

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Od Redakcyi. — Kilka słów o powstawaniu tętniaków wogóle z dodaniem opisu dwóch przypadków tętniaka aorty. Podał D-r M. Sadowski. — Kilka słów o leczeniu gruźlicy otrzewny za pomocą laparotomii. Skreślił D-r J. Rogowicz. — Życie i rola białego ciała krwi. Podał Wł. Biegański. — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 5 grudnia r. b. — **Odcinek.** Wóycikowski. Pierwszy wykonawca owaryotomii z pomyślnym skutkiem we Francyi r. 1844. — **Streszczenia i wyciągi.** 174. O przyczynach i wczesnem rozpoznawaniu przewlekłego zapalenia nerek. 175. O różniczkowem rozpoznawaniu zapalenia płuc. 176. O rozpoznawczem znaczeniu indykanurii. — Atlas anatomiczny D-ra Zygmunta Laskowskiego. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — Nadesłano do Redakcyi. — **Ogłoszenia.**

OD REDAKCYI.

Z dniem dzisiejszym upływa rok od chwili, gdy grono złożone z kilkudziesięciu lekarzy, zamieszkujących w Warszawie, na prowincyi a po części i zagranicą, postanowiło wspólnemi siłami wydawać i redagować „Medycynę“. Nazwiska ich podamy przy zamknięciu bieżącego roku t. j. w Nr-ze 52-im.

W dziejach naszego pisma, które wkrótce dwudziesty dziewiąty rok swego istnienia rozpocznie, zwrot to ważny.

Że praca zbiorowa dla prowadzenia organu, mającego czynić zadość różnorodnym potrzebom, jest niezbędna i leży w duchu czasu, może posłużyć za wymowny dowód ta gotowość i jednomyślność, z jaką wziął się do dzieła okazały poczet ludzi, wśród których widzimy imiona nie od dziś znane na polu pracy naukowej, i którzy lubo wiekiem, szkołą a częstokroć i swem zapatrywaniem nie mało się między sobą różnią, potrafili jednak złączyć się w całość, odczuć potrzebę takiej wspólnej pracy i działać w jednym kierunku. Mamy niepłonną nadzieję, iż liczba ich z czasem znacznie się powiększy i jeszcze bardziej zespoli.

Rachując się rozsącznie z ciężkimi warunkami, z jakimi u nas naukowa praca ściśle jest związana, nie zakreślaliśmy sobie zrazu zbyt szerokiego programu, i nie sięgaliśmy do wyżyn, na których się zaledwie pierwszorzędne pisma zagraniczne utrzymać mogą. Wiemy i wiedzieliśmy dobrze, iż tak „Medycyna“ jak i wszystkie pisma nasze wogóle, ze względu na przytoczone tylko-co warunki, nie zawsze mogą obfitować w prace, któreby miały prawo do tytułu naukowych odkryć, któreby do nauki wprowadzały rzeczy całkiem nowe, lub wreszcie za punkta wytyczne służyć mogły. Takie prace nawet na szerokiej europejskiej arenie naukowej zjawiają się nie często.

Wiemy i o tem także, że pomieszczenie jakiejś pracy na naczelnem miejscu numeru, okazańszym drukiem wyróżnionej, nie daje jej jeszcze patentu na pracę oryginalną w prawdziwem, istotnem znaczeniu tego słowa, pomimo tego, iż ona wszelkie zewnętrzne cechy jej posiada, a w gruncie rzeczy jest nieraz tylko echem lub przeżywaniem prac, odkryć i teoryi już znanych. Ileż bo to już razy zdarzyło się, a nawet — śmiemy to twierdzić — i teraz nieraz się zdarza, że w podobnych *quasi* oryginalnych artykułach uczeni autorowie odkrywali po raz drugi, trzeci i dziesiąty Amerykę, mianowicie ci, dla których historia nauk lekarskich niepozbawiony balast stanowi.

Nie trudne zaprawdę, acz jałowe podjąłby zadanie ten, kto by zechciał ze źródłowemi materyałami w ręku zbadać genezę wielu t. zw. oryginalnych prac i ich dochodzić ojcostwa. Łacno by się przekonał, że nie jeden dzisiejszy t. zw. artykuł oryginalny, imponujący ogromem erudycyi, nie jest bynajmniej owem *primum movens*, owem *origo originis*, za jaki uchodzić pragnie; lecz że czę-

sto w niedalekiej przeszłości posiada on już rodzica, a nawet licznych powinowatych, których prochów dzisiejsi autorowie bądź to przez cześć dla przeszłości, bądź przez nieznaną historię przedmiotu o którym piszą, poruszać nie chcą, lub nie mogą.

Te to okoliczności mając na względzie, oraz posiadając odwagę nazwania rzeczy po imieniu, wyraziliśmy się w zeszłorocznym programie, iż „nie stawiamy sobie za najważniejsze zadanie gonienie za t. zw. artykułami oryginalnymi“. Tak jest. I dziś za nimi gonić nie będziemy, choć z najwyższym uznaniem zawsze witamy nawet drobny objaw samoistności.

Nie znaczyło to jednak, i nie znaczy, abyśmy do pracy samodzielnej nie zaczęli, abyśmy się nie starali rozbudzać własnej myśli i wiary we własne siły. Pismo, któreby się celów podobnych wyrzekło, nie miałoby racji bytu.

Może na miejscu będzie tu przypomnieć, iż w naszym lekarskim peryodycznym piśmiennictwie „Medycyna“ była jednym z pierwszych organów, który w imię powyższych celów zaczął pracować. A i dziś nie mała część jej grremium liczy wśród siebie ludzi, którzy od dawna, bo od lat blisko trzydziestu już pracowali nad tem, aby nowe siły do działania powoływać, rozbudzać ruch naukowy i zarówno w piśmiennictwie jak i na polu praktycznym własne siły wyrabiać. W tym to kierunku i nadal pracować — będzie zawsze naszym najważniejszym obowiązkiem.

Z programem naszego pisma czytelnicy mieli już możność bliżej się obeznnać, nie będziemy go więc powtarzać; zaznaczymy tylko, iż nie spuszczając z uwagi wszelkich donioślejszych zdobyczy na polu teorii nauk lekarskich, przede wszystkim starać się będziemy o materiały z dziedziny medycyny klinicznej, i dbać współcześnie o to, aby to, co czytelnikom dajemy, było pożyteczne, praktyczne i z najpewniejszego zaczerpnięte źródła.

Nie potrzebujemy chyba naszych czytelników przekonywać, iż rok jeden, jest to zbyt krótki okres czasu, aby w nim było można wszystkie punkty programu rozwinąć, zwłaszcza, gdy z powodu niemożności zwiększenia rozmiarów pisma, nie posiadamy nawet połowy tego miejsca, jakie jest niezbędne dla wyczerpania chociażby rzeczy najważniejszych.

Zdaje nam się jednak, iż pomimo braków, jakie sami dobrze odczuwamy, pismo nasze w nowej fazie swego bytu nie tylko że się nie cofnęło, lecz owszem, zdołało choć nieznaczny krok naprzód uczynić, i szersze koło czytelników zainteresować. Cały szereg prac z klinicznym przeważnie charakterem i dążnością nawiąskroś praktyczną, jaki w roku ubiegłym pomieściliśmy, może chyba być uważany za pewien w tym kierunku dowód, od przeceniania którego dalecy jednak jesteśmy.

Zamykając rok obecny kilku powyższymi uwagami, usilnie czytelników naszych upraszamy, aby i nadal nie odmawiali nam jaknajczęstszego z nami porozumiewania się; aby nas o swych potrzebach naukowych jaknajczęściej informowali i zapatrywania swe komunikować nam chcieli. Tą bowiem tylko drogą możemy potrzebom ich uczynić zadość, możemy pismo nasze ulepszać i zrobić z niego organ dla każdego lekarza-praktyka możliwie pożyteczny.

Z ODDZIAŁU CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH W SZPITALU Ś-GO ROCHA.

Kilka słów o powstawaniu tętniaków wogóle z dodaniem opisu dwóch przypadków tętniaka aorty.

Podał **D-r M. Sadowski.**

Jakkolwiek kwestya sposobów powstawania tętniaków, jak również przyczyn je wywołujących już od dawna żywo zajmowała uwagę anatomo-patologów i klinicystów, czego dowodem bardzo obszerna literatura tego przedmiotu, to jednak przekonać się łatwo, iż dotąd kwestya ta należycie wyswie-

tlona nie została. Sądzę zatem, że nawet pojedyncze obserwacje, mogące choć w pewnym, nieznacznym stopniu przyczynić się do jej wyświeetlenia, nie powinny pozostać bez zaznajomienia z nimi szerszego koła czytelników.

Chociaż spostrzegane przezemnie w ostatnich czasach prawie równocześnie dwa przypadki tętniaka aorty, nie przedstawiają pod względem klinicznym większego zaciekawienia wobec bardzo wyraźnych objawów, to jednak ze względu na zmiany anatomo-patologiczne oraz czynniki przyczynowe, na dokładniejszy opis zasługują.

Przypadek I. W marcu r. b. zgłosił się do mnie chory W. J. lat 56 mający, emeryt, b. urzędnik, skarżąc się na bóle w klatce piersiowej, poczynające się zwykle od mostka, a następnie rozszerzające się na całą klatkę piersiową i po części na obydwie kończyny górne. Oprócz bólów, chory narzeka jeszcze na uczucie zimna w piersiach. Bóle, jak również i uczucie zimna, powstały u chorego przed 4 laty; w rok potem zauważył on wyniosłość na mostku, a właściwie cokolwiek na lewo od niego. Wyniosłość ta zaczęła się stopniowo powiększać, co zaniepokoiło chorego i ostatecznie zmusiło do szukania porady lekarskiej. Chory dodaje dalej, że od czasu do czasu miewa zawroty głowy, czuje się bardzo osłabionym doznaje niepokoju, jada bardzo mało z powodu braku łaknienia, sypiać w ostatnich czasach prawie wcale nie może. Chory nie pamięta żadnych poważniejszych chorób przebytych w dzieciństwie. Będąc już chłopcem lat 14-tu, chorował na silny gościec stawowy. Mając lat 27 wieku, dostał na członku *ulcus venereum*, chory nie pamięta czy miał potem wysypkę na ciele, pamięta tylko, iż po upływie pewnego czasu dostał chrypki, trwającej czas dłuższy; lekarz, do którego zgłosił się o poradę, uważał tę chrypkę zależną od przymiotu, zalecił mu wcieranie szaruchy, wpływu jednak leczenie to na chrypkę na razie nie miało, ustąpiła ona jakoby sama przez się, po upływie pewnego czasu, bez żadnej dalszej kuracyi. Prócz tego chory miał przez czas jakiś trypra o przewlekłym przebiegu.

Chory wyniszczony, dużego wzrostu, skóra biała z żółtawym odcieniem, żyły szyjowe nabrane, przedstawiają się w postaci dosyć grubych sznurków. Badając chorego, na przedniej ścianie klatki piersiowej zauważyłem guz (fig. 1 patrz str. 1004) wypukły, poczynający się pod *jugulum sterni*, zajmujący całe ciało mostka aż do wyrostka mieczykowatego. Guz szerszy jest od dołu, a idąc ku górze, zwęża się cokolwiek, z boku graniczy z liniami przymostkowemi, guz miękki, skóra na nim mało ruchoma, tętniący, słychać na nim 2 tony. Tętnienie guza odbywa się jednocześnie z uderzeniem wierzchołkowem serca.

Granice płuc cokolwiek od tyłu obniżone, odgłos wypukowy prawidłowy, oddech wszędzie pęcherzykowy, drżenie klatki piersiowej prawidłowe. Głos czysty. Badanie krtani za pomocą wziernika zmian żadnych nie wykazało. Górna granica serca pod 3 żebrem, *ictus cordis* w szóstym międzyżebżu, cokolwiek na zewnątrz od linii sutkowej lewej. U wierzchołka serca słychać obydwa tony, 2 ton poprzedza lekki szmer podmuchowy. 2 ton tętnicy płucnej silnie akcentowany. Tętno w tętnicy promieniowej dobrze rozwinięte, dosyć silne, jednakowe i równoczesne w obydwóch tętnicach. W innych, dostępnych dla badania tętnicach, tętno wyczuwalne; ilość uderzeń tętna na minutę 96. Granice wątroby i śledziony prawidłowe. Brzuch lekko wzdęty, stolce co drugi dzień. Ilość dobową moczu prawidłowa, moczk składników nieprawidłowych nie zawiera. Stan bezgorączkowy.

Rozpoznanie w danym przypadku nie przedstawiało trudności. Biorąc pod uwagę obecność guza tętniącego na mostku i zważywszy, że tętnienie to było widoczne nie tylko w jednym miejscu guza, lecz było rozlane, dalej wyraźnie słyszalne 2 tony na nim można było być pewnym, iż ma się do czynienia z tętniakiem aorty, a mianowicie jej części wstępującej, ponieważ nie było objawów ucisku ze strony oskrzeli, tchawicy i nerwu zwrotnego, cechujących tętniaka łuku aorty. Podniesiona górna granica serca, przemieszczenie uderzenia wierzchołkowego serca ku dołowi i na zewnątrz dowodziły przerostu lewej komory serca.

Rozpoznanie więc nasze brzmiało: *aneurysma partis ascendentis aortae, hypertrophia ventriculi cordis sinistri*.—Wobec bardzo już posuniętej sprawy nie ludiłem się ani na chwilę, by jakiegokolwiek zabiegi lecznicze mogły pomódz choremu. Zaleciłem więc tylko lekką a pożywną dyetę, trochę bromu wobec ogólnego nerwowego rozstroju, a dalej zwróciłem uwagę chorego, aby ostrożnie obchodził się ze swoim guzem t. j. strzegł go od wszelkiego możliwego urazu. Od tego czasu widywałem chorego co kilka tygodni. Chory zaznaczał zwykle, że bóle to się zwiększają, to znów zmniejszają; widocznem było również, że guz stopniowo się powiększa. Ogólne odżywianie i siły chorego znacznie podupadły, zajmować się niczem nie mógł, zaproponowałem mu więc wstąpienie do szpitala, co też chory i uczynił. Przybył on do szpitala Ś-go Rocha w dniu 6. X. r. b. Stan chorego w tym dniu był mniej więcej taki, jakśmy opisali w chwili widzenia chorego po raz pierwszy, guz tylko był większy; długość jego wynosiła 16 ctm., szerokość (w miejscu najszerszem) 9 ctm., skóra na guzie miała barwę sinawą. Chory skarżył się na duszność i znaczne osłabienie. Stan bezgorączkowy, tętno 90.

Na 3-ci dzień pobytu swego w szpitalu t. j. dnia 9. X. chory skarży się na silne dreszcze i ból w prawym boku. Ciepłota 38,4, tętno 100. Przy badaniu znaleziono z tyłu klatki piersiowej po stronie prawej stępienie, zaczynające się od dolnego kąta łopatki, oddechu na miejscu stępienia prawie nie słychać, drżenie klatki piersiowej zmniejszone. Duszność znaczna. Rozpoznano: *pleuritis exudativa dextra*. Zalecono okład ciepły na prawy bok, wino, salicylan sodu. Następnego dnia za pomocą szprycki PRAWAZ'a otrzymano płyn surowiczo-ropny. Ciepłota ciała nieznacznie podniesiona. Bóle cokolwiek mniejsze, tętno natomiast bardzo słabe, drobne, nikłe. 14. X. Ciepłota 38°, tętno 100. Obfite krwawienie z nosa; silny kaszel z obfitą ilością płwociny. 15. X. zauważono tworzenie się odleżyny na dolnej części kości krzyżowej, duszność jeszcze większa. Wobec znacznego ogólnego osłabienia oraz drobnego tętna zaniechano wszelkiej interwencji chirurgicznej. 16. X., 17. X., 18. X., 19. X., 20. X. osłabienie coraz większe, kaszel, ilość płwociny znaczna, płwocina cuchnąca. Brzuch wzdęty, bolesny. 21. X., 22. X. Stan jeszcze gorszy, tętno nieprawidłowe, duszność jeszcze większa. Bóle w brzuchu. Dnia 25. X. nad ranem chory zmarł przy objawach znacznej duszności.

Badanie zwłok, łaskawie dokonane przez prof. PRZEWOSKIEGO, w dniu 26. X. 1893 r., w obecności p. o. naczelnego lekarza kol. KRUSZEWSKIEGO oraz kol. GĄBSZEWICZA i mojej, wykazało co następuje: ciało mężczyzny dużego wzrostu i dobrze rozwinięte. Skóra miernej grubości, blada z żółtawym odzieniem. Tkanki tłuszczowej podskórnej bardzo mało. Mięśnie dobrze rozwinięte, dosyć blade.

Prawe płuco przyrośnięte w górnej połowie. Na całej przestrzeni jest ono jednostajnie i dosyć mocno stwardniałe. Powierzchnia rozkroju tego płuca gładka, szarawa lub czerwonawo szara, z której wycieka płyn mętny, szaro-żółty, dość gęsty, bez powietrza. Płuco to rozrywa się trudno. W dolnym zrazie tego płuca od tyłu i przy podstawie ognisko wielkości jaja kurzego, na miejscu którego płuco jest rozmiękle, szarawe, kłaczkowate, przesiąknięte posoką. Ognisko to leży tuż pod opłucną. W dolnej połowie prawej opłucnej dużo płynu ropiasto-posokowatego, szaro-żółtawego, cuchnącego. Sama opłucna jest zgrubiała, szarawa, miejscami wyraźnie zaczerwieniona. Lewe płuco nieco większe niż prawe, blade, po brzegach i przy wierzchołku wyraźnie rozedmowe, a w tylnej i dolnej części ciastowate; z powierzchni roz-

kroju wycieka bardzo wielka ilość płynu wodnistego, zawierającego wiele pęcherzyków powietrza.

Osierdzie nie przedstawia żadnych zmian łatwo dostrzegalnych. Serce o połowę powiększone w wymiarze podłużnym, lewy otwór żylny przepuszcza dwa palce. Ściana lewej komory zgrubiała o $\frac{1}{3}$ swojej zwykłej grubości. Brzeg zastawki dwudzielnej nieco zgrubiał. Prawy otwór żylny przepuszcza trzy palce; brzeg zastawki trójdzielnej niezmienny. Tętnica płucna żadnych zmian nie przedstawia. Zastawki półksiężycowe tętnicy głównej trochę po brzegach zgrubiałe. Aorta wstępująca do samego łuku mocno rozszerzona tak, że w tem rozszerzeniu zmieścić się może pięść dorosłego człowieka.

Na przedniej ścianie tego rozszerzenia widać otwór okrągły, 5 ctm. średnicy mający, który prowadzi do worka głębokiego na 8—9 ctm. Worek ten, rozsuwając przednie odcinki prawej i lewej opłucnej, dosięga tylnej powierzchni mostka, niszczy tę powierzchnię, a nadto pomiędzy 1 a 2, i 2 a 3 żebrem wypukła się na zewnątrz klatki piersiowej. Wypuklenia te pod skórę i pod przyczep mostkowy *m. pectoralis majoris dextri* dochodzą do wielkości jaja gęsiego i więcej. Ściany worka tętniakowego są cienkie, nierówne i wysłane grubym uwarstwowionym skrzepem krwi. Wewnętrzna powierzchnia *intimae* w worku tętniakowym jest nierówna, pokryta mnóstwem zgrubień, zależnych od sprawy miażdżycowej. Wiele z tych zgrubień uległo mocnemu stłuszczeniu, a nadto niektóre z nich zmieniły się na wrzody ateromatyczne. Błona wewnętrzna aorty po za granicami tętniaka, a także w innych tętnicach, również miejscami przedstawia dosyć mocne zmiany miażdżycowe.

Krtani, tchawica i oskrzela nie przedstawiają zmian szczególnych.

Otrzewna na całej przestrzeni zgrubiała, mętna, miejscami mocno zaczerwieniona, pokryta płynem ropiastym. W jamie otrzewnowej płynu tego znajduje się około 300 sześć. ctm.

Śledziona zwykłej wielkości.

Wątroba nie powiększona, powierzchnia jej gładka. Powierzchnia rozkroju blada, mętna, bez wyraźnej budowy zrazikowej. Tkanka wątroby rozrywa się łatwo (parenchymatyczne zmętnienie). W pęcherzyku żółciowym dosyć dużo bladej żółci.

Błona śluzowa kiszek cienkich i grubych blada, pokryta nieznaną ilością śluzu. Błona śluzowa żołądka również blada.

Lewa nerka zwykłej wielkości, powłoka złuszcza się łatwo, powierzchnia gładka. Substancja korowa nieco zgrubiała, mętna, blada. Miedniczki nie przedstawiają zmian wyraźnych (parenchymatyczne zmętnienie).

Prawa nerka przedstawia się zupełnie tak samo, jak i lewa. Pęcherz moczowy i organa płciowe nie przedstawiają nic osobliwego.

Rozpoznanie pośmiertne: *Pneumonia lobaris cachecticorum chronica dextra. Gangraena circumscripta in lobo inferiori pulmonis dextri. Pleuritis purulenta dextra. Oedema pulmonis sinistri. Aneurysma partis ascendentis aortae. Arteriosclerosis et atheroma aortae. Hypertrophía ventriculi cordis sinistri. Peritonitis diffusa purulenta.*

Przypadek II. K. M. lat 35 mający, stróż, przybył do szpitala dnia 31. X. r. b. skarżąc się na silny kaszel i duszność, spowodowaną, według słów samego chorego, obecnością wielkiego guza na górnej części klatki piersiowej. Chory zeznaje, że już więcej niż od roku zauważył „kołatanie“ w piersiach i ból; kołatanie to jednak odczuwał nie w tem miejscu, gdzie dawniej, podczas bicia serca, lecz w innem, bliżej mostka. Niedługo potem zauważył z lewej strony mostka guz, który miał nie być

większym od kurzego jaja. Chory wtedy udał się o poradę; kazano mu guz katalplazmować i czekać aż się „wrzód“ zbierze, poczem miano zamiar zrobić przecięcie. Jakoż chory rzeczywiście zgłosił się do naszego ambulatoryum chirurgicznego w końcu czerwca, prosząc o przecięcie ropnia. Wtedy właśnie pokazywał mi chorego kol. GĄBSZEWICZ, który rozpoznawszy tętniaka łuku aorty, naturalnie nie podzielał potrzeby przecięcia mniemanego ropnia. Choremu natomiast zaproponowano pozostanie w szpitalu, na co się jednak nie zgodził, chcąc dalej jeszcze pracować. Od czerwca guz zaczął szybko się powiększać. Na jesieni chory był czas jakiś w szpitalu Św. Ducha, skąd wypisawszy się, przybył następnie do szpitala Św. Rocha. Oprócz duszności, chory skarżył się jeszcze na bóle głowy, ból karku, ból w lewym ramieniu i uczucie drętwienia w lewej ręce, zwłaszcza w palcu małym. Chory żadnych cięższych chorób nie przechodził, lub o nich nie pamięta, przed 13 laty miał *ulcus venereum* na członku, robiono mu wcierania szaruchy i podawano jodek potasu. Wódkę pijał, lecz upijał się bardzo rzadko. Badając chorego, znalazłem co następuje. Chory średniego wzrostu, wątłej budowy, skóra i błony śluzowe blade. Na przedniej ścianie klatki piersiowej od góry, spostrzegamy guz (fig. 2) tętniący jednocześnie z uderzeniem wierzchołkowem serca, wielkości głowy dziecka, z podstawą okrągłą, który to guz na prawo przechodzi po za mostek, górny obwód wystaje po nad poziom mostka i obojczyka, po stronie lewej dochodzi prawie do przedłużenia linii pachowej przedniej, dolny obwód sięga do środka mostka. Wymiar podłużny guza = 22 cm., poprzeczny 25 cm., a ukośny 23. Skóra na guzie miękka, przesuwalna, zabarwiona na ciemno brunatny kolor (widocznie wskutek przykładania okładów i maści). Przy opukiwaniu tępość zupełna, na guzie słychać 2 tony. Granice płuc cokolwiek obniżone, od tyłu z prawej strony odgłos wypukowy stępiony,

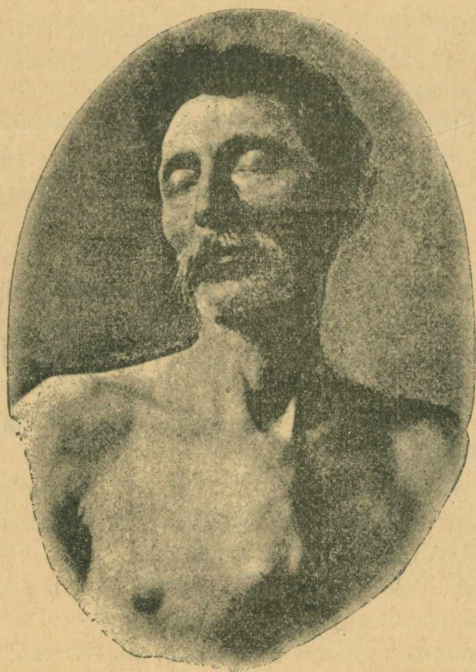


Fig. 1.

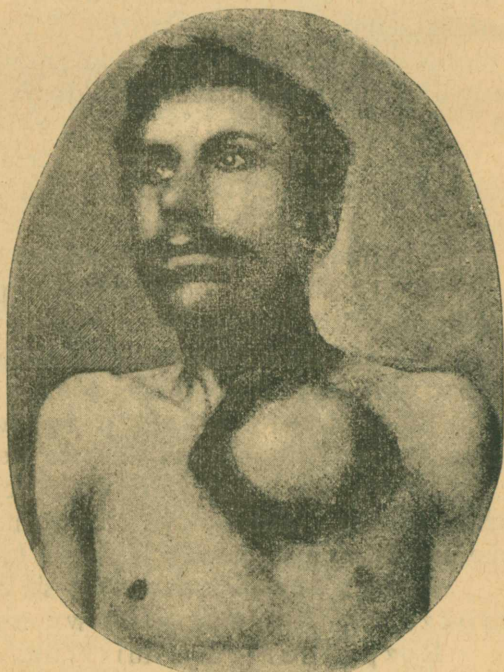


Fig. 2.

na miejscu stępienia oddech nieokreślony, słychać mnóstwo rzeżeń wilgotnych i suchych, a także trzeszczenia; drżenie klatki piersiowej z prawej strony wzmożone. Kaszel z nieznaczną ilością płwociny śluzo-ropnej. Duszność występuje napadami. Najlepiej choremu oddychać w pozycji siedzącej, siedzi sztywno. Od czasu do czasu słychać oddech, jak przy zwięźeniu tchawicy. Głos czysty, w krtani przy badaniu za pomocą wziernika zmian żadnych nie znaleziono. Granice tępości serca przechodzą bezpośrednio w tępość guza, tony głuche, bez szmerów. Granice śledziony i wątroby prawidłowe. Brzuch nieco wzdęty, stolce prawidłowe; stan bez-

gorączkowy, tętno 90, słabe, silniejsze po stronie lewej. Ilość dobową moczu prawidłowa, mocz białka nie zawiera. Rozpoznano: *aneurysma arcus aortae; compressio tracheae per aneurismatem; bronchitis acuta.*

Podczas pobytu chorego w ciągu następnych dni w szpitalu, z objawów ważniejszych zanotować możemy tylko zwiększającą się duszność, która wciąż występowała napadami. Oprócz tego chory skarżył się od czasu do czasu na ból w karku i w prawym boku. Tętno stawało się coraz słabsze. W dniu 11. XI. b. r. chory zmarł o godzinie 8-iej wieczorem przy objawach zwiększającej się duszności i coraz większego upadku sił.

Badania zwłok dokonał również i w tym przypadku prof. PRZEWOSKI w dniu 13. XI. 1893 r. w obecności kol. WISŁOCKIEGO, BIAŁOBRZESKIEGO i mojej.

Ciało dobrego wzrostu, mocno wyniszczone. Nad *manubrium sterni* i nad górną połową mostka guz wypukły, okrągławy, wielkości głowy dziecka. Skóra na nim miękka, przesuwalna, bez żadnych owrzodzeń.

Płuco lewe u wierzchołka nieco przyrosłe, blade, bez żadnych stwardnień; na rozkroju płuco również blade, wycieka z niego niewielka ilość krwawego, dosyć pianistego płynu. Błona śluzowa oskrzeli nieco zaczerwieniona, z podłużną i poprzeczną prążkowatością, pokryta gęstym śluzem.

Płuco prawe przedstawia się podobnie, jak i lewe, tylko zraz średni powiększony i usiany małymi guziczkowatymi stwardnieniami, dochodzącymi do wielkości orzecha laskowego. Te stwardnienia są na rozkroju szaro-żółtawe i miejscami rozmiękle w środku. Błona śluzowa oskrzeli mocno zaczerwieniona, zgrubiała i pokryta śluzo-ropnym płynem.

Błona śluzowa krtani i tchawicy zgrubiała, biała i pokryta śluzem.

Przełyk nie przedstawia nic szczególnego. Pomiedzy średnią częścią przełyku a kręgosłupem ropień niewielkich rozmiarów, który odpowiada 4 i 5 ciału kręgów grzbietowych. Na przedniej części tych kręgów kość jest dosyć mocno zniszczona, nierówna, огоłocona z okostnej i pokryta płynem żółtawym ropiastym.

W osierdziu dosyć znaczna ilość surowiczego płynu; samo osierdzie nie przedstawia zmian żadnych.

Serce zwykłej wielkości, lewy otwór żylny przepuszcza dwa palce; w jamie lewej komory niewielki skrzep. Brzegi zastawki dwudzielnej nie przedstawiają zmian żadnych. Prawy otwór żylny przepuszcza 3 palce, jama prawej komory nieco powiększona. Tętnica płucna i jej zastawki żadnych zmian nie przedstawiają. Otwór aorty i zastawki jej półksiężycowe bez zmian widocznych. Błona wewnętrzna aorty tylko miejscami przedstawia nieco drobnych, guzikowatych stwardnień. Ściana aorty cienka, na samym początku łuku, przy przejściu od aorty wstępującej do *truncus anonymus dexter* znajduje się otwór okrągły, ostro ograniczony, szerokości 6 ctm. Otwór ten prowadzi do wielkiego worka o cienkich ścianach. Wewnętrzna powierzchnia worka przeważnie gładka, światło worka w znacznej części wypełnia duży skrzep agoniczny, a nadto ścianę jego na znacznej przestrzeni wyściela duży, uwarstwiony skrzep za życia powstały. Worek tętniaka dochodzi do tylnej powierzchni mostka, w znacznej części go niszczy, przez co w nim powstaje otwór szerokości około 8—10 ctm., który wraz z otworem międzyżebrowym (pomiędzy 1 a 2 żebrem) przepuszcza worek pod mięśnie piersiowe i skórę. Worek zewnętrzny jest wielkości głowy dziecka. Cały zaś tętniak ma tym sposobem postać klepsydry. Łuk i aorta zstę-

pująca, oprócz bardzo nieznacznych zgrubień, nic szczególnego nie przedstawiają.

Śledziona zwykłej wielkości, na powierzchni rozkroju biała.

Wątroba zwykłej wielkości i formy, na rozkroju biała i rozrywa się łatwo.

Błona śluzowa żołądka i kiszek biała, cienka.

Obydwie nerki nie przedstawiają zmian wydatniejszych. Otoczka zdejmuje się łatwo, powierzchnia substancji korowej gładka, sama substancja korowa nieco zgrubiała i biała.

Organa płciowe i pęcherz moczowy żadnych osobliwych zmian nie przedstawiają.

Rozpoznanie pośmiertne: *Bronchitis acuta. Pneumonia lobularis tuberculosa. Caries tuberculosa vertebrarum. Aneurysma sacciforme arcus aortae.* (C. d. n.)

KILKA SŁÓW

O LECZENIU GRUŹLICY OTRZEWNY ZA POMOCĄ LAPAROTOMII.

Skroślił D-r J. Rogowicz.

Aczkolwiek już w 1862 r. SPENCER WELLS ¹⁾ w jednym przypadku gruźlicy otrzewny, rozpoznany jako torbiel jajnikowy, dokonał z pomyślnym skutkiem laparotomii, to jednakże powszechną uwagę na ten przedmiot zwrócił dopiero KÖNIG ²⁾ w 1884 r. ogłoszeniem opisu 4-ch przypadków gruźlicy otrzewny leczonych przez cięcie brzuszne. Od tej daty, a głównie od 1887 r. w którym KÜMMEL ³⁾ na zjeździe chirurgów w Berlinie przedstawił wyniki dokonanej laparotomii w 30-tu przypadkach tej choroby, zaczęto coraz częściej stosować ten sposób leczenia, tak, że w roku ubiegłym, ALDIBERT ⁴⁾ zebrał i zestawiał 322 takich przypadków znanych w piśmiennictwie. Jeżeli do tej liczby dodamy: 3 przypadki z kliniki MIKULICZA w Krakowie, opisane przez TRZEBICKY'ego ⁵⁾ w 1887 r., jeden operowany i opisany przez SZUMAN'a ⁶⁾ w 1888 r. i jeden przezemnie operowany, którego opis niebawem podamy, to ogół dotąd znanych przypadków dochodzi 327. Liczba wcale pokaźna, a zarazem dowodząca, że leczenie operacyjne gruźlicy otrzewny coraz większą zyskuje wziętość. Zwłaszcza w ostatnich kilku latach liczba tego rodzaju spostrzeżeń nader szybko wzrasta, tak, że obecnie już laparotomia jako powszechnie uznany sposób leczenia gruźlicy otrzewny, może być uważana. To też sądzimy, że zwrócenie przez nas baczniejszej uwagi na ten przedmiot jest na czasie i przez czytelników naszych będzie pożądanę, zwłaszcza, że tu chodzi o leczenie ciężkiej niemocy, wobec której terapia wewnętrzna była i jest bodaj czy nie całkiem bezsilna.

Zanim przystąpimy do bliższego rozpatrzenia nagromadzonych dotąd w piśmiennictwie spostrzeżeń i poglądów, podajemy opis przypadku gruźlicy

¹⁾ Tumeurs de l'ovaires etc. 1883.

²⁾ Centralblatt f. Chirurgie. 1884. Nr. 6.

³⁾ Dodatek do Centralbl. f. Chirurgie. 1887, Nr. 25.

⁴⁾ De la laparotomie dans la peritonite tuberculeuse Thèse. Paris. 1892. Revue générale Gazette hebdomad. de Med. et Chir. 1892. Nr. 19.

⁵⁾ Przegląd lekarski. 1887. Nr. 44 i 45.

⁶⁾ Nowiny lekarskie rok I. 1889. Nr. 2.

otrzewny, spostrzeganego i leczonego w Warszawskim Zakładzie Ginekologicznym.

Pelkowska Franciszka 22 lat wieku mająca, córka rzemieślnika, skierowana do nas przez kol. B. i E. z Płocka, przybyła do Zakładu w dniu 3 maja 1892 r. O poprzednim stanie zdrowia P. dowiedzieliśmy się częścią z notatki kol. B., a po części od niej samej, co następuje:

Pochodzi z rodziny, w której nikt dotąd na gruźlicę nie chorował; w 17 roku życia zaczęła miesiączkować prawidłowo; przed rokiem spadła z dosyć znacznej wysokości i od tej pory już nie czuła się zdrową: od czasu do czasu doznawała bóleści w brzuchu, traciła chęć do jedła i coraz więcej chudła i z sił opadała, wskutek czego stawała się coraz mniej zdolną do pracy fizycznej i coraz częściej na dzień jeden, lub dni kilka zmuszona była kłaść się do łóżka. Wreszcie zaczęła kaszlać i gorączkować, co ostatecznie zmusiło ją do pozostawiania ciągłego w łóżku, w jesieni 1891 r. pomimo ustąpienia gorączki i nieżytego zajęcia oskrzeli płuc, wycieńczenie, sił upadek i bóleści w brzuchu nie tylko nie ustawały, lecz stopniowo się wzmacniały; brzuch zaczął się powiększać a miesiączkowanie ustało w listopadzie tegoż roku. Przez całą zimę chora prawie ciągle pozostawała w łóżku, już to z powodu trapiących ją bóleści w brzuchu, już też z braku sił do chodzenia; brzuch przez ten czas coraz bardziej się powiększał a w połowie lutego 1892 r. do tak olbrzymich doszedł rozmiarów, że chora oddychać nie mogła. Wtedy jako *indicatio vitalis* kol. B. i E. dokonali trójgranicem nakłucie brzucha, z którego jamy wytoczyli do 12 litrów płynu wodnistego, słomkowej barwy. Chora nie tylko doraźnie doznała znacznej ulgi, lecz i następnie stan jej ogólny zaczął się polepszać tak, że we dwa tygodnie chora wstała, a po upływie następnego tygodnia pojawiła się miesiączka, której od 4-ch miesięcy już nie było; od czasu do czasu występowały bóleści w brzuchu, a osłabienie ogólne bardzo powolnie ustępowało, tak, że chora niczem w domu zajmować się nie mogła. Gdy atoli w 6 tygodni po „wypuszczeniu wody“, chora dostrzegła, że brzuch jej znowu zaczyna rosnąć, a kol. B i E stwierdzili ponowne występowanie w nim obrzęku, przybyła na kurację do naszego zakładu w stanie następującym:

Wysokiego wzrostu blondynka, o drobnych rysach twarzy, chuda, lecz kształtnie zbudowana, z błoną śluzową warg i dziąseł bladą, na pierwszy rzut oka robiła wrażenie osoby, która niedawno ciężką przeżyła chorobę. Brzuch regularnie wypukłony i powiększony, wielkości i kształtu brzucha osoby, będącej w połowie ciąży prawidłowej. Opukiwanie dawało odgłos stłumiony w pośrodku od pępka aż do wżgórka łonowego. po bokach mniej stłumiony, a ponad pępkiem jamy, bębniasty. Przy leżeniu chorej na wznak można było dostrzedz wzrokiem obrysy tego powiększenia brzucha jako obrzęk jajowatego kształtu, zajmujący pośrodkową dolną okolice brzucha, przez powłoki którego wyczuwało się guz, przypominający swym kształtem i wielkością macicę ciężarną w 5-ym miesiącu; jednakże w dotyku znacznie od takiej macicy miękkszy i wyraźnie chęłboczający. Obrzęk ten przedstawiał się względnie dosyć ruchomym. Badanie, dokonane palcem przez pochwę maciczną przy nienaruszonej lecz podatnej błonie dziewiczej, wykazało: część pochwową macicy dziewiczego kształtu i wielkości, wyraźnie obniżoną i skierowaną na lewo przez obrzęk wypełniający sklepienie pochwowę prawe i przodowe; pierwsze było zupełnie wygładzone, a drugie ku dołowi wypukłone; lewe zaś sklepienie tem się tylko różniło od prawego, że było blisko o połowę (w wymiarze poprzecznym) od niego węższe. Wszędzie po za sklepieniami pochwy wyczuwa-

się palcem jakby dolny odcinek znacznych rozmiarów nieruchomego guza o ścianach grubych i tak twardych, że przez nie nawet śladu chęłbotania się nie wyczuwało. Zgłębnik maciczny wykazał długość jamy macicy 6 ctm. Badanie przez odbytnicę dawało także samo wrażenie, jak badanie przez pochwę: odcinek należący do większego nieruchomego obrzęku, o ścianach grubych, nie dających chęłbotania. Płuca, serce, wątroba, śledziona i nerki zdrowe; chora nie gorączkowała.

Rozpoznano torbiel jajnika, prawdopodobnie prawego, unieruchomionego zrostami we wchodzie miednicy. Jedną atoli okoliczność, a mianowicie niemożność dokładnego określenia za pomocą dotyku, kształtu i wielkości guza rozpoznanie to czyniła co najmniej wątpliwą. Objaśnialiśmy to tem, że w wielkim niedawno torbielu, bo zawierającym do 12 litrów płynu, obecnie znajduje się go zaledwie kilka litrów; z tego powodu ściany torbiela wiotkie i pomarszczone są trudniej wyczuwalne, niż wtedy, gdy były rozciągnięte i naprężone ogromną ilością płynu w nim nagromadzonego. Niezwykłą zaś grubość i twardość ścian dolnego odcinka torbiela, wyczuwanego przez pochwę i odbytnicę, jako też jego nieruchomość i brak chęłbotania tłumaczyliśmy po części domniemaną obecnością na dnie guza licznych i mocno skupionych jakby brodawek, jak to w operowanym na kilka tygodni przedtem przypadku torbiela jajnikowego mieliśmy sposobność spostrzegać; po części zaś przebytem zapaleniem i stąd powstałymi zgrubieniami ściany dolnego odcinka guza i zrostami jego z narządami sąsiednimi.

Z takiego rozpoznania choroby powstało wskazanie do laparotomii, którą wykonaliśmy, po odpowiednim przygotowaniu chorej. w dniu 6 maja r. b. aseptycznie, jak wszystkie zresztą operacje, połączone z otwarciem otrzewny, dokonywane w naszym zakładzie.

Po przecięciu cienkiej skóry, skąpego pokładu tłuszczowego podskórnego i rozciągnięciu mięśni prostych brzucha, dostrzegliśmy grubą, chropowatą, szaropopielatą barwy, niepołyskującą otrzewną ścienną, po otwarciu której wylało się z jamy brzusznej około 3-ch litrów rzadkiego jak woda, przezroczystego, jasno-żółtawego płynu surowiczego. Oprócz nieprawidłowej, bo w czwórnasób powiększonej grubości i szaropopielatej barwy, otrzewna ścienna przedstawiała tę osobliwość, że powierzchnia jej trzewowa była usiana niezliczonymi szaro-czerwonawymi guziczkami wielkości, i kształtu maku do wielkości ziarna konopi. Lecz nie tylko otrzewna ścienna, dostrzegana w obrębie cięcia brzuszno, ale wszystkie części otrzewny, tak ścienną jako też trzewową: błona surowicza jelit, sieć wielka i mała, krezki, powłoka surowicza narządu rodno i t. p., były również usiane takimi guziczkami, z których usadowione w otrzewnej trzewowej były znacznie większe, gdyż dochodziły wielkości fasoli, największe z nich nieregularnego kształtu, przedstawiały wyraźne oznaki poczynającego się rozmiękczenia serowatego. Otrzewna wszędzie, a szczególnie na trzewach była wyraźnie przekrwiona; domniemanego torbiela nie znalazłem. Na dnie jamy otrzewnowej, palcami doprowadzonej tam ręki, dokładnie wyróżnić można było przez zgrubiałą i usianą guziczkami powłokę surowiczą: w pośrodku dno małej macicy, stanowiące jakby dno poprzecznego zagłębienia, od którego na prawo i na lewo odchodziły podłużne wyniosłości; jajowody w kształcie dwóch twardych wałków, grubości palucha; w okolicy wylotu jajnikowego jajowodu lewego napotkałem twór okrągły, twardy, o chropowatej powierzchni, wielkości i kształtu gallasówki, wiszący swobodnie na nitkowatej szypułce, którą w paznogiach przerwałem; był to t. z. torbiel

MORGAGNI'ego. Ponieważ wydobyty torbiel przedstawiał na swej powierzchni także same guziczki, jakie spostrzegaliśmy na całej otrzewnej, przeto nie wycinaliśmy jej kawałka, lecz poprzestaliśmy na zachowaniu tego torbiela do następnego badania histologicznego. A gdy po zanurzeniu aż do dna jamy otrzewnowej świeżej serwetki, przekonaliśmy się, że jest ona sucha i ani śladu krwi na niej nie ma, przystąpiliśmy bez dalszych zabiegów do spojenia brzegów rany brzusznej 8 ctm. długiej, zapomocą 5-iu głębokich i 7-iu powierzchownych szwów jedwabnych. Opatrunek zewnętrzny składał się z pasma gazy jodoformowej, warstwy waty i opaski muslinowej wilgotnej, brzuch uciśkającej.

Przebieg pooperacyjny nie przedstawiał prawie nic do życzenia. W ciągu pierwszej doby operowana 4 razy wymiotowała (po odurzeniu chloroformem), ciepłota ciała wieczorem w dniu operacji dosięgła $38,3^{\circ}\text{C}$., a następnie nie przekroczyła już ani razu $37,3^{\circ}$; umiarkowane zresztą bóleści w brzuchu łagodzone podawaniem makowca; miesiączka o 5 dni przyspieszona, pojawiła się nazajutrz wieczorem po operacji i odbyła się prawidłowo; 9-go dnia część szwów, a 11-go resztę ich usunięto; rychłozrost na całej rozciągłości rany brzusznej. Operowana 17-go dnia wstała, a 21-go, po zaopatrzeniu jej w odpowiedni pas brzuszny, zakład opuściła. W październiku r. z. w odpowiedzi na listowne zapytanie, otrzymałem od kol. E. z Płocka doniesienie, że „zdrowie Pełtowskiej znajduje się w kwitjącym stanie: dziewczyna roztyła się i wygląda jak krew z mlekiem, miesiączkuje regularnie i zapomniała już, że kiedykolwiek chorowała“.

Badanie wyjętego torbiela łaskawie dokonane w pracowni anatomicznej uniwersyteckiej przez kol. CIĄGLIŃSKIEGO, wykazało, że był to pęcherzyk wypełniony silnie rozpierającym go płynem surowicznym, a na zewnętrznej jego powierzchni znajdujące się bardzo liczne wyniosłości, wielkości prosa, przedstawiały pod drobnowidzem typowy obraz histologicznej budowy gruzelka: komórki olbrzymie i pierwociny nabłonkowate. Badanie bakteriologiczne nie było dokonane, albowiem kol. C. jest zdania, że w tej postaci gruzlicy laseczники swoiste bardzo rzadko się spotyka. Pomimo to, o gruzliczej przyrodzie cierpienia otrzewny w tym przypadku wątpić by mogli tylko ci, dla których nie ma gruzlicy bez laseczników swoistych; ja zaś do tych nie należę.

Ze względu na olbrzymie powiększenie jajowodów, które stało się główną przyczyną pomyłki w rozpoznaniu choroby przed operacją, sądzę, że w przypadku opisanym prawdopodobnie jajowody były pierwotnem siedliskiem gruzelków, skąd następnie rozsiały się one na wszystkie części błony surowiczej całej jamy brzusznej. O wycięciu jajowodów w tym razie nawet mowy być nie mogło, jak to łatwo z podanego opisu wywnioskować można; na cóżby się to wreszcie przydało, wobec tak ogólnego zajęcia gruzlicą całej otrzewny.

Wyniki leczenia operacyjnego gruzlicy otrzewny w różnych jej postaciach klinicznych nie są jednakowe. Celem bliższego ich poznania cały dotychczas znany materiał statystyczny dzielimy podług ALDIBERT'a ⁷⁾ na następujące grupy:

1. Postacie z przesiękiem: 1) Ostre: 2 przypadki, oba śmiertelne.
- 2) Ostrowe: 18 przypadków, 7 śmierci (1 z wstrząsu *shock*).
- 3) Przewlekłe z przesiękiem rozlanym: 65 przypadków, 15 śmierci (1 z zapalenia

⁷⁾ Revue générale I. c.

otrzewny septycznego, 2 z przetoki kałowej powstałej wskutek operacji). 4) Z przeziębieniem otorbionym: 68 przypadków, 7 śmierci. Wogóle ze 153 chorych, operowanych z powodu gruźlicy otrzewny z przeziębieniem surowicznym, 31 zmarło, u 2-ch nastąpiło polepszenie, u 6 stan bez zmiany, u 114 wyzdrowienie, sprawdzone u 20 po upływie roku, a u 23 po dwóch latach.

II. Postacie włókniste suche: 1) Włóknista sucha w ścisłym tego słowa znaczeniu: 1 przypadek wyzdrowieniem zakończony, które stwierdzono po 2 latach od operacji. 2) Postać włóknisto-zrostowa (*fibroso adhaesiva*): 25 przypadków; 5 śmierci (1 wskutek operacji), 20 wyzdrowień, z których 6 sprawdzono po roku, a w 1-ym po 2-ch latach.

III. Postacie z wrzodzeniem (*ulcerosa*). 1) Sucha, 4 przypadki: 1 wyzdrowienie, 3 śmierci opóźnionej. 2) Ropna rozlana (*suppurativa*), 6 przypadków: 4 wyzdrowienia, 2 śmierci (1 z operacji). 3) Ropna otorbiona, jednokomorowa, 12 przypadków: 8 wyzdrowień, 4 śmierci (2 z operacji). 4) Ropna otorbiona o kilku komorach oddzielnych: 1 przypadek śmiertelny. Wogóle z 23 chorych operowanych tej grupy zmarło 10, wyzdrowiało 13; z 7-iu, u których wykazano obecność lasecznika swoistego, 2 zmarło, a 5 wyzdrowiało; wyzdrowienie stwierdzono po 10-iu miesiącach w jednym, a po roku w drugim przypadku.

IV. Zapalenie otrzewny gruźlicze, pochodzące z narządu rodowego: 42 przypadki, z których 14 zmarło; z pozostałych 28, trzy doznało polepszenia, w 1-ym nastąpiła wkrótce recydywa, a w 24 wyzdrowienie, sprawdzone w 2-ch po roku i w 4-ch po 2-ch latach.

Do wymienionych należy jeszcze doliczyć 70 przypadków, których opisy są tak pobieżne, że niewiadomo, do jakich z wymienionych grup odnieść by je było można. W tej liczbie znajduje się 15 zgonów, 6 polepszeń i 49 wyzdrowień, które w 2-ch sprawdzono po roku, a w 14-tu po 2 ch latach.

Wreszcie z ogólnej liczby 327, pozostaje 14 przypadków, w których wskazanem do laparotomii była wyłącznie niedrożność (*occlusio*) przewodu jelitowego przy gruźlicy otrzewny; te zatem pomijamy.

Wogóle w 313 przypadkach operowanych z powodu gruźlicy otrzewny, po większej części dopiero po otwarciu jamy brzusznej dokładnie rozpoznanej, otrzymano wyniki następujące: 75 zakończyło się śmiercią, a z tych w 8-iu śmierć była bezpośrednim następstwem samej operacji; zatem śmiertelność z operacji wynosi 2,5%, a śmiertelność ogólna 24%. Pomijając polepszenie i powstrzymanie rozwoju sprawy chorobowej na czas krótki, pozostanie 219 wyleczeń, z których w 31 sprawdzono wyzdrowienie po roku, a w 47 po 2-ch latach od czasu dokonanej operacji; zatem w 34% nastąpiło wyleczenie pewne i trwałe.

Z przedstawionych danych widzimy, że nie wszystkie postacie kliniczne gruźlicy otrzewny dają jednakowo pomyślny wynik. Najkorzystniej przedstawiają się przypadki gruźlicy otrzewny z otorbionym przeziębieniem surowicznym: na 68 operowanych zmarło zaledwie 7. Drugie miejsce zajmują przypadki gruźlicy z przeziębieniem rozlanym t. j. ogarniającym całą jamę otrzewnową, na 65 zmarło 15. O wiele gorsze otrzymano wyniki w postaciach gruźlicy z wrzodzeniem i ropieniem (z 23 zmarło 10), z których postać ropna otorbiona jednokomorowa daje względnie pomyślniejsze wyniki: na 12 wyzdrowień 4 śmierci. Przypadki gruźlicy otrzewny, której punktem wyjścia był narząd rodny (jajowody i jajniki) dały także same wyniki: z 42 operowanych zmarło 14.

GUSSEROW ⁸⁾ w r. z. opisał dwa przypadki puchliny brzusznej, w których po przecięciu powłok brzusznych i wypuszczeniu płynu surowiczego, znaleziono wprawdzie wszystkie części otrzewny usiane niezliczonemi guziczkami, to jednakże badanie histologiczne (w 1-ym) i bakteryologiczne (w 2-im) nie wykazało ani komórek olbrzymich, ani też laseczników swoistych w tych guziczkach. Dla takich przypadków G. proponuje nazwę „*peritonitis nodosa*“, dla odróżnienia ich od gruźlicy otrzewny w tegoczesnem znaczeniu. Lecz zarazem dodaje, że i w tych przypadkach wypuszczenie płynu przez nakłucie powłok brzusznych nie miałoby żadnego znaczenia i że wyleczenie następuje dopiero po laparotomii.

Że w podanej liczbie 327 przypadków znajduje się nie mało takich, które zaledwie na nazwę zapalenia guziczkoatego otrzewny (*peritonitis nodosa*) zasługują, to nie ulega wątpieniu; w wielu bowiem opisach spotykamy wyraźną wzmiankę, że badanie drobnowidzowe nie było lub nie mogło być dokonane; w innych zaś o takowem badaniu nie ma ani słowa. Po wyłączeniu takich wątpliwych przypadków, pozostaje 53 (z tych 7 śmiercią zakończonych) w których rozpoznanie gruźlicy otrzewny zostało badaniem histologicznem lub bakteryologicznem potwierdzone. Z 42 takich przypadków, wyzdrowieniem zakończonych (w 4 krótkie polepszenie, w 7 śmierć), w 11-tu pomyślny stan zdrowia operowanych sprawdzono po upływie roku, a w 6-iu po 2-ch latach; zatem w 17 na 42 otrzymano wyleczenie pewne i trwałe.

Z ogólnej liczby 327 tylko nieznaczna liczba przypada na mężczyzn, już to dla tego, że najczęściej laparotomia w tych przypadkach była dokonywana jakoby dla wydalenia domniemanego torbiela jajnikowego, już też z tego powodu, że gruźlica pierwotna otrzewny najczęściej zdarza się u kobiet, co prawdopodobnie zależy od pewnego związku, jaki istnieje między chorobami narządu rodneho kobiecego, a cierpieniami otrzewny:

HARTMAN i ALDIBERT ⁹⁾ zestawili 48 przypadków gruźlicy otrzewny u dzieci, operowanych przez różnych autorów i wykazują, że w 46 nastąpiło wyzdrowienie; dwoje tylko zmarło w kilka miesięcy po laparotomii z zapalenia gruźliczego opon mózgowych. Pomiędzy wyleczonemi u 10-iu wyzdrowienie sprawdzono po roku, u 3 ch po 2-ch latach; o pozostałych brak wiadomości. W 18-tu przypadkach stwierdzono badaniem bakteryologicznem gruźlicę otrzewny; wszystkie wyzdrowiały: w 2-ch upłynęło już rok przeszło, w 3-ch półtora roku, a w 1-ym dwa lata; zatem w 6 na 18 nastąpiło wyzdrowienie niewątpliwe i trwałe.

Na zasadzie przedstawionych i rozważanych danych twierdzimy, że laparotomia w gruźlicy otrzewny jest zabiegiem leczniczym, dającym tak pomyślne wyniki, jakich żadne leczenie wewnętrzne nie daje, i że pragnąć należy, ażeby ten sposób leczenia jak najrychlej się upowszechnił. Wprawdzie istnieją wiarogodne spostrzeżenia wykazujące, że gruźlica otrzewny tak samo jak gruźlica innego narządu, dobrowolnie wyleczyć się może, to jednakże tak wyjątkowo pomyślne przypadki zdarzają się nadzwyczajnie rzadko, tak, że na to nic liczyć nie można. Operacyjne leczenie gruźlicy otrzewny tem większego nabiera znaczenia wobec tego, że choroba ta wbrew upowszechnionemu mniemaniu, daleko częściej się zdarza jako cier-

⁸⁾ Fälle v. freiem Ascites bedingt durch sogenannto, „tuberculöse“ Peritonitis. Archiv. f. Gynäkologie. Bd. 42. Hft. 3—1892.

⁹⁾ Annales de Gynecologie et d'Obstetrique. T. 38. 1892.

pienie pierwotne, nawet u osób dziedzicznie nie obciążonych, a zakażenie ogólne całego ustroju dopiero z gruźlicy otrzewny bierze początek. Dla tego też usunięcie tej choroby miejscowej przed wybuchem zakażenia ogólnego może zapewnić trwałe wyleczenie. Gdy wreszcie dodamy, że laparotomia, wobec tegożoczesnego aseptycznego jej wykonywania, przestała być operacją groźną; to, gdy wszelkie inne leczenie daje nam zaledwie słabe widoki powodzenia, a żadnej rękoi uchronienia chorego od zakażenia ogólnego nie daje, leczeniu operacyjnemu nic zarzucić nie można. (D. n.).

Życie i rola białego ciała krwi.

Szkic z dziedziny fizjologii i patologii ogólnej.

Podał Wł. Biegański.

I w nauce są kwestye modne. Moda, że tu użyjemy tego wyrażenia, powstaje, przez wprowadzenie nowych metod i sposobów badania do jakiegokolwiek gałęzi naszej wiedzy. Nowe obszary zagadnień, łatwość zdobycia całego szeregu dotychczas nie badanych faktów zachęcają umysł ludzki do rzucenia się na te nowe tory. I tu, jak i w życiu moda ma swój czas tryumfu, po którym następuje zwykle czas rozezarowania i krytyki. Kwestye modne mniej więcej szybko przemijają, pozostawiają jednak w nauce niezatarty ślad w nowych a trwałych zdobyczach naukowych, jakie ostatecznie zawsze wynikają z wszechstronnego i szczegółowego badania zagadnień nauki. Takich modnych kwestyi za naszej prawie pamięci było wiele. Dość tu wspomnieć o ogólnem zainteresowaniu się chorobami płuc i serca po wprowadzeniu do nauki metod opukiwania i wysłuchiwania, bakterjologią po wprowadzeniu przez KOCH'a właściwej metody badania drobnoustrojów chorobotwórczych i nakoniec tak niedawno chorobami żołądka po zastosowaniu przez LEUBE'go zgłębnika żołądkowego w celach badania trawienia. Obecnie przyszła kolej na hematologię, naukę o zmianach krwi. Kwestya ta stała się modną od czasu wprowadzenia przez EHRLICH'a nowego sposobu barwienia wysuszonych preparatów krwi barwnikami anilinowymi t. j. od roku 1880. Jakiś czas jednak sposób badania krwi, podany przez EHRLICH'a, nie zwracał na siebie ogólnej uwagi, i właściwie dopiero od lat 5—6 spotykamy prawdziwą powódź prac w tym zakresie. Stoimy obecnie w czasie tryumfu hematologii, za szczyt którego należy uważać śmiało i rzutne poglądy NEUSSER'a, który z punktu widzenia hematologii próbował zreformować całą patologię. Cokolwiekby następną krytyka powie o tych zbyt może pospiesznych wnioskach, przyznać jednak musi wielką zasługę tego ogólnego uniesienia, tej mody w poznaniu bardzo ważnej składowej części organizmu, mianowicie krwi. Był to przedmiot dotychczas mało poznany, mało badany, większość poglądów z fizjologii i patologii krwi nie przechodziła po za granice hipotez i teoryi. Owa powódź prac hematologicznych, jaka zalała w ostatnich kilku latach całą prawie peryodyczną literaturę, rozwiidniła i rozszerzyła nieco horyzont naszego widzenia w tym zakresie. Wprawdzie i dziś nie doszliśmy jeszcze do ostatecznych, zgodnych wyników, stoimy często wśród najsprzeczniejszych poglądów na sprawę tworzenia się krwi i zmian w niej zachodzących, w każdym jednak razie wśród tego zamętu pomału wydobywają się fakta, które na zawsze stanowić będą trwałą zdobycz naszej nauki.

Właśnie, mając na względzie tę sprzeczność w poglądach dzisiejszych badaczy na polu hematologii i chcąc oszczędzić czytelnikowi, mającemu zamiar bliżej poznać się z tą kwestyą, trudnego niezmiernie oryentowania się w obszernej i mało zawierającej ustalonych poglądów literaturze peryodycznej, postanowiłem napisać krótki szkic obecnej nauki o życiu i roli białego ciała krwi.

Białe ciało krwi stanowi rzeczywiście jakby oddzielny ustroj, o którego życiu oddzielnie mówić też możemy. Oddawna wiadomo, że białe ciała krwi powstają w osobnych narządach naszego organizmu, mających jedną wspólną budowę. Mówimy tu o t. z. tkance adenoidalnej, która stanowi właściwość budowy i gruczołów chłonnych i śledziony i szpiku kostnego oraz tych wszystkich drobnych gruczołków, które w postaci t. z. gruczołów folikularnych, blaszek PEYER'a znajdują się w takiej liczbie w błonie śluzowej kanału pokarmowego i oddechowego. Jasna rzecz, że sposób tworzenia się białych ciałek krwi w tkance adenoidalnej powyższych narządów objaśniano sobie również oddawna przez rozmnażanie się założonych w oczkach sieci łączno-tkankowej komórek limfoidalnych. Sposób jednak rozmnażania się tych komórek tylko względnie niedawno został poznany, kiedy zaczęto zwracać większą uwagę na t. z. karyokinezę. FLEMMING, BIZZOZERO, MUELLER, WERTHEIM bezpośrednio spostrzegali ten sposób rozmnażania się komórek w szpiku kostnym i w gruczołach chłonnych. Nie brakło i tu sprzecznych spostrzeżeń (ARNOLD, LOEWITT), w każdym jednak razie większość badaczy dzisiejszych zgadza się na to, że karyokineza stanowi główny, jeżeli nie jedyny sposób rozmnażania się komórek w narządach krwiotwórczych.

A teraz kwestya, jakim sposobem nowoutworzone komórki dostają się do obiegu krwi? Co do gruczołów chłonnych, wątpliwości żadnej być nie mogło. Limfa, przepływająca przez gruczoły chłonne, wymywa nowoutworzone białe ciała i tym sposobem ciała te razem z limfą przez główne pnie naczyń chłonnych dostają się do żył. Inna rzecz co do szpiku kostnego i śledziony. Tutaj limfa nie może odgrywać tej roli, co w gruczołach chłonnych. Pozostawała więc jedyna możliwość, że nowoutworzone białe ciała przenikają bezpośrednio do krwi. Odkryty przez HOYER'a właściwy układ naczyń w śledzionie i szpiku kostnym, pozwalający na przypuszczenie, że krew w narządach tych znajduje się w bezpośrednim zetknięciu z tkanką adenoidalną, wyjaśniał w zupełności sposób przechodzenia nowoutworzonych komórek do krwi żyłnej. I w rzeczy samej, porównawcze obliczanie białych ciałek we krwi tętnicy i żyły śledzionowej przekonało, że w żyłę śledzionową ilość białych ciałek jest znacznie większa. Dla szpiku kostnego takiego bezpośredniego dowodu przeprowadzić nie można, ze względu na mały rozmiar doprowadzających i odprowadzających gałązek naczyniowych.

Widzimy z powyższego, że nowoutworzona w narządach krwiotwórczych komórka dostaje się bądź pośrednio przez naczynia chłonne, bądź bezpośrednio do krwi żyłnej. Teraz powstaje pytanie, jaki to rodzaj białych ciałek dostaje się do krwi? Wiadomo, że we krwi spotykamy rozmaite białe ciała; jedne małe z jednym tylko jądrem, drugie większe także jednojądrowe, trzecie z jądrem wielopostaciowym, czwarte nakoniec z wieloma jądrami. Lecz nie tylko samem zachowaniem się jąder różnią się białe ciała krwi; i protoplazma ich przedstawia się rozmaicie. W jednych ciałkach protoplazma jest zupełnie jednorodna, w drugich przedstawia się drobnoziarnistą, w innych nakoniec w pierwszoczu znajdujemy grube ziarenka, mające właściwe oddziaływanie na barwniki anilinowe (eozynę). Otóż powstaje słusznie kwestya, jak się przedstawia owo pierwotnie białe ciało, czy czasem te rozmaite rodzaje białych ciałek nie mają i rozmaitych źródeł swego pochodzenia?

Badając limfę w przewodzie piersiowym, możemy się przekonać, że wszystkie komórki w limfie są jednakowe, mianowicie, że są to małe komórki jednojądrowe z jądrem okrągłym i z małym rąbkim protoplazmy naokoło jądra. Ten więc rodzaj białych ciałek krwi nosi stąd nazwę limfocytów. Bezpośrednio więc dowiedziono, że z gruczołów chłonnych przechodzi do krwi jeden tylko rodzaj białych ciałek, t. z. limfocyty. Co do ciałek, powstających w śledzionie i szpiku kostnym, sprawa pozostawała nierozjaśnioną, brakło bowiem bezpośredniego dowodu. VIRCHOW w pierwszych swych pracach nad zachowaniem się krwi przy białaczce twierdził, że komórki, ze śle-

dziony biorące początek, są większe, mają także jedno okrągłe jądro, ale zato szerszy rąbek protoplazmy. Rzeczywiście takie komórki znajdujemy we krwi i noszą one nazwę dużych limfocytów. LOEWITT przypuszcza przeciwnie, że duże limfocyty powstają we krwi z małych, przez wzrost ich w osoczu krwi, że zatem i ze śledziony i ze szpiku kostnego powstają tylko małe limfocyty. Widzimy więc tutaj dwie różne teorie, które jednakowo są prawdopodobne. Zdaje się jednak, że teoria VIRCHOW'a na swoje poparcie ma więcej dowodów. Przeglądając barwione preparaty krwi, możemy się przekonać, że nie tylko komórki jednojądrowe są różnej wielkości, lecz także i komórki wielojądrowe. Ponieważ zaś niewątpliwie komórki wielojądrowe powstają z jednojądrowych, to możliwą jest bardzo rzeczą, że pierwotkowo we krwi istnieją dwa rodzaje jednojądrowych komórek, duże i małe. Dużych limfocytów jest we krwi znacznie mniej; stanowią one wszystkiego zaledwie $\frac{1}{10}$ małych limfocytów, co także nie przemawia za ich pochodzeniem z małych. W rezultacie jest rzeczą bardzo prawdopodobną, że komórki, dochodzące do krwi ze śledziony i szpiku kostnego, są to t. z. duże limfocyty.

W każdym razie zdaje się być niewątpliwą rzeczą, że do obiegu krwi dostają się pierwotkowo tylko komórki jednojądrowe. Na to zgadzają się wszyscy bez wyjątku badacze (EHRlich, LOEWITT, LIMBECK i inni). Jednojądrowa komórka we krwi dopiero podlega dalszym przemianom. Przedewszystkiem ilość protoplazmy powiększa się nieco, następnie jądro zmienia swoją postać: z okrągłego staje się wydłużonem, następnie półksiężycowem, w końcu przyjmuje wielce nieprawidłową postać. Ten rodzaj komórek z wielopostaciowem, powyżej opisanem jądrem nosi nazwę komórek przechodnich, stanowią one przejście od komórek jednojądrowych do wielojądrowych. Z jądra wielopostaciowego odsznurowują się części i tworzą oddzielne jądra w ilości 3—4 najeczęściej. Ta przemiana w jądrach nie przedstawia żadnego podobieństwa do karyokinezy, to też dzielenie się jądra w białym ciałku krwi nie sprowadza nigdy za sobą podziału samej komórki. Prawdziwą karyokinezę w białych ciałkach normalnej krwi bardzo rzadko znajdowano (jeden SPRONCK wspomina o tem), częściej we krwi chorych na białaczkę. Komórki jednak z mitozą w tych przypadkach dostały się prawdopodobnie do krwi w takim już stanie z narządów krwiotwórczych przy wzmożonej ich czynności. Tworzenie się nowych komórek w obiegu krwi z istniejących białych ciałek bądź drogą karyokinezy, bądź innym sposobem nigdy bezpośrednio nie było spostrzegane. To też większość nowych badaczy (MUELLER, LOEWITT) odrzucają zupełnie możliwość tego rodzaju rozmnażania się ciałek krwi, kiedy tymczasem dawniejsi przeciwnie sądzili (ROTTMAN, RENAUT, BIONDI).

Oprócz powyżej opisanego przeobrażenia w jądrach białych ciałek krwi, zachodzą jeszcze zmiany i w samej protoplazmie. Przedewszystkiem ilość protoplazmy w białym ciałku powiększa się, jednym słowem komórka rośnie, przyjmując materiał odżywczy z osocza krwi, w którym krąży. Następnie w samej protoplazmie zachodzą pewne molekularne zmiany, które zmieniają drobnowidzowy jej wygląd. Protoplazma jest we wszystkich świeżych leukocytach jednorodna, przy wielkiem powiększeniu można zauważyć w niej jakby utkanie włókniste bez żadnej wyraźnej ziarnistości. Z biegiem czasu w protoplazmie występuje drobna ziarnistość (t. z. neutrofilowa ziarnistość EHRlich'a); drobne ziarenka zlewają się dalej i występują ziarenka grube, błyszczące, barwiące się właściwie barwnikami anilinowemi, jako to: eozyną, orang'em, induliną, (eozynofilowa ziarnistość EHRlich'a). Opisana tutaj kolej przeobrażeń protoplazmy jest ogólnie przyjęta przez wszystkich nowszych badaczy. Weiss jednak, opierając się na podobieństwie eozynofilowej ziarnistości z ziarenkami ALTMANN'a, przypuszcza, że ziarnistość ta występuje pierwotnie w świeżych komórkach, że z niej dopiero powstaje neutrofilowa ziarnistość a w końcu i jednorodność protoplazmy. Przeciwno takiemu

przypuszczeniu przemawia fakt, że komórki eozynofilowe są przeważnie wielojądrowe, jednojądrowe eozynofilowe komórki spotykają się bardzo rzadko (JANOWSKI); tymczasem, gdyby pogląd WEISS'a był słusznym, białe ciała eozynofilowe, powinny być przeważnie jednojądrowe, jako komórki najświeższe co do swego pochodzenia.

Opisawszy zmiany morfologiczne, zachodzące w białym ciałku krwi, musimy koniecznie postawić pytanie, gdzie się odbywają wszystkie te powyższe przeobrażenia jądra i protoplazmy? Na pytanie to wszyscy badacze prawie jednoznacznie odpowiadają, że przeobrażenie odbywa się w samym obiegu krwi, w naczyniach krwionośnych. Tylko co do jednych eozynofilowych komórek istnieje pewna sprzeczność w poglądach autorów. EHRLICH, któremu właśnie zawdzięczamy poznanie eozynofilowych komórek, twierdzi, że przeobrażenie neutrofilowej ziarnistości protoplazmy w eozynofilową następuje tylko w szpiku kostnym, że tam właściwie tworzą się eozynofilowe białe ciała i ztamtąd dostają się one do obiegu krwi. To samo zdanie podziela i NEUSSER. Ten ostatni przypuszcza, że eozynofilowe przeobrażenie protoplazmy białych ciałek, odbywa się w szpiku kostnym pod wpływem czynności nerwu współczulnego. Podrażnienie tego nerwu gdziekolwiekbyś powoduje wzmożenie produkcji, i co za tem idzie, powiększenie ilości eozynofilowych komórek we krwi. Pewna część autorów (ZAPPERT, MUELLER) w najnowszych czasach dowodzi, że szpik kostny nie odgrywa tu żadnej roli, że przemiana neutrofilowej ziarnistości na eozynofilową odbywa się w samej krwi podczas jej obiegu. Jak widzimy, kwestya ta dzisiaj przedstawia się jako sporna i w miarę tego, jak bezstronnie badania zmniejszają coraz to więcej rozpoznawczą wartość, nadawaną komórkom eozynofilowym przez EHRLICH'a i NEUSSER'a, pogląd tworzenia się tych komórek w samej krwi zyskuje coraz to więcej uznania.

Nim skończymy z morfologicznymi zmianami, zachodzącymi w białych ciałkach krwi, musimy jeszcze wspomnieć o jednej postaci leukocytów, mianowicie o t. z. myelocytach (*Markzellen* niemieckich autorów). Są to duże, znacznie większe, aniżeli wszystkie inne, białe ciała krwi okrągłe lub owalne z dużym jednym jądrem, leżącym bądź w środku, bądź nieco ekscentrycznie. Jądro tych komórek zwykłemi barwnikami jądrowemi barwi się słabo. MUELLER, który szczegółowo te komórki opisuje twierdzi, że one w normalnej krwi nigdy się nie znajdują, że spotykamy je tylko przy białaczce, że nakoniec pochodzą one ze szpiku kostnego, gdzie i w normalnych warunkach zwykle się znajdują (*cellules medullaires* CORNIL'a). Nie będziemy się tutaj wdawać w bliższe szczegóły o tych komórkach, dodać tylko winienem, że takie same komórki, jak je opisuje MUELLER, widziałem dość często na preparatach wysuszonych ze krwi syfilityków a nawet i przy zapaleniu płuc. Zdaje się więc, że pogląd MUELLER'a jest zbyt jednostronny. Zresztą, jest to kwestya jeszcze zbyt nowa, żeby coś stanowczego o niej obecnie wyrzec można.

Streszczając wszystko to, cośmy dotychczas o genezie i morfologii białych ciałek powiedzieli, możemy następujące, mniej więcej pewne, wnioski wyprowadzić: 1) że białe ciała krwi tworzą się w gruczołach chłonnych, śledzionie i szpiku kostnym; 2) że z gruczołów chłonnych dostają się one do limfy a ztamtąd do krwi; 3) że komórki ze śledziony i szpiku kostnego przechodzą bezpośrednio do krwi żyłnej; 4) że wszystkie te komórki wytwarzają się w narządach krwiotwórczych jako jednojądrowe; 5) że w samej krwi ulegają one przeobrażeniom, zachodzącym w ich jądrze i protoplazmie, i że nakoniec 6) kolej ich przeobrażenia jest następująca: z jednojądrowych powstają komórki z jądrem wielopostaciowem, a z tych dopiero tworzą się komórki wielojądrowe, oraz z jednorodnej protoplazmy wytwarza się najpierw drobna neutrofilowa ziarnistość, a z tej dopiero gruba eozynofilowa. (D. c. n.)-

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 5 Grudnia r. b.

Kol. LUXENBURG przedstawił preparaty mikroskopowe *syringomyeliae*, kol. GURANOWSKI pokazał chłopca, któremu wraz z polipem oddzieliły się i odeszły kosteczki słuchowe, obecnie widać tylną ścianę jamy bębnekowej, obnażoną na znacznej przestrzeni, kol. NEUGEBAUER demonstrował płód sześciomiesięczny, wydobyty przy poronieniu opóźnionem (*missed abortion*); chora przed miesiącem przestała czuć ruchy płodu, wody zaś odeszły dopiero dnia poprzedniego. Przy badaniu N. znalazł w pochwie wypadłą rączkę, ujęcie maciczne zaś mocno około niej obciśnięte, tak iż dopiero po odjęciu rączki i po zachloroformowaniu był w stanie wykonać obrót na nóżki i płód wydobyć.

O ropniach podprzeponowych.

Kol. KIJEWSKI odczytał rzecz pod powyższym tytułem; nasi lekarze dotąd opisali 12 spostrzeżeń ropni podprzeponowych, z których 6 zakończyło się śmiercią; badanie posmiertne było dokonane w jednym tylko przypadku. W klinice prof. KOSIŃSKIEGO spostrzegł K. 6 przypadków. U pierwszego chorego ropień wystąpił po uderzeniu w brzuch, cięcie było zrobione w miejscu największego chęłbotania poniżej łuku żebrowego, jama zawierająca ropę cuchnącą z gazami szła głęboko do tylnej ściany ponad wątrobę, z tego powodu po wycięciu żebra 9-go i zeszytciu opłucnej zrobiono przeciwotwór od tyłu. W 13 dni później chory zmarł, przy sekcji znaleziono ropne zapalenie otrzewnej i opłucnej. Druga chora miała ropień wątroby i ropień podprzeponowy, cięcie było zrobione poniżej łuku żebrowego, zrostu otrzewnej nie było; przyszyto zatem wątrobę, a potem ją przecięto, po kilku dniach wykonano w podobny sposób jak wyżej przeciwotwór z tyłu; zejście niepomysłne. W trzecim przypadku ropień podprzeponowy powstał skutkiem zropienia bąblowca, operację rozpoczęto od cięcia brzuszego, gdy się okazało, że ropień leży znacznie głębiej, ranę zeszyto i zrobiono przekłucie w 8 międzyżebżu z pozostawieniem pochewki trójgrzańca na stałe, po trzech dniach wykonano w temże miejscu szerokie cięcie przez przeponę; zejście niepomysłne. Spostrzeżenie 4-te dotyczyło chorej, u której kol. BRIGANŚKI z Częstochowy rozpoznał ropień podprzeponowy (porównaj Medycyna N-r 27 str. 543). Operację wykonał prof. KOSIŃSKI d. 28. IV. 93, na miejscu największego chęłbotania; w górnej części brzucha cięcie po linii środkowej. Po otwarciu otrzewnej okazało się, że ściana brzuszna zupełnie wolna, sprawa dociera tylko do łuku żebrowego, na którym to miejscu wątroba przyrośnięta, na wypukleniu widocznym powyżej wątroby wybornie wyczuć się daje chęłbotanie. Opróżnienie ogniska ropnego ze strony jamy brzusznej jest trudne i zbyt niemożliwe naraża chorobę, skutkiem możliwego rozwinięcia się zapalenia otrzewnej. Ranę przeto brzuszną zaszyto i przystąpiono do resekcji części 7-go żebra na miejscu połączenia kości z chrząstką, jamę opłucną otworzono; opłucną ścienną szczelnie przyszyto do przepony w kształcie elipsy; następnie w środku obszytej przestrzeni wkłuto dosyć gruby trójgrząniec przez przeponę do ogniska ropnego, starannie zakrywszy ranę, wypuszczono znaczną ilość szarej ropy niecuchnącej. Na pochawkę trójgrzańca, pozostawioną na stałe w ranie, nałożono długi dren, którego wolny koniec opuszczono do naczynia szklanego, tym sposobem ropa zwolna wyciekała i nie miała żadnej łączności z raną, na którą nałożono szczelny opatrunek, zabezpieczający od przypadkowego zacięcia ropy. Rękoczyn cały wykonany był w tym celu, aby uniknąć przedostania się ropy do opłucnej pierwej, nim nastąpi zrost obszytej części. Po operacji osłabienie znaczne, później podniesienie się ciepłoty, wydzielina z jamy wciąż obfita, opaska jednak nie przesiąknięta. Zmiana opatrunku dopiero 10-go dnia po operacji, szew ściany brzucha usunięto, *prima intentio*; również usunięto szew, utrzymujący przeponę przy ścianie klatki piersiowej; pochawkę trójgrzańca z jamy wyjęto, całą zaś część przepony widoczną przez ranę przecięto i wprowadzono do dna ogniska ropnego 2 drony, z których jeden bardzo długi ponownie opuszczono do naczynia szklanego. Skutkiem tego odpływ ropy był łatwiejszy, co zaraz odbiło się dodatnio na obniżeniu ciepłoty. Po 6-iu dniach powtórzona zmiana opatrunku, jama przemyta rozczynek soli kuchennej, poczem ciepłota wieczorem się podniosła. Po 2-ch dniach opaska prze-

siąłka, zaszła potem potrzeba zmniejszenia jej, jamy tym razem zupełnie nie przemywano, ciepłota też się nie podniosła. Po upływie 11-u tygodni po operacji rana się zupełnie zagoiła. W tem spostrzeżeniu uderzającym jest fakt, że ropień podprzeponowy istniał w ciągu kilku miesięcy i nie wywoływał zniszczenia sąsiednich narządów. Przypadek piąty: ropień podprzeponowy i przetoka odbytnicy; ropień otworzono przez cięcie lędźwiowe, po 12-u dniach śmierć, przy sekcji okazało się zniszczenie i przedziurawienie wyrostka robaczkowego, pod kiszka ślepą znaleziono obszerną jamę ropną, z którą kiszka komunikowała za pomocą 2-eh małych otworów w tylnej jej ścianie. Jama ta rozpościerała się ku górze podotrzewnowo, na wysokości górnego brzegu nerki prawej znajdował się w ścianie wewnętrznej otwór niewielki w otrzewnej, przez który wchodziło się do otrzewnej pomiędzy wątrobą i przeponą, oprócz tego znaleziono po za otrzewną zatoki ropne dochodzące do odbytnicy. W przypadku szóstym ropień podprzeponowy otworzony został od strony opłucnej, śmierć nastąpiła skutkiem ropnego zapalenia opłucnej.

Następnie kol. K. opisał sposób powstawania, objawy i loczenie operacyjne tego cierpienia, sposób zastosowany w przypadku czwartym uważa za bardzo racjonalny i w zupełności zabezpieczający od powikłań. Jedną z najlepszych wydaje się też K. metoda LANNELONGUE'a—wycięcie chrząstek łuku żebrowego, jeżeli w rzeczy samej można uniknąć otwarcia opłucnej, a po usunięciu łuku żebrowego wprost trafić na ognisko ropne.

W dyskusyi prof. BARANOWSKI zaznacza, że przy odróżnianiu ropnia podprzeponowego od wysięku opłucnej oprócz innych objawów ma też pewne znaczenie wielka zwykle bolesność umiejscowiona, oraz zły stan ogólny. Prof. PRZEWOSKI widział 4 przypadki ropnia podprzeponowego, raz z prawej strony przy próchnieniu 6-go kręgu grzbietowego i trzy razy z lewej strony przy owrzodzeniach dziurawiących (dysenterya) w zagięciu lewem okrężnicy. Prof. KOSIŃSKI wspomina jeszcze o jednym przypadku ropnia podprzeponowego z zejściem niepomysłnem, w którym po operacji nastąpiło dość znaczne krwawienie *ex vacuo*, ta okoliczność skłoniła go w następstwie do zastosowania metody użytej w przypadku czwartym. Kol. JAWDYŃSKI przypomina swój przypadek, w którym po otworzeniu ropnia przez opłucną, miał nie małe trudności w przyszyciu następnie przepony do opłucnej i dla tego uważa za bardzo racjonalną metodę stosowaną przez prof. KOSIŃSKIEGO.

ODCINEK.

WÓYCIKOWSKI

Pierwszy wykonawca owaryotomii z pomyślnym skutkiem
we Francyi r. 1844-go.

W szeregu operacyi przynoszących tryumf nauce i ratujących życie tysiącom, jedno z najwybitniejszych miejsc zajmuje owaryotomia. Jak wszelkie operacje polegające na otwieraniu jam ciała, tak też i owaryotomia w czasach przedaseptycznych dawała olbrzymią odsetkę śmiertelności. W tym to fakecie szukać należy przyczyny, dla której mnóstwo skądinąd znakomitych i dzielnych chirurgów, szczególnie w Niemczech, odmawiało jej prawa obywatelstwa, uważając ją oniemi za operację szaloną. Byli jednak tacy, którzy z jaknajgłębszem przekonaniem przepowiadali jej świetną przyszłość. Przepowiednia ich spełniła się w zupełności; w dzisiejszych bowiem czasach, rok rocznie całe jej setki jeśli już nie tysiące się wykonywa, i to z bajecznie małą, prawie nieprawdopodobną odsetką śmiertelności.

Historja operacyi, która w sposób stanowczy i pewny ratuje mnóstwu jednostkom życie, a nadto uwalnia ich od niesłychanych cierpień latami całemi ciągnąć się mogących, nie tylko dla chirurga, lecz dla każdego myślą głębiej sięgającego, jest wielce interesująca. Odsyłając czytelnika po szczegóły do wielkiej encyklopedyi EULENBURGA¹⁾ lub do pięknego dzieła prof. ALBERTA²⁾, zaznaczymy tu tylko w krótkości, że

¹⁾ Real-Encyclopädie. Tom V, str. 701, r. 1886. Wiedeń.

²⁾ Lehrbuch der Chirurgie. Tom III, str. 401, r. 1891. Wiedeń,

pomijając teoretyczne poglądy, dotyczące możebności tej operacyi, a sięgające jeszcze XVII wieku, oraz owaryotomie wykonane sposobem przypadkowym, niewątpliwą jest rzeczą, iż pierwszy, który ze świadomością celu i planem operacyę tę wykonał, był EPHRAIM Mc. DEVELL w Kentucky, uczeń JOHN'a BELL'a z Edynburga, w r. 1809-ym.

BELL to właśnie miał do tej operacyi zachęcić DEVELL'a, który wogóle wykonał do r. 1830, 13 owaryotomii; z tych 8 było uwieńczonych pomyślnym skutkiem. Po DEVELL'u, Ch. CLAY, BIRD i BAKER BROWN, wykonali cały szereg owaryotomii, tak, iż do roku 1846 było dokładnie opisanych 35 operacyi z 24-ma pomyślnemi zejściami, wykonanych w Anglii. Wogóle jednak rzec można, iż w Anglii, tej ojczyźnie owaryotomii, nie brano się zbyt chętnie do tej operacyi. Jeszcze tępiej szło w tym względzie w Ameryce, gdzie zaledwie kilka ich wykonać miano.

Mając takie antecedenca, owaryotomia w Niemczech nie tylko przyjęta została bez zapalu, lecz nawet natrafiła na niechęć ze strony najznakomitszych operatorów. Wprawdzie już w roku 1820 CHRYSTMAR w Isny wykonał 3 owaryotomie (jedną z dobrym wynikiem) to jednak w ciągu lat 30 bo do końca r. 1850, zaledwie siedm pomyślnych zaznaczono przypadków, gdy tymczasem szesnaście zakończyło się śmiercią, lub też operacya musiała być niedokończoną.

We Francyi jeszcze gorzej podówczas być musiało z owaryotomią, skoro na posiedzeniach paryskiej akademii lekarskiej, jeszcze w roku 1856 i 1857, jeden tylko CAZEUX oświadczył się za tą operacyą, gdy wszyscy racyi bytu jej odmawiali.

Z zestawienia faktów tych wynika, iż dla owaryotomii nie były to czasy pomyślne. I w rzeczy samej, kolosalna śmiertelność dwukrotnie liczbę wyzdrowień przechodząca, nie mogła dla siebie chirurgów dobrze usposobić. Potrzeba więc było nie małej odwagi, aby się temi cyframi nie dać pobić, i posiadać to głębokie przekonanie, raczej z intuicji niż z doświadczenia wypływające, iż w odpowiednich przypadkach, sumienny lekarz od wykonania owaryotomii cofać się nie powinien. Jeszcze większą odwagę, i jeszcze głębsze przeświadczenie o konieczności tej operacyi musiał chyba mieć ten, kto nie był otoczony aureolą rozgłosnego autorytetu, lub sławą stołecznego praktyka.

Taką odwagę wykonania operacyi i takie przeświadczenie o jej konieczności miał rodak nasz D-r WÓYCIKOWSKI, praktykujący w małej miejscinie Quingey we Francyi dep. Doubs, mającej około 1200 mieszkańców, który we wsi Montfort, wykonał ze skutkiem pierwszą we Francyi owaryotomię w dniu 28 kwietnia 1844 roku.

Czasopismo tygodniowe „Le Progrès Médical“ w N-rze 39-ym z r. b. na stronie 23 zamieszczając o tym doniosłym fakcie artykuł p. t.

„*La première ovariotomie faite en France avec succès. — Wóycikowski*“ i prostując błędnie podane nazwisko „Voyerkowski“, zamiast WÓYCIKOWSKI, podaje opis naoczego świadka tej operacyi, zaczerpnięty z czasopisma *Franco-Comtois* wychodzącego w Besançon, pomieszczony w piśmie tem dnia 8 czerwca 1844 roku. Oto treść jego:

Panie Redaktorze! Wiedząc iż chętnie ogłaszasz wszystko, co jest godnem uwagi, upraszam cię o zaznaczenie w Twym dzienniku faktu, budzącego najżywszy interes.

Pan WÓYCIKOWSKI, polak, lekarz, zamieszkujący nasze miasto, zwrócił na siebie uwagę wykonaniem jednej z najświetniejszych operacyi chirurgicznych. Operacya polegała na wycięciu guza olbrzymiej wielkości (3 kilo i 250 gramów ważącego), który był w związku ze szczątkami zwyrodnionego płodu. Mając za pomocników pp. MATUSZEWICZA i MOURSET'a dwóch rozgłosnego imienia lekarzy z Salins, przybyłych tu wyłącznie dla asystowania operacyi, p. WÓYCIKOWSKI dał dowód nadzwyczajnego talentu. Jako świadek tego wydarzenia, nie mogę dość nauwielbiać rzadkiej zręczności operatora, i podziwienia godnej odwagi ze strony pacjentki, pani Reptumar z Montfort, której literalnie całe wnętrze podczas operacyi spoczywało na udach. Panowie ci niewątpliwie wzbogacą tą operacyą roczniki lekarskie.

Świadcząc podobne usługi, p. WÓYCIKOWSKI wywdzięcza się w sposób szlachetny za gościnność okazaną mu przez Francję. Słowa uznania dla niego powtarzają wszystkie usta a wszystkie serca przepełnione są wdzięcznością.

Quingey 3 czerwca 1844 roku.

G. D.

Pani Reptumar, jak pisze „Progrès Médical“ we wspomnianym numerze z roku bieżącego, zmarła dopiero przed kilku laty.

D-r WÓYCIKOWSKI urodził się dnia 15 sierpnia r. 1809-gow w Sandomierzu. W czasie w którym pierwszy ze skutkiem wykonał owaryotomię we Francyi miał lat 34; wiedząc dobrze, iż operacya ta przez wszystkie powagi lekarskie podówczas była po-

tępiona, gdyż jeszcze w r. 1852 jak mówi STOLZ w *Gazette de Strasbourg* str. 115, najznakomitsi chirurgowie nie nazywali tej operacji inaczej jak „*une folie*“. W roku 1861 przeniósł się WÓYCIKOWSKI do Paryża, a nieznanym przez nikogo, bez żadnych stosunków, zmuszony był Paryż opuścić, osiadłszy w Dijon gdzie w dniu 18 marca r. 1882 umarł w najstraszniejszej nędzy, t. j. umarł już w czasach, w których jego koledzy chirurgowie za tę operację zbierali już miliony.

D-r E. ROLLAND, który z całą sympatyą i zapałem cechującym znaczne charaktery, sprawę tę w *Progrès Médical* podjął, i który stwierdził, że również i rodzina naszego rodaka cierpi wielki niedostatek tak się odzywa:

„Nie wyciągam ja ręki w imieniu będącej w nędzy rodziny WÓYCIKOWSKIEGO, bo mnie do tego ona nie upoważniła; lecz uważam za swój obowiązek odwołać się do naszego świata lekarskiego, aby wprzód zanim miasto Dijon zniesie cmentarz, na którym spoczywa WÓYCIKOWSKI, a wiatr prochy jego rozwieje, przenieść go na nowy cmentarz, czego rodzina dla braku środków zrobić nie może.

Chciałbym chirurgom, sławę kraju naszego stanowiącym, zaoszczędzić przykrości, aby im kiedyś nie czyniono wyrzutu za to, że nie czuli się w obowiązku zrobienia dla WÓYCIKOWSKIEGO tego, co zrobił HALFENDORF okulista z Genewy, dla DAVIEL'a“.

Idąc za przykładem D-ra ROLLAND'a, który w przypisku do swego artykułu uwiadamia, iż na cel powyższy przyjmuje składki nie przekraczające 2-ech franków od osoby z wyjątkiem profesorów uniwersytetu lub bogatych praktyków, oraz idąc za przykładem „Przeglądu Lekarskiego“, który również na ten cel składki przyjmuje, uwiadamy czytelników, iż i my możemy ułatwić przesyłkę ofiary, jeśli się kto w tym celu do nas zgłosił.

Postawiono pomnik PINELOWI, niedawno DAVIEL'owi, postawić mają SEMMELWEIS'OWI. Rodak nasz nie mniej jest godnym, aby go w podobny sposób uczczono.

H. D.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

174. PENZOLDT. O przyczynach i wczesnem rozpoznawaniu przewlekłego zapalenia nerek. Etiologia przewlekłego zapalenia nerek, według słów autora, jest po większej części bardzo niejasna. Zejsście sprawy ostrej lub zatrucia alkoholem i ołowiem, oto najczęstsze przyczyny, o jakie z mniejszą lub większą pewnością obwiniać można zjawienie się u danego osobnika tego cierpienia. Po za tem pozostaje jeszcze zaziębienie, które być może zbyt często, a niesłusznie stawiamy w związku z przewlekłym zapaleniem nerek. Według P., trudność docieczenia przyczyny w tem cierpieniu zależna jest od tego, iż nie łatwo jest rozpoznawać pierwsze początki omawianej choroby. Najczęściej bowiem lekarz ma już do czynienia z chorobą daleko posuniętą; rozpoznanie jej wtedy wprawdzie jest bardzo łatwe, lecz niestety i rokowanie zarazem bardzo niepomyślne. W innem położeniu znajdzie się lekarz, który starannie zbada prawie każdy mocz swego pacjenta; zauważy on często peryodycznie zjawiający się białkomocz, z nieznaczną ilością wałeczków nerkowych oraz innych morfologicznych składników w osadzie. Przypadki takie pozwalają przypuszczać, że przyczyną chronicznego zapalenia nerek są być może stale działające i nie raz zwiększające się pewne szkodliwe czynniki dla tego narządu. Autor ma tu na względzie np. rozmaite potrawy, a zwłaszcza dodatki do tych potraw. Szkodliwe działanie w tym kierunku alkoholu, zwłaszcza amyłowego (domieszka częsta do zwykłej wódki), sporyszu (w mące), herbaty, cukru trzcinowego, rzodkwi i t. p., autor wykazał w jednej z poprzednich prac swoich, gdzie opisuje doświadczenia dokonane na psach, którym do pożywienia dodawano wyżej wyszczególnione substancje. Okazało się, że u psów wtedy występował białkomocz oraz zapalenie nerek. Dalej nadmienia autor, że corocznie podczas lata w czasie znacznego spożywania rzodkwi, spostrzegał u niektórych swoich chorych lekki białkomocz, jak również części morfologiczne w osadzie z moczu. Z chwilą zaprzestania spożywania rzodkwi objawy te znikaly.

P. zadaje sobie pytanie, czy przypadki takie są nieszkodliwe, a zjawiający się białkomocz jeszcze nie przechodzi granic fizyologicznych, czy też jest to już początek cierpienia nerek, z którego przy istniejących nadal przyczynach, może się z czasem rozwinąć przewlekłe zapalenie tych narządów. Ślady białka, jakie przy bardzo

złożonych metodach badania prawie w każdym moczu zdrowego człowieka wykazać można, nie mają dla klinicysty prawie żadnego znaczenia. W przypadkach zaś, gdzie w braku wszelkich objawów chorobowych ze strony narządów moczowych, za pomocą zwykłych metod badań klinicznych chociażby tylko ślady białka odnajdujemy, na fakt taki uwagę zwrócić należy.

Ślady białka mogą się również zjawiać czasowo, po silnem zmęczeniu, i tu rodzi się pytanie, czy w takim razie mamy do czynienia z objawem bez znaczenia, łatwo ustępującym, czy też objaw ten ostrzega, iż mamy do czynienia z mało odpornymi nerkami, które przy istnieniu nadal takich szkodliwych czynników, jak zmęczenie, mogą uleść przewlekłemu zapaleniu.

Do rozwiązania tego pytania, mającego bardzo doniosłe praktyczne znaczenie, według zdania autora, mogą dopomóc ściśle badania osadów otrzymanych z moczu, zwłaszcza przy rozpowszechniającem się dziś użyciu w tym celu centryfugi. P. dokonał takiego badania u 56 zdrowych osobników, pomiędzy nimi było 41 żołnierzy i robotników. Badania moczu były robione po wypoczynku i zaraz po silnem zmęczeniu. Wyniki przy tem otrzymał następujące. U 56 osobników przed zmęczeniem autor nigdy nie znalazł wałeczków nerkowych, u 41 zaś po silnem zmęczeniu i ruchu znalazł wałeczki nerkowe w 14,6% przypadków, po części hyalinowe, po części nabłonkowe. Czerwone ciała krwi nie były znalezione ani w pierwszej kategorii, ani w drugiej. Białe ciała krwi znalazł autor w pierwszej kategorii w 17%, w drugiej w 27% badanych przypadków. Komórki nabłonkowe w 50% przypadków przed zmęczeniem, w 70% po zmęczeniu. Zjawianie się w osadzie moczu badanego części morfologicznych oraz wałeczków nerkowych autor nie chce czynić zależnem li tylko od zmęczenia, dowiedział się bowiem, że żołnierze po zmęczeniu zwykle pili piwo w znacznej ilości.

Ażeby się przekonać, czy użycie pewnego rodzaju potraw, a właściwie przypraw, może u zdrowego człowieka wywołać zjawienie się w moczu nieprawidłowych elementów, na sobie samym dokonał odpowiednich doświadczeń uczeń autora D-r HUBACH. Przekonawszy się, że mocz jego nie zawierał w osadzie ani śladów białka, ani wałeczków nerkowych, ani białych ciałek krwi i nabłonka, zaczął badać osad ze swego moczu (osad otrzymany zapomocą centryfugi), po spożyciu w ciągu dnia pewnej ilości szparagów lub rzodkwi, albo też po wypiciu znacznej ilości herbaty, kawy, lub nakoniec po spożyciu pewnej ilości musztardy. W badanym osadzie wtedy znajdował czerwone i białe ciała krwi oraz nabłonek z kanalików nerkowych. Doświadczenie więc to wykazało dobitnie, że wyżej wspomniane przyprawy powodowały silne podrażnienie nerek. Stąd autor wyprowadza wniosek, że jeżeli te podrażnienia trwać będą codziennie, przez czas dłuższy, to zwłaszcza przy obecności innych szkodliwych czynników, mogą spowodować przewlekłe zapalenie narządu.

Znalezienie według autora nawet nieznacznej ilości białych ciałek krwi, komórek nabłonkowych, wałeczków nerkowych, zwłaszcza przy obecności minimalnych śladów białka, słusznie wzbudzić może podejrzenie co do nieprawidłowego stanu nerek. Wobec tego jednak, co wykazały wyżej przytoczone doświadczenia jednorazowe badanie moczu mogłoby łatwo lekarza w błąd wprowadzić. Dla uniknięcia tego ostatniego P. zaleca takiemu osobnikowi bezwzględny spokój oraz zachowanie czas pewien takiej diety, iżby nie używał wszelkich ostrych pokarmów i alkoholu. Jeżeli, pomimo wypełnienia przez chorego wszystkich tych przepisów lekarza, w osadzie z moczu dalej znajdować będziemy to, co i przedtem, słusznie wtedy rozpoznanie przewlekłego zapalenia nerek zrobić możemy. W końcu autor gorąco zaleca używanie centryfugi w celu badania moczu, nadmienając, że bardzo wczesne rozpoznanie przewlekłego zapalenia nerek pozwoli lekarzowi przez zastosowanie odpowiedniej zwłaszcza diety ocalić niejednego chorego, co przy już rozwiniętem i daleko posuniętym cierpieniu jest dla lekarza oniemal niemożliwem. (*Münch. Med. Woch. Nr. 42. 1893*).

M. Sadowski.

175. A. WASSERMANN. **O różniczkowem rozpoznawaniu zapalenia płuc.** Z zapaleń płuc znane nam są klinicznie i etyologicznie: włóknikowe, nieżytowe i gruźlicze. Autor zwraca uwagę, że zapalenie płuc wywołane być może przez cały szereg pasorzytów jako to *diplobacillus* FRAENKLA, lasecznik FRIEDLAENDER'a, lasecznik influenzy PFEIFFRA, paciorkowce i gronkowce. Przez dokładne badanie wydzieliny narządu oddechowego możemy dokładnie określić przyczynę, wywołują-

cą dane zapalenie płuc. Badanie bakteriologiczne płwociny skuteczniać się winno w następujący sposób.

Chory otrzymuje kilka naczyń sterylizowanych PETRI'ego i winien być dokładnie objaśniony, że spłukać ma w to naczynie tylko wydzielinę, która z kaszlem wyksztuszona bywa z oskrzeli. Z płwociny w ten sposób otrzymanej wybiera się cząstkę czysto ropną i, przemyszy ją kilkakrotnie w wodzie wyjałowionej, bada się pod mikroskopem. Według PFEIFFRA nie należy rozcierać płwociny, aby nie rozrywać łączności komórek i łańcuszków paciorkowca. Barwi się ona rozcieńczoną fuksyną karbolową. Część inna tejże płwociny użyta ma być do badań bakteriologicznych, do hodowli. Wynik badania wykazuje nam istotny „stan bakteriologiczny” każdego okresu choroby.

Na zapalenie płuc wywołane przez paciorkowce zwrócił uwagę WEICHSELBAUM, który w 149 przypadkach zapalenia płuc 21 razy wykrył li tylko paciorkowce w płwocinie. O tej postaci pisał również FINKLER. WAGNER nazywa ją *pneumonia infectiosa*.

Przypadki, spostrzegane przez W., przebiegały ostrawo lub też przewlekłe i kończyły się pomyślnie. Badanie fizykalne płuc nie dawało objawów, któreby wyróżniały tę sprawę od gruźlicy płuc. Wielokrotne badanie wydzieliny wykazało zawsze brak laseczników gruźliczych, natomiast zawsze prawie wykrywano czystą hodowlę paciorkowców. Próbne wstrzykiwania tuberkuliny nie dawały żadnego odczynu.

Objawy poszczególne zupełnie podobne są do spostrzeganych w początkowych okresach gruźlicy płuc. Chorzy uskarżają się na niechęć i niezdolność do pracy, dreszcze, gorączkę, kłucie w piersiach, kaszel, poty nocne, chudnięcie. Płwocina zazwyczaj nader skąpa w początkach choroby.

Co się tycze umiejscowienia, to różne odcinki płuc były siedliskiem chorobowej sprawy, a nieraz przenosi się cierpienie nader szybko z jednego płatu na drugi i ma jakby pełzający charakter, co autorowi nasuwa myśl nazywania sprawy tej „różą płuc”. Krzywa ciepłoty jest charakterystyczna. Nieraz ciepłota w ciągu godziny podnosi się o 1—2 stopni bez widocznej przyczyny. Zazwyczaj gorączka trzyma się dzień jeden, lecz bywa i tak, że okres gorączkowy ze znacznymi przerwami trwa kilka dni, jak to ma miejsce w przebiegu róży.

W. zwraca uwagę, że i w innych sprawach septycznych, wywołanych przez paciorkowce, krzywa ciepłoty bywa nieprawidłową i ze znacznymi przerwami. Z powyższ. widział autor tylko raz zapalenie ropne ucha średniego, a w wydzielinie ropnej znalezione były te same paciorkowce, co i w płwocinie. Rokowanie jest względnie dobre, powrót do zdrowia trwa jednak często kilka miesięcy. Leczenie polega na wdechaniach olejków eterycznych lub też stężonego roztworu kamfory w eterze.

Paciorkowiec przez W. znaleziony tworzy na agarze brunatne kolonie, w bulionie daje osad na dnie próbki w postaci cienkich płateczków. Króliki po zastrzyknięciu do żyły ucha 0,2 ctm. sz. hodowli bulionowej giną po upływie 3 do 4 dni.

Zapalenie płuc wywołane przez lasecznik influenzy jest, według autora, sprawą odrębną, nie mającą nic wspólnego z włóknikowem zapaleniem płuc. Większość lekarzy jest zdania, że zapalenie płuc podczas influenzy jest zwykłym włóknikowem zapaleniem wikłającym influencję, że ta ostatnia usposabia tylko do przyjęcia zarazka włóknikowego zapalenia płuc.

Jednak przebieg zapalenia płuc grypowego różni się zupełnie od takiegoż, wywołanego przez *diplobacillus* FRAENKLA. Płwocina nigdy tu nie bywa rdzawa, lecz zawsze pienista i ropna, typ gorączki nieregularny, spadek jej ma zawsze miejsce *per lysin*, a przedewszystkiem rozejście się odbywa się nader opieszale w przeciwstawieniu do włóknikowego zapalenia płuc. Połączenie obydwóch tych spraw zapalnych należy do nadzwyczajnych rzadkości. Autor tylko raz jeden spostrzegł taki przypadek. We wszystkich tych przypadkach wykryć można laseczki influenzy PFEIFFRA. Nie należy nigdy zapominać o badaniu bakteriologicznem wydzieliny, albowiem nie ma już teraz grypowego zapalenia płuc bez laseczników influenzy, tak jak gruźliczego bez laseczników gruźlicy.

(*Deut. med. Woch. Nr. 47*).

Lublin.

176. A. KEILMANN. O rozpoznawczem znaczeniu indykanurii. Indykan może my znajdować w moczu i w warunkach fizyologicznych. JAFFÉ dowiódł zapomo-

ca doświadczeń, że zbroczenia w przesuwaniu kału w kiszkiach i nadmierne gnicie, zależne od innych przyczyn, wywołuje znaczne zwiększenie indykanu w moczu. Analiza wykazała, że w warunkach fizyologicznych ilość dobową indykanu może wynosić około 25 mgrm. Przy sztucznie wywołanych zamknięciach i zwężeniach kiszki cienkiej indykanuria może być bardzo znaczną; w przypadkach takich nagromadzenie ciał białkowych, zdolnych do gnicia, powoduje wytwarzanie dużych ilości indolu, który też w większych ilościach bywa wessany i wydzielany jako indykan z moczem.

Powołując się na powyższe doświadczenia, autorzy podręczników upatrują przyczynę wzmożonej indykanurii wyłącznie w kiszkiach; LEICHTENSTERN uważa wzmożoną indykanurię za objaw zamknięcia światła kiszki cienkiej, zaś brak indykanurii lub też nieznaczny jej stopień, za okluzję kiszki grubych.

Autor przerobił doświadczenia LEICHTENSTERN'a, które wraz ze spostrzeżeniami klinicznymi skłaniają go do przypuszczenia, że indykanurię należy uważać za ważny objaw rozpoznawczy dla skrytych ropni w ogóle. W licznych przypadkach, przebiegających z ciepłotą nietypową jak również z nietypowymi objawami, indykanuria stanowiła jedyny objaw, wskazujący sprawę ropną, która bądź za pomocą operacji, bądź przez samowolne pęknięcie ropnia została stwierdzoną. W przypadku ostrego zapalenia stawu kolanowego, po zranieniu ostrem narzędziem, tylko dzięki obecności indykanu udało się rozpoznać ropny charakter wysięku. Codziennie wzmagająca się ilość indykanu w moczu, wobec braku podniesionej ciepłoty i obrzmienia stawu oraz braku zaburzeń ze strony kanału pokarmowego, skłoniła autora do przypuszczenia, że w stawie jest ropa. I rzeczywiście, po rozszerzeniu rany wypuszczono ze stawu znaczne ilości cuchnącej ropy. Indykan w moczu stopniowo potem zaczął się zmniejszać i w końcu znikł zupełnie.

W przypadku drugim autor znalazł u kobiety małą miednicę wypełnioną zbitą masą. Zapomocą obmacywania nie można było dokładnie określić natury cierpienia. Ani gorączka, ani też inne objawy nie dowodziły ropienia. Tylko niezwykle duża ilość indykanu w moczu, która nie zmniejszyła się nawet po dokładnem oczyszczeniu kanału kiszkiowego, świadczyła o obecności ropy w miednicy. W końcu wystąpiło chęłbotanie w okolicy stolca i po przecięciu tegoż wydzielili się znaczne ilości cuchnącej ropy. Ilość indykanu powoli zaczęła się zmniejszać i indykanuria ustała w końcu zupełnie jednocześnie z ustaniem ropienia.

Trzeci przypadek dotyczył mężczyzny z dużą przepukliną udową, która nagle uwięzła. Chory nie miał jednak przytem trudności w oddawaniu kału, stolce oddawał regularnie i obficie. Badanie moczu wykazało ogromne ilości indykanu. Ponieważ herniotomia i tak była wskazana, więc też ją wykonano. Po otwarciu worka przepuklinowego, wydzielili się z niego znaczna ilość płynnej ropy, kiszka była na nieznacznej przestrzeni przyrośnięta do pierścienia przepuklinowego lecz nie uwięznięta. Pomimo wypuszczenia ropy, ilość indykanu nieznacznie się zmniejszyła a nawet począwszy od ósmego dnia powiększyła się i jednocześnie znaleziono guz chęłbocący w kiszce prostej. Przy przecięciu ropnia, wydzielilo się około 600 cm. sz. cuchnącej ropy. Na drugi dzień ilość indykanu się zmniejszyła i w końcu indykan znikł zupełnie.

Jeżeli chcemy z obecności indykanu w moczu wyciągnąć wnioski do różniczkowego rozpoznania, to musimy naturalnie uwzględnić przedewszystkiem przewód pokarmowy i jego funkcje; faktem jest bowiem, że nienormalne gnicie w kiszkiach wywołuje chorobowo wzmożoną indykanurię, chociaż nie w myśl takiego umiejscowienia, jak to podaje LEICHTENSTERN. Zatrzymanie kału w kiszkiach grubych nie będzie bez wpływu na kiszki cienkie i może pośrednio drogą kiszki cienkiej wywoływać indykanurię.

Chcąc spożytkować indykanurię do rozpoznania ropni, należy przede wszystkim usunąć z przewodu kiszkiowego możliwe źródło indykanu zapomocą środków czyszczących lub odkażających (kalomel). Jeżeli potem, przy niezakłóconem trawieniu lub też po dokładnem opróżnieniu i dezynfekcji kiszki, ilość indykanu pozostaje niezmienną, to możemy przypuszczać, że w innej okolicy ciała odbywa się sprawa gnicia białka, która głównie przy chorobach ropnych wytwarza indol. Indykanuria jest wtedy w stosunku prostym do rozległości i natężenia sprawy ropnej.

W celu klinicznego użytkowania tego objawu należy, zdaniem autora, w przybliżeniu określić ilościowo indykan w moczu, zapomocą metody SALKOWSKIEGO i STOCKVIS'a podanej dla jakościowej analizy, a zmodyfikowanej przez K. do ilościowego określenia.

W końcu autor przypuszcza, że badanie moczu na indykan może oddać daleko większe usługi przy różniczkowym rozpoznaniu wysięków opłucnej, aniżeli objaw BACELLI'ego, polegający na różnicy w przepuszczaniu i wysłuchiwanu przez płyny (ropa i surowica) szeptu.

(*St. Petersb. med. Woch. N. 15. 93 r.*).

Guranowski.

ATLAS ANATOMICZNY

D-ra Zygmunta Laskowskiego,

Profesora anatomii i dziekana wydziału lekarskiego w Genewie.

Lubo znajomość anatomii zdobywa się tylko za pośrednictwem studyów na trupie, nie mniej jednak dobry atlas anatomiczny ma bardzo doniosłe pod względem pedagogicznym znaczenie, i winien się znajdować w ręku każdego studenta i lekarza, boz względu na rodzaj specyalności jakąby jeden lub drugi uprawiał, lub miał zamiar na przyszłość uprawiać.

Dobrych i wiernie odtwarzających naturę atlasów wogóle nie ma zbyt wiele. Te które są, mają tę niedobłą stronę, że są zbyt drogie, a z tego powodu dla lekarzy mniej zasobnych, a tym bardziej dla studentów, niedostępne.

Mniejsze atlasy, lub atlasy książkowe, są do pewnego stopnia szmatyczne i po części stanowią zmniejszoną kopię atlasów większych, a stąd nie przedstawiają natury z należytą ścisłością. Jednym z nielicznych wyjątków w tym względzie jest wyborny atlas HENLE'go, mianowicie, gdy chodzi o szczegóły i o metodę anatomicznego badania *resp.* dyssekcję. Chirurga jednak nie zawsze on zadowolni, ze względu, iż mając format mały, całych okolic przedstawić na jednym rysunku nie może, a jeżeli jo i przedstawia, skala jest zbyt małą, aby mogła być obrazem tego, co znajdujemy w rzeczywistości, jeśli nam o wymiary chodzi.

Inną ujemną stronę większości atlasów anatomicznych stanowi to, iż w przedstawieniu wymiarów danych narządów, kośćca i pojedynczych jego części, nie trzymają się one ściśle pomiarów antropometrycznych, ustalenie których jest niezbędne, aby przedstawić człowieka normalnego, prawidłowego, o wymiarach ścisłych.

Wszystkie to niedostatki usuwa stanowczo wkrótce mający się w handlu księgarskim ukazać atlas anatomiczny prof. LASKOWSKIEGO, rysowany wedle jego preparatów przez znakomitego specyalistę pana S. BALICKIEGO, a wydany również przez naszego ziomka pana JÓZEFA BRAUNA przedstawiciela firmy: BRAUN et Comp. w Genewie. Atlas ten, któremu prof. LASKOWSKI znaczną część swego życia poświęcił, składa się z 16 wielkich tablic rysowanych na kamieniach 80×60 ctm., przedstawiających wszystkie działy anatomii z mozebną dokładnością. Niektóre części ustroju podane są w naturalnej wielkości, inne znowu, jak układ mięśniowy przedniej i tylnej powierzchni ciała, są nieco mniejsze, a wszystkie wykonane z prawdziwym artystem jak to mieliśmy się sposobność naocznie przekonać z trzech nadesłanych nam łaskawie przez autora tablic. Lubo one wszystkie robią wrażenie skończonej całości, jednakże układ nerwowy, a w szczególności układ nerwu współczulnego (Tabl. XV), opracowany został z prawdziwym mistrzostwem, bez wywoływania sztucznej plastyki i bez dążności do upiększania rysunków, tak niewłaściwego w ściśle naukowych produkeyach.

Zadaniem autora było przedowszystkiem przedstawienie danych narządów zarówno oddzielnie, jak i w swych stosunkach do części sąsiednich, czyli miano na uwadze punkt wyjścia fizyologiczny i anatomo-chirurgiczny. Dla spełnienia podobnego zadania, wytrawny podagog posługuje się wielu własnymi metodami, do dyssekcji przez niego wprowadzonymi, o czym przy rozpatrywaniu niektórych przecięć łatwo przekonać się można.

Drugim ważnem zadaniem, o którego spełnienie autor usilnie się starał, było wierne odwzorowanie natury, nie tylko w jej kształcie lecz i w kolorycie. Ostatni ten

wzgląd wpłynął zasadniczo na samą technikę wydawnictwa, a przede wszystkim zwiększył kosztą do dziesięciokrotnych i więcej rozmiarów. Niektóre bowiem tablice wymagają po dwadzieścia i więcej kamieni, aby oddać wiernie te kolory, jakie w naturze widzimy, tak, iż cały atlas wymagał 162 kamieni. Nareszcie, nie małego znaczenia jest jeszcze i ta okoliczność, iż autor zwrócił baczną uwagę na wymiary, a w szczególności na pomiary antropometryczne tak całości, jak i pojedynczych części szkieletu dotyczące, na co sam w liście do nas pisanym nacisk kładzie.

Z powyższego rzeczy rozpatrzenia okazuje się, iż atlas powyższy nie tylko dla anatoma, fizyologa lub chirurga, lecz zarazem dla artysty służyć z równym pożytkiem może. Pewna liczba tablic stanowi całość jako atlas dla artystów, inny komplet (tablic ośm) stanowi atlas szkolny, do wykładu anatomii na wydziałach przyrodniczych lub szkołach wyższych. Tym sposobem atlas prof. ŁASKOWSKIEGO wobec tekstu łacińskiego i francuskiego, jaki został użyty, stanowi niezmiernie ważny środek pomocniczy, o nader szerokim zakresie, dla całego szeregu badaczy i uczącej się młodzieży.

Do tego wszystkiego dodać należy, iż cena tej wspaniałej publikacji jest nieprawdopodobnie niska, bo 65 franków za 16 tablic, wyraźnie za szesnaście wielkich tablic kolorowanych, to jest po 4 franki za tablicę. Po nowym roku cena ma być do 100 franków podniesiona. Wobec załatwienia, przez tak gruntownego specjalistę jak ŁASKOWSKI opracowanego, i ceny bajecznie niskiej, powodzenie publikacji tej zdaje się być zapewnione. Z niecierpliwością też jej wyglądamy, dodając od siebie, że dla osób o jeszcze szczuplejszej kieszeni niż ta, na którą wydawca liczył, możeby się opłaciło wypuścić jeszcze tanszą edycję, niekolorowaną, t. j. w czarnym tylko kolorze, jak to np. zastosowano do atlasu neurologii i estyologii, opracowanego przez HIRSCHFELDA. Niekolorowane wydanie jego atlasu kosztowało połowę tego co kolorowane.

H. D.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= RASORI C. Przyczynek do etyologii i patogenety obłądzenia ostrego. Przy sekcji kobiety zmarłej na obłąd ostry zasiał autor na bulion i pochyły agar płyn z pod twardej opony mózgu i otrzymał czystą hodowlę laseczniaka; jest on niewielki, trzy razy dłuższy niż szerszy, z zaokrąglonymi końcami, pojedynczy, niekiedy po dwa i trzy połączony, barwi się dobrze, zwłaszcza metylenblauem KUEHNEGO i LOEFFLER'a, odbarwia się podług metody GRAM'a. Rośnie szybko na wszystkich pożywkach, na żelatynie jest biały, nie rozpuszcza jej, na agarze szarawy, na kartoflu szarozółty, dość szybko ginie w hodowlach z wyjątkiem hodowli na surowicy z agarem. Królki szczepione pod oponę twardą, pod skórę i pod błonę śluzową nosa padły po $1\frac{1}{2}$ —6 dni przy objawach porażenia ośrodków i ogólnego zakażenia. Zmiany znalezione na sekcjach odpowiadały przebiegowi klinicznemu. Autor waha się jednak uznać stanowczo nowego pasorzyta za przyczynę obłądzenia ostrego, ponieważ brak mu materiału klinicznego. (Centr. f. Bact. u. Par. B. XIV. Nr. 16).

A. Żurkowski.

= BUM zajął się badaniami nad działaniem fizyologicznym mięsienia wogóle w stosunku do przemiany materii i mięsienia brzucha w nawykowym zaparciu stolca. Co się tyczy pierwszej kwestyi, to B. zauważył u psów kuryzowanych w czasie mięsienia powiększenie

ilości moczu, którego przyczyną ma być przenikanie do krwiobiegu pewnych ciał z układu mięśniowego. Chorzy z nawykowym zaparciem stolca dzielą się na dwie kategorie: a) mających powłoki brzuszne bardzo wiotkie i zanikające i b) odznaczających się bardzo nieraz nawet nadmiernie rozwiniętymi mięśniami brzucha. W pierwszym razie zaparcie stolca zależy od zaniku powłok brzusznych, a więc od słabości tłoczni brzusznej, w drugim za przyczynę zaparcia należy uważać atonię kiszki. W obu razach mięsienie usuwa moment przyczynowy, wzmacniając drogą mechaniczną zarówno mięśnie brzucha, jak błonę mięsną kiszki grubej. (Wien. med. Presse. 46—92 i 1—93).

= BERNHART w celu leczenia nie podlegającego doszczętniej operacji raka macicy, stosował kilkakrotnie śródmiąższowe zastrzykiwania 6% roztworu kwasu salicylowego w 60% alkoholu. Działanie występowało nader wyraźnie: po jednodniowym zwiększeniu się bóle i wypływy cuchnące stale się zmniejszały, zaś nowotwór ulegał wgnięciu. Powtarzając te wstrzykiwania co 4 dni, B. otrzymywał niejednokrotnie dobre wyniki miejscowe i ogólnie; twierdzi, że tem postępowaniem wywołujemy w nowotworze stan zbliżony do sprawy gojenia się. Do wykonania zastrzykiwań B. posługiwał się strzykawką podobną do BRAUN'owskiej, o pojemności 2 cm., zakończoną krzywą ostrą igłą średniej grubości. Wstrzykuje się kilka razy (7—10) po kilka kro-

pel. na jednym posiedzeniu nie więcej jak 2 cm. rozczyń salicylowego. (Centr. f. Gynaek. 39—1893).

= W berlińskim towarzystwie medycyny wewnętrznej LITTEN zakomunikował przypadek tętniącej krtani u kobiety, przy badaniu zwłok której okazało się, że od aorty odchodziła *thyreoidea ima*, a trzon *trunci anony* był dłuższy i szerszy, niż prawidłowo. Ostatnia okoliczność była zapewne przyczyną tętnienia. (Berl. klin. Woch. 46—93). Z. S.

= Na miejsca odziebione stosuje STERN następującą maść: Rp. Zinci oxydat. crud. 15,0. Glycerin. pur. 45,0. Lanolin. 40,0. Mf. unguent. Maścią tą smarować co wieczór miejsca odziebione. Nazajutrz po obmyciu chorych miejsc wcierać cienką warstwę maści, a nadmiar jej usuwać. (Therap. Monatsh. 93).

= KUESTER stosuje w róży smarowanie wazeliną 2 razy dziennie. W przeciągu 1—3 dni gorączka spada, a bóle łagodnieją. (Centr. f. klin. Med. 38. 93).

Wiadomości bieżące.

— Od jednego z kolegów, który tylko co wrócił z Garwolina, dowiadujemy się, iż w temże mieście, gub. Siedleckiej, pojawiła się cholera, której pierwsze przypadki zdarzyły się mniej więcej przed dwoma tygodniami. Ze źródła prywatnego dowiadujemy się, że dotąd było pewnych przypadków zachorowań przeszło 20, w połowie śmiertelnych. Dezynfekcyja mieszkań, w których zdarzyły się przypadki cholery, dokonywana jest prywatnie, najczęściej przez samych mieszkańców. Z drugiej znów strony dziwić się należy, że w Garwolinie odbywają się bez przerwy targi tygodniowe, na które zbiera się ludność z całej okolicy i łatwo roznieść może zarazę. Już w paru wioskach były przypadki z zejściem śmiertelnym. W kilku piekarniach miejscowych, dostarczających pieczywa mieszkańcom miasta i sprzedających sporo towaru na targach tygodniowych, zdarzyły się przypadki cholery, a pomimo to piekarnie te nie są zamknięte; choć wiadomo, że z pieczywem cholera łatwo przeniesioną być może. Jeżeli odpowie-

dnie energiczne środki dla ograniczenia epidemii w Garwolinie nie zostaną przedsięwzięte, stanie się ona nowym ogniskiem, które nawet dla Warszawy może być groźne w obec ciągłych stosunków handlowych mieszkańców Garwolina i okolicy z naszym miastem. Między Garwolinem i Warszawą istnieje nawet stała komunikacya osobowa przy pomocy nędznych wehikułów, zabierających na raz po kilkanaście osób.

— Z Nowomińska otrzymujemy listowną wiadomość, iż w ubiegły pomiedzialek zmarło tam na cholere kilka osób.

— **Zmarli.** Zmarł w wieku lat 74 w Warszawie ś. p. Mikołaj JAXA-BYKOWSKI, brat zmarłego niedawno literata, Dr. Med., wychowaniec uniwersytetu moskiewskiego. Doktoryzował się w Moskwie r. 1851-go. Praktykował przez czas dłuższy na prowincyi, poczem przeniósł się do Warszawy, i tu cieszył się, jako człowiek nieskazitelnego charakteru i wielkiego humanitarnego wykształcenia, sympatją ogólną. Cześć Jego pamięci.

NADEŚLANO DO REDAKCYI.

1) HUEPPE. Mémoire sur l'épidémie cholérique de Hambourg (Extrait de la Berl. klin. Woch. 1893 Nr. 4 á 7). 2) BORYSSOWICZ. Ueber die partielle sattelförmige Amputation der Portio vaginalis uteri (Amputatio partialis sellaeformis portionis vaginalis uteri) (Sonderabdruck a. d. Archiv f. Gynaek. Bd. XLIV. H. 2). 3) HALPERN. Zur Entstehung der Krankheiten durch Reflexe (Separatabdruck a. d. Allg. Wiener med. Zeitung XXXVII Jahrg. 1892). 4) HEIMAN. On five cases of otitic brain abscess with a short description of otitic brain abscesses in general. (Arch. of Otol. Vol. XXII Nr. 1. 1893). 5) HALPERN. Zur Casuistik der Gangrän in Folge von Eczema Intertrigo (Sep.-abdruck a. d. Allg. Wiener med. Zeitung XXXVII Jahrg. 1891). 6) Le Tribromophénol-Bismuth — „Heyden“ (Extrait de la Berl. klin. Woch. 1893, Nr. 7). 7) SZANIAWSKI. Czetyre słuczaja wysokawo kamniesiechenja. 8) HALPERN. Nie wykly przypadek powikłania rybiej łuski (Odb. z Gaz. Lek. N. 49. 1892). 9) CETNAROWICZ. O leczeniu głębokich owrzodzeń błony rogowej (Odb. z Kron. Lek.). 10) CHAUMIER. Du traitement intensif de la tuberculose et en particulier de la phthisie pulmonaire par le carbonate de créosote de hêtre (Paris. 1893). 11) HIGIER. Ueber die Geschwindigkeitsveränderungen der psychischen Prozesse zu verschiedenen Tageszeiten (Separatabdruck a. Neurol. Centralblatt 1893. N. 13). 12) HIGIER. Choroba Basedow'a. (Odb. z Gaz. Lek. N. 21. 1893). 13) CZAJKOWSKI. Choroby Zawodowe. Zatrucie cynkiem (Odb. z Gaz. Lek. Nr. 21. 1893).

Rok XXIX-ty.

M E D Y C Y N A

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW,

będące dalszym ciągiem „Kliniki“ w r. 1866-ym założonej, a pod nazwą „Medycyny“ od r. 1873 go wychodzące, wydawane i redagowane przez gremium lekarzy w Warszawie, na prowincyi i za granicą mieszkających, wychodzić będzie w r. 1894 w tym samym zakresie i kierunku.

„Medycyna“, nie zaniedbując tego wszystkiego co naukowego lekarza obchodzić może, ma przedewszystkiem na celu potrzeby lekarzy-praktyków; zatem, za najważniejsze zadanie dla siebie poczytywać będzie uprawianie medycyny klinicznej w obszernem znaczeniu tego słowa; dalej, podawanie wszelkich nowych zdobyczy dotyczących ulepszenia metod leczniczych, z wszelkich bez wyjątku dziedzin obszar nauk lekarskich stanowiących, prócz uwzględnienia wszelkich działów dotąd w „Medycynie“ opracowywanych, które o ile to będzie możebne, rozszerzeniu ulegną. W obec zformułowania w sposób powyższy zasadniczych kierunków pisma, program szczegółowy jest zbyteczny.

Numer „Medycyny“, która w miarę potrzeby podaje rysunki, drzeworyty, lub litografie, obejmuje tekstu minimum stron 20, większego w porównaniu z numerami z przed roku 1892-go formatu; co razem stanowi rocznie tom o tysiąc kilkuset stronicach.

Cena „Medycyny“ w Warszawie rs. 5, półrocznie rs. 2 kop. 50, kwartalnie rs. 1 kop. 25.

Na prowincyi i po za Warszawą w ogóle rocznie rs. 6 — lub półrocznie rs. 3. (Kwartalnie na prowincyi prenumerować nie można).

Każdy artykuł pomieszczony w „Medycynie“ jest płatny.

Z wszelkimi interesami treści naukowej, jakoto: nadsyłaniem artykułów, żądaniem wyjaśnień lub naukowych pomocy i t. d. i t. d. zwracać się należy pod adresem: **Redakcyja „Medycyny“ w Warszawie — ulica Oboźna Nr. 5**, z wszelkimi zaś interesami dotyczącymi administracyi pisma, jakoto: wnoszeniem prenumeraty, odbiorem wszelkich należności, reklamacyami, nabywaniem numerów i wydawnictw „Medycyny“, zamawianiem odbitek, kupnem zamówionych książek i t. d. zwracać się należy **nie do Redakcyi**, lecz do Wydawcy pisma pod adresem: **D-r L. Guranowski w Warszawie, Marszałkowska 129.**

Do dzisiejszego Numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów Cyrkularz domu Bankowego X. Radziszewski.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Дозволено Цензурою. Варшава 2 Декабря 1893 г.

Druk K. Kowalewskiego. Królewska 29.