

GAZETA LEKARSKA.

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

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

Podał

Ryszard Bukowski,
ordynator kliniki chirurgicznej Warszawskiego Uniwersytetu.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 21].

Opisując powyższe przypadki, starałem się, o ile można, najściślej wyłuszczyć powody, które usprawiedliwiałyby w zupełności potrzebę dokonania rękoczynu. Jeżeli jednak w pierwszym przy ogólnem zakażeniu bezwzględne wykonanie operacji wskazanem było, to drugi należał na pierwszy rzut oka do tej kategorii, przy której uparci przeciwnicy myotomii i enukleacyi zarzucić by mi mogli zbyt może wczesną i pochopną interwencyję. Odpierając zarzuty, przytoczyć mogę zdania poważnych autorów [MARTIN, SCHROEDER, LOEHLEIN i inni], którzy operują nietylko wtedy, gdy usunięcie nowotworu stanowi *indicatio vitalis* — rozpad guza i ztąd powstające *sepsis* lub nadmierne obfite krwotoki — lecz rozważywszy szczegółowo w każdym przypadku objawy chorobowe, spowodowane obecnością nowotworu, z ich sumy i znaczenia wnoszą o potrzebie jego usunięcia, lub wyczekiwania [LOEHLEIN ¹⁾]. Nie gra tu żadnej roli ani wiadomość o istnieniu guza, jak to ma miejsce przy torbielach jajnika, ani pojedynczy objaw, który inną drogą złagodzić, lub powstrzymać się daje, lecz suma przypadłości, dziś już dla chorej groźnych, a w przyszłości może niepokonanych. W drugim przezeń operowanym przypadku wielkość guza, wzrost jego ciągły, obfite krwawienia, z wysoką połączone bezkrwistością i wreszcie objawy ucisku pęcherza i kiszek, usprawiedliwiają w zupełności przedsięwzięcie rękoczynu; przedstawiał on, jak widzimy, już podczas operacyi niezwykle techniczne trudności, które później stanęłyby mogły w szeregu nieprzezwyciężonych. Zwrócić tu wreszcie musimy uwagę, że siły i ogólny stan chorej również nie pozostają bez wpływu i pogorszają znacznie rokowanie, jeżeli jesteśmy zmuszeni operować w chwili ogólnego wyniszczenia, co

¹⁾ Die Indicationen der Ovariectomie und des Myotomie. Berlin. Klinik. Hft. 2. 58.

głównie zbyt długie wyczekiwanie spowodować może. Już z tego wnosić należy, jak różne muszą być w tym razie wskazania operacyjne i w jak trudnem nieraz położeniu znajduje się chirurg, mający wygłosić decyzję o dokonaniu, lub odłożeniu rękoczynu. Są one dziś znacznie liczniejsze w porównaniu z chwilą, kiedy operować zaczęto i bezwątpienia, w miarę ulepszania metody i wyników o wiele więcej granice swoje rozszerzą. Przypadki, gdzie natychmiastowe dokonanie operacji stanowi *indicatio vitalis*, należą do nadzwyczaj rzadkich i jak do obecnej chwili redukują się jedynie do tych, w których napewno stwierdzić możemy sposoczenie (*Verjauchung*) i zgorzel guza. Jeśli więc wówczas na samodzielne wypchnięcie nowotworu liczyć nie możemy, lub na ukończenie zaczętego porodu zbyt długo oczekiwać jesteśmy zmuszeni, zagrożą chorej ogólne zakażenie, które w razie operacji znacznie pogorsza rokowanie.

Z punktu anatomicznego VIRCHOW ¹⁾ na pierwszym planie przyczyn zapalenia, lub zgorzeli guza stawia zmiany w jego odżywianiu, wywołane bądź zaburzeniem w krążeniu, co zdarza się naprzykład przy zaciśnięciu w ustach macicznych części nowotworu występującej do pochwy; bądź uszkodzeniem guza przy rękoczynach: *curettement*, wewnątrzmacicznym wstrzykiwaniem środków leczniczych [ergotyna]; bądź wsteczną przemianą elementów macicy w okresie poporodowym. GUSSEROW powiada, że w zaciśniętym guzie najpierw zauważyć się daje na części poniżej zasznurowania obrzęk i rozmiękczenie — pierwsze oznaki rozpoczynającej się zgorzeli. Nie objaśnia nam to jeszcze tych licznych przypadków, gdzie już nie zgorzel lecz sposoczenie nowotworu występuje bez wyraźnych napozór powodów i gdzie dla wytłómaczenia tego zjawiska przyjąć bezwarunkowo musimy jakiś swoisty zarazek, przenikający z zewnątrz do guza. Wobec dzisiejszych pojęć bakteriologicznych przypuszczenie to tem więcej zyskuje pewności, że istnieniu guza zwykle prawie towarzyszą obfite krwawienia i cuchnące wydzieliny, które, jak wiemy, stanowią nadzwyczaj odpowiedni grunt do przyjęcia się i rozwoju wszelkiego rodzaju bakteryj. Tą więc drogą dostają się one do wnętrza i wywołują sposoczenie, które, jak wzmiankuje SPIEGELBERG ²⁾, zaczyna się zwykle od najgłębszych części nowotworu. Jest to może jedyne objaśnienie, za pomocą którego łatwiej wytłómaczyć się daje poczynająca się posocznica w tych przypadkach, gdzie nie przedsiębrano żadnego rękoczynu i gdzie przy małym stosunkowo guzie trudno przypuszczać i zmian w odżywianiu, i zaburzeń w krążeniu. Jasny przykład tego dowodnie wykazuje drugi przypadek opisany przez FRAENKLA ³⁾, gdzie pomimo częstych łyżeczkowań i wstrzykiwań ergotyny, nie było żadnych objawów zakażenia, które zaledwie w kilka miesięcy po zupełnem zaprzestaniu rękoczynów bez żadnego widocznego powodu wystąpiło z całą gwałtownością. W moim pierwszym przypadku przyczyny sposoczenia są dla nas dostępnejsze, ponieważ najpierw istniało tu zasznurowanie guza przez usta maciczne, a następnie

¹⁾ Geschwülstlehre. Bd. III. str. 172—183.

²⁾ Archiv für Gynäkologie. Bd. III. str. 105.

³⁾ Archiv für Gynäkologie. 33 Bd. 1887. Über die Enucleation submucöser oder intraperietaler Myome von der Bauchhöhle aus [MARTIN'sche Operation].

wskutek bezustannych prawie krwotoków uciekano się do tamponacyi, używania ergotyny, półtorachlorku żelaza i t. d..

Kliniczny obraz tego cierpienia niezawsze bywa jednaki; aby wyjaśnić go sobie nietylko ze względu na ogólny stan chorej, lecz i na typ gorączki, dochodzącej niekiedy 40°, a niekiedy ledwie umiarkowanej, musimy brać na uwagę wiele drobnych okoliczności, powodujących łatwość wchłaniania się mniejszej lub większej ilości substancyj zakaźnych — *resp.* bakteryj i ich wytworów. A więc umiejscowienie gniazda zgorzeli na powierzchni, lub w środku guza, swobodny odpływ produktów rozpadu i łatwiejszy do nich dostęp dezynfekcyi, odczynowe zapalenie na granicy, opisywane w niektórych przypadkach przez GUSSEROW'a, wreszcie charakter i rodzaj zarazka wpływają niezmiernie wiele na rozmaity przebieg kliniczny omawianego cierpienia. Dla tego też niekiedy rozpad nawet znacznej części guza nie wywołuje ani dreszczów ani gorączki, przechodzącej choćby 38° C., ani tego wysokiego upadku sił, jakiego oczekiwać by należało, kiedy gdzieindziej gwałtownie nieraz występująca posocznica pozwala nam wnosić o powstaniu zgorzeli, którą u chorej, dotąd względnie zdrowej, zaledwie jako będącą w zarodku przypuścić można.

Prócz tej jednej wskazówki, zmuszającej nas do natychmiastowego usunięcia guza, jest jeszcze wiele innych, które jednakże same przez się rzadko kiedy są przyczyną operacyi i czynią ją tylko konieczną w razie jednoczesnego wystąpienia.

Do tych ostatnich należą.

a) **K r w o t o k i.** Występują one początkowo w większości przypadków w formie nieco obfitszego miesiączkowania, które w miarę wzrostu nowotworu traci swój typowy charakter i przechodzi w silne i nieregularne krwawienia, połączone z bólami i cuchnącą wydzieliną z pochwy.

b) **S z y b k i i c i ą g ł y w z r o s t g u z a u o s ó b d a l e k i c h** jeszcze od okresu zwrotu płciowego. U kobiet bowiem w wieku późniejszym mięśniaki, wskutek analogicznej budowy z macicą, mogą ulegać zupełnemu zanikowi i zostawić po sobie zaledwie bliznowate ślady [MARTIN]. W razie powikłania nowotworu ciężą podobny zanik spotykamy również w okresie poporodowym, lecz już jest on tutaj wynikiem tłuszczowego zwyrodnienia, jakiemu macica wraz z guzem ulega [MARTIN].

c) **Mięs a k o w e, l u b t o r b i e l o w e z w y r o d n i e n i e n o w o t w o r u z j e d n o c z e s n e m p o w i ę k s z a n i e m s i ę j e g o o b j ę t o ś c i.** Jeżeli, jak twierdzi LOEHLEIN, guz naraz szybko powiększać się zaczyna, jeżeli w pewnym, ograniczonym miejscu występują silne strzelające bóle ¹⁾, nieprzedstawiające zupełnie charakteru porodowego, jeżeli wydzielina z pochwy staje się cuchnącą i surowiczą, lub surowiczo-krwawą i jeśli wreszcie prócz gorączki przyłącza się jeszcze ogólny upadek sił i charłactwo, to nie ulega żadnej wątpliwości, że nowotwór przybrał charakter złośliwy i że jako taki natychmiast usuniętym być powinien. Niekiedy znowu w mięśniakach tworzyć się mogą obszerne jamy (*lacunae*), wypełnione płynem surowiczym, albo

