż rzeczona praca D-ra Z. wskazuje i poucza właścicieli zdrojowisk tudzież lekarzy zdrojowych, jak nasze zakłady zdrojowo-kąpielowe winny być urządzone: co do ujęcia i oprawy ich źródeł mineralnych, co do sposobów czerpania ich wody na picie przy zdroju, tudzież co do jej napełniania na wywóz handlowy, co do urządzenia balneotechnicznego gmachów i gabinetów łaźiebnych, wreszcie co do higienicznych urządzeń całości zdrojowiska, nakoniec co do kierownictwa lekarskiego w zakładzie zdrojowym i jego gospodarczo-administracyjnego zarządu.

Wspomniona praca pojawia się bardzo w porę, skoro jej autor [doświadczony znawca obecnego stanowiska naszych zakładów zdrojowych] wyznaje „iż jakkolwiek wiele jest pocieszającym niezaprzeczony postęp naszych zdrojowisk, zauważany co do zewnętrznej ich ozdoby i strojności“, jednak bynajmniej nie zamilcza „iż w higienicznych, balneotechnicznych i balneoterapeutycznych urządzeniach naszych zakładów zdrojowych wcale nie osiągnęliśmy dotychczas nowoczesnego postępu, oddawna już istniejącego w obcokrajowych zdrojowiskach; iż naszym zakładom bardzo wiele pod tym względem jeszcze brakuje, a właśnie to, na czym im zbywa, jest najistotniejszą ich potrzebą, mocą której nasze zdrojowiska mogą jedynie spełnić wzniesłe swe zadanie i przeznaczenie: lecznicze, humanitarne i narodowo-ekonomiczne“.

Zaznajomienie się właścicieli i zarządów zdrojowisk, a nadewszystko lekarzy zdrojowych z balneotechniką, jest dla sprawy ojczystych zakładów najbardziej naglącą potrzebą; albowiem należyte, a obecnemu stanowisku umiejętności odpowiednie ich urządzenie, nietylko jest najpiękniejszą i najpewniejszą podwaliną ich bytu, ale zarazem jest warunkiem i rękojmią ich rozwoju i pomyślności.

Do osiągnięcia tego celu, wybornie posłużyć może wspomniona praca D-ra Z., niby szczupła na objętość, ale bardzo bogata w treść, jasno i zrozumiale skreślona, a spełniająca dokładnie swe zadanie, będąca zarazem nowym dowodem poświęcenia się autora sprawie ojczystych zdrojowisk, skoro do niedawno ogłoszonych przez niego pism: „Rys Balneoterapii“ (1886), „Sprawy naglące pol-

skich zakładów zdrojowych" (wydanie III 1889), „Słownik bibliograficzno-balneologiczny polskich zakładów zdrojowych" (wydanie II 1889), przybył znowu obecnie wydany „Rys Balneotechniki“.

Gdy niektóre z naszych źródeł mineralnych są najcenniejszymi między współrzędnymi europejskimi wodami jakoto: Szczawnica wśród wód alkalicznych, Rabka z pośród słońjodobromowych, a Solec jest najpotężniejszą wodą zimną siarczaną [zobacz D-ra ZIELENIEWSKIEGO „Rys Balneoterapii“ str. 244, 266, 318 i 333], to przyznać potrzeba, iż posiadamy krajowe źródła lekarskie, zasługujące nie tylko na ich należyte urządzenie, ale i na powszechne niemi zajęcie się i na ogólną nad niemi opiekę. Posiadają zatem nasze wody nie tylko samą leczniczą wartość, ale śmiało oczekujemy z nich i ekonomiczno-finansowych korzyści, tem więcej skoro już obecnie w naszych 24-ch zdrojowiskach przebywa corocznie około 40000 osób; skoro już teraz roczny ogólny dochód wynosi: z Krynicy przeszło 68000 fl. a. m.; skoro z Buska opłaca corocznie D-r DOBRZAŃSKI rządowi 15000 rs. czynszu dzierżawnego; skoro już obecnie udziela: Ciechocinek do 78000 kąpiel mineralnych, Krynica 60000, a Busk około 50000. Wobec tych liczb, zaczerpniętych z urzędowych sprawozdań, niewolno nam już lekceważyć doniosłego znaczenia krajowych zdrojowisk, ale najgorliwiej winniśmy pracować nad coraz lepszym ich urządzeniem i dalszym ich spożytkowaniem, aby one, darząc chorych zdrowiem, zlewały w całość pełni korzyści na dobrobyt i zamożność kraju naszego.

