

# GAZETA LEKARSKA.

Z KLINIKI TERAPEUTYCZNEJ PROF. L. POPOWA W WARSZAWIE.

## I. PRZYPADEK BIAŁACZKI WRZEKOMEJ Z GORĄCZKĄ POWROTĄ I JEDNOCZESNA MARSKOŚCIĄ WĄTROBY.

### PRZYSZYNEK DO PATOLOGII BIAŁACZKI WRZEKOMEJ.

Podał

**Stanisław Klejn**

ordynator kliniki.

Białaczka wrzekoma należy do rzędu tych cierpień ustrojowych, które nie zdobyły sobie jeszcze określonego stanowiska w patologii. Podczas gdy bowiem COHNHEIM, MOSLER, JACCOUD i inni uważają ją tylko za pewien okres prawdziwej białaczki, to tymczasem VIRCHOW, LANGHANS, EICHHORST, BIRCH-HIRSCHFELD i wielu innych uważa ją za zupełnie odrębną postać chorobową. W ostatnich czasach rozdział ten jeszcze bardziej się uwydatnił, gdy poczęto opisywać przypadki ostrej białaczki, tak prawdziwej jak i wrzekomej, o przebiegu gorączkowym <sup>1)</sup>. Sprawa doszła do zupełnego pomieszczenia, gdy wprowadzono do patologii nową postać chorobową, bardzo podobną do białaczki wrzekomej, lecz różniącą się od niej przebiegiem gorączkowym o typie powrotnym [EBSTEIN, PEL, RENVERS, HANSER, VOELCKER, HEWELKE]. Charakter zakaźny omawianego cierpienia, już dawniej przez COHNHEIM'a zaznaczony, wraz z wprowadzeniem tych jego odmian, nabrał wielkich cech prawdopodobieństwa.

Przypadek, który poniżej przytaczamy, posiada wiele cech tej ostatniej postaci i zdaje nam się mieć znaczenie z dwóch głównie powodów: 1) występują w nim zmiany w wątrobie, które wprowadzi niektórzy badacze już zaznaczyli, ci jednak wobec szczupłości materyjału, z jakim mieli do czynienia, nie byli w stanie orzec, czy zmiany te należą do obrazu omawianego cierpienia, czy też stanowią przypadkowe tylko powikłanie; 2) w zmienionych narządach znaleźliśmy tak poszukiwane pasorzyty, co zdawałoby się potwierdzać dotychczasowe przypuszczenia o zakaźności rzeczonej choroby. Względy przytoczne skłoniły nas do

<sup>1)</sup> Porówn. EBSTEIN. Ueber die acute Leukaemie und Pseudoleukaemie. Deutsch. Archiv f. kl. Med. B. 44, str. 389.

opisania poniższego przypadku, nie pozbawionego z innych jeszcze względów pewnego znaczenia.

23 Listopada 1889 r. przybyła do kliniki 51-letnia, wdowa A. K..., nie mająca określonego zajęcia i mieszkająca przy rodzinie. Chora od 7 tygodni doznaje bólów rozpierających w lewym podżebrzu, a jednocześnie zauważyła, iż jej się brzuch wciąż powiększa. Już od 5 lat miewa jesienią żółtaczkę, trwającą po kilka tygodni, od tego czasu datuje się również zmęczenie w nogach, duszność i bicie serca przy wysiłkach fizycznych oraz zaburzenia w miesiączkowaniu, które przed dwoma miesiącami ustało. Od 5 miesięcy miewa obrzęki, które w łóżku znikają. W ostatnich czasach trapiła chorą gorączka, która trwała zwykle około 10 dni i na takiż przeciąg czasu znikła. Chora w 13 roku życia przeżyła „febrę“, która trwała 20 tygodni, w 14 roku — tyfus, w 15 zaczęła miesiączkować, a w 17 wyszła za mąż. Dzieci miała 3, pierwsze z nich zmarło, mając 8 miesięcy, drugie w 2-im roku życia, trzecie zaś przy urodzeniu. Przyczyn śmierci dzieci, dokładnie nie określa. Po śmierci pierwszego męża, zmarłego na tyfus, wyszła za mąż po raz drugi, lecz już w ciążę nie zachodziła. Drugi mąż jej zmarł kilka miesięcy temu od raka przełyku. Chora ciężko nigdy nie pracowała, niechęć się żywiła, spirytualizm nie nadużywała. Objawów przymiotu nie miała.

24. XI. *Stat. praes.* Chora wzrostu średniego, miernej budowy, ze skórą wiotką, blado-szaro-żółtą, mięśnie słabo rozwinięte. Białkówki lekko żółte. Ciepłota poprzedniego dnia wieczorem 38,4° C., obecnie 38,4°—38,0° C.. Lekki obrzęk stóp. Dolna granica płuc z tyłu na palec podniesiona. Przednia granica na lewej linii sutkowej pod 3-ciem żebrem, z prawej strony na 5-tem żebrze. Odgłos opukowy płuc z obu stron prawidłowy. Oddech zaostrzony z wilgotnymi rżeniami. Ilość oddechów 24, kaszel niewielki. Lewa granica obszaru tępości serca znajduje się po środku mostka. *Ictus cordis* w 4-tem międzyżebrzu na linii sutkowej bardzo wyraźny. U wierzchołka serca słychać szmer skurczowy, znikający nieco na lewo. Takież szmer słychać u wszystkich innych zastawek, a najwyraźniej u zastawki tętnicy płucnej. Tętno wynosi 80 na minutę, jest ono miarowe i dość pełne. Wszystko dostępne bezpośredniemu badaniu, gruczoły limfatyczne są powiększone i dochodzą przeszło wielkości grochu. Oddzielne gruczoły pachwinowe, biodrowe i pozaszczekowe dochodzą przeszło wielkości bobu i zlewają się w spore pakiety. Brzuch powiększony, zawiera umiarkowaną ilość wolnego płynu. Dolny brzeg wątroby znajduje się na grubość 2-ch palców ponad łukiem żebrowym. Śledziona, znacznie powiększona daje się łatwo wymacać na szerokość 5-ciu palców pod lewym łukiem żebrowym. Brzuch nieco bolesny w okolicy wątroby. Stolce są prawidłowe, łaknienie niezmnieszone. Mocz w ilości 1200 ctm. sześciennych, o ciężarze właściwym 1010, ma kolor ciemno-brunatno-czerwony, pianę daje bardzo słabo zabarwioną, zawiera niewiele barwników żółciowych, chlorków 6,6 gr. na dobę, mocznika 16,5 gr., fosforanów 1,87.

Wobec powyższych danych nie ulegało żadnej prawie wątpliwości, że mieliśmy do czynienia z marskością wątroby zanikową; niewytłomaczonym tylko wydawało się podwyższenie ciepłoty oraz powiększenie gruczołów chłonnych, przymiot jako przyczynę powiększenia tych ostatnich można było wykluczyć.

Postanowiliśmy przeto dalej obserwować chorą, a tymczasem zaleciliśmy jej dietę mleczną oraz łagodny środek przeczyszczający.

Przebieg choroby był następujący [por. krzywiznę ciepłoty].



Trzeciego dnia po przybyciu chorej do kliniki ciepłota spadła do stanu prawidłowego i na tej stopie trzymała się przez cały tydzień, poczem w ciągu 2-u dni podniosła się do 39,5° C.. Podwyższenie to, któremu towarzyszyły ranne zwolnienia, przewyższające niekiedy 1 stopień, trwało 3 tygodnie, w końcu których ciepłota poczęła stopniowo spadać do stanu prawidłowego. W ciągu tego okresu gorączkowego spadła ciepłota 2 razy do stanu prawidłowego: raz 6-go dnia, drugi raz zaś 15-go dnia. Podniesieniu ciepłoty towarzyszyły codzienne dreszcze, niekiedy dość silne. Jednocześnie z podniesieniem się ciepłoty do najwyższego stopnia, obrzmiały widocznie gruczoły limfatyczne, co najwyraźniej się przedstawiało na gruczołach pachwinowych, biodrowych i szyjowych. Po tygodniowym stanie bezgorączkowym, który po tym okresie nastąpił, ciepłota poczęła znów się podnosić, tak, że już w ciągu tygodnia, a na dzień przed śmiercią, doszła do 39,0° C.. Jednocześnie gruczoły chłonne jeszcze bardziej obrzmiały. Przez cały czas pobytu chorej w klinice, śledziona przedstawiała się wciąż znacznie, bez wahań, powiększoną i często bolesną. Od czasu do czasu męczyła chorą uporczywa biegunka oraz krwawienie z błony śluzowej jamy ustnej. 6. XII. począł się zwiększać kaszel, który z początku był nieznaczny, stopniowo rozwinęły się objawy ze strony płuc, które 11. XII przedstawiały się w postaci stępienia, trzeszczeń z początku pod prawą łopatką, a potem i pod lewą, następnie w postaci duszności i zdawały się przemawiać za obecnością jakiejś sprawy zapalnej w płucu [laseczników gruźliczych w płwocinie nie znaleziono]. W mniemaniu tem utwierdzała nas po części gorączka. Stopniowo stępienie z tyłu zajęło i dolne części płuc, kaszel jeszcze bardziej się zwiększył, biegunka i krwotoki częściej się zjawiały, osłabienie wzrastało, wreszcie zjawily się silne dreszcze i nowe podniesienie ciepłoty [ostatni okres gorączkowy], podczas którego chora przy objawach upadku sił zakończyła życie d. 3 Stycznia 1890.