1) OTT. Centralblatt für Gynäkol. Nr. 17. 1887.

klejowatymi, przedstawiając obraz wielokomorowej torbieli jajnika, zaciemniają prawdziwą istotę choroby.

d) **Ucisk na sąsiednie narządy i zaburzenia w krążeniu i oddechu.** Prócz bezpośredniego wpływu na położenie macicy wywołują one niekiedy znaczne zaburzenia ze strony kiszek, pęcherza, jak również skutek ucisku pni żylnych i nerwów, obrzęki i promieniste bóle w dolnych kończynach. Czasami nawet przy ograniczonym zapaleniu otrzewnej przyrosnąć mogą kiszkę do nowotworu [szczególniej jeżeli ten ostatni jest podsurowiczym] i wywoływać objawy niedrożności jelit.

e) **Bóle.** Z wyjątkiem pojedynczych przypadków, towarzyszą one zwykle mięśniakom macicy, a w miarę wzrostu i zmian w tych ostatnich, różny przyjmują charakter. Prócz uczucia ciężaru i rozpierania, jak również i ucisku na sąsiednie narządy, zjawić się mogą bóle porodowe wydalające (*expulsiv*), które przy silnych skurczach macicy prowadzą do częściowego, lub rzadziej do całkowitego urodzenia polipa. Lecz samourodzenie takie zdarza się zwykle przy guzach, rozwijających się w tkance podśluzowej, niewielkich, a szczególnie szypułowatych; przy mięśniakach zaś śródściennych, a tem więcej podsurowiczych, nigdy ono prawie nie przychodzi do skutku; co najwyżej, nowotwór siłą skurczów opuścić się może częściowo do pochwy i wówczas, wywołując jeszcze obfitsze krwawienia, łatwo ulega zgorzeli i ztąd sprowadza zaburzenie ogólne. W tym jednak przypadku objętość jego zmniejsza się w jamie otrzewnej, co wraz z bólami, mającemi więcej charakter rozlany, otrzewnowy, stanowi główną różnicę przy stawianiu rozpoznania mięsakowego zwyrodnienia guza.

f) **Objawy osłabienia tętna jako oznaka rozpoczynającego się stłuszczenia serca** [FEHLING], albo też brunatnego zaniku mięśnia sercowego (*brauner Hertzatrophie*) [HOFMEJER].

g) **Puchlina brzucha** zwykle zdarza się rzadko, zjawia się częściej przy mięsakach macicy podsurowiczych, szczególnie z charakterem złośliwym.

h) **Ciąża;** wówczas bowiem guz nietylko stanowi mechaniczną zaporę, lecz jednocześnie z dojrzewaniem płodu zwykle niezmiernie szybko się powiększa. W podobnym przypadku SCHROEDER ¹⁾, usunąwszy nowotwór przez pochwę, uniknął powikłań, jakie przy rozpoczynającym się porodzie wyniknąć mogły.

Wyżej wymienione cierpienia, podkopując ustrój chorej, wobec niepewnego zejścia drogą rękoczynu, nie stanowiły jeszcze niezaprzeczonych wskazań operacyjnych dla liczego grona ginekologów, którzy szukali ulgi, lub ratunku w całym szeregu środków medycyny wewnętrznej, a łagodząc groźne objawy i powikłania, doczekiwali okresu *climacterium*. Szkoła ta dzisiaj coraz mniej zwolenników liczy w swym obozie, a jeśli podobne mniemanie trzeba jeszcze uwzględnić, to w tych tylko nielicznych przypadkach, w których ogólny stan chorej, długiem i ciężkiem cierpieniem wyniszczonej, sam przez się wszelkiej chirurgicznej interwencji zaniechać nam nakazuje. W innych zato razach przy znacznych zaburzeniach, jakie obecność nowotworu powodować może, winniśmy

¹⁾ HOFMEJER. Grudriss der Gynäkologische Operationen.

się uciekać do operacji, którą jedynie tylko jako radykalny środek uważać należy i wobec coraz liczniejszych przykładów pomyślnego zejścia nawet w rozpaczliwych stosować przypadkach. Po za obrębem operacji; na szczególniejsze może wyróżnienie zasługuje jedynie metoda APOSTOLI'ego ¹⁾ „leczenie włóknaków macicy za pomocą elektryczności“, gorąco zachwalana przez D-rów ELSAESSER'a ²⁾, i THOMAS—KEITH'a ³⁾. Jeżeli w rzeczywistości przy dalszem jej stosowaniu okaże się tak skuteczną, jak widać z opisu autora, odda ona wówczas niezaprzeczone usługi, uwalniając chorą od operacji, która, choć bezwarunkowo pewniejsza co do ostatecznych wyników, nigdy jednak pod względem bezpieczeństwa z metodą APOSTOLI'ego równać się nie może.

Decydując się zaś usunąć nowotwór drogą rękoczynu, należy wybrać jedną z tych dróg operacyjnych, która, w danym razie jest łatwiejszą, chorej jednocześnie większą nadzieję wyzdrowienia zapewnić może. Dwie tu metody mamy do wyboru: 1) *per vaginam*, 2) *per laparotomiam*. Do pierwszej kategorii należy: *enucleatio seu exstirpatio neoplasmatidis vaginalis*, a) w jednym posiedzeniu, b) w kilku; do drugiej: a) *myomotomia*, b) *amputatio supravaginalis uteri*, które z przedmiotem nas zajmującym tylko w pośrednim znajdują się związku i c) *enucleatio MARTINI*. Można by jeszcze zaliczyć tutaj: *exstirpatio uteri vaginalis methodo FREUNDI et castratio*; pierwsza z nich jednak do tego rodzaju operacji jaknajmniej się nadaje i może być zastosowana jedynie w tym razie, gdzie wskutek licznych uszkodzeń przy wyjęciu nowotworu przez pochwę całą macicę usunąć jesteśmy zmuszeni, druga zaś, powstrzymując tylko obfite krwawienia i powodując poniekąd zanik guza, zastosować się daje w przypadkach niemożliwych do wyluszczenia nowotworów.

Przeglądając w nowszych podręcznikach ⁴⁾ rozdziały, traktujące o operowaniu nowotworów przez pochwę, przekonać się łatwo możemy, jak znacznym ograniczeniom uległy wskazówki przedsiębrania tego rękoczynu. Redukują się one dzisiaj zaledwie do guzów, które albo są umieszczone na cienkiej szypule, lub też przy umiarkowanej wielkości tuż pod błoną śluzową się rozwijają. Nowotwory zaś śródściennie i podsurowicze, któreby szczególnie wielkością swoją mogły znaczne powodować trudności w technice operacyjnej, lub tem więcej w przyczynowym być związku z uszkodzeniem pochwy, szyi, lub ciała macicy, bezwarunkowo *per laparotomiam* operować należy. MARTIN posuwa nawet dalej swe ograniczenia i twierdzi jednoznacznie z FRAENKLEM i SPIEGELBERG'iem, że z nowotworów ciała macicy te tylko przez pochwę wyluszczać powinniśmy, które przy wzroście swoim wywołują jednocześnie bóle porodowe i tym sposobem przez parcie ku dołowi prowadzą same do rozszerzenia i otwarcia kanału szyi; cała więc operacja polega w rzeczywistości na przecięciu błony śluzowej macicy, właściwe zaś wypchnięcie guza samo przez się przy wzrastających skurczach skutecznionem bywa. Tak ściśle wskazania zawdzięczać jedynie

1) Streszczenie — Gazeta lekarska Nr. 30 rok 1888. D-r ZWEIFBAUM.

2) Berlin. klin. Woch. 1886 r. Nr. 51.

3) Le concours médical 1888. Nr. 1.

4) a) HOFMEJER. Grundriss der Gynäkologischen Operationen. str. 191. 1888.

b) MARTIN. Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten, Aufl. 2.

należy poważnej liczbie niepomysłnych wyników operacji, która przedtem wszechstronnie u ginekologów ciesząc się uznaniem, u wszystkich niemal chorych z nowotworami macicy *larga manu* stosowaną była. To też na kartach odnoszącej się tutaj literatury łatwo odnaleźć zdołamy wiele takich przypadków, w których prócz ciężkich obrażeń pochwy zdarzały się pęknięcia szyi, rozdarcia parametryjów, wynicowanie macicy, przerwanie ścian jej do jamy otrzewnej i t. d.. Często też bardzo, mając na względzie już tylko życie chorej, trzeba było usunięcie nowotworu połączyć z inną zupełnie operacją, niż ta, którą najprzód wykonać zamierzano. WERTH ¹⁾ w jednym przypadku, nie mogąc stłumić nieustającego krwawienia po odjęciu szypuły, usunął całą macicę; SCHROEDER przy odcinaniu szypuły mięśniaka wyciął bezwiednie cały kawał ściany macicy, i chora umarła wskutek zapalenia otrzewnej; ATLEE, wynicowawszy macicę przy ściąganiu guza szczypcami MUSEAUX, zmuszony był ją wyciąć; SCHROEDER i SCHULTZE, otworzywszy jamę otrzewnej, dokończyli operacji *exstirpatione uteri* ²⁾; NAGEL ³⁾ opisuje przypadek MARTIN'a, gdzie po wyłuszczeniu guza wskutek znacznych uszkodzeń pochwy i ztąd powstałej zgorzeli, chora umarła trzeciego dnia po operacji—i wiele innych. Podobne jednak zdarzenia nie zdziwią wcale chirurga; bo czyż można w tych razach dokładnie naprzód określić i umiejscowienie guza wśród ścian macicy, i obszar jego zrostów. Te dwa ostatnie względy tak poważną odgrywają rolę, że w ostatnich czasach wielu bardzo ginekologów, wobec braku dokładnej pewności, uważa je za główne niemal przeciwwskazania przy wyłuszczeniu nowotworów przez pochwę. Określić zaś naprzód umiejscowienie guza jest w większości przypadków prawie niepodobieństwem i choćbyśmy niejakiemu ku temu posiadali dane, bezwzględnie na nie rachować nie możemy. Zdanie COURTY i MATTHEWS-DUNCAN'a, iż guzy podsurowicze nigdy przez bóle porodowe wydalone z macicy nie bywają, niczego nas jeszcze nie uczy, ponieważ wiele nowotworów śródściennych, a nawet podśluzowych, na szerokiej szypule osadzonych, również często nie podlega temu prawu. Niezawsze także sprawdza się twierdzenie KALTENBACH'a, który utrzymuje, że guzy o gładkiej zupełnie powierzchni, pozbawionej wyrostków i nierówności, zwykle dość gruba warstwa mięśniowa dzieli od otrzewnej. Bez wątplenia zależy to głównie od wielkości guza, który choćby nawet zupełnie gładki, jeżeli tylko dosięga wielkich rozmiarów, rozciąga warstwę mięśniową macicy tak znacznie, że redukuje się ona wspólnie z pokrywającą ją otrzewną do bardzo cieniutkiej powłoki. To ostatnie najdowodniej stwierdzić mogłem na drugim moim operowanym przypadku, w którym nowotwór, pomimo śródściennego swego pochodzenia, niemal tylko otrzewną był powleczonej. W tym więc razie łatwiej daleko zgodzić się z MARTIN'em, podług którego guz śródścienny, jeżeli tylko wielkich jest rozmiarów, lub szybko się rozwija, zawsze prawie dosięga błony surowiczej. Ponieważ zaś tego rodzaju guzy są zwykle bardzo ściśle połączone z otrzewną, przy wyłuszczeniu więc ich przez pochwę niezmiernie łatwo jest otworzyć jamę brzuszną, od której dzieli nas zaledwie cie-