Prof. D-r Oettinger.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY KOLEGO REDAKTORZE!

W sprawozdaniu z posiedzenia Towarzystwa Lekarskiego w dniu 27 Maja r. b. zamieszczonem w numerze 27 Gazety Lekarskiej, zaszyły pewne niedokładności o demonstracyi i odczycie moim, o sprostowanie których w imię prawdy uprzejnie proszę. A mianowicie: w okazywanym przeze mnie preparacie kostnym próchnienia kości skalistej, nie wypowiedziałem zdania jakoby opona twarđa mózgu wpiła się jak czop w otwór kości, zatykając go całkowicie; objaśniłem, iż na miejscu próchnienia opona twarđa kilkakrotnie zgrubiała skutkiem zapalenia zlepnego (*inflammatio adhaesiva*), jak czop zatykała brak kości, ochraniając zawartość czaszki od wpływu ropy wydzielałej się w uchu średnim; bynajmniej zaś nie twierdziłem jakoby otwór kostny był zatknięty prawidłową oponą twarďą i takież objaśnienie dałem koledze PRZEWOSKIEMU na zrobiony mi zarzut z tego powodu; objaśnienie to wystarczyło koledze P., który orzekł, iż mnie początkowo niezupełnie dobrze zrozumiał.

Co się tyczy częstotści takich zmian na trupie, nie śmiem przeczyć zdaniu kolegi P.; zmuszony jestem wszelako dodać od siebie, iż zwracając pilną uwagę na stan kości skalistej od lat kilkunastu u chorych zmarłych w szpitalu, w którym ordynuję, tego rodzaju stosunek kości do opony i w tak rozległym stopniu widziałem dotąd dopiero po raz drugi. Demonstracyja moja nie miała wszelako na celu okazania tego stosunku, lecz szło mi głównie o wykazanie rozszerzenia się sprawy zapalnej z ucha na mózg *per contiguitatem*, nie zaś *per continuitatem*, jak się to zwykle dzieje, co właśnie stanowi, podług mnie, w danym przypadku sprawę rzadką.

W zarzutach czynionych mi przez kolegę MODRZEJEWSKIEGO z powodu odczytu mojego „kilka słów o otwieraniu wyrostka sutkowego“, referent opuścił odpowiedź udzieloną z mojej strony koledze M., a co jest niezmiernie ważnem, nie chcąc przedstawić fałszywego zdania o tem, com wypowiedział. Nie stawiałem wskazań dla otworzenia wyrostka sutkowego z powodu ostrych zapaleń ropnych, przy obfitej wydzielinie, lecz tylko wtedy widzę je wskazanem, gdy wydzieliną po pewnym czasie, pomimo zastosowania wszelkich znanych środków leczniczych, nie zmniejsza się ale nawet powiększa. Na zdanie kolegi M., iż nie zgadza się na nowe wskazania dlatego, że istniejące zupełnie mu wystarczają i że są opracowane przez najznakomitszych otyjatrów, a tym one także wystarczają, dalej, iż przedstawione przeze mnie dwie historyje choroby nie mogą służyć za podstawę do stawiania nowych

wskazań, odpowiedziałem, iż zdania wyrzeczone nawet przez najznakomitszych ludzi na jakim bądź polu wiedzy ludzkiej o jakiejkolwiek kwestyi, nie zwalniają nas od dalszego doskonalenia i wszechstronnego rozpatrywania i badania teje, a zwłaszcza, gdy ci najznakomitsi, sami wyrzekli, iż nie stanowi ona jeszcze księgi zamkniętej; a do takiej należy właśnie otwieranie wyrostka sutkowego. Przedstawione przezemnie historyje chorób, miały służyć tylko za przykład z pomiędzy materiału przezemnie dotąd spostrzeganego, którego nie mogłem przecie na posiedzeniu przedstawiać w zupełności. O operacyi nie powiedziałem, iż jest rzeczą małą, lecz tylko, iż przy wprawie i należytej znajomości przedmiotu jest do wykonania łatwą, a przy znanych obecnie sposobach opatrywania ran i przy rzadkiem napotykanu nieprawidłowości ze strony anatomicznej, nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa. Jak się wogóle zapatruje na tę kwestyję, łatwo przekonać się można z tych części odczytu mojego, w których jest o tem mowa [odezyt ten drukuje się w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego. 1890 r., kwartał II]. Tych kilka wyrazów uważałem za właściwe podać, w celu dostatecznego zrozumienia i ocenienia zarzutów kolegi M. *D-r Heiman.*

Wiadomości bieżące.

