

Wychodzi zeszyta-
mi miesięcznymi.

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

PAMIĘTNIK

Redakcyja przy ulicy
Nowy - Świat
Nr. 1247 (61),

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

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

Zeszyt 4.

Październik

1871.

CZYNNOŚCI

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

POSIEDZENIA OGÓLNE.

Posiedzenie 15 dnia 22 Sierpnia 1871 r.

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

TREŚĆ. I. Przyjęcie protokołu. — II. Korrespondencya. — III. Owariotomia. P. Rosenthal. — IV. Przedstawienie P. Rosenthala na członka czynnego. — V. Podatki opłacane przez lekarzy Warszawskich. — kol. Szokałski.

1. Protokół posiedzenia po odczytaniu przyjęty.

II. Nadesłano:

1) Protokół posiedzenia Towarzystwa Lekarskiego Kaukaskiego z d. 16 Czerwca 1871 N. 5.

2) Broszura Dr. Robińskiego: „Die Kittsubstanz auf Reaction des Argentum nitricum”

III. P. Jakób Rosenthal odczytuje historję choręj na której wykonał owariotomią w szpitalu Starozakonnych

Pam. T. L. W. t. LXVI

22

w Warszawie. Praca ta w całości pomieszczoną jest w dziale prac oryginalnych.

Kol. S o m m e r czyni uwagę iż w obserwacji Pana R o s e n t h a l a barwniki żółci podane są jako należące do prawidłowych składników moczu, co jak wiadomo; jest błędem.

Kol. P r e z e s zwraca uwagę P. R o s e n t h a l a na nie właściwe wyrażenie *Cysta multilocularis seu cystoidea*—gdyż nie może być mowy o *Cysta Cystoidea*; dodaje że tego rodzaju nowotwory znane są obecnie przeważnie pod nazwą kystoma. W części pracy poświęconej differencyonalnej diagnozie zdaniem kol. B r o d o w s k i e g o, za mało nacisku położono na objawy wyłączające nowotwór macicy; że wyłączenie to nie jest tak łatwe jak się zdaje P. R o s e n t h a l, tego dowodzą i wypadki powszechnie znane z praktyki tutejszych chirurgów. Natomiast niepotrzebnie rozwódzi się P. R. nad rozróżnieniem torbielaka jajnika od torbieli otrzewnej lub krezek, które nigdy do takich nie dochodzą rozmiarów. Dalej utrzymuje P. R o s e n t h a l że dobrowolnego zniknięcia cystoidu nikt nie widział i nie zobaczy. Przeciwnie były, a więc i będą postrzegane zaniki w mowie będących nowotworów. Przykłady takich zaników, gdyby tylko chciał sobie zadać trochę pracy, znalazłby P. R. i w Pamiętniku naszego T-stwa. Dział się one zwykły w jeden z następujących sposobów: główna np. torbiel pęka, już dobrowolnie, już też w skutek uderzenia, upadnięcia i t. p. dając powód do gwałtownego i rozlanego zapalenia otrzewnej, życie chorój jest do najwyższego stopnia zagrożone, ale bywały wypadki stopniowego i powolnego wyzdrowienia i zupełnego uleczenia tak z zapalenia jak i z nowotworu. W innych znowu razach torbielak otwiera się do kiszki, zwykle grubiej, lub do pochwy macicznej, ma się samo przez się rozumieć, po poprzednim przyrośnięciu do odnośnych trzewiów, i zawartość torbieli wydała się, poczem następuje zupełne zarośnięcie (*obliteratio*) opadającego nowotworu. Wreszcie nowotwór wzrastając może tylko do pewnych granic, poczem następuje status quo, dalej płyn w nim zawarty zaczyna coraz bardziej gęstnieć zmniej-

szając się jednocześnie pod względem ilości i stając się zwykle siedliskiem w końcu złogów wapiennych. Wreszcie opierając się na danych autopsyi, kol. P r e z e s nie sądzi by przyczyną śmierci operowanej przez P. R o s e n t h a l a było zaledwie rozpoczynające się rozlane zapalenie ostre otrzewnej; śmierć jej, zdaniem kol. Br., przypisać należy spowodowanemu traumatyzmem porażeniu nerwowemu zwanemu przez Anglików shock.

Dr. M i e r z e j e w s k i z Petersburga, obecny na posiedzeniu jako gość, prostuje wiadomość podaną przez P. R o s e n t h a l a o liczbie owariotomji wykonanych w Petersburgu przez Dra K r a s s o w s k i e g o. Podług téj wiadomości, Dr. K r a s s o w s k i robił 15-ie owariotomji; tymczasem do roku 1867 Dr. K r a s s o w s k i zrobił owariotomji 23, a po dziś dzień niezawodnie 30 i kilka, o czem w osobnej monografji podał do wiadomości publicznej. Co do przyczyny śmierci operowanej sądzi że użycie klampu dla utrzymania szypuły mogło mieć wpływ na śmiertelne zakończenie choroby.

Zarzut Dra M i e r z e j e w s k i e g o wywołuje uwagę Prezesa iż przy tak ważnej operacji jaką była owariotomia wykonana przez P. R o s e n t h a l a, nie znajdował się żaden z chirurgów w téj operacji doświadczonych.

Kol. M a l e k stawia sobie kwestyę czy gdyby chora pozostawioną była bez operacji, życie jój dłużej by się utrzymało jak przez 24 godzin. Owariotomia jest operacją nader ważną i bardzo często nie daje pomyślnego zakończenia. W tym wypadku nie było wskazania życiowego (indicatio vitalis) dla tego nie należało jój przedsiębrać bez narady ze specjalistami.

P r e z e s podaje wypadek ze zbadania wyciętego nowotworu pod względem anatomo-patologicznym i okazuje takowy zebrany członkom. Nie będziemy tu powtarzać opisu który znajdzie czytelnik w pracy P. R o s e n t h a l a. Korzystając ze sposobności, P r e z e s wkrótce wyłożył naukę o powstawaniu tych nowotworów. Nie są one niczem innym

jak tylko zwyrodniałemi jajnikami; lecz długo niepojmowano w jaki sposób jajnik może uleść zwyrodnieniu i dochodzić do tak olbrzymich rozmiarów, nie zachowując napozór żadnego śladu dawniej swojej budowy. Mikroskop wykazał w torbieli obecność tkanek jajnik składających i przekonał że wykształcenie się nowotworu następuje na tej samej drodze na której rozwój samego jajnika ma miejsce. Oddawna różnią nowotwory w mowie będące tak co do ich zawartości jak i co do ilości torbieli w skład ich wchodzących. Z tąd powstały nazwy *Cystis serosa* i *Cystis colloidea*, *Cystis unilocularis* i *Cystis multilocularis*. Pomijamy tu torbiele dermoidalne jajnika, któremi jako wrodzonymi i nie zdradzającymi się zwykle żadnymi przypadłościami za życia, mniej się zajmowano. Z razu sądzono że każda torbiel złożona, jest z początku jednokomorowa i że z czasem w jej ścianach tworzą się nowe torbiele, w ścianach tych ostatnich inne i t. d. (Hodgkin i Rokitański). Virhow zaczął utrzymywać że każda torbiel wielokomorowa jest taką od samego początku t. j. powstaje z tylu osobnych zawiązków ile jest torbieli oddzielnych; nie podał wszakże objaśnienia, w jaki sposób rzeczzone zawiązki powstają. Förster wyprowadził je z tkanki łącznej, której komórki za pośrednictwem mnożenia się miały dawać początek całym gromadom nowych komórek, te zaś podpadając przemianie klejowatej miały powodować tworzenie się torbieli; co się zaś tyczy torbieli jednokomorowych pospolicie surowicznych (gdy wielokomorowe jak wiadomo są zwykle klejowate), to te za przykładem Rokitańskiego wyprowadzał z pęcherzyków Graafa. Pojęcia te trwały dopóty dopóki badania Thierscha nad rakowcami nie osłabiły i uszczupliły znaczenia tkanki łącznej i w sprawie powstawania nowotworów w ogóle. Zaczęto zwracać baczniejszą uwagę na przemiany nabłonków i przekonano się że wiele rzeczy powstałych z nabłonków mylnie dawniej przypisywano tkance łącznej. Prace Pflügera. Hiss'a następnie Waldeyera, że nie wspomnę o wielu innych, wiele się przyczyniły do wykrycia normalnego rozwoju jajnika. Przeko-

nano się że w ostatniej instancyi warstwa zewnętrzna zarodkowa gra ważną rolę w rozwoju narzędzi płciowych, respective jajników, i że takowe jak tego przedewszystkiem dowiódł Pflüger u płodu po części i u nowonarodzonego dziecka są rzeczywiście gruczolami t. j. składają się z tkanki łącznej i tworów nabłonkowych, dających początek pęcherzykom Graafa a zarazem i jajom: Klebs, Bötcher i Waldeyer nowe nabytki te naukowe zastosowali do rozwoju nowotworów w mowie będących i pierwsi zaczęli utrzymywać że one powstają albo z pęcherzyka Graafa albo też że z powodu nadmiernego rozradzania się powyżej wzmiankowanych nabłonkowych zawiązków, powstają wskutek bujania rzeczonych tworów nabłonkowych gruczolaki (adenomata), a z tych ostatnich torbiele. Z dzisiejszych badaczy jeden tylko Rindfleisch nie przychyła się do tego poglądu, trzymając się dawniejszych wzorów. Podług niego Cystis unilocularis powstaje z pęcherzyka Graafa, a multilocularis z podścieliska jajnika, wprawdzie nie w skutek rozmnażania się komórek tkanki łącznej i przemiany ich klejowej, jak to Förster utrzymywał, ale w skutek innych zmian w tkance łącznej, mianowicie przemiany śluzowej tkanki między komórkowej. Przemiana ta jakkolwiek niekiedy miewa miejsce, wszakże jest podrzędnego znaczenia a powstawanie gruczolaków i w takich wypadkach jest ważniejszym momentem tworzenia się torbieli jajnika.

Kol. Chwa t zwraca uwagę na sposób jakiego użył przy opisaniej owariotomii dla wypuszczenia zawartości torbieli. Użył on przyrządu wysysającego którego zasada jest ta sama co przyrządu Dieulafoy, lecz w którym próżnia robi się, za pomocą pompki metalowej ssącej, w flaszce Woolfa, komunikującej za pomocą rurki kauczukowej z małym trójgranicem wetchniętym w ścianę torbieli. Przyrząd ten który kol. Chwa t okazał zebranym kolegom, złatwością wyprowadza płyn bardzo nieraz gęsty, oszczędzając operowanęj większego obrażenia jakie ma miejsce przy użyciu zwyczajnego grubego trójgranca, wymagają-

cego dla wyprowadzenia płynu ciągłego uciskania guza; przy-
czem nieraz płyn dostaje się do jamy brzusznej.

IV. Kol. A p t e i P o r t n e r składając opisaną ob-
serwację Pana Jakóba R o s e n t h a l a, przedstawiają go na
członka czynnego Towarzystwa. Kol. A p t e podejmuje się
zdania sprawy z rzeczonej pracy.

V. Kol. S z o k a l s k i zwraca uwagę na nowe rozpo-
rządzenia rządowe dotyczące się podatków. Ponieważ w Cesar-
stwie lekarze nie są opodatkowani, kol. S z o k a l s k i pragnie
by i lekarzy Warszawskich uwolniono od dotychczas opłaca-
nych podatków i wnosi o ustanowienie z łona Towarzystwa ko-
mitetu któryby właściwe do dopięcia tego celu kroki obmyślił.

Towarzystwo wniosek kol. S z o k a l s k i e g o przyjmu-
je i wyznacza komitet złożony z kilku kolegów.

Na tem posiedzenie ukończono.

Dr. W s z e b o r.

Posiedzenie 16-e, z dnia 5 Września 1871 r.

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

TREŚĆ. I. Przyjęcie protokołu. — II. Korrespondencya. — III. Przeniesienie naskórka dla zagojenia rany poamputacyjnej. kol. B e n n i. — IV. Rzadki nowotwór gałki ocznej — kol. J o d k o. — V. Lupus na twarzy uleczony. — kol. B e n n i.

I. Protokół posiedzenia poprzedzającego po odczytaniu przyjęty.

II. Nadesłano:

3) Медицинскій сборникъ издаваемый Кавказскимъ Медицинскимъ Обществомъ N. 12.

4) Протоколъ засѣданія Кавказскаго Медицинскаго Общества N. 6 i 7.

III. Odezwa Prezesa Towarzystwa Lekarskiego Kaukaskiego w której tenże z powodu porządkowania biblioteki tamiecznego towarzystwa, proponuje zamianę swoich duplikatów na nasze.

III. Kol. B e n n i przedstawia chorą kobietę której historia jest następująca:

Adamska Weronika, lat 40, koło Bożego Narodzenia 1870 r. wracając pieszo z Piaseczna do Warszawy, odziębiła sobie palce nogi lewój; trzewik który był ciasny. nie zdejmowała przez dni 3.

6 Stycznia 1871 r. wstąpiła do szpitala Dz. Jezus, gdzie ku końcowi Lutego odjęto jęj palce, rana pozostała po odjęciu części zmortyfikowanych wynosiła 11 centymetrów długości i 6 centymetrów szerokości. granulacje na niej różowe, czyste, twarde, drobne. Do początku Czerwca rana została w tych samych rozmiarach, wprawdzie czysta ale nie okazująca najmniejszej tendencji do zabliznienia.