¹⁾ Archiv für Gynäkologie. Bd. 22. I.

²⁾ HOFMEYER. Grundriss der Gynäkol. Operationen.

³⁾ Centralblatt für Gynäkologie. Nr. 31. 1886.

niutka powłoka [FRAENKEL]. Niewiele więcej powiedzieć możemy i o zrostach nowotworu z łożyskiem. Wychodząc z zasady, iż rosną one jako odosobnione guzy wśród ścian macicy, która tworzy dla nich rodzaj otaczającej powłoki, wnieść by należało, że z wyjątkiem cienkich warstw mięśniowych, łączących te nowotwory z macicą, lub miejsc, kędy do nich przenikają naczynia, brak im trwalszych i więcej rozległych połączeń, utrudniających wyłuszczenie; przypuszczenie to jednak niezawsze potwierdzić się daje, bo w niektórych razach bywają one na większej lub mniejszej przestrzeni tak ściśle spojone z macicą, że rzeczywistej granicy prawie odszukać niepodobna. I wbrew twierdzeniu VEIT'a ¹⁾ że otorbienie jest zwykle luźne i że, jeżeli istnieje ono w dolnym odcinku, spodziewać go się możemy na całej przestrzeni, SCHROEDER, MARTIN, LOEHLEIN, DUEVELIUS ²⁾ występują ze zdaniem wręcz przeciwnem, wykazując na licznych w praktyce przykładach, że i tu czegoś stanowczego z góry wyrzec niepodobna. W moich naprzykład przypadkach wyłuszczenie udało się bez użycia nawet tępych narzędzi, kiedy przeciwnie w jednym przypadku prof. KOSIŃSKIEGO zrost największego guza z mięszem macicy był tak ścisłym, że oddzielenie jego na całej przestrzeni jedynie przy pomocy noża skutecznić się dało. Ścisłej jednak zwykle łączą się mięśniaki z błoną śluzową macicy i otrzewną, jeżeli przy wzroście swoim do tych ostatnich przylegają.

Prócz wyżej omówionych powikłań, istnieje cały szereg innych poważnych trudności, które zmuszają chirurga oględniej nieco stosować metodę wyłuszczenia przez pochwę. Już w pierwszym rzędzie stoi dotąd niedościgniona antyseptyka pochwy i jamy macicy, a za nią dalej: brak światła, wąskie i ograniczone twarde szkieletem małej miednicy pole działania, ciągle potrzeba zmiany różnorodnych narzędzi, zawsze prawie niewygodna pozycja operującego i asystentów i t. d.. Dodajmy do tego jeszcze sam akt rękoczynu, który w większości przypadków polega na wycinaniu, lub częściej nawet na wrywaniu kawałkami nowotworu bez żadnej prawie kontroli; przedstawmy sobie przy więcej unaczynionych guzach ten silny krwotok, z jakim operator niekiedy już od początku nadaremnie walczy, uciekając się do podskórnych wstrzykiwań eteru, lub, co gorzej, transfuzji, a będziemy mieli choć słaby obraz operacji, którą z wielu względów tylko przy wyjątkowo sprzyjających warunkach stosować należy. Nie bez słuszności też może zalecił SPIEGELBERG operowanie wielkich guzów macicy na kilka rozłożyć posiedzeń; ale poszarpane resztki nowotworu, łatwo ulegając zgorzeli, sprowadzić mogą ogólne zakażenie, które wszelki ratunek bezskutecznym czyni [HEGAR — KALTENBACH]. Ani zalecana HEGAR'owska metoda „*allongement*“ [cięcia spiralne w kierunku osi guza dla zmniejszenia jego objętości], ani tamponacja krwawiącej powierzchni gazą jodoformową, ani zakładanie sączków i częste przemywanie, wobec sprzyjających warunków, nie zdołają zapobiedz rozpadowi guza, a tem samem odwrócić niebezpieczeństwo, które powiększa się jeszcze możliwością wtórnych krwotoków i ogólnym upadkiem sił chorej, kilkakrotnie już operowanej. Przybywa tu jeszcze jedna oko-

¹⁾ Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie. Bd. X. str. 117.

²⁾ Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie. Bd. X. str. 209.

liczność, na którą również, przystępując do operacji, baczna uwagę zwrócić należy; chcę tu mówić o tych mianowicie przypadkach, w których prócz jednego, silniej rozwiniętego nowotworu, cała macica usiana jest licznymi gniazdami małych mięśniaków, które po usunięciu głównego guza jeszcze szybciej wzrastać poczynają i zmuszają chorą powtórnie ciężkiej poddać się operacji. W literaturze spotykamy podobny przypadek ATLEE'go, który po wyłuszczeniu podśluzowego guza kilkakrotnie jeszcze operował dwanaście mniejszych mięśniaków.

Cały ten szereg powikłań przy usuwaniu nowotworów przez pochwę otworzył szerokie pole dla operacji MARTIN'a, której wysokich zalet i znakomitego pierwszeństwa nikt już odmówić nie zdoła. Jeżeli jednak dzisiaj ograniczyła ona znacznie liczbę odmiennych rękoczynów, to tylko dzięki tym zmianom i uzupełnieniom, jakim w ostatnich latach uległa bądź w technice, bądź w założeniu. Krótki rys historycznego jej rozwoju najlepiej przekonać nas może, jak szybko, trwała i racjonalną egzystencję wyrobić sobie umiała. Oparta początkowo jedynie na zasadzie zachowania macicy i jajników, a stosowana tam tylko, gdzie wskutek ciasnej i długiej szyi wydobyć podśluzowego guza przez pochwę było niemożliwym, mimo swej idealności do zbyt ograniczonej liczby przypadków zastosować się dała. Ciasne jednak ramki pierwotnych wskazówek już wkrótce znacznie sam MARTIN rozszerzył, używając powyższej metody i w tych razach, w których guz był śródścienny, lub nawet podsurowiczy, w których głęboko opuszczał się do pochwy, lub wreszcie w których wskutek swej wielkości albo częściowej zgorzeli na jednym posiedzeniu przez pochwę usunąć się nie dawał. Jeśli po dokonanej operacji jama macicy nie była otwarta [co MARTIN do najszcześniejszych zaliczał], cały narząd bez drenu opuszczano do jamy brzusznej, zeszywszy przedtem szwem piętrowym łożysko, pozostałe po wyłuszczeniu guza. Analogicznie również i tam operował, gdzie błona śluzowa tylko nieznacznie uszkodzoną była i bez wielkich trudności szwem kuśnierskim dawała się połączyć. Jeżeli zaś jej brakło na znacznie większej przestrzeni, to, po uprzednim zeszyciu rozciętej ściany, komunikujące z jamą macicy łożysko drenował przez pochwę, stosując powyższą metodę i do jamy DOUGLAS'a w przypadkach powstałych w niej po operacji wysięków. Gdy jednak sposób drenowania przez pochwę, której aseptycznie nigdy zabezpieczyć nie jesteśmy w stanie, wobec niepomyślnego zejścia mało znajdował naśladowców, HEGAR ¹⁾ radził dren przeprowadzić przez dolny kąt rany brzusznej i nałożyć silny, uciskający opatrunek, któryby przez częste zmiany mógł nas zabezpieczyć od możliwości zakażenia otrzewnej. Dalej SCHROEDER ²⁾, chcąc utrzymać i kształt i prawidłowy stosunek macicy do sąsiednich narządów, dokonał wycięcia brzegów łożyska z następczem ich zeszyciem, zmniejszając tym sposobem obszar jamy, pozostałej po wyłuszczeniu zbyt wielkiego guza. Wszystkie te uzupełnienia nie mogły jednak zadowolić chirurgów, którzy wobec częstych przypadków śmierci, lub ciężkich przeżyć po operacji, widząc dokładnie ujemne jej strony, szukali innej drogi, na której, mniej ryzykując, pewniejszy wynik osią-

¹⁾ Die Drainage der Bauchhöhle und das Bauchspectulum. Berl. klin. Woch. Nr. 39. 1884.

