

# GAZETA LEKARSKA

Ś. P.

## Prof. Alfred Obaliński.

— 1 —

Nauka lekarska polska poniosła znowu wielką, niepowetowaną stratę. 18 lipca prof. ALFRED OBALIŃSKI, prawie jeszcze w sile wieku, zakończył życie w Krakowie. Zmarły urodził się w 1843 r.; do gimnazjum uczęszczał w Tarnopolu, a wiedzę lekarską zdobywał na wszechnicy krakowskiej; w r. 1868 otrzymał stopień doktora medycyny a w 1870 — dyplom doktora chirurgii; przez 3 lata pełnił obowiązki asystenta przy profesorze BRYKU; w 1870 roku objął służbę w szpitalu Ś-go Łazarza, jako prymaryusz oddziału chirurgicznego. W 1881 r. zatwierdzony został w stopniu docenta i odtąd aż do końca 1882 r. kierował zastępczo kliniką chirurgiczną krakowską; w 1883 r. mianowany profesorem nadzwyczajnym; pracę szpitalną w dalszym ciągu spełniał, jako prymaryusz oddziału chirurgicznego i dopiero w roku zeszłym mianowany został profesorem zwyczajnym chirurgii i dyrektorem kliniki chirurgicznej krakowskiej.

Po raz pierwszy zmarłego widziałem przed 10 laty w Krakowie; dobroć i zaćność charakteru, malujące się na Jego sympatycznej twarzy, od razu pociągnęły mnie ku niemu; serdeczny w obejściu się z młodymi kolegami, łagodny względem chorych, wielbiący prawdę w słowach i czynach, sumienny i rozważny operator, oto dalsze wrażenia, jakie otrzymywałem stale, kilkakrotnie odwiedzając Jego oddział w szpitalu w ciągu ostatniego dziesięciolecia. Jako dobry mówca, przemawiający z umiarkowanym zapałem, jako gruntowny znawca kwestyi przez siebie poruszanych, dał mi się poznać zmarły na zjazdach lekarskich; OBALIŃSKI często głos zabierał, i przyznać trzeba, że we wszystkich Jego przemówieniach znać było wytrawnego, doświadczonego i myślącego chirurga, śledzącego bez przerwy za postępem wiedzy chirurgicznej. Założeniem stacyi ratunkowej w Krakowie zmarły dał dowód, że oprócz zawodu obchodziły go również żywo i sprawy społeczne; zajmowała go również i dola młodszych kolegów, o czym świadczy artykuł pisany w 1894 r. w „Przeglądzie lekarskim“ o szpitalach, w którym domaga się koniecznie powiększenia liczby sekundaryuszów i lepszego ich uposażenia. Jako profesor, pomimo tak krótko sprawowanych obowiązków, potrafił sobie zaskarżyć miłość swych uczniów, dla których starał się być prawdziwym przyjacielem. Dorobek naukowo-literacki,

świadczący o ogromnej pracowitości zmarłego profesora, przedstawia się istotnie nadzwyczaj imponująco; bogaty materiał, jakim rozporządzał w szpitalu, potrafił sumiennie wyzyskać, pomimo, że warunki dla samej pracy pozostawiały tam wiele do życzenia.

Nie ma prawie gałęzi chirurgii, w którejby nie pozostawił zmarły jakiej piśmiennej pamiątki; szczególnie, wyróżniają się prace, mające na względzie cierpienia chirurgiczne przewodu pokarmowego, nerek i układu kostnego. W pierwszej kategorii mamy cały szereg prac ogłoszonych od pierwszego prawie zarania Jego pracy na polu chirurgii:

1) „Przyczynek do kazuistyki obrażeń brzucha przenikających“. Przgl. lek. 1872 r. № 11 i 12.

2) „Mimowolna laparotomia. Wyleczenie“. Wiad. lek. 1887 r. str. 233.

3) „Rana i wypadnięcie żołądka; pomyślne zeszytie i odprowadzenie“. Przgl. lek. 1886 r. str. 457.

4) „Poprawa po gastroenterostomii w przypadku raka odźwiernika“. Przgl. lek. 1890 r. str. 527.

5) „O niespodziankach po gastroenterostomii“. Now. lek. 1890. str. 539.

6) Przypadek rezekcyi odźwiernika, oraz spostrzeżenie nad czynnością żołądka po wyzdrowieniu“. Now. lek. 1889, str. 167.

7) „Guz kiszki ślepej. Laparotomia, odbyty sztuczny, zniknięcie guza“. Przgl. lek. 1887, str. 626.

8) „Sześć laparotomii, wykonanych z powodu niedrożności jelit“. Przgl. lek. 1885, str. 345.

9) „Laparotomia z powodu niedrożności jelit, wywołanej pęknięciem jaja płodowego zamacicznego“. Przgl. lek. 1885, str. 345.

10) „Rzadki przypadek powtórnej laparotomii z powodu niedrożności jelit“. Przgl. lek. 1885, str. 67.

11) „Druga serya laparotomii z powodu niedrożności jelit“. Gaz. Lek. 1885, str. 525.

12) „Trzecia serya laparotomii z powodu niedrożności jelit“. Przgl. lekarski. 1885, str. 637.

13) „O laparotomii, jako środka leczniczym w niedrożnościach jelit“. Przgl. lek. 1888, str. 501.

14) „O wtórorzędnej t. j. skutkiem zabiegów na otrzewnej powstającej niedrożności jelit“. Przgl. lek. 1889, str. 65.

15) „Siedem przypadków rezekcyi zaciśniętej w przepuklinie kiszki i enteroraphii“. Medycyna. 1885, str. 302.

16) „Jeszcze w sprawie pierwszorzędnej enteroraphii po wycięciu pętli jelitowej zgorzelą dotkniętej“. Przgl. lek. 1886, str. 321.

17) „Siedm przypadków uciśniętej przepukliny, w których założono sztuczną odbytnicę“. Medycyna. 1885, str. 315.

18) „Niedrożność jelita, wywołana zrostami w worku przepuklinowym“. Medyc. 1885, str. 335.

19) „W sprawie doszczętnego leczenia przepuklin za pomocą metody Mac-Even'a“. Przgl. lek. 1889, str. 3.

20) „Dalsze uwagi nad doszczętną operacją przepuklin metodą MAC-EVEN'a“. Przegl. lek. 1889, str. 338.

21) „Laparotomia w niedrożności jelit wewnętrznej na podstawie 110 własnych przypadków“. 1893. Pamiętnik oddz. chir. w szp. Łazarza.

22) „W sprawie zupełnego wykluczenia pętli jelitowej“. Medycyna. 1894. str. 871.

23) „Jeszcze w sprawie zupełnego wykluczenia kiszki“. Przegl. lek. 1896, str. 433.

24) „Dalszy przyczynek w sprawie zupełnego wyłączenia pętli jelitowej“. Medyc. 1897 Nr. 31.

W dziale chorób narządu moczowego wybitniejsze miejsce zajmują prace Jęgo z zakresu chirurgii nerek, mianowicie:

25) „O pęknięciu nerki, jako wskazaniu do jej wycięcia“. Przegl. Lek. 1891 r. str. 3 i t. d.

26) „Obecny stan chirurgii nerek“. Gaz. Lek. 1896. str. 961 i t. d.

W pracy tej bardzo dokładnie przedstawia anatomję patologiczną nerek, badanie każdej nerki oddzielnie, urazy różnego rodzaju nerek, występuje przeciw katetyzacyi moczowodów i stojąc na gruncie widocznie mniej radykalnym, niż kilka lat przedtem, uważa tylko raka nerki i gruźlicę za bezwzględne wskazanie do całkowitego natychmiastowego usunięcia nerki; we wszystkich innych przypadkach zaleca postępowanie więcej zachowawcze, na co się zupełnie można zgodzić.

27) „Wycięcie nerki, dotkniętej mięsakiem“. Przegl. Lek. 1897 r. Nr. 21.

28) „*Weitere Beiträge zur Nierenchirurgie*“. Wien. Med. Woch. 1897 r. Nr. 6 i 7.

29) „*Ein rationelles Verfahren bei lumbaler Nephropexie*“. Centr. f. Chir. 1897. № 37.

30) „Wykłady z zakresu chorób dróg moczowych męzkich“. Kraków. 1886 r..

31) „Przypadek wydobywania kamienia cięciem wysokiem. Medyc. 1880 r. № 37.

32) „Ołówek, wydobyty z pęcherza moczowego“. Przegl. Lek. 1881 r. str. 554.

33) „Nowsze wskazania do urethrotomii zewnętrznej“. Przegl. Lek. 1884. str. 333.

34) „O doszczętnem leczeniu zatrzymania moczu u dotkniętych przerostem gruczołu krokowego, za pomocą prostatektomii“. Przegl. Lek. 1889. str. 441.

35) „Przyczynek do wiadomości o gorączce moczowej“. Przegl. Lek. 1887. str. 177.

36) „Przypadek słoniowacizny części płciowych męzkich“. Przegl. Lek. 1881. str. 625.

37) „Trzy przypadki wodniaka mosznowego (*hydrocele*)“. Medyc. 1882. str. 792.

W dziale chorób układu kostnego muszę przede wszystkim wymienić pracę:

38) „O nowej metodzie resekcji stępu“. Pam. 2-go Zjazdu chirnr. polsk. w Krak. 1891., w którym zmarły, ogłaszając nowy sposób postępowania przez siebie pomyślany przy rozległej gruźlicy kości stopy, podaje własne względnie dobre wyniki; jakie osiągnął, tak ze względu na zachowanie stopy, jak i na jej czynności, o zaletach tej metody miał możność przekonać się naocznie i piszący te słowa, otrzymując w 2-ch przypadkach, przez siebie operowanych, wynik znakomity.

39) „O wynikach osiągniętych za pomocą własnej metody rezekcyjnej na stopie“. Przegl. Lek. 1892. str. 5.

40) „Przyczynek do rozpoznawania i leczenia zapaleń w linii przyrostkowej panewki biodrowej“. Gaz. Lek. 1895. str. 1

Pracę tę muszę zaliczyć do wybornie napisanych; zmarły świetnie w niej opracował różniczkowe rozpoznanie omawianego cierpienia, a co się tyczy sposobu operowania, to zaleca cięcie robić takie, jak do podwiązania tętnicy biodrowej zewnętrznej, usuwając następnie naczynia nazewnątrż.

41) „Modyfikacya postępowania operacyjnego, podanego przez GLEICH'a celem leczenia bolesnego płaskonogu“. Przegl. Lek. 1895. str. 485.

42) „Zapalenie okostnej i martwina kości dolno-szczękowej wskutek wyziewów fosforu“. Przegl. Lek. 1873. № 50.

43) „Kilka słów o leczeniu złamań kości udowej za pomocą ciężarków“. Przegl. Lek. 1874. № 4.

44) „O doniosłości złamania żebra pod względem sądowo-lekarskim“. Przegl. Lek. 1875. № 3.

45) „Uwagi nad leczeniem zapaleń stawu biodrowego za pomocą ciężarków“. Med. 1878. № 11.

46) „Ograniczone ropnie kości“. Med. 1882. str. 808.

47) „Szczególniejsze nadwyreżenie stawu kolanowego“. Przegl. Lek. 1871. str. 190.

48) „Zwichnienie obojczyka ku górze i ku tyłowi“. Przegl. Lek. 1874. str. 30.

49) „Wrodzone zwichnienie w obu stawach barkowych“. Med. 1882. str. 759.

50) „W sprawie techniki przy amputacji podudzia“. Przegl. Lek. 1887. str. 658.

51) „Uwagi nad wyborem sposobu resekcji stawu skokowego“. Przegl. Lek. 1883. str. 345.

52) „Prosty sposób leczenia lekkich zniekształceń kolana u dzieci“. Przegl. Lek. 1887. 60.

53) „Wyluszczenie szczęki górnej z pozostawieniem okostnej“. Przegl. Lek. 1882. str. 163.

54) „Kilka słów o ESMARCH'a bezkrwawym sposobie wykonywania operacji“. Przegl. Lek. 1874. № 29.

- 55) „Złamanie czaszki“. Przgl. Lek. 1874. str. 293.  
56) „Przypadek ropnia śródczaszkowego“ Med. 1882. str. 730.  
57) „Krytyczne uwagi nad dwoma pomyslnemi trepanacyami czaszki“. Przgl. Lek. 1882. str. 545.

Rozporządzając dość znaczną liczbą chorób gruczolu tarczowego [wola], zmarły i tutaj pozostawił kilka prac wartościowych:

- 58) „W sprawie chirurgicznego leczenia wola“. Med. 1884. str. 77.  
59) „Przyczynek oo kazuistyki nowoczesnej operacyi wola“. Przgl. Lek. 1887. str. 365.  
60) „O doszczętnem leczeniu wola w ogólności, a o wyluszczeniu go sposobem SVERN'a w szczególności“. Pam. 1-go Zjazdu chir. polsk. 1889.  
61) W obszerniejszej swej pracy, zatytułowanej: „W sprawie wyboru metody operacyjnej przy włóknikach macicy“. Przgl. Chirurg. T. 2. Zesz. 1. OBALIŃSKI gorąco zaleca, aby starać się najpierw sam guz usuwać, pozostawiając macicę; w przypadkach, w których to jest niemożliwe, stawia na pierwsze miejsce operację podług PÉAN'a, t. j. usuwanie guza z macicą przez pochwę; na drugim miejscu nadpochwową amputację i tylko w ostatecznym razie podług niego należy się uciekać do całkowitego usunięcia macicy z guzem. W wyjątkowych razach jest za kastracją.  
62) „O nowszych wskazaniach do salpingotomii“. Przgl. Lek. 1894. str. 165.  
63) „Przyczynek do kazuistyki rozcięcia chrząstek tarczykowych“. Med. 1879. № 41.  
64) „Leczenie zwężeń gardzieli za pomocą kaniul trwale pomieszczonych“. Przgl. Lek. 1888. str. 273.  
65) „W sprawie techniki operacyjnej przy bocznej faryngotomii, celem wydobycia nowotworów migdałka“. Przgl. Lek. 1887. str. 322.  
66) „O surowicznych torbielach zaotrzewnowych; przyczynek do nauki o rozróżnianiu guzów jamy brzusznej“. Pam. 2-go Zjazdu Chir. polsk. 1891.  
67) „O przesadzaniu skóry w celu przyśpieszenia zabliznienia“. Przgl. Lek. 1871. № 43.  
68) „Przypadek tętniaka groniastego (*aneur. cirsoides*)“. Rozpr. i spraw. z pos. wyd. mat. przyr. Akad. Um. 1874. T. I.  
69) „O wpływie nowszych sposobów leczenia ran na gojenie się tychże“. Przgl. Lek. 1877 № 1 i t. d.  
70) „Doświadczalny przyczynek do przetaczania krwi do jamy otrzewnowej“. Przgl. Lek. 1880, № 9 i 10.  
71) „Lymphadenoma mediast. ant.“. Med. 1882, str. 761.  
72) „O opatrunku LISTER'a“. Przgl. Lek. 1873, str. 506.  
73) „Doświadczenia z dziedziny neurochirurgii“. Przgl. Lek. 1881, str. 544.  
74) „Nowy rodzaj narkozy mieszanej“. Przgl. Lek. 1888 str. 225.  
75) „Dwa nowe własne pomysły, ułatwiające zakładanie przewięzek i szwów“. Przgl. Lek. 1890, str. 607.

76) „O użytkowaniu promieni ROENTGEN'a w celach dyagnostycznych“. Przegł. Lek. 1896. № 8.

77) „Beitrag zur operativen Behandlung des Phlegmonen des hinteren Brustfellraumes“. Wiener klin. Woch. 1896. № 50.

W pracy tej zmarły podaje 5 przypadków, operowanych z wynikiem we wszystkich pomyślnym.

78) „W sprawie techniki trepanacyi czaszki“. Przegł. Lek. 1897. № 33.

Jeżeli do tego licznego zbioru prac dodamy, że nazwisko zmarłego ciągle się spotyka w protokołach z posiedzeń Tow. Lek. Krakowskiego, że nieomal na każdym posiedzeniu demonstrował On ważniejsze, lub ciekawsze przypadki, to przyznać musimy z bólem serca, że nie tylko Kraków, ale cała nauka chirurgii straciła w nim dzielnego i wytrwałego bojownika; trzymał on mocno w swej dłoni sztandar wiedzy, której jeżeli naprzód nie posunął, to nigdy ani na chwilę nie pozostał po za nią w tyle.

Cześć Jego pamięci!

A. Gabszewicz.

---

Z ODDZIAŁU CHORÓB KOBIECYCH SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE.

## II. PRZYPADEK

### KRWISTEKU ŚRÓDMACICZNEGO W ROGU PRAWYM MACICY DWUROŻNEJ.

WYCIĘCIE NADPOCHWOWE MACICY. WYZDROWIENIE.

(*Haematometra in cornu dextro uteri bicornis. Coelio-hysterectomia. Sanatio.*)

Podał

**D-r Jakób Rosenthal,**  
ordynator oddziału.

— 2 —  
[Dokończenie.—Patrz Nr. 30].

NAGEL (4) w rozdziale o rozpoznaniu krwisteku śródmacicznego jednostronnego mówi: „Przypadki krwisteku śródmacicznego jednostronnego łatwiej jest wyobrazić sobie, jak odnaleźć w praktyce. Bo jakkolwiek znanym jest cały szereg anatomicznie wyjaśnionych podobnych przypadków, lecz najliczniejsze z nich, a także i najnowsze, pomimo obecnej naszej znajomości rzeczy, uważane były za coś innego. Dopiero podczas leczenia, otwarcia jamy brzusznej, albo przy sekcji pośmiertnej rzeczywiste rozpoznanie miało miejsce. Rozpoznanie za życia jest też istotnie bardzo trudnem. Wywiady, ponieważ miesiączkowanie odbywa się bez przeszkody z niezamkniętego rogu macicy, nie dają żadnej wskazówki; bóle zaś podczas miesiączkowania, wywołane przez zbieranie się krwi w rogu zamkniętym, w połączeniu z odpływającą krwią miesiączkową dają zwykły obraz miesiączki bolesnej (*dysmenorrhoea*)“. Prof. E.

BIDDER (5) mówi: „Tłómaczyć się kolegom operatorom z postawienia fałszywego rozpoznania przedoperacyjnego, nie uważam za potrzebne. W chirurgii jamy brzusznej podobne zdarzenia są dotychczas nieuniknione; pomimo usilnego nalegania na konieczność dokładnego rozpoznania przedoperacyjnego, codziennymi są jednak przypadki, że dopiero po otwarciu jamy otrzewnej, mamy możliwość dowiedzenia się z czem się ma do czynienia i tylko wtedy jesteśmy w stanie uplanować dalsze nasze postępowanie“. Z powyższymi poglądami, należy się najzupełniej zgodzić; przypadki takich doświadczonych ginekologów jak: HERZFELDER'a, CREDÉ'go, HEGAR'a, BRAUN'a, BRESLAU'a (6) rozpoznaniem i opisanem były przez nich jako krwistek zamaciaczny (*haematocèle retrouterina*); STANDE (7) w przypadku swoim zrobił rozpoznanie torbieli jajnika, prof. BIDDER (8)—mięśniaka macicy, CULLINGWORTH (9)—zropiałej torbieli jajnika, BANDL (10) — włókniaka szyi macicy, a dopiero podczas coeliotomii rozpoznany został krwistek śródmaciaczny jednostronny w rogu macicy dwurożnej. Prof. HORWITZ (11) zapewnia, że podobnych błędów można znaleźć nie mało w literaturze.

W przypadku naszym, wielka ruchliwość guza, który od pochwy dawał się unieść w zupełności do wielkiej miednicy, a przytem wyczuwalna, prawidłowa macica wraz z płaskim paskiem odchodzącym od niej do guza, a także wiadomość, iż płyn, przed tygodniem wypuszczony z guza przez pochwę, w znacznej ilości podobnym był do czarnej kawy, a więc nie gęsty i nie czekoladowy, jakim zwyczajnie przy krwisteku pochwowym i śródmaciacznym bywa, były przyczyną, iż przypuściliśmy także możliwość torbieli jajnika, o szypule skręconej, dla tego zawierającej płyn krwawy, wklonowej do małej miednicy. Nieodrzucailiśmy jednak możliwości kwisteku śródmaciacznego jednostronnego, jakkolwiek związku między macicą, znajdującą się po stronie lewej a guzem, być może z powodu znacznej grubości ścian brzusznych, przy dwuręcznem badaniu nie udało nam się odkryć.

Z opisu preparatu łatwo widzieć, iż było to rzeczywiście bardzo trudnem, gdyż kąt pod którym oba rogi macicy oddalone były od siebie, był rozwartym i wynosił 120°. Z drugiej strony mieliśmy do czynienia z zakażeniem, spowodowanem wessaniem rozkładającego się płynu, zawartego w guzie. Zakażenie to było główną pobudką dokonania coeliotomii, a to celem usunięcia ogniska, z którego wychodziło.

Coeliotomia wykazała macicę dwurożną z krwistekiem w rogu prawym. Postępowanie nasze w tym razie mogło być następujące:

1-o albo zamknąwszy powłoki brzuszne, otworzyć krwistek szerokiem cięciem przez pochwę; albo

2-o dokonawszy wycięcia obu jajników (*castratio*), otworzyć następnie krwistek szerokiem cięciem przez pochwę; lub

3-o dokonać wycięcia części rogu zajętego krwistekiem, a pozostałość jego wszyć następnie w ścianę brzuszną; albo też po wszyciu pozostałości w ścianę brzuszną, zrobić otwór w pochwie i przedrenować; lub w końcu

4-o dokonać wycięcia rogu, zajętego krwistekiem lub też dokonać wycięcia nadpochwowego macicy.

Trzy pierwsze sposoby odrzuciłem: pierwszy i drugi bowiem nie usunęłyby ogniska zakażenia, albowiem błona śluzowa wnętrza rogu, a może też i sam mięsień, mogły już być ułedz zakażeniu; sposoby wymienione w punkcie trzecim w pojęciu mojem są metodami, których operatorzy z konieczności użyli; w końcu również ogniska zakaźnego w zupełności nie usuwają. Najbardziej do przekonania mego przypadło nadpochwowe wycięcie macicy, raz jako usuwające w zupełności źródło zakażenia, a powtóre, iż dokonywając od kilku lat operacji tej sposobem CHROBAK'a, t. j. zaotrzewnowym [retroperitonealnym], nie miałem ani jednego przypadku z zejściem śmiertelnem. Wynik operacji przekonywa, że odpowiednią drogę obrałem: bo jakkolwiek przez trzy tygodnie trwające po operacji podniesienie ciepłoty ciała, brak rychłozrostu rany brzusznej, przypisać tylko mogę trwającemu w dalszym ciągu zakażeniu przedoperacyjnemu [brak bowiem wszelkich objawów otrzewnowych, rychłozrost w szypule wyłącza zakażenie pooperacyjne], to jednakże chora wyzdrowiała. Gdyby zakażenia nie było, zawahałbym się w tym przypadku zastosować histerektomię, gdyż następstwem jej jest pozbawienie kobiety narządu, odgrywającego w życiu jej ważną rolę. Wtedy zwrócić bym się musiał do wycięcia jajników, celem zapobieżenia recydywie, i do otwarcia krwisteku przez pochwę. Zdaniem jednakże mojem, wycięcie jajników, ze względu na następstwa przez nie podawane, daje gorsze wyniki, i z tego względu, jak wiadomo, dzisiaj coraz rzadziej stosowane bywa. Powodem zaś wycięcia obu rogów macicy, a nie jednego zajętego krwistekiem, była ta okoliczność, iż niemogłem wymacać szyi rogu macicy lewego, a więc na ślepo nie chciałem operować, tembardziej, iż przy szukaniu, ewentualnie odseparowaniu szyi lewej, mógł wylać się płyn zakażony na pole operacyjne i je zakazić.

Podając przypadek kazuistyczny, a nie pisząc monografię tego dość rzadkiego cierpienia, nie mam zamiaru wdawać się w rozbiór rozległej literatury, dotyczącej tego przedmiotu. Zwrócić jednak muszę uwagę na pracę WAGNER'a (12) [z kliniki KUESTNER'a], która zawiera dane statystyczne pod względem terapeutycznym. Otóż WAGNER zebrał 43 przypadków krwisteku śródmacicznego jednostronnego: z tych 6 nie było operowanych, w 26-ciu dokonano przekłucia lub nacięcia przez pochwę, w 11-tu zaś coeliotomii. Z tych zmarło: nieoperowanych 5, po przekłuciu lub nacięciu 10. Wyzdrowiało: nieoperowana 1-na (?), po przekłuciu i nacięciu 16, po coeliotomii 11. Dodawszy do tych coeliotomii sześć przypadków nieznanych WAGNER'owi, a mianowicie: przypadek FRITSCH'a (13), THOMAS'a (14), HOWITZ'a (15), SŁAWIAŃSKIEGO (16), SUTUGIN'a (17) i MARTIN'a (18), a także mój powyżej opisany, wszystkie zakończone wyzdrowieniem, otrzymamy pokaźną liczbę 18-u coeliotomii, dokonanych przy *haematometra unilateralis*, z pomyślnym wynikiem. Nie wspominam tu o coeliotomiach, dokonanych przy *haematometra* i *haematosalpinx*, gdyż wskazaniami tu do operacji nie jest usunięcie *haematometrae*, lecz usunięcie *haematosalpingis*, celem zapobieżenia pęknięciu jęgo, a więc jest to wskazanie życiowe; SAENGER (19), podaje liczbę operacji takich, w których usunięto jednostronne lub dwustronne przydatki przy ginatretycznych guzach krwistekowych na 11, doliczywszy zaś do nich 3 przypadki SAENGER'a (19), dwa ROSS'a (20) i jeden



KLEINHAUS'a (21), liczba coeliotomii, w tym celu dokonanych, wzrasta do 17-u. Zwrócić jednak muszę uwagę na tę okoliczność, iż do tych ostatnich przypadków zaliczono nie tylko takie, w których miało miejsce usunięcie przydatków, ale także i takie, w których zarazem dokonano częściowego wycięcia rogu, zajętego krwistkiem lub też nadpochwowego wycięcia macicy.

SCHROEDER (22) uważa w przypadkach krwisteku śródmacicznego, że najodpowiedniejszym rękoczynnym terapii operacyjnej, zasługującym na poważne uwzględnienie, jest coeliotomia.

Ze statystyki powyżej przezemnie przytoczonej, bezwątpiania niezupełnej, widocznym jest, iż pogląd SCHROEDER'a jest słusznym, gdyż coeliotomia daje wyniki nader zachęcające; jest ona bezpieczniejszą dla chorej, aniżeli operacja przez pochwę pociemku dokonywana i, o ile sędzę, przeglądając dostępną mi najnowszą literaturę, zdobywa sobie coraz więcej zwolenników.

## L I T E R A T U R A.

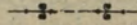
- 1) NEUGEBAUER L. Jednostronny krwistek macico-pochwowym i t. d. Prot. pos. Tow. L. W. w Pam. T. L. W. T. LXIII. str. 167. 1870 r. a także: Einseitige Haematometra bei zweigetheiltem Uterovaginalkanale. Arch. f. Gyn. T. 2, str. 246.
- 2) FEIGEL L. Krwiak śródmaciczy i otok macicy jednostronnej przy macicy dwaroznej rozdzielonej i zamknięcie jednego rogu. Przegl. Lek. 1876. Nr. 22, 23, 24.
- 3) TRZEBICKY R. Jednostronny krwiak macicy i trąbki, wyleczony przez laparotomię. Przegląd Lek. 1887. Nr. 41, a także Centralbl. f. Gyn. 1887. Nr. 49.
- 4) NAGEL W. Entwicklung u. Entwicklungsfehler der weiblichen Genitalien. [Veit's Handbuch der Gynäkologie. 1897. T. I, str. 582].
- 5) E. BIDDER. Haematometra lateralis, powtornaja laparotomia. Obrazowanie fistuly między matkoi i brzusznyymi pokrowami. Żurnał dla akuszerstwa i żeńskich bolezniej. T. III. str. 49. 1889 r.
- 6) u NEUGEBAUERA. Arch. f. Gyn. T. 2, str. 258.
- 7) STANDE. Haematometra u. Haematocolpos bei zweigetheiltem Uterovaginalcanale. Verwechslung mit Tumor ovarii. Versuch. der Ovariotomie. Heilung. Zeitsch. f. Geburtshilfe u. Frauenkrankheiten von E. MARTIN u. FASSBENDER. 1876. T. I. str. 138.
- 8) L. c.
- 9) Cullingworth [referat w Frommel'a Jahresbericht. 1893].
- 10) u FULDA. Salpingotomie wegen Hämatosalpinx bei Gynatresie. Arch. f. Gyn. Tom 34. str. 226.
- 11) HORWITZ. Rukowodstwo k patologii i terapii żeńskiej połowoj sfery. 1882. T. 1. s. 419.
- 12) WAGNER O. Ein Beitrag zur Therapie der Haematometra mit besonderer Berücksichtigung der unilateralen Form. Inaug. Diss. 1896.
- 13) FRITSCH. Die Krankheiten der Frauen. 1894, str. 134.
- 14) THOMAS. Uterus duplex, retentio mensium, Anlegung einer Uterusbauchfistel. [Referat w Centralbl. f. Gyn. 1882. Nr. 19, str. 303].
- 15) HOWITZ F. Laparotomie bei Pyometra in einem rechtem Uterushorn. [Ref. w Centrbl. f. Gyn. 1882. Nr. 17, str. 271].
- 16) ŚLAWIAŃSKI K. Laparohysterectomia partialis pri hydrometra unilateralis dextra uteri bicornis duplicis. Wracz 1884. Nr. 18, str. 297.
- 17) SUTUGIN W. 25 czrewosieczzenij. Przypadek 24. Wracz. 1888. Nr. 24. str. 467.
- 18) Verhandlungen der British. Gesel. f. Gynäk. Sitzung 12 Nov. 1896. Centrbl. f. Gyn. 1897. Nr. 52, str. 1525.
- 19) SAENGER M. Drei Fälle von Salpingo-oophorectomia duplex bei Hämatometra gynatretica. Centralbl. f. Gyn. 1896. Nr. 3.
- 20) ROSSA E. Zwei Fälle von Gynatresien. Centralbl. f. Gyn. 1894. Nr. 18 i Zur operativen Therapie bei Gynatresien. Centralbl. f. Gyn. 1896. Nr. 6.
- 21) KLEINHAUS F. Ueber einem Fall von Haematometra lateralis mit Haematosalpinx. Monatsch. f. Geburtshilfe u. Gyn. 1897. T. V, str. 231.
- 22) SCHROEDER C. Handbuch der Krank. der weiblichen Geschlechtsorgane. 10 Auflage umgearbeitet von HOFMEIER. 1890, str. 429.

### III. O NAJNOWSZYCH POSTĘPACH NA POLU RENTGENOGRAFII I RENTGENOSKOPII.

[Odczyt trzeci, miany w Warsz. Towarzystwie Lekarskiem, dnia 24 maja 1898 roku.]

Przez

**D-ra Med. Mikołaja Brunnera.**



[Dokończenie. — Patrz Nr. 30].

Przechodzimy obecnie do trzeciej wielkości, głównie nas obchodzącej, jako wynikającej z dwóch poprzednich, t. j. do siły prądu, opierając się również na porównaniu praw przepływu elektryczności z prawami hydrauliki.

#### S i ł a   p r ą d u

płynącej wody, zależną jest od panującego w rurze ciśnienia i oporu, jaki przedstawia jej średnica i długość, czyli że siła prądu reguluje się do masy wypływającej wody w ciągu 1-ej sekundy.

Praktycznie masę tę mierzy się i wyraża w litrach.

elektrycznego zależną jest od jej ilości, przechodzącej w ciągu jednej sekundy przez przewodnik, o oznaczonym przecięciu poprzecznym, przy znanym ciśnieniu czyli napięciu, wyrażonem w Voltach.

Za miarę siły prądu elektrycznego służy Ampère. 1 Ampère strąca w ciągu 1-ej sekundy 1,1183 mgr. srebra lub 0,3281 mgr. miedzi. Ostatecznie Ampère jest wypadkową, zależną od siły elektromotorycznej przy ciśnieniu równem 1 Voltowi w przewodniku, przedstawiającym opór 1-go Ohma.

Do mierzenia prądu, przechodzącego przez cewkę pierwotną induktora lub potrzebnego do galwanokaustyki, wreszcie światła, służą t. z. Amperometry, które stale w linii prądu powinny być włączone; do celów terapeutycznych służą tylko miliamperometry, gdyż tylko z tysiącnymi Ampera mamy do czynienia.

O tem, co nazywamy Coulombami, Faradami i t. d., w systemie miarowym przyjętym, jako dla nas mniejszego znaczenia, zamilczę, nie chcąc już nadużywać cierpliwości Szan. Panów.

Powyższe podanie jednakże znaczenia wyrażań Volt, Ohm i Ampère, uważałem za konieczne, ze względu na t. zw. prawo Ohma, stanowiące alfę i omegę całej elektrotechniki.

Owe prawo, oparte na wzajemnym i niezłomnym stosunku natężenia prądu, oporu i siły, wyraża się nader prostą formułą:

$$\text{Siła prądu} = \frac{\text{Napięcie}}{\text{Opór}} \text{ czyli że } 1 \text{ Amp.} = \frac{1 \text{ Volt}}{1 \text{ Ohm}}$$
$$\text{czyli przez skrócenie } J = \frac{E}{R}.$$

Z tej formuły można znów wyprowadzić wartość dla oporu lub natężenia prądu, znając zawsze dwie tylko wielkości, więc:

$$E = R \cdot J \text{ zaś } R = \frac{E}{G}.$$

Zdaje mi się jednak, że przez wypowiedzenie tego wszystkiego nie zmarnowałem Sz. Panom czasu, z chwilą bowiem coraz większego wciskania się fizyki do medycyny, objaśnienia powyższe mają prawo obywatelstwa.

Urywam jednak owe teoretyczno-praktyczne wywody, przechodząc w dalszym ciągu do przedmiotu, cel niniejszego odczytu stanowiącego.

Wielki postęp w budowie rurek, czyli t. z. lampek ROENTGEN'a, na różne długości iskier induktorów przeznaczonych, doprowadziły przede wszystkim do najważniejszego dla nas momentu, t. j. do zmniejszenia do możliwie krótkiego czasu samej ekspozycji przy wykonywaniu zdjęć fotograficznych. Gdy początkowo np. dla zdjęcia obrazu ręki, godziny, później 30 minut było potrzeba, obecnie przy udoskonalonych rurkach, głównie dzięki genialności pomysłów inżyniera D-ra MAXA LEVY, dziś Szan. Panowie pół minuty wystarcza, a nawet udawało mi się w ciągu kilkunastu sekund ten sam otrzymywać rezultat. Na zdjęcie fotografii klatki piersiowej kilka, a miednicy średniej budowy człowieka 10, a nawet 8 minut wystarcza. Gdy dawniej stawialiśmy lampkę w odległości 15, a w wyjątkowych tylko razach 20 ctm., co było powodem ograniczonych zapaleń skóry lub wypadania włosów, dziś 50 ctm. uważamy za średnią, a odważamy się bez straty czasu i kliszy fotograficznej takową podnosić do 75 ctm. a nawet do 1-go metra, a to by zbliżyć nasz obraz do naturalnej wielkości badanego przedmiotu, głównie zaś by podnieść ostrość jego.

Otóż trzy są warunki, wpływające na ostrość obrazu fotograficznego: 1-o zmniejszenie powierzchni promieniejącej, a więc oddającej promienie X, 2-o większe oddalenie lampki od przedmiotu, a więc i od kliszy fotograficznej, 3-o nakoniec nader ważny, zmniejszenie odległości samego przedmiotu badanego od płyty.

Pierwszy warunek zależy od lampek i induktora, chociaż naraża lampki na zniszczenie się przez ulatnianie lusterka platynowego, na zmniejszanie próżni, wreszcie na pęknięcie.

Drugi polega na znanem prawie z optyki, że promienie świetlne słabną w stosunku odwrotnym kwadratów z odległości, stąd wniosek, że im większe jest oddalenie lampki od przedmiotu, tem dłuższą musi być ekspozycja np. przy podwojonej odległości, ekspozycja musi być 4 razy dłuższą, lub lampka 4 razy silniej świecić. W niektórych razach lepiej jest umieścić lampkę bliżej, gdyż badany osobnik spokojniej zachować się może, chodzi bowiem głównie o ostrość obrazu, otrzymanego w możliwie krótkim czasie. Już przy 60 ctm. odległości lampki, szpilka, położona na brzuchu średniej budowy człowieka, wyjść może tak ostro, że ją rozpoznać można.

Co do trzeciego warunku, mianowicie przy poszukiwaniu ciał obcych w żołądku, w brzuchu, zmian w kręgach, starać się należy o możliwie ściśle

przyleganie tychże do płyt fotograficznych, co odpowiada prostemu zjawisku tworzenia się sylwetek na ścianach. Im bliżej przedmiot, na który światło świecy rzucamy, leży względem ściany, tem sylwetka będzie ostrzejszą.

Siła świecenia lampek zależną znów jest od dwóch warunków: od ich względnej próżni i od siły induktora. Przy małej próżni tak mało i tak słabe rodzą się promienie ROENTGEN'a, że one nie mają siły nie tylko przeniknąć przez przedmiot badany, lecz nawet przez ściany własnej rurki, więc i ekran fluoryzujący nawet nie świeci.

W miarę zwiększania w lampie próżni, wzmagają się i wytwarzają coraz silniejszych i w większej ilości promieni X, ekran fluoryzuje bardzo silnie, a prześwietlanie różnych części ciała nawet do jednego metra posunąć można.

PORTER rozróżnia 3 rodzaje promieni X, a mianowicie: X, X<sub>2</sub>, X<sub>3</sub>, podział, który naturalnie, że żadnej nie wytrzymuje krytyki, żadnej bowiem niema podstawy naukowej za sobą.

Jak daleko siła promieni dziś doprowadzoną być może, dość Szan. Panom powiedzieć, że jeszcze na odległości 4 do 5 metrów widać świecenie ekranu. A jak daleko dosięgać i czernić płyty fotograficzne promienie te mogą, dowodzi fotografia klatki piersiowej, którą przedstawiam.

Widzicie Sz. Panowie na niej cień jakiś romboidalny i u góry tego jakąś antabę. Otóż ów cień powstał w ten sposób, że klisza od światła zwykle go zabezpieczona, przez zapomnienie pozostawioną była w pokoju, za kanapą i machinką indukcyjną STOERER'a, około ½ godziny w odległości 4,5 metrów od świecącej lampki R. przy badaniu pacjenta, którego obraz później na niej został wykonany. Gdy następnie na tejże kliszy otrzymałem fotografię, wreszcie dość udatną, nie mogłem sobie w żaden sposób wytłómaczyć co może znaczyć ów cień romboidalny, z czasem dopiero rzecz się wyjaśniła, lecz przy innej okazji, że to była słabo sfotografowana maszyna STOEHRER'a.

Dla przyspieszenia zdjęć fotograficznych niemal o połowę, chociaż wynalazca utrzymuje, że nawet do ¼ czasu, służą obecnie nakładki wzmacniające t. z. *Verstaerkungschirme*. Przypomną sobie Szan. Panowie z drugiego mego odczytu o prześwietlaniu ciała ludzkiego, że SYLVANUS THOMPSON, znakomity fizyk angielski, dla wzmacniania obrazów fotograficznych używał ekranów fluoryzujących, pokrytych cyankiem potasu i platyny, które umieszczał nad lub pod kliszą w czarny papier zawiniętą, na której dopiero układał przedmiot fotografowany. Już wówczas otrzymywał on niezłe wyniki, przez silniejsze działanie promieni na czułą warstwę gelatyny. Później zastosowano tego rodzaju nakładki pokryte warstwą wolframanu wapna czyli sztucznego *Scheelitu*, którego własność fluoryzowania odkrytą została przez EDISSON'a. Ten preparat okazał się bardzo niedostateczny do przygotowania ekranów fluoryzujących do prześwietlania, natomiast znów MAX LEVY skorzystał z niego do wzmacniania działania promieni ROENTGEN'a w celach fotograficznych, ze względu na jego świecenie niebieskie i jego silne aktywne własności w działaniu na płyty zaprawione emulsją bromową. MAX LEVY działanie to tłómaczy świeceniem każdej cząsteczki wolframanu wapna,

a samej podkładki jako zbioru miliardów małych lampeczek, tuż bo na samej warstwie czulej płyty fotograficznej leżących. Próby robione przez niego, a następnie powtarzane przez innych, z rozmaitemi podobnymi nakładkami, pokrytymi związkami podwójnymi baru lub potasu i platyny, związkami fluorku uranylu i fluorku amonu, wreszcie z tungstenianem i wolfranianem wapna, wykazały najwyższe zalety tego ostatniego preparatu do naszych celów.

Dla zwykłego prześwietlania, nic dotychczas nie mogło zastąpić cyanku baru i platyny, co jednakże bardzoby było do życzenia z powodu wysokiej ceny tego przetworu.

Nakładki, o których mowa, przygotowane są ze zwykłego średniej grubości papieru rysunkowego, którego utkanie przy prześwietlaniu musi być zupełnie niewidzialnem. Jedna strona tego papieru pokryta jest warstwą celulozoidu, druga zaś czynna, nader miłym proszkiem wolfranianu wapna, na drodze ogniowej otrzymanego i utrwalonego za pomocą gęstego roztworu celulozoidu w acetonie lub octanie amylu.

Działanie tych nakładek jest zdumiewające, a prawdopodobnie byłoby silniejsze, gdyby się udało otrzymać ten związek chemiczny na drodze mokrej, a to z tego względu, że obecnie proszek ów jest bezkształtny jako przez mielenie przygotowany, gdy na drodze mokrej otrzymamy, być może że byłby drobno krystaliczny, a więc i obdarzony znacznie wyższymi nawet nad platyniany własnościami fluoryzowania.

Zastosowanie owych nakładek jest następujące: już nie w kopertach papierowych, lecz w odpowiednio przygotowanych kasetach, o których zaraz mówić będziemy, układa się najpierw ową nakładkę, matową, t. j. preparatem pokrytą stroną ku kliszy, na niej bezpośrednio kliszę fotograficzną, jej czulą stroną [matową], nakoniec kawałek sukna lub tektury dla przyciśnięcia nakładki do kliszy, poczem kasetę szczelnie zamyka się dla zabezpieczenia od wpływu światła zwykłego.

Doświadczenie, które robiłem wielokrotnie w ten sposób, że pół kliszy pokrywałem ową nakładką, gdy drugą połowę zostawiałem wolną od niej, przekonały mnie o wysokiej wartości tych nakładek, albowiem gdy na połowie kliszy nie pokrytej, zaledwie ślad obrazu się ujawniał, to na połowie nakładką zaopatrzonej w całej pełni i ostrości występował. Jedyną wadę obrazów fotograficznych upatrywać można w ich drobnoziarnistym wyglądzie, jak gdyby były robione punkcikami, co zgodne jest zupełnie z zapatrywaniem D-ra Levy, nad działalnością cząsteczkową warstewki wolfranianu wapna.

Gdyśmy już wspomnieli o kasetach pozwolą Szan. Panowie, że ich z niemi zapoznam.

Pierwsze, jakie się w handlu pojawiły, wypuszczone przez *Allgemeine-Elektricität-Gesellschaft*, były pomysłu p. MAXA LEVY, naówczas inżyniera tegoż towarzystwa, dyrygującego działem lamp żarowych.

Przedstawiają się one w postaci pudełek drewnianych z małym zagłębieniem na kliszę i ramką żelazną, pokrytą czarnym brystolem, zamykaną na małe zatrzaski. Kasety te, które nazwano uniwersalnemi, ze względu na możność używania klisz różnej wielkości, przez wkładanie w nie ramek z odpowiednie-

mi do wielkości klisz wycięciami, pospolicie bywają dwóch wielkości, na klisze maksymalne  $40 \times 50$  i  $24 \times 30$  ctm..

Manipulowanie z temi kasetami prawie po ciemku, gdyż przy bardzo słabym świetle czerwonym, jest nader trudne i niedogodne, szczególnie przy używaniu klisz celluloidowych, nader cienkich i miękkich. Mając przez długi czas z nimi do czynienia, wpadłem na pomysł zbudowania zupełnie innych, nader prostych, którym w Berlinie pierwszeństwo przed innymi przyznano, nawet przez samego D-ra LEVY.

Moje kasety przedstawiają się również w postaci płaskich pudełek, składających się z dwóch części, za pomocą odpowiednich rygielków z sobą złączonych i szczelnie zamkniętych. Jedną część stanowi ramka drewniana, na której naklejona jest cieniutka, lecz bardzo mocna tekturka<sup>2</sup> angielska lub gruby czarny bryistol. Drugą część stanowi deska płaska z wycięciem na ramkę oklejoną sukmem. Po włożeniu nakładki wzmacniającej w ramkę a na nią kliszy lub tylko tej ostatniej, wpuszcza się wspomnianą deskę, spód mojej kasety stanowiącą i zamyka rygielki. Sama robota z pewnością trwa krócej, niż jej opisanie, a łatwość manipulowania w ciemności i jej szczelne zamknięcie czynią ją do użytku nader dogodną.

Takich kaset różnej wielkości należy posiadać przynajmniej po dwie, żeby zawsze mieć gotowe klisze do roboty, a przekładam mały jednorazowy na nie wydatek, niż wkładanie owych ramek tekturowych, gdy się jest skrępowanym dwoma tylko wielkościami. I w moje kasety w ostateczności najswobodniej wkładać można owe wkładki, w razie gdy większe kasety przez mniejsze wyręczyć potrzeba.

W takiej kasecie umieszczona i zamknięta klisza gotową już jest do użytku. W razie potrzeby wykonania fotografii ręki, łokcia lub nogi i t. d. umieszcza się kasetę na odpowiednim stole lub stołeczku tekturową jej stroną do źródła światła, pokrywa kawałkiem gumowego płótna, wyksatyną lub cienkim celluloidem dla zabezpieczenia od przepocenia, a następnie układa część ciała do sfotografowania przeznaczoną. Poczem puszcza się induktor w działanie na iskrę odpowiednią dla użytej lampki, bacząc by prąd przerwać przed zdjęciem z kasety części fotografowanej, aby uniknąć momentalnego podziałania promieni X na całą powierzchnię kliszy. Części drgające podczas roboty należy podtrzymywać, a przy fotografowaniu dzieci nawet przytwierdzać za pomocą bandaży gumowych, których śladu na kliszach nie pozostanie, skutkiem przepuszczalności gumi.

Większe części, jak klatka piersiowa, brzuch, miednica, uda i golenie najlepiej fotografować w pozycji leżącej, na specjalnie do tego celu urządzonego stole operacyjnym, którego blat zastąpiony jest mocno naciągniętą cienką, lecz mocną i równą skórą, lub co lepiej i taniej płótnem żaglowem bardzo gęstem, lecz cienkim. Stół taki, którego część głowowa może być podnoszoną i opuszczaną, ma tę wielką zaletę, że na nim leżący pacjent może być fotografowany z góry ku dołowi lub przeciwnie, stosownie do umieszczenia lampki nad lub pod stołem, co jest niezmiernie dogodnym np. przy fotografowaniu

chorego od tyłu ku przodowi, gdy chodzi o zbadanie przednich narządów chorego np. serca.

Niemniej dogodnym jest stół taki do prześwietlania np. głowy lub klatki piersiowej, gdy chory jest osłabiony i siedzieć lub stać nie może. W takim przypadku lampę umieszczamy pod stołem, na którym chory leży, a na pacyencie ekran fluoryzujący. Badanie jest spokojniejsze, tem bardziej, że chory nie widzący lampki sam bardzo spokojnie się zachowuje, nie obawiając się pęknięcia rurki okaleczenia nią lub oparzenia, o czym się przekonałem nawet u lekarzy, których prześwietlać i fotografować miałem sposobność.

Niektórzy fabrykanci wyrabiają fotele rozkładane, które na różne pozycje pacjentów pozwalają, lecz ja zawsze przekładam wspomniany stół i zwykły stolik, niż wszelkie skomplikowane przyrządy, których użycie tylko na stratę czasu niepotrzebnie naraża, gdy i tak to pozowanie pacjenta dużo czasu pochłania.

Wracając do klisz do naszych celów, zaznaczyć muszę, że możliwie czułych t. z. „*extra rapide*“ używać należy i stale tylko z takimi i jednego gatunku pracować, aby poznać wiele czasu i przy jakiej lampce, dla każdej części ciała wymagają.

Od roku w Niemczech używane są klisze pomysłu D-ra LEVY, szklane lub celluloidowe, obustronnie warstwą czulej bromo-srebrnej żelatyny pokryte, wyrabiane przez Tow. Akcyjne przetworów anilinowych w Berlinie. Pierwszym stanowczo wszelkiej wyższości nad zwykłymi kliszami odmówić muszę, natomiast drugim wiele zalet przynaję, cena ich tylko jest zbyt wysoka.

Celem, jaki miał na uwadze M. LEVY przy wymyśleniu i wyrobieniu tak obustronnie polewanych klisz, opublikowanym w pismach technicznych i lekarskich, był zamiar wzmożenia siły obustronnie otrzymanych obrazów przez summację ich. Nie widziałem jednak owego wzmożenia na kliszach szklanych co też ustnie wynalazcy zakomunikowałem, a przy przedstawieniu mu moich fotografii na kliszach, po 2-letnich próbach przezemnie używanych, a w Berlinie nieznanym, moim fotografiom przyznał pierwszeństwo.

O kliszach celluloidowych zwanych Filmsami, obustronnie polewanych, tego już powiedzieć nie mogę; są one rzeczywiście doskonałe z dwóch względów: 1-o przez swą lekkość i nielamliwość, 2-o że kopia z nich otrzymana obok swej dobroci nie musi być odwrotną, lecz taką jaką jest klisza t. j. to co było w naturze na prawo, będzie na prawo i na odwrót, gdy tymczasem przy używaniu klisz szklanych zwykłych, kopia na papierze jest zawsze odwrotna, z przyczyn li czysto technicznych.

Dla korzystnego spożytkowania filmsów, należy je koniecznie obustronnie pokrywać znanymi już nam nakładkami, czyli umieszczać je między dwiema ich powierzchniami fluoryzującymi.

Inną zaletą filmsów jest możliwość ich wyginania odpowiednio do powierzchni ciała, co w niektórych razach może być korzystne, pospolicie jednak do błędnych prowadzi obrazów po ich rozprostowaniu i skopiowaniu. Naturalnie

że w razach, w których wygięcia kliszy uważać będziemy za pożyteczne, klisze te już nie mogą być umieszczane w kasetach, lecz w szczelnie zamkniętych kopertach z czarnego bardzo gęstego papieru.

Wszelkie jakiegokolwiek klisze, przed ekspozycją lub po ekspozycji póki nie zostały wywołane i utrwalone, należy przechowywać bądź w odległym od pokoju operacyjnego, zabezpieczonym od światła, gorąca i wilgoci ukryciu, lub w skrzyniach, wyłożonych grubą blachą ołowianą, szczelnie zamkniętą i co najmniej, to z tyłu całego aparatu umieszczoną, by pomimo całego zabezpieczenia nie znajdowały się na kierunku wychodzących od lampki promieni. Na samą odległość od aparatów nawet kilkometrową liczyć nie można, o czym się Szan. Panowie przekonaliście z przedstawionej fotografii klatki piersiowej.

Nakoniec w sprawie fotografowania dodać muszę, że niektórzy specjaliści, jak D-r WALTHER w Hamburgu, dla powiększenia ostrości obrazów na kliszach, zalecają przepuszczanie promieni X przez małe otwory w blasze ołowianej, które w pewnej odległości od lampy, równoległe do ścian jej wygięte, zalecają umieszczać lub pokrywać chorego wysoką skrzynką, wybitą blachą ołowianą, opatrzoną u góry małym otworem, a to dla uniknięcia działania promieni bocznych, wychodzących z lampki i jakoby wpływających szkodliwie na ostrość obrazu. Moim zdaniem jest to zupełnie zbyteczne, tego wpływu bowiem nigdy nie zauważyłem przynajmniej przy używaniu lampek dobrych, w których zwierciadelko katodalne przy właściwej krzywiznie umieszczone jest względem płaskiego anodalnego tak, że wszystkie niemal promienie padają prawie w jednym punkcie jarzącym się czerwono, co dowodzi, że z tego właśnie punktu głównie działające promienie wychodzą, a że jak świetlne idą po liniach prostych, więc i obszar ich działania w danej odległości łatwo za pomocą fluoryzującego ekranu ocenionym być może. W rurkach SIEMENS'a i HALSKE'go, w odległości około 70 ctm. rozległość pola ostro oświetlonego promieniami X na szerokość wynosi około 35 do 40 ctm., na długość do 60 ctm., w rurkach kulistych wielkich prawie metr kwadratowy powierzchni jest oświetlony. Badanie lampek z boku nader słabe ich świecenie wykazuje.

Z powyższego punktu wychodząc, zwolennicy t. z. dyafragm ołowianych, również utrzymują, że ponieważ promienie X wychodzą z lampek na wszystkie strony, więc nie potrzeba im nadawać jakichś specjalnych położeń względem części ciała fotografowanej. Że i to jest błędem, tego dowodzi moja fotografia łokcia i kawałka przedramienia, który niknie na obrazie, w miarę coraz słabszego promieniowania rurki w pewnym jej położeniu i kierunku. Z tego względu, uważam stale, aby położenie zwierciadelka płaskiego było o ile możliwości równoległe do kliszy, wychodząc z tej zasady, że promienie katodalne same podlegają ogólnym prawom promieni świetlnych, t. j. że odbijają się, pod tym kątem pod jakim padają i w tym to celu zwierciadelko anodalne płaskie znajduje się w rurce dobrej pod kątem  $45^{\circ}$  tembardziej, że promienie X dopiero od anody i tylko po liniach prostych wychodzą, na co wszyscy uczeni się zgadzają; tutaj spornych punktów już niema.



Na zakończenie części technicznej dodać pragnę jeszcze parę słów o ekranach fluoryzujących i ich zastosowaniu do prześwietlania.

Otóż ich udoskonalenie nastąpiło jedynie dzięki starannemu przygotowaniu związku cyanku baru i platyny przez KOHLBAUM'a w Berlinie.

Przez odpowiednią krystalizację preparatu udało mu się przygotować takowy w postaci niesłychanie drobnych i jednostajnej wielkości kryształków, posiadających w najwyższym stopniu własność fluoryzowania pod wpływem nawet dość słabych promieni. Drugim ulepszeniem jest sposób równego rozdzielania tego krystalicznego proszku na całej powierzchni papieru, trzecim wreszcie utrwalenie przyklejenia jego i zabezpieczenia od szkodliwych wpływów atmosferycznych i uszkodzeń mechanicznych przy dotykaniu przez osoby niekompetentne przy badaniach. Do tych ostatnich celów posłużył KOHLBAUM'owi roztwór celluloidu w acetonie, który wysychając pozostawia warstwę celluloidu nieprzepuszczającą wilgoci i stanowi niejako szklaną powłokę, dającą się w razie zabrudzenia lub zakurzenia obmyć, a w razie dotykania ochraniającą preparat od zrywania lub zeszkobania.

W niektórych razach używam ekranika giętkiego, jako dającego się zastosować do krzywizn ciała.

Zastosowanie tych ekranów bądź w ciemności, bądź przy świetle dziennym, w formie kryptoskopów, jest bardzo cenne, lecz w pewnych tylko granicach, albowiem oko ludzkie jest mniej czułe niż klisze fotograficzne, ztąd często zdarzyć się może, że to, czego okiem nie dojrzymy, najwybitniej na kliszy wystąpi, szczególnie rzeczy drobne np. igły w całości, a tembardziej złamane, drobne kawałki szkła i t. p., czego dowodzi fotografia ręki z tkwiącą igłą, której na ekranie dojrzeć nie mogłem, gdy takową najdokładniej co do położenia i wielkości wykazała fotografia.

Szczególniej przy użyciu lampek silniejszych, w celach demonstracyjnych takie przepatrzenie łatwo wydarzyć się może, obraz bowiem cienkiej igły lub drobnych kawałków szkła może być zupełnie rozproszonym, czyli jak się Niemcy wyrażają „weggestrahlt werden“.

W innych razach prześwietlanie może być przyczyną wielkich błędów dyagnostycznych, zależnych od położenia lampy, od kierunku promieni, na których drodze przedmiot się znajduje, jest to coś podobnego do fata morgana, zawisłego od odległości, kierunku, położenia ciała, wreszcie naszego wzroku i t. p. okoliczności. Podobny błąd, bardzo pouczający, był powodem dwukrotnie na próżno wykonywanej operacji przez LEXER'a, opisany w *Arch. f. klin. Chir.* str. 756; przy prześwietlaniu znaleziono kulę rewolwerową jakoby tkwiącą z tyłu w częściach miękkich przy pierwszym żebrze; dopiero po wielokrotnych prześwietlaniach, z zachowaniem możliwych warunków ostrożności, kulę wykryto poniżej wyrostka poprzecznego 1-go kręgu piersiowego. Podobne błędy mogą się częściej wydarzać, mianowicie gdy niekompetentni temu się oddają.

Z tego powodu różni specjaliści, różne do podobnych badań proponują przyrządy, jak EXNER w Wiedniu lub HOFFMANN w Düsseldorfie, który wymyślił specjalny aparat do oznaczenia położenia ciał obcych w ustroju. W Pa-

ryżu *CONTREMOULINS* do oznaczenia położenia pocisków postrzałowych w głowie, zbudował bardzo drogi, bo do 3000 franków kosztujący przyrząd; jakie w następstwie okazały się korzyści z tegoż nie jest mi wiadomem, gdyż w bardzo krótkim czasie o nim zapomniano.

Moim zdaniem wszystkie te przyrządy są zupełnie niepotrzebne, jeśli tylko przy odpowiedniej przez dłuższe eksperymentowanie wprawie, umie się ustawiać lampkę, tak: 1-o by promienie centralne posiadały o ile możności kierunek prostopadły do osi ciała, 2-o takową możliwie daleko od ciała umieszczać, by kontury występowały ostro a kości nie uległy sprzecroczeniu. W takim razie obrazy na ekranie nie będą się rozlewać, a części dalej leżące z ekranu fluoryzującego uciekać. Głowę można prześwietlać od przodu ku tyłowi i w poprzek i prawie z zupełną ścisłością położenie ciała obcego wyznaczyć, mianowicie gdy się zna przypuszczalną jego wielkość.

Moja metoda określenia położenia ciała obcego, a przedewszystkiem kuli bez używania jakich bądź przyrządów, jest nader łatwą a rezultaty dowodzą jej praktyczności. Polega ona na prostym rysunku geometrycznym. Dajmy na to, że mamy na obrazie fotograficznym kulę 15 mm. średnicy, gdy kula rzeczywiście miała tylko 12 mm., punkt jarzący anody znajdował się w odległości np. 60 ctm. od kliszy. Przeprowadziwszy na papierze dwie styczne do obrazu kuli, otrzymanego na fotografii. a następnie odmierzywszy między temiż miejsce, w któremby się pomieściła średnica 12 mm., będziemy mieli najdokładniej odległość kuli, od najbardziej wystającego punktu ciała, który do kliszy przylegał. Tym sposobem wyznaczyłem położenie kuli u *W.* lub u kolegi, o którym wspomniałem a poszukiwanie okazało się nieomylnem; w obu przypadkach w tych miejscach kule zostały znalezione.

Toż samo, co mówią o położeniu ciał obcych, może się wydarzyć odnośnie do ich wielkości i kształtu, czego dowodem są liczne zdania, jakie się słyszeć dały na ostatnim zjeździe chirurgów w Berlinie.

Niezajomość stosunków osyfikacji, jak podaje *BERENDSEN*, skłoniła *Bristow'a* do widzenia braku obu rzepek u dwuletniego dziecka, co było następstwem niewiadomości, że rzepka w tym wieku nie bywa jeszcze skostniałą.

Do największych błędów prowadzą przypadki, dotyczące medycyny wewnętrznej; niejednokrotnie tętnienia albo raczej podskoki guza w klatce piersiowej izochronicznie z rytmem tętna brano za tętniaki [*DUMSTREY-SCHOTT*]. Na nieszczęście tego rodzaju przypadki rzadko mogą być sprawdzone, szczególnie, gdy się wydarzają w praktyce prywatnej, a z kazuistyki szpitalnej, jak dotychczas, bardzo niewiele ogłoszono, chociaż takowe najdowodniej mogłyby przyczynić się do wyjaśnienia błędów dyagnostycznych.

Pasek jodoformowy może dawać złudzenie igły lub innego ciała obcego!

---

Szanowni Panowie to są błędy, o których mówię, lecz oprócz nich, już nie mówiąc o gwoździach, odłamkach szkła lub żelaza, odłamkach kostnych,

o szrucie, udawało się wykrywać uszko, tak, samo uszko od igły w trzonie ręki silnej kobiety, które długotrwałego ropienia było powodem. D-rowsi LEYR-DORN w Berlinie udało się też wykryć ziarnka szrutu w mózgu żyjącego człowieka [w obu kierunkach], gwóźdź w żołądku dziecka, guzik MURPHY'ego w kiszczkach.

W pobliżu przepony z powodu jej ruchów przy oddechu, obrazy ciał obcych rzadko bywają wyraźne, jednakże przy umiejętnym powierzchniowym oddechaniu i te dają się dość wyraźnie dostrzec. WULLSTEIN i SEIFFERT znaleźli szpilkę do włosów w pęcherzu, przy wprowadzeniu ekraniku, a później płytki fotograficznej do pochwy.

Szkielet ludzki przedstawia niekiedy trudności, lecz tylko okolica miednicy lub kolumna kręgową, w części leżącej wprost serca lub wątroby. Udało mi się jednakże, chociaż niezbyt jasno, otrzymać obraz i tych kręgów, a u dzieci przejąc promieniami X wątrobę i wspaniały otrzymać obraz kolumny kręgowej. Grubsze zmiany w kręgach udawało mi się wykrywać u dorosłych i t. d. bardzo silnych i grubych osobników i przyczynić do rozjaśnienia zawilej sprawy chorobnej, jak również zmiany w kościach miednicy, lub znaleźć normalny staw biodrowy u jednego ze starszych, lecz silnej budowy kolegi, u którego, zwichnienie tego stawu przypuszczano.

Sekwestry i ropnie w kościach, złamanie, zwichnięcia z odłamami lub bez odłamów kości w łokciu lub kolanie, ogniska gruźlicze w kościach lub stawach, źle zrosnięte po złamaniu końce kostne lub niemożliwe do rozpoznania przy złamaniu odłamki kostne, oto materiały, który mi się nastreczały do badania z zupełnym zadowoleniem moich kolegów. Naturalnie że wykrywanie pocisków postrzałowych, igieł całych lub ich odłamków lwiał większość dostarczały.

Najwięcej trudności przedstawia jama brzuszna i w niej znajdujące się narządy grube soczyste np. wątroba. Badanie ciężarnych kobiet zawsze dawało rezultat ujemny, również guzy jajników lub macica wypełniona wodą płodową; nawet przy ciąży zewnątrzmacicznej wynik był ujemny.

Najlepiej nadają się do rentgenografii osobniki chude z małym lub zapadniętym brzuchem, chociaż w jednym przypadku udało mi się guz, w drugim zmiany kręgów lędźwiowych, wreszcie kulę w okolicy nerki prawej rozpoznać u ludzi tęgich i dobrze odżywionych.

Najwdzięczniejszy materiał przedstawiają do badania dzieci, u których można widzieć pętle kiszki, żołądek, a nawet nerki i śledzionę.

Kamienie nerkowe niejednokrotnie już widziano [WULLSTEIN, ROSENFELD]. Obrazy kamieni żółciowych należą do *curiosów*, pęcherzowe bynajmniej! Za pomocą zgłębników udawało się widzieć granice żołądka, jak również rozszerzenie (*diverticula*) w przełyku. Ja w tych przypadkach używałem emulsji bizmutowej ze świetnym rezultatem, o czem Szan. koledzy przed kilku tygodniami tutaj przekonać się mogli.

Badanie klatki piersiowej dziś już tak dla mnie, jak i dla innych nie przedstawia trudności, nie tylko przez fotogramy, lecz przez proste prześwietlanie; odczytanie jednakże takiego obrazu na ekranie, z powodu męczenia się

wzroku, musi być prędkie, a w razach wątpliwych lepiej kilkakrotnie za jednym posiedzeniem, niż zbyt przedłużone od razu. Ciągłe badanie różnorodnego materiału, wytrwałe i możliwie dokładne przy koniecznej znajomości szkieletu ludzkiego, jako fundamentu jego ustroju, przy tych badaniach jest nieodzownie konieczne. Żadne określenie ani zmian w takowym, ani położenia ciał obcych względem tegoż, ani narządów wewnętrznych, bez tej elementarnej podstawy obyc<sup>ć</sup> się nie może, tembardziej że położenie lampki względem szkieletu nie jest stałe, lecz zmienne, a przy niedostatecznej znajomości szkieletu rentgenista zamiast pomódz chirurgowi lub internście, tylko na błędne drogi naprowadzić ich może.

Szanowni Panowie, przy odpowiedniej wprawie, spokojnem i sumiennem badaniu metodą rentgenowską zdobyte rezultaty nie są zawsze jedynemi, wyłącznemi, na których rozpoznanie sprawy chorobowej polega; w wielu razach albo one, albo im dla pewności rozpoznawczej dopomagać muszą inne metody badania, których bezwzględnie zaniedbywać nie należy i pod żadnym pozorem nie wolno. W tym względzie podzielam w zupełności wygłoszone tutaj kiedyś zdanie prof. Kosińskiego, że metodę rentgenowską jako pomocniczą a nie jeszcze za samodzielną należy uważać, chociaż w wielu razach ona jedna może być rozstrzygającą i decydującą, jak np. w przypadku rany postrzałowej u naszego kolegi lub w przypadku W. lub złamanej ręki i nogi.

Co zaś do zarzutów, czynionych nam przez wielu bardzo kompetentnych chirurgów, niepewności określenia zбоceń badanych narządów lub umiejscowienia ciał obcych i t. d., na to mamy tłumaczenie w nowości metody rentgenowskiej.

Wszak wszystkie metody badania wymagają odpowiedniej wprawy, wszak nikt po krótkim czasie nie będzie rozpoznawał zmian w krtani lub zmian w oku, pomimo że laryngoskop i oftalmoskop, prawie 4 dziesiątki lat mają specjalne zastosowanie. Perkusya i auskultacya jakże dawno są w użyciu lekarzy, a wielu błędów dyagnostycznych są powodem? Cóż więc dopiero mówić można o metodzie, która zaledwie od roku wciska się pomiędzy inne, metoda nowa, zależna od tylu innych okoliczności.

Cierpliwości Panowie a przyjdzie chwila, że bez niej, jak bez perkusyi i auskultacyi, bez palpacyi i zgłębnika, bez laryngoskopu lub oftalmoskopu nie będziemy w stanie się obejść. Obszerna kazuistyka i wytrwała praca, mogą wyrobić specjalistów, którzy Wam wielką pomoc w nader zawiłych częstokroć przypadkach podadzą.

---

Poczem szereg obrazów rentgenowskich, przedstawionych przez kolegę BRUNNERA na ekranie za pomocą Scioptykonu, oświetlonego światłem DRUMOND'a, wreszcie kilkanaście fotografii na papierze, najdokładniej uwydatniły postęp rentgenografii. Obrazy przedstawiane nie były już cieniami, jak dawniej, lecz rzeczywistemi wypukłemi obrazami, pozwalającemi na dokładne rozpoznanie zmian patologicznych lub umiejscowienie ciał obcych.

(Przypisek Redakcyi).

## STRESZCZENIA ZBIOROWE.

### O DOSZCZĘTNEM LECZENIU SCHORZAŁYCH PRZYDATKÓW MACICY.

#### SKUTKI TRZEBIENIA.

Opracował

**D-r Fr. Stępkowski.**

[Dokończenie. — Patrz Nr. 30].

3) W razie obustronnych pojedynczych ropni (*pyosalpinx*) można próbować przecięcia ich od strony pochwy.

4) Gdyby cierpienie jest obustronne z wieloma ropniami, samo wyluszczenie przydatków nie doprowadzi do zupełnego wyzdrowienia, lecz należy wyjąć macicę i przydatki, t. j. wykonać tak zwaną radykalną operację.

Usuwać będziemy przez otwarcie jamy DOUGLAS'a (*colpotomia posterior*):

1) Torbiele jajowodowo-jajnikowe umieszczone w dole DOUGLAS'a, w którym mogą być wolne lub pozratane z sąsiednimi tkankami.

2) Torbiele przydatków macicy z zawartością surowiczą lub ropną, dochodzące do wielkości główki dziecka i większe, jeśli tylko przez ściany brzuszne możemy ich dalszy odcinek wtłoczyć do jamy DOUGLAS'a i gdy mamy pewność, że nie ma zrostów powyżej *lin. innominatae* z siecią lub kiszka.

Wskazania do *colpotomia anterior*:

1) guzy międzymięśniowe i podsurowicze macicy,

2) guzy jajowodów i jajników przy macicy przegiętej w tył (*retroflexio mobilis* lub *fixata*),

3) warunkiem *sine qua non* jest brak szerokich zrostów w dole DOUGLAS'a.

Co do wyboru operacji przez sklepienie tylne lub przednie nie ma jeszcze stanowczej zgody. W każdym bądź razie większość skłania się ku operacyom przez sklepienie tylne, przytaczając na to poważne dowody:

1) jest to najprostsza droga do otworzenia jamy otrzewnej,

2) guzy przydatków macicy najczęściej mieszczą się w jamie DOUGLAS'a i dlatego dostęp do nich ztąd jest najłatwiejszy,

3) jama DOUGLAS'a, zajmując najniższy punkt jamy otrzewnej, najlepiej nadaje się do założenia sączków w razie potrzeby,

4) przez sklepienie tylne możemy działać dwuręcznie i przez to zrosty łatwo możemy oddzielić.

Zarzuty zaś, czynione operacyom przez sklepienie przednie, są następujące:

1) droga do chorych przydatków jest znacznie trudniejsza, ponieważ należy naprzód oddzielić pęcherz, uwolnić *plicam vesico-uterinam*, a następnie macicę trzeba ściągnąć ku dołowi,

2) dwuręcznie działać jest niewygodnie a kleszczykami nie można;

3) w ostatnim akcie zakończenia operacji jesteśmy zmuszeni robić *vagino-fixationem uteri*, co zajmuje wiele czasu,

4) sączków przeprowadzić nie można, a przytem droga prowadzi przez luźną tkankę łączną okołopęcherzową, co, w razie ropnego wycieku, nie jest rzeczą obojętną.

WERTHEIM jest wręcz przeciwnego zdania. Wymować macicy na zewnątrz, powiada on, często nie potrzebujemy dla wydobycia przydatków; jeśli zaś wydobywamy ją to i korzyść osiągamy znaczną; możemy wszystko widzieć, możemy działać dwuręcznie, zrosty wyczuć; szypuła przy wyjmowaniu guzów da się łatwiej wytworzyć przez przednie sklepienie, ponieważ droga jest krótszą; duże guzy dają się łatwiej rozkawałić i usunąć. Dół pęcherzowo-maciczny zwykle bywa otwarty, co odwrotnie ma się z dołem DOUGLAS'a; blizna bywa nieznaczna. Tyłne sklepienie według WERTHEIM'a nadaje się tylko do wypuszczania płynów z jamy otrzewnej, ropy, krwi i t. p.

Sposób operacji *per kolpotomiam posteriozem* w razie naprzykład chorych jajowodów odbywa się w następujący sposób.

Przy istniejącem *endometritis gonorrhoeica* powinniśmy przedewszystkiem wyskrobać jamę macicy i wysmarować nalewką jodową. Chora w położeniu grzbietowo-pośladkowym. Po założeniu łyżki KRISSELLER'a i uchwyceniu kulociągiem części pochwowej, odciągamy ją ku spojeniu łonowemu, żeby uwydatnić tyłne sklepienie. Nożem robimy poprzeczne cięcie prawie przez całą szerokość sklepienia w tem miejscu, w którem błona śluzowa pochwy przechodzi na szyję maciczną; na tylny brzeg rany nakładamy kilka szwów, biorąc w szew ścianę pochwy i otrzewną. Wprowadziwszy następnie dwa palce prawej ręki w *cavum retrouterinum*, lewą ręką wtłaczamy przez ściany brzuszne wewnętrzne narządy do jamy małej miednicy, dla ułatwienia działania prawej ręki, która w tym czasie bada przydatki, rozrywa zrosty i t. d.. Jeśli guz jest zupełnie wolny a wielkość jego pozwala przejść przez zrobiony otwór, to go wyprowadzamy, w przeciwnym razie zmniejszamy objętość jego przez nakłucie nożem lub w inny sposób. Uchwyciwszy guz palcami lub kleszczykami, ściągamy go ku dołowi dla przyjrzenia się szypule, na którą narzucamy podwójną nawiązkę, a oprócz tego powyżej jeszcze jedną ogólną. Podwiązujemy naprzód koniec maciczny jajowodu, a następnie *lig. infundibulo-pelvicum*. Po obcięciu szypuły badamy starannie przydatki z drugiej strony, sprowadziwszy je uprzednio do pochwy. Po sprawdzeniu jeszcze raz nawiązek i w braku krwawienia, obcinamy je krótko a ranę zaszywamy zupełnie szwem węzełkowym. Jeśli zaś było wiele zrostów, lub gdy ropa dostała się do jamy otrzewnej, rany nie zaszywamy, a tamponujemy gazą jodoformową. Szwy zdejmujemy 8 - 10 dnia a chora wstaje z łóżka 10—12-go dnia.

Dwa mamy sposoby do operowania przez sklepienie przednie: sposób DUEHRSEN'a i MARTIN'a.

Sposób DUERSSEN'a. Część pochwową kulociągiem ściągamy *ad introitum vaginae*; otwieramy przednie sklepienie cięciem poprzecznem a swobodny brzeg rany silnie odciągamy kulociągiem ku górze; razem ze ścianą pochwy w ten sposób odciągamy i pęcherz moczowy od szyi macicznej i przednią ścianę macicy staje się obnażoną powyżej otworu wewnętrznego. Zwykle udaje się wskazaćcielem uchwycić *placem vesico uterinam*, ściągnąć do rany pochwowej i otworzyć nożyczkami. Gdyby w ten sposób fałdy otrzewnej ściągnąć się nie udało, to chwytamy w szew najwyższy punkt przedniej ściany macicy, ściągamy ją do rany pochwowej a zbliżywszy w ten sposób fałdę otrzewnej, rozcinamy ją. Na brzegi rany nakładamy kilka szwów, przechodzących przez pochwę i otrzewną. Uchwyciwszy kulociągiem jaknajwyżej przednią ścianę macicy i ciągnąc ją ku dołowi, udaje się nam dość łatwo przez otwór ten wydstać na zewnątrz cały trzon macicy z jej przydatkami, i wykonać na nich odpowiednie operacje.

MARTIN zmienił sposób ten operacji przez wprowadzenie zgłębnika ORTHMANN'a. Prowadzi on cięcie podłużne, a w razie potrzeby powiększa otwór przez dodanie dwóch poprzecznych cięć w dolnym kącie rany. Jednym kulociągiem ściągamy część pochwową *ad introitum vaginae* a drugi zakładamy na przednią ścianę pochwy tuż pod otworem cewki i na wystającej w ten sposób

faldzie robimy cięcie przez całą jej długość aż do przedniej ściany szyi macicznej. Oddzielamy ściany pochwy w obie strony aż do bocznych sklepień i dochodzimy do miejsca przyczepu szyi do pochwy. Oddzielanie to najlepiej daje się skutecznie po wprowadzeniu do jamy macicy zgłębnika macicznego, wynalezionego przez ORTHMANN'a. Przy pomocy tego zgłębnika udaje nam się macicę unieruchomić i nachylić ją mocno ku przodowi. Następnie oddzielamy pęcherz moczowy od szyi macicznej co się udaje dość łatwo palcem, w miejscu zaś przyczepu pochwy należy kilka pasemek przeciąć nożyczkami. Tylko w razach chorobowych wskutek *pericystitidis*, *parametritidis*, tkanka łączna staje się zbitą i należy wtedy przeciąć ją nożyczkami jaknajbliżej tkanki szyi macicznej. Obnażywszy *plicam vesico-uterinam*, otwieramy ją nożyczkami i otwór rozszerzamy palcem aż do boków macicy; pęcherz moczowy wraz z moczowodami odchodzi wtedy do góry i nie ma obawy uszkodzenia go. W razie zrostów *in excavatione vesico-uterina* należy separować otrzewną znacznie wyżej ponad zwykłe jej miejsce przejścia na macicę i otworzyć jamę otrzewnej dopiero po dojściu do *fundus uteri*. Zgłębnik maciczny wyjmujemy a pęcherz utrzymujemy ponad spojeniem łonowym elewateorem. Teraz możemy przystąpić do tej lub owej operacji po uchwyceniu kulociągami przedniej ściany macicy i ściągnięciu jej dna do górnego kąta rany. W końcu odprowadzamy przydatki lub ich szczypty a następnie macicę do jamy miednicy. Zaszycie brzegów rany robimy w następujący sposób. Po wprowadzeniu zgłębnika ORTHMANN'a do macicy i skierowaniu jej ku przodowi, przeprowadzamy szew przez ścianę pochwy, luźną tkankę około-pochwową i okołopęcherzową i otrzewną a następnie igłę wkłuwamy w przednią ścianę macicy pod *fundus uteri*, więcej szeroko jak głęboko, następnie przeprowadzamy igłę, przez otrzewną, luźną tkankę łączną i ścianę pochwy; szew ten zaraz związujemy, przez co, wskutek szczelnego przylegania macicy do rany, jama otrzewnej zamyka się. Po nałożeniu 2—3 takich szwów ranę otrzymamy zupełnie zamkniętą. Pozostaje tylko nałożyć kilka powierzchownych szwów na brzegi ścian pochwy.

Zmianami, jakie zachodzą w ustroju kobiecym po wyjęciu jajników lub macicy, zajmowano się już dawno. Obecnie literatura tego przedmiotu jest dość pokaźną. Wspomnę tu tylko prace HEGAR'a, BRENNCKE, GLAEVECKE, PROCHOWNICK'a, WERTH'a, MAINZER'a, REPREFF'a, CARATULO, JAYLE'a, POPIELA i wielu innych.

Objawy, występujące po usunięciu przydatków samych lub wraz z macicą, GLAEVECKE dzieli na 2 grupy: 1) *molimina menstrualia*, występujące w czasie mającego się pojawić miesiączkowania i na 2) *molimina climacterica*, występujące w czasie wolnym od niepowracającego miesiączkowania. Pierwsze cechują się bólami brzucha, krzyża, głowy, wymiotami, szumem w uszach, zaburzeniami w działalności serca i narządach trawienia. Występują te objawy zwykle w pierwszych kilku miesiącach po operacji, później zaś powoli giną, zwykle jeszcze przed rokiem.

*Molimina climacterica*, podobne do objawów, jakie spotykamy przy naturalnym ustępowaniu miesiączki w latach uwiądowych, są niekiedy bardzo dokuczliwe. Objawy te są: uczucie gorąca, przychodzące napadami, które trwają od kilkunastu sekund do kilku minut i powtarzające się 10—12 razy dziennie; napady potów, stan neurasteniczny. Zwykle występują one dopiero w kilka miesięcy po operacji i trwają znacznie dłużej, niż *molimina menstrualia*, po 1—2-ach lat, a czasami dłużej. Wogóle objawy po kastracji stosownie do częstotści idą w następującym porządku: napady gorąca, utrata pamięci, stan neurasteniczny, zmiana charakteru, objawy napływowe i krwotoczne, zaburzenia w odżywianiu, zaburzenia w narządach wzroku, słuchu, zapachu i głosu, zaburzenia umysłowe.

Według MAINZER'a z kliniki LANDAU'a po radykalnej operacji nie było żadnych objawów uwiądowych w 28,6% przypadków, objawy średniego natężenia były w 50,6%, a znaczne objawy w 20,5%. Według GLAEVECKE po kastracji objawy te występują w 50% przypadków. Zauważono, że po radykalnej operacji, t. j. po usunięciu macicy wraz z przydatkami, objawy są słabsze niż po samej kastracji; po usunięciu zaś samej tylko macicy objawy bywają bardzo słabo wyrażone.

Najmniejszy wpływ okazywały ropne cierpienia przydatków, przeciwnie zaś, objawy uwiądowe były najsilniej wyrażone po usunięciu prawidłowych lub mało zmienionych przydatków, jak *castratio* przy *myomatosis*, *hysteriasis* etc..

Wiek chorych według MAINZER'a, JAYLE'a nie miał wpływu na natężenie tych objawów. Według GRAMMATIKATI przeciwnie, objawy bywają tem słabiej wyrażone, im kobieta jest bliższą okresu uwiądowego.

Dawniej powstawanie objawów uwiądowych objaśniano sobie w ten sposób, że po wyjęciu jajników bodziec z nich wychodzący i drażniący ośrodek nerwowy przestaje działać, jednakże ośrodek ten co 3—4 tygodni nie przestaje wysyłać impulsów, które nie są jednak już w stanie wywołać miesiączki a powodują tylko zaburzenia miesiączkowe. Po pewnym przeciągu czasu ta automatyczna działalność ośrodka wyczerpuje się i owe objawy giną. Dziś inaczej objaśniamy sobie powstawanie objawów uwiądowych.

Jajniki, według obecnych poglądów, są to gruczoły z wewnętrzną wydzieliną, t. j. że wydzielają one pewną substancję do krwi, która odgrywa ważną rolę w przemianie materii w ustroju kobiecym. Brak więc tych pierwiastków we krwi drażni ośrodki naczynioruchowe, umieszczone w mleczu przedłużonym.

Objawy, spostrzegane po obustronnej kastracji i po wyluszczeniu samej tylko macicy zdają się potwierdzać to przypuszczenie. Po wyjęciu samej tylko macicy *molimina climacterica* bywają wyjątkowo, *molimina* zaś *menstrualia* nie zjawiają się wcale. Po kastracji przydatków następuje zanik macicy i pochwy, po wyluszczeniu zaś macicy nie bywa zaniku jajników, jak to stwierdzają badania GLAEVECKE, GRAMMATIKATI i innych. Zresztą wiemy, że przy wrodzonym braku macicy jajniki mogą być zupełnie prawidłowe i jajkowanie odbywać się bez przeszkody.

Wszyscy autorowie zgodnie twierdzą, że po kastracji podawana *ovarina* do wewnątrz znacznie łagodzi objawy uwiądowe. Jest zatem rzeczą nadzwyczaj pożądaną dla uniknięcia wspomnianych wyżej zaburzeń pozostawić wszędzie, gdzie to jest możliwe, choć część jajnika. „*Parce ovario et utero si possis*“ powiada SAENGER. CHROBAK dowiódł nawet możliwości przeszczepienia jajnika i następczej jego sprawności a WOLDEMAR-GRIGORJEFF opisał nawet ciężę po przeszczepieniu jajnika w sąsiedztwie macicy.

Pożądanie i zadowolenie płciowe (*libido et voluptas*) po operacjach radykalnych pozostawały takie, jakie były przed operacją, co jest rzeczą zupełnie naturalną, ponieważ ośrodek dla pożądania znajduje się w mózgu a dla zadowolenia w narządach lubieżnych przedśionka a nie w jajnikach. Do odmiennych nieco rezultatów dochodzi JAYLE, co najlepiej okaże się z następującej tablicy, jaką ułożyłem z jego wyników.

(Patrz tabliczkę na str. 817).

Już HEGAR, KOEBERLÉ i PÉAN zwrócili uwagę, że kastrowane kobiety skłonne są do tężca, a GLAEVECKE u 40 kobiet badał wahania w wadze i u 3-ch tylko nie znalazł powiększenia wagi. U niektórych osobników waga ciała wzrosła do 40 funtów, a tłuszcz przeważnie odkładał się w około gruczołów mlecznych, w ścianie brzusznej, na biodrach, jak to bywa przy występującym w zwykły sposób uwiądzie. Chora D-ra BAILLY w przeciągu trzech miesięcy



przybrała na wadze 160 funtów. LANDAU na 200 przypadków radykalnych operacji tylko w dwóch mógł zauważyć znaczniejsze powiększenie wagi ciała, dochodzące do 32 funtów, w pozostałych zaś przypadkach kobiety wprawdzie twierdziły, że utyły, lecz przypisywały to jedynie dobremu stanowi swego zdrowia.

L i c z b a p r z y p a d k ó w

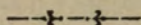
	33 <i>Castratio ovarialis</i>		13 <i>Castratio utero-ovarialis.</i>		11 <i>Hysterectomia.</i>	
	<i>Desir.</i>	<i>Plaisir.</i>	<i>Desir.</i>	<i>Plaisir.</i>	<i>Desir.</i>	<i>Plaisir.</i>
Bez zmiany . .	18	17	3	6	5	4
Zmniejszone . .	3	1	2	0	3	2
Powiększone . .	3	5	4	1	2	2
Brak zupełny . .	8	4	1	0	1	0

Badania, przeprowadzone na zwierzętach przez REPREF'a, CORATULO a w ostatnich czasach przez POPIELA stwierdzają, że w ustroju kastrowanego zwierzęcia zachodzą poważne zmiany w azotowej przemianie materji w ten sposób, że ustrój biednieje w materje azotowe, a natomiast nagromadzają się w nim materje bezazotowe, t. j. tłuszcze.

Dla możliwego zmniejszenia przykrych objawów przedwczesnego uwiądu JAYLE operującym daje takie rady:

- 1) gdy jajniki usuwamy, należy usunąć również jajowody i macicę,
- 2) jeśli jajowody i macica mogą być zachowane, należy, jeśli to możliwe resekować tylko jajniki, jak to radzi POZZI,
- 3) jeśli jajowody i jajniki są wyjęte, należy również wyjąć macicę,
- 4) jeśli jajowody są tylko chore, jajniki i macicę należy zachować,
- 5) w razie choroby macicy samej lub z jajowodami, jajniki należy zachować, a macicę z jajowodami usunąć.

L I T E R A T U R A.



E. BANDRON. De l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement chirurgical des lésions bilaterales des annexes de l'uterus [operation DE PÉAN]. Paris 1894.

SEGOND. L'hystérectomie vaginale dans l'ablation de certaines tumeurs des annexes. Ann. de Gyn. et d'obst. 1894. t. 42. str. 326.

SEGOND. Des tumeurs annexielles bilatérales qu'il convient d'enlever par voie vaginale avec hystérectomie. Revue de Gynec. et de chir. abdom. Nr. 2. 1897 r..

SCHAUTA. Ueber die Indicationen, die Technik und die Erfolge der Adnexoperationem. Deut. med. Wochenschr. 1894. Nr. 5. S. 97. SCHAUTA. Lehrbuch der Gesamnten Gynäc. 1896.

P. SEGOND. L'hystérectomie abdominale totale dans l'ablation des gros fibromes et le traitement des suppurations pelviennes. Revue de Gynec. et de chir. abdom. Nr. 4 1897 r..

MAX. LANDAU. Ueber abdominale und vaginale Operationsverfahren. Arch. f. Gyn. Bd. 46. S. 101.

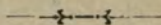
F. MAINZER 200 vaginale Radicaloperationen wegen chronisch-eitriger und entzündlicher Adnexerkrankungen nebst Untersuchungen über die Dauererfolge der vaginalen Radicaloperationen. Arch. f. Gyn. 54 Band. III Heft.

GLAEVECKE. Körperliche und geistliche Veränderungen im weiblichen Körper nach künstlichen Verlust der Ovarien einerseits und des Uterus anderseits. Arch. f. Gyn. Bd. XXXV. 1889.

F. JAYLE. Effets physiologiques de la castration chez la femme. Revue de Gyn. et de Chir. abdom. Nr. 3. 1897 r.

- GRAMMATIKATI. O klinicznych jawlenjach poste udalenja jajcznikow i matki. Wracz. 1891. Nr. 1.
- POPIEL. przyczynek do badań nad kastracją w ustroju kobiecym. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1897 rok.
- SZEEDOMOW. K woprosu ob udalenii pridatkov matki czerez wlagaliszcze. Żurnał akuszer. i ženskich. bol. 1897. r.
- CHROBACK. Centr. f. Gyn. 1897. s. 813.
- L. und Th. LANDAU. Die vaginale Radicaloperation. Centrabl. f. Gyn. 1897. Nr. 1.
- WERTHEIM. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 6. 1897 r.
- WOLDEMAR-GRIGORIEFF. Die Schwangerschaft bei der Transplantation der Eierstöcke. Centr. f. Gyn. 1897. Nr. 22.
- A. MARTIN. Monatsschrift f. Geb. und Gyn. 1895. Z. 2. s. 109—120. Deutsche med. Wochen. Nr. 1. 1897 r. Die Behandlung der Beckeneiterungen v. M. SAENGER.
- TRUZZI. Ueber abdomino-vaginale Oophoro-salpingo-hysterectomie wegen schwerer chronischer eitriger Entzündung der Uterusadnexe. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Januar. 1898 r.

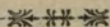
## Listy otwarte do Redakcyi Gazety Lekarskiej.



SZANOWNY PANIE REDAKTORZE!

Proszę mi zezwolić na pomieszczenie w Gaz. Lek. krótkiej odpowiedzi—i ostatniej—koledze OLSZEWSKIEMU. Upewniam kol. O., że nie na zasadzie teoryi uważam metodę jego za wykonalną, lecz mozolną i trudną, ale na tej zasadzie, że operowałem—i zapewne nie ja tylko—jego metodą, a przynajmniej zbliżoną, nie przeczuwając, że popełniam plagiat. Co nie przeszkadza, że całkowity zaszczyt usystematyzowania i dokładnego opisu nowej metody starej spondylotomii należy się kol. O., który — jak wielu wynalazców — wynalazek swój przecenia i przedstawia jako uniwersalny, a w szczególności rugujący operację odjęcia główki. Chciałem tylko zwrócić uwagę kolegów, że operować można, nie kępując się żadną wyłączenie obowiązującą metodą — byle operować czysto, oględnie i podług wskazań danego przypadku, a w szczególności, że ściągnąć hakiem BRAUN'a szyję przodującą i objąć ją palcami jest łatwiej niż tułów.

Dr. M. Kronland [z Izbicy].



SZANOWNY PANIE REDAKTORZE!

Przy układaniu spisu autorów do „Przeglądu piśmiennictwa lekarskiego“ zwróciło moją uwagę, że znaczna część autorów nie podaje przed swoim nazwiskiem imion, lub podaje tylko pierwsze ich litery. Ponieważ nazwiska jednakowe u nas dość często się powtarzają, imię przeto ma przy układaniu spisu autorów nieraz poważne znaczenie. Dopóki kółko autorów jest redakcyi „Przeglądu piśmiennictwa“ mniej lub więcej osobiście znanem, poprawienie samodzielne tej niedokładności jest dla niej przy układaniu spisu rzeczy możliwe. Jest to jednak niedokładność, do której poprawienia, ściśle rzeczy biorąc, redaktor prawa nie ma. Nadto, gdy idzie o autorów pozamiejscowych poprawka to nie zawsze jest możliwa. Tymczasem błąd taki może z biegiem lat stać się powodem nieporozumień coraz większych, w miarę jak ilość autorów z tym samym nazwiskiem wzrośnie. Aby redakcyi „Przeglądu piśmiennictwa“ mogła nadal dawać informacje dokładne, potrzeba, by nie tylko przy pracach oryginalnych, ale i przy sprawozdaniach z posiedzeń Towarzystw naukowych przy każdym nazwisku prelegenta podane były pełne imiona autora. Uwolni to

redakcyę „Przeglądu piśmiennictwa“ od samowolnego dodawania inicjałów imion, którego dla dokładności musiałem się kilkakrotnie w tym roku dopuścić przy autorach, których imienia byłem pewny.

Zwracam się więc Szanowny Redaktorze z prośbą do Gazety Lekarskiej, aby odtąd żądała od wszystkich autorów podania pełnego imienia na zamieszczonych w „Gazecie“ artykułach i aby wydrukowała tę samą prośbę moją do redakcyi wszystkich pism lekarskich polskich oraz, na co szczególny kładę nacisk, bo tam brak ten jest najdotkliwszy, do wszystkich sprawozdawców z posiedzeń Towarzystw naukowych.

Przeprowadzenie tej zasady jest nader łatwem. Proszę tylko inne pisma, aby tę moją prośbę powtórzyły i łaskawie ściśle jej spełnienia przestrzegaly a w ciągu kilku miesięcy wszystkie artykuły i protokoły będą pod tym względem w porządku. Korzyść zaś z tego będzie ta, że przy korzystaniu z „Przeglądu piśmiennictwa“ będzie już w przyszłości nierównie łatwiej odróżnić, czy to przy układaniu słownika autorów, czy też przy pisaniu życiorysów i t. d., co do którego autora istotnie należy.

Racz przyjąć i t. d.

Władysław Janowski.

Podzielając zapatrywanie kolegi JANOWSKIEGO, upraszamy kolegów, którzy będą prace swe przysyłać do „Gazety Lekarskiej“, by raczyli spełnić życzenia w liście kol. J. wyrażone.

Radakeya.

## Wiadomości bieżące.

— Od zarządu VIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu otrzymujemy następujący komunikat:

W sprawie zakazu uczestnictwa obcokrajowców w Zjeździe otrzymał komitet VIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich na podanie swoje z dnia 7 lipca r. b. z ministeryum spraw wewnętrznych w Berlinie następującą odpowiedź:

„Berlin, 19 lipca 1898.

Ministeryum spraw wewnętrznych.

II 11112, 11106.

Odpowiadając na zażalenie komitetu z dnia 7 b. m., nie jestem w możności uwzględnić zawartego w niem wniosku o cofnięcie wydanego przez król. prezesa policy zakazu udziału obcokrajowców w zamierzonym kongresie lekarskim. Jakkolwiek król. rząd państwowy z wszelką gotowością popiera wszelkie naukowo-fachowe usiłowania i urzędzenia, to w równej mierze ma obowiązek czuwać nad tem, żeby tych urzędzeń nie nadużywano do celów, dla których nie są przeznaczone. Przepuszczenie takie było jednak w tym przypadku uzasadnione, skoro zagraniczna prasa, powołując się na znane niedawno zajścia, publicznie wzywała do jak najliczniejszego udziału w kongresie, aby z niego na tej drodze zrobić punkt zborny dla całej Słowiańszczyzny. Ten przebieg sprawy nie pozostawia żadnej wątpliwości, że w projektowanym zjeździe nie chodziło już tylko o kongres czysto naukowo-fachowy, ale że razem z nim miała być połączoną polityczna manifestacya, w tendencyi swej skierowana przeciw niemczyźnie. Na tolerowanie tego rodzaju demonstracyi, szkodliwej dla pokojowego pożycia obu narodowości, nie pozwala nie tylko wzgląd na niemieckonarodowe interesa w ogólności, ale w szczególności także wzgląd na niemiecką ludność Poznania i prowincyi. Miał tedy prezes policyi w Poznaniu zupełne prawo wystąpić przeciw wykonaniu tego zamysłu, zabraniając udziału zagranicznych lekarzy w kongresie. Jeżeli przytem zwrócił uwagę, że w danym razie zniewolony będzie przybyłych zagranicznych lekarzy wydalic za granicę, to tem samem zapowiedział li

tylko użycie tego środka, które w danych stosunkach w razie przekroczenia jego rozporządzenia wydawało się jedynie odpowiedniem.

Do  
komitetu VIII kongresu polskich  
lekarzy i przyrodników na ręce  
p. d-ra Świącickiego  
w Poznaniu“.

von der Recke,

Zaznaczamy: po pierwsze, że pan minister decyzję swoją opiera wyłącznie na artykułach prasy zagranicznej; podrugie, że natomiast ani słówkiem nie dotyka przytoczonych przez komitet oświadczeń i argumentów, wykazujących, że obawa, jakoby Zjazd nie miał mieć charakteru czysto naukowego, jest zupełnie nieuzasadnioną; po trzecie, że uderzającym jest, iż pan minister zdaje się być zdania, jakoby prezes policyi tylko w pewnych okolicznościach („unter Umständen“) zagroził wydaleniem zagranicznych uczestników Zjazdu, podczas gdy wiadomo, że zagrożenie to było bezwzględnie skierowane przeciw wszystkim zagranicznym gościom.

Wstrzymując się od wszelkiej dalszej krytyki powyższego rozporządzenia, zakładamy jednakże niniejszem stanowczy protest przeciw takiemu traktowaniu nauki i jej reprezentantów. Sąd o tem pozostawiamy cywilizowanemu światu i historii.

D-r *H. Świącicki*, prezes Zjazdu.

D-r *A. Jaruntowski*, jen. sekretarz.

**Towarzystwo Lekarskie Warszawskie** podaje do wiadomości, że z funduszu imienia Dra med. i chir. **LEONA KONITZA** przyznana zostanie przez Towarzystwo w d. 15 października 1899 roku, jako w rocznicę zgonu D-ra **KONITZA**, nagroda pieniężna w kwocie rs. 285 za najlepszą pracę oryginalną, w języku polskim, poświęconą li tylko chorobom kobiecym lub akuszeryi, z liczby przedstawionych Towarzystwu prac, ogłoszonych drukiem w terminie od d. 15 października 1895 r. do d. 31 marca 1899. Przedmiotem prac mogą być tak kliniczne jako też laboratoryjne badania we wzmiankowanej specjalności, jako też podręczniki, obejmujące wykład chorób kobiecych wogóle. Mogą także autorowie w terminie prekluzyjnym do d. 31 marca 1899 roku przedstawić Towarzystwu prace w rękopismach, z zachowaniem zwykłych formalności konkursowych, tj. z dewizą i kopertą zapieczętowaną, zawierającą nazwisko i miejsce zamieszkania autora. Wszystkie prace nadesłane być mają pod adresem. „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie [ulica Niecała Nr. 7]“ lub przedstawione za pośrednictwem jednego z Członków z oświadczeniem na piśmie, że praca złożoną zostaje Towarzystwu na konkurs imienia **LEONA KONITZA**. Praca wydrukowana początkowo w jakimkolwiek innym języku, a następnie przetłómaczona na język polski, nie może być nagrodzoną. Rozprawa uwieńczona z pomiędzy prac w rękopismach przedstawionych należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa, zwraca się na własność autora.

Z upoważnienia Towarzystwa za Sekretarza Stałego,  
*W. Kosmowski.*

## DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty za 2-gie półrocze r. b., tych zaś Pp. Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł“ księgarni E. Wende i S ka za m. czerwiec 1898.

Wydawca, D-r **St. Kondratowicz.**

Redaktor odpowiedzialny, D-r **Wł. Gajkiewicz.**

Доводено Цензурою Варшава 17 Іюля 1898. Друк Ковалевського. Warszawa, Mazowiecka 8.