Zastosowałem w tym wypadku przeniesienie płatów naskórka metodą *Reverdina*, dnia 1 Czerwca, 12 Lipca, 2 i 16 Sierpnia, przenosząc za każdym razem po 2 płaty. Rana dziś dnia, 5 Września, zupełnie zagojona, blizna ruchoma, nie napięta, niebolesna. Sprawdziłem uwagę Profesora *Mac-L* od z Glasgow że szczepienie płatu naskórka ma wpływ na szybsze zabliznienie nawet brzegów owrządzenia.

IV. Kol. *Jodko* opowiedział a następnie demonstrował następujący wypadek.

Starozakonny urlopowany żołnierz *Brodowski Berek*, przybył do oddziału ocznego szp. Starozakonnych w dniu 10 miesiąca sierpnia w stanie następującym: oko lewe zdrowe, powieki i łącznica oka prawego nic nie przedstawiały anormalnego, na wewnętrznym kwadracie błony rogowej blizna okrągła wielkości 2''' średnicy, wypukła przedstawiająca wszystkie cechy rozmiękczenia i początki tworzenia się garbca częściowego (*staphyloma part.*) inne części błony rogowej przezroczyste pozwalają widzieć tęczę prawidłową co do barwy zrosniętą z wyżej wymienioną blizną i przyrośniętą brzegiem źrenicznym do soczewki; z takiego to powodu pomimo że blizna tylko część źrenicy zakrywała przez pozostałą przezroczystą część zrenicy, nie z wnętrza gałki przejrzeć nie można, nawet po kilka krotnem wkropleniu roztworu siarczanu atropiny. Gałka twardsza w dotknięciu od zdrowój, nie bolesna, normalnie w oczodole położona i normalnie wykonywająca ruchy, uczucie światła tylko ilościowe, słabe; neuralgja rzęskowa (*neuralgia eiliaris*) silna, prawie ciągła z wieczornymi *exacerbacjami*. Z przeszłości dowiedzieć się tylko można iż *B*, przed 4 miesiącami zachorował, kilka tygodni ciężko był na oko chory, poczem mu się polepszyło, aż przed 2 tygodniami znowu dostał silnych, w oku i okolicach oka boleści, które nie ustępując żadnym dotąd używanym środkom zniewoliły go do udania się do szpitala.

Gdy wielkie dawki chininy, ciągłe atropinowanie oka, wcierania *belladonizowanej szaruchy*, *kataplazmy* i t. p. środki, nie zmniejszały neuralgji, kol. *Jodko* w dniu 14 przy-

stąpił do operacji częściowego wycięcia tęczy w kwadracie tejże zewnętrznym a więc naprzeciw rozmiękczonej blizny błony rogowej, i wykonał takową zupełnie prawidłowo. Po operacji nastąpiła 3 dniowa remisja bólów ale na czwarty dzień też znowu się wstawiły a gałka przy operacji nieco zmiękła znowu twardnieć poczęła, współcześnie zaś po za nową sztuczną źrenicą przez przezroczystą soczewkę można było we wnętrzu gałki dopatrzeć odblask właściwy nowotworom wnętrza oka amaurotisches Katzenauge; jednocześnie prawie wstawiły się rozmaite gastryczne przypadłości z dreszczami, gorączką i innymi objawami tego rodzaju, z powodu których Dr. J o d k o chorego z zagojoną już raną w rogówce, translokował do oddziału chorych wewnętrznych dnia 21 sierpnia; ua trzeci dzień t. j. 23 sierpnia chory zdrowszy ogólnie wrócił znowu do oddziału ocznego w stanie następującym:

Exophthalmus oka prawego ogromnych rozmiarów; badając stosunek profilu obu oczu do profilu nosa, profil oka zdrowego był po za profilem nosa na $\frac{1}{2}$ " profil zaś oka wysadzonego górował nad nosem o 1" blisko więc wysadzenia prawie $1\frac{1}{4}$ cala. Powieki rozciągnięte i napięte surowicznym wysiękiem, gałka mocno wypychana ku przodowi, twarda a rogówka tejże matowa.

Użyte kataplazmy przez 24 godzin w niczem stanu niezmieniły; zdało się tylko kol. J o d k o i wezwanemu do nara dy kol. C h w a t o w i że się rodzaj chełbotania u góry i na zewnątrz od oka pod górnym zewnętrznym brzegiem oczodołu wyczuwać dawał, z tego powodu w przypuszczeniu iż wtem miejscu ropień się tworzy został zanurzonym pomiędzy gałką a ścianą oczodołową górną lancet 1" długi; po wyciągnięciu tegoż ropa się nie pokazała, tylko parę kropelek krwi a zgłębnik wtenże otwór wprowadzony wszedł zupełnie swobodnie jakby do jakiejś jamy w głębi leżącej bo się zanurzył na przestrzeni $2\frac{1}{2}$ "; wprowadzono w ótwór pęczek skubanki i zalecono znowu kataplazmowanie; w dniu następnym 25 sierpnia sko-

ro się napięcie powiek nie zmniejszało zrobił kolega J. jeszcze jedne przekłucie o 6'' na wewnątrz pierwszego, w tymże samym co i tamten kierunku, większym już lancetem, i tym razem był pewny że na ropień natrafił, bo odporność tkanek po zanurzeniu na 1'' lancetu nagle się zmniejszyła jak gdy się w jakąś próżnię wchodzi; ale po wyjęciu lancetu znowu nie się ropy nie pokazało tylko kilka kropelek krwi, zgłębnik zaś wprowadzony zanurzał się bardzo głęboko i dotykał wgłębi swobodnie się ruszając koniec zgłębnika przez poprzednio zrobiony otwór wprowadzonego, a woda przez jeden z otworów do głębi zastrzykiwana wychodziła prawie czystą przez drugi otwór. Gdy pomimo tych nakłuć jeszcze się napięcie nie zmniejszało a błona rogowa zaczęła się wskutku silnego od tyłu nacisku owrzadzać, kol. J o d k o jeszcze przeciął kąt powiek zewnętrzny po której to dopiero operacyi na 6-y dzień od początku choroby naprężenie powiek zmniejszyło się, błona rogowa straciła matową powierzchnię owrzodzenie na tejże zaczęło się goić ale wzrok w zupełności znikł a gałka była ciągle znacznie przynajmniej na 1'' wysadzoną i prawie nie ruchomą; w tym stanie w dniu 5 września przedstawia kol. J. chorego na posiedzeniu zapytując obecnych o diagnozę choroby.

Kol. S z o k a l s k i sądzi że u rzeczonoego chorego w tylnej części gałki ocznej utworzył się gliomat który rozrastając się ku tyłowi stopniowo przedarł się przez okrywy oka i następnie szybko w oczodole wzrastając wywołał exophthalmus. Toby tłumaczyło że po punkcyi nic nie wypływało, że zgłębnik swobodnie głęboko wchodził, że sondy przez dwa otwory wprowadzone do oczodołu zetknęły się z sobą. Kol. S z o k a l s k i uważa że w obecnym wypadku extyrpacya oka jest wskazaną.

Kol. P r e z e s mniema że cały szereg objawów opisanych przez kol. J o d k ę, należy odnieść do jednego i tego samego processu patologicznego, nie zaś do dwóch równoległych, mianowicie początkowego zajęcia rogówki i tęczy a następnie zapalenia okostnej oczodołowej (periostitis orbitae). Co do natury nowotworu, przypuszcza że tu jest Sarcoma parvi-

cellulare chorioideae, który początek swój wziął z punktu umieszczonego w bliskości ciała rzęskowego.

Kol. Szokalski jest zdania że nowotwór rozszerzał się nie tylko od tyłu, gdzie prawdopodobnie wzdłuż naczyń rzęskowych przedarł się do oczodołu, ale i od przodu przez co napierał na tęczę i takową przysunął do rogówki.

Kol. Jodko myśli że parcia od tyłu na tęczę nie było gdyż w takim razie doznawałby przy iridectomii trudności których nie napotykał.

Kol. Prezes nie widzi potrzeby przypuszczenia iż nowotwór napierał na tęczę od tyłu; może być bowiem jak to okazywany niedawno preparat przez kol. Szokalskiego dowodził, że nowotwór rozszerza się ku tyłowi, i tam się wydostaje na zewnątrz gałki nim jeszcze całkowicie wewnątrz jamy ocznej wypełni.

Kol. Szokalski twierdzi że nowotwory wydostają się z gałki ocznej w miejscach tych w których napotykają na najcieńsze ściany, zatem najczęściej od przodu, gdyż z tyłu twardówka jest o wiele twardsza. Dla tego też obecny wypadek uważa za rzadki z powodu iż nowotwór wydostał się na zewnątrz gałki ocznej od tyłu, i przyjscie do skutku tego objawu tłumaczy sobie szerzeniem się nowotworu wzdłuż naczyń rzęskowych które w miejscach gdzie przebijają twardówkę ułatwiły nowotworowi przedostanie się do oczodołu.

V. Kol. Benni przedstawia chorą leczoną przez niego na chorobę skórą wilkiem (lupus) zwaną a której historia jest następująca:

Kowalska Anna, lat 16 przedstawia nam wypadek Lupus na twarzy, pod postacią Lupus exedens na nosie i wardze górnej, Lupus erythematodes (Cazenave). Seborrhagieus (Volkmann) na policzkach. Cierpienie datuje od dwóch lat, rozpoczęło się od owrzodzeń błony śluzowej nosa i zaczęło się rozwijać współcześnie z miesiączkowaniem, okoliczność zdarzająca się podług Volkmana w połowie prawie wypadków.

Wstąpiła do szpitala Dzieciątka Jezus dnia 22 Maja 1871. Do dnia 6 Czerwca używane tylko były środki oczyszczające, rozmięczające jakoto kataplazmy, okłady z siemienia lnianego, kompresy maczane w tranie.

W połowie Czerwca zacząłem leczyć chorą metodę Hebry to jest niszczeniem części exulcerowanych kamieniem piekielnym in substantia, wpychając jak można najgłębiej w tkanki rozmiękłe, co było robione dnia 14, 16, 20 i 23 Czerwca, i powtórnie wcieraniem maści merkurjalnej szarój do części nieowrzdodzonych, po skrupule rano i po skrupule wieczór przez dni 18.

Poprawa była bardzo znaczna, części zniweczone lapisem znikły, powierzchnia się zagoiła, ale cała przestrzeń policzków zajęta Lupusem formy seborrhagicznej pozostała mniej więcej w dawnym stanie; mnóstwo było tuberkułów nowotworu rozsianych w skórze, kolor jój był ciemno pąsowy, lśniący i pokrywający się strupami charakterycznymi dla téj formy.

Dnia 16 Sierpnia uciekłem się do metody nakłuwania (punctio multiplex) Volkmanna i zrobiłem więcej jak 200 nakłuć powierzchownych, mniej więcej na 2 linie głębokich. Użyłem do tego lancetu do szczepienia ospy przeznaczonego. Powtórzyłem to nakłuwanie dnia 18, 24 i 30 Sierpnia. Pierwszy raz użyłem Chloroformu, następnie zaś obywałem się bez niego. Ból jest względnie mały. Koniec noża za każdym razem trudniej przebija skórę coraz bardziej tkanką bliznową przepelnioną.

Dzisiaj widzimy chorą z nosem i wargą górną zupełnie zagojoną, z policzkami czystymi, nie lśniącymi, oswobodzonymi od węzłków nowotworu.

Na tem posiedzenie ukończono.

Dr. W s z e b o r.

PRACE ORYGINALNE

WYCIĘCIE JAJNIKA

OVARIOTOMIA

OPISAL

Jakób Rosenthal.

Lekarz Ordynujący w Szpitalu Starozakonnym w Warszawie.

Himmelblau Ruchla, starozakonna mężatka, lat 22 licząca, z gminy Czemierniki pochodząca, zawsze ciesząca się jak najlepszym zdrowiem, żadnej choroby obłożnej nie przechodziła. W 14-m roku życia po raz pierwszy dostała czyszczenia miesięcznego, które regularnie co 4 tygodnie, bez żadnych osobliwych boleści lub objawów nerwowych, się powtarzało. Przed 7-iu laty wyszła za mąż i powiła szczęśliwie troje dzieci, z których ostatnie przed 1³/₄ rokiem. Żadnym chorobom położowym lub po położowym nie ulegała, dzieci zaś sama wykarmiła, z których ostatnie przed sześciami miesiącami odstawiła od piersi.