²⁾ HOFMEIER. Die Myomotomie. str. 44.

gnąć by się udało. Bo choć i w owych czasach operacyi MARTIN'a przyznać należało znakomite pierwszeństwo w porównaniu z pochwodem wyluszczeniem — a) znaczna wygrana czasu, b) pewniejsze zastosowanie antyseptyki, c) wygodniejszy przystęp do nowotworu, co znakomicie ułatwia technikę i pozwala dokładnie wykonać operacyję — to przecież w wielu razach niebezpieczeństwo zbyt było jawne, abyśmy je lekceważyć mogli. Przedewszystkiem już podczas samej operacyi napotykały niekiedy przeszkody, które, choć przewyciężyć w końcu się udało, wiele na pogorszenie rokowania wpływały. Do nich zaliczyć należy:

1) Niezmierną czasami trudność tamowania śródmiaższowych krwotoków, które szczególnie z obszernych jam po zdjęciu elastycznego sznura występować mogą.

2) Możliwość pęknięcia ścian łożyska na znacznej nawet przestrzeni przy wyluszczeniu wielkich guzów, które przez małe cięcia, w ścianie macicy zrobione, wydobyć się nie dają. Pęknięcie to, jak np. w drugim moim przypadku, rozerwało całą macicę prawie na dwie połowy i po tylnej powierzchni sięgało tak głęboko, że nawet po amputacyi macicy szereg szwów poniżej pętli nałożyć musiałem. Chcąc więc w tym razie zostawić całą macicę, potrzebaby zeszyć dwie jej połowy, co już i samo przez się nie należy do zbyt łatwych, a przy opuszczeniu zeszytego narządu do jamy brzusznej niebezpieczny wpływ na dalszy przebieg wyrzucić może.

3) W razie silniejszych zrostów guza z łożyskiem można przy wyluszczeniu porozrywać nawet macicę, którą tak znacznie uszkodzoną w następstwie zachować jesteśmy zmuszeni.

Te jednak niebezpieczeństwa nie wyczerpują przecie całego szeregu innych powikłań, na jakie chora w dalszym przebiegu jest narażoną:

4) w najpomyślniejszych nawet przypadkach, gdzie nam się udało usunąć nowotwór bez uszkodzenia błony śluzowej, po zeszyciu i opuszczeniu macicy, uwolnionej od uciskadła, nastąpić może krwotok do jamy łożyska, który i sam przez się jest groźnym, a i w następstwie stać się może punktem wyjścia ropnia, lub posokowatego gniazda [*Taucheherd-ALBERT'a*], grożącego otwarciem się do otrzewnej i jej zakażeniem.

5) Nie pozostają tu również bez wpływu i szwy, których prawie zawsze znaczną ilość nałożyć jesteśmy zmuszeni. Jakkolwiek przy braku komunikacyi z jamą macicy, dokładnej hemostazie i pewnej antyseptyce, istnieje mniejsze niebezpieczeństwo, aby one stały się przyczyną ropienia, to jednak liczyć na podobny przebieg zawsze nie możemy i nawet wobec przypadków, gdzie po operacyi powstawały ropnie z następującą przetoką nazewnątrzną, przez którą odchodziły ligatury, poniekąd spodziewać się tego należy. Bywały też zdarzenia, że nie tylko katgutowe ale nawet jedwabne szwy puszczały i tą drogą zakażenie przenikało do jamy otrzewnej.

6) Daleko większe zagraża chorej niebezpieczeństwo wrazie otwarcia jamy macicy; przebieg bowiem wówczas zawsze jest powikłany ropnem zapaleniem, bądź całkowicie błoną śluzową zeszyć się udaje, bądź wskutek braku jej na znacznej przestrzeni, zostaje bezpośrednia komunikacyja jamy macicy z ło-

żyskiem. Drenowanie przez pochwę, ścianę brzuszną, jamę DOUGLAS'a, czego nigdy nie zaniedbywano, najwymowniej nas przekonywa, jakich używano środków, aby przewidywanym powikłaniom zapobiedz. Historyje chorób dowodzą jednak, że zapobiegawcze leczenie rzadko pożądanego odnosiło skutek; wiele bowiem operowanych umierało wkrótce wskutek zakażenia otrzewnej, u innych zaś po przejściu ciężkiego zapalenia powstawały przetoki ściennie-maciczne (*utero-abdominales*), które, trwając całe tygodnie a nawet miesiące, po zagojeniu zostawiały na długo trwałe przyrost macicy do ściany brzusznej i sąsiednich narządów. Było to jedno jeszcze z najszcześniejszych zejść, na jakie rachowano, operując wedle dotąd przyjętej zasady — zostawiania macicy. Wobec silnych zrostów, możliwość zajścia w ciążę według wszelkiego prawdopodobieństwa wykluczyć należało, a tem samem idealnej zasadzie MARTIN'owskiej enukleacji tylko konserwatywne przypisać znaczenie.

7) Wspomnieć tu wreszcie należy i o tych przypadkach, gdzie po pewnym czasie w macicy po wyłuszczeniu nowotworu znów powstać mogą nowe mięśniaki, których powtórne usunięcie staje się koniecznem. Okoliczność tę potwierdza przypadek MARTIN'a, opisany przez CZEMPIN'a, gdzie w rok po wyłuszczeniu guza przystąpić musiano do powtórnej operacji i wykonać już *amputatio supravaginalis uteri*. Podobne zajście skłoniło MARTIN'a ¹⁾ do stosowania kastracyi, którą zalecał, jako środek zapobiegawczy przeciw powstawaniu wtórnych guzów nowotworowych (*MARTIN'sche Empfehlung*). W tym więc razie operacja, kończąca się wycięciem jajników, jest znowu tylko konserwatywną i traci swój idealny charakter, na jaki w zasadzie główną zwracano uwagę.

[C. d. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

30. Weir i Seguin [Nowy Jork]. Przyczynek do rozpoznania i leczenia chirurgicznego guzów mózgowia.

W pracy, streszczającej dotychczasowe wyniki chirurgicznej interwencji w cierpieniach mózgowia, BERGMANN ²⁾ zaleca wielką wstrzeźliwość w operowaniu guzów mózgowia ze względu na trudności rozpoznawcze i operacyjne. Amerykańscy lekarze, WEIR i SEGUIN, są innego zdania. Opierając się na własnej obserwacji, o czem powiemy niżej, i na materyjale przeważnie angielskim, kreślą dyagnostykę i symptomatologję guzów mózgowia wraz z ich leczeniem, przedmiot zarówno interesujący chirurgów, jak terapeutów. Nie uważając trepanacji za rękoczyn niebezpieczny (*the operation of trephining in itself is now almost without danger*), owszem, zalecając w razach wątpliwych próbną trepanację na wzór obecnie praktykowanej próbnej laparotomi [WEIR], autorowie ci całą uwagę zwracają na stronę rozpoznawania, starając się je uprzytomnić dla ogółu lekarzy. To jest najobszerniejsza część pracy, dokonana przez SEGUIN'a,

Myśląc o interwencji chirurgicznej przy guzie mózgowia, powinniśmy sobie jasno zdać sprawę z następujących pytań: 1) czy guz wogóle istnieje i czy jest położony wewnątrz, czy na powierzchni półkul mózgowych, 2) gdzie mianowicie guz się znajduje [ściśle rozpoznanie umiejscowienia], 3) na jakiej głęboko-

¹⁾ Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten. str. 289.

²⁾ Die chirurgische Behandlung der Hirnkrankheiten w Arch. LANGENBECK'a. Bd. 36. Hft. 4. Obszerny referat D-ra WŁ. KRAJEWSKIEGO. w Kron. Lek. 1888. Nr. 5 i 6.

ści [istota korowa, czy podkorowa], 4) czy guz jest jeden, czy kilka, 5) jaka jest przypuszczalna natura, t. j. budowa anatomiczna guza.

Dotychczasowa nasza wiedza na powyższe zapytania daje następujące odpowiedzi:

1) O istnieniu guza mózgowia wnosimy ze stopniowego rozwoju takich objawów, jak: ból głowy, drgawki miejscowe, lub ogólne, bezwład, lub porażenie mięśni, zmiany w tarczy nerwu wzrokowego, połowiczna ślepota, odrętwienie, śpiączka, zwolnienie tętna. Ugrupowanie tych objawów bywa bardzo rozmaite, zależnie od umiejscowienia guza, jego wielkości i indywidualności chorego. Bólu głowy może nie być wcale, zmiany w tarczy nerwu wzrokowego również nie są objawem stałym. Wyjątkowo znów jako jedyny objaw guza mózgowego występują zmiany w tarczy nerwu wzrokowego, jednostronne drgawki, napad apoplektyczny.

2) Rozpoznanie umiejscowienia guza opiera się na zastosowaniu do każdego przypadku danych, dostarczonych przez klinikę i doświadczenie na zwierzętach. Mamy tu na myśli t. zw. objawy ogniskowe. Objawy te mogą nie istnieć wcale pomimo istnienia guza. Do takich miejscowości w mózgu należą: zawoje czołowe [z wyjątkiem tylnych części zawoju drugiego i trzeciego], wierzchołek i podstawa zrazów skroniowych z obu stron i cały zraz skroniowy prawy, zewnętrzna część i podstawa zrazu potylicowego, część zrazów ciemieniowych, zwoje środkowe. Jeżeli guz znajduje się w jednej z tych miejscowości, chory przedstawia tylko ogólne objawy cierpienia mózgowego, podane wyżej.