Objawy ze strony serca przez czas pobytu chorej w klinice przedstawiały się wciąż jednakowo: u wszystkich zastawek słychać było bardzo wyraźne szme-

ry niedokrwiste, liczba uderzeń tętna wynosiła wciąż 80—90 na minutę i dopiero na dzień przed śmiercią podniosła się do 116, przyczem tętno stało się drobnem pozostało jednak miarowem. Brzuch z przebiegiem choroby wcale się nie zwiększał, a nawet ku końcowi pod wpływem środków moczopędnych [kalomel] trochę się zmniejszył. Żółtaczką, z początku nieznaczna, stała się następnie wyraźniejszą i przybrała na twarzy odcień ziemisty. Mocz tylko z początku zawierał barwniki żółciowe, później zaś [nawet podczas okresów bezgorączkowych] przybrał kolor ciemno-brunatno-czerwony, odczynu GMELIN'a nie dawał, niekiedy zaś pod wpływem kwasu chromnego przyjmował czarną, wciąż zwiększającą się, barwę (*melanogen*[?]). W ostatnich dniach mocz znów był jasny. Ilość jego wynosiła od 400—1000 ctm. sześciennych na dobę [pod wpływem kalomelu zwiększała się do 2000], ciężar właściwy 1009—1015. Ilość moczownika i chlorków zawsze była zmniejszona, białka znajdowały się niekiedy ślady. [Zabarwienie moczu nie zależało od zwiększenia ilości urobiliny, której zawartość w moczu była niewielka, lecz od innego jakiegoś barwnika, którego przyrody bliżej określić nam się nie udało <sup>1)</sup>]. Badanie drobnowidzowe krwi, uskutecznione na szczycie okresu gorączkowego, oraz podczas spadu ciepłoty żadnych wyników nie dało.

Leczenie było przeważnie objawowem. Oprócz kalomelu, chora brała cukier mleczny jako *diureticum*; środek ten jednak, nie okazując wybitnego działania na nerki, wywoływał lub zwiększał i tak już istniejącą biegunkę. Przeciwno tej ostatniej, chora otrzymywała bizmut z makowcem. Przez kilka dni [od 2. XII. do 4. XII] chora otrzymywała chininę, a następnie jodek potasu, którego znów nie znosiła. W końcu pozostawiłem chorą na środkach pobudzających.

Na zasadzie powyższych danych rozpoznanie kliniczne brzmiało: *Cirrhosis hepatis atrophica. Pneumonia hypostatica. Enteritis. Hyperplasia glandularum lymphaticarum.*

Ogledziny pośmiertne, łaskawie dokonane przez Pros. D-ra PRZEWOSKIEGO, wykazały co następuje:

Trup wzrostu umiarkowanego, delikatnej budowy. Skóra cienka, blada, żółto zabarwiona. Tkanki podskórnej tłuszczowej ilość nieznaczna. Mięśnie blade. Mózg blady, twardy. Lewe płuco nie przyrosłe do klatki piersiowej, na przekroju obrzękłe i trudno się rozrywa. Prawe płuco tak samo się przedstawia. (*Oedema pulmonum*). Błona śluzowa większych oskrzeli zgrubiała, pokryta śluzem i usiana punkcikowatymi wybroczynami krwawymi (*bronchitis chronica*). Gruczoły oskrzelowe powiększone, ciemno zabarwione. Serce niepowiększone, mięsień jego blade; lewy otwór żylny przepuszcza 2 palce, prawy — 3 palce. Zastawki są niezmiennione. W tętnicy głównej ślady sprawy miażdżycowej. W brzuchu znajduje się kilka funtów żółtego płynu prześiękowego. Wątroba zmniejszona w wymiarze poprzecznym, powierzchnia jej i rozkrój są ziarniste; spójność prawego zrazu twarda, kolor wątroby żółty (*cirrhosis hepatis atrophica*). Pęcherzyk żółciowy zawiera trochę bladej żółci, jego błona śluzowa

<sup>1)</sup> Badanie na barwniki było wykonane według JAFFE'go oraz BAUMSTARK'a [SALKOWSKI und LEUBE. Die Lehre von Harn. 1882].



usiana jest biało-szarawemi guziczkami (*cholecystitis granulosa*). Śledziona 3 kroć powiększona, miąższ jej jest blady i twardy (*tumor lienis chronicus*). Lewa nerka powiększona, otoczkę jej łatwo się zdejmuje, powierzchnia nerki jest gładka, istota korowa zgrubiała (*trübe Schwellung*). Prawa nerka podobnie się przedstawia. Przelyk usiany jest przeszło 20 brodawkami (*verrucae*). Błona śluzowa żołądka blada, usiana wybroczynami krwawemi, punkcikowatemi. Błona śluzowa kiszek cienkich i grubych zgrubiała, ciemno zabarwiona i pokryta śluzem (*enterocolitis chronica*). Gruczoły krężkowe i zaotrzewnowe znacznie powiększone. Takież powiększenie gruczołów pachwinowych i biodrowych; gruczoły te są twarde, mało soczyste, na rozkroju błyszczą się i są usiane punkcikowatemi wylewami krwawemi. Istota korowa i rdzeniowa nie uwydatniają się. Inne narządy żadnych szczególnych zmian nie przedstawiają.

Rozpoznanie zatem anatomiczne brzmiało: *Cirrhosis hepatis atrophica. Oedema pulmonum. Bronchitis chronica. Enterocolitis chronica. Hyperplasia glandularum lymphaticarum.*

Celem drobnowidzowego zbadania wycięte kawałki z wątroby, serca oraz gruczoły limfatyczne biodrowe i pachwinowe stwardzałem w wysoku i zatapiałem w celloidyne. Pewną część skrawków barwiłem hematoksyliną, pikrokarminem, karminem alunowym oraz safraniną, inną zaś na pasorzyty sposobem GRAM'a, zmodyfikowanym przez WEIGER'a [gencyjano-fiolet w wodzie anilinowej, płyn LUGOL'a, olejek anilinowy, ksylol], oraz na laseczniki gruźlicze sposobem ZICHL-NEELSEN'a. Oto rezultat badania drobnowidzowego.

Wątroba. Ziarna, widoczne gołym okiem na powierzchni i na przekroju wątroby, odpowiadają zmniczionym zrazikom wątrobowym, przestrzeń zaś pomiędzy niemi wypełnia tkanka łączna mocno rozwinięta, otaczająca jeden, częściej jednak kilka zrazików. Komórki tych ostatnich są po największej części tłuszczowo zwyrodniałe, niekiedy nawet do tego stopnia, że czynią wrażenie prawdziwej tkanki tłuszczowej, w której zaledwie odnaleźć można ślady komórek wątrobowych. W tych miejscach, gdzie komórki są mniej zwyrodniałe, widać w nich obficie nagromadzony barwnik żółciowy w postaci żółtych ziaren. Tkanka łączna, otaczająca zraziki w postaci pierścienia, przedstawia się mocno zgrubiałą, niekiedy zbitą, niekiedy zaś mocno nacieczoną komórkami, podobnemi do białych ciałek krwi. Nacieczenie to przedstawia się często w postaci ograniczonych ognisk limfatycznych rozmiaru zrazika wątrobowego. W tkance łącznej widać mnóstwo nowowytworzonych, rozgałęziających się kanalików żółciowych, wysłanych niskim nabłonkiem oraz trochę naczyń drobnych. Naokoło niektórych mocno stłuszczonych zrazików widać jedną, a nieraz i kilka warstw niskich komórek, okrążających zrazik. Bardzo często widać w tkance łącznej kupki zanikłych komórek wątrobowych, wypełnionych barwnikiem żółciowym. Barwienie na pasorzyty wypadło ujemnie.

Serce przedstawia się pod wszelkimi względami prawidłowem, co najwyżej beleczki mięśniowe są cokolwiek ścięzione.

Gruczoły chłonne. Już przy średnim powiększeniu można odróżnić istotę korową od rdzeniowej. Ta ostatnia różni się od pierwszej mniejszą obfitością komórek oraz znacznym rozwojem tkanki łącznej i naczyń krwionoś-

nych. Torebki istoty korowej są cokolwiek powiększone i mocno wypełnione komórkami limfatycznymi. Rusztowanie łączno-tkankowe przedstawia się cokolwiek zgrubiałem i nie pozwala odróżnić nawet po wypędzelnikowaniu obwodowej części torebki od środkowej; pomimo to jednak widać delikatną siatkę naczyń włosowatych, mocno wypełnionych krwią. Przegrody międzykomórkowe są również zgrubiałe i wypełnione drobnymi komórkami limfatycznymi. Istota rdzeniowa przedstawia się najbardziej zmienioną: cała ona prawie składa się ze żbitej tkanki łącznej, gdzieś tam tylko widać w niej drobne, okrągłe komórki, często jednak przechodzące we wrzecionowate. Uderza w tkance tej obfitość naczyń krwionośnych, mocno wypełnionych krwią oraz mnóstwo śladów po wylewach krwawych w postaci ziarnistego barwnika, ułożonego w kupki albo też otaczającego naczynia. Błona wewnętrzna większych tętniczek przedstawia się jednostajną, szklistą i przy zabarwieniu gencyjaną i następsem odbarwieniu metodą GRAM-WEIGERT'a, zachowuje niebieski barwnik [z wyrodnienia szklistawej]. Prócz tego w wielu miejscach ściany naczyń włosowatych uległy całkowicie zwyrodnieniu szklistemu, są one zgrubiałe, błyszczące, światło ich jest w niektórych miejscach zwężone, w innych znów zupełnie zniszczone. Zwyrodnienie to jest dość rozprzestrzenione w badanych gruczolach i przedstawia się nadto jeszcze w postaci prawidłowych kul najrozmaitszego kalibru, począwszy od najmniejszych, zaledwie widzialnych przy większym powiększeniu aż do największych, przewyższających cokolwiek rozmiarem białe ciała krwi. Kule te, ułożone często w kupki po 3 do 15 sztuk, rozsiane są po całym gruczole przeważnie pomiędzy włóknami tkanki łącznej, niekiedy zaś — tyczy się to najdrobniejszych — i w komórkach limfatycznych, zarówno w jądrze, jak i w zarodku; w ostatnim przypadku jądro przedstawia się zanikłym. Najwięcej kul widać w części rdzeniowej gruczolów. Prócz barwienia się gencyjaną, barwią się kule rzeczne także bardzo dobrze safraniną i nie odbarwiają się nawet po wyciągnięciu z tkanki barwnika za pomocą spirytusu, zakwaszonego kwasem solnym. Amyloidu nie ma.