W pół roku po ostatnim porodzie spostrzegła powyżej pachwiny lewej guz wielkości pomarańczy, niebo-

lesny, który poruszając ręką mogła oprowadzić swobodnie po całej jamie brzusznej. Guz ten prawie wcale lub mało się powiększył w ciągu 10-u miesięcy; dopiero po odstawieniu dziecięcia od piersi i po dostaniu następnie w 9 tygodni menstruacji, która znowu regularnie co 4 tygodnie przychodziła, guz zaczął szybko wzrastać i zaniepokajać chorą, tym więcej iż od czasu do czasu doznawała niezwykłych boleści w brzuchu, wypróżnienia dotychczas codzienne zaczęły stawać się nieregularnymi, mocz potrzebowała co chwila oddawać, chodzić tak dobrze jak poprzednio nie mogła, przy pracy około domu prędko się męczyła i t. d. W tym stanie udała się o poradę do różnych lekarzy, którzy radzili jej kąpiele zwyczajne, to solne, okłady ciepłe, zimne, wewnątrz podawali kali jodatum; lecz mimo tego wszystkiego guz dalej rośł i jak chora zapewniała po każdej kąpieli widocznie się powiększał. Zniechęcona nareszcie wszystkimi dotąd używanymi środkami przybyła do Warszawy i w dniu 13 Lipca r. b. wstąpiła do szpitala Starozakonnych oddziału ginekologiczno-wewnętrznego. w którym ordynuję.

Przy badaniu nazajutrz po przyjęciu chorąj skutecznionem, znalazłem co następuje:

Kobieta wzrostu średniego (159 cm.), brunetka, barwa twarzy śniada, na policzkach niewielkie rumieńce, oczy czarne, układ kostny jakkolwiek delikatny lecz dobrze rozrośnięty, mięśnie nie zwiotczałe, pokład tkanki tłuszczowej podskórnej niewielki, lecz w ogóle odżywienie dobre, jeszcze nie podupałe. Sutki dobrze rozwinięte, brodawki ciemnobrunatną obwódką opasane, wystające, brzuch znacznie powiększony. Objętość jego w po-

przecznój linii pępkowej w położeniu stojącym wynosi 87 ctm, w położeniu zaś leżącym na grzbiecie 84 ctm; przestrzeń od wyrostka mieczowego k. mostkowej do spojenia łonowego w położeniu stojącym wynosi 44 ctm. w położeniu leżącym 40 ctm. przestrzeń od wyrostka mieczowego do pępka, przy staniu 22 ctm. przy leżeniu 18 ctm. od pępka zaś do spojenia łonowego w obu położeniach równa się 22 ctm. W ogóle brzuch ma wygląd, jak u osoby znajdującej się w 9-m miesiącu ciąży. Przy nacisku na brzuch w pozycji stojącej, wyczuwamy guz twardy, sprężysty, ruchomy, posuwalny na boki, sięgający dnem na 8 ctm. powyżej pępka. Przy leżeniu zaś spostrzegamy iż guz ten składa się z trzech mniejszych guzów, mianowicie jednego w środku brzucha i dwóch większych od pierwszego, usadowionych w każdej z dwóch okolic nadbiodrowych, połączonych z środkowym a odgraniczonych od niego z każdej strony bruzdą, którą łatwo w położeniu tem już okiem spostrzedz można, gdyż pokrywy brzuszne w tem położeniu, przybierają kształt guzów pod nimi leżących.

Guz ten w całości ma długości 30 ctm. mierząc od podstawy jego (t. j. od kości łonowych) do dna, szerokości zaś 40 ctm. biorąc wymiar w kierunku poprzecznym. Guz lewy dnem sięga pod łuk żeberowy lewy, guz zaś prawy linii poprzecznej leżącej w środku między grzebieniem biodrowym, miednicą a łukiem żeberowym. Przesuwalność guza jest nadzwyczajna; posuwając guz ze strony lewej ku górze, lub ze strony prawej ku dołowi, możemy przeprowadzić go w boki przeciwne niesprawując chorąj szczególnego bólu, do tego stopnia, iż cały guz

osadzony na podstawie o ile się zdaje szypułkowatę skręcić możemy prawie na około własnej jego osi. W całym guzie we wszystkich częściach jego wyczuwamy jasne przelewanie (fluctuatio).

Badając przez pochwę, znaleźliśmy część pochwową macicy w linii środkowej kanału miednicy położoną, niezbyt długą, konsystencyi normalnej; na około ust macicznych lekkie zdarcie nabłonka (excoriatio); wchodząc dwoma palcami w przednią część sklepienia pochwy, wyczuwamy ciało stanowiące odcinek kuli, sprężyste, łatwo ku górze posuwalne, lecz fluktuacyi wyczuć w niem nie możemy. Badając przez kışkę odchodową znajdujemy część pochwową macicy, wyżej opisaną lecz guza dosięgnąć nie możemy. Założywszy zaś kateter do pęcherza i jednocześnie badając przez kışkę odchodową wyczuwany między kateterem a palcem badającym ciało macicy normalnej wielkości. Długość też jamy macicy, wymierzonej sondą Valleix'a wynosi $7\frac{1}{2}$ ctm. Przy nacisku guza przez powłoki brzuszne, część pochwową macicy prawie zupełnie zachowuje swe pierwotne położenie.

Co się innych organów dotyczy, to płuca, serce i wątroba nie pokazują żadnych zбочeń; apetyt dobry, jakkolwiek trawienie upośledzone; chora bowiem po 2 lub 3 dni r'e miewa wypróżnień. Mocz badany chemicznie nie okazał żadnych nieprawidłowych oznaków; ciężar gatunkowy 1,014, fosforanów ziem ilość nieco powiększona; chlorki, siazaczany, barwniki żółci w normalnej ilości. Pod względem umysłowym, chora jakkolwiek nie odebrała wyższego wykształcenia jest dobrze rozwiniętą; w leczeniu cierpienia swego dotychczas zawiedziona, w Bogu po-

kłada nadzieję powrotu do zdrowia i na wolę Jego się zdaje.

Rozpoznanie choroby nie przedstawiało żadnych trudności; mieliśmy do czynienia z torbielem złożonym lewego jajnika o zawartości prawdopodobnie klejowatą (cysta multilocularis colloidea v. cystoidea), o czem kształt guza jego konsystencya, siedlisko, powstanie i rozwój dowodnie świadczą. Wyłączyć bowiem tu musimy wszelkie nowotwory macicy, ponieważ organ ten znaleźliśmy najzupełniej zdrowym; dalej torbiele nerek, ponieważ w takim razie guz leżałby więcej od tyłu, i za kiszki, mocz byłby krwawym, zawierałby biało, kamienie moczowe, chora cierpiałaby na klucie w boku (colica nephritica) i t. p. przypadłości, których w naszym wypadku nie postrzegaliśmy.

Torbiele otrzewnej jakkolwiek zdarzają się, ale rzadko, nie są ruchome, i nigdy podobnej wielkości nie dochodzą; to samo powiedzieć musimy o torbielach gruczołów krezkowych.

Rozpoznanie zatem nie przedstawiało trudności, szło nam tylko o wybranie stosownego leczenia.

Nie dawnymi jeszcze czasy, w celu uleczenia z nowotworu podonaj wielkości, używany był cały zasób środków t. z. resorbentia, na czele których stoją jod i kąpiele mineralne słone. Nie przeczę, iż środki te używane w samym początku choroby, mogą jakąś ulgę chorąj przynieść, lecz aby nowotwór zorganizowany miał się zresorbować w to uwierzyć nie można. Nowotwór może stać się znośnym, kuracya środkami temi lata prowadzona, być może niepozwoli się nowotworowi szybko rozwijać a być

może pozostanie on na czas krótszy lub dłuższy in statu quo. kobieta może przy nim zachodzić w ciążę, rodzić, ale aby nowotwór zniknął, tego żaden z lekarzy nie widział i bezwątpienia nie obaczy. Cóż dopiero mówić o nowotworze którego długość 12 a szerokość 16 cali wynosi. Czyżby on się choć na milimetr zmniejszył? Mnie się zdaje że nie, a chora sama zapewniała iż czuła, że po każdej kąpieli wziętej guz w niej rósł. Leczenie to zatem, jako zdaniem naszym, nie przynoszące w danym razie żadnej korzyści, odrzuciliśmy.

Pozostało więc leczenie na drodze chirurgicznój.

Przekłucie guza i wypuszczenie zawartości jego, czyżby doprowadziło nas do celu? Nie. Rozpoznanie nasze brzmi: torbiel złożona lewego jajnika. Przekłucie wypróżniłoby jedną torbiel, dwie drugie, widoczne dla nas, a może i więcej ich, których przez pokrywy brzuszne rozpoznać nie byliśmy w możności, pozostałyby. Przekłuwszy nawet wszystkie trzy widoczne dla nas torbiele t. j. uskuteczniając przekłucie trzykrotnie, czyż możemy być pewni, że wszystką zawartość wypuścimy? Czy część zawartości przez otwór zrobiony trójgrańcem nie może wypłynąć do jamy otrzewnej i spowodować śmiertelne nawet jej zapalenie? Czy nie mogą nastąpić w skutek przekłuc zrosty z otrzewną, które następnie w razie nowego zebrania się płynu, utrudniałyby inne działania? Czyż zresztą, przez nowe zebranie się płynu, organizm nie niszczy się, a to przez ubytek białka we krwi, i siły nie nikną, tak iż śmiało powiedzieć można, że życie przez punkcyją w tym razie robione, skróconem a nie przedłużonem zostaje.

To samo prawie, powiedzieć można w tym razie o przekłuciu połączone z zastrzyknięciem nalewki jodowej lub innéj jakiej cieczy, zadaniem którój ma być podrażnienie ścian torbieli i wywołanie w nich zapalenia zlepnego. Jakkolwiek Prof. Braun w ostatnich czasach zaleca to postępowanie wprowadzone przez Boine-t'a w r. 1852 w życie, i wielu otrzymywało świetne przy niem rezultata, jednakże zawsze ono zastosowywanem bywało przy torbieli pojedynczój, nie zaś złożonój, przy którój może byłoby niebezpiecznijszem jak proste przekłucie.

Pozostało więc jedno jeszcze postępowanie, a mianowicie usunięcie zwyrodniałego jajnika na drodze operacyi—ovariatomia.

Operacya ta zaproponowana w r. 1685 przez Th. Schorhoppfa, podług innych w 1752 r. przez Jana Targioni Tozetti wykonaną miała być po raz pierwszy z pomyślnym skutkiem w 1781 r. we Francyi przez chirurga L'Aumonier. W 1814 r. wykonaną została po raz pierwszy we Włoszech przez Dra. Emiliani Gaëtano di Faenza. W r. 1819 przez Chrysmara w Niemczech, w Anglii zaś w 1825 r. przez Lizarsa, a w Ameryce w r. 1809 przez MacDowell'a. Od tego czasu z rozmaitem szczęściem robili ją różni lekarze jak Morand, Maisonneuve, Richard, Hergott, Boinet, Wojcikowski. Larrey, Vaullegeard, Demarquay, Diffenbach, Kivisch von Rotterau, Kaeberle, Taylor Smith, Baker Brown, Spencer Wells, Keith, Charles Clay, Langenbeck, Nussbaum, Stilling, Martin, Scanzoni, Hamilton, Robinson Storer, Atlee. W Pe-

tersburgu Prof. Krassowski wykonał ją 15 razy, z tych wyzdrowiało 9, umarło 6 (patrz: Семь овариотоміи проф. Крассовскаго). W Krakowie robił ją raz w 1868 r. ś. p. prof. Gilewski, z śmiertelnem zejściem. U nas wykonano ją 5 razy a mianowicie: prof. Girsztowt dwa razy, prof. Gliszczyński, Dr. Neugebauer i Dr. Stankiewicz Wład. po razie, z tych dwie ostatnie z pomyślnym rezultatem.

Statystyka robionych ovariometrii daje także niepoślednie dane i tak: Spencer Wells na 100 operowanych, miał wyzdrowiających 72, a zejść śmiertelnych 28 procent więc wyzdrowienia tych wynosi 72%; prof. Koerberle od dnia 2 Czerwca 1862 r. d. 1 Marca 1869 r. wykonał 89 operacji, z tych wyzdrowiało 61, umarło 28; procent więc wyzdrowiających wynosi 68,5%, (patrz Gazeta Lekarska T. 6. str. 526 i 688); Taylor Smith wykazał 81,25%, Atlee 61%, Krassowski 60%, Negroni 62,34%, Clay 53,67%, Baker Brown 57,17%, Hamilton 56,75%, Folk 58,80%, Simon 27,27¹/₂, (na 44 operow. 12 wyzdrowiało) (Patrz Gazeta Lekarska T. 1 str. 368). U nas stosunek także nie należy do najgorszych wynosi bowiem 40%.

Zważywszy te wszystkie dane, uznaliśmy za wskazane w naszym wypadku wykonanie ovariometrii, tym więcej iż chora znajdowała się w szczególnie dobrych warunkach. Młoda, siły niewyczerpane jeszcze, choroba czysta, nieskomplikowana z innemi, zrostów z otrzewną brzuszną żadnych, wszystko to pozwalało spodziewać się szczęśliwego zejścia operacji. Z drugiej strony opera-

cya wskazaną była i z tego powodu, iż nowotwór w ostatnich trzech miesiącach szybko rość zaczął i w krótkim czasie mógł podkopać dość silny jeszcze organizm chorój.

Kilkakrotnie robione narady z różnemi lekarzami jak Dr. Rosenthalem (ojcem), Chwatem, Kinderfreundem, utwierdziły nas w tem przekonaniu iż chora tylko na drodze doszczętnój operacyi z cierpienia swego uleczoną być może. Przedstawiłem więc chorój nasze zdanie, a gdy chętnie na nie przystała i niejednokrotnie sama upominała się o przyspieszenie dnia operacyi, naradziwszy się i zbadawszy ją jeszcze raz wspólnie z kolegami, na dzień operacyi 30 Lipca r. b. wyznaczyłem.