Objawy ogniskowe, t. j. objawy stałe, ściśle określone występują wtedy, kiedy guz umieszczonym jest w pewnych okolicach mózgu, które noszą nazwę okolicy ruchowej i zmysłowej. Okolica, albo pas ruchowy (*zona motoria*), jak wiadomo, obejmuje zawoje, grupujące się po obu stronach rowka ROLAND'a z dodatkiem, jak się zdaje, wyspy REIL'a. Części te odżywia tętnica mózgowa pośrodkowa; można je dokładnie oznaczyć na czaszce za pomocą którejkolwiek z metod czaszkowo-mózgowej topografii [np. metodą BROCA]. *Zona motoria* zawiaduje ruchami dowolnymi i znajduje się w anatomicznym i fizjologicznym związku z aparatem mięśniowym przeciwległej strony ciała, a mianowicie: podstawa 3-go zawoju czołowego [lewa strona] zawiaduje ruchami mowy, razem zaś z sąsiednią podstawą zawoju pośrodkowego przedniego (*g. praecentralis*)—mięśniami języka, podstawa 2 zawoju czołowego z zawojem pośrodkowym przednim—mięśniami twarzy, średnia trzecia część zawoju pośrodkowego przedniego—mięśniami przedramienia i ręki, górna trzecia część zawojów pośrodkowych przedniego i tylnego (*g. prae- et post-centralis*)—mięśniami ramienia i barku, zrazik przyśrodkowy (*lobulus paracentralis*)—mięśniami stopy, goleni i uda. Części te pasa ruchowego, których granice prawdopodobnie nie są ściśle określone, noszą nazwisko ośrodków ruchowych. Tym sposobem idąc od dołu ku górze, mamy ośrodki dla mowy, dla ruchów języka, twarzy, ręki, przedramienia, ramienia brzucha [?] uda, goleni i stopy. Prawdopodobnie istnieje także ośrodek dla ruchów krtani [prawdopodobnie w tylnym końcu prawego 3-go zawoju czołowego]. Cały pas ruchowy dostępnym jest dla trepana, który napotyka jedyną przeszkodę w zatoce podłużnej górnej i tętnicy oponowej pośrodkowej. Pas zmysłowy (*zona sensitiva*) ogranicza się do dwóch znanych dotychczas napewno ośrodków: słuchu [pierwszy zawój skroniowy po lewej stronie] i wzroku (*gyrus triangularis in lobo occipitali*). Pewna nieznaczną część zrazu ciemieniowego jest źródłem czucia mięśniowego. Chirurg łatwo może znaleźć drogę do 3-ech wyżej wymienionych ośrodków.

Objawy, jakie wywołują guzy, umiejscowione w jednym z powyższych ośrodków, wogóle dzielą się na objawy podrażnienia [drgawki] i objawy zniszczenia [bezwład]. Guzy pasa ruchowego charakteryzuje pewne swoiste ugru-

powanie objawów, zależne od pierwotnego umiejscowienia guza. Z czasem objawy te wikłają się i zmieniają przez wzrost guza i zajęcie większej ilości ruchowych ośrodków. Objasnimy to na przykładzie: guz umieszczony w tylnym końcu drugiego zawoju czołowego, gdzie ten ostatni zlewa się z dolną trzecią częścią zawoju pośrodkowego przedniego (*g. praecentralis*) ¹⁾ wywołuje z początku porażenie i drgawki [lub odwrotnie] mięśni twarzowych po stronie przeciwległej, z czasem zjawia się mniejsza lub większa niemota ruchowa (*motor aphasia*), porażenie połowy języka, porażenie i drgawki kończyny górnej [głównie palców], наконец stały bezwład twarzy, połowy języka i ręki, stała afazyja i drgawki. W ten sposób SEGUIN rozpatruje po kolei objawy zajęcia każdego z ośrodków ruchowych. Pierwsze drgawki zwykle zjawiają się w nader małej liczbie mięśni, ograniczając się do twarzy, ręki, ramienia, barku i t. d.. Chory jest zupełnie przytomny i obserwuje drgawki, z ciekawością bawi się nimi, jak powiada SEGUIN. Z czasem drgawki stają się rozleglejszymi w takim mniej więcej porządku: jeżeli zaczęły się od twarzy przechodzą na rękę, ramię i na nogę. Od stopy przechodzą na gołąb, biodro, rękę, ramię, наконец na twarz. Drgawki te pojedyncze, lub połowiczne są zawsze nieregularne [toniczne, lub kloniczne], przytomność jest zachowana nawet wtedy, kiedy występuje afazyja. Jeżeli przyczyna podrażnienia istnieje i rozwija się dalej, drgawki zjawiają się po stronie guza, następuje utrata przytomności, występują objawy zajęcia obu półkul mózgowych.

Zupełnie rozwinięte drgawki ogólne z utratą przytomności do złudzenia naśladują napady t. zw. padaczki idyopatycznej. Wyniki doświadczeń fizjologicznych nad pasem ruchowym zwierząt są zupełnie identyczne z danymi klinicznymi, jak to widzimy z prac różnych fizjologów, zebranych przez FRANCK'a [1887]. Zauważono, że tak w sprawach patologicznych jak i w doświadczeniach objawy zależne od małego, co do rozmiarów, guza, *resp.* od podrażnienia elektrycznością ośrodka ruchowego na małej przestrzeni, ograniczają się ściśle do nader małej grupy mięśniowej. Te właśnie wcześniej występujące i bardzo ograniczone drgawki, lub porażenie, SEGUIN uważa za klucz do rozpoznania i nazywa je *znamiennymi objawami* (*signal symptoms*) guzów mózgowia. Dlatego też nader ważną jest rzeczą dowiedzieć się od chorego, jakie były pierwsze, a na pozór nie znaczące objawy drgawek; najlepiej naturalnie byłoby je widzieć samemu, lub mieć świadectwo wiarogodnych świadków. Od czasów JACKSON'a zaczęto zwracać pilną uwagę na te objawy znamienne. SEGUIN przytacza przypadki niewątpliwych guzów mózgowia, w których początkowymi i znamionnymi objawami były drgawki, lub porażenie jednej strony twarzy, jednej ręki, afazyja ruchowa i t. d..

Z kolei rozpatruje SEGUIN objawy, jakie mogą wywoływać guzy, umiejscowione w pasie zmysłowym (*sensory zone*). Jak wiemy, znane tu są dotychczas dwa ośrodki: połowicznego widzenia (*half-vision*) i mowy artykułowanej (*audited speech*). Zajęcie tych ośrodków zdradza się jedynie przez t. zw. objawy zniszczenia; objawy podrażnienia zapewne istnieją także, ale nie mamy o nich pojęcia. Oto kilka faktów zajęcia tych ośrodków: chory z ogólnymi objawami guza mózgowego, posiadający prócz tego taki objaw swoisty, jak głuchota wyrazową (*verbal deafness*), bez połowicznego porażenia, połowicznych drgawek, lub połowicznej anestezji, prawdopodobnie ma guz w lewym górnym zawoju zrazu skroniowego. Dalszymi objawami wzrostu guza będą objawy czuciowe: parestezyje, utrata zmysłu mięśniowego, anestezja przeciwległej strony ciała. Ból głowy, wymioty, zmiany w tarczy nerwu wzrokowego, ociężałość (*dulness tending to stupor*), wzmagająca się anestezja połowiczna wraz z boczną hemianopsją [ciemne pola po tej samej stronie co anestezja] bez po-

¹⁾ Do uprzytomnienia sobie anatomii i fizjologii mózgu może służyć artykuł D-ra GAJKIEWICZA. Najnowsze poglądy na fizjologię mózgu. [Gaz. Lek. 1888. Nr. 39, 40, 41].

łowicznych drgawek i bezwładu są dowodem istnienia guza białej istoty z r a z u p o t y l i c o w e g o. Jeżeli obok ogólnych objawów guza mózgowego, znajdujemy tylko ślepotę połowiczną, bez połowicznych drgawek, porażań i anestezyi, prawdopodobnie mamy do czynienia z guzem w e w n ę t r z n e j c z ę ś c i z r a z u p o t y l i c o w e g o po stronie przeciwległej. Jeżeli guz rośnie ku górze, zjawia się porażenie kończyny dolnej po stronie hemijanopsyi; jeżeli ku dołowi—objawy ze strony mózdzku i zrazów ocznych (*optic lobes*), jak to miało miejsce w przypadku operowanym przez WEIR'a (*Medical News*, 1887).

3) Rozpoznanie, czy guz znajduje się w istocie korowej, czy podkorowej, bardzo jest wątpliwem. Kierowano się takimi objawami, jak charakter i kolejne następstwo drgawek i porażań [podrażnienie elektrycznością istoty białej wywołuje drgawki momentalne, korowej—dłużej trwające. FRANCK], ból głowy [istota korowa], brak tegoż [istota biała], zachowanie się ciepłoty czaszki [podniesienie ciepłoty przy cierpieniu istoty korowej, brak tego — białej]. Okazało się jednak, że dane te nie posiadają znaczenia rozpoznawczego. Guz podkorowy drażni jednocześnie istotę białą i szarą, wywołując drgawki nieregularne, niecharakterystyczne. Ból głowy, nadczułość przy opukiwaniu czaszki, podniesienie ciepłoty przemawiają wprawdzie za umiejscowieniem guza w istocie korowej, ale zanotowano przypadki, w których te objawy istniały także przy guzie podkorowym [OSLER, BERNHARDT].

4) Bardzo jest ważnem dla operatora rozpoznać, czy ma do czynienia z jednym, czy z kilku jednocześnie istniejącymi guzami mózgowia. Guzy natury gruczliczej zwykle są liczne. Jeżeli znajdujemy objawy zająęcia kilku naraz ośrodków, również oczekujemy istnienia kilku guzów, co, o ile jest łatwem do zrozumienia, o tyle trudnem bywa nieraz do rozpoznania, ze względu na powikłanie objawów. Najtrudniej rozpoznać kilka nowotworów, umieszczonych w granicach tego samego ośrodka na różnej głębokości. SEGUIN przedstawia rysunek przecięcia mózgu, gdzie guz [mięsak] umieszczony był w istocie korowej w ośrodku ruchowym kończyny dolnej. Poniżej guza jednocześnie istniały dwa mniejsze guzy w istocie białej, które łatwo mogłyby ująć uwagi operującego, gdyby przyszło do operacyi.