Barwienie na pasorzyty wykazuje mnóstwo koków, przeważnie w istocie korowej, mniej już w istocie rdzeniowej. Koki te, ułożone już to w postaci kupki, już to w postaci łańcuszków, ani wielkością ani układem nie różnią się od t. zw. łańcuszkowca (*streptococcus pyogenes*). Hodowle nie mogły być dokonane. Pasorzyty opisane leżą przeważnie pomiędzy komórkami limfatycznymi, niekiedy jednak widać je w drobnych naczyniach.

Torebka gruczolów przedstawia się zgrubiałą, po części zaś wskutek wytworzenia się w niej ograniczonych ognisk, złożonych z komórek limfatycznych i przedstawiających wiele podobieństwa do torebek limfatycznych.

[D. n.]

## II. O STOSOWANIU ELEKTRYCZNOŚCI W GINEKOLOGII.

Podał

**M. Zweigbaum.**

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 29].

O leczeniu przewlekłych zapaleń błony śluzowej i miększu macicy wspomnę tylko w kilku słowach. Galwanokaustyka chemiczna wewnątrz-maciczna wywiera wpływ zbawienny na błonę śluzową macicy, dotkniętą zapaleniem przewlekłym, działając zupełnie w ten sam sposób co ostra łyżeczka, lecz z tą przewagą, że działa głębiej i niszczy drobnoustroje na powierzchni się znajdujące, czyli działa antyseptycznie [APOSTOLI-LAQUERRIÈRE].

GIESELER powiada, że metoda APOSTOLI'ego skutkuje lepiej i prędzej aniżeli metoda DANION'a [o której niżej] w pewnych przypadkach uporczywych zapaleń błony śluzowej macicy, wikłających włókniaki maciczne, i nic dziwnego, gdyż A. za pomocą elektrody wewnątrz-macicznej wykonywa prawdziwe wyskrobanie elektryczne (*curettage électrique*).

G. ENGELMANN, BROESE i ORTHMANN mieli także bardzo dobre wyniki. ORTHMANN wspomina o przypadku silnego krwotoku miesięczkowego przy zapaleniu grzybowatym błony śluzowej macicy (*endometritis fungosa*), w którym stwierdził skuteczne działanie elektryczności. Przypadek ten dotyczy dziewczyny szesnastoletniej, silnie zbudowanej, która od pierwszej miesiączki, w 14 roku życia, cierpiała na nadzwyczaj silne krwotoki miesięczkowe, trwające po 8—14 dni, a nawet niekiedy po kilka tygodni bez przerwy. Dwukrotne gruntowne wyłyżeczkowanie, przy którym usunięto mocno zgrubiałą błonę śluzową miało tylko skutek chwilowy. Wtedy to ORTHMANN spróbował leczenia elektrycznego. Po pięciu posiedzeniach, przyczem wprowadzaną do macicy elektrodę łączono z biegunem dodatnim i stosowano prąd o napięciu 50—75 milliamp., krwotok ustał zupełnie i nie powtórzył się już więcej.

Według ORTHMANN'a najwzględniejszem polem dla leczenia elektrycznego są zaburzenia w miesięczkowaniu. Miesięczkowanie bolesne (*dysmenorrhoea*), czyto zależne od zapaleń przewlekłych (*endometritis, metritis, oophoritis, peri et parametritis*), lub od tyłozgięcia macicy, czy też od zwężeń kanału szyi macicznej (*dysmenorrhoea mechanica*), lecz się bardzo dobrze za pomocą elektrody wewnątrz-macicznej, połączonej z biegunem ujemnym. Po kilku posiedzeniach widział ORTHMANN często znaczne i trwałe rozszerzenie kanału zwężonego — w tych przypadkach, w których inne metody, jak rozszerzanie za pomocą zgłębników macicznych i wyskrobywanie, nie skutkowały. BROESE, DUEHRSEN, VOWINCKEL, G. ENGELMANN, JAWORSKI potwierdzają także skuteczne działanie galwanokaustyki wewnątrz-macicznej przy miesięczkowaniu bolesnem.

Prócz tego ORTHMANN wspomina o przypadkach miesiączki błoniastej (*dysmenorrhoea membranacea*) i braku miesiączki (*amenorrhoea*), leczonych

skutecznie za pomocą galwanokaustyki ujemnej. Zauważyć jednak trzeba, że w 4-ch przypadkach braku miesiączki, wyleczonych przez ORTHMANN'a za pomocą elektryczności, nie można było wykazać szczególnych nieprawidłowości anatomicznych, jako przyczyny istniejącego braku miesiączki.

Zapalenia okołomaciczne (*para et perimetritis, perioophoritis* i t. d.) leczą się też bardzo skutecznie za pomocą elektryczności, o ile nie przeszły jeszcze w ropienie.

APOSTOLI [1. d.] wspomina o bardzo skutecznem leczeniu za pomocą prądu galwanicznego cierpienia, nazwanego *salpingo-ovaritis*. Jeśli w tych przypadkach galwanokaustyka wewnątrz-maciczna nie pomaga, to przystępuje do galwanopunktury dodatniej. Galwanopunkturą ujemną posługuje się zaś wtedy tylko, gdy chce utworzyć przetokę przez tylne sklepienie pochwy, zwłaszcza w przypadkach guzów chłobocących.

\* \* \*

Zanim przystąpimy do opisu nowej metody elektroterapeutycznej, wprowadzonej od niedawna do ginekologii przez LEONA DANION'a w Paryżu i różniącej się znacznie od metody APOSTOLI'ego, zastanowimy się nad tem w jaki sposób galwanokaustyka wewnątrz-maciczna i galwanopunktura wywierają działanie na włókniaki macicy.

W prądzie galwanicznym — powiada ORTHMANN — odróżniamy dwa główne działania: chemiczne czyli miejscowe i fizyczne czyli ogólne. Podczas gdy na pierwszym opiera się elektroliza, t. j. zdolność chemicznego rozkładania cieczy i soli, na drugim, zwanem także kataroforycznem, opiera się własność przeprowadzania cieczy w kierunku prądu, t. j. od bieguna dodatniego do bieguna ujemnego. Z tych dwu własności składa się najprawdopodobniej tak zwane przez REMAK'a działanie katalityczne albo dynamiczne prądu stałego, które między innymi, wskutek podziałania na nerwy wydzielnicze, odżywcze i naczynioruchowe, wywołuje przedewszystkiem rozszerzenie naczyń krwionośnych i limfatycznych, a w następstwie stałe ich zwężenie i w ten sposób jest w stanie przyspieszyć w tkankach przemianę materii, a następnie spowodować wessanie produktów zapalnych i wreszcie przeobrażenie wsteczne w nowotworze. Znaczenie działania katalitycznego prądu galwanicznego znacznie wzrosło przez wprowadzenie w użycie prądów o bardzo wysokich natężeniach.

Co się tyczy działania miejscowego czyli biegunowego galwanokaustyki chemicznej, to ważne tu mają znaczenie różnice zachodzące w działaniu bieguna dodatniego i ujemnego, o czem wspomnieliśmy już wyżej. Przy krwotokach macicznych czynnym biegunem być powinna anoda i z nią należy połączyć elektrodę wewnątrz-maciczną. W ten sposób na błonie śluzowej macicy wytworzy się strup suchy i odporny, powstrzymujący krwawienie. Strup ten następnie odpada, lecz na każdym posiedzeniu wytwarza się nowy, czego następstwem po kilku miesiącach jest przekształcenie błony śluzowej macicy w prawdziwą tkankę bliznowatą, kurczliwą i mało przepuszczającą. Nie ulega wątpliwości, że oprócz wpływu bezpośredniego na powstrzymanie krwotoku, miejscowe przyże-



ganie błony śluzowej wywiera także swój wpływ pośredni i na odżywianie włókniaka, wiadomo bowiem, iż istnieje pewna zależność między stanem błony śluzowej macicy a włókniakiem, tak, iż po wydaleniu całej błony śluzowej za pomocą zeskrobania, odżywianie guza może niekiedy zostać upośledzonym do tego stopnia, że guz ulegnie zgorzeli [SCHROEDER <sup>1)</sup>].

Od działania ogólnego czyli międzybiegunowego prądu stałego, zależy zmniejszenie się objętości włókniaków i wessanie produktów zapalnych. Prąd galwaniczny o silnem napięciu, przechodząc przez guz, wywołuje w nim powoli sprawę przeobrażenia wstecznego (*denutritio*). Od rodzaju zastosowania elektryczności zależy szybkość zmniejszenia się objętości guza. Tutaj właśnie, według poglądów APOSTOLI'ego, wchodzi w swe prawa galwanokaustyka wewnątrz-maciczna ujemna, albowiem biegun ujemny jest, jak wiemy, czynnikiem *par excellence* rozmiękcującym, rozpuszczającym (*fluidifiant*). Jeszcze prędzej podzielać można na odżywianie guza, stosując galwanopunkturę ujemną; jestto jednak środek niebezpieczny i dlatego przez wielu zupełnie zarzucony.

\*

\*

\*

LEON DANION [20], opierając się właśnie na działaniu ogólnem, czyli katalitycznem, albo dynamicznem prądu stałego, przyszedł do wniosku, że dla skuteczności prądu galwanicznego przy włókniakach macicy nie potrzeba wcale działania galwano-kaustycznego, na którem opiera się metoda APOSTOLI'ego, a przez to samo nie potrzeba działania wewnątrzmacicznego, t. j. środkowego. Przekonał się on bowiem niejednokrotnie, jak powiada, że 1) pomimo ograniczenia działania przyżegającego do jaknajmniejszego punktu błony śluzowej macicy, wyniki leczenia, tak pod względem objawowym jak i anatomicznym, nie tylko nie były gorsze, lecz raczej prześcignęły wyniki dawniejsze [otrzymywane przy przyżeganiu jednoczesnem całej powierzchni błony śluzowej] i 2) że działając na obwodzie, t. j. przez umieszczenie elektrody czynnej nie głębiej jak w kanale szyi macicznej, otrzymywał te same wyniki, co i przy wprowadzeniu elektrody do wnętrza macicy; jednym słowem, że prawdziwego źródła wyników dodatnich przy elektroterapii włókniaków macicy, trzeba szukać w czynności wyłącznie dynamicznej prądu galwanicznego.

