

Wychodzi zeszyta-  
mi miesięcznemi.

**Cena w Warsza-  
wie:** rocznie rs. 4. —  
pół-rocznie rs. 2. —  
kwartalnie rs. 1.

# PAMIĘTNIK

Redakcja przy ulicy  
Nowy - Świat  
Nr. 1247 (61).

**Cena na Prowincyi  
w Cesarstwie i za  
granicą:** rocznie rs.  
5; półrocz. rs 2 k. 50

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

Zeszyt 6. Grudzień 1869.

## CZYNNOŚCI

### TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

#### POSIEDZENIA OGÓLNE.

#### Posiedzenie 19-e, dnia 5 Października 1869 r.

Prezes: kol. B r o d o w s k i.

**TREŚĆ.** I. Przyjęcie protokołu. — II. Korrespondencya. — III. Zjazd lekarzy i naturalistów w Krakowie. — IV. Przedstawienie operowanej z torbieli jajnika za pomocą owariotomii, kol. Stankiewicz. — V. Obiór Redaktora Pamiętnika na rok 1870. — VI. Postanowienia co do pism peryodycznych w roku 1870 trzymać się mających. — VII. Obiór trzech nowych członków czynnych.

I. Protokół z posiedzenia poprzedzającego odczytano i przyjęto.

II. Nadesłano dla Biblioteki:

a) Protokół posiedzenia Kaukaskiego Lekarskiego Towarzystwa z d. 1 Lipca 1869 r.

b) O działaniu soli potażowych na krążenie krwi. Rozprawa inauguralna Dra Szymona Portnera, broniona publicznie w Szkole Głównej Warszawskiej w 1869 r.

c) Myologia, przez prof. Hirszfelda jako dalszy ciąg dzieła autora o Anatomii opisowej.

Kol. Orłowski podjął się złożyć sprawozdanie z treści powyższego dzieła.

III. Kol. Malcz zawiadamia że na Zjeździe Lekarzy i Naturalistów w r. b. w Krakowie odbytym, wychylnono toast za pomyślność Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego i Professorów Szkoły Głównej. Przyczem włożono na kol. Malcza, obowiązek ustnego oświadczenia tych życzeń Towarzystwu. W imieniu Towarzystwa Prezes kol. Malczowi złożył podziękę.

IV. Kol. Stankiewicz przedstawia chorę, która szczęśliwie przebyła operację ovariotomii.

Panna N. K. wieku lat 23, dobrze zbudowana, od dzieciństwa zawsze zdrowa, spostrzegła w m. Maju 1868 r. guz rozwijający się w okolicy lewego dołka biodrowego. Guz ten nie sprawiał jój żadnego bólu, a wszystkie funkcje odbywały się należycie; jednak wzrastając powoli wypełnił już w miesiącu Grudniu całą jamę brzuszną i ciężarem swym zaczął utrudniać ruchy, a następnie stał się przyczyną przykrych bólów w okolicy dołka. Wezwany kol. S. znalazł ten guz jednostajnie okrągłym fluktuującym; ściany brzuszne dawały się ująć palcami w całej grubości i wszędzie były ponad guzem przesuwalne; macica była opuszczoną nieco, szyjka jój w stanie prawidłowym; cała macica zgięta kolankowato, ciało jój nachylone ku prawej kości łonowej, tak że zgłębnik doszedłszy do punktu zgięcia dalej nie dał się wprowadzić. Przez sklepienie pochwy, jak również przez odbytnicę, czuć było guz dosyć miękkiej, równy, wypełniający całą lewą połowę jamy małej miednicy. Chora była osłabiona i niespokojna; apetytu żadnego, miesiączkowanie dosyć regularne lecz obfitsze jak dawniej, bóle bardzo częste palące z bardzo mocnym uczuciem nacisku w okolicy dołka. Kol. S. rozpoznał w tym razie guz torbielowaty jajnika lewego, co potwierdzili wezwani do narady koll. Girsztowt i Neugebauer. Operacja została postanowioną, lecz z różnych powodów odwlekano ją i dopiero 15 Lipca wykonaną została przez kol. S. przy pomocy koll. Sikorskiego, Girsztowta, Sommera i Kwásnickiego.

Chora została uszpaną chloroformem, przecięto powłoki brzuszne na 5 cali poniżej pępka i znaleziono guz bez żadnych zrostów, po którego przekłuciu wypłynęło około 20 funtów płynu lepkiego, barwy ciemno brunatnej; — po wyciągnięciu torby jego na zewnątrz, przekonano się o bytności drugiego wypełniającego małą miednicę. Przekłuto i ten trójgrzańcem Koeberle'go i wypuszczono zeń 7 funtów płynu jeszcze gęstszego, barwy szarawej. Oba te guzy stanowiły całość osadzoną na jednej szypułce, i tylko grubą przegrodą jamy ich były od siebie oddzielone. Po wydobyciu ich na zewnątrz jamy brzusznej, szypułka została ujętą za pomocą zwyczajnego zaciskacza Maisonneuve'a i utwierdzoną na zewnątrz w dolnym kącie rany; guzy zaś po nad miejscem zaciśnięcia odcięte. Następnie złączono brzegi rany za pomocą 3 wielkich igieł złotych, które zajmowały całą grubość ściany brzusznej aż do samej otrzewnej, w odstępach zaś między niemi założono 6 mniejszych igieł, nie tak głęboko sięgających, i brzegi rany zbliżono szwem okręcany. W czasie operacji trwającej trzy kwadransy, nie było żadnego krwawienia, ani innych powikłań; chora owinięta we flanelę położoną została na łóżku i po zadaniu morfiny zaśnęła. W ciągu pierwszej doby miała kilka razy wymioty i częste nudzenia, które ustępowały za zadaniem małej ilości lodu. Przebieg dalszy był bardzo łagodny; szwy odjęto dnia 6-go i znaleziono brzegi na większej części rany zrosnięte; tylko w kilku miejscach, gdzie przechodziły igły, potworzyły się zatoki ropne, które następnie powoli się oczyszczały i goiły.

Część szypułki ponad ranę wystająca, odpadła wraz z zaciskaczem 8<sup>o</sup> dnia po operacji, a w miejscu tém niebyło żadnego ropienia. Gorączki nie było żadnej; lekkie tylko podwyższenie ciepłoty ciała i ciągle prawie poty przez pierwsze 10—12 dni. Zupełne zabliznienie rany nastąpiło w miesiąc po operacji a w dwa tygodnie potem, operowana zaczęła chodzić czując się zupełnie dobrze. Menstruacja pierwsza nastąpiła czwartego dnia operacji, bez żadnych przypadłości, druga zaś dopiero w 6 tygodni. Obecnie pacjentka ma się zupełnie dobrze; cera kwitnąca, siły należyte, apetyt dobry, chodzi z łatwością i zajmuje

się wszystkimi swemi czynnościami. Z początku doświadczała przy chodzeniu bólów w lewym boku, że jednak po użyciu kilku kąpeli zupełnie ustały. Blizna po ranie pozostała jest wciągnięta nieco, a w okolicy jęj ściany brzuszne przedstawiają kilka fałdów promienisto ku bliznie idących. Zasługuje na uwagę iż dolny kąt rany w którym utwierdzoną była szypułka, zbliżnił się najprędzej i to bez żadnego ropienia które w mniejszym lub w większym stopniu prawie wzdłuż całej rany powyżej miało miejsce.

Kol. B r o d o w s k i badał nowotwór wyłuszczonej przez kol. S t a n k i e w i c z a. Nowotwór ten składał się z dwóch torbieli o ścianach bardzo grubych bo blisko na 3 milimetry. Cała wewnętrzna powierzchnia tych torbieli zasiana była tworami brodawkowemi wielkości ziarnka grochu do orzecha laskowego. Badane pod mikroskopem twory te okazały się składać z podstawy łączno-tkankowej pokrytej nadzwyczaj grubo warstwami nabłonka płaskiego pokrywającego i resztę wewnętrznej powierzchni. Bezwątpienia dwa te pojedyncze torbiele musiały wziąć swój początek z pęcherzyka Graafa, a nie z miąższu jajnika. Na przyszłym posiedzeniu P r e z e s obiecuje sam preparat anatomiczny przedstawić.

V. Redaktor Pamiętnika stosownie do uchwały Towarzystwa wymagającej by na pierwszym posiedzeniu Październikowym roztrząsane były wszystkie kwestye odnoszące się do wydawania Pamiętnika i prenumerowania pism peryodycznych, składa Towarzystwu wiadomość o stanie wydawnictwa Pamiętnika.

Towarzystwo postanawia Pamiętnik wydawać i w następującym 1870 r. w téj samej formie i treści. Z powodu oświadczenia dotychczasowego Redaktora, iż gotów jest i nadal obowiązki swoje pełnić, Towarzystwo jednomyślnością głosów zatwierdziło go na posiadanym urzędzie na rok przyszły 1870.

VI. Poczem Bibliotekarz (kol. P o r t n e r) opierając się na liczbie czytelników pojedynczych gazet lekarskich zagranicznych, wniósł by wszystkie pisma peryodyczne dotychczas przez To-

warzystwo otrzymywane, były i nadal na rok 1870 zaprenumerowane.

Wniosek kol. Portnera zostaje przyjętym a nadto uchwalono niektóre z tych pism trzymać w dwóch egzemplarzach dla większej dogodności ich czytelników. Prócz tego Towarzystwo postanawia by na przyszłość pisma peryodyczne przed ich rozesłaniem do czytania, zatrzymywane były przez dni 8 w lokalu Towarzystwa dla dogodności tych kolegów którzyby je chcieli tamże odczytać.

VI. Następnie obrano trzech nowych członków czynnych Towarzystwa mianowicie kolegów T a c z a n o w s k i e g o, L e b i e d z i ń s k i e g o i M a l e k a.

Na tem posiedzenie ukończono.

Dr W s z e b o r.

## Posiedzenie 20-e dnia 19 Października 1869 r.

w z P r e z e s a przewodniczy zebraniu V i c e - P r e z e s kol.  
K o r z e n i o w s k i.

TREŚĆ. I. Przyjęcie protokołu. — II. Przywitanie nowych członków. — III. Przedstawienie Dra Robińskiego na członka korespondenta. — IV. Dar prof. Janikowskiego dla Biblioteki. — V. Resectio maxillae inferioris kol. Orłowski. — VI. Aneurisma arterioso-venosum art. popliteae kol. Kosincki.

I. Protokół posiedzenia poprzedzającego odczytano i przyjęto.

II. Przewodniczący wita obecnych na posiedzeniu prof. Janikowskiego z Krakowa jako gościa i kol. Lebedzińskiego jako nowo obranego członka czynnego naszego Towarzystwa.

III. Koll. Nowakowski i Wszebor przedstawiają Dra S. Robińskiego z Berlina na członka korespondenta naszego Towarzystwa. Na poparcie swojej kandydatury Dr. Robiński nadesłał pracę swoją pod tytułem: „Recherchesmi-

eroscopiques sur l'épithelium et sur les vaisseaux lymphatiques capillaires.

IV. Kol. Janikowski składa w darze dla Biblioteki drukowany Katalog wystawy Lekarsko-przyrodniczej Krakowskiej.

V. Kol. Orłowski przedstawia chorego któremu wykonał wypiłowanie połowy żuchwy z wyluszczeniem ze stawu, z powodu zgorzeli; obecnie twarda włókuista substancya zastępuje miejsce utraconej kości.

VI. Kol. Kos i ń s k i podaje następującą obserwację ze szpitala Ujazdowskiego: Dymissionowany żołnierz Kazimierz Machczyński lat 59 wieku liczący, d. 1 (13) Września r. b. przybył do szpitala uskarżając się na gwałtowny ból w prawej kończynie, który od 2-eh tygodni odebrał mu sen i apetyt. Ból ten najsilniejszy w okolicy kolana rozchodził się ku dołowi aż do palucha stopy, ku górze z mniejszem natężeniem aż do pachwiny odpowiedniej strony, był ciągły, przy nacisku się zwiększał. W dole podkolanowym widzieć się daje wypukłość, skórą czerwono-siną pokrytą o podwyższonej temperaturze a która przyłożonej ręce podaje uczucie pulsacyi i ekspansyi. Nacisk wywarty na tętnicę udową wywoływał zniknięcie pulsacyi w guzie. Badana tętnica goleniowa tylna (art. tibialis postica) i tętnica grzbietowa stopy (art. dorsalis pedis s. pediaea), nie okazywały tętna. Guz powyższy nie miał wyraźnych granic z powodu że graniczące z nim mięśnie przykrywały go w części brzegami swemi. Goleń i stopa nieco zasinione, żyły podskórne krwią nabrane i rozszerzone, temperatura niższa niż na kończynie lewej. Ruchy kończyny z powodu bólu prawie niemożliwe. Badanie serca wykryło szmer systoliczny najwyraźniejszy przy wierzchołku serca (insuffitientia valv. bicuspidalis).