5) Rozpoznanie natury, t. j. budowy anatomicznej guza jest nader ważnym momentem rozpoznawczym, decydującym niekiedy o przystąpieniu do operacyi. Niepożądaną jest interwencya chirurgiczna u osobników, dotkniętych gr u z ń l i c ą innych narządów, to samo stosuje się do r a k a [przypuszczalna mnogość nowotworów i łatwość regeneracyi]. Przy gumacie, wbrew twierdzeniu BERGMANN'a, operacyja może przynieść dobre wyniki w odpowiednio wybranych przypadkach i po uprzednim zastosowaniu leczenia swoistego. Rozpoznanie natury innych guzów wewnątrzczaszkowych [prócz gruczlicy, raka i gumatu] jest zupełnie ciemnem. Pozostałoby nam chyba kierowanie się danymi statystycznymi co do względnej częstości tego lub owego rodzaju guza. Istnieje nawet podobna statystyka. BERNHARDT, a następnie WHITE zebrali razem 580 przypadków guzów mózgowia, stwierdzonych przez sekcję. Widzimy ztąd, że w 138 przypadkach nie określono bliżej natury guza, w 137 — guz był pochodzenia gruczliczego, 76 przypadków przypada na gliomaty, 75 — na mięsaki, 30 — na cystycerki i ecchinokoki, 27 — na torbiele, 24 — na raki i t. d.. Cóż nam jednak przyjdzie z tej wiadomości? W każdym danym przypadku rozpoznanie natury guza będzie prawie zawsze zgadywaniem.

Teraz widzimy jasno, czego może wymagać chirurg po terapii i czego wymagać powinien w przypadku guza mózgowego: katagorycznego rozpoznania co do istnienia guza mózgowego w ogólności, możliwie dokładnego rozpoznania jego umiejscowienia i przypuszczalnego rozpoznania ich liczby. Jaka jest natura guza [z wyjątkiem guzów wtórnych i gumatów], czy guz jest otorbiony,

czy nacieczony, a nawet czy jest korowy, czy podkorowy, na to odpowiedzieć nie można.

Cały traktat powyższy ilustrują autorowie żywym przykładem, który obserwowali wspólnie i opisali z drobiazgową dokładnością. Żałuję, że ramy niniejszego sprawozdania nie pozwalają mi powtórzyć dosłownie tej arcysumiennej obserwacji. Przytaczam najważniejsze dane. 39-letni mężczyzna [w r. 1887], pochodzący z rodziny zdrowej, nie popełniający żadnych nadużyć, był zupełnie zdrow aż do r. 1882. W jesieni tego roku przeszedł jakąś nieznaczną i nieznaną chorobę gorączkową, w ciągu której bolała go głowa. Pewnego razu żona zauważyła, że chory ma drgawki w prawej połowie twarzy i szyi. Trwało to bardzo krótko i przeszło bez śladu. Podobny napad zjawił się w dwóch następnych latach po razie. Aż do r. 1885 w drgawkach nie brała udziału kończyna górna. Od tego czasu drgawki przychodziły częściej, chory czuł się po nich zmęczonym i przeczuwał ich zjawienie się (*aura*). Badanie lekarskie w owym czasie wykazało lekkie zboczenie języka na prawo, nieznaczne osłabienie prawej ręki [na dynametrze o 2° mniejsza siła, niż w ręce lewej]. Stopniowo napady drgawek stawały się coraz częstszymi i coraz cięższymi — chory stracił mowę na krótko, zauważył sam osłabienie prawej ręki. Pod koniec roku 1887 chorego widział D-r SEGURIN i znalazł porażenie twarzy z prawej strony, zboczenie języka na prawo, porażenie prawej ręki [różnica na dynametrze = 17°, lekką afazyję]. Chory miewa częste napady drgawek, w których bierze udział ręka prawa, cierpi na ból głowy. Bolesność głowy przy wypuku odpowiada co do miejsca bólowi głowy. To miejsce można ściśle oznaczyć. Leży ono na linii uszno-bregmatycznej na 8—10 ctm. powyżej przewodu słuchowego zewnętrznego. Kilkakrotne mierzenie ciepłoty powierzchni czaszki nie wykazuje żadnych stałych różnic między stroną lewą i prawą. Rozpoznano: guz w lewej półkuli, leżący częścią w ośrodku twarzy, częścią w ośrodku ręki. Wobec tego, że ból głowy zjawił się w późnym okresie choroby, że nie ma podniesienia ciepłoty po stronie guza, spodziewano się znaleźć guz podkorowy. Co do natury guza, wyłączono gumat wskutek braku danych i uprzedniego bardzo silnego a bezskutecznego leczenia swoistego [t. zw. amerykańskie dawki jodku potasu po pół uncji dziennie], wyłączono raka i gruźlicę. Przypuszczano sarkomę.

W Listopadzie 1887 r. WEIR w asystencji SEGURIN'a i innych lekarzy wykonał operację. Pomijam szczegóły operacyjne zresztą znane. Kiedy w otwórze trepanacyjnym ukazała się tkanka mózgowa, nie zauważono w niej nic szczególnego, pulsowała prawidłowo, a palec nie wyczuwał żadnej guzowatości. Dopiero po zastosowaniu dość silnego ucisku można było wyczuć wyraźnie zwiększoną rezystencję jednego z zawojów — był to wyraźnie ograniczony guz wielkości migdała. WEIR dotarł do guza i wyluszczył go za pomocą tępej łyżeczki VOLKMANN'a (*blunted spoon*). Krwotoku mózgowego nie było. Guz wielkości bobu leżał w istocie białej na głębokości cała pod tylnym brzegiem 2-go zawoju czołowego i przednim brzegiem zawoju pośrodkowego przedniego (*g. praecentralis*), t. j. mniej więcej na przebiegu włókien, idących do ośrodka twarzowego. Po zbadaniu drobnowidzowem guz okazał się być mięsakiem. Operacja trwała około 2 godzin. Zamiast chloroformu obyczajem amerykańskim użyto eteryzowania. W przebiegu pooperacyjnym zanotowano wymioty i lekkie podniesienie ciepłoty. W 2 tygodnie po operacji rana była już zagojona. W pierwszych dniach po operacji nie zauważono żadnego polepszenia w objawach, owszem zjawił się zupełny bezwład prawej połowy ciała i afazyja; nawet drgawki powtarzały się kilkakrotnie. Powoli dopiero objawy te ustępowały. W 6 miesięcy po operacji chory wybierał się w podróż do Europy. Z dawnych objawów pozostała mu: lekkie porażenie twarzy i ręki, zjawiające się niekiedy drgawki w niektórych mięśniach twarzy.

Trzecia część monografii amerykańskich autorów obejmuje uwagi WEIR'a nad chirurgią guzów mózgowia. Palma pierwszeństwa w tej najnowszej gałęzi chirurgii należy się anglikom i amerykańcom. Przed 5 laty [1884] BENETT i GODLEE [anglicy] wykonali po raz pierwszy trepanację w celu usunięcia guza mózgowia. Rzeczywiście we wskazanem miejscu znaleziono i wyłuszczone glijomy wielkości orzecha włoskiego. Chory jednak zmarł we 4 tygodnie po operacji na ropne zapalenie opon mózgowych.

W niespełna 2 lata HIRSCHFELDER i MORSE [z San-Francisco] operowali także glijomy mózgu bardzo miękki i duży, którego nie można było oddzielić dokładnie od reszty istoty mózgowej. Chory zmarł 7-go dnia po operacji na zapalenie mózgu.

Były to, jak widzimy, pierwsze przypadki świetnie rozpoznane. Dopiero HORSLEY w swej pamiętnej pracy: *Brain-Surgery (British med. journal. October. 1886)*, ogłosił trzy przypadki trepanacji, z których jedna była podjęta w celu usunięcia guza. Guz był pochodzenia gruczłowego, lubo chory w innych narządach gruczlicy nie posiadał. HORSLEY szczęśliwszy od poprzedników wkrótce operował 3 inne przypadki, z których 2 z powodu mięsaków mózgu miały zejście pomyślne: w jednym chory żył jeszcze 3 miesiące, w drugim — był jeszcze zdrow po upływie 1½ roku. Odtąd częściej notowano pomyślne zejście po wycięciu guzów mózgowia. KEEN z Filadelfii [1887] wyłuszczył fibromat, ważący trzy uncje. Chory wyzdrowiał. DURANTE z Rzymu, jak się pokazuje, jeszcze przed GODLEE'm, bo w roku 1884 [lubo swój przypadek ogłosił dopiero w roku 1887], usunął guz wielkości j a b l k a [mięsak], przyczem chory jeszcze po 4 latach był zdrow zupełnie. Przypadek ten zasługuje na uwagę z tego względu, że przeczy zdaniu BERGMANN'a, który utrzymuje, że nie należy usuwać dużych guzów ze względu na łatwo występujący obrzęk mózgu. Tymczasem w pomyślnym przypadku HORSLEY'a guz ważył przeszło 3 uncje, w przypadku także szczęśliwym KEEN'a — 3 uncje. Nie wielkość guza, lecz jego otórbienie lub brak tegoż decyduje o powodzeniu operacji. Guzy nacieczone, rozlane dają wyniki złe, gorsze od guzów choćby dużych, lecz ściśle ograniczonych. WEIR wogóle stara się rozszerzyć wskazania do trepanacji. Chirurgów nie powinna wstrzymywać obawa i wstyd niezalezienia przypuszczalnego guza. Zdarzały się, i to nieraz, podobne przypadki, a jednak chorzy na tem nie ucierpieli. Owszem, trepanacja zapewne wskutek zmniejszenia ciśnienia mózgowego, przynosiła takim chorym ulgę i przedłużała im życie, chociaż była tylko rękoćnym próbnym. Podobne przypadki zanotowali WEIR, HAMMOND, GERSTER. W roku zesłym HEATH (*Lancet. 1888. 7 april*) opisał przypadek, w którym, wykonawszy trepanację, nie był w stanie usunąć guza z powodu silnych zrostów z otaczającą tkanką. Rana czaszki wkrótce się zagoiła, utworzyła się przepuklina mózgowa podskórna. Chory jednak odzyskał władzę w kończynach, przestał miewać bóle głowy i napady drgawek, pozostała mu tylko ślepota zupełna. Taki stan trwał przez 13 miesięcy, Po upływie tego czasu wracać zaczęły bóle głowy i napady padaczkowe ¹⁾.