Rokowanie dla chorój, już z powodu samego cierpienia, które w tak krótkim stosunkowo przeciągu czasu, do tak wysokiego doszło stopnia postawić musiałem, rozumie się, jak najgorsze; rokowanie zaś co do operacyi, zważywszy na wyżej podane warunki, było jeżeli nie dobre, dla samego niebezpieczeństwa operacyi, to przynajmniej nie najgorsze.

Dnia 29 Lipca podałem chorój olejek rycinowy, w dniu zaś wyznaczonym, po zbadaniu chorój przez obecnych kolegów, przystąpiłem do operacyi wspólnie z koll. Chwatem i w asystencyi prof. Dr. Tyrchowskiego, Dr. Dr. D. Rosenthala (ojca), Kinderfreunda, Kohna, Goldsobla, Ruckera, Weitzenblutha, Heringa, Kaz. Rosenthala i Cymermana.

Chorą ułożoną na łóżku zaczęto chloroformować o godzinie 1 minut 55 z południa. Po zupełnem uspieniu i wypuszczeniu cewnikiem moczu, o godz. 2 minut 4-y, bisturem brzuszastym poprowadziliśmy cięcie skórne wzdłuż linii białej, rozpoczynające się na 3 ctm. pod pępkiem a kończące się na 4 ctm., po nad spojeniem łonowem; następnie lekko prowadzonemi cięciami przeniknęliśmy przez tkankę podskórną, niezbyt w tłuszcz obfitującą, powieź powierzchowną, linią białą i luźną tkankę łączną i doszliśmy do otrzewnej którą ujawszy kleszczykami nakłułem nożykiem. Przez zrobiony otwór wyciekło około 3 uncyi płynu przezroczystego, surowiczego. Następnie na zgłębniku rowkowanym przecięliśmy nożykiem Potta otrzewną w górę i ku dołowi, aż do obu kątów rany skórnej. W otwór ten w ścianie brzusznej mającym 15 ctm. długości wstawiła się przednia powierzchnia guza, wyglądu błoniastego, barwy niebiesko perłowej, połyskującej.

Ręka zmoczona w wodzie ciepłej i wprowadzona do jamy brzucha nienatrafiała na żadne przyczepy tak z prawej jak i z lewej strony.

Następnie kol. C h w a t wypróżnił za pomocą troakaru i przyrządu ssącego swego pomysłu torbiel w ranę wstawioną, a po zawiązaniu ligaturą otworu zrobionego trójgrańcem, wypróżnił drugą torbiel z lewego boku w ranę wprowadzoną. Manipulacya wypróżnienia torbieli, odgrywająca dość ważną rolę przy tej operacyi, dokonaną została dzięki wyżej przytoczonemu przyrządowi z nadzwyczajną łatwością i akuratnością, tak że ani jedna kropla płynu z torbieli nie dostała się do jamy brzusznej, a o-

prócz tego skróciła o wiele czas trwania samej operacji. (Pomieniony przyrząd swój jak również i troakar kol. C h w a t, przedstawi kollegom i szczegółowy opis zamieści w jednym z pism lekarskich).

Płyn wypuszczony był koloru szaro-brunatno-zielonego, z obu torbieli jednakowy, klejki, gęstości syropu, w ilości 10 funt. Po odpuszczeniu dopiero tak znacznej ilości płynu udało się przez pociąganie cały guz wyprowadzić na zewnątrz rany.

Dokonawszy tego rozpatrzyliśmy połączenia guza z innymi organami. I tak za pomocą szypuły łączył się z lewym brzegiem macicy i jajowodem który w części przyrośnięty był do guza, w części zaś wchodził w skład szypuły, obfitującej w naczynia, dłuższej do 10-u ctm., czerwonej a którą stanowiły więzy szeroki i obły macicy. Zrostów jak wspomnieliśmy nie było żadnych, oprócz zlepu na niewielkiej przestrzeni, z siecią ciemno-czerwonego koloru o naczyniach nastrzykniętych, a to z lewej i tylnej powierzchni torbieli. Po oddzieleniu zlepu powyższego palcami i przekonaniu się że macica i jajnik prawy są w położeniu normalnem, niepowiększone i zdrowe, podwiązaliśmy szypułę następującym sposobem: dwie mocne ligatury, nawleczone w jedną igłę przeprowadziliśmy przez środek szypuły; następnie odsunawszy igłę związaliśmy dwa końce jednej ligatury silnie zaciskając z jednej strony szypuły, dwa końce zaś drugiej ligatury z drugiej strony; dla większego zaś bezpieczeństwa założyliśmy trzecią podwiązkę na około całej szypuły; skończywszy to odcięliśmy szypułę od guza w odległości jednego ctm. od tego ostatniego, pozostała zaś dość długa, bo mają-

ca ą około 9-u ctm., szypułę ujeliśmy w klamp ą presion paralléle et continue, R o b e r t a i C o l l i n'a, poniżej ligatur i ułożyliśmy ją w dolnym kącie rany. Następne oczyszczenie jamy brzusznej nie przedstawiło żadnych trudności z powodu zachowanej czystości przy wypuszczaniu płynu z torbieli.

Czynność od chwili rozpoczęcia operacji do tego momentu trwała pół godziny i o godzinie 2 minut 35 przystąpiliśmy do zeszcicia rany brzusznej.

W tym celu nałożyliśmy cztery szwy wałeczkowe głębokie zajmujące wszystkie warstwy pokryw brzusznych oprócz otrzewnej (do których użyliśmy podwójnie złożonych ligatur jedwabnych), i 10 szwów węzełkowych łączących powierzchowne warstwy brzegów rany. Tym sposobem rana wynosząca 15 ctm. przez ściągnięcie się ścian brzusznych, doszła do 11-u ctm. i zamkniętą została z wyjątkiem dolnego kąta, przez który sterczała szypuła ujęta w klamp. Skończywszy to wszystko i obmywszy chorą, która niewięcej jak 2 — 3 uncyi krwi straciła, zajęliśmy się jęj opatrunkiem. W tym celu ułożywszy ją na czystem łózk i rozpostarłszy pod nią flanelę pokryliśmy ranę i kąty znajdujące się między wyniosłością rany a wolnemi częściami brzucha szarpią, którą znów pokryliśmy kompressami. Następnie cały brzuch zawinęliśmy w rozpostartą pod chorą flanelę, którą umocowaliśmy szpilkami.

Wszystko to ukończono o godz. 2ej minut 57; cała więc operacya włącznie z chloroformowaniem i nałożeniem opatrunku trwało 62 minut.

Chora rozbudzona była spokojną, dziękowała Bogu i nam że operację przeżyła i wyrażała ufność, że dalsze leczenie zakończy się wyzdrowieniem.

Puls jój wynosił 80 uderzeń na minutę, ciepłota ciała nie podwyższona. W każdym razie i dla powstrzymania mogących nastąpić wypróżnień, podaliśmy jój $\frac{1}{2}$ gr. makowca; za napój zaś poleciliśmy zimną wodę.

Wycięty guz, bez wypuszczonego zeń płynu ważył trzy funty cywilne; a ponieważ waga wypuszczonego płynu wynosiła 10 funt. cywilnych, cały więc guz przed operacją ważył 13 funt. cywilnych czyli 15 funt. i 2 uncje wagi aptekarskiej.

Guz ten zbadał na prośbę moję professor Anatomii Patologicznej Dr. B r o d o w s k i pod względem histologicznym *)

Po przecięciu trzeciej pozostałej cysty wypłynął z niej płyn ciemno brunatny, w którym pod mikroskopem znaleziono krążki krwi świeższe i dawniejsze, te ostatnie ulegające przemianie wstecznej, o konturach białych: barwnik znajduje się przy brzegu w postaci drobnych ziareczek; takż jedna komórka zawierająca krążek krwi. Krążki krwi białej uległy przemianie tłuszczowej. Płyn z małej cysty, znajdującej się między większemi cystami, był klejowaty bezbarwny, zawierający komórki w stanie przemiany kolloidalnej lub tłuszczowej, jakoteż cholestearynę w kryształach, gdzie nie gdzie zaś krążki krwi.

Przebieg po operacyjny był następujący:

O godzinie 8 $\frac{1}{2}$ wieczorem, chora miernie gorączkuje p. 108 twardy, ciepłota ciała + 38,4° C.; na żadne

* Wypadek badania podany będzie później

boleści się nie uskarża, mocz o godz. 5 po południu cewnikiem odpuszczono. Polecono dać jej drugi proszek $\frac{1}{2}$ granowy makowca, za napój dalej zimną wodę.

Dnia 31 Lipca o godz. $8\frac{1}{2}$ z rana p. 120. $T+37,3^{\circ}\text{C}$. W nocy nie spała lecz jak mówi z powodu niewygodnego dla niej położenia na wznak do którego nie jest przyzwyczajoną. Urynę odpuszczono o godz. 12 w nocy i 5-jej z rana; barwa jej słomiana, oddziaływanie kwaśne. Brzuch nie wzdęty, za naciskiem niebolesny. Powierzchowne warstwy brzegów rany zdają się być bezpośrednio sklezione (per primam intentionem). Szypuła dobrze umocowana w dolnym brzegu rany, zaczyna gnić i wydaje woń nie przyjemną, dla tego po zaciśnięciu mocniejszym klampa, posmarowano ją liquore ferri sesquichlorati. Za napój pozostawiono zimną wodę i dozwolono nieco herbaty lekkiej o którą chora się dopomina. O godz. $6\frac{1}{2}$ wieczorem p. 124 miękki, $T + 37,8^{\circ}\text{C}$. W dzień nie spała; urynę o godz. drugiej i 6-jej popołudniu cewnikiem odpuszczono. Barwa jej i oddziaływanie jak z rana. Skarży się na ból w krzyżu który kładzie na karb leżenia. Brzuch nie wzdęty i niebolesny, język wilgotny lekko obłożony; przytem lekkie odbijanie i od czasu do czasu czkawka. Przypisując podniesienie się pulsu, przy prawie prawidłowej temperaturze, bezsenności od 36 godzin trwającej, poleciliśmy podać na noc $\frac{1}{2}$ grana makowca; z powodu zaś odbijania, za napój zimną wodę z lodem i limonadę z cytryny także z lodem.

W nocy z d. 31 Lipca na 1 Sierpnia o godz. $12\frac{3}{4}$ zawezwano mnie do chorój z powodu od dwóch już godzin trwających nudności i womitów. Przybywszy do niej znalazłem p. 132, mały, miękki, drobny, prędko; $T+36,6^{\circ}\text{C}$.

brzuch mocno wzdęty, za lekkim naciskiem bolesny; kończyny dolne zimne, czkawka silna, chora womituje nawet lód w kawałkach który łyka.

Uważając stan powyższy, za silne od paru godzin rozwinięte zapalenie otrzewnej, po naradzie odbytej z kol. K i n d e r f r e u n d e m, przystawiłem jęj natychmiast 36 pijawek na brzuch po odpadnięciu zaś ich zimny okład. do wewnątrz zaś przepisaliśmy: Aquilae albae grj, Magisterii bismuthi grjjj, Sacchari albi grx, Mfpulv. d. t. d. N. 8. S. Co godzina proszek. Do łykania zaś lód.

Mimo tego wszystkiego d. 1 Sierpnia o godzinie 8-jej z rana puls wyczuć nie mogliśmy, ręce do nadgarstka były zimne i zsiniałe, nogi także do kolan, brzuch mocno wzdęty, bolesny, język wilgotny, zimny. Sinica nosa i ust, całe ciało potem lepkiem i zimnym okryte; wypróżnienia nie było, urynę pod siebie bezwiednie oddała. O godzinie 9-jej z rana, w 43 godzin po operacyi skończyła życie.

Tegoż dnia wykonaliśmy sekcję jamy brzusznej. Po odjęciu szwów, rana tak powierzchowna jak i głęboka zagojona była przez bezpośrednie zlepienie; po otwarciu brzucha znaleźliśmy w nim około kwarty wysięku surowiczego -- włóknikowego; w małej miednicy nieco wysięku ropnego. Sieć mocno przekrwiona, zgrubiała do kiszek przylepiona; kiszki między sobą zlepione. Otrzewna nie zbyt przekrwiona, czerwonawa, zgrubiała, za pomocą cieniutkiej warstewki wysięku włóknikowego do kiszek przylepiona. Żołądek i kiszki mocno gazami wzdęte. Macica i jajnik prawy zdrowe, nic godnego uwagi nie przedstawiające. W szypule torbiela żadnych szczególnych zmian nlema.

Przyczyną więc śmierci u naszej operowanej było ostre rozlane zapalenie otrzewnej (peritonitis aeutissima diffusa), o przebiegu bardzo krótkim.