Idąc tak dalej DANION wytworzył ostatecznie metodę leczenia elektrycznego włókniaków macicznych, w której działanie galwanokaustyczne zostało zupełnie zniesionem i w ten sposób, jak powiada, usunął wszelkie niebezpieczeństwo, przypisywane galwanokaustyce wewnątrz-macicznej i galwanopunkturze. To było głównem jego zadaniem.

Metoda jego, którą nazwał *metoda tamponu elektrycznego* i zwrót w prądu (*méthode du tampon électrique et des renversements*), polega na działaniu prądu galwanicznego na guz przez pochwę. Aby znieść działanie kaustyczne bieguna czynnego, DANION obwija elektrodę pochwową [metalową] listkiem hubki (*Boletus igniarius v. chirurgorum*). W tym celu wybiera hubkę giętką, gładką i gąbczastą i wycina z niej kawałki kwadratowe [13—14 cm.],

<sup>1)</sup> Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. 1884. T. X. str. 358.

które, zmoczywszy w wodzie słonej, zwija w kształt walca. Tampon ten owija papierem kauczukowym bardzo cienkim, w ten jednak sposób, że jeden koniec tamponu pozostawia niezakrytym na przestrzeni  $1\frac{1}{2}$ —2 centymetrów. Następnie w osi walca umieszcza elektrodę metalową, zwykle połączoną z biegunem dodatnim i tak przygotowany tampon wprowadza do pochwy końcem niepokrytym, który oprzeć się powinien o część pochwową lub o tylne sklepienie pochwy. Prąd zamyka się w sposób zwykły za pośrednictwem warstwy glinki garncarskiej, umieszczonej na brzuchu.

Papier kauczukowy ma na celu osłanianie sromu i przedniej części pochwy od działania elektryczności.

Natężenie prądu można bez szkody doprowadzić do 140—150 milliamp., zwykle jednak wystarcza 80—120 milliamperów.

Do działania tamponu elektrycznego dodaje DANION i działanie, wpływające z częstych zmian kierunku prądu [zwrot prądu], któremu przypisuje wielką skuteczność. Aby jednak zmiany kierunku prądu nie wywoływały silnych i szkodliwych wstrząśnięć w ustroju, należy koniecznie za każdą razą, przed ich uskutecznieniem, sprowadzać natężenie prądu powoli do 0.

Działanie skuteczne zwrotów prądu przy guzach macicznych polega według DANION'a na ich własności elektrotonicznej, t. j. na zdolności pobudzania ustawicznego włókien mięsnych do skurczów i rozkurczów.

Ilość zwrotów i siła natężenia prądu podczas ich wykonywania, powinny się stosować do objawów miejscowego podrażnienia lub zapalenia. Jeśli objawy te są zanadto silne, należy zwrotów na pewien czas zaniechać.

DANION nadzwyczaj zachwala swoją metodę. Metoda ta, która liczy już obecnie prawie 600 zastosowań i opiera się na 30 spostrzeżeniach, nie wywołała nigdy żadnego przykrego wypadku, najłżejszego nawet odczynu. Wpływ zaś jej na objawy patologiczne, towarzyszące guzom macicy, ujawnia się nadzwyczaj prędko. Zmniejszenie objętości guzów występuje stale, a niekiedy nawet w rozmiarach bardzo znacznych, a to głównie pod wpływem działania zwrotów kierunku prądu, które sprowadzają przemianę wsteczną w pierwiastkach nowotworowych.

Na krwotoki maciczne wpływa metoda DANION'a bardzo dobrze, o czym przekonać się można z 17 spostrzeżeń guzów macicznych, leczonych wyłącznie za pomocą tamponu elektrycznego i zwrotów prądu na oddziale LUCAS-CHAMPIONNIÈRE'a.

Aby zwalczyć krwotoki, towarzyszące włókniakom macicy, rzadko kiedy, powiada DANION, potrzeba działać bezpośrednio przyżegająco na błonę śluzową macicy, albowiem w pewnej tylko ograniczonej liczbie przypadków przyczyną krwotoków są zmiany miejscowe na błonie śluzowej (*endometritis fungosa* i t. d.). O wiele zaś częściej przyczyna krwotoków leży gdzieindziej i prawdopodobnie zależy od zбочeń czynności jajników, zбочeń, rozwijających się pod wpływem guzów macicznych, które, rosnąc, działają coraz szkodliwiej na odżywianie jajników. Na potwierdzenie tego przytoczyć można fakty, że po ustaniu miesiączkowań (*climax*), lub po wycięciu jajników (*castratio*) — krwotoki maciczne,

towarzyszące włóknikom, zwykle ustają zupełnie. Tak samo jak tampon DANION'a, wywiera często wpływ zbawienny na powstrzymanie krwotoków i galwanopunktura, jakkolwiek i przy niej, jak wiemy, nie ma działania bezpośredniego na błonę śluzową macicy. Według DANION'a elektryczność, w ten sposób zastosowana, działa zwrotnie na jajniki, pobudzając ich odżywianie i podtrzymując odporność.

Takie samo działanie zwrotne wywiera metoda DANION'a na cierpienie błony śluzowej (*endometritis*), towarzyszące guzom macicy, usuwając je bardzo prędko.

W Niemczech metodę pochwową [z opuszczeniem jednak zwrotów kierunku prądu], stosowali niedawno NAGEL i ORTHMANN, używając w tym celu elektrody gałkowej metalowej, owiniętej w watę, zmoczoną w ciepłej wodzie. Gałkę wprowadzali do sklepienia tylnego lub bocznych pochwy i łączyli elektrodę z biegunem ujemnym <sup>1)</sup>. ORTHMANN otrzymał bardzo dobre wyniki w zapaleniach okołomaciczych i w zapaleniach jajników. NAGEL zaś oprócz tych cierpień, przy których miał również bardzo dobre wyniki, stosował jeszcze metodę pochwową przy guzach macicy, lecz bez widocznej poprawy. Być może, że niepowodzenie to zależy od wykluczenia z metody pochwowej zwrotów kierunku prądu, którym DANION przypisuje tak ważne znaczenie lecznicze.

Będąc w Paryżu widziałem na klinice APOSTOLI'ego kilka prób zastosowania metody DANION'a. APOSTOLI chciał się przekonać, czy rzeczywiście tampon elektryczny, umieszczony w pochwie, nie działa przyżegająco na błonę śluzową i w tym celu postanowił przeprowadzić próby z tamponem elektrycznym. Zamiast jednak tamponu z hubki, użył do tego [co na jedno wychodzi] narzędzia D-ra CHERON'a, nazwanego *excitateur vaginal à éponge*. Są to długie widelki metalowe, na których osadzona jest gąbka wielkości orzecha włoskiego. Część gąbki i widelki są osłonięte pochewką kauczukową, służącą do zabezpieczenia sromu i pochwy przed działaniem elektryczności. Narzędzie to, po zmoczeniu gąbki w wodzie słonej, wprowadzał APOSTOLI do pochwy i opierał gąbką albo o część pochwową macicy, albo o sklepienia pochwy. Koniec zewnętrzny narzędzia łączył z biegunem dodatnim. APOSTOLI posiłkował się zarazem zwrotami kierunku prądu, którego natężenie było takie samo jak i u DANION'a [80—120 milliamp.]. Aby porównać działanie elektrody, osłoniętej gąbką, z elektrodą, niczem nieosłoniętą, APOSTOLI robił jednocześnie próby z elektrodą węglową (*excitateur vaginal en charbon*), którą przykładał bezpośrednio do części pochwowej macicy lub do ściany pochwy. Podczas doświadczeń tych przekonać się mogliśmy, że elektroda osłonięta gąbką, rzeczywiście nie wywoływała żadnych zmian miejscowych, prócz lekkiego zaczerwienienia błony śluzowej, gdy tymczasem elektroda węglowa pozostawiała na błonie śluzowej oparzenie powierzchniowe, przechodzące następnie w owrzodzenie i była boleśniejszą, aniżeli gąbkowa — przy jednym i tem samym natężeniu prądu. Przekonałem się również, że zwroty kierunku prądu, wykonywane w ten sposób, jak to zaleca

---

<sup>1)</sup> Doświadczenie pokazało, że elektroda gałkowa metalowa, nawet w watę owinięta, będąc połączona z silnym prądem galwanicznym, powoduje na błonie śluzowej dość głębokie oparzenia.

DANION, nie sprawiały chorym żadnego bólu lub wstrząśnienia. O skuteczności zaś metody DANION'a pod względem leczniczym, przekonać się nie mogłem, albowiem zbyt krótko bawiłem w Paryżu.

GIESELER metodę tę nadzwyczaj ceni i stawia ją wyżej niż metodę Arostoli'ego, której stosowanie ogranicza do przypadków, przedstawiających wskazanie do wyskrobania elektrycznego, a więc do przypadków uporczywego zapalenia błony śluzowej macicy, wikłającego guzy maciczne. Po za tem wskazaniem radzi posilkować się metodą DANION'a, która prędszej i skuteczniej sprowadza zmniejszenie objętości guzów, jest łatwiejszą do wykonania, aniżeli metoda Arostoli'ego i wreszcie nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa. [D. n.]

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

[SZEREG CZWARTY].

Podał

**Władysław Matlakowski.**

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 29].