Z anamnezy można się było dowiedzieć tylko że chory przez lat 21 służył w wojsku, od lat 12-u jest w dymissyi i zajmuje się stolarstwem. Przed laty odmroził sobie powierzchownie stopę prawą, wskutek czego nastąpiło owrzodzenie które się z czasem zagoiło. Od dwóch lat, po zmęczeniu doznawał bólów w dole podkolanowym, głównie wieczorem, z rana bóle

te ustawały. W ciągu ostatnich dwóch tygodni przy wzmagających się natarczywych bólach spostrzegł tworzący się guz. Guz ten kol. Kosiński uznał za tętniak, w towarzystwie objawów niezwykłych jakimi były zniknięcie tętna w tętnicach gołeniovój i grzbietovój stopy i bóle gwałtowne w kończynie. Po ułożeniu kończyny na podwójnej równipochyłej, (planum inclinatum duplex), i zastosowaniu zimnych okładów, czerwonosc skóry na guzie i ból nieco się zmniejszyły. Kol. Kosiński sądząc że już usunął zapalenie, jakie mogło istnieć w ścianach tętniaka, ułożył sobie plan leczenia radykalnego; i tak naprzód postanowił zastosować nacisk palcowy na tętnicę udową; gdyby zaś po 24-ch godzinach nacisk ten nie sprawił pożądanego skutku, zastąpiłby go naciskaczem Hodgson'a, a gdyby i ten sposób okazał się bezskutecznym przystąpiłby do podwiązania tętnicy udowy. Dnia 16 Września o godzinie 7-jej rano rozpoczęty został nacisk palcowy, który był wywierany bezustannie przez godzin trzy i minut dwadzieścia pięć. W pierwszych dwóch godzinach chory uskarżał się na nadzwyczajny ból który nawet po zastrzyknięciu podskórnem morfiny w niczem się nie zmniejszył; wpół godziny po użyciu  $\frac{1}{2}$  grana morfiny do wewnątrz ból ten ustał. Po 3 godzinach i 25-iu minutach nacisku palcowego pulsacya w guzie zupełnie ustała, guz stwardniał i tylko w jednym ograniczonym miejscu pod zaczerwienioną skórą dawało się uczuwać jakoby przelewanie. Wszelako temperatura kończyny chorój obniżyła się jeszcze i siność skóry się zwiększyła. Dla podniesienia obocznego krwi obiegu kończyna została obwinęta flanelą i obłożona flaszkami z ciepłą wodą; nacisk palcowy wywierany był jeszcze w ciągu dnia z przerwami. Wieczorem stan w niczem się nie zmienił, odczynu ogólnego nie było, temp. 37,4°; kończyna zupełnie zimna; temperatura jój mierzona między palcami, dochodziła tylko do 24°, gdy na kończynie zdrowej termometr 34° wskazywał. Dnia 18 Września, guz znacznie zmiękł a miejsce poprzednio już miększe dawało uczucie wyraźnego przelewania. Nazajutrz skóra na tem miejscu fioletowa i ścięnczała była bliską pęknięcia. Kol. Kosiński naciął ją i palcem wydzielił skrzepy wypełniające tę-

tniak. Żadnego krwawienia nie było, z uwagi jednak na możliwość ukazania się krwotoku gwałtownego który mógłby chorego życia pozbawić, nimby pomoc właściwa udzieloną być mogła, Kol. K. podwiązał tętnicę udową na środku uda sposobem Huntera, a naśladując postępowanie Listera, odciął oba końce podwiązki tuż po nad węzłem, i zaszył ranę która w krótkim czasie się zakleiła.

23 Września objawy zgorzeli kończyny od stopy aż powyżej worka tętniakowego były coraz wyraźniejsze, na skórze widoczne były sinawe żyły i krwawy przesiek wzdłuż naczyń, na skórek unosząc się miejscami tworzył pęcherzyki (vesiculae) krwawym płynem wypełnione, naciskając ręką można było wyczuć trzeszczenie rozwijających się gazów pod skórą (Emphysema subcutaneum); kończyna była zupełnie zimną. Stan ogólny nieco gorączkowy, 38,4°, puls 100, język podsyca. Chory po pewnym wahaniu, zgodził się na amputację uda poniżej miejsca podwiązania tętnicy. Dnia 24 Września amputację wykonał kol. Kosiński cięciem kolistem w obec najmniej przyjaznych warunków, gdyż oprócz stanu gorączkowego i osłabienia istniało cierpienie serca i naczyń. Przy amputacji zmuszony był podwiązać 11-cie małych tętnic. Na ranę zastosował aparat Guérin'a.

25 Września stan ogólny cokolwiek lepszy, puls 88, temp. 36,8°, w aparacie Guérin'a znaleziono 4 uncye krwawego płynu. Odleżenie w okolicy kręgow krzyżowych opatrzone kolloidionem i watą.

27 Września temp. 37,4°, p. 100, wieczorem p. 108; od 28-go Września do dnia dzisiejszego temperatura chorego wynosi 37,4°. O dalszym przebiegu choroby kol. Kosiński zawiadomi Towarzystwo, bardziej zaś szczegółowa obserwacja powyższego wypadku wydrukowaną zostanie w „Klinice“.

Badanie kończyny odciętej wykazało że tętnica udowa wypełniona była skrzepem trwałym, mocno do ścian przylegającym. Wyraźnych ścian worka aneurysmatycznego nie było. Tętnica i żyła w górze ze sobą zrosnięte otwierały się obie do worka (aneurisma arterioso-venosum). Górna część żyły i dol-



na część tętnicy otwierały się wolno do worka, podczas gdy górna część tętnicy i dolna część żyły zntkane były skrzepami, czyli że naczynia krew od worka odprowadzające były wolne gdy naczynia doprowadzające były zamknięte. Nerw podkolanowy był z tętniakiem zrośnięty i mocno zgrubiał, a tętnica nerwu kulszowego znacznie rozwinięta.

Kol. Szokałski sądzi że w tym wypadku podwiązanie tętnicy udowej mogło przyczynić się do spowodowania zgorzeli członka.

Kol. Chwat zdanie to podziela i zamiast podwiązki zupełnie byłby nałożył tylko ligature d'attente.

Kol Korzeniowski przyłącza się do zdania kol. Szokałskiego; stosowniejszym niż podwiązanie tętnicy sposobem Hunter'a uważałby dawny sposób Antyllusa który zasadzał się na rozcięciu worka, wyprowadzeniu skrzepów i podwiązaniu tętnicy nad i pod workiem tętniakowym. Zdanie swoje co do wpływu podwiązania na utrudnienie wykształcenia się obocznego obiegu krwi, kol. Korzeniowski popiera dowodzeniem na rysunku szematycznym.

Kol. Kosiński powyższe zarzuty odiera twierdząc że objawy które chory przedstawiał pierwszego dnia pobytu w szpitalu przemawiały już wtedy za pęczynającą zgorzelą, która też później zupełnie się rozwinęła. Co zaś do podwiązania uważał je za stosowne, gdyż go zabezpieczało od krwotoku który z tak wielkiej tętnicy jak udowa, mógł w kilka sekund spowodować śmierć chorego, już i tak osłabionego długim cierpieniem.

Kol. Szokałski pyta się czy po zostawieniu podwiązki wśród tkanek i zaszcyciu rany po podwiązaniu, nie wytworzył się ropień w skutek obecności obcego ciała.

Kol. Kosiński odpowiada że żadnego ropnia dotychczas nie było i że rana zagoiła się należycie.

Na tem posiedzenie ukończono.

Dr. Wszebor.

## POSIEDZENIA ODDZIAŁOWE.

ODDZIAŁ CHORÓB UMYSŁOWYCH, NERWOWYCH I PSYCHIATRYI  
SĄDOWÉJ.

### Posiedzenie 51, d. 6 Października 1869 r.

Przewodniczący, kol. A. Rothe.

Obecni Członkowie: koll. Taczanowski, Lubelski i  
Chomętowski, oraz pp. Zajączkowski, Goldsobel i  
Żłobikowski, jako goście.

Kol. Lubelski odczytał przekład rozprawy Dra Kramerera, pod tytułem: *Gheel i jego znaczenie dla psychiatrii praktycznej*.

Przewodniczący (kol. Rothe) nadmienia: Kramer zgadza się pod wieloma względami ze zdaniemi wypowiedzianemi przezeń w rozprawie o Gheelu, pomieszczonej w Gazecie lekarskiej (Patrz N. 30 T. VI. Gaz. lek. z r. b.). Wszakże kol. Rothe bawił w Gheelu 7 dni, miał przeto sposobność dokładniej obznajomić się z niektórymi szczegółami dotyczącemi rzeczonyj kolonii dla obłąkanych, niż Dr. Kramer, który bawił tamże tylko przez dni trzy. Z braku więc czasu potrzebnego do dokładniejszego zbadania stanu rzeczy w Gheel, wkradły się do rozprawy Dra Kramerera pewne niedokładności, które kol. Przewodniczący czuje się w obowiązku sprostować. Tak naprzykład Dr. Kramer powiada że ubranie chorych jest dostateczne, gdy tymczasem Dr. Rothe widział na wielu chorych same tylko łachmany i szmaty; Dr. Kramer nie wspomina o mieszkaniach, gdy tymczasem Dr. R. znalazł mieszkania zupełnie nieodpowiednie. Domy w których zamieszkują chorzy, są to w znacznej części kurne chaty, bez pieców i kominów; w środku izby na kamieniach pali się ogień, a nad

tym zaś wisi na drągu kocioł, w którym gotuje się pożywienie dla ludzi i zwierząt. Chorzy też często pomieszczeni są razem z inwentarzem. Co zaś do lepszych domów, to te, są małemi prywatnemi zakładami, w których każdy chory ma swój oddzielny pokój, z oknami opatrzonemi w grube kraty i mocne okiennice, a nadto gospodarz domu ma zawsze w zapasie kaftan i rękawice krępujące. I téj więc ostatniej kategorii pomieszkań nie można uważać za dobrze urządzone, jak to mniema Dr. K r a m e r. Nie wspomina też Dr. K r a m e r że na chorych zbiegłych z zakładu (co nawiasem mówiąc dosyć często się zdarza), wyprawiana jest formalna obława. Dla tych zaś chorych którzy okazują chętkę uciekać, używane są łańcuchy. Dr. R. widział tam jedną chorą niemkę, która błagała aby ją uwolnić od kajdan, te jej bowiem zupełnie pończochy przetarły. Żywienie chorych jest też zupełnie niedostateczne. Dr. R. słyszał z ust karmicieli (nourricier) że chorzy raz tylko na tydzień dostają mały kawałek wieprzowiny, zwykle zaś żywieni są kaszą, grochem i innemi jarzynami, oraz kawą żytnią.

Sprawozdawca

S. C h o m ę t o w s k i.

---

# PRACE ORYGINALNE.

## SPRAWOZDANIE

Z OPERACYJ GYNIJATRYCZNYCH W ROKU 1868 W SZPITALU Ś. DUCHA  
W WARSZAWIE DOKONANYCH

przez

**Dra Ludwika Neugebauera,**

Lekarza tegoż Szpitala, byłego Docenta akuszeryi w b. Szkole Głównej  
Warszawskiej.