Co do techniki operacyjnej WEIR robi słuszną uwagę, że w obecnym czasie żaden chirurg nie posiada jeszcze dosyć doświadczenia, aby mógł w sposób dogmatyczny wyłożyć metody operowania guzów mózgowia. Najważniejsze wskazówki znaleźć można w pracach HORSLEY'a i BERGMANN'a (*l. c.*). Z uwag WEIR'a notujemy niektóre: cięcie skórne i cięcie opony twardej powinno być

¹⁾ Niektórzy z kolegów znają zapewne chorego Sajkowskiego z oddziału kol. DUNINA. Chory ten z powodu objawów ropnia mózgowego, na którego umiejscowienie wskazywały: niesłychanie silny ból głowy, nagła ślepota i drgawki, na wniosek kol. DUNINA był trepanowany przez ś. p. ORŁOWSKIEGO. Guza nie znaleziono, ale chory pozbył się bólów głowy, odzyskał przytomność i lubo ślepy żyje dotychczas i ma się wybornie. (*Przyp. sprawozd.*)

łukowate (*curved flap.*), na co zwrócił uwagę HORSLEY. Cięcie takie daje następnie lepszą ochronę dla mózgu, niż praktykowane dawniej cięcie krzyżowe. Dla zmniejszenia krwotoku dobrze jest przed operacją nałożyć bandaż elastyczny naokoło głowy, przechodzący przez wyniosłość potylicową. Miejsce, gdzie ma być stosowany trepan, pożytecznie jest oznaczyć na kości. Otwór w kości powinien być obszerny. Do badania istoty mózgowej nie używać nigdy igły, gdyż to może spowodować krwotok. Guz należy wyluszczać palcami, lub tępą łyżeczką VOLKMANN'a. Krążki kostne trzeba wstawiać na dawne miejsce, przechowując je podczas operacji w gazie, zmoczonej w karbolu 1:60 i utrzymywanej w ciepłocie ciała. Dobrze jest przez kilka godzin po operacji trzymać głowę wzniesioną do góry.

A. Puławski.

(*The american journal of the medical sciences. 1888, july, august, september.*)

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Na posiedzeniu klinicznym nadzwyczajnem d. 30. IV. 89 r. kol. M. BRUNER odczytał rzecz o zwyrodnieniu następczem pęczków piramidalnych w mózgu, rdzeniu przedłużonym i rdzeniu kręgowym przy uszkodzeniach kory mózgowej w zawojach pośrodkowych przednim i tylnym, otaczających rowek ROLAND'a.

Sposobność do rozwinięcia badań nad tym przedmiotem dał przypadek zatoru tętnicy bruzdy SYLWJUSZA u 28-letniej kobiety, dotkniętej bardzo wysoko rozwiniętą wadą serca (*Insuf. valv. mitralis, stenosis cum insuff. ostii aortici, cor bovinum*), zmarłej w szpitalu ewangelickim po 3 miesiącach trwania choroby mózgowej (*ramollitio alba in gyro centrali ant. sinistri*). Po znalezieniu zmian anatomicznych, przewidzianych za życia i stwierdzeniu rozpoznania klinicznego, kol. B. przedsięwziął badania nad zmianami drobnowidzowymi w rdzeniu, moście VAROL'a i odnogach mózgu [po stwardnieniu tych części w płynie MUELLER'a i zatopieniu w roztworze fotoksyliny]. Skrawki barwiono metodą WEIGERT'a:—karminem, hematoksyliną, nigrozina, wreszcie a p f e l z i n ą [nowym barwnikiem, podanym przez kol. JABŁCZYŃSKIEGO z Dorpatu]. Przy barwieniu metodą WEIGERT'a [przy której barwią się głównie włókna osiowe], pęczki piramidalne lewej i prawej strony pozostały koloru pomarańczowego, gdy przy użyciu barwników, silniej trzymających się tkanki łącznej, wspomniane pęczki barwiły się ciemniej, co już było widocznem przy użyciu lupy. Z badania paruset skrawków okazało się, że cała sprawa, polegająca na rozwoju tkanki łącznej, wstępującej w prawa pierwotnie istniejących włókien nerwowych, była zstępującą, poczyniała się od znalezionej w korze mózgowej ogniska białego rozmiękczenia i sięgała daleko w rdzeniu kręgowym [kol. B. zakończył badanie na części szyjowej].

Kol. B. przytoczył w dalszym ciągu historję badań, dokonanych w tym kierunku [TUERCK, CHARCOT, PICK, ZIEGLER] i zacytował dwa interesujące przypadki [swoj i kol. KRYSIŃSKIEGO], wstrząsające w swych podstawach kwestyję umiejscowienia cierpień mózgowych. Dołączone do odczytu odpowiednie preparaty [pod 12 drobnowidzami i kilku lupami], oraz rysunki szematyczne dokładnie uwidoczniały zmiany anatomiczne, stanowiące treść odczytu kol. B.

Wice-prezes PRZEWOSKI przedstawia 7 preparatów z woreczkowatemi rozszerzeniami przełyku (*diverticula oesophagi*). Na 5 z nich rozwinęły się zwykle lejkowate rozszerzenia skutkiem pociągania ścianki przełyku z zewnątrz (*diverticula a tractione oesophagi*, ZENKER); na dwóch zaś powstały woreczkowate rozszerzenia skutkiem parcia wewnętrznego (*diverticula a pulsione*, ZENKER). *Diverticula a tractione* we wszystkich pięciu preparatach znajdowały się na przedniej ścianie przełyku na wysokości rozdziału tchawicy na oskrzela.

Wszystkie one miały formę wydłużonego lejka. Powodem wytworzenia się rozszerzenia było chwilowe zapalenie gruczołów chłonnych oskrzelowych. W miarę bliznowatego kurczenia się tych gruczołów, przyrośniętych z jednej strony do tchawicy, a z drugiej do ściany przełyku, następowało lejko-wate ograniczone wyciągnięcie ściany przełyku. Różnica polegała na tem, że w jednych preparatach gruczoł limfatyczny był zrośnięty ze wszystkimi warstwami ściany przełyku, a w innych tylko z zewnętrzną warstwą mięsną, lub nawet tylko z tkanką łączną, pokrywającą błonę mięśniową. W 3 przypadkach wytworzenie się woreczkowatych rozszerzeń nie doprowadziło do złych następstw — w dwóch pozostałych dno rozszerzenia zostało podziurawione. Tu doszło do rozległego ropiasto-posokowatego zapalenia tkanki łącznej naokoło przełyku i oskrzeli. Dalsze następstwa były takie: w jednym przypadku — *perioesophagitis, peritracheitis et peribronchitis ichoroso-purulenta*, ograniczona gangrena płuca lewego, przedziurawienie prawego oskrzela, zrazikowate zapalenie dolnego zrazu prawego płuca, z zejściem niektórych ognisk zapalnych w gangrenę. W drugim przypadku — *perioesophagitis et peribronchitis ichoroso-purulenta* wywołała zgorzel całego górnego zrazu prawego płuca, ostre zapalenie osierdzia z wysiękiem surowiczko-ropnym.

Diverticula a pulsione na przebiegu przełyku dotąd nie były opisane. Dwa preparaty kol. PRZEWOSKIEGO stanowią okazy niezmiernie rzadkie. Jeden z preparatów pochodził od 48-letniego mężczyzny. Woreczkowate rozszerzenie znajdowało się na 4 centymetry pod brzegiem dolnym chrząstki obrączkowej krtani, na prawej ścianie przełyku i miało postać woreczka o dnie okrągłym, wielkości orzecha włoskiego. Wejście do woreczka było szerokie, woreczek opuszczał się ku dołowi. Ścianka woreczka składała się prawie tylko z błony śluzowej, wypartej ku zewnątrz przez rozsuniętą błonę mięśniową. Dno woreczka otaczała luźna tkanka łączna i nie było nigdzie przyrostów. Błona śluzowa całego przełyku znajdowała się w stanie przewlekłego nieżyty, a cała ścianka była mocno rozpulchniona. Szerokość przełyku nad i pod rozszerzeniem była jednako-wa. Drugi przełyk z woreczkowatym rozszerzeniem *a pulsione* pochodził także od 40-letniego mężczyzny. Rozszerzenie znajdowało się na przedniej ścianie zaraz pod rodziałem tchawicy na oskrzela. Woreczek miał otwór szeroki. Dno było zwrócone ku przodowi. Powiększenia gruczołów limfatycznych nie było. Ścianę rozszerzenia stanowiła także prawie tylko sama błona śluzowa. Błona śluzowa przełyku dla gołego oka zmian nie przedstawiała.