I rzeczywiście o godz. 7-ój wieczorem, żadnego śladu peritonitidis nie spostrzegliśmy, gdy w sześć godzin później chorobę, prawie u szczytu jęj, zaczęliśmy obserwo-
wać. To też jak prędkiem było powstanie jęj, tak wiel-
kiem jęj natężenie, tak krótkiem jęj trwanie. Wysiłek su-
rowiczo—włóknikowy przy sekcji znaleziony, szczególniej
zaś ten ostatni pokrywający cieką warstewką otrzewną
i zlepiający ją z kiszki i kiszki między sobą, jest naj-
lepszym dowodem krótko trwałości procesu. W przeci-
wnym bowiem razie wysiłek ten daleko byłby grubszym,
i w wysięku surowicznym znaleźlibyśmy kosmki włóknika,
czego tutaj nie zauważaliśmy. Za przyczynę zaś powsta-
nia, podobnie ostrego zapalenia, przyjąć musimy, naj-
pierw zadaną traumę, powtóre być może i przeniesienie
się zapalenia na otrzewną brzuszną z sieci, którą w tym
razie znaleźliśmy mocno przekrwioną, zgrubiałą.

Te tylko mogą być przyczyny powstania zapalenia
u naszej choręj. Kiszki bowiem i w ogóle wnętrzości
jamy brzusznej prawie wcale lub zbyt krótko były wy-
stawione na działanie powietrza, aby można było to
uważać za przyczynę choroby. Znany jest zresztą w li-
teraturze wypadek wycięcia macicy i dwóch jajników
przez Horacyusza Robinsona Storer'a w Bosto-
nie, gdzie w skutek krwotoków do jamy brzusznej, ranę
przez 3 godziny zostawiono nie zaszytą, operowana
jednakowoż nie przeszedłszy peritonitidis, wyzdrowiała
(patrz Gaz. Lek. T. 7. str. 10 i 28).

Pozostaje się więc jako przyczyna wyżej podana trauma do której dodać jeszcze możemy, pewne usposobienie, skłonność organizmu w tym razie do powstania i ulegnięcia pewnej chorobie. Jeżeli bowiem jedna operowana, jak Storera, po trzygodzinnem wystawieniu wnętrza jamy otrzewnej na działanie powietrza, po krwotokach do tejże jamy, które takż drażniąc na otrzewną powinnyby były działać, nie przeszła nawet lekkiego zapalenia otrzewnej, dla czegoż druga, przy bez zawikań wykonanej operacji, gdyby pewnej skłonności do choroby nie posiadała, miałaby jój uleż z tak dla siebie nieszczęśliwym zejściem.

Silne zaś natężenie choroby, która w kilku godzinach położyła kres życiu, tłumaczyć tylko możemy dobrem odżywieniem i siłami chorój, tem więcój, iż wiemy, że im silniejszy organizm tem choroba z większem natężeniem w nim występuje i przeciwnie.

SPRAWOZDANIE

Z PRZYPADKÓW GYNIJATRYCZNYCH
w roku 1870

OPERACYJNYM SPOSOBEM LECZONYCH

W SZPITALU ŚWIĘTEGO DUCHA W WARSZAWIE.

przez

Dra L. NEUGEBAUERA

Lekarza ordynującego w tymże Szpitalu.

(dalszy ciąg)

Po wyjęciu szóstej gąbki, w dniu 6 grudnia, podolałem już wprowadzić, chociaż z pewną jeszcze trudnością, koniec palca małego.

Od tej chwili zatrzymałem się z zaprowadzaniem gąbek a wziąłem się natomiast do noża i zrobiłem w ściany będącego w mowie oddziału pochwy cztery cięcia rozbieżne, dwa ku stronie prawej, dwa ku lewej. Same cięcia ze względu na nader wąską przestrzeń jako u chorój tej istniała między pęcherzem i cewką moczową z jednéj

a kiszka stolcową z drugiej strony, wykonałem z jak największą ostrożnością i pod kontrolą palca skazującego ręki mojej lewej poprzednio do kiszki stolcowej wprowadzonego a stroną dłoniową ku pochwie obróconego, przy równoczesnem nadto wznoszeniu cewki moczowej za pomocą kateteru metalowego przez pomocnika. Ciężciom udzieliłem głębokość półtora centimetra i przeszło.

W skutek takowej operacyi pochwa okazała się już o tyle rozszerzoną, że wygodnie wejść w nią mogłem palcem skazującym aż do części pochwowój macicy.

Po operacyi wprowadziłem do pochwy gruby burdonet ze skubanki zmoczonej oliwą, który nazajutrz usunąłem i zastąpiłem przez nowy takiż burdonet.

Pod czas tego zakładania burdonetów, nadal już codziennie powtarzanego, chora w dniu 9. grudnia dostała swęj regularności, która jednak następnego już dnia ustała.

Rany zwolna zablizniły się. W skutek atoli zabliznienia, mimo zakładanie grubych burdonetów rozszerzona część pochwy na nowo ścieśniać się poczęła, z tego powodu w dniu 20 grudnia rozszerzyłem ją raz jeszcze za pomocą noża, w takiż sam jak i pierwszy raz sposób.

Jakkolwiek i po drugiej téj operacyi pochwa okazywała pewną jeszcze skłonność do zwężenia się na nowo, zwężenie to nie doszło już do wyższego stopnia, i chora, która właściwie już w dniu 24 grudnia szpital opuściła, ale po wyjściu ze szpitala jeszcze przez niejaki czas pod okiem moim pozostała, w parę tygodni po wyjściu ze skutku operacyi, do domu odjechała.

VII. *Operacja torbieli pochwy.*
(Operatio cystidum vaginae).

Operację tę wykonałem na 25-letniej kobiecie, w dniu 14 listopada (1870 r.) do szpitala przybyłej, u której przy śledzeniu części rodnych znalazłem dwa torbiele wielkości większych laskowych orzechów w dolnej części pochwy, a mianowicie jeden w ścianie przedniej tego przewodu po stronie lewej, drugi w ścianie tylnej po stronie prawej. Torbiele te leżały pod błoną śluzową, którą silnie ku wydrążeniu pochwy wypuklały i która z niemi była ściśle zrosnięta.

Przy dotknięciu torbiele te nie bolały. Chora przy tem przedstawiała zabytki zapalenia tkanki łącznej około macicznej (parametritis), którem według jęj opowiadania dotkniętą została przed jedenastą tygodniami w następstwie porodu, zresztą pomyślnie odbytego. Ze względu na tę komplikację wymierzyłem przedewszystkiem kroki lecznicze przeciw istniejącym jeszcze śladom nasięku zapalnego w tkance łącznej okołomacicznej i po skutecznionem zrezorbowaniu tegoż nasięku dopiero wziąłem się do leczenia wyżej opisanych torbieli pochwy. Było to już w miesiącu styczniu (r. b.). W dniu tedy 17 rzezonego co dopiero miesiąca, udzieliwszy choręj położenie jak do litotomii, wprowadziłem jęj do pochwy hak tępy Wutzer'a i oddawszy hak ten w ręce pomocnika kazałem nim pociągać tylną ścianę pochwy ku dołowi, by tak mieć wolny przystęp do torbieli. Sam zaś za pomocą nożyczek skrzywionych w kierunku na płaszczyenz i szczy-

pezyków zębiastych z każdej z torbieli wyciąłem odcinek eliptyczny na centymetr długi i na pół centymetru szeroki, aby tym sposobem tem pewniej spowodować zarosnięcie ich jam. Jakoż to postąpienie okazało się i skutecznem, bo po wypłynieniu kleistej, półprzezroczystej, białawej zawartości torbieli przez zrobione w ich ścianie otwory same torbiele natychmiast przyjęły mniejszą objętość, wewnętrzne ich ściany z wolna przeszły w ropienie, i jamy ich zamieniły się w końcu na nieznaczne wydrążenia przetokowate, które po kilkakrotnem wsunięciu w nie laseczki kamienia piekielnego w zupełności się zarosły. W dniu 9-ym lutego chora w zupełności wyleczoną szpital opuściła.

VIII. *Częściowe zeszytie pochwy.*

(*Consutio partialis vaginae*).

Tę znowu operacyę zastosowałem u owój wyżej wymienionój chorój, która dotknięta przyrodzonym wyniciowaniem pęcherza moczowego, równocześnie, w skutek odbytego porodu, miała jeszcze i macicę w zupełności na zewnątrz wypadłą, i to celem wyleczenia jój z rzonego co dopiero wypadnienia macicy, które w tym przypadku w żaden inny sposób usunąć się nie dało. Historyę téj nader ciekawój chorój, kobiety lat wieku 32 mającej, zakomunikowałem Oddziałowi gyniatricznemu Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego na jego posiedzeniach z dnia 10 maja i z dnia 15 listopada r. z. i została ona w sprawozdaniach z owych po-

siedzeń wydrukowaną ¹⁾. Z tego więc powodu pomijam ją tu, i to tylko nadmieniam, iż operacja wspomniona celu swego jak najzupełniej osiągnęła, gdyż widząc chorą w niejaki czas po jej wyjściu ze szpitala, przekonać się mogłem o trwałym jej skutku.

IX. *Operacja przetoki moczowej.*

(Operatio fistulae urinariae).

Z 21 sobiet przetokami moczowemi dotkniętych, które w roku 1870 na kuracyę do szpitala przybyły, operowałem jak to już na wstępie powiedziałem, ośmnaście. Co do pozostałych trzech nadmieniam tylko, że jedną z nich mającą bardzo wielką przetokę pęcherzo-pochwową powikłaną z zupełną nieruchomością macicy oraz z wielką przetoką wypustnico-pochwową (fistula recto-vaginalis) a na domiar złego jeszcze i z porażeniem kończyn dolnych, zmuszony byłem wypisać jako nieuleczoną, druga i trzecia zaś mające również przetoki pęcherzo-pochwowe w skutek trudnego porodu powstałe, ale jeszcze zupełnie świeże i połączone z obszernem ropieniem ścian pochwy, które u jednej z tych chorych były zarazem zgorzelałe, po wygojeniu processu ropnistego i zgorzeli, wyszły ze szpitala nie czekając chwili, w której byłbym mógł przystąpić do operacyjnego zamknięcia ich przetok.

Co zaś do ośmnastu chorych operowanych, to u jednej z nich, niejkiej Rozalii Krupa, wieśniaczki 29-let-

¹⁾ Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego. Tom. 64 zeszyt 6. Warszawa 1870. Posiedzenia oddziałowe. Oddział akuszeryj. Posiedzenie 66, str. 5—8 i str. 281. i tom 65, zeszyt 4. Warszawa 1871. str. 141.

niej, z Solca w Gubernii Radomskiej, operacja wskazaną była przez nader rzadką formę przetoki, a mianowicie przez przetokę macico-pęcherzową (fistula vesico-uterina).

Otwór przetokowy linię (dwa millimetry) w średnicy mający leżał w części prawej ściany przedniej kanału szyi macicznej w wysokości sześciu linii (13 mm.) po nad ustami macicznymi. Zamierzone przezemnie z początku zagojenie otworu tego na drodze kauteryzowania kamieniem piekielnym nie odniosło żadnego skutku. Wziąłem się przeto do operacji krwawej, którą wykonałem w sposób następujący: rozłupałem, po należytém rozszerzeniu pochwy za pomocą wziernika mego pochwowego trójramiennego i zniżenie szyi macicznej za pomocą krótkich haków podwójnych, na sam przód wargę przednią ust macicznych i ścianę przednią kanału szyi macicznej podłużnie od wolnego brzegu rzeczonej wargi aż do otworu przetokowego, obraniłem brzegi tego otworu szeroko i tak uzyskaną niby do litery A podobną ranę operacyjną w końcu połączyłem szwem krwawym do którego użyłem ośmiu drutów żelaznych. Operację wykonałem w dniu 28 listopada a w dniu 5 grudnia usunąłem druty szwowe. Rana okazała się jak najdokładniej na drodze pierwszego zlepiania spojona i tem samem przetoka zagojona. Chora w dniu 27 grudnia zdrowa szpital opuściła.

Pozwalam sobie nadmienić, iż ciekawy ten przypadek przy równoczesnem przedstawieniu samej chorj, opowiedziałem w treści na posiedzeniach Oddziału ginekologicznego Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego odbytych

w dniach 11 października r. zeszłego ¹⁾ i 10 stycznia roku bieżącego ²⁾.

U pozostałych siednastu operowanych zaś, przetoki pęcherzo-pochwowe już to proste (*fistulae vesico-vaginales simplices*), już przedstawiające się w postaci tak zwanój przetoki pęcherzo-maciczo-pochwowej powierzchownój lub głębokiój (*fistula vesico-utero-vaginalis superficialis vel profunda*) powodowały mnie do operacyi.

Samą operacyą u szesnastu z tego dopiero co wymienionego rzędu operowanych, uskuteczniłem na drodze krwawego zamknięcia samego otworu przetokowego (*syringocleisis immediata*), u siednastój zastosowałem zaszcycie dolnój części pochwy. U ostatniej chorój jak i u jednój z tych chorych, u których przetokę bezpośrednio zagoić starałem się, operacya, mimo kilkakrotnego powtórzenia jój, nie powiodła się, a raczój doprowadziła tylko do bardzo znacznego zmniejszenia w pierwszym razie światła ujścia pochwy, a w drugim razie światła przetoki, ale nie do zupełnego zamknięcia tam pochwy, a tu przetoki, tak że widziałem się w końcu zniewolonym, obie te chore wypisać ze szpitala niewyleczonemi.