— Kraków d. 26 Czerwca. Wiadomo, że na ostatnim Zjeździe lekarzy i przyrodników w polskich we Lwowie uchwalono, aby Zjazd następny odbył się w r. 1891 w Krakowie, a wybrano prof. ROSTAFIŃSKIEGO i RYDYGIERA przewodniczącymi Wydziału gospodarczego. Z uwagi, że przygotowanie do Zjazdu wymagają dużo czasu i zachodu, wspomnieni profesorowie rozpoczęli czynności od utworzenia Wydziału gospodarczego, który już odbył 2 posiedzenia, a po ukonstytuowaniu się i wybraniu sekretarzem prof. SZAJNOCHY, a skarbnikiem doc. ZAREWICZA, uchwalił na posiedzeniu odbytem d. 15 b. m. co następuje:

1. Przyszły Zjazd lekarzy i przyrodników polskich odbędzie się w miesiącu Lipcu 1891 roku.
2. Uczestnicy mają na miesiąc przed rozpoczęciem się Zjazdu przedłożyć treść zamierzonych wykładów w tej formie, aby bez zmiany w dzienniku Zjazdu mogła być pomieszczona. Odczytywanie prac nie będzie dopuszczane na Zjeździe.

3. Przedłożone będą na Zjeździe pod rozprawy pewne ogólniejsze kwestyje, podane przez referentów z góry oznaczyć się mających.

Na posiedzeniu odbytem d. 22 b. m. Wydział gospodarczy uchwalił, że Zjazd składać się będzie z 14 sekcji, dla których zarazem wyznaczył tymczasowych przewodniczących, których zadaniem będzie utworzyć tymczasowe sekcyje z członków miejscowych, aby one w porozumieniu się z członkami zamiejscowymi przedłożyły kwestyje ogólniejsze, mające być dyskutowane na Zjeździe. Sekcyje te będą następujące:

1. Sekcya medycyny teoretycznej [fizjologija, histologija, anatomija, patologia]. Przewodniczący prof. CYBULSKI. 2. Hygieny i medycyny sądowej, prof. BLUMENSTOK. 3. Antropologii, prof. KOPERNICKI. 4. Medycyny wewnętrznej, prof. KORCZYŃSKI. 5. Chirurgiczna, prof. RYDYGIER. 6. Ginekologiczna, prof. MADUROWICZ. 7. Okulistyczna, prof. RYDEL. 8. Farmakologii i farmacyi, prof. ŁAZARSKI. 9. Weterynaryi, doc. WALENTOWICZ. 10. Fizyko-matematyczna, prof. WITKOWSKI. 11. Chemiczna, prof. OLSZEWSKI. 12. Mineralogii, Geologii i Geografii, prof. SZAJNOCHA. 13. Zoologii i anatomii porównawczej, prof. WIERZEJSKI. 14. Botaniczna, prof. ROSTAFIŃSKI.

Wydział gospodarczy uprasza wszystkie pisma polskie o powtórzenie tego zawiadomienia.

NEKROLOGIJA.

W dniu 4 Lipca zmarł w Warszawie ś. p. D-r DORANTOWICZ ALEKSANDER. Urodził się w Warszawie 3 Kwietnia 1813 r.. W r. 1837 w Wilnie uzyskał stopień lekarza klasy 1-ej. W roku 1841 przybył do Warszawy, gdzie w r. 1845 był lekarzem w szpitalu św. Jana Bożego, a w r. 1846 mianowany został ordynatorem szpitala Dz. Jezus. 1849 r. miał sobie przyznany przez Radę lekarską stopień doktora medycyny. W r. 1880 objął obowiązki lekarza naczelnego w szpitalu wolskim. W rok został inspektorem w szpitalu Dz. Jezus, a wreszcie w r. 1888 przeszedł w stan spoczynku. Ogłosił drukiem kilka spostrzeżeń lekarskich.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów: Katalog nowych książek za Kwiecień, Maj i Czerwiec Księgarni W-go Paprockiego.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wl. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 28 Іюня 1890 г.

Друк K. Kowalewskiego, Królewska Nr. 29.