W roku 1868 w Szpitalu Świętego Ducha w Warszawie leczyć miałem sposobność 70 kobiet dotkniętych cierpieniami płci téj właściwemi. Z tych 70 chorych już to w ciągu tegoż samego, już też w następnym bieżącym dopiero roku wyszło ze Szpitala 67, a umarło zaś 3. Same cierpienia były następujące:

| Nr. porządk.     | RODZAJ CIERPIEŃ   | Liczba osób leczonych | Z TYCHŻE LECZONYCH |        |
|------------------|---|-----------------------|--------------------|--------|
|                  |   |                       | wyszło ze szpitala | umarło |
| 1                | <i>Przeistoczenie torbieliste jajników (degeneratio cystica ovariorum)</i> . . . . .        | 3                     | 2                  | 1      |
| 2                | <i>Zapalenie macicy i otrzewnej macicznej, (metritis et metroperitonitis)</i> . . . . .     | 18                    | 17                 | 1      |
| 3                | <i>Zapalenie więzów macicznych i tanki łącznej obok-macicznej, (parametritis)</i> . . . . . | 5                     | 5                  | —      |
| do przesiesienia |   | 26                    | 24                 | 2      |

| Nr. porządk. | RODZAJ CIERPIEŃ   | Liczba osób leczonych. | Z TYCHŻE LECZONICH |        |
|--------------|---|------------------------|--------------------|--------|
|              |   |                        | wyszło ze szpitala | umarło |
|              | z przeniesienia   | 26                     | 24                 | 2      |
| 4            | <i>Nowotwory macicy, (neoplasmata uteri) .</i>  | 12                     | 11                 | 1      |
| 5            | <i>Wypadnienie macicy (prolapsus uteri) .</i>   | 7                      | 7                  | —      |
| 6            | <i>Śluzotok pochwy i cewki moczowej, (erythro-urethroblennorrhoea) . . . . .</i>                                    | 3                      | 3                  | —      |
| 7            | <i>Wygórowana wrażliwość ujścia pochwy, (hyperaesthesia ostii vaginae) . . . . .</i>                                | 1                      | 1                  | —      |
| 8            | <i>Przetoka pęcherzopochwowa, (fistula vesico-vaginalis) . . . . .</i>  | 8                      | 8                  | —      |
| 9            | <i>Przetoka wypustnico-pochwowa, (fistula recto vaginalis) . . . . .</i>  | 2                      | 2                  | —      |
| 10           | <i>Kloaka wypustnico-pochwowa, (cloaca recto-vaginalis) . . . . .</i>   | 2                      | 2                  | —      |
| 11           | <i>Bezładność szyi pęcherza moczowego i cewki moczowej, (paresis colli vesicae urinariae et urethrae) . . . . .</i> | 1                      | 1                  | —      |
| 12           | <i>Zgniecenie wargi sromowej większej, (contusio labii pudendi majoris) . . . . .</i>                               | 1                      | 1                  | —      |
| 18           | <i>Nowotwory gruczołu piersiowego czyli sutkowego, (neoplasmata mammae) . . . . .</i>                               | 3                      | 3                  | —      |
| 14           | <i>Chorobne stany połogowe, (affectiones puerperales) . . . . .</i>   | 4                      | 4                  | —      |
| Razem        |   | 70                     | 67                 | 3      |

Co zaś do leczenia operacyjnego, takowego wymagały z tychże 70 chorych 26, a polegało toż leczenie na zastosowaniu następujących operacyj gynijatrycznych:

| Nr. porząd.      | RODZAJ OPERACJI   | Liczba osób operowanych. |
|------------------|---|--------------------------|
| 1                | Przekłucie brzucha . . . . .  | 2                        |
| 2                | Przekłucie torbieli jajnikowej od strony ściany brzusznej . . . . .   | 2                        |
| 3                | Wycięcie na drodze laparotomii skuteczzone wielkiej narośli cystosarkomatycznej macicy wraz z ciałem tejże macicy i jednym z jajników . . . . . | 1                        |
| do przeniesienia |   | 5                        |

| Nr. porząd. | RODZAJ OPERACYI  | Liczba osób operowanych |
|-------------|--|-------------------------|
|             | z przeniesienia  |                         |
| 4           | Wycięcie od strony pochwy uskutecznione narośli macicznych | 5                       |
| 5           | Operacja przetoki pęcherzo-pochwowej . . . . .             | 4                       |
| 6           | Operacja kloaki wypustnico-pochwowej . . . . .             | 7                       |
| 7           | Zaszycie pochwy . . . . .                                  | 1                       |
| 8           | Zaszycie częściowe otworu sromowego . . . . .              | 2                       |
| 9           | Zaszycie zupełne otworu sromowego . . . . .                | 3                       |
| 10          | Rozcięcie zastawki pochwowej i zwieracza pochwy . . . . .  | 1                       |
| 11          | Odjęcie piersi . . . . .                                   | 1                       |
|             | Razem  | 26                      |

Blizsze szczegóły samych dokonanych operacyi były następujące:

### I. Przekłucie brzucha.

(*paracentesis abdominis*) za pomocą trójgrańca.

Jedna z chorych tu należących dotkniętą była wysoko posuniętem *torbielakowem przeistoczeniem obu jajników* połączonym z wolnym wodostkiem brzuszny, przedstawiała przytem stan ogólny tak niepomysłny, że nie podobna było myśleć o owariotomii. Z tego więc powodu przekłucie brzucha wykonałem tylko celem oswobodzenia jęj chociaż tylko chwilowego, od dolegliwości sprawianych jęj przez puchlinę brzucha, zwłaszcza od wysoko posuniętego tchubraku.

W sześć dni po operacyi chora szpital opuściła.

Druga dotknięta była również dużym guzem w brzuchu, a przytem nie mniej mocno rozwiniętem wodostkiem brzuszny.

Tu paracentezę wykonałem raz z tegoż jak u pierwszej chorój powodu, a powtóre zarazem i dla umożliwienia sobie dokładniejszego zbadania guza w brzuchu zawartego. Rezultat tego badania był ten, że uznałem guz za *torbielomięsak* jak mi się zdawało *jajnika lewego* i za dający się na drodze operacyi usunąć, Wskutek więc takowego rozpoznania postanowiłem toż jego operacyjne usunięcie uskutecznić. O samej operacyi niżej dalsza jeszcze będzie mowa.

## II. Przekłucie torbieli jajnikowej przez ścianę brzuszną.

(*paracentesis cystidis ovarialis per parietem abdominalem*)  
za pomocą również trójgrańca.

Należące tu chore obie dla zbyt obszernego zrośnięcia wielkiej, jaką obie dotknięte były torbieli jajnikowej ze ścianą brzuszną, a prawdopodobnie i z przyległemi trzewiami, do owariotomii niekwalifikowały się. Wypróżnienie zaś torbieli trójgrańcem mogło chorym znaczną, chociażby chwilową tylko przynieść ulgę od mocno dokuczającego im tchubraku, jakim w skutek wielkiej objętości torbieli były dotknięte. Z tego więc powodu na wykonaniu środka tego palliatywnego ograniczyłem się.

Jedna z dwóch chorych w mowie będących poprzednio już siedm razy w przestankach kilkomiesięcznych paracentezy przeżyła. W roku zaś 1868 potrzeba operacyi tej następowała coraz częściej i to tak dalece, że w tymże roku po dzień 23 Października nie mniej jak ośm razy robioną być musiała. Po piętnastej paracentezie, w dniu właśnie 22 Października wykonanej chora zapadła na gwałtowne zapalenie otrzewnej i temu zapaleniu w dniu 25 tegoż miesiąca uległa.

Przy sekcji pokazało się, że lewy jajnik przeistoczony był w ogromną torbiel, mieszczącą w ścianach swoich liczne mniejsze, w gromady ułożone torbiele, i że taż ogromna torbiel jak najściślej zlna była nietylko z wielką częścią ściany brzusznej, z kiszkami tak cienkimi, jako też kiszka ślepą i okrężnicą, ale i z wszystkimi nadto trzewiami jamy miednicznej.

### **III. Wycięcie na drodze laparotomii nieskuteczne, wielkiej narośli cystosarkomatycznej macicy wraz z ciałem tejże macicy i jednym z jajników.**

*(hysterovariotomia)*

Chora tu należąca była tą samą, u której celem chwilowego sprawienia jej ulgi od tehubraku wodną puchliwą brzucha jej sprawianego i zarazem bliższego zbadania guza w jej brzuchu znajdującego się, paracentezę tegoż brzucha wykonałem. Wskutek tegoż zbadania wzięwszy, jak już wyżej nadmienilem, guz za narośl cystosarkomatyczną jajnika lewego, do wycięcia kwalifikującą się, toż wycięcie narośli wykonałem w dniu 2 Października, w siedm tygodni po owęj śledczej paracentezie. Przy operacji dopiero pokazało się, że rozpoznanie było nie ze wszystkim uzasadnione, guz bowiem był wprawdzie *torbielomięsakiem* (cystosarcoma), ale wynikłym nie z lewego jajnika, jak utrzymywałem, ale z lewego brzegu macicy. Dla tego też to wyciąłem go wraz z ciałem macicy i z odpowiednim mu jajnikiem lewym, który na górnej jego części zupełnie ruchomo był osadzony.



Przy bliższem zbadaniu histologicznem, dokonanem przez pana profesora B r o d o w s k i e g o, narośl, ważąca 48 uncyj, okazała się właściwie być *torbielomięśniakomięsakiem* (cystomyosarcoma).

#### IV. Wycięcie od strony pochwy uskutecznione narośli macicznych.

(*exstirpatio neoplasmatnm uteri per vaginam*).

*Jednej* z czterech chorych tu należących odjąłem za pomocą nożyczek mały *polyp śluzowy* czyli *gruczolak szyi macicznej* (polypus mucosus s. adenoma uteri), mający objętość ziarna kleszczowinowego, poczem chora zdrowa szpital opuściła.

*Jedna* znowu miała *polypa mięsaka* (polypus sarcomatosus), wielkości jaja kaczego. Polyp ten leżał części w kanale szyi macicznej, lejkowato przezeń rozszerzonym, części w kanale pochwy i szypułą 9 linji grubą na ścianie jamy macicy był osadzony. Uwolniłem chorą od niego za pomocą odgniatacza (écraseur) ze skutkiem zadawalniającym.

*Trzecia* i *czwarta* chora nareszcie dotknięte były rakowcami a w szczególności *nabłoniakami*, (epitheliomata) części pochwowój macicy. U jedułej z nich narośl miała wielkość jaja kurzego, u drugiej równała się pół pięści; tak jedna jak i druga z powodu narośli obfitych a uporczywych doznawała krwotoków, siły chorej coraz więcej wyczerpujących. Obudwóm narośl w mowie będącą odjąłem za pomocą pętli galwanokaustycznej Middeldorfa, z różnem jednak powodzeniem. *Ta* bowiem *chora*, której na-

rośl miała wielkość półpięści, kobieta lat wieku 53 licząca, w 5 dni po operacyi dotkniętą została zapaleniem otrzewnej i z tegoż zapalenia po upływie dalszych pięciu dni umarła. Przy śledzeniu pośmiertnem jój ciała pokazało się że w tylnym stropie pochwy istniał mały otvorek w postaci krótkiej poprzecznej szczeliny, łączący kanał pochwy z jamą otrzewnej. Nie udało się rozpoznać, czy otvorek ten był wynikiem bezpośredniego przepalenia stropu pochwy do jamy otrzewnej pętlicą galwanokaustyczną, czy też nie powstał on raczej w drodze następczego po operacyi przepięcia onegoż stropu,

*U drugiej choréj* kobiety lat wieku niewięcej jak 23 mającej, operacya lepiej się powiodła. Rana galwanokaustyczna bowiem zwolna w zupełności się zabiżniła i chora od swoich krwotoków uwolniona, w stanie zadowalniającym szpital opuściła.

Wyleczenie to jój było jednak chwilowe, i po upływie zaledwo pół roku po powrocie choréj do jój mieszkania na mieście, nowe najprzód ze stropu pochwy, a później i ze skróconej szyi macicznej narośle rakowcowe wyrastać zaczęły, z czem i krwotoki się ponowiły.

## V. Operacya przetoki pęcherzo-pochwowej.

*(operatio fistulae vesico vaginalis).*

Historye siedmiu chorych tu należących sa w krótkości następujące:

1. **Barbara Bewkowitz**, lat 33 licząca, w dniu 2 Marca 1868 r, do szpitala przyjęta, miała *małą przetokę pęcherzopochwową*, wysoko, pod samą prawie czę-

ścią pochwową macicy położoną. Operowałem ją zwykłym moim sposobem, to jest rozszerzając jej pochwę wziernikiem moim trójramiennym, zniżając przetokę ku ujściu pochwy za pomocą krótkich podwójnych ostrych haków, łańcuszkami opatrzonych i małych kul żelaznych (zwyczajnych kartaczów) zawieszonych na łańcuszkach, a poniżej i, o ile tego była potrzeba, także powyżej i obok przetoki w ścianie pochwy wbitych, obraniając brzegi przetoki i przyległe części przegrody pęcherzopochwowej w dostatecznej głębokości i szerokości i ile możności równo, i łącząc też obranione jej brzegi cienkimi drutami z miękkiego żelaza lub też srebra, które przeprowadziwszy przez nie za pomocą moich igieł przetokowych, (z których, jak wiadomo, jeden gatunek jest u przodu uszkiem opatrzony, drugi wzdłuż swój osi wydrążony), pojedynczo poskręcałem i skręciwszy wolne ich końce w gałeczki miękkiego wosku powlepiałem. W przypadku tu w mowie będącym sam szew krwawy złożyłem z pięciu drutów. Po wyjęciu tychże drutów po upływie siedmiu dób, przetoka okazała się zamkniętą i chora wyleczoną szpital opuściła.

2. **F r a n c i s z k a A b r a m o w i c z**, lat wieku 36 licząca, w dniu 28 Kwietnia 1868 r. do szpitala przyjęta, okazywała się dotkniętą *małą przetoką pęcherzopochwową, w górnej części przegrody pęcherzopochwowej położoną*. Operowałem ją z kolei dwa razy. Operacja pierwsza, do której użyłem czterech drutów spowodowała zmniejszenie tylko przetoki, druga, do której użyłem drutów sześć, zupełne jej zagojenie.