Wreszcie kol. KRYSIŃSKI mówił o przyczynach niepomysłnego rokowania myomiotomii. LAUDAU (*Centralbl. für Gynaek. N. 11*), zastanawiając się nad przyczyną, dla której rokowanie przy myomiotomii jest bez porównania gorsze od rokowania innych wielkich operacji w jamie brzusznej, upatruje przyczynę tego faktu w poprzedzającym operację leczeniu sporyszem. Zgadza się w zupełności z tym wnioskiem LAUDAU'a, kol. KRYSIŃSKI odrzuca zupełnie i nazywa bezpodstawnem i błędem powtórzone przez LAUDAU'a za podręcznikami farmakologii tłumaczenie tego zjawiska. Według LAUDAU'a, sporysz, działając przedewszystkiem na błonę mięsną naczyń i powodując jej stały skurcz, ma się stawiać przyczyną następczego zwyrodnienia tak samych naczyń, jak i mięszu serca, które następnie wzmocnionym wysiłkiem zadość uczynić nie mogą, czynność swoją wkrótce po operacji zawiesza. Tak na mocy zbadania całej odnośnej literatury, jak i własnych doświadczeń, twierdzi kol. KRYSIŃSKI, że opisany skurcz naczyń wcale nie istnieje, a bezpośrednie działanie sporyszu na naczyńa dotąd wykazaniem jeszcze nie zostało. Kol. KRYSIŃSKI wylicza następujące przyczyny niepomysłnego zejścia przy myomiotomijach: 1) zakażenie septyczne, 2) krwotoki pooperacyjne, 3) zator naczyń płucnych i 4) *shock*, o którym sądzi, że jest tylko tymczasową nozologiczną grupą, mieszczącą w gruncie rzeczy najrozmaitsze sprawy chorobowe. Z ro-

zbioru tych przyczyn mówca dochodzi do przekonania, że one w różnym stopniu wpływają na rokowanie we wszystkich operacjach w jamie brzusznej, a jeżeli w istocie skutki ich częściej przy myomotomii, niż przy innych operacjach, niszczą najstaranniejsze zabiegi operatora, to przyczyna tego leżyć musi albo w jakim szczególnym stanie osłabienia, wywołanym przez myomat, jako taki, albo w poprzedzającym operację leczeniu. Kol. KRYSIŃSKI nie sądzi, aby długotrwałe nawet krwotoki przy mięśniakach więcej wpływały na zubożenie krwi i wyniszczenie ustroju, niż także krwotoki przy innych nowotworach. Wyjątkowo złe rokowanie przy myomotomijach kol. KRYSIŃSKI upatruje w przedoperacyjnym leczeniu mięśniaków za pomocą sporyszu; ale za skutek działania tego środka uważa, nie skurcz naczyń, tylko zmniejszenie odporności ustroju przeciwko wnikaniu drobnoustrojów, rozmnożenie się tych ostatnich, i wywołanie skutkiem tego w sokach i tkankach swoistego septycznego zakażenia. Obszerne umotywowanie tego poglądu znajdzie czytelnik w monografii kol. KRYSIŃSKIEGO, której streszczenie podaliśmy w Gazecie Lekarskiej 1889. N. 1. Pomienione swoiste septyczne zakażenie wydaje się być kol. KRYSIŃSKIEMU właśnie owym fatalnym czynnikiem, tak znacznie rokowanie myomotomii obciążającym.

W dyskusyi kol. MATLAKOWSKI zaznaczył, że zakażenie łatwiej może nastąpić przy myomotomii, niż przy owaryjotomii, gdyż podczas gdy przy ostatniej robimy cięcie małe, przy myomotomii, zwłaszcza gdy guz jest duży i śródmiaższowy, robimy cięcie duże i trudniej nam uniknąć spływania krwi, śluzu, *resp.* zakażenia; szypuła przy owaryjotomijach jest małą, przy myomotomijach, — dużą, niekiedy znaczną. Osłabienie ogólne i ubóstwo krwi nigdy nie jest tak znacznem przy guzach jajnika, jak przy mięśniakach. Co do operacji, przez siebie dokonanych, kol. MATLAKOWSKI oświadcza, że w tej chwili pamięta 12 przypadków myomotomii, z których w jednym tylko nastąpiła śmierć wskutek zatoru tętnicy płucnej, ta chora jednak, o czem wie z pewnością, sporyszu nie używała wcale. Czy sporyszowi można przypisać główną przyczynę złego zejścia przy myomotomijach, trudno jest orzec stanowczo, jakkolwiek nadużywanie tegoż, zwłaszcza w postaci podskórnych wstrzykiwań, bez wątpienia źle wpływa na odżywianie chorych. Kol. KRYSIŃSKI objaśnia, że nie chciał przeprowadzać paraleli między owaryjotomią i myomotomią, tylko między wycięciem myomatu i innych guzów macicy, np. raków. Wyjątkowo niepomyślne zejścia przy mięsakach macicy tak są znane, że SCHROEDER i inni operatorowie radzą się powstrzymywać od myomotomii i przystępować do niej tylko na wyraźne żądanie chorej. Kol. MATLAKOWSKI przyznaje, że istotnie statystyka podaje wysokie cyfry śmiertelności przy myomotomijach, ale statystyka musi być rozmaitą ze względu na różnorodność metod operacyjnych

Na posiedzeniu klinicznem d. 7. V. 89. kol. BUKOWSKI czytał o wyluszczeniu twardych guzów macicy za pomocą cięcia w jej ścianach, przy czem przedstawił dwie operowane przez się chore. Rzecz ta jest drukowaną w naszym piśmie.

Kol. Z. KRAMSZTYK odczytał protokoły z posiedzeń komitetu higieny publicznej.

Do dzisiejszego N-ru Gazety dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych książek“ Nr. 4 i 5 za Kwiecień i Maj r. 1889. Księgarni T. Paprockiego.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава, 19 Мая 1889 г.

Друк К. Ковалевського, Крólewska Nr. 29.

D-r F. M. Głuchowski
ordynuje w bieżącym sezonie jako lekarz zakładowy
w Rabce.

3—1

MARIENBAD - ARCO

3—1

D-r Stanisław Prager

praktykuje jak od lat 10 w **Marjenbadzie**, podczas zimy ordynuje w **Arco**.

Wszech nauk lekarskich

D-r Kazimierz Piątkiewicz

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

4—2

D-r Med. W. Kretowicz

ordynuje jak w latach poprzednich w **KARLSBADZIE**
mieszka: „Stadt Warschau Kaiserstrasse“.

3—2

D-r Kazimierz Kruszyński

b. sekundarjusz szpitali wiedeńskich,
ordynuje przez sezon letni począwszy od 1-go Czerwca w **Szczawnicy**
w domu W-go D-ra Trembeckiego.

6—3

D-r MAJKOWSKI

praktykuje od 19 Maja do 20 Września
w Busku.

12—4

VILLA
ATILLA

D-r Tomasz Zaremba

ordynować będzie jak zazwyczaj od 15 Czerwca,
w Szczawnicy.

7—4

D-r Med. Z. Nieszkowski

(z Warszawy)

jak zwykle ordynować będzie w **Szczawnicy.**

5—3

D-r Leon Kopff

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

6—4

D-r med. Czesław Stiche

ordynuje jak dawniej w **Karlsbadzie**
mieszka **Kreuzgasse Insel Rügen.**

6—3

Od 11 maja do końca sezonu ordynuje
w **Karlsbadzie zum Schwarzen Löwen**

docent d-r Jaworski.

0—7

D-r St. Bulikowski

ordynować będzie podczas sezonu b., tak jak poprzednio,
w **GLEICHENBERGU** (Villa Possenhofen).

10—5

Stacja kolei Muszyna-Krynica z Krakowa 8 godz. ze Lwowa 12 godz., z Buda-Pesztu 12 godzin.

KRYNICA

Apteka, poczta, telegraf
w miejscu.

c. k. Zakład zdrojowo-kąpielowy w Galicyi

Nader obfita i silna szczawa alkaliczno-żelazista

Główne środki lecznicze są:

Kąpiele mineralne ogrzewane metodą Schwartza, w budynku elegaucko urządzonej o 73 gabinetach, kąpiele borowinowe w osobnym również elegaucko urządzonej budynku o 27 gabinetach, kąpiele gazowe przy głównym źródle, metodyczne picie wód z licznych źródeł mineralnych o różnym składzie chemicznym, doskonała żentyczarnia, nowa kefirnia, kilka mleczarni, nowy wzorowo urządzonej zakład gimnastyczny, park wielki z wielu i wygodnymi spacerami.

Ku wygodzie i rozrywce gości służy: przeszło 1203 pokoiów z całkowitem umeblowaniem, nowo zbudowane wspaniałe urządzonej dom zdrojowy, liczne restauracje, eukiernie, teatr przez cały sezon, czytelnia gazet, dwie wypożyczalnie książek, orkiestra zdrojowa, fotograf, liczne i różnorodne sklepy, modniarki, różni rękodzielnicy i t. d.

W domu „pod Zamkiem“ są do wynajęcia pokoje tylko na przeciąg 24 godzin.

Dworzec kolejowy Muszyna-Krynica 10 kilometrów od zakładu, zjazd znakomicie utrzymana droga do zakładu prowadzi.

W maju, czerwcu i wrześniu ceny pomieszczeń skarbowych jakoteż wszystkich rodzajów kąpiele o 30% niższe.

Prócz stale przez cały sezon ordynującego lekarza rządowego D-ra KOPFFA, praktykuje tamże 7-iu lekarzy. Frekwencyja roczna wynosi wyżej 4000 osób.

W samym Zakładzie znajduje się według najnowszych zasad umiejętności urządzonej:

c. k. Zakład wodoleczniczy pod kierownictwem specjalisty D-ra Ebersa.

Sezon otwarty od 15 Maja do 30 Września.

Na żądanie udziela wyjaśnień c. k. Zarząd zdrojowy w Krynicy.

6—2



FABRYKA

WÓD MINERALNYCH

Magistra Farmacyi

W. KARPIŃSKIEGO

w Warszawie

ulica Mirowska Nr. 3.

Główny skład fabryczny przy aptece

ulica Elektoralna Nr. 39.

Ekspedycja na wszystkie dworce kolejowe. Cenniki gratis i franco.—Numer telefonu 412.

W. KARPIŃSKI.

U W A G A.

Pragnąc zapobiedz licznym niedogodnościom jakie powstają w skutek zamiany syfonów, bądź to z powodu podobieństwa syfonów jednych do drugich, lub złej woli, zaprowadziłem syfony specjalne do wód mineralnych, znacznie większe od tych jakie używane są w Warszawie. Każdy syfon opatrzonej jest napisem w szkle Woda wyrobu fabryki W. Karpińskiego — Syfon własność fabryki. Panowie więc fabrykanci, którzyby pomimo tak wyraźnych cech używali wspomnianych syfonów do sprzedaży w nich swoich wyrobów do odpowiedzialności sądowej pociągnięci zostaną.

W. Karpiński.