Wydobyty preparat przedstawia torbiel wielokomorową; wielkich komór było kilkanaście, wypełnionych płynem brudno-szarym, lepkim, mętnym; w jednej z nich znalazło się ciało wolne pływające (*corpus liberum*) gruszkowatej formy, wielkości jaja kurzego, na powierzchni zewnętrznej zupełnie gładkie, szarym, nieprzezroczystym płynem wypełnione; powstało ono przez odśnurowanie torbieli wyrosłej na wewnętrznej powierzchni torbieli macierzystej. Ściana główna guza, wogóle biorąc, nadzwyczaj urozmaicona; w górnych częściach, które spoczywały w okolicy nadbrzusza, cienka, ztąd też część guza dawała uczucia chęłbotania. Natomiast dolne części guza, które przed operacją wyczuwaliśmy jako twarde wyniosłości, posiadają ścianę grubości 2—3 palców w poprzek; na przecięciu poprzecznem taka ściana wypuszcza z siebie masę gęstego płynu szaro-białawego, brudnego, nieprzezroczystego, podobnego do posoki, lub ropy brudnej; po wyciśnięciu ze ściany tej masy i spłukaniu jej wodą, pokazuje się, że ściana ta w całości złożona jest z nieprzeliczonej masy drobnych torbieli, z zawartością szarą, gęstą — i to tłumaczy nadzwyczajną kruchość ściany pomimo jej grubości.

#### **Spostrzeżenie 91. *Kystoma utriusque ovarii; ovariectomy bilateralis; sanatio.***

P....a Zofija, lat 23, żona szewca, zamężna od 9 miesięcy, przeniesiona do oddziału mojego z oddziału kol. PAWIŃSKIEGO dnia 3 Czerwca 1890 r.. Miesiączka rozpoczęła się w 15-tym roku i od tej pory przychodzi prawidłowo, trwając po 6 dni, przyczem dużo krwi odchodzi; w przedostatnich dwóch miesiącach miesiączka się nie pojawiła; ostatnia, także obfita jak poprzednie, ukończyła się przed tygodniem. Guz chora zauważyła przed 9-u miesiącami, rósł on powoli i nie sprawiał bólesci; dopiero od kilku tygodni brzuch zaczął nagle i szybko się powiększać i to skłoniło chorą do szukania pomocy; bólesci chora nie doznaje żadnych, tylko pieczenie przy chodzeniu.

Chora średniego wzrostu, blada, lecz zdrowego wyglądu, kobieta chuderlawa; przy położeniu na grzbiecie brzuch ogromny rozlewa się na boki i daje wszystkie objawy, cechujące nagromadzenie się płynu swobodnego w jamie otrzewnej (*ascites*); poprzez ten płyn i ścianę brzuszną w podbrzuszu i z lewej strony wyczuwa się guz ruchomy, wielkości główki dziecka, szczególnej budowy, a mianowicie nierówny, lecz jakby aksamitny w dotknięciu, mimo to niechełbocący, dający się poruszać zarówno w kierunku z dołu ku górze, jak i odwrotnym, oraz z boku na bok; ruchy atoli ku górze są mniej obszerne, niż z góry na dół. Oprócz tego guza w jamie brzusznej nic szczególnego się nie namacuje. Wątroby nie wyczuwa się, ani śledziony. Serce, płuca i nerki zdrowe. Sklepienia opuszczone i miękkie; macica dziewicza i ruchoma; część pochwowa miękka. W sutkach mleka nie ma.

Rozpoznanie: Torbiel-włókniak, lub mięsak jajnika lewego.

D. 4 Czerwca 1890 w obecności licznego grona kolegów po zachloroformowaniu chorej, otworzyłem żywot w smudze białej; wypuściłem 21000 ctm. sześc. płynu lepkiego, żółtawo-zielonkawatego, poczem wydobyłem z jamy guz nieprzyrośnięty, nadzwyczaj oryginalnego wyglądu; szypułę szeroką, grubą, włóknistą i twardą podwiązałem i pieńek wpuściłem, a znalazłszy w małym stopniu drobno-torbielowe zwyrodnienie i prawego jajnika, wyciąłem go również.

Przebieg idealny, bez gorączki, wymiotów i t. d., 10-go dnia wyjęto szwy; chora opuściła szpital zdrową w dwa tygodnie po operacji.

Opis preparatu. Płyn wypuszczony z jamy otrzewnej, zbadany łaskawie przez kol. NENCKIEGO, okazał ciężar właściwy 1012.5 przy ciepłocie 15° C.; jest on barwy żółto-zielonkawej, opalizujący, ciągnący się, oddziaływania alkalicznego i tworzy znaczny osad na dnie naczynia. Zawiera albuminy 1.960%, a nadto metalbumin, paralbumin i peptony; z soli głównie fosforany i siarczany. Pod drobnowidzem widzi się w osadzie nabłonki płaskie cylindryczne i kryształki cholestearyny.

Wycięty guz jest nadzwyczaj oryginalnego wyglądu: składa się on z wielkiego mnóstwa pęcherzy rozmaitej wielkości, od ziarna winogrona, do wielkości jabłka, owalnych i okrągłych, posiadających ścianę bardzo cienką, przeświecającą, napełnionych płynem żółtawo-zielonkawym, przezroczystym, ciągnącym się, osadzonych na grubym trzonku twardym, włóknistym, stanowiącym wciągnięty i zmieniony wiąz szeroki lewy. Niedaleko od szypuły znajduje się rozrzuconych wśród innych torbieli, kilka pęcherzyków matowo-białych, nieprzezroczystych, wypełnionych płynem jakby ropiastym. Jeżeli do tego dodamy bardzo liczne, cienkościenne, wijące się i dzielące naczynia zarówno w brózdach między torbielami, jak i na ścianach samych torbieli, to otrzymamy piękny obraz, który dobrze oddaje załączony rysunek <sup>1)</sup>, dokonany z akwareli kolegi ŚLIŹNIA. Obok szypuły guza widać jajowód, którego ściana obrzmiała, a lejek (*morsus diaboli*) charakterystycznie srebrno-matowo szarawy.

Takiej samej barwy szaro-srebrno-metalowej są kosmki i drugiego jajowodu; co do jajnika, to jeden wielkości jaja gołębiego i złożony z licznych drobnych torbieli; wśród nich na powierzchni widać czerwony otwór, prowadzący do pękniętego podczas ostatniej miesiączki pęcherzyka GRAAF'a.

**Spostrzeżenie 92.** *Myoma interstitialis et myomata subserosa uteri; laparohysterectomy supravaginalis; sanatio.*

L. Teofila, lat 40 licząca, żona urzędnika kolei, zauważyła guz od sześciu lat, który niesprawiając żadnych dolegliwości wzrastał zwolna ale ciągle; nigdy nie zachodziła w ciążę; miesiączka oddawna obfita po 10—14 dni; ostatnia po sześciotygodniowej przerwie trwała pięć dni tylko; nigdy jednak nie dochodziła

<sup>1)</sup> Tablica litograficzna, z wyobrażeniem tego guza, będzie dołączoną do następującego N-rn Gazety Lekarskiej.

do stopnia krwotoku. Prócz uczucia pełności i ciężenia, chora innych dolegliwości nie doznaje; mocz oddaje swobodnie; wypróżnienia przychodzą bardzo trudno nawet po wzięciu środka przeczyszczającego.

Średniego wzrostu, delikatna, blada, zresztą zdrowa kobieta; kończyny dolne nieopuchnięte. Płuca, serce i nerki zdrowe. Obwód brzucha przez pępek 68 ctm., od spojenia do pępka 22 ctm., a od tego ostatniego do wyrostka miedzykowatego 20 ctm.; brzuch niesymetrycznie powiększony: prawa górna połowa wypuklejsza od lewej. Ściana brzuszna nienapężona, guz twardy, nierówny, złożony z jednej bardzo ruchomej części w prawem podżebrzu, drugiej mniej ruchomej w nadbrzuszu, stopionej z trzecią największą, zajmującą resztę jamy brzusznej; guz przesuwalny wyraźnie z boku na bok i z dołu do góry, oraz na odwrót, wypełnia prawie cały brzuch od spojenia łonowego do łuków żebrowych, daje ton tępy, opasany smugą odgłosu tympanicznego z boków i od góry. Gruczoły pachwinowe nie powiększone. Macica wysoko w osi miednicy; część pochwowa mała, przechodzi w zgrubiałą szyję i w guz, wyczuwalny przez sklepienia miękkie i podatne, porusza się przy poruszaniu guza.

Rozpoznanie: mięśniak śródścienny macicy, oraz mięśniak szypulasty.

D. 11 Grudnia 1889 przy pomocy kol. KONDRATOWICZA i CIECHOMSKIEGO wykonałem operację, w zwykły ekstraperytonealny sposób umieściwszy szypułę, obszywszy ją otrzewną ścienną poniżej podwiązki elastycznej, umieszczonej ponad igłami BANTOCK'a. Jama macicy była otwartą, przyczem okazało się, że masa główna nowotworu zajmowała przednią i lewą część trzonu macicy i składała się z dwóch wielkich guzów, rozdzielonych luźną tkanką łączną, pozwalającą na pewne ruchy ślizgania guza górnego po dolnym, objętym tkanką maciczną. Od górnego na prawo na szypule grubości 2 palców, wisi mniejszy mięśniak wielkości pięści, a nadto w tkance macicy z prawej strony są jeszcze trzy mięśniaki wielkości orzecha włoskiego. Jajowód prawy i jajnik znajdują się nisko, poniżej równika guza [*en masse* biorąc jego części], z lewej odchodzą od niego po nad płaszczyzną równika. Guz zrostów nie ma, lecz wrastając w lewy wiąz szeroki, rozlepił jego listki i przez to wziął na siebie *S. romanum*, które przebiega po lewej powierzchni guza, tak, że wydobywając go z jamy otrzewnej, wydobywa się tem samem i przyklejoną *flexturam sigmoidæam*, zrosłą nadto dwoma taśmowatymi mostkami z guzem. Mostki te zostały przecięte, aby pozyskać miejsce dla objęcia guza podwiązką kauczukową w dostatecznej odległości od niebezpiecznego sąsiedztwa z kiszka. Szypuła została utworzoną z tkanki macicznej, po zupełnem a łatwem wyłuszczeniu z niej guza. Przy podwiązywaniu *en masse* więzów bocznych, żywe krwawienie z przekłutej żyły. Kikut został szczelnie obszyty otrzewną macicy i umieszczony w dolnym kącie rany, która powyżej została zaszyta. Wycięty guz ważył 9 funtów. Operacja trwała 1½ godziny. Chora po otrzeźwieniu miała dreszcze.