3. **M a g d a l e n a S i e m i ń s k a**, lat 29 licząca w dniu 14 Maja do szpitala przyjęta, miała *małą przetokę pęcherzopochwową położoną również w górnej części*

*przegrody pęcherzopochwowej* a przedstawiającą się w postaci otworu okrągłego, trzy linie szerokiego. Do połączenia obranionych brzegów teźże przetoki użyłem pięciu drutów żelaznych. Po wyjęciu ich przetoka okazała się w zupełności zagojoną.

4. P r a k s e d a J a n u s z e w i c z, lat 35 licząca, dwoma powrotami, a mianowicie od dnia 3 do 20 Czerwca 1868 r. i od dnia 18 Grudnia 1868 do d. 6 Lutego 1869 r. w szpitalu leczona, dotkniętą była *małą przetoką pochwową, położoną na pół cala poniżej części pochwowej* macicy a przedstawiającą się jako otwór w p przek eliptyczny, 3 linie szeroki i 1 linię długi. I tę także przetokę operowałem dwa razy, a mianowicie w d. 9 Czerwca i w d. 21 Grudnia 1868 r. Po operacyi pierwszej, do której użyłem sześć drutów żelaznych, otwór okazał się zmniejszonym do tego stopnia, że nie przepuszczał nawet już główki zwyčajnego zgłębnika chirurgicznego; druga zaś operacya do której zastosowałem cztery druty srebrne, do zupełnego zarosnięcia go przyprowadziła.

5. F r e j d e P o m e r a n z, lat wieku 20 licząca, w d. 4 Października 1868 r. do szpitala przyjęta, okazywała się dotkniętą *małą przetoką pęcherzopochwową leżącą w dolnej prawej części przegrody pęcherzopochwowej*, i miała zarazem *pochwę w wysokości przetoki mocno ścieśnioną*. Celem operacyi, przeciąłem najprzód rzeczone ścieśnienie pochwy nożem ku obu stronom, obraniłem szeroko część pochwy mieszczącą w sobie otwór przetokowy i połączyłem połowę dolną płaszczyzny obranionej z górną pięcioma drutami żelaznymi. Gdy po założeniu tychże drutów zrobiony szew okazał się mocno w poprzek nateżonym,

wykonałem więc w końcu jeszcze dwa cięcia zwalniające w ściany boczne pochwy.

Operacja miała skutek pożądany i chora wyleczoną szpital opuściła.

6. I d k a N a d e l, lat wieku 18 licząca, w dniu 4 Listopada 1868 r. do szpitala przyjęta, dotknięta była, *bardzo wielką przetoką pęcherzopochwową odpowiadającą co do położeniu dolnej części przegrody pęcherzopochwowej* a stanowiącą otwór półtora cala szeroki i pół cala, jeśli nie przeszło długi. W kącie górnym prawym tego otwora widać było ujście prawego moczowodu. Obraniwszy brzegi wielkiej tej przetoki w należytej szerokości i głębokości z pominięciem błony śluzowej pęcherza moczowego, też brzegi połączyłem dwunastoma drutami żelaznymi, z których dziewięć założyłem głębiej, z pominięciem jednak błony śluzowej pęcherza moczowego, a pozostałe trzy bardziej powierzchownie. Po wyjęciu drutów przetoka w całej swjej rozciągłości okazała się zarosniętą i chora wyleczoną szpital opuściła.

7. A l t e G o l d m a n, lat wieku 24 licząca, w d. 16 Września 1868 r. do szpitala przyjęta okazała się być dotkniętą *rozłupaniem i częściowym brakiem cewki moczowej*. Chora ta już dawniej, w r. 1866 raz była przezemnie leczoną. Miała ona wówczas dolną część przegrody pęcherzopochwowej wraz z całą przegrodą cewkopochwową podłużnie rozłupaną i częściowo zniszczoną. Dwoma z kolei wykonanemi operacyami udało mi się wówczas głębokie rozłupanie o tyle zmniejszyć, że tylko część tegoż rozłupania leżąca niżej otworu wewnętrznego cewki moczowej pozostała otwartą. Mimo to chora, której przed operacyami owemi mocz ustawicznie mimo jej woli przez pochwę

wyciekał, od chwili tychże operacyj podołała przynajmniej w części mocz w sobie wstrzymywać. Że zaś tem na dłuższy czas się niekontentowała, w roku więc 1868 poddała się, celem wyleczenia się do reszty z swego kalectwa, dalszym krokom operacyjnym. Jakkolwiek zabytki cewki moczowej, któreby do odbudowania kanału tejże cewki mogły jeszcze być zużytkowane, były bardzo nieznaczne i stanowiły nie więcej jak dwie niezbyt wysokie wyniosłości, ciągnące się po obu stronach utrzymanej także górnej ściany cewki moczowej od szyi pęcherza, która poprzeczną szparą około trzech linii szeroką do pochwy się otwierała, obraniłem jednak też zabytki w całej ich długości, i przeciągnąwszy toż obranienie aż na szyję pęcherza, same obranione powierzchnie połączyłem czterema drutami żelaznymi. Kateteru, który po operacji przetoki pęcherzopochwowej zazwyczaj zakładam, w obecnym przypadku, by rany zeszytej nie drażnić, nie zastosowałem. Rana w części tylko się spoiła. Z powodu tego za niejaki czas operację powtórzyłem. A chociaż i tą znowu razą część tylko rany się zrosła, dalsze to jednak zroszenie jej miało skutek jak najlepszy, bo chora od tej chwili mocz dowolnie wstrzymywać była w możności.

## **VI. Operacja kloaki wypustnico-pochwowej.**

*(operatio cloacae recto-vaginalis).*

Dorota Bagińska, lat 22 licząca, w dniu 22. Marca 1868 r. do szpitala przyjęta, okazywała się dotkniętą kloaką wypustnico-pochwową, pochodzącą od trudnego porodu, 4 lata przed tem przez nią odbytego. Kloaka ta zasadzała się na rozdarciu całego śródkrocza i za-

razem przegrody wypustnico-pochwowej. Rozdarcie ostatniej rozciągało się do wysokości półtora cała ponad miejsce odpowiednie otworowi stolcowemu. Brzegi opisanej kloaki w części jej odpowiedniej śródkroczu tak mocno między sobą rozstawały i tak były niepodatne, że z niejaka tylko trudnością do siebie sprowadzić się dały. W części odpowiedniej przegrodzie wypustnico-pochwowej zaś były one podatniejsze, ale i tu zbliżenie ich do siebie było nie zbyt łatwe. Z tych powodów rokowanie względem powiedzenia się krwawego połączenia rozdarcia tak bardzo tu pożądanego bynajmniej nie było pomyślnie. Mimo to wziąłem się jednak do tej operacji zdecydowany powtórzyć ją, jeśliby powieść by się nie zaraz miała, dopóty póki pożądanego od niej rezultatu nie otrzymam.

I tak w dniu 8 wspomnionego miesiąca, udzieliwszy chorąg położenie takie, jakie stosować zwykłem przy operacji przetoki pęcherzo-pochwowej, rozszerzyłem kloakę wyżej opisaną za pomocą wziernika mego trójramiennego. Narzędzie to w przypadku tym założyłem jednak nieco inaczej, aniżeli przy operacji przetoki pęcherzo-pochwowej, umieściłem bowiem tylko dwa boczne haki czyli ramiona jego w pochwie, hak zaś trzeci, górny czyli śródkroczo- wy, wraz ze żłobkiem na nim osadzonym umieściłem w części kloaki odpowiedniej wypustnicy czyli kiszce stolcowej. Następnie obraniłem brzegi rozdarcia od górnego jego kąta aż do skóry zewnętrznej, nierozciągając obranienia wszakże na całe śródkrocze, lecz tylko na część odpowiednią otworowi wypustowemu czyli stolcowemu. Śródkrocza nie dotknąłem się dla wyżej wspomnionj niepodatności jego brzegów. Po skończonem obranieniu obustronne obra-

nione powierzchwie nakoniec połączyłem dziewięcioma drutami żelaznemi, z których jeden założyłem od strony kieszki wypustowej, cztery od strony pochwy i cztery od strony środkowca,

Przy wyjęciu drutów w dniu 13 tegoż miesiąca rana okazała się tylko w części górnej i dolnej zagojoną, w części zaś środkowej rozeszła się.

Z tego powodu operację w dniu 12 Maja powtórzyłem używając tą razą do szwu krwawego sześciu drutów, które w dniu 19 tegoż miesiąca wyjąłem. Znowu pozostał w części przegrody wypustnico-pochwowej operacją już odbudowaną otwór mający cztery linie długości i trzy szerokości. Celem zamknięcia tegoż pozostałego otworu w dniu 28 Maja poraz trzeci wziąłem się do noża i drutów, których i tem znowu razem 6 założyłem. I po tej trzeciej operacji w części przegrody wypustnico-pochwowej sztucznie odbudowanej jeszcze pozostał otwór, ale ten był już tak nieznaczny, że zaledwo główkę zwyczajnego zgłębnika chirurgicznego przepuszczał, i leżał nadto tak nisko że przez niego jedynie podczas samėj tylko defekacji kiedy niekiedy nieznaczna odrobinka masy stolcowej na zewnątrz występowała.

Z tego więc powodu chorą, ponieważ takowym rezultatem operacji w zupełności była zadowolniona, w dniu 12 Czerwca ze szpitala wypisałem.

## VII. Zaszycie pochwy.

(*consutio vaginae*).

Jednej z dwóch chorych tu należących, zaszyłem *pochwę w części jej środkowej* z powodu że dotknięta była



wielką przetoką wypustnico-pochwową (fistula retrovaginalis), którą leżąc w górnej trzeciej przegrody wypustnico-pochwowej, rozciągała się ku górze pod samą otrzewną i dla tej przyczyny operować się nie dała. U drugiej zaś starałem się zaszyć *ujście* tego przewodu; do tego zaczcicia ujścia pochwy powodowało mnie istnienie u tej chorób zniszczenia całej przegrody pęcherzo-pochwowej połączone z zupełną nieruchomością macicy; ponieważ dla tej nieruchomości macicy część pochwa tego tworzy, stanowiąca brzeg górny przetoki, w żaden sposób do brzegu dolnego przetoki, stanowiącego przez przegrodę cewko-pochwową, sprowadzić, się nie dawała i że z tego powodu przetoka przez bezpośrednią operację usunąć się nie dała, aby więc chorą oswobodzić od mimowolnego tracenia moczu przez pochwę, nie niepozostawało jak wykonać operację w mowie będącą.

Historie dwóch tych operacji są następujące:

1. Jospet Trzcina, lat 27 licząca, w dniu 22 Stycznia do szpitala przyjęta, w roku 1866, już raz przeze mnie na drodze operacji wyleczoną była z wielkiej przetoki pęcherzo-pochwowej, nabytej w skutek trudnego porodu. Po owiej operacji zaszła ona w roku 1867 na nowo w ciążę i odbyła w dniu 17 Grudnia tegoż roku poród, który znowu bardzo trudny i niebędąc ułatwiony sztuką rozwlekł się do 42 godzin. W trzy dni po porodzie chorób puścił się stolec przez pochwę i od tej chwili traciła ona go już ciągle tą drogą.

Śledząc ją, znalazłem u niej przegrodę między kiszka wypustniczą czyli stolcową a pochwą od samej okolicy części pochwowej macicy, poczęści zniszczonej, aż prawie do połowy owiej przegrody, w długości mniej więcej półtora cala, przedziurawioną. Brak substancji ogromną tę przetokę

wypustnico-pochwową stanowiący sięgał ku górze aż pod samą otrzewną. Przegroda pęcherzo-pochwowa, w której znać jeszcze było bliżną od wyżej wspomnionąj operacyi pochodzącą, była nienaruszona,

Ponieważ ze względu na rozciąganie się braku substancyi w przegrodzie wypustnico-pochwowej aż pod otrzewną, zwłaszcza przy równoczesnem znacznem spustoszeniu części pochwowej macicy, nie można było myśleć o krwawem zamknięciu samej przetoki, z tego więc powodu, pragnąc chorą uwolnić od istniejącej u niej niemożności wstrzymywania stolca, niemogłem inaczéj postąpić, jak zaszyć jéj pochwę poniżej przetoki. Do operacyi téj przystąpiłem już w dwa dni po przybyciu choréj do szpitala.

Ułożywszy chorą jakby do operacyi przetoki pęcherzo-pochwowej, to jest o kolanach wspartych na stole operacyjnym a tułowiu spoczywającym poziomo na pokładzie poduszek, ułożonym na tymże stole, rozszerzyłem jéj pochwę wziernikiem moim trójramiennym na którego hak górny czyli odpowiedni śródkroczu wsadziłem żłobek bardzo krótki, bo 5 centimetrów tylko długości mający. Straszna a obszerna przetoka wypustnico-pochwowa tak w całej swéj rozciągłości leżała jak najdoskonaléj na jawie. Po takowem odsłonieniu jéj, obraniłem jéj brzegi od dolnego jéj kąta aż nieco ponad połowę jéj długości. W téj wysokości zaś obranie, oddalając się zwolna od brzegów przetoki przeciągnąłem w kierunku bardziéj poprzecznym przez ściany boczne pochwy na ścianę jéj przednią, i tu w końcu zlałem obranie prawe z lewym.