U innój znowu jeszcze chorój z rzędu operowanych na drodze bezpośredniego zaszcycia przetoki operacya nie tylko się nie powiodła, ale sama chora z powodu powstania u niój w kilka dni po operacyi zapalenia pęcherza moczowego i otrzewnój, (*pericystitis*), w dniu 10-ym po operacyi umarła.

¹⁾ Pamiętnik Tow. lek. Warsz. Tom. 65. 2871. str. 24—26.

²⁾ Pamiętnik Tow. lek. Warsz. Tom. 65. 1871. str. 121—122.

Wspomniony co dopiero przypadek śmiercią zakończony dotyczył starozakonną, niejako Braunę Handelsmann, lat wieku 28 liczącą, którą już poprzednio trzema powrotami, a mianowicie w roku 1864, w roku 1866 i w roku 1867 ¹⁾ z przetoki pęcherzo-pochwowej, ciągle na nowo ponawiającej się, na drodze operacyjnej wyleczyłem, a która, gdy w dniu 28 kwietnia 1870 r. po raz czwarty opiece mojej się powierzyła i z rady mojej do szpitala Ś. Ducha wstąpiła, okazała się tą razą dotkniętą maleńką tylko przetoką pęcherzo-pochwową. Przetoka ta powstała trzy tygodnie przed temże jej wstąpieniem do szpitala nagle, przy sposobności dźwignienia przez chorą większego ciężaru, i leżała w dolnej części przegrody pęcherzo-pochwowej po prawej stronie linii pośrodkowej tejże przegrody. Poprzednie przetoki chorąj miały wszystkie położenie w lewej połowie przegrody pęcherzo-pochwowej. Z tego więc powodu przetoka obecna nie mogła bynajmniej być uważaną za odnowienie się owych przetok poprzednich, ale za przetokę powstałą w miejscu zupełnie oddzielnem przegrody pęcherzo-pochwowej, osłabionem może przez jeden z drutów przy poprzednich operacjach do szwu użytych.

W dniach 29 i 30 kwietnia i 1 maja chora miała swe czyszczenie miesięczne. W dniu 2 maja przystąpiłem do operacji jej przetoki. Samą operację wykonałem

¹⁾ Operację w r. 1867 na tej chorąj wykonaną opisałem szczegółowo w mojem sprawozdaniu z ważniejszych operacji gynijatrycznych, w roku 1867 w szpitalu Sgo Ducha w Warszawie dokonanych Pamiętnik Towarz. Iekars. Warsz. Rok 31. Tom 59. Warsz. 1868. str. (225—241) 231—233.

zwykłym moim sposobem, to jest obraniem brzegi jój szeroko, udzielając ranie operacyjnej postać w poprzek leżącego listka mirtowego cal ($2\frac{1}{2}$ centymetrów) długości mającego i łącząc też ranę szwem drutowym, do którego zastosowałem ośm drutów żelaznych.

Po operacji założyłem chorąj kateter, zamierzając pozostawić go w pęcherzu, ale nie zniosła go, z tego więc powodu cofnąłem to narzędzie, a kazałem jój za to za pomocą tegoż od chwili do chwili mocz odciągać.

Chora zresztą po operacji miała się z początku dobrze. Piątego jednak dnia poczęła się skarżyć na tępy ból w okolicy pęcherza moczowego i miała wymioty. Zastosowałem umiarkowaną antyflogozę. Objawy zwłaszcza wymioty, trwały dalej, stopniowo się wzmagając. Przytem rana operacyjna okazała się zropiałą i dyfterytycznie zakażoną. Usunąłem przeto druty, i stosowałem dalej środki przeciw zapalne, przepisując jeszcze bańki krwawe, kałomel, emulsye olejne. Wszystko to jednak było nadaremne. Chora słabła co raz więcej i wpadła w końcu, przy ciągłych wymiotach i nudnościach w stan ogólnej bezwładności, w którym to stanie dnia 12 maja zakończyła życie.

Na sekcję jój ciała, czego bardzo żałować trzeba, rodzina jój nie zezwoliła.

Co się nareszcie tycze pozostałych czternastu operowanych, to u nich wszystkich operacja doprowadziła do zupełnego zagojenia przetoki.

1) Agnieszka Krawiec, lat wieku 34 licząca, w dniu 14 stycznia (1870 r.) do szpitala przybyła dotkniętą będącą małą przetoką pęcherzo-macico-pochwową powierzchow-

wną. Operowałem przetokę tę po raz pierwszy w dniu 20 stycznia. Obraniłem jęj brzegi gęboko udzielając ranie postać w poprzek leżącego łódkowatego wyżłobienia i połączyłem tę ranę 5 drutami żelaznemi. Po operacyi założyłem kateter pozostający. Po upływie siedmiu dni wyjąłem druty. Przetoka okazała się nie zagojoną, ale była nieco mniejsza, aniżeli przed operacyą. W dniu 29 marca powtórzyłem operacyę, zakładając tą razą siedm drutów. Znowu przetoka pozostała otwarta ale znowu się nieco zmniejszyła. W dniu 30 kwietnia operowałem chorą po raz trzeci, używając do połączenia rany operacyjnej pięciu znowu drutów. Tym razem po wyjęciu drutów (po upływie tygodnia, jak to mój zwyczaj), przetoka okazała się i pozostała zagojoną. Chora w dniu 22 maja zdrowa szpital opuściła.

2) Aniela Lasota, lat wieku 20 licząca, w dniu 9 lutego do szpitala przyjęta, dotknięta była małą przetoką pęcherzo-macico-pochwową powierzchowną. Chorą tę operowałem pięć razy, a mianowicie w dniach 12 lutego (7 drutów żelaznych), 15 marca (9 drutów), 25 maja (4 szwy z tak zwanych ścięgien rybich), 2 czerwca (7 takichże szwów), 23 sierpnia (10 drutów żelaznych) i ostatnią z tych operacyi dopiero udało mi się przetokę przyprowadzić do zagojenia. Chora w dniu 14 września wyleczoną opuściła szpital.

3) Teofila Mikocińska, lat wieku 19 licząca, w dniu 9 lutego do szpitala przyjęta, była dotknięta małą przetoką pęcherzo-pochwową, leżącą pół cala (13 mm.) poniżej części pochwowéj macicy a zarazem znacznem bliźniastwem skróceniem i ścieśnieniem pochwy.

Rozszerzyłem tu nasamprzód ścieśnioną pochwę za pomocą gąbek ściśniętych a następnie przystąpiłem w dniu 12 kwietnia, do operacji przetoki. Celem samej operacji zrobiłem najprzód dwa cięcia zwalniające w bliźniastą ścianę pochwy po prawej i lewej stronie przetoki i następnie dopiero obroniłem brzegi przetoki. Ranę operacyjną mającą postać w poprzek leżącego zagłębienia lódkowatego połączyłem siedmioma drutami. Po wyjęciu drutów przetoka okazała się nie zagojoną jeszcze, ale zmniejszoną, i to do takiego stopnia że zaledwo przepuszczała jeszcze główkę zwyczajnego zgłębnika chirurgicznego.

Pozostałą przetokę przyżegałem później saletranem srebra, lecz potrzeba było to przyżeganie jej jeszcze 15 razy powtórzyć, nim ona do reszty się zarosła. I tak chora dopiero w d. 19 września ze szpitala wypisaną być mogła.

Tymczasem wróciła ona już w dniu 31 października na powrót do szpitala, oświadczając, że po wyjściu ze szpitala tylko wszystkiego trzy dni była suchą i że, dźwigając w dniu czwartym większy ciężar, nagle znowu mocz począł jej się wysączać przez części rodne. Przy śledzeniu, po dłuższem dopiero badaniu, udało mi się wykryć w miejscu, gdzie była przetoka przezemnie zagojona, na nowo otworek przetokowy nadzwyczaj mały; średnica równała się chyba tylko średnicy zwyczajnego włosa.

Przyżegałem otwór ten w dniu 11 listopada żelazem rozżarzonem, ale bez skutku, żegałem go następnie trzykrotnie kamieniem piekielnym, potem w dniu 4 grudnia,

kreozotem i później jeszcze pięć razy kamieniem piekielnem.

Przy ostatnich przyżeganiach wysączenie moczu zaczęło folgować i ustało w końcu w zupełności.

Zupełne ustanie jego nastąpiło dopiero na dwa dni przed ostatecznym wyjściem jęj ze szpitala, które miało miejsce w dniu 12 lutego r. b. (1871)

(Dokończenie następi).

KRYTYKA.

SPRAWOZDANIE Z OBSERWACYI

P. JAKÓBA ROSENTHALA

pod tytułem

WYCIECIE JAJNIKA (OWARIOTOMIA)

podał Dr. **Apte.**

Czytane na posiedzeniu Towarzystwa d. 19 Września 1871 r.

Pan Jakób Rosenthal lekarz ordynujący w oddziale gynecologicznym Szpitala Starozakonnych w Warszawie, przeczytał na posiedzeniu Tow. Lekar. i złożył opis dokonanego przezeń wycięcia jajnika. Ponieważ praca ta ma służyć jako tytuł przyjęcia na członka Towarzystwa Lekarskiego, i miałem ją sobie oddaną do odczytania i ocenienia, obecnie więc składam z niej relację.

Wielu z kolegów którzy byli obecni na posiedzeniu z dnia 22 Sierpnia mieli sposobność usłyszenia obszernego opisu czytanego przez samego autora. Fakt odosobniony w skróceniu jest następujący: Kobieta młoda lat 23 licząca, przybywa do szpitala 13 Lipca r. b. z cierpieniem od 5 kwartałów trwa-

jącem. P. R o z e n t h a l rozpoznaje torbiel złożoną lewego jajnika. Kilkakrotnie odbywane narady z rozmaitemi lekarzami z Dr. R o s e n t h a l e m ojcem, C h w a t e m, K i n d e r f r e u n d e m, utwierdzają go w tem rozpoznaniu choroby, i popierają zdanie co do możności uleczenia jedynie na drodze operacyi.

Jakoż 30 Lipca, w asystencyi Dr. R o z e n t h a l a ojca, T y r c h o w s k i e g o, C h w a t a, K i n d e r f r e u n d a, K o h n a, G o l d s o b l a, R u c k e r a, W e j t z e n b l u t a, H e r y n g a, K a ż m i e r z a R o z e n t a l a i C y m e r m a n a, operacyi dokonał. Stan zdrowia i sił chorój, sam guz wolny i ruchomy, brak zrośnięć, obiecywały najlepsze zejście, lecz pomimo dokładnego wykonania operacyi, małej straty krwi, i nieznacznego odczynu ze strony organizmu, operowana w 43 godzin po operacyi umiera, z ostrego rozlanego zapalenia otrzewnej, o przebiegu bardzo krótkim, bo ośm godzin tylko trwającym.

Mając w leczeniu podobny stan chorobliwy, przedewszystkiem potrzebna jest dokładna dyagnoza, ocenienie wszelkich zmian w położeniu i funkcyi organów brzusznych, ocenienie warunków samego zdrowia chorój i możności operowania, nakoniec wybór metody operowania najwięcej obiecującej. Postaramy się wykazać czy P. R o z e n t h a l Jakób, dopełnił warunków wymaganych ze strony nauki, co do ocenienia samego wypadku i wybranego sposobu leczenia.

W ogóle, pisze p. R o z e n t h a l, brzuch ma wygląd jak u osoby znajdującej się w 9 miesiącu ciąży. Przy nacisku na brzuch w pozycyi stojącej wyczuwamy guz twardy, sprężysty, ruchomy, posuwalny na boki, sięgający dnem na 8'' powyżej pępka. Przy leżącym zaś spostrzegamy iż guz ten składa się z 3 mniejszych guzów, mianowicie, jednego w środku brzucha i dwóch większych od pierwszego, usadowionych w każdej z dwóch okolic nadbiodrowych, połączonych ze środkowym a odgraniczonych od niego z każdej strony bruzdą, która łatwo

w położeniu tem już okiem spostrzedz można, gdyż pokrywy brzuszne w tem położeniu przybierają kształt guzów pod niemi leżących. Guz ten w całości ma 30 cent, mierząc od podstawy jego (t. j: od kości łonowych) do dna, szerokości zaś 40 cent, biorąc wymiar w kierunku poprzecznym. Guz lewy dnem sięga pod łuk żebrowy lewy, guz zaś prawy sięga linii poprzecznej leżącej w środku między grzebieniem biodrowym miednicy a łukiem żebrowym.