Tętno po operacji 80; wieczorem i przez noc silne wymioty, bóle w krzyżu; ciepłota podwyższona, poty. 12 Grudnia wieczorem wymioty ustały; uczucie palenia w gardle; język obłożony; mocz duży i prawidłowej barwy. 13. XII. stan bez zmiany. 14. XII. chora zmieniona na twarzy; tętno 120. Brzuch miękki i niebolesny; nie ma wpływu z pochwy. 16. XII. ciepłota rano 38,5° C., wieczorem 38,4° C.; tętno 108 stan lepszy; opatrunek suchy; brzuch wzdęty. 17-go po ławatywie obfite wypróżnienia; stan ogólny dobry; ciepłota rano 38,2 C., tętno 90. Odtąd następowała poprawa, chora jednak obficie się pociła, pomimo, że niegorączkowała i zaczęła kaszlać.

Oprócz tego przebieg był powikłany w trzecim tygodniu znacznem obrzmieniem prawej kończyny dolnej, któremu jednocześnie towarzyszyła pewna bolesność przy macaniu w okolicy dołu biodrowego prawego; obrzęk ten w ciągu kilku tygodni przy mięsieniu i bandażowaniu zupełnie ustąpił. Wypróżnienia były w ciągu kilku tygodni szczególniej opieszale, czemu towarzy-



szyło uczucie pełności; brzuch był duży i rozdęty; nieraz wypadło działać jednocześnie środkami czyszczącymi i ławatywami aby wywołać stolec.

Oddzielenie podwiązanej części kikuta nastąpiło w tym przypadku szczególnie późno, gdyż dopiero w cztery tygodnie po operacji, lecz i na tem nie ukończyła się sprawa, gdyż i część kikuta poniżej płaszczyzny zaciśnięcia przeszła w zgorzel i pasmami, smugami wydzielala się w ciągu następnego miesiąca, bez żadnych dolegliwości dla chorej, bez gorączki i bez ropienia w sąsiednich częściach. Przez ten czas rana zmniejszyła się do rozmiarów pępkowatego głębokiego lejka, bardzo wciągniętego. Przez pewien czas woda wstrzykiwana do tego lejka ukazywała się w pochwie, potem jednak przy skurczeniu się części, to połączenie przerwało się.

W połowie Lutego chora powróciła do swoich zwykłych zajęć, poprawiła się znacznie; w Marcu przy badaniu obu rękami przekonałem się, że część pochwowa i stanowiąca jej dalszy ciąg resztką macicy w kształcie niewielkiego guzika przytwierdzone są do ściany brzusznej nieruchomo; jeszcze na dnie zagłębienia w ścianie brzusznej istnieje niezagojona przetoka, będąca źródłem skąpej wydzieliny. Stan ogólny świetny.

Chociaż u chorej, która przeżyła laparotomię z wycięciem guza i macicy bardzo jest trudno przypisywać gorączkę i towarzyszące jej objawy czemu innemu niż tak ciężkiemu zabiegowi operacyjnemu, to jednak w tym przypadku ośmielam się wyrazić przypuszczenie, że spostrzegane powikłania [gorączka, poty, obrzmienia kończyny, powolne przychodzenie do sił] nie były następstwem operacji, lecz spowodowane zostały przez zakażenie się influenzą. Chora już przed operacją miała ból głowy i wyrażała obawę, czy nie uległa tej chorobie, której epidemia wtedy [pierwsza połowa Grudnia] doszła do swojego punktu kulminacyjnego; robiąc operację ja sam wstałem po trzydniowym leżeniu z powodu tej choroby, a wysiłek ten był przyczyną, że przechorowałem potem trzy tygodnie. Jeżeli porównam historję chorób po wykonanych przez się mijomohisterektomijach, nie znajduję u żadnej chorej podobnych powikłań, tembardziej, że niebyło żadnych zaburzeń ze strony otrzewnej. Obrzmienie kończyny dolnej, przedstawiające się jako *phlegmasia alba dolens*, mogłoby łatwo być powiązane z zakrzepem żył, wyszłym z żył macicy przy powolnem oddzielaniu się obumarłych części tego narządu; jestto tłómaczenie najprostsze; dodać jednak winienem, że w czasie panowania influenzy widziałem dwa przypadki bolesnego obrzęku kończyny dolnej u mężczyzn, z przebiegiem bardzo uporczywym.

**Spostrzeżenie 93.** *Cystomyoma uteri; laparotomia; punctio et consutio cystidis; excisio portionis parietis; sanatio.*

K...k Urszula, 44 lat licząca, wyrobnica, przybyła do oddziału d. 18 Lutego 1889 r.. Miesiączka pojawiła się w 14-ym roku życia i prawidłowo przechodziła co miesiąc, trwając 2—3 dni; w Styczniu r. b. przez dwa tygodnie sączył się krwisty płyn; ostatnia miesiączka przed dwoma tygodniami trwała dwa dni. W Październiku i Listopadzie miesiączki nie było. Obecna choroba datuje się od wiosny i rozpoczęła się boleściami w brzuchu w dolnej części, które na jesieni wzmogły się do najwyższego stopnia i wtedy to chora zauważyła w podbrzuszu guz; boleści jeszcze bardziej zwiększają się podczas miesiączki. Guz od tej pory mało się powiększył.

Chora wysoka, chuderlawa, śniada, słabo odżywiana lecz zdrowa kobieta; brzuch mały, płaski, ściana brzuszna cienka i miękka; w podbrzuszu widać guz, sięgający na 11 ctm. po nad spojenie, leżący prawie na linii pośrodkowej, cokolwiek więcej przechodzący na prawo, wchodzący za spojenie łonowe, od którego swobodnie odepchnąć się daje. Guz ten wielkości mniej więcej dwóch pięści jest nierówny, pośrodku z góry na dół twardy, po bokach przedstawiający nie-

wyraźne, ale niewątpliwe chełbotanie; przesuwają się on bardzo nieznacznie z góry na dół, a jeszcze mniej z boku na bok; granica górna i boczna guza wyraźnie się dają wymacać. Doły biodrowe nie szczególnego nie przedstawiają. Macica stoi wysoko i całkowicie w tył przesunięta; część pochwowa dziewicza, stożkowata i dość długa, przez sklepienie przednie, bardzo obszerne, wyczuwa się duży odcinek guza, nierówny, niewyraźnie chełbocący, od tyłu z macicą zrośnięty. Przy poruszaniu guza rusza się i macica.

Przy badaniu przez odbytnicę, a przy jednoczesnem ściągnięciu macicy kleszczami i wprowadzeniu zgłębnika, przekonać się można, że macica jest zrośnięta z tylną-dolną powierzchnią guza, jednak wyczuwa się ją jako ciało osobne, w guz nie wtopione; kanał =  $3\frac{1}{2}$  cala.

Inne narządy zdrowe. Oddawanie moczu swobodne; zaparcie.

Rozpoznanie trudne; wykluczwszy na podstawie chełbotania i odrębności macicy guz tej ostatniej, najprawdopodobniej wypadnie przyjąć torbiel jajnika, umieszczoną niezwykle, bo w dole pęcherzo-macicznym i z macicą zrośniętą. Przeciwno sprawie zapalnej przemawia zupełnie kulisty kształt guza, jego ruchomość w dolnym odcinku, wolne sklepienia boczne, przeciwko zebraniu się płynu w jajowodzie [krew, ropa, wysięk] przemawia pośrednie położenie guza.

D. 22 Lutego przy pomocy i w obecności kol. CIECHOMSKIEGO, SŁUPECKIEGO, ODERFELDA FAJTA, GULIŃSKIEGO, HANDELSMANA przystąpiłem do operacji bardzo niemiłej. Chora, która dużo spirytusu używała, nie dała się usnąć dokładnie wcale, a gdy operację rozpocząłem, mimo to posuwała się i wyginała przez cały czas jej trwania, utrudniając w najwyższym stopniu manipulowanie w wyjątkowo powikłanych warunkach. Po otwarciu jamy brzusznej od pępka do spojenia i wprowadzeniu ręki, znalazłem guz od przodu i za spojeniem łonowem *resp.* od strony pęcherza zupełnie wolny, natomiast z boków, zwłaszcza z lewej strony i od tyłu, jaknajmocniej zrośnięty i tak nieruchomy, że udało go się tylko w części wyciągnąć z jamy brzusznej, po nakłuciu i wypuszczeniu 2000 ctm. sześć. płynu ciemno-czokoladowo-krwistego. Z powodu wzrostu niepodobna wcale wymacać ani jajników, ani macicy, ani jajowodów. Starałem się zwolna, trzymając się ściany torbieli oddzielać ją z boków, zwłaszcza lewego, gdzie ściśle zrośniętą była z *S. romanum*, oraz od tyłu, lecz oddzielanie, które i tak musiało odbywać się w głębi miednicy, natrafiało na nieprzewidywane przeszkody ze strony ruchów chorej, napinania się jej, wysuwania kiszek i sieci; a do tego mocne zrosty ustępowały jedynie przy użyciu ostrych narzędzi i dawały żywe krwawienie, znowu niemożliwe do powstrzymania z powodu niepokoju chorej i napięcia ściany brzusznej.