Tak otrzymaną ranę obrączkowatą rozdzielając sobie w myśli na dwie boczne połowy, następnie odpowiednio te-

mu podziałowi połączyłem szwem podłużnym, do którego użyłem dziewięć drutów srebrnych.

Przy wyjęciu tychże drutów w dniu 1 Marca pokazało się, że szew w dolnych swoich trzech czwartych w zupełności się udał, że zaś górna czwarta, odpowiednia przedniej ścianie pochwy się rozeszła, a co gorsza, że odpowiednio tej rozeszłej jego czwartej części pojawił się w przegrodzie pęcherzo-pochwowej maleńki, okrągły otworek przetokowy, przez który mocz z pęcherza ku pochwie wyciekał i który jawnie wywołany był przez przypadkowe przeprowadzenie jednego z drutów przez całą grubość przegrody pęcherzo-pochwowej.

W dniu 7 Marca ponowiłem więc operację starając się tym razem zamknąć już równocześnie i pozostałą część przetoki wypustnico-pochwowej i nowopowstałą małą przetokę pęcherzo-pochwową. Do drugiej tej operacji użyłem drutów żelaznych w liczbie pięciu.

Rezultat był znowu nie nader pomyślny, bo jakkolwiek przez tę operację przetoka wypustnico-pochwowa znowu o znaczną część została zmniejszoną, przetoka jednak pęcherzo-pochwowa pozostała taką, jaką była.

W dniu 6 Kwietnia wykonałem tedy trzecią operację, stosując do niej sześć drutów żelaznych, ale i ta znowu operacja nie powiodła się.

W dniu 15 Maja operowałem chorą poraz czwarty, zakładając ośm drutów żelaznych.

Rezultat czwartej tej operacji był lepszy, bo przetoka wypustnico-pochwowa wskutek niej w zupełności się zagoiła, przetoka atoli pęcherzo-pochwowa jeszcze nadal została otwartą.

Celem ostatecznego zamknięcia i téj jeszcze przetoki wykonałem w dniu 12 Czerwca piątą jeszcze operacyę, która nareszcie pożądanym uwieńconą została skutkiem, tak, że chora w dniu 3 rzezonego co dopiero miesiąca jako wyleczona ze szpitala wypisaną być mogła.

*(dokończenie nastąpi).*

---

## KRONIKA ZAGRANICZNA.

---

### Owariotomia

*powtórnie na téj saméj 48 letniej choréj wykonana przez Dra Boinet w Paryżu. Uleczenie szybkie, lewy jajnik ważył 17 do 18 kilog.; w 10 miesięcy później wyjęty prawy jajnik ważył 9 kilogramów.*

Wypadki w których owariotomia dwa razy została wykonaną na jednéj niewieście, należą do najrzadszych. W Anglii podwójną owariotomią wykonał raz jeden tylko Spencer Wells. We Francyi wypadek będący przedmiotem obecnego opisu jest pierwszym.

Kiedy Dr. Boinet pierwszy raz operował chorą, była ona dotkniętą oprócz guza jajnika, opuchliną jamy brzusznej (ascites), przepukliną pępkową (hernia umbilicalis), opuszczeniem macicy (prolapsus uteri), które to wszystkie cierpienia, w miesiąc po usunięciu torbieli jajnika lewego ważącój od 17 do 18 kilogr. zupełnie ustąpiły i chora, Panna G..., cieszyła się zdrowiem zupełnem.

Po powrocie do miejsca swego zamieszkania, Panna G. zajęła się napowrót szyciem bielizny, którem zarabiała na swo-

je utrzymanie i przez 4 do 5 miesięcy nie doznawała żadnych objawów, któreby jej się domyślać kazały powrotu poprzedniej choroby. Wszakże po pięciu miesiącach zaczęła spostrzegać powiększenie objętości brzucha, większą trudność przy staniu i chodzeniu, częstszą potrzebę oddawania moczu i opuszczanie się macicy. Udała się do lekarzy miejscowych, którzy rozpoznali obecność nowego guza w jamie brzusznej i radzili jej powtórnie zasięgnąć rady pana B o i n e t w Paryżu. Ten ostatni przekonał się że istnieje torbiel jajnika, o szybkości wzrostu której dają najlepsze pojęcie cyfry następujące: obwód ciała w miejscu guza najbardziej wystającym wynosi 102 centim. od kości łonowych do wyrostka mieczowego 57 cent.; tyleż od jednego kolca biodrowego górnego (spina ilei anterior superior) do drugiego kolca biodrowego przeciwnej strony.

Guz ten łatwo poruszalny, twardy w górze, miękki i fluktuujący w dole, przedstawia kształt wydłużony gruszki, której grubszy koniec zwrócony jest ku górze, cieńszy ku kościom łonowym. Ściany brzuszne ścięte i przesuwalne na guzie pozwalają z łatwością ten ostatni wymacać; część jego dolna zdaje się wchodzić do jamy miednicy i przedstawia wyraźne chelbotanie, które mogło by naprowadzić na myśl obecności płynu w jamie brzusznej, gdyby nie okoliczność istnienia wyraźnego i jasnego tonu kiszkiowego, przy opukiwaniu obu dołów biodrowych. Blizna po cięciu ścian brzusznych długim na 27 centimetrów, jest koloru ciemnego miedzianego na szerokości 3—4 centimetrów, rozciąga się od kości łonowych na 4 do 5 palców powyżej pępka. Stan ogólny jest dość dobry, tylko od kilku miesięcy chora apetyt utraciła.

Rozpoznanie, powiada Dr B o i n e t, ustanowionem zostało na torbiel wielokomórkową (*cystis multilocularis*) złożoną z tkanek twardych w górnej swjej części i z obszernego worka płynem wypełnionego w dolnej części; zrostów prawdopodobnie niema od przodu, takż od tyłu się ich niespodziewałem, z powodu nader szybkiego wzrostu guza i jego poruszalności.

Z tych względów namówiłem Pannę G... do poddania się nowój owariotomii i umieściłem ją w domu zdrowia na ulicy Oudinot nr. 4-ty, gdzie już raz była operowaną i gdzie wykona-

łem powtórna owariotomią d. 24 sierpnia 1869 r., w obec pp. N e l a t o n , F i r m i n , M i l l a u d e t , M a y e t , B o i l l y , R. E g e a y G a l i n d o , kilku zagranicznych chirurgów i internów szpitalnych.

Dnia poprzedzającego chorój zadałem był środek przeczyszczający; po zaśnieściu jej pod wpływem chloroformu, poprowadziłem cięcie pomiędzy kośćciami łonowemi a pępkiem długie na 15 do 16 cent. Cięcie to przypada cokolwiek na zewnątrz i na lewo od blizny wyżej wymienionej. Po rozcięciu nadzwyczaj cienkich ścian brzusznych, ukazała się torbiel; starałem się przez ranę rękę wprowadzić pomiędzy torbielą, a ścianami brzuszniemi, dla przekonania się, czy nie istnieją zrosty, i znalazłem jeden zrost który mi ręki dalej zaprowadzić nie dozwolił; wtedy nie robiąc innych usiłowań, dla przekonania się o naturze tego zrostu, zwyczajnym grubym trójgrańcem przebiłem torbiel, w dolnej jej części w punkcie gdzie przelewanie jest najwyraźniejsze. Natychmiast ze znaczną szybkością odpłynęło pięć litrów płynu surowiczego, nie ciągnącego się, zielonawego; gdy jednakże ręki głębiej wprowadzić przez ranę nie mogłem, przedłużyłem cięcie ku górze na 4 do 5 centymetrów, i mogłem się przekonać, że istnieje jeden tylko dość szeroki zrost, i że na innych punktach torbiel aż do samej szczytu jest od nich wolną.

Za pomocą haczykowatych kleszczyków, które z łatwością rozrywały ścianę torbieli, ta ostatnia łagodnie zostaje wyprowadzoną pomiędzy brzegi rany i wtedy widoczny staje się zrost bardzo bogaty w naczynia łączący na przestrzeni kilku centymetrów torbiel z pętlą kiszki. Zrost ten powoli i ostrożnie rozdziaram palcami, co niemniej jednak sprawi dość obfite krwawienie, a mnie zagnała do założenia trzech podwiązek na powierzchnię kiszki. Po wstrzymaniu tego krwawienia wprowadziłem rękę pod całą masę torbieli, uniosłem ją łagodnie i wyprowadziłem na zewnątrz jamy brzusznej gdzie pomocnik uchwycił ją dwiema rękami i utrzymywał w tém położeniu. Flanela zmoczona w ciepłej wodzie i w połowie swojej długości na dwie równe części roz-

cięta, doprowadzoną została pod torbiel na ranę, i dwa końce flaneli skrzyżowane zostały na około szypuły w taki sposób, że kiszki są zabie pieczone od zetknięcia z powietrzem i że to coby mogło się wydostawać z wnętrza torbieli, spływałoby na flanelę i nie mogło by dostać się do jamy brzusznej. W tem położeniu przekonywamy się, że szypuła jest szeroka i gruba, ale łatwo się rozrywa, i poczyna się od kąta prawego dna macicy i od więzu szerokiego tejże strony. Klamp *S p e n c e r W e l s a* obejmuje szypułę jak najbliższej torbieli, poczem cysta zostaje odcięta, a przecięcie przypalone żelazem rozpalonem; następnie gruba podwiązka zostaje nałożoną na szypule powyżej klampu. Przy oczyszczaniu otrzewnej spostrzegamy na jej listku ściennym z prawej strony kilka małych torbieli błyszczących, o cienkich bardzo ścianach, o szerokiej podstawie, wielkości jagód winnych. Przy podwiązaniu jednej z tych torbieli, ściana pękła i płyn czysty jak woda wypłynął; inne zostają podobnie zgniecione i gąbką wysuszone.

Ciekawem było stwierdzić stan otrzewnej w miejscu poprzedniego rozcięcia, i czy brzegi tegoż się były zrosły, czy też pozostały od siebie w pewnej odległości. W tym też celu cięcie poprowadziłem na dwa centymetry na zewnątrz od poprzedniej blizny. Po odwinęciu ściany brzusznej przekonaliśmy się, że żadnego śladu poprzedniego cięcia na otrzewnej nie było i że błona surowicza miała w tem miejscu wejrzenie, zabarwienie i grubość te same co i na innych punktach. Tak samo nie pozostały żadne ślady od przejścia szpilek i drutów metalowych, które użyte do zeszywania rany, oddalone zostały od 5 do 8 dnia. Co do szypuły pierwszej torbieli odjętej przed 10 miesiącami, nie zastaliśmy żadnego jej śladu.

Po oczyszczeniu jamy otrzewnej, rana zupełnie została zamknięta za pomocą siedmiu szwów srebrnych, których druty przekłuwały otrzewną i szwu szpilkowego powierzchownego zajmującego grubość ścian brzusznych, nie dotykając otrzewnej. Następnie rana na całej swjej długości zo-

stała powleczoną warstwą kolloidonu szeroką na 4 do 5-ciu centymetrów dla ochrony od zetknięcia z powietrzem; trzy podwiązki jedwabne założone dla zatrzymania krwawienia powstałego przy rozerwaniu zrostu, występują z rany pomiędzy szwami i przytwierdzone zostają do ściany brzusznej za pomocą kolloidonu.

Po obmyciu choréj, obsuszeniu, zmianie bielizny i flaneli, przeniesiono ją do dobrze ogrzanego łóżka. Dostała kilka łyżek malagi i cokolwiek naparu malwy i bratków. Puls który przed operacją uderzał 84 razy na minutę, po operacyi spadł na 72 i na téj częstotści pozostał przez całą noc, podczas której chora przez kilka godzin spała. Wypiła w ciągu dnia i nocy kilka łyżek rosołu ostudzonego i wody z winem czerwonym. Co 2 godziny dostawała łyżkę mieszanki uspakajającéj.

25 Sierpnia we środę, na ranuój wizycie, chora czuje się dobrze, puls 80. Brzuch niebolesny przy starannem wy-macaniu; oddała mocz dwa razy; pierwszy raz w sześć godzin po operacyi, uczuwa jak mówi wiatry w żołądku, nie ma apetytu na malagę i na rosół i żąda tylko wody winem zarumienionéj.

26 we Czwartek puls 112, chora nie spała, noc przepędziła niespokojnie, pomimo uspakajającego lekarstwa. Jest smutną i upadłą na duchu, do wszystkiego czuje wstręt, pragnienia nie doznaje. Brzuch nie jest wzdęty, ani bolesny; wszelako uskarża się na ból ciągnący w dole biodrowym prawym. Nudności i zbieranie na wymioty. Ból w dole biodrowym trwa przez dzień cały; z tego powodu zaleciłem ciepłe kataplazmy drażniące (sinapisés).

27 w Piątek, przy rannéj wizycie, puls 88, skóra nie jest rozpaloną, gorączki niema; chora wymiotowała kilkakrotnie wodą z winem i lekarstwem: język jest czerwony, suchy; chora uskarża się ciągle na ból w dole biodrowym prawym, i okolica ta na nacisk niebolesna wydaje się cokolwiek więcej wyniesioną, niż ze strony przeciwnéj chora bardzo upa-



dła na duchu, nie chce przyjmować żadnego pokarmu, woła tylko o zimny napój dla odwilżenia ust; poty i częste dreszcze trapiły ją w nocy. Wszystkie te objawy kazały mi się obawiać początków zapalenia otrzewnej chociaż stan puls, brak wszelkiego bólu przy nacisku i wzdęcia brzucha cokolwiek mnie uspakajały. Zaleciłem dalsze przykładanie katalplazmów, i rano i wieczorem pigułkę zawierającą 0,15 cent siarczanu chinu, lód i zimny napój małymi łykami dla uspokojenia pragnienia.

28 Sierpnia w sobotę, chora dobrze znosiła płyny, nie wymiotowała wcale, lecz język jest zawsze suchy, popadany, ostry i czerwony, jak w gorączce tyfoidalnej. Poty były mniejsze i bez żadnych drzeszczów i zimna; ma zawsze wielki wstręt do jedzenia, wszakże zniosła dobrze kilka łyżek rosółu z lodem. Stan brzucha się nie zmienił; wzdęcia nie ma, lecz ból w dole biodrowym prawym trwa ciągle; puls uderza od 80 do 90 razy na minutę, ale stan ogólny jest niezadowolający, gdyż chora doznaje zatrważającego upadku sił.

29 w Niedzielę po kilku obfitych stolcach, usta m nie suche, język i dziąsła szkarłatnego koloru; zalecono te same środki z dodatkiem wina chinowego po łyżce rano i wieczór rosółu i lewatywę.

30 w Poniedziałek zrana, cała jama ustna, dziąsła i język pokryte są pleśniawkami (mugnet) w dużych płatach rozciągających się aż do przełyku; połykanie jest utrudnione. Ze strony brzucha żadnych objawów, ból tylko znacznie zmniejszył w dole biodrowym prawym, po obfitych wypróżnieniach; zresztą brzuch jest miękki, niewzdęty, niebolesny; całe wnętrze jamy ustnej zostaje w ciągu dnia kilkakrotnie wypędzowane miodkiem różanym (mel rosatum), i przepłukiwane winem aromatycznym; zaleciłem dalsze stosowanie katalplazmów, używanie wina chinowego, siarczanu chininy, zimny napój i rosół o ile chora go zniesie. Puls jest drobny, i mały, uderza 72 razy na minutę.

31 we Wtorek, niema zmiany w pulsie, upadek sił trwa, lecz język jest lepszy, pozbawia się płatków dyfteryecznych

pod wpływem płukań. Brzuch miękki, niebolesny; klamp zupełnie ruchomy został odjęty wraz ze szpilkami szwu powierzchownego; dwie podwiązki łatwo się dają odciągnąć; nowa warstwa kolloidionu zostaje przyłożoną na ranę i otworki po szpilkach; szypuła opatrzoną zostaje szarpnią i maścią styraxową, po obmyciu winem aromatycznym. Dwa stolce dobrowolne, moczowanie prawidłowe, tylko mocz jest czerwony i w szczupłej ilości. Siarozan chininy usunięto, ale zaleciłem w dalszym ciągu użycie wina chinowego, rosółów, płukania roztworem chloranu potassu z 4 gram na 100 gram wody.

1 Września we Środę, stan i leczenie téż same.

2 Września, noc spokojniejsza, szwy głębokie metalowe zostają odjęte wraz z ostatnią podwiązką.

Od téj chwili polepszenie stopniowo postępuje, siły powoli wracają, chora trzy razy dniem spożywa rosół, kawałeczki mięsa, pije wino; stolce są regularne; bólów w brzuchu niema żadnych, zabliznienie rany jest zupełne, a szypułka codziennie obmywana winem aromatycznym, i opatrzona maścią styraxową, szybko się zagaja. Puls jest ciągle słaby, uderza od 64 do 68 razy na minutę, usposobienie choréj smutne.

12 Września, chora przyjmuje pokarmy z większą przyjemnością, lubo jeszcze apetytu nie czuje; sen jest dobry, siły już w części wróciły; stolce są ciągle regularne, mocz mniej nasycony i cokolwiek obfitszy, język jest jeszcze czerwony choć w lepszym stanie, żucie i połykanie niebolesne, wszystko każe się spodziewać pomyślnego zakończenia; pomimo tego chora zatrzymała jeszcze wejrzenie smutne, niespokojne, jakkolwiek niema do tego widocznego powodu. Szypuła zupełnie zagojona, brzuch jest miękki, zupełnie niebolesny gdyby nie było osłabienia znacznego, chora mogłaby powrócić do domu. Przepuklina pępkowa nie wróciła się od czasu pierwszej operacyi i obrączka pępkowa jest zupełnie zamkniętą; macica, na właściwem miejscu, nie jest siedliskiem żadnych bólów, czynności pęcherza nienaruszone, słowem wyzdrowienie jest zupełne. Dla podniesienia sił chora używa wina chinowe-

go i diety pożywniej. Dni następnych stan jój coraz się poprawia; wstaje codziennie i d. 28 Września 1869 r. przedstawioną zostaje na posiedzeniu Akademii Lekarskiej, na dwa dni przed odjazdem swoim do domu.

Waga całego nowotworu z płynem w nim zawartym dochodziła 9-ciu kilogramów. Płyn mieścił się w obszernym worku o bardzo cienkich ścianach, na szczycie którego znajdowała się masa czerwona, kształtem podobna do ogromnej kiszki ślepój (coecum) złożonej z niezliczonej ilości małych jamek, o cienkich ściankach i wypełnionych płynem bardzo jasnym; płyn wielkiej torbieli był surowiczny, zielonawy. Powyżej torbieli, trzy guzy jeden po nad drugim, ze sobą zrosłe i jedną stauowujące masę nie dającą uczucia przelewania, siatkowego utkania. W tej massie mieszczą się bardzo liczne jamki od wielkości ziarna prosa do orzecha włoskiego, zawierające płyn mniej lub więcej gęsty, ciągnący się, barwy różnej.

Z tej obserwacji wyprowadzić się dadzą wnioski nader ważne. Pierwszy, że można na tej samej chorób z dobrym skutkiem powtarzać owariotomię i to w niedługiej przerwie, gdyż Panna G... wytrzymała dwa razy tę operacyę w ciągu 10-ciu miesięcy, pierwszą 11 Października 1868 r., drugą 24 Sierpnia 1869 r. i za każdą razę została radykalnie wyleczoną w ciągu trzech tygodni.

Drugi pouczający wniosek jest następujący. Czy brzegi otrzewnej rozciętej przy operacyi gastrotomii, zrastają się później, czy też zostawiają między sobą przerwę i oddzielnie się zablizniają, jest dla wielu kwestyą jeszcze nierozwiązaną. Ztąd jedni żądają by otrzewna szwem objętą została, drudzy radzą jój nie dotykać dla uniknienia kilkakrotnego przekłucia. S p e n c e r W e l l s zasadzając się na kilku doświadczeniach na zwierzętach dokonanych i na owariotomii którą wykonał powtórnie na tej samej chorób, radzi otrzewnę szwem zajmować i o ile można utrzymać rozcięte jój brzegi w najdokładniejszym zbliżeniu, gdyż zauważył, że gdy brzegi te ze sobą się nie zrosną, przyrastają do trzewów brzusznych, przez to powstają fałdy, mogące światło kiszki zacisnąć. Nadto jeśli brzegi otrze-

wniej się nie zrosną, czyżby to nie mogło spowodować wystąpienie kiszek z jamy brzusznej (eventratio)? U naszej chorób otrzewna na miejscu poprzedniego cięcia na 27 centymetrów długiego, nie przedstawiała żadnego śladu tego cięcia, ani zgrubienia, ani zagłębienia; nie było żadnej fałdy lub zrośnięcia z trzewami brzuszniemi, lub z nowo powstałą torbielą. We wszystkich owariotomiach które wykonaliśmy w liczbie 25, na których 16 udało się zupełnie, zawsze szwem zajmowaliśmy otrzewną i nie zauważyliśmy występowania kiszek z jamy brzusznej, dla tego też jesteśmy przekonania, że ten sposób zakładania szwów po owariotomii jest najlepszy.

Co do następstw owariotomii wykonanych w Paryżu, zwrócę uwagę, że pod tym względem niemamy nic do pozazdroszczenia kollegom naszym na prowincyi lub zagranicą, i że ta operacya tak dobrze udaje się w Paryżu i jego okolicach, jak gdziekolwiek indziej; na ostatnich 7-ciu operowanych przez nas w Paryżu, w różnych dzielnicach cieszących się lepszym powietrzem, otrzymaliśmy 5 dobrych zejść i 2 nieudane, lecz dodać musimy że dwie chore zmarłe były operowane w brew mojemu zdaniu, i ostatecznie na 25 operacyach wykończonych na 24 chorych, liczę 16 wyzdrowień.

Najważniejszym warunkiem dla *częstego* udania się owariotomii jest zrobić dobrze rozpoznanie, to jest odróżnić torbiel dającą się operować od innych; następnie przed zaszcyciem rany starać się wszelkimi środkami uniknąć krwotoku, lub ulania płynu do jamy otrzewnej; najmniejsze wynaczynie, lu skrzep krwi pozostały w jamie brzusznej, stają się ciałem obcym, które ulega zgniliznie i daje powód do powikłań śmiertelnych, do tych zapaleń otrzewnej, podstępnie przebiegających, które zrazu miejscowe, postępują nader powoli i sprowadzają śmierć. Należy również unikać, by środki użyte dla zatamowania krwotoku, same przez się nie stały się niebezpiecznymi. Należy jeszcze gdy operacya trwa czas dłuższy nie oziębiać kiszek, ale je przykryć cienką flanelą w wodzie cieplej zmaczaną, przez co chronią się także od obrażeń. Co zaś do umieszczania w dolnym kącie rany, zaraz po operacyi

rurek lub drenów ułatwiających odpływ surowicy lub wytworzonych wysięków, uważam je za środek niedobry, często narażający na niebezpieczeństwo i który odrzucić należy. Są to bowiem ciała obce które pozostając w ciągłym zetknięciu z otrzewną i trzewami małej miednicy, drażnią je, pobudzają do zapalenia i ropienia; nadto ułatwiają wejście powietrza do jamy otrzewnej i stają się pewną przyczyną zapalenia otrzewnej w skutek gnicia płynów w niej zbierających się. Radziłbym założenie rurki w kącie dolnym rany, tylko w edy gdyby ropa lub surowica ropiasta, utworzyła się w jamie małej miednicy lub w okolicach szypuły; gdyby zaś płyny odpływały wzdłuż szypuły na zewnątrz, rurki wcalebym nie zakładał. Sposób zasadzający się na zupełnem zamknięciu rany brzusznej, po dokładnem oczyszczeniu jamy otrzewnej ze krwi i płynu i pozostawieniu w niej najmniejszej ilości podwiązek, wydaje mi się najlepszym i zapewniającym największą cyfrę udanych.

Wreszcie z powodu powyższej obserwacji chcę jeszcze zwrócić uwagę na szybkość z jaką torbiel, która nieistniała przy pierwszej operacji nawet w stanie rudymenarnym, mogła w ciągu kilku miesięcy dojść do tak znacznej objętości i do wagi 9 kilogramów. Ta szybkość rozwoju, szeroki i bogaty w naczynia wzrost utworzony pomiędzy torbielą i kiszkaami wykazują najoczywiściej, że wskazanie de owariotomii jest wyraźne, jak tylko przekonamy się o istnieniu torbieli wielokomorowej, i że wyczekiwanie zbyt długie naraża życie chorych i pogarsza warunki operacji.

(Gazette des hopitaux N° 115, 2 Octobre 1869).

Dr. W s.

## PRZYRZĄD PROFESORA LAUGIER

DO ZŁAMAN POPRZECZNYCH RZEPKI I WYROSTKA ŁOKCIOWEGO.

podał Dr **Wszebor.**

Wiadomo że utrzymanie w styczności odłamków złamanej kości, należą niekiedy do najtrudniejszych zadań chirurgii. Do téj liczby należą złamania poprzeczne rzepki (patella) i wyrostka łokciowego (olecranon). W złamaniach poprzecznych rzepki brak dokładnego zetknięcia odłamków, a później stałego ich zrośnięcia, pociąga za sobą ważne następstwa. Chory wystawiony jest później na częste upadki, traci znaczną część swych sił fizycznych. Malgaigne cytuje człowieka, który przed złamaniem rzepki mógł podnieść ciężar na 600 kilogr. wagi, gdy później w skutek wadliwego zrośnięcia odłamków zaledwie 200 kilogr. mógł unosić.

Podwójny haczyk Malgaigne'a, najdokładniejszy dotąd przyrząd dla unieruchomienia odłamków rzepki, jest nadzwyczaj rzadko zastosowany w praktyce prywatnej z powodu nieznośnych bólów jakie sprawia. Jeden z lekarzy francuzkich, któremu ten przyrząd zastosowano, rzucił go po 5-ciu minutach oświadczając iż woli na całe swoje życie kuleć aniżeli poddać się podobnym męczarniom.

Prof. Laugier powziął myśl korzystania ze sprężystości kauczuku dla przezwyciężenia działania mięśni, i zbudował przyrząd którego nadzwyczajną skuteczność, stwierdzić może każdy na dwóch chorych w jego klinice w Hôtel Dieu leżących (21 Września 1869).

Pod cierpiącą kończynę podkłada deszczułkę, do której przytwierdzona jest podłużna poduszczeńka; deszczułka ta jest tak długa że wraz z poduszczeńką rozciąga się od pośladka aż do pięty. Z téj deszczułki z boków występują dwa krótkie pręty żelazne prostopadłe do niej i odległe od siebie mniej wię-

cój na 10 centymetrów. Przestrzeń między niemi będąca odpowiada dołowi kolanowemu.

Na odłamki rzepki przykładają się dwa kawałki gutta-perchi rozmięklej w wodzie gorącej, gdy te po ostudzeniu stwardnieją, dokładnie przystają do tychże odłamków. Wówczas zbliżywszy do siebie odłamki, nasuwa dwie grube obrączki kauczukowe obejmujące całą grubość kończyny wraz z deszczułką i poduszeczką. Obrączki te są płaskie i szersze w miejscu gdzie mają dotykać rzepki, węższe zaś w miejscu odpowiadającym dołowi kolanowemu. Jedna z nich opiera się na odłamku górnym i na dolnym poprzecznym pręcie, druga opiera się na dolnym odłamku i na górnym pręcie, tak że się ze sobą krzyżują i nie sprawiając żadnego bólu, działają bardzo skutecznie na utrzymanie odłamków w zbliżeniu.

W niektórych razach można ograniczyć się do działania tylko na odłamek górny, gdyż odłamek dolny nie podlega działaniu mięśni.

Podobny przyrząd używany jest przez prof. Laugier, w złamaniach poprzecznych wyrostka łokciowego. Postępowanie jego jest następujące: po wyprostowaniu kończyny górnej w stawie łokciowym, okręca ją opaską od ręki aż poniżej złamania. Na odłamku górnym przykładą kompresik podłużny który przytwierdza kilkoma obwodami opaski; następnie okręca dalej członek pierwszą opaską aż do połowy przedramienia.

W przedniej części kończyny przykładą deszczułkę stosownie wysłaną, rozciągającą się od połowy ramienia do połowy przedramienia i opatrzoną poniżej środka swojej długości żelaznym pręcikiem prostopadłym do płaszczyzny deszczułki i wystającym ku przodowi. Obrączka kauczukowa nasunięta opiera się na górnym odłamku i na pręciku, samą zaś deszczułkę kilkoma obwodami bandaży przytwierdza się do kończyny.

(Gazette des hopitaux nr. 110 21 Septembre 1869).

## WIADOMOŚCI Z CYNEKOLOGII I AKUSZERII.

podał Dr **Apte.**

---

**Bryant i Ellis** zalecają do rozszerzenia ust macicznych gąbkę prasowaną nasyconą kwasem karbолоwym, w celu niedopuszczenia zgniętego rozkładu wydzielin. **Aveling** w tymże celu używa nadmanganianu potażu. (Amer. Jour. of. Med. 410. Trans. Obst. Lond. 88).

---

**Waring-Currans** widział dobry skutek z połączenia salmiaku z tynkturą akonitu, w chronicznych i ostrych zapaleniach jajników, występujących jako newralgie tych organów.

---

**Revillout** uśmierzył gwałtowne bóle powstałe po silnem kauteryzowaniu wewnętrznej powierzchni macicy lapiem, za pomocą słabego strumienia indukcyjnego skierowanego na macicę. (Presse Med. Belge. 37).

---

**Churchill**, zarzuca przy brodawkowym zapaleniu błony śluzowej macicy, skrobaczkę **Recamier'a**. Za pomocą Endoskopu bada on jamę macicy i kanał szyjki, a znalezione brodawki niszczy z początku kwasem saletrzanym, później tynkturą jodową. (Brit. Med. Jour. 4).

---



O p p e l, donosi o 42 metratomiach, t. j. nacięciach szyjki macicznej, wykonanych przez G. Brauna w Wiedniu. Sposób operowania, jest ten sam, jaki podał Marion S i m s, to jest przecięcie części pochwowój nożyczkami. Z operowanych 42, 25 cierpiało na dysmennorheę, 4 na dysmennorheę i mennorrhagię, 5 na zwyczajną mennorrhagię, 2 na metrorrhagię, a 6 wypadków zwyczajnej niepłodności. Rezultat leczenia miał być pomyślny. Po operacji 7 kobiet wkrótce zaszło w ciążę. W 7 wypadkach skutek był żaden albo niewiadomy. (Wiener. Med. Pres. 34, 35, 36).

D u r o z i e z zrobił szereg obserwacji nad powiększeniem serca podczas ciąży. Badał on 135 kobiet w klinice położniczej paryzkiej. Powiększenie serca można było pukaniem stwierdzić, przy wymiarze wysokości osierdzia 9 centymetrów, a szerokości 12 centymetrów. Pierwszego dnia, po porodzie lewe jamy sercowe zmniejszają się, a prawe zostają się rozszerzone; podczas przyływu mleka, zatem trzeciego dnia znów wymiar podłużny serca powiększa się, i tak długo jak kobieta karmi, serce zostaje powiększonym. U niekarmiących kobiet, serce zmniejsza się. Ostatecznie, kobiety które dużo razy rodziły mają większe serce, niż te które tylko raz lub dwa razy rodziły. (Gaz. d. Hop. 104).

Dr K u h n opisuje wypadek szczęśliwego ukończenia porodu z poprzedzającym łożyskiem, za pomocą metody Braxton-Hicks'a. Wezwany do kobiety krwawiącej, znalazł przy otworze dla dwóch tylko palców dostatecznym, łożysko centralnie poprzedzające, dziecko w drugim czaszkowym położeniu, a ciążę samą w 30 tygodniu. Przy pomocy ręcznych manipulacji, asystent uniósł główkę dziecięcia do góry i jednocześnie dolny koniec płodu zepchnął ku dołowi, tak dalece że Dr K u h n w ciągu 10 minut zdołał przez błony płodowe uchwycić prawą nóżkę płodu, i takową po rozerwaniu błon na zewnątrz wyprowadzić. Krwawienie ustało, dziecko obumarłe

przyszło następnie bez pomocy na świat, poczem przy nacisku łożysko odeszło z łatwością, peryod połogowy odbył się bez żadnych przeszkód. Autor sądzi, że sposób ten zajmuje pośrednie miejsce między metodą czynną i wyczekującą; za pomocą niego można łatwiej poród ukończyć, i jak najwcześniej krwawienie bez gwałtownego wdania się, wstrzymać. A zatem przy ciasnej szyjce macicznej, znakomitej bezkrwistości, i przy daremnym wyczekiwaniu po użyciu tamponu, uważać można sposób ten jako postępek w leczeniu poprzedzającego łożyska przy ciasnej drodze porodowej. (Wiener. Med. Woch 104. 1868).

---

M' C l i n t o k opisuje sprawę dobrowolnego wydalenia fibroidów z macicy. Odbywa się to albo przez resorbcyą, albo przez odczepienie się, przez zwapnienie lub skostnienie, przez zropienie, nakoniec przez wypchnięcie podczas skurczeń macicznych. Wessanie jest sprawą najłagodniejszą, wypchnięcie jest sprawą najniebezpieczniejszą. Najczęściej zdarza się zropienie, potem odczepienie się, następnie zwapnienie, a najrzadziej zdarza się wessanie.

1) Wessanie w największej liczbie wypadków nawet przy pomocy leków jest niemożliwe. Włókniaki w budowie swojej są jednorodne z samą macicą. W wypadkach gdzie wessanie miało miejsce, lub odbyć się miało, nie można polegać na dokładnem rozpoznaniu choroby, były to bowiem albo zapalne, li oedematyczne nabrzmienia macicy, lub też przerost samego organu, nakoniec mogło tylko zniknąć obrzmienie okalające sam włókniak pozostały. W każdym razie wessanie nawet w peryodzie połogowym jest możliwem.

2) Odczepienie się bywa szczególnie, przy tumorach szypułkowych, polipach. Liczne spostrzeżenia pokazały, że odczepienie się ma miejsce w trojaki sposób: a) szypułka coraz cieńszą się staje, aż nakoniec więdnie, b) szypułka przerywa się

przypadkowo przy wypchnięciu innego ciała z macicy, lub w skutek ciężaru tumoru, c) przez nacisk szyjki macicznej na szypułkę. Jeżeli po przerwaniu szypułki tumor w macicy pozostaje, to z łatwością może przejść w ropienie, i w tym wypadku trudno wykazać, która sprawa była pierwszą, czy ropienie, czy oderwanie szypułki.

3) Zwapnienie rzadziej się zdarza. Massa organiczna, zamienia się w nieorganiczną, rozrost ustaje, a cała massa albo zostaje wypchnięta, albo co najczęściej pozostaje tylko jako ciało obce. Niekiedy tworzy się twardy kamień, a niekiedy nierówna krucha massa. Sama sprawa odbywa się nie w skutek zapalenia, lecz zapewne w skutek braku odżywiania. Okazy zachowane przekonywają, że nie tylko, tumory szypułkowo, ale i interstycjalne mogą przejść w zwapnienie. Niekiedy kamienie te, cisną na ścianę organu, lub otaczające części, i mogą spowodować ropienie, przedziurawienie do otrzewnej i pęcherza.

4) Zropienie, prowadzi do całkowitego lub cząstkowego wydalenia, ale połączone jest z wielkim niebezpieczeństwem. Niekiedy cała massa przechodzi w zropienie, albo też częściowo, w ciągu kilka tygodni a nawet miesięcy. Wydzielina przytęm jest ropiastą, smrodliwą, często krwistą, a niekiedy tak gęstą, że sztucznie oddaloną być musi, do czego zwykle przyłącza się gorączką, majaczenie i womity. Autor jest zdania, że sprawa ta nie jest zapalną, ale pochodzi od niedostatecznego odżywiania tumoru. Niekiedy absces około maciczny połogowy, może być w związku z wydzieleniem włóknia.

3) Wypchnięcie tumoru jest niebezpieczniejszą sprawą, aniżeli dotąd wspomniane. Wypadki spostrzegane po największej części odnoszą się do porodu, lub do peryodu połogowego, i kończyły się śmiercią. Nawet w peryodzie nie połogowym, wypadki tu odnoszące się były niebezpieczniejsze jak zropienie. Cała sprawa wypchnięcia jest ostrą, połączona z silnymi długotrwałymi bólami, macica wycieńczona ulega niebezpiecznemu zapaleniu, lub innemu clerpieniu.

(Monat. schr. f. Geburtsk. 1869. 148).

Na posiedzeniu Towarzystwa akuszerów w Berlinie z 23 Marca b. r. Dr v. H a s e l b e r g okazywał macicę i jajowód, pochodzące z trupa zmarłej na zapalenie otrzewnej, po zastrzyknięciu roztworu półtora chlorka żelaza do wnętrza macicy. Chora wstąpiła do szpitala w Stralzuad dnia 19 Września 1868 r., z powodu silnych krwawień miesięcznych, połączonych z bólem krzyża i trudnością oddawania moczu. Chora miała 32 lat, raz jeden w 6 miesiącu rodziła, a od wielu lat była kobietą publiczną. Przy śledzenia znaleziono przechylenie macicy ku przodowi, niedozwalające wprowadzenie zgłębnika, chyba przy użyciu siły; część pochwowa powiększona, na przedniej wardze wrzód krwawiący, przedłużający się do wnętrza, kanału szyjki. Macica i brzuch niebolesne. Potuszowano wrzód saletranem srebra, dano solny środek rozwalniający i zalecono spoczynek. Jednakże tuż po potuszowaniach następowały krwawienia, które częścią z rozszerzonych żył na powierzchni owrzodzonej, a częścią z wnętrza macicy pochodziły; a nawet po użyciu tamponu ałunowego, gdy wrzód zagoił się, jeszcze bywały nader obfite krwawienia miesięczne. Probowano zaszcypcować chlorek żelaza do macicy, lecz dopiero 20 Października udało się przejść sprycką za miejsce przejęcia macicy i zaszcypcować roztwór.

Tuż po zaszcypcowaniu chora nie miała bólu, lecz w nocy przystąpiły dreszcze i poty. Pomimo użycia chininy co raz przystępowały, przytem dołączył się upadek sił, jeszcze przed oznakami zapalenia otrzewnej. Piątój nocy dreszcze połączone były z womitami, i jednocześnie przystąpił ból brzucha. Następnej nocy podczas womitów chora nagle dostała silnych bólów brzucha, omdlała i zmarła.

Przy otworzeniu jamy brzusznej wydobywał się obficie cuchnący gaz; kiszki były świeżą wypociną posklejane, dolna część jamy brzusznej napełniona cuchnącą posoką szarego koloru.

Posoka ta pochodziła z torbieli prawego jajnika, której ściany już się zapadły, lecz przy nacisku widocznie z małego otworu tejże ściany wychodziła też sama posoka. Na górnej

powierzchni torbieli, pomiędzy bardzo wiałą i słabą tkanką komórkowatą, udało się z pewną trudnością wykryć otwór prawego jajowodu. Przez otwór ten gruby zgłębnik przenikał przez cały jajowód do wnętrza macicy. Błona szluzowa macicy była czarna jak smoła, i taż sama czarna barwa przedłużała się przez prawy jajowód do zewnętrznego otworu. Błona szluzowa lewego jajowodu była tylko szaro zafarbowaną. Badanie chemiczne wykazało obficie żelaza w czarno zafarbowanej błonie szluzowej macicy i prawego jajowodu.

(Monat. f. Geburtskunde. 1869. September.).

---

## Zjazd pierwszy lekarzy i przyrodników W KRAKOWIE.

---

Oddział lekarsko-chirurgiczny,

w którego czynnościach brało udział przeszło 130 kolegów, odbył trzy posiedzenia w dniach 14, 15 i 17 Września 1869 r. pod kolejnem przewodnictwem Prof. Drów: Brodowicza, Dietla i Seweryna Gałęzowskiego. Protokół prowadzi Dr. Ściborowski.

Rozprawy ustnie i na piśmie wniesione dotyczyły się następujących przedmiotów:

### *A. Z medycyny wewnętrznej i farmakologii.*

1) Dr. Kaczorowski z Poznania odczytał: „Krótkie sprawozdanie z tyfusu powrotnego, który od końca r. z. aż do końca Kwietnia b. r. panował nagminnie w Poznaniu“ (II) <sup>1</sup>). Rozprawa ta, która ogłoszoną została w Nr. 42 i nast. „Przeegl. lek.“

dała powód do niektórych uwag Drów: W a r s c h a u e r a, S t e u e r m a r k a i C h r z a n o w s k i e g o, tudzież niektórych uzupełnień literatury tego przedmiotu przez Drów: Z i e l e w i c z a i A l e k s. K r e m e r a. Nadto Dr. S. G a ł ę z o w s k i zwracał uwagę na podobieństwo przebiegu w niektórych przypadkach przytoczonych przez prelegenta z przebiegiem gorączki żółtej, a Prof. Dr. B i e s i a d e c k i nadmienił o zwyrodnieniu nerek napotykanem w zwłokach osób zmarłych na gorączkę powrotną.

2) Dr. S t e u e r m a r k z Działoszyc, opierając się na statystyce kilkudziesięciu przypadków zapalenia płuc przez siebie leczonych, przemawiał gorąco za użyciem ciemiężycy zielonej (*tinct. veratr. viridis*) w tej chorobie (III); w 33 przypadkach bowiem leczonych tym środkiem śmiertelność wyniosła 3%, w 41 zaś przyp. leczonych innemi sposobami umarło 21%.

Dr. W a r s c h a u e r Jonatan z Krakowa czytał obszernie uwagi, na własnem doświadczeniu oparte, o błonicy czyli dyfteryi (*diphtheritis*) (III), którą poczytując za chorobę ogólną, zalecał też przedewszystkiem leczenie jej środkami na cały organizm działającymi.

4) Dr. S c i b o r o w s k i z Krakowa odczytał parę ustępów z swój pracy p. t.: „Kilka słów o czynnościach Komisji balneologicznej od czasu jej założenia do r. 1868, oraz pogląd na postęp zdrojowisk krajowych i na ulepszenia w tychże zaprowadzone w ciągu ostatniego dziesięciolecia“ (II); w szczególności zaś odczytał ustęp o Rabce, jako o zdrojowisku mniej jeszcze znanem. W rozprawach udział wzięli Dr. K r y d a i Dr. K a c z o r o w s k i.

5) Prof. Dr. S t o p c z a ń s k i mówił o nowo odkrytjéj wodzie lekarskiej w Bóbrce, obw. Jasielskim w Galicyi (III), podając szczegóły rozbioru chemicznego, z którego okazuje się, że takowa jest silną szczawą alkaliczno-jodo-bromową i że różni się od wszystkich znanych dotychczas wód jodo-bromowych wielką obfitością kwasu węglowego. W przedmiocie tym zabierali jeszcze głos Dr. S t a r k e l z Tarnowa i Pr. Dr. D i e t l z Krakowa.

6) Dr. P r z y s t a ń s k i z Warszawy, który przed niedawnym czasem założył tamże łącznie z Dr. J. Ferd. N o w a k o w s k i m zakład leczenia kumysem krowim, tj, napojem fermentowanym wyrabianym z mleka krowiego na wzór właściwego kumysu otrzymywanego przez Kirgizów z mleka kobylego, odczytał o tym przedmiocie obszerną rozprawę i przytoczył kilka przypadków chorobowych, leczonych tym środkiem (I). O dostatecznej ścisłości dotychczasowych spostrzeżeń nad działaniem rzeczonoego środka wyraził swe powątpiewanie Prof. Dr. R o s n e r, a Dr. E b e r s o h n z Rozwadowa zapytywał, czemu kumys ma być przeciwwskazany w rozstrojeniu nerwowem. Na te wątpliwości odpowiadali właściciele zakładu kumysowego warszawskiego. Nadto Dr. J u l. C z e r k a w s k i ze Lwowa nadmienił, że w kraju naszym mamy od dawna dwa napoje, składem swym a zatem i działaniem nader zbliżone do kumysu, a mianowicie staropolski b a r s z c z, tudzież tak zwaną h u ś ł a n k ę czyli k i ś ł a n k ę, którą górale Beskidowi otrzymują z fermentującej się żentycy owczej lub koziej.

7) Dr. K a c z k o w s k i ze Lwowa mówił bardzo obszernie o leczeniu wścieklizny za pomocą środka ludowego, odwaru pewnego gatunku ostromleczu (*Enphorbia procer*a) (II). Przy tej sposobności Prof. Dr. R o s n e r i Prof. B i e s i a d e c k i ze stanowiska naukowego wykazali, jak dalece bezzasadnem jest wszelkie inne leczenie wścieklizny niż miejscowe, a Dr. C z e r k a w s k i Julian i M o l e n d z i ń s k i ze Lwowa przytoczyli kilka dobitnych z kraju naszego przykładów, na jak smutny zawód wystawiano się już niezliczone razy, chcąc wściekliznę leczyć środkami ogólnemi — czy to znanemi z nazwiska czy też tajemniczemi.

Prócz tego należały do tegoż działu dwa przedmioty, dla braku czasu cofnięte przez autorów, a mianowicie:

Dra Józefa O e t t i n g e r a z Krakowa — Rys epidemiologiczny m. Krakowa z ostatnich 25 lat.

Dra C z e r w i ń s k i e g o z Freidwald rzecz o hydroterapi

B. Z chirurgii, położnictwa i ginekologii

8. Dr. K r a j e w s k i Feliks z Hrubieszowa odczytał opis rzadkiego przypadku uowotworu tchawicy znacznej wielkości (I), który w całej rozciągłości ogłoszony został w „Przełg. lek“. Nr. 39—41 r. b. W rozprawach nad tym przedmiotem brali udział Drowie: B i e s i a d e c k i, W a r s c h a u e r i C z e r k a w s k i, z których pierwszy mianowicie przypuszczał, że nowotwór ten mógł powstać w gruczole tarczowym, przebić ścianę tchawicy a następnie się oderwać.

9. Dr. W y g r z y w a l s k i z Piotrkowa opisał obmyślony przez siebie nowy sposób operacji plastycznej ust (*cheiloplastica*) (II), nad którym czynili uwagi Drowie M o l e n d z i ń s k i ze Lwowa, O b a l i ń s k i z Krakowa i Z i e l e w i c z z Poznania.

10. Dr. J a n o ł a Rudolf, lekarz górniczy z Węgierskiej-Górki mówił o leczeniu ran wszelkich za pomocą wysoku (III). O skuteczności tego prostego środka, zalecanego dawniej i znów od lat kilkunastu przez lekarzy francuzkich, Dr. J. miał sposobność w ciągu 7-letniej praktyki chirurgicznej się przekonać, a jako zalety opatrywania wysokiem przytaczał: ropienie umiarkowane, gorączkę bardzo mierną, wreszcie nader często spojenie bez ropienia (*per primam intentionem*).

11) Dr. S w i d e r s k i z Poznania na zasadzie spostrzeżeń własnych, tudzież Drów K a c z o r o w s k i e g o z Poznania i N i k l e w s k i e g o z Jarocina mówił o skuteczności wstrzykiwania podskórnego ergotyny w niektórych chorobach macicy, mianowicie w zapaleniu jęj przewlekłym w zboczeniach położenia i w krwotokach — i rzecz tę poparł opisem dwóch przypadków chorobowych, w ten sposób leczonych.

12. Dr. C z y ż e w i c z Adam, adjunkt kliniki położniczej Uniw. Jag. przedstawił i opisał kleszcze porodowe ulepszone i zmienione przez prof. M a d u r o w i c z a, które różnią się od innych tego rodzaju narzędzi większem wygięciem łyżek, większem oddaleniem końców, krótkością i zamkiem ulepszonym,



szczególnie zaś przy wysokiem ustawieniu główki dziecięcia są dogodniejszymi od kleszczy innych autorów.

### C. *Z anatomii drobnowidowej i patologii ogólnej.*

13) Prof. Dr. Biesiadcki w wykładzie ustnym objaśnianym rysunkami na tablicy, przedstawił wynik swych poszukiwań co do nerwów w skórze a mianowicie co do tak zw. nerwów bezrdzennych (*marklose Nervenfasern*), których zakończenia dotychczas nie były znane (II). Otóż zdaniem prof. B. nerwy te w brodawkach skóry wchodzą aż między komórki przyskórka i kończą się zgrubieniem nakształt guziczka między komórkami trzeciej warstwy przyskórka. Przytem prelegent zbijał twierdzenie Langerhansa co do rzekomych komórek nerwowych w górnej części przyskórka, mających się łączyć z włóknami nerwowymi skóry właściwej; komórki te, zdaniem prof. B. nie są niczem innym, jeno znanymi komórkami wędrującymi.

14) Tenże wyłożył swe spostrzeżenia dotyczące się budowy naczyń limfatycznych (*Lymphraume*) (II), szczególny zaś przycisk kładł na stosunek naczyń limfatycznych; stosunek ten stwierdził wreszcie prelegent zachowaniem się naczyń limfatycznych i krwionośnych w różnych chorobach skóry.

15) Dr. Mizerski z Poznania, b. adjunkt kliniki lekarskiej we Wrocławiu, podał wynik doświadczeń swych mających na celu wyświecenie sposobu, w jaki powstaje żółtaczka (III). Dokładne streszczenie pracy Dra M. zob. w „Przeglądzie lek.” Nr. 42 i 43 r. b.

### D. *Z dziejów lekarskich.*

16) Dr. Zieliwicz z Poznania odczytał ustęp z historii medycyny, a mianowicie o czarnej zarazie, która w roku 1348 i 1360 panowała w całej niemal Europie; a w szczególności zaś wykrył, z jakiego źródła Długosz czerpał swe wiadomości o tej strasznej chorobie (II).

17) Dr. J. Ferd. Nowakowski z Warszawy przytoczył nowy dowód na poparcie twierdzenia, że Purkyniemu a nie Schwannowi należy się pierwszeństwo odkrycia tożsamości budowy roślin i zwierząt.

Tutaj wreszcie należała nadesłana w rękopiśmie rozprawa Dra Wilczyńskiego p. n. „Teoria jestestw organicznych Jędzeja Sniadeckiego w obec pojęć ówczesnych.“

*(Przeg. Lek. Krak.)*

---