Przesuwalność guza jest nadzwyczajna; posuwając guz ze strony lewej ku górze, lub ze strony prawej ku dołowi, możemy przeprowadzić go w boki przeciwne, nie sprawiając choroby szczególnego bólu; do tego stopnia iż cały guz osadzony na podstawie o ile się zdaje szypułkowej skręcić możemy prawie naokoło własnej jego osi. W całym guzie we wszystkich częściach jego wyczuwamy jasne przelewanie. Badając przez pochwę znaleźliśmy część pochwową macicy w linii środkowej kanału miednicy położoną, niezbyt długą, (konsystencyi normalnej); naokoło ust macicznych lekkie zdarcie nabłonka, wchodząc dwoma palcami w przednią część sklepienia pochwy wyczuwamy ciało stanowiące odcinek kuli, sprężyste, łatwo ku górze przesuwalne, lecz fluktuacyi wyczuć w niem nie możemy. Badając przez kışkę odchodową, znajdujemy część pochwową macicy wyżej opisaną, lecz guza dotrzeć nie możemy. Założywszy zaś kateter do pęcherza i jednocześnie badając przez kışkę odchodową, wyczuwamy między kateterem a palcem badającym ciało macicy normalnej wielkości. Długość też jamy macicy wynosi sondą Valleix'a 7 $\frac{1}{2}$. cent. Przy nacisku guza przez powłoki brzuszne, część pochwowa macicy prawie zupełnie zachowuje swe pierwotne położenie.“

W całym tym opisie niema wcale wzmianki jakie były wyniki perkussyi. Następnie pisze P. R o z e n t h a l „Rozpoznanie choroby nie przedstawiało żadnych trudności. Mieliśmy do czynienia z torbielą złożoną lewego jajnika, o wartości prawdopodobnie klejowatej, o czem kształt guza, je-

go konsystencya, siedlisko, poswtaenie, i rozwój dowodnie świadczą“.

Nie możemy się zgodzić na tak śmiałe orzeczenie że rozpoznanie guza nie przedstawiało żadnych trudności. Literatura uczy nas że bardzo biegli i doświadczeni lekarze przy operacyi przekonywali się o mylności w uczynionem rozpoznaniu. Köberle zebrał 24 wypadków gdzie zamiast zamierzonej ovariotomij, dokonać wypadło hysterotomią.

W pamięt. Tow. Lek. za rok 1863, str. 325, opisany jest wypadek zrobionej za życia dyagnozy choroby jajnika,—operowanej przez Baker Browna.

Po śmierci okazało się że mniemanym tumorem jajnika była sama macica na której były torbiele.

Wypadek Dr. Korzeniowskiego w Pamięt. Tow 1869 r. 224 str. opisany, również służy dowodem trudności odróżnienia guzów jajnika od guzów macicy. Pomimo bowiem (są słowa P. Korzeniowskiego) że przy rozpoznaniu zwróconą została baczna uwaga, tak na pierwotne siedlisko guza, jak na jego stosunki z sąsiednimi organami, rozpoznanie ustanowione okazało się mylnem. Nie był to bowiem guz jajnika a guz w tylnéj ścianie macicy osadzony.

Również i kolega Neugebauer w wypadku przeczeń operowanym i opisanym w Pamięt. Tow. Lek. 1869 r. str. 251, mówi: W przypadku tym omyliłem się w dyagnozie guza, uważając go za przedłużony jajnik lewy, gdy takowy do jajnika wcale nie należał, a był, jak podczas operacyi się przekonałem, nowotworem powstałym, z brzegu lewego ciała macicy i t. d.

W Archiv für Gynäkologie (1870 r. zeszyt 3) opisane są 3 przypadki z kliniki Esmarch'a, z tych jeden dotyczy rozpoznanej torbieli jajnika, a która była rzeczywiście torbielą nerki— a dwie drugie dowodzą jak ostrożnie powinny być osądzone rezultata badania fizycznego.

Równie w Archiwie (zeszyt 1. str. 146) opisany wypadek Spigelberga, gdzie torbiel wodunkowa prawéj nerki, rozpo-

znaną została jako torbiel jajnika—co sekcyja po operacyi dokonanej i śmiercią zakończoną, wykazała.

Gustaw Bussé, napisał całą rozprawę pod tytułem: Diagnostische Irthümer, welche bei Ovariectomien vorgekommen sind. 1867.

Również Spencer Wells, napisał dzieło o rozróżnieniu torbieli jajnika i torbieli nerkowych (1867).

Znając podobne wypadki P. R o z e n t h a l wahałby się wyrzec że rozpoznanie nie przedstawiało żadnych trudności.

Zresztą tak pewne orzeczenie, nie zgadza się z tem co p. R o z e n t h a l u na stronie 4 (rękopismu) pisze, mówiąc czy można było zastosować przy leczeniu: przekłucie z wypuszczeniem zawartości? Tu kategorycznie odpowiada Nie! Rozpoznanie nasze brzmi: Torbiel złożona lewego jajnika. Przekłucie wypróżniałoby jedną torbiel—a dwie drugie widoczne dla nas. *a może i więcej ich których przez pokrywy brzuszne rozpoznać nie bylibyśmy w możności pozostałyby.* A więc nie miał p. R o z e n t h a l takiej pewności czy są jeszcze inne torbiele i jaki ich stosunek do głównych torbieli.

Daléj pisze p. R o z e n t h a l, że torbiel była „prawdopodobnie o zawartości klejowatej” 1 w tym względzie nie można się zgodzić na to aby rozpoznanie było uzasadnionem na prawdopodobieństwie, zwłaszcza że *punctio probataria* przekonałaby o tem dowodnie. Co więcj przekłucie z wypuszczeniem pewnej ilości płynu, i rozbiór chemiczny tego płynu, dałyby pewne dane, rozpoznanie więcj utwierdzające. Wiadomo że w płynie torbieli jajników główne części składowe są cholesteryna opalizująca i paralbumin — znalezienie zaś pierwiastków do miedniczek nerkowych należących, soli lub osadów moczowi właściwych, mocznika albo wodunek (*Echinococcus*) już ochraniają od grubych błędów dyagnostycznych. Tak Spigelberg operował rozpoznaną torbiel jajnika, który okazał się być torbielą nerkową, w płynie której profesor Waldeyer znalazł mnóstwo wodunek.

Sam Spigelberg (patrz Archiv. f. Gynäk. 1870 r. str. 148) przyznaje że omyłka w tym razie była o tyle równieży do pożałowania, że chora bez operacyi mogła żyć—a omyłka mogła tylko być usunięta, przez przekłucie probiercze, którego żałuje sam Spilgeberg że nie zrobił.

Dalój w okresie fizycznego badania brzucha; jak nadmieniałem wyżej, nie znajdujemy żadnej wzmianki o rezultacie opukania — co przecież bardzo ważnem byłoby, choć dla tego czy kiszki są przed tumorem czy po za nim. Spencer-Wells między znakami rozpoznania torbieli podaje, że przy torbielach jajnika, kiszka bywa odepchnięta ku tyłowi, a przy torbielach nerkowych kiszka bywa przed guzem.

P. Rozenthal w rozpoznaniu, wyłącza właśnie torbiele nerek, ponieważ pisze w takim razie, guz leżałby więcéj od tyłu i za kiszkami, jednak żadnemi rezultatami opukania tego nie udowodnił.

Tyle co do rozpoznania. Przejdźmy do leczenia: P. Rozenthal mówi że niedawnemi jeszcze czasy w celu uleczenia nowotworów podobnej nawet wielkości, używany był cały zasób środków i t. d. lecz żeby nowotwór zniknął, tego żaden lekarz nie widział i bezwątpienia nie zobaczy.

Nie można wprawdzie zaprzeczyć tym słowom, ale powinien był przynajmniej wspomnieć P. Rozenthal że bywają wypadki dobrowolnego uleczenia, przez otworzenie się do pochwy lub kiszki odchodowéj—na co na posiedzeniu Prezes zwrócił uwagę. Zresztą, wszak w naszej literaturze znane są podobne wypadki. Kol. Braun w Pamiętniku Tow. Lekar. 1865 r. str. 117 opisuje wypadek otworzenia się guza jajnika przez pochwę.

Kol. Konitz w Pam. Tow. Lek. 1867. str. 50 cytuje wypadek otworzenia do otrzewnej i kol. Helbich wraz ze mną — obserwował u osoby w wieku będącej otworzenie torbieli przez pochwę—ze zniknięciem tumoru. Osoba ta żyła następnie przez kilka lat i umarła w starości. I ten wy-

padek opisany w Pamiętniku Towarzystwa Lekar. Wiadomo prócz tego że traumatyczne obrażenia, uderzenia w brzuch były przyczyną pęknięcia torbieli z wylaniem do otrzewnej, zakończonem uleczeniem choroby (Cazeaux, Boinet, Simpson Spiegelberg).

Postanowiwszy chorą uwolnić z cierpienia na drodze operacyjnej, do czego nakłoniły p. R o z e n t h a l kilkakrotne odbyte na rady z innemi lekarzami, operacji dokonał d. 31 Lipca. Tu powtórzyć mi wypada uwagę uczynioną przez kol. P r e z e s a, że między lekarzami assistującami, nie byli obecni kolledzy, którzy już tę operacją robili i przez to radą i doświadczeniem wielce mogli być pomocnemi.

Biegli i doświadczeni chirurgowie wyznają że z postępem czasu, w miarę większej liczby wykonanych operacji, nabytj większej wprawy i więcej udoskonalonych narzędzi procent, wyzdrowień był większy.

I tak kiędy na posiedzeniu Tow. Lek. Paryzkiego w d. 7 Czerwca 1867 r. D. W o r m s w imieniu S p e n c e r - W e l l s odczytał statystykę wykonanych owariotomij, to zwrócił u wagę że w pierwszych 100 operacjach było 66 wyzdrowień 44 śmierci a w drugiej setce było 72 wyzdrowień i 26 zejść śmiertelnych.

U Dra K r a s s o w s k i e g o w pierwszych ośmiu operacjach, było 5 śmiertelnych zejść i 3 wyzdrowień, a w następnych 7, tylko jedna umarła.

Z obliczeń, statystycznych Pawła G r e u s e r w dziele *Die Ovariotomie in Deutschland historisch und kritisch dargestellt* (1870) wynika także, że większa wprawa do lepszych rezultatów prowadzi. Na 71 operacji biegłych operatorów było 37 wyzdrowień.

Prócz tego przystępując do takiej operacji możeby wypadało, obrać miejsce do jęj wykonania nie w szpitalu—idąc za radą lekarzy, którzy lepsze rezultata otrzymywali, umiesz-

czając chore i operując zdala od ognisk zarazy (Clay, Baker — Brown, Köberle, Krassowski.)

P. Rozenthal pisze: chorą ułożoną na łóżku zaczęto chloroformować. Niema wzmianki czyto w osobnej sali, czy w ogólnej się odbywało? czy asystujący lekarze weszli po zachloroformowaniu choréj? jak urządził asystencyą? co przecież przy opisywaniu tak ważnej operacyi po pierwszy raz dokonać się mającej nie powinno być pominiętem. W wykonaniu operacyi ta tylko była zmiana od zwyczajnego sposobu że asystujący kol. Chwa t, narzędziem swego pomysłu, torbiel w zupełności wypróżnił, przyczem ani jedna kropla płynu nie dostała się do jamy otrzewnej.

Prócz tego na pozostałą po odcięciu szypułę nałożono ściskacz nie Köberlego lecz Robert'a i Collina à pression parallèle et continue.

Operacya wraz z chloroformowaniem i należnem opatrunkiem trwała 62 minut.

Pomimo starannego i dokładnego wykonania operacyi, nie połączonej z utratą krwi ani wylaniem do jamy brzusznej, chora zmarła z ostrego rozlanego zapalenia otrzewnej w 43 godzin później. Za przyczynę powstania tego zapalenia P. Rozenthal podaje najpierw zadaną traumę, powtórne przeniesienie się zapalenia na otrzewną, brzuszną, z sieci która była mocno przekrwioną i zgrubiałą.

Nie przecząc tym przyczynom wywołującym, zwróć jeszcze uwagę, że obrażenie splotów nerwu sympatycznego przy oddzielaniu osady torbieli, jako też przy silnem nałożeniu ligatury, mogą wywołać znaczną sinicę, ziębienie rąk, nóg i języka.

Prócz tego założenie ściskacza ua odciętą szypułę i zachowanie jéj na zewnątrz jest również nie małym powodem do nowego drażnienia.

Spigelberg z ostatnich ośmiu operacyi (Arch. f. Gynäk. 1870. zes. 1) dochodzi do wniosku że podwiązanie i opuszczenie szypuły do jamy brzusznej z zupełnem jéj zam-

knięciem (à fil perdu) jest postępowaniem pewnym, bezpiecznym i następnie że na zejście operacji najważniejszy wpływ wywiera ogólny stan operowanej i odporność organizmu.

Nie można się zgodzić na zdanie P. R o z e n t h a l a że silne natężenie choroby która w kilkunastu godzinach kres położyła życiu, tłumaczyć możemy tylko dobrem odżywieniem i siłami chorój, kiedy właśnie doświadczenie innych operatorów prowadzi do wniosku że im wcześniej się operuje, tem lepszego można się spodziewać rezultatu, właśnie dla większego zasobu sił.

W ogóle można powiedzieć że P. R o z e n t h a l nie przedstawił pracy naukowej, lecz rzetelnie i szczerze opisał fakt wykonania przez siebie po pierwszy raz operacji owariotomji. Jakkolwiek wykonana operacja i opisanie jęj nie posuwają nauki owariotomii naprzód — i zapewne tego sobie nie założył P. R o z e n t h a l, — nie jest obojętną dla nas że te operacye u nas nie cieszą się szczęśliwym rezultatem. Wypadałoby może na przyszłość nie operować w szpitalach ani w miejscach gdzie brak świeżego powietrza — po operacji nie koniecznie wypadałoby zostawiać chorych o kawałku lodu do połykania — wypadałoby nie operować w miesiącach gorących lata — należałoby względem szypuły naśladować postępowanie P. K r a s s o w s k i e g o lub też podwiązawszy wpuścić do jamy brzusznej à fil perdu.