W takich warunkach oswobodzoną część torbieli wszyłem w dolnym kącie rany [nie otwierając guza]; górną połowę tej ostatniej zaszyłem, a z powodu obfitego krwawienia i niemożliwości dokładnej toalety wprowadziłem obok guza do jamy miednicy skręt gazy jodoformowej jako surogat drenu.

Operacja trwała półtorej godziny.

Przebieg: wieczorem tętno 84, chora się czuje wybornie, niewymiotuje; bólesci niedoznaję; brzuch mały; zmieniłem opatrunek z powodu przemoczenia krwawo-różowym płynem; mocz wypuszczono prawidłowej barwy. Następnego dnia wyciągnąłem pasek gazy jodoformowej z brzucha i ranę zapasowym szwem związałem. Dalszy przebieg doskonały bez wymiotów, czkawki, gorączki i bólesci; 10-go dnia zdjąłem szwy; powstała tylko bardzo obszerna *eczema* [czerwonosć bardzo silna] na całym brzuchu od kwasu karbolowego, w którym rozmochna była gaza opatrunkowa.

D. 7 Marca 1890 r. część torbieli, sterczącą po nad powłoki brzuszne, wyciąłem, a przez to jamę jej otworzyłem; zebrało się w niej już z 200 ctm. sześć. płynu ciemnego na pół przezroczystego. Ściana torbieli bardzo gruba na 2—

2½ ctm., bardzo twarda, posiadająca w swojej grubości jakby osobne twarde guziki, wyraźnie okonturowane, podobne do małych mięśniaków macicznych śródściennych; powierzchnia wewnętrzna teje ściany gładka ale nierówna, zatokowata, z listwami i jakby śladami przegródek. Wycięta część ściany została wzięta do badania drobnowidzowego. Przy jednoczesnem wprowadzeniu zgłębnika macicznego do macicy, a palca przez ranę w ścianie brzusznej i otwór w torbieli do jamy tej ostatniej, można się przekonać, że rozgradza je dość cienka warstwa ściany macicznej.

Dalszy przebieg był bardzo pomyślny; jama szybko się zmniejszała, a otwór prowadzący do niej ścieśniał się tak, że wypadło, zapobiegając zupełnie zbyt wczesnemu zarośnięciu otworu, wprowadzić dren, przez który jamę przestrzykiwało się roztworem sublimatu. Do 1 Kwietnia przy badaniu oburęcznem wyczuwa się między macicą a ścianą brzuszną twardy okrągły twór, stanowiący pozostałość po skurzonej i zanikłej torbieli. Chora opuściła szpital zupełnie zdrową bez przetoki w ścianie brzusznej.

Część preparatu, wzięta do badania drobnowidzowego, składa się z kawałka twardej tkanki, mającego na przekroju poprzecznym dwa centymetry wszerz, a trzy centymetry wzdłuż; jedna powierzchnia wypukła stanowi tę powierzchnię guza, która była wszytą między brzegi cięcia brzuszego, druga płaska była zwróconą do jamy torbieli. W środku widać szczelinę, mającą  $\frac{2}{3}$  ctm. wzdłuż, a  $\frac{1}{2}$  wszerz, okonturowaną bardzo krętą i zygzakowatą linią. Nadto widać [na przekroju poprzecznym] inną szczelinę znacznie dłuższą i bardzo wąską.

Z powyższego preparatu przygotował kol. CIĄGLIŃSKI serje skrawków, które przez swoją zagadkową zrazu budowę zwróciły na siebie uwagę nie tylko kol. CIĄGLIŃSKIEGO, lecz oraz D-ra PRZEWOSKIEGO i p. dziekana BRODOWSKIEGO, jakoteż kol. KRYSIŃSKIEGO, któremu preparaty pokazywałem. Idąc z zewnątrz na wewnątrz widać pod drobnowidzem najprzód warstwę mięsną mocno nacieczoną komórkami, podobnemi do białych ciałek krwi, na samej powierzchni tworzącą warstwę granulacyj. Im głębiej tem nacieczenie mniejsze i widać gładkie włókna mięsne z charakterystycznymi pałeczkowatemi jądrami, ułożone w równoległe pęczki, miejscami jakby uginające się. Wśród tej tkanki mięsnej leży wzmiankowana wyżej szczelina z zygzakowatym konturem, wysłana ona jest nabłonkiem rzęskowym i zawiera przecięcia torbieli [podobnych do *ovula Naboti*] powstałych z gruczołów. Szczelina ta uznana została przez powyższych mikrografów za przecięcie samego punktu przejścia rogu macicy w jajowód. Druga szczelina wysłana pojedynczą warstwą komórek kubicznych niskich i prawdopodobnie jest ona bardzo wczesnym okresem tworzącej się torbieli w łonie mięśniaka. Wreszcie druga powierzchnia preparatu, zwrócona do jamy torbieli pokryta przybłonkiem (*endothelium*). [C. d. n.]

## NOTATKI LEKARSKIE.

### 6. Niezwykły przypadek nerwicy naczynioruchowej.

B... k Elżbieta, panna, lat 40, służąca, wzrostu średniego, prawidłowej budowy, odżywianie dobre. W narządach wewnętrznych nic nieprawidłowego nie znalazłem. Żadnych cięższych chorób nie przechodziła.

Miesiączkowanie rozpoczęło się dopiero po 30 roku życia i bywa zwykle bardzo bolesne; 17 Lutego 1889 r. w kilka dni po zgodzeniu się do mnie do służby B. zaczęła uskarżać się na ból w lewym przedramieniu; tegoż dnia w nocy ból ten stał się bardzo silnym, przyczem całe przedramię przedstawiało się si-

nem, mocno nabrzmiałem, skóra na niem napięta i zupełnie zimna. Stan taki trwał godzinę, poczem przedramię wróciło do prawidłowego stanu i ból ustał.

18. II. napady, zupełnie podobne do opisanego, powtórzyły się kilka razy i trwały dłużej, a dni następnych pojawiały się bardzo często podczas dnia i nocy, nie dając spać chorej; stosowałem bromek potasu, antipirynę, antifebrynę, chininę, salicylan sodu, arszenik, morfinę, prąd elektryczny, rozmaite wcierania i okłady — wszystko bez najmniejszego skutku; po wstrzyknięciu  $\frac{1}{2}$  gr. chlorku morfiny pod skórę podczas napadu, ból się nawet nie zmniejszył.

25. II. pojechałem z chorą do Wolbromia, by ją zbadać wspólnie z kol. PACZKIEM, który ją znał dobrze, gdyż przedtem u niego służyła. Badając podczas napadu, znaleźliśmy, że lewe przedramię było znacznie powiększone w objętości, twarde, sine i zimne; chora z bólu nie mogła powstrzymać się od płaczu. Gdy po niedługim czasie napad ustąpił, chore przedramię oprócz bardzo nieznaczego obrzęku skóry, niczem nie różniło się od zdrowego i B. swobodnie mogła niem władać. Chora objaśnia, że poprzedniczka jej przepowiedziała, iż długo u mnie służyć nie będzie, bo ją tu spotka nieszczęście i temu to „zadaniu“ [czarom] przypisuje swoje cierpienie.

Na podstawie powyższych danych przyszedłszy do przekonania, że mamy przed sobą przypadek nerwicy naczynioruchowej na tle histerycznym, wywołanej poddaniem na jawie. Dalsza obserwacja w zupełności rozpoznanie nasze potwierdziła. B. została w Wolbromiu u swej siostry pod obserwacją kolegi PACZKA. Napady zaraz stały się lżejszemi, a po paru dniach zupełnie ustąpiły.

12. III. B. wróciła do domu zupełnie zdrowa, lecz była w ciągłej obawie, by jej się nie wróciła ta „straszna choroba“.

19. III. powtórzyło się to samo, co dawniej, tylko teraz na prawem przedramieniu.

23. III. B. odjechała do Wolbromia, w drodze zupełnie wyzdrowiała i przez 9 miesięcy wcale nie chorowała, ciężko ciągle pracując.

5. I. 1890. r. znów do mnie przybyła z wielką obawą, ulegając jedynie usilnej mojej namowie.

9. I. pojawiło się znów cierpienie z poprzedniami objawami; próbowałem tym razem ją uspić, lecz mi się nie udało, gdyż niechętnie się na to zgodziła, twierdząc, że tylko wyjazd z Pilicy może ją uzdrowić.

10. I. odesłałem chorą do Wolbromia; w drodze wyzdrowiała i do tego czasu wcale nie chorowała.

*Józef Paschalis.*

---

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

---

Na posiedzeniu klinicznym d. 3 Czerwca r. b. okazał kol. HERYNG trzech chorych, leczonych na drodze chirurgicznej z suchot krtani. Wszystkim tym chorym dokonał kol. H. wycięcia łyżeczką ostrą podwójną kawałka krtani w ostrym procesie cierpienia, wszędzie z wynikiem bardzo pomyślnym. Wskutek tego mówca, uważając to za bardzo ważny przyczynek do chirurgicznego leczenia suchot krtaniowych, zaznacza, że nawet w ostrym stanie tej sprawy śmiało uciekać się trzeba do odpowiednich zabiegów chirurgicznych. Kol. H. okazał preparaty drobnowidzowe z wyciętych kawałków krtaniowych chorych, uległych ostremu nacieczeniu gruźliczemu.

Prócz tego kol. H. okazał podwójną łyżeczkę pomysłu KRAUSE'go; w narzędziu tem jedna łyżeczka kraje od tyłu ku przodowi, druga zaś na boki. Za pomocą tego narzędzia można wycinać dość spore kawałki tkanki odrazu.

Potem kol. MATLAKOWSKI okazał guz, usunięty u kobiety 36-letniej, umiejscowiony na *tuber frontalis dexter*. W dzieciństwie guza tego chora nie zauważyła, rósł powoli, doszedł wielkości jaja kurzego, na powierzchni był nierówny. Mówca przypuszczał, że ma do czynienia z kostniakiem; operując oddalił płat skórny wraz z okostną; krwawienie tętnicze było bardzo silne. Spiłował guz tangentalnie do powierzchni kości, przyczem krwawienie tętnicze było ciągle dość silne; na tej zasadzie więc przypuszczał, że ma do czynienia z naczyniakiem kostnym; na powierzchni przekroju składa się on z blaszki korowej z siecią kostną, wypełnioną krwią tętniczą; badanie drobnowidzowe nie było dotąd wykonane.

Następnie kol. BUKOWSKI przedstawił 8-letniego chłopca, któremu przed 10 miesiącami z powodu obustronnego *pes varus* w tym stopniu, że chory chodził na górnej i zewnętrznej powierzchni stopy, wykonał obustronne wycięcia kości stępu klinowe, a oprócz tego z prawej strony przecięcie ścięgien według metody PHELPS'a. Dziecko to chodzi teraz bardzo dobrze.

W końcu kol. LESZCZYŃSKI przedstawił preparat wyciętej kiszki, o czym mówił na uprzednim posiedzeniu. Na preparacie tym widać, że za wPOCHWIONĄ kiszka cienką pociągniętą została następnie i kątnica. Przecięcie sznurka wPOCHWIONEGO wypadło na samej zastawce BAUHN'a. Ściany wPOCHWIONEGO jelita cienkiego i wciągniętej kątnicy zrosłe są powierzchniami otrzewnowymi, wytwarzając jeden cylinder kiszki, pokryty z obu stron błoną śluzową: od wewnątrz błoną kiszki cienkiej, od zewnątrz grubej; w środku tej ściany z jednego boku widać światło naczyń kręzkowych. W otwór w pierścieniu wPOCHWIENTA posługacz szpitalny przez pomyłkę wyrzucił; później więcej kawałków zmarzło; kiszki w kale nie spostrzegano. Choremu w ciągu ostatnich dni 7-iu przybyło prawie 5 kłgr.; mówca uważa, iż fakt ten może służyć jako przyczynek do działalności błony śluzowej kiszki grubej.

Następnie kol. L. przedstawił 4 chorych, którym dokonał w różnych czasach [3–10 tyg.] replantacji zębów. Dawniej replantowane siedzą w szczęce nieruchomo; później, od 3 tygodni, jeszcze nieco ruchome, na ból przy ruchach zęba i uciskaniu chorzy się nie uskarżają; gryźć mogą i pokarmy twarde. Dotąd do replantacji używał tylko zębów, porażonych częściową próchniną boczną, międzyzębową, szczególniej tylną, a także z próchniną umiejscowioną nisko przy szyjce zęba. Zęby takie dentyści po większej części usuwają. Kol. L. wyjmuje przy możebnie ściślejszej antyseptyce, oczyszcza dokładnie jamy, wypełnia je następnie cementem i przyciawszy cokolwiek końce korzonków, aby przerwać możliwy zrost pulpy z nerwem i naczyniami zębowymi w szczęce, wstawia obmyty dokładnie ząb na jego uprzednie miejsce, usunawszy z zębodołu skrzepy krwi. Wstawianie bolesnem nie jest. Ból większy cokolwiek uczuwają chorzy 2-go i 3-godnia, zależnie od urazowego zapalenia okostnej. Od 10 go lub 13-go dnia można już żuć niemi pokarmy twardsze. O ile okostna mniej lub więcej jest naruszona, prędzej lub później następuje ostateczne umocowanie zęba w zębodole; zwykłe w 3-im lub 4-ym tygodniu. Replantacji, przeważnie dużych zębów trzonowych, wykonał dotąd kol. L. do 20. Kol. L. utrzymuje, iż replantacja zębów, szczególnie trzonowych, nie jest zbyt trudną i wymagającą technicznego wykształcenia i może być wykonywaną przez wszystkich lekarzy. Pozostawiając chorym używalność replantowanych zębów przez lat kilka, uchroniliby się wielu z nich od cierpień kanału pokarmowego.

W dyskusji kol. PRZEWOSKI, zwracając się do wspomnianego na początku przez kol. L. przypadku, oraz do uwagi, że przyrost na wadze chorego może służyć za przyczynek do działalności błony śluzowej kiszki, zaznacza, że przyrost taki nie może być uważany za dowód całkowitego wsiąkania pokarmów w kiszce grubej. Kol. MATLAKOWSKI dodaje również, że przybytku tego nie

można wcale złożyć na czynność kiszki grubej; pokarmy podlegają ruchom w kiszkach, a wiemy, że w kiszkach cienkich odbywa się wsiąkanie; trudno więc orzec jaki procent owego wessania przypada na kiszkę grubą.

## List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

### SZANOWNA REDAKCYJO!

W miasteczku powiatowem Słucku d. 29 Czerwca odbył się obchód jubileuszowy 50-letniej działalności D-ra BRONISŁAWA MASZEWSKIEGO, ogólnie lubianego i szanowanego przez wszystkich, byłego studenta Akademii Wileńskiej, obecnie lekarza przy gimnazjum słuckiem.

W uczcie, danej przez nas, kolegów, dla Jubilata, udział przyjęli okoliczni obywatele, urzędnicy, nauczyciele i lekarze, mieszkający w promieniu 10-milowym naokoło miasta.

Jubilatowi wręczony został adres i odczytany w języku łacińskim, na który Jubilat odpowiedział też w języku łacińskim, w jakim słuchał kursów Akademii. Adres przeczytany był przez D-ra MALKIEWICZA<sup>1)</sup>, ja zaś przeczytałem go w przekładzie na język rosyjski dla tych, którzy języka łacińskiego nie rozumieli. Potem ofiarowano Jubilatowi album z fotografiami uczestników uczty; wreszcie nastąpiło czytanie listów i telegramów gratulacyjnych. Otrzymało telegramy od naszych zacnych Profesorów: BARANOWSKIEGO, ROZEGO, KOSIŃSKIEGO, BRODOWSKIEGO; list od profesora Moskiewskiego Uniwersytetu Pana WITOLDA CERASKIEGO i list od Dyrektora Gimnazjum słuckiego Pana SIKORSKIEGO; telegramy: od Marszałka słuckiego Pana DANNENSTERN i od lekarzy: SZPILEWSKIEGO, BOROWSKIEGO, ADAMA RYMZY, WITOLDA JANUSZEWICZA, ŁOZOWSKIEGO, DÜBERGA, SZUBERTA.

Po toastach przemawiali: lekarz SZYLDKRET, obywatel EDWARD WOJNIEŁOWICZ i Prezes Sądu Pokoju ILIJA SZPAK. Uczta zakończyła się starą studencką piosnką „*Gaudeamus*“ przy akompaniamencie muzyki [wcale dobrej], która w czasie obiadu przygrywała. Wszyscyśmy starzy odmłodnieli; dźwięki pieśni przypomniły nam szczęśliwe lata życia studenckiego.

Pisząc o jubileuszu, czuję się w obowiązku złożyć podziękowanie Szanownemu Profesorowi Petersburskiego Uniwersytetu Panu MANASSEINOWI. Nie mogąc doczekać się wydrukowania mego listu w „*Medycynie*“, o co raz prosiłem w końcu Kwietnia, drugi raz w połowie Maja, udałem się z prośbą do Profesora MANASSEINA, który, chociaż mieszkał w tym czasie w Szwajcaryi, potrafił zamieścić w gazecie „*Wracz*“ uwiadomienie o jubileuszu. Wskutek tego Jubilat otrzymał kilka listów gratulacyjnych, między innemi od ordynatorów szpitala morskigo w Petersburgu i od kolegi z Bessarabii — Pana KAROLA WOŁSKIEGO, który był w Akademii z Jubilatem i w rok później ją ukończył.

Nie mogę też zamilczeć o demonstracyi, jaką nam wszystkim i Jubilatowi wyrządzili dwaj lekarze miejscowi: powiatowy — CHWOSTOWSKI i miejski — STASZELEWSKI, którzy podpisali się na netzę składkową, podpisali adres, ale, nie chcąc być w naszym towarzystwie, nie złożyli wizyty Jubilatowi i na obiedzie nie byli. Postępek ten oburzył nas wszystkich, a więcej jeszcze Rosyjan urzędników i nauczycieli.

D-r Konstanty Trąckiewicz.

<sup>1)</sup> Wielmożnemu BRONISŁAWOWI MASZEWSKIEMU Doktorowi.

### Czcigodny Jubilacie!

Przejęci do głębi duszy uznaniem Twych zasług i pracy korzystnej na polu społecznem, zebrani tu współtowarzysze, koledzy i przyjaciele Twój, postanowiliśmy wedle możliwości naszej godnie uczcić dzień, w którym się kończy pół wieku trudów Twoich w winnicy Pańskiej. Pięćdziesiąt lat dawałeś innym przykład niezmordowanej pracy, gotowości niesienia pomocy każdemu, kto się po nią udawał do Ciebie i żywego dla cierpień ludzkich współczucia. Wielu krzyżami Bóg Ciebie nawiedził w ciągu tych lat pięćdziesięciu; niósłeś je z pokorą i pogodą na czołe, a swoją bezinteresownością i poświęceniem dla słabości ludzkich, wyzyskujących tak często arcychrześcijańskie zasady Twoje, budowałeś nas młodszych a słabszych. Żyj przeto i pracuj, czcigodny Doktorze, długie jeszcze lata, a dzisiaj nasze nieudolne wyrazy uznania niech Ci nadal dodają sił w pracy dla dobra społeczności, oraz otuchy w tem przeświadczeniu, że ona wcześniej lub później, lecz zawsze oddaje hołd prawdziwej zasłudze i wysokim przymiotom umysłu i charakteru.

Słuck, dnia 17 Czerwca, 1890 r.

Do dzisiejszego N-ru Gaz. Lek. dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł lekarskich“ księgarni E. Wendego i S-ki za miesiąc Czerwiec.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wl. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 12 Июля 1890 г.

Друк К. Ковалевського, Крólewska Nr. 29.