Opisanie wypadku całego i zakomunikowanie go Towarzystwu Lekarskiemu uważam jako tytuł dostateczny dla przyjęcia P. R o z e n t h a l a na członka Towarzystwa i kandydaturę jego popieram, a spodziewać się można że Towarzystwo zyska pracowitego i czynnego współpracownika, przy pomocy którego nieraz dojdzie echo i o innych operacyach w szpitalu starozakonnych, może mniej dorywczo, lecz z większem szczęściem dokonanych.

Dr. Apte.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

SZPITAL WOJSKOWY

W V I N C E N N E S.

Rana przenikająca czaszki, powstała w skutku działania pocisku z palnej broni; uleczenie, pomimo pozostania kuli w mózgu.

SPOSTRZEŻENIE DRA. MIRE'A.

podał Dr. **Kwaśnicki.**

Dnia 10-go Października 1870 roku, Schock (Charles) żołnierz 81-go pułku liniowego, leżąc na ziemi w celu uniknięcia ognia nieprzyjacielskiego, został raniony w czoło kulą, która przebiwszy kość czołową, dostała się do jamy czaszkowej. Pomimo mocnego bólu i obfitego kwotoku omdlenia nie było. Rana znajdowała się w linii środkowej o 1½ centym. ku górze od osady nosa; postać rany okrągła z brzegami poszarpanemi, wielkość rany wyrównywa monecie 50 centimów, otwór zaś w kości zdaje się być znacznie mniejszym, z trudnością przepuszczającym główkę zgłębnika macicznego. Zgłębianie i badanie rany dokonane przez p. F l e s c h u t naczelnego lekarza wykazało, że pocisk znajduje się na głębokości 6,7 centim. wewnątrz jamy czaszkowej; kierunek przewodu do kuli prowa-

dzącego jest ukośny z góry ku dołowi, od lewej strony ku prawej i z przodu ku tyłowi. Po wyjęciu zgłębnika zostają na nim cząstki substancji mózgowej. Jednocześnie ma miejsce wylanie krwi do tkanki łącznicy ocznej prawej, do powieki górnej mocno obrzmiałej, a także do rogówki z tejże strony. Wzrok od chwili wypadku z obu stron jest zupełnie zniesiony. Nadczułość (hyperaesthesia) nerwu słuchowego jest także bardzo wyraźną. Całe czoło jest siedliskiem nadzwyczaj żywego bólu. W celu zapobieżenia zawrotom głowy, ułożono ją w pozycji wzniesionej i unieruchomiono. Nazajutrz w obecności barona Larrey, naczelnego lekarza armii Paryżkiej wprowadzono cały zgłębnik do jamy czaszkowej, lecz na kulę nie natrafiono, co każe wnioskować że takowa w skutku podniesionego położenia głowy własnym ciężarem opuściła się ku tyłowi.

W dniu 14 wzrok częściowo powrócił ze strony lewej. z prawej zaś mięśnie gałki ocznej są sparaliżowane, a siatkówka (retina) znajduje się w stanie zupełnego znieczulenia. Przy najmniejszych ruchach głowy przychodzą gwałtowne bóle, przytomność zupełna, humor dobry. *Gorączka dotychczas wcale się nie pojawiła*, co może należy przypisać podawaniu choremu dużych dawek opiatów; w pierwszych chwilach choroby (0,20; — 0,30; — następnie 0,40 wyciągu) w celu zapobieżenia zapaleniu mózgu, którego się obawiano; przy powyższych środkach z wielką trudnością usunięto bezsenność, która trapiła chorego od pierwszej chwili wypadków, i złagodzone gwałtowne bóle w czole.

W ostatnich dniach października stan ogólny chorego stopniowo się polepsza, apetyt się wzmacnia, żucie dotychczas bardzo utrudnione odbywa się z większą łatwością, czkawka przychodząca po każdym jedzeniu, znika. Pomimo zmniejszenia dawek makowca scn nie opuszcza chorego, podrygania ścięgien i drgania już więcej nie morderują chorego.

Przechodnia bronchitis, pomimo bolesnych wstrząśnięć wywoływanych kaszlem, nie pogorszyła ogólnego stanu chorego, a Schock może już siedzieć w łóżku w czasie jedzenia nie doświadczając zawrotów głowy.

W dniu 5 Listopada chory wstał na krótki czas, a w dniach następujących był już w stanie zrobić kilka kroków z wielką jednak ostrożnością trzymając głowę mocno zawróconą ku tyłowi.

Rana obficie ropiejąca w ciągu pierwszych trzech tygodni była już prawie zagojoną w początkach Listopada, pozostał tylko mały otwór z którego się sączyło kilka kropel płynu koloru żółtawego.

Dnia 22 rana już zupełnie zablizniona znowu się otworzyła: skóra w dolnej części czoła i w górnej nosa znowu się zaczerwieniła, dochodząc aż do kąta wewnętrznego oczodołu prawego. W całej tej okolicy części miękkie mają konsystencję ciastowatą, cokolwiek obrzmiałe, jakby naciekle płynem krwawym, którego zatrzymanie wywoływało pewne objawy natychmiast ustępujące po wypuszczeniu takowego.

W końcu Listopada ból w głowie już mocno złagodzony przez użycie narkotyków przeniósł się na tylną część czaszki, następnie po upływie kilku dni na wierzchołek czaszki, a nareszcie wrócił na czoło, będące punktem jego wyjścia.

W dniu 13 Października t. j. od chwili częściowego powrotu wzroku z lewej strony aż do końca tego miesiąca nie zaszła żadna większa zmiana co do tego organu. Mięsień unoszący powiekę górną, mięśnie właściwe gałki ocznej jako też, tęczęwka sparaliżowana ze strony prawej, nie przedstawiają żadnych zmian ze strony przeciwniej. Siatkówka oka prawego jest nieczułą na światło, które jednak wywołuje mocny ból i obfite wydzielanie się łez.

Tęczęwka oka lewego przedstawia pewne osłabienie w działaniu, przyczem ma miejsce światłowstręt; oko lewe na odległość metra jest jeszcze w stanie odróżnić rysy posługacza, który już na końcu łóżka przedstawia się choremu jako czarny cień bez wyraźnych zarysów. Czytanie jest możebnem tylko zbliska i zaledwie przez kilka sekund. Stan ten jeszcze się pogorszył w pierwszych dniach Listopada. W prawdzie oko prawe zaczęło na schyłku dnia odróżniać przedmioty wielkich rozmiarów, lewe jednak coraz bardziej słabło, tak że 20° straciło

większą połowę na mocy widzenia, którą jeszcze dotychczas trzymało i już nie mogło choćby z bardzo bliska odróżniać największych nawet przedmiotów. Zdawało się, że zupełna utrata wzroku nastąpi niechybnie: stało się jednak inaczej; ku końcowi bowiem tego miesiąca wzrok powoli wraca, a 12 Grudnia Schock już może grać w karty trzymając je w oddaleniu 30 centim. 16 tegoż miesiąca rozpoznaje ilość przedstawianych mu palców i czyta, trzymając blisko książkę.

Przez czas w którym stopniowo poprawiał się wzrok oka lewego, w oku prawem zaszły tylko lekkie zmiany co do łatwości ruchów gałki ocznej, która mogła już odbywać wprawdzie słabe jeszcze ruchy boczne.

W końcu Grudnia obrzmienie łącznicy znacznie się zmniejszyło, a to w skutku nacięć i wycięć kilkakrotnie powtarzanych.

W połowie Stycznia rana była zupełnie zabliźniona. W miejscu rany pozostała znaczna utrata substancji w postaci okrągłego zagłębienia przedstawiającego liczne drobne chropowatości. Obwód zagłębienia dawał się przykryć monetą 1 frankową. Czerwonosć i ciastowatość części miękkich ran otaczających zniknęły. Skóra przybrała zwykły kolor i konsystencję. Apetyt dobry, sen spokojny, ani razu w ciągu nocy nie przerywany. Schock w ciągu dnia przepędza swój czas na grananiu w karty i spacerach po korytarzach i salach.

W pierwszych dniach Lutego, na kilkakrotnie powtarzane prośby, został wypisany ze szpitala, ząd się udał do zakładu urządzonego obok Inwalidów dla pomieszczenia konwalescentów.

Zdaje się, że niepodobna zaprzeczyć obecności kuli w jamie mózgowej. Badania rany podwakroć powtarzane w obecności świadków kompetentnych, wydostawanie się nazewnątrz wraz ze zgłębnikiem cząstek mózgu, usuwają w zupełności wszelkie przypuszczenia niedokładnego lub mylnego rozpoznania.

Utrata wzroku, sparaliżowanie m. unoszącego powiekę górną, jako też mm. prostych i ukośnych gałki ocznej, nabiegi krwi podłącznicowe, wyparcie ku przodowi wszystkich części

miękkich w oczodole zawartych,—są to objawy ogólnie uważane jako znaki pewne uszkodzenia mózgu lub co najmniej głębokich części oczodołu, do których kula w żaden sposób nie mogła dotknąć bez zranienia przedniego płatu mózgowego. Wprowadzając zgłębnik do rany w kierunku od przodu ku tyłowi, od góry ku dołowi i od prawej strony ku lewej, po zanurzeniu go całkowitem w jamie czaszkowej, niepodobna było dojść do ciała obcego. Musimy więc przypuścić że kula własnym ciężarem, przy wzniesionym położeniu głowy w pierwszych dniach choroby, opuściła się ku tyłowi zatrzymując się w płacie średnim, lub nawet tylnym. W tych miejscach po dwóch lub trzech dniach od wypadku, raniony uczuwa najżywsze bóle, wywołane jak sam twierdzi obecnością, w jamie czaszkowej pocisku którego przesuwanie się także dokładnie zeznaje. Cierpienia wymotywane żuciem i pochylaniem głowy, bóle jakie wywołują w tem miejscu kaszel i kichanie, zdają się potwierdzać tę hipotezę, przeciwko której fizyologia mózgu nie jest w stanie postawić, nam żadnego poważniejszego zarzutu.

Czy uleczenie w tym wypadku jest trwałem i zupełnem? Czy nastąpiło otorbienie pocisku zabezpieczające otaczające części od zgubnego jego wpływu? Powyższe kwestye w twierdzący sposób rozstrzygnięte, nie są dla nas nie prawdopodobnemi.

Przykłady ran mózgu które się zakończyły pomyślnie, wcale nie są rzadkością w nauce, i pomimo zgubnych następstw które częstokroć mają miejsce, zdaje się jednak, że chirurgowie za nadto przesadzają niebezpieczeństwo powyższych uszkodzeń zapatrując się na nie jako na cierpienia, dla usunięcia których sztuka nasza jest bezsilną.

Znaczna ilość złamań kości czaszkowych powikłanych z głębokiem wtłoczeniem odłamków kostnych do mózgu, dała się zupełnie uleczyć po wydobyciu tych odłamków, a nawet przepukliny mózgu połączone ze znaczną utratą jego substancji nie zawsze kończyły się śmiertelnie. Niektórzy ranieni wyleczyli się z ogromnych ropni w mózgu usadowionych, a w rocz-

nikach lekarskich znajdujemy nie rzadkie przykłady w których ciała obce znajdujące się w ośrodkach nerwowych, znajdując się tam przez lat kilka, nie wywoływały żadnych zatrważających objawów. Uleczenie w wielu podobnych wypadkach było okupionem środkami zagrażającymi życiu chorego, a zawsze pociągającymi utratę niektórych zmysłów. Prawie zawsze władze umysłowe uległy ważnym zmianom. Nie rzadko przychodzi sparaliżowania, lub konwulsye, ciągnące się przez długie lata po zabliznieniu się rany.

Wypadek w mowie będący odznacza się szczególniej brakiem gorączki, osłupienia (stupor) i bredzenia (delirium), jakoteż zupełnem brakiem objawów wskazujących zapalenie, lub nacisk mózgu. Nie ośmielamy się jednak przypisywać braku powyższych objawów użyciu opiatów, podawanych w wielkich dawkach, lub też zimnym okładom; zaznaczamy jednak; że starsi lekarze przywiązują wielką wartość do użycia opiatów przy leczeniu ran głowy. Uleczenie w naszym wypadku nie mało się przyczynia na korzyść tezy *Vida* la który utrzymuje że najmniej niebezpieczne z ran głowy są te, które przenikają do mózgu, a to z powodu, że wstrząśnienie w takich razach jest złagodzonem przy warunkach ułatwionego odpływu ropy. Zda się że we wszystkich podobnych wypadkach należy naśladować postępowanie chirurga szpitala Vincennes który pomimo powtarzanych prośb ranionego, potrafił się powstrzymać od wszelkich zachcianek wydobywania kuli. Dla osiągnięcia powyższego celu należało koniecznie rozszerzyć zapomocą trepanu otwór w kości; działanie jednak wspomnianego narzędzia przy podobnych ranach jest bardzo ciężkiem a nieraz nawet zgubnem dla chorego. Niepewny wypadek operacji nie może usprawiedliwić niebezpieczeństwa na które się naraża